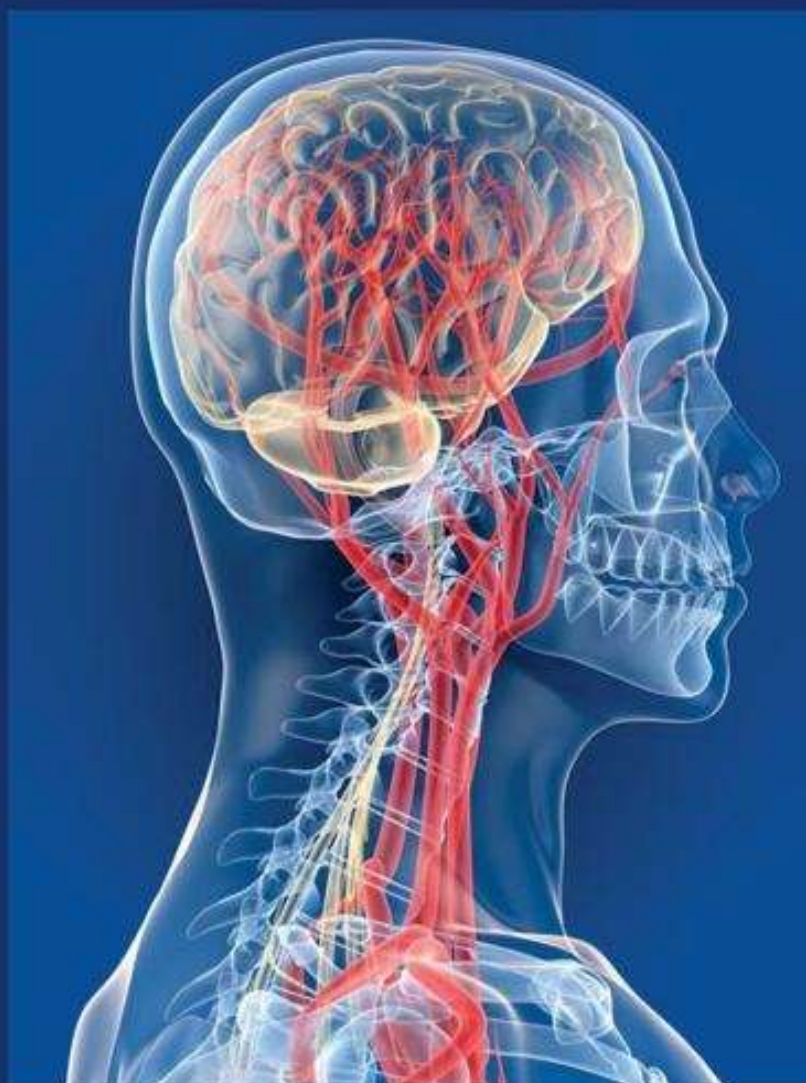


VOLUME: 1 - ISSUE: 3 - OCTOBER 2019 - ISSN:

Azərbaycan Tibb Universitetinin Jurnalı

Journal of Azerbaijan Medical University



*Azərbaycan Tibb
Universiteti*



**Psixi sağlamlıq: intiharların
profilaktikasında tibbi və
icma əsaslı yanaşmalar
Elmi-praktik konfrans**

**15 oktyabr 2019
Bakı, Azərbaycan**

BOOK OF ABSTRACTS

TEZİSLƏR TOPLUSU

Ümumdünya Psixi Sağlamlıq Günü

**"Psixi sağlamlıq:
intiharların profilaktikasında
tibbi və icma əsaslı yanaşmalar"
Elmi Praktiki Konfrans**

15 oktyabr 2019





Committees

Chairman of the Conference:

prof. Garay Garaybayli

Scientific Committee

Gahraman Hagverdiyev
prof. Fuad Ismayilov

Organizing committee:

Rauf Baylarov
Sevil Asadova
Marziyya Mammadova
Farid Israfilzade
Perizad Huseynova

Komitələr

Konfransın sədri:

prof. Gəray Gəraybəyli

Elmi komitə

Qəhrəman Haqverdiyev
prof. Fuad İsmayilov

Təşkilat komitəsi:

Rauf Bəylərov
Sevil Əsədova
Mərziyyə Məmmədova
Fərid İsrəfilzadə
Pərizad Hüseynova



Mündəricat

1. 2-ci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən qadınlarda həyat keyfiyyəti və uyğunlaşma mexanizmlərinin öyrənilməsi 5
L.A.Mehdizadə, S.Ə.Katibli
2. Bakı şəhərində göstərilən narkoloji xidmətinin xarakteristikası 6
P.P.Məmmədov
3. Psixi xəstələrin psixososial reabilitasiyası 14
R.V.Qafarova
4. Suisidal cəhdlər etmiş qadınların sosial-demoqrafik, xüsusiyyətləri 17
N.E.Vahabov
5. Активный вариант синдрома кандинского-клерамбо при шизофрении 24
Асадов Б.М.
6. Аутоагрессия в клинике некоторых форм расстройств личности 30
Эльдарова Н.
7. Динамика основных показателей в системе амбулаторной психиатрической помощи 31
Расулов Агагасан Расул оглы
8. Сравнительная оценка заболеваемости психических расстройствами в Азербайджане в разные социальные периоды 32
Мехтиева Л.Г. Ахундова Н.К.
9. Важность изучения потребностей пациентов с шизофренией, а также их близких в контексте биопсихосоциального подхода 34
Джамиля Исмаилова, Биалал Асадов
10. Влияние интерперсональной психотерапии на качество жизни у амбулаторных больных 38
С.Касимова



2-ci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən qadınlarda həyat keyfiyyəti və uyğunlaşma mexanizmlərinin öyrənilməsi

L.A.Mehdizadə, S.Ə.Katibli¹

¹Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrası

E-mail: leyla.mehdizada@gmail.com

Açar sözlər: ikinci tip şəkərli diabet, həyat keyfiyyəti, uyğunlaşma mexanizmləri

2-ci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələrin həyat keyfiyyəti problemi dünya miqyasında mütəxəssislərin narahat edən aktual məsələlərdən biridir. Məlum olduğu kimi, xəstələrin psixo-emosional vəziyyəti və həyat keyfiyyəti onların psixi və fiziki sağlamlıq dərəcəsi ilə bilavasitə qarşılıqlı əlaqədədir. Şəkərli diabet xəstəliyinə olan mənfi münasibət, eyni zamanda qeyri-stabil psixo-emosional vəziyyət, xəstənin xəstəlik şəraitində mövcud vəziyyəti düzgün qiymətləndirməsi və əlamətləri aradan qaldıra bilməməsinə səbəb olan başlıca amillərdəndir. 2-ci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələrin psixi vəziyyəti ilə bağlı kifayət qədər araşdırmaların olmasına baxmayaraq, bu qrupdan olan qadın xəstələrin psixoemosional vəziyyəti ilə həyat keyfiyyəti arasında qarşılıqlı əlaqənin öyrənilməsi aktual problem olaraq qalmaqdadır.

Tədqiqatın məqsədi : İkinci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən qadın xəstələrdə psixoemosional vəziyyətlə həyat keyfiyyəti və adaptasiya mexanizmlərinin qarşılıqlı əlaqə mexanizmlərini araşdırmaq.

Material və metodlar: Tədqiqata Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Terapevtik Klinikası və Respublika Endokrinoloji Dispanserdə 2-ci tip şəkərli diabetdən müalicə qəbul edən 38 qadın pasient cəlb edilmişdir.

Bütün müayinə olunan xəstələr araşdırmaya könüllü olaraq qatılmış və tədqiqatın məqsədləri və mümkün riskləri barədə məlumatlandırılmışdır. Tədqiqat 2017-2018 illəri ərzində aparılmışdır.

Tədqiqat zamanı 2-ci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən 38 qadın xəstənin psixodiagnostik müayinəsi aparıldı. Müayinə olunan xəstələr arasında orta yaş qrupu 49,7+-8. olmuşdur. Statistik hesablama nəticəsində məlum olmuşdur ki, xəstələrin əksəriyyəti 5 ildən artıq müddətdə 2-ci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələr kateqoriyasına aiddir. Xəstələrin müayinəsi zamanı əldə edilən məlumatlar 38 şərti sağlam qadınlardan ibarət olan nəzarət qrupu ilə müqayisə edildi. Nəzarət qrupundakı orta yaşın 49+-8,8 olduğu müəyyən edilmişdir.

Xəstələrdə uyğunlaşma mexanizmləri Carver tərəfindən təklif edilmiş COPE şkalasından istifadə edərək müəyyən edilmişdir. Eyni zamanda, SF-36 şkalası istifadə edilərək fərdlərin həyat keyfiyyətinin xüsusiyyətləri öyrənilmişdir.

SF-36 şkalasını təhlil edərkən psixi sağlamlıq, fiziki funksionallıq, rol funksionallığı, fiziki şikayətlər, ümumi sağlamlıq, həyat fəaliyyəti, sosial fəaliyyət, emosional vəziyyət kimi göstəricilərdə fərqlərin olduğu aşkarlandı.

Qeyd etmək vacibdir ki, xəstələr arasında uyğunlaşma mexanizmlərinin səviyyəsinin onların həyat keyfiyyəti ilə mütənasib olduğu statistik göstəricilərlə sübut olunmuşdur. Tədqiqat zamanı məlum olmuşdur ki, qadın xəstələr arasında yayınma və xaricolma, eyni zamanda öz dininə müraciət etmək halları ən çox üstünlük təşkil edən uyğunlaşma mexanizmləridir.

Nəticə: Statistik göstəricilərə əsasən ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən qadın xəstələrdə yüksək səviyyədə təşviş və depressiya əlamətləri, həmçinin, həyat keyfiyyətinin psixi sağlamlıq, sosial fəaliyyət, rol oyunları və fiziki funksionallıq kimi göstəricilərində negativ istiqamətdə dəyişikliklərin olduğu müəyyən edilmişdir.

Beləliklə, ikinci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən qadın xəstələr üçün aşkar psixo-emosional pozuntular xarakterikdir. Bu isə öz növbəsində ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyinin mümkün ilkin əlamətləri kimi müşahidə oluna bilər. Həmçinin, xəstəliyin meydana çıxması və progressivləşməsinə təkan verən, gedişatına mənfi təsir göstərən amillərdən biridir.

Əldə etdiyimiz məlumatlar qadın cinsinə mənsub ikinci tip şəkərli diabet xəstələrinə yardım edən zamanı onların psixo-emosional vəziyyəti ilə yanaşı uyğunlaşma mexanizmlərində yaranmış olan dəyişiklikləri nəzərə almağın son dərəcə vacib olduğunu sübut edir.

Ədəbiyyat:

1. А. А. Овчинников, А. Н. Султанова, а. Р. «особенности психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов с сахарным диабетом» россия, 2016
2. Дина анваровна валиева, д.а. валиева, 2014 удк 616.379-008.64:616.89 «психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом» казань, россия
3. Prof. Dr. M. Orhan Öztürk “Ruh sağlığı ve bozuklukları”, 2018
4. Dr. Tuğba Güven, “Diabetes mellituslu hastalarda depresyon etkisinin ve yaşam kalitesinin araştırılması”, İstanbul 2007

Bakı şəhərində göstərilən narkoloji xidmətinin xarakteristikası

P.P.Məmmədov¹

¹ATU-nun psixiatriya kafedrası, Respublika Narkoloji Mərkəz

Tədqiqatın aktualığı. Hal-hazırda Azərbaycan Respublikasının «Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının dövriyyəsi haqqında» [5,6] və «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» [3, 4] qanunları əhaliyə narkoloji yardımın göstərilməsi qaydasını müəyyən edir. Azərbaycan Respublikasının «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» qanununun 5.6 maddəsinə əsasən, narkotik asılıqdan müalicənin anonimliyinə dair zəmanət xəstələrin dövlət narkoloji mərkəzlərinə müraciətinin sayının artmasına və narkomanıyanın gizlilik dərəcəsi səviyyəsinin azalmasına səbəb olmuşdur. Hal-hazırədək, Respublika hökuməti tərəfindən bu cür yardım qaydasını və onun əlçatan olmasını müəyyən edən müvafiq qərarlar qəbul edilmişdir. Lakin, anonimlik şəraitində epidemioloji tədqiqatların keçirilməsi və remissiya göstəricilərinin analizi ilə bəzi problemlər yaranır. Həmçinin narkotiklərdən asılılıq üzrə müalicə kursu almış xəstələrə ənənəvi dinamik dispanser nəzarətinin həyata keçirilməsi və onların residiv əleyhinə tədbirlərlə əhatə olunması da çətinləşmişdir. Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi psixoaktiv maddələrdən asılılıqdan əziyyət çəkən şəxslərə yardımın göstərilməsinə istiqamətləndirilmiş müəyyən addımlar atır. Belə ki, Azərbaycan Respublikasının SN 1 sentyabr 2000-ci il tarixli 119 sayılı əmri ilə, narkoloji xidmət sərbəst xidmət olaraq təsdiq edilmiş və psixiatrik xidmətdən ayrılmışdır, tibbi ixtisaslar strukturuna isə "həkim-narkoloq" ixtisası daxil edilmişdir. Azərbaycan Respublikası SN 14 iyul 2011-



ci il tarixli 63 sayılı əmri ilə, Respublika narkoloji dispanseri Respublika Narkoloji Mərkəz olaraq yenidən təşkil edilmişdir. Lakin, hal-hazırda, mövcud olan narkoloji xidmət narkotiklərdən istifadə vəziyyəti ilə tam adekvat deyil və bu xidmət işinin göstəriciləri problem miqyasına uyğun deyil, narkomaniyanın yayılma dərəcəsi göstəricilərindən, narkotiklərdən istifadə modellərinin və növlərinin genişlənməsindən geridə qalır. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, psixoaktiv maddələrdən asılığa, əlaxüsüs narkomaniyaya və narkotik (psixoaktiv) vasitələrin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı aparılan mübarizə daim dövlətin diqqət mərkəzində olmaqla, insanların sağlamlığına və mənəviyyətinə sarsıdıcı zərbə vuran bu kimi halların aradan qaldırılması üçün kompleks tədbirlər həyata keçirilmiş, hüquqi və inzibati islahatlar aparılmış, təbliğat işləri genişləndirilmiş, profilaktik tədbirlərin səmərəliliyi artırılmışdır. Ölkə ərazisində narkomanlığa və narkotik vasitələrin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı aparılan mübarizə sahəsində hüquqi məsələləri tənzimləyən qanunvericilik bazasının yaradılması və bu bazanın dəyişən şəraitə və tələblərə uyğunlaşdırılması Azərbaycan dövlətinin və müvafiq qurumların əsas fəaliyyət istiqamətlərindən biri olmuşdur. Belə ki, bu məsələ ilk dəfə “Narkomanlığa və narkotik vasitələrin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı tədbirlər haqqında” Azərbaycan Respublikasının Prezidenti – Ümummilli Lider Heydər Əliyevin 1996-cı il 26 avqust tarixli 485 nömrəli Fərmanında öz əksini tapmaqla, insanların sağlamlığının, rifahının və mənəvi-əxlaqi dəyərlərinin qorunması və narkomanlığa, narkotiklərin qanunsuz dövriyyəsinə qarşı mübarizə ümumdövlət vəzifəsi kimi müəyyən edilmiş, həmçinin narkotiklərin qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlıqla mübarizə sahəsində dövlət siyasətinin strateji istiqamətləri dəqiq göstərilmişdir. Bu strateji kurs Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham

Əliyev tərəfindən uğurla davam etdirilərək, problemə dəyişən şəraitə və tələblərə uyğun yanaşılması dövlətin əsas prioritetlərindən birinə çevrilmiş, bu sahədə qətiyyətli mübarizənin təmin edilməsi məqsədilə sayca beşinci “Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizəyə dair 2019-2024-cü illər üçün Dövlət Proqramı” 22 iyul 2019-cu il № 1334 Sərəncamı ilə təsdiq edilmişdir [1]. Dövlət Proqramının məqsədi ölkədə narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizənin gücləndirilməsi, antinarkotik təbliğat, narkotiklərin qanunsuz alınması, narkomanlığa düşər olmuş şəxslərin müalicə edilməklə, sağlam həyata qaytarılması, müalicə-bərpa sahəsindəki fəaliyyətin müasir dövrün tələblərinə uyğunlaşdırılması, bu sahədə qanunvericiliyin təkmilləşdirilməsi, cəza tədbirlərinin səmərəliliyinin öyrənilməsi üçün elmi və praktik araşdırmaların aparılması, beynəlxalq əməkdaşlığın inkişaf etdirilməsi və digər geniş miqyaslı məsələlərdən ibarətdir. Bu dövlət proqramında ölkəmizdə narkotiklərin qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlıqla mübarizə sahəsində dövlət tərəfindən narkomaniyanın birincili profilaktikasının strateji istiqamətləri müəyyən olunmuşdur. Bununla yanaşı, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən narkomanlığa düşər olmuş şəxslərin müalicə və reabilitasiyası istiqamətində Respublikada Narkoloji Mərkəzini müasir texniki vasitələrlə, narkoloji xəstələrin aşkara çıxarılması üçün lazım olan ekspress testlərlə, müvafiq dərman preparatları ilə tam şəkildə təmin edir. Hal-hazırda, Bakı ş. narkoloji xidmətinin sərəncamında RNM-də 200 çarpayı mövcuddur. RNM-nin büdcə maliyyələşdirilməsi haqqında məlumatlar cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 1
RNM-nin maliyyələşdirilməsi (manatla)

		2011	2012	2013	2014	2015
Cəmi		10273	10679	10875	11072	11417
Stasionar çarpayılar(miqdar)		200	200	200	200	200
1 illik xərclər	medikamentlər	302000	303450	305748	325705	309960
	qidalanma	169345	162562	158145	165613	149980
1 çarpayı-gün üçün faktiki xərclər, onlardan:		8.35	8.60	8.80	8.90	9.20
medikamentlər üçün		5,35	5,60	5,80	5,90	6,20
qidalanma üçün		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Manatın 1 dollara olan məzənnəsi		0.78640	0.78500	0.78450	0.78310	1.5620
Stasionarda həkimlərin sayı	Mütləq sayı	13	13	12	13	13
	Hər 100 min əhali üçün	0,62	0,61	0,55	0,59	0,58
Ambulatoriyada həkimlərin sayı	Mütləq sayı	28	28	28	30	30
	Hər 100 min əhali üçün	1,34	1,32	1,30	1,37	1,36

Cədvəldəki məlumatlardan görünür ki, 5 il ərzində, Bakı şəhərində narkoloji xidmətin maliyyələşdirilməsində artım qeyd olunur, bu maliyyələşdirməyə o cümlədən medikamentlərə və qida məhsullarına çəkilən xərclər də daxildir. Belə ki, 2011-ci ildə sutkada bir xəstə üçün medikamentlərə çəkilən xərclər 5.35 manat, qida xərcləri 3.00 manat təşkil edirdisə, 2015-ci ildə bu göstəricilər 6.20 və 3.0 manat təşkil etmişdir. Lakin ABŞ dolları kursunun kəskin şəkildə artması ilə əlaqədar olaraq, son ildə dollarla ifadə edildiyi zaman medikament və qida xərcləri, 2011-ci illə müqayisədə, 2015-ci ildə 10.6 ABŞ dollarından 5.9 ABŞ dollarına qədər azalmışdır. Respublika Narkoloji Mərkəzində heroindən asılı xəstənin stasionar müalicəsinin orta müddəti (əsasən,

detoksikasiya), 14-21 gün təşkil edir. Beləliklə, 2011-ci ildə bir nəfər bu cür xəstə üçün klinikada olduğu bütün müddət ərzində medikament və qida xərcləri təxminən 148.4 - 222.6 ABŞ dolları məbləğində nəzərdə tutulurdusa, 2015-ci ildə bu göstərici 82.6 - 123.9 ABŞ dolları təşkil etmişdir. Qiymətləndirmələrimizə görə, heroin narkomanının bir kurs müalicəsi üçün tam medikament dəstinin dəyəri Bakı ş. qiymətləri çərçivəsində 250 ABŞ dolları təşkil edir. Bakı şəhərində stasionar narkoloji yardımını 13 həkim-narkoloq göstərir. Onlar RNM-nin müxtəlif şöbələrində çalışırlar. Bu göstərici hər 100 min əhali üçün hesablandıqda, 0.58 təşkil edir. Bu göstərici digər MDB ölkələrindəki, xüsusilə də Rusiya Federasiyasındakı (hər 100 min əhali üçün



0.39) [9] və Qazaxıstan Respublikasındakı (hər 100 min əhali üçün 0.4) [8] həkim-narkoloqlarla təmin edilmə göstəricilərindən çoxdur.

Bakı şəhərində narkotik istifadəçilərinin rəsmi statistikasına əsaslanaraq, müalicəyə olan tələbatı tam şəkildə qiymətləndirmək mümkün deyil, bu isə rəsmi qaydada qeydiyyatda alınmış narkomaniya xəstələrinin sayı ilə qiymətləndirmə sayı arasındakı böyük fərqlə əsaslandırılır. Eyni zamanda, Respublika Narkoloji Mərkəzinə stasionar yardım üçün müraciət sayı göstəriciləri narkotik asılılıqdan əziyyət çəkən şəxslərin sayının artmasını (demək olar ki, 4 dəfə) göstərir (2011-ci ildə – 250 xəstə, 2015-ci ildə – 1050 xəstə). Lakin, Bakı şəhərində Narkoloji xidmətin məcburi dispanser qeydiyyatı institutunu özündə saxladığına görə, narkotiklərdən asılı olanlar yardım üçün qorxaraq müraciət etmirlər.

Bakı şəhərində narkotik asılılığının ambulator müalicəsi iki ixtisaslaşdırılmış narkoloji müəssisədə həyata keçirilir: Respublika Narkoloji mərkəzində və şəhər narkoloji dispanserində. Bu narkoloji yardım növü 30 həkim-narkoloq tərəfindən göstərilir, bu isə, hər 100 min əhali üçün hesablandıqda, 1.36 təşkil edir, bu isə digər MDB ölkələrindəki həkim-narkoloqlarla təmin edilmə göstəricilərindən çoxdur. Dövlət tərəfindən anonim narkoloji yardımla əlaqədar zəmanət təmin edilir. Hal-hazırda, reabilitasiya proqramları, yüksək dərəcədə asılı olanlarla fəaliyyət əlçatmazdır, onları təşkil etmək və inkişaf etdirmək lazımdır. Bunu nəzərə alaraq, Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti 2014-cü il 13.09 tarixdə 276 nömrəli qərarı ilə «Narkomanlığa düçar olmuş şəxslərin müalicəsi, reabilitasiyası və resosializasiyası üzrə Proqram»ını təsdiq etmiş [2] və Respublika Narkoloji Mərkəzinin nəzdində 20 çarpaylıq reabilitasiya şöbəsinin təşkili nəzərdə tutulmuşdur.

Məlum olduğu kimi, narkotiklərdən asılı olanların müalicəsinin effektivliyinin göstəricilərindən biri remissiyanın davam etmə müddətidir – bu, müalicə kursundan sonra, müalicə almış xəstənin təkrar narkotiklərdən istifadə etməkdən çəkindişi müddətdir. 2011 - 2015 illərdə xəstələrin remissiyası analizini həyata keçirmiş RNM-nin məlumatlarına əsasən, remissiyanın 6 aydan 1 ilədək (2011-ci ildə – xəstələrin 19.6%, 2015-ci ildə – xəstələrin 21.7%) və 1 ildən 2 ilədək (2011-ci ildə – xəstələrin 8.4%, 2015-ci ildə – xəstələrin 11.6%) artması qeyd edilmişdir.

Yuxarıda qeyd edilmiş amillər və asan keçid, narkotiklərin, xüsusilə də heroinin nisbətən aşağı qiyməti Bakı şəhərində narkomaniyanın olduqca sürətli şəkildə yayılmasına səbəb olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, ənənəvi opiatlardan fərqli olaraq, heroindən asılılığın formalaşması, epizodik istifadə mərhələsi həyata keçmədən, çox sürətli baş verir.

Narkoloji yardımın təşkilatı formaları müəyyən dərəcədə xəstəliyin proqnozuna, formalaşmasına və yayılmasına təsir göstərir. Bakı şəhərində və ümumilikdə Respublika üzrə narkoloji xidmətin humanizasiya və yardımın əlçatan olması, xidmətlərin keyfiyyətinin artırılması, xidmət çeşidlərinin genişləndirilməsi istiqamətində yenidən formalaşdırılması, habelə dövlət müalicə-profilaktika müəssisələrinin cəlbediciliyinin təmin edilməsi, yardımın məxfiliyinə və anonimliyinə dair zəmanətin verilməsi zəruridir. Yeni normativ-hüquqi sənədlərin hazırlanması yaxın gələcəkdə bu istiqamətdə xidmətin yenidən formalaşdırılmasını təmin edəcək, mürəkkəb sosial problem kimi narkomaniya ilə mübarizədə müəyyən rol oynayacaq:

Bu istiqamətdə strateji sənəd Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyevin 22 iyul 2019-cu il № 1334 Sərəncamı ilə təsdiq edilmiş sayca beşinci “Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı



mübarizəyə dair 2019-2024-ci illər üçün Dövlət Proqramı”dır [1]. Bundan əvvəlki və hazırkı Dövlət Proqramlarının icrası ilə bağlı Təhsil Nazirliyi tərəfindən qanun pozuntularına meyilli olan yetkinlik yaşına çatmayanların yaşayış yerləri, işlədiyi və təhsil aldığı inzibati ərazilər üzrə yerli icra hakimiyyəti və bələdiyyələr, polis orqanları, əmək kollektivləri və müvafiq komissiyalar arasında əlaqələrin genişləndirilməsi, onların narkomaniya ilə bağlı profilaktik tədbirlərlə əhatə olunması məqsədilə təhsil müəssisələrinin rəhbərlərinə müvafiq göstərişlər verilmiş, yerlərdə, xüsusən də polis idarələrinin yetkinlik yaşına çatmayanlarla iş üzrə müvəkkilləri və tibb işçiləri ilə mütəmadi olaraq pedaqoji kollektivlərin görüşləri təşkil edilmişdir. Gənclər və İdman Nazirliyi tərəfindən respublikanın bir sıra şəhər və rayonlarında yeniyetmə və gənclərin asudə vaxtlarının səmərəli təşkil edilməsi məqsədilə “Sağlam həyat tərzini və reproduktiv sağlamlıq üzrə təlim vəsaitinin tanıdılması və yayılması layihəsi” həyata keçirilmiş, qeyri-hökumət təşkilatları tərəfindən icra edilən layihələr çərçivəsində lazımi cəp məhsulları hazırlanaraq, gənclər, idman idarələri və gənclər təşkilatları arasında paylanmışdır. Mudafə Nazirliyi tərəfindən xüsusi təyinatlı təhsil müəssisələrinin tədris proqramına sağlam həyat tərzini və narkomanlığın ziyanı ilə bağlı mövzular daxil edilmiş, şəxsi heyətlə aparılan tərbiyə işinin təşkili zamanı və keçirilən hüquq hazırlığı saatlarında narkomaniya və onun fəsadları barədə məlumat verilmiş, sənədli filmlər nümayiş olunmuşdur. Səfərbərlik və Hərbi Xidmətə Çağırış üzrə Dövlət Xidməti tərəfindən birincili hərbi qeydiyyatata alınan gənclər və müddətli həqiqi hərbi xidmətə çağırılan vətəndaşlar arasında narkotik aludəçiliyi əleyhinə təbliğat işi aparılmış, çağırışa qədər yaş həddində olan vətəndaşlar barəsində aidiyyəti üzrə narkoloji dispanserlərə sorğular göndərilmiş, narkomanlıq xəstəliyi aşkar ediləcəyi təqdirdə müalicənin təmin edilməsi istiqamətində tibb müəssisələri ilə

qarşılıqlı tədbirlərin görülməsi planlaşdırılmışdır. Ailə, Qadın və Uşaq Problemləri üzrə Dövlət Komitəsi tərəfindən narkomanlıqla mübarizə sahəsində maarifləndirmə işləri aparılmış, Ədliyyə Nazirliyinin Penitensiar Xidməti ilə birlikdə yetkinlik yaşına çatmayanlar üçün Tərbiyə Müəssisəsində görüşlər olmuş, müəssisədə olan uşaqların cəmiyyətə inteqrasiyası, onların asudə vaxtlarının səmərəli təşkili, dünya görüşlərinin və intellektlərinin artırılması, fiziki inkişafının və sağlam həyat tərzinin formalaşdırılması, valideynləri ilə görüşlərin keçirilməsi, digər ehtiyaclarının öyrənilməsi istiqamətində tədbirlər görülmüşdür. “Sağlam ailə sağlam gələcəyin təminatıdır” adlı layihə çərçivəsində şəhər və rayon qeydiyyat şöbələrinə nikaha daxil olmaq üçün ərizə ilə müraciət edən gənclərə sağlam həyat tərzini, nikaha daxil olan şəxslərin tibbi müayinəsinin əhəmiyyəti kimi məsələlər barədə izahat işləri aparılmış, “Reproduktiv sağlamlıq, nikahdan əvvəl tibbi muayinə”, “Sağlam həyat tərzini seçin”, “QİCS sağalmaz xəstəlikdir”, “QİCS analizini ver! Riski sifirə endir!” adlı bukletlər hazırlanaraq paylanmışdır. Milli Televiziya və Radio Şurası tərəfindən narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlığa qarşı mübarizə tədbirlərinin kütləvi informasiya vasitələrində geniş işıqlandırılması, həmçinin bu sahədə maarifləndirmə işlərinin gücləndirilməsi məqsədilə cəp materiallarının və sosial roliklərin hazırlanması kimi vəzifələrin yerinə yetirilməsi üçün teleradio yayımçılarına müvafiq tövsiyələr verilmişdir. Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasında tədqiqat institutlarının əməkdaşlarından ibarət yaradılmış işçi qrupu tərəfindən narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsi və narkomanlığın mənfi nəticələrinin aradan qaldırılması məqsədilə maarifləndirici işlər aparılmış, Akademiyanın Fiziologiya İnstitutunda müvafiq tədqiqatlar aparılmış, ilk dəfə respublika üzrə narkotik vasitələrin



yayılma arealını əks etdirən xəritə hazırlanaraq, xidməti istifadə üçün aidiyyəti qurumlara göndərilmişdir. Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Qeyri-Hökumət Təşkilatlarına Dövlət Dəstəyi Şurası bir il ərzində narkomanlığa qarşı mübarizə istiqaməti üzrə 23 layihəyə 187.500,0 AZN vəsait ayırmış, layihələr əsasən Bakı, Şirvan, Hacıqabul, Salyan, Masallı, Lənkəran, Astara, Saatlı, Sabirabad, Bərdə, Yevlax, Qəbələ, Şəki, İsmayıllı, Göycay, Ağdaş, Tərtər, Ağcabədi, Quba, Qusar, Xacmaz, Oğuz, Gəncə, Tovuz və s. rayon və şəhərlərdə 75 təlim, 28 seminar, 30 digər tədbirlər keçirilmişdir. Azərbaycan Respublikası Baş Nazirinin müavini, Narkomanlığa və Narkotik Vasitələrin Qanunsuz Dövriyyəsinə Qarşı Mübarizə üzrə Dövlət Komissiyasının sədri cənab Əli Həsənovun tapşırığına əsasən narkomanlığın cəmiyyətə və insanların sağlamlığına ziyanı barədə təbliğat aparılması məqsədilə və “26 iyun - BMT-nin Narkotiklərlə Mübarizə Günü” ilə əlaqədar Dövlət Komissiyasının işçi qrupu və digər aidiyyəti qurumlarla birgə bir sıra tədbirlər keçirilmişdir. Eyni zamanda, narkomanlığın zərəri barədə əhalinin məlumatlandırılması məqsədilə Narkomanlığa və Narkotik Vasitələrin Qanunsuz Dövriyyəsinə Qarşı Mübarizə üzrə Dövlət Komissiyasının işçi qrupu tərəfindən hazırlanmış “Narkomaniyaya birlikdə yox deyək” adlı xüsusi loqo Nəqliyyatı İntellektual İdarəetmə Mərkəzinin 14 yerləşmə lövhəsində işıqlandırılmışdır. Bunlardan əlavə, “26 iyun - BMT-nin Narkotiklərlə Mübarizə Günü” ilə əlaqədar respublikanın bütün şəhər və rayonlarında “Narkomaniya gələcəyin bəlasıdır”, “Narkotiklərdən özümüzü qoruyaq”, “Gənclər narkotiksiz həyat namimə” və sair şuarlar altında silsilə tədbirlər keçirilmiş, tədbirlərdə yeniyetmələr, gənclər, müəllimlər və valideyinlər iştirak etmiş, narkotikin törətdiyi fəsadlar barədə müzakirələr aparılmışdır. Cəmiyyətin muxtəlif yaş təbəqələrindən olan insanlarla narkomaniya ilə mübarizə aparılmasının yolları, narkotik

maddələrin zərərli olduğu bilindiği halda istifadəsinin niyə sürətlə artdığının səbəbləri haqqında müzakirələr aparılmış, iştirakçıların 75 faizi yeniyetmə və gənclər, 25 faizi isə orta yaşlı insanlar olmuşdur.

Səhiyyə Nazirliyi və Təhsil Nazirliyinin birgə “Narkotiklərə YOX deyək!” şuarı altında keçirdiyi kompaniyada, Ailə, Qadın və Uşaq Problemləri üzrə Dövlət Komitəsinin mütəxəssisləri ilə, Narkomanlığa və Narkotik Vasitələrin Qanunsuz Dövriyyəsinə Qarşı Mübarizə üzrə Dövlət Komissiyasının işçi qrupunun mütəxəssisləri ilə keçirilən birgə təlimlərdə, İcra hakimiyyəti və polis şöbəsinin təşkilatçılığı ilə keçirilən tədbirlərdə Respublika Narkoloji Mərkəzinin mütəxəssisləri iştirak etmişdir. İV-infeksiyasının inyeksiyon narkotik istifadəçiləri (İNİ) arasında yayılmasının qarşısının alınması istiqamətində Respublika Narkoloji Mərkəzi ilə 2014-cü ildən başlayaraq vaxtaşırı işgüzar görüşlər keçirilir, aşkarlanan İNİ-lərin İV-infeksiyasına müayinəsi və göstəriş üzrə İV-li xəstələrin narkomanlığa müayinələri üzrə məlumat mübadiləsi və nəticələri müzakirə olunur. Gənclər və risk qrupu nümayəndələrinin müayinələrə cəlb olunmasında birgə tədbirlər həyata keçirilir. Təşkilati tədbirləri istiqamətində RQMM tərəfindən Respublika Narkoloji Mərkəzi, Bakı, Sumqayıt, Lənkəran, Mingəçevir şəhər narkoloji dispanserləri və bir sıra MRX-ın narkoloji kabinetləri nəzdində İV-ə könüllü müayinə və məsləhətləşmə məntəqələri təşkil edilmişdir (KMM). Səhiyyə Nazirliyinin internet saytında (www.health.gov.az), Respublika Narkoloji Mərkəzinin internet saytında (www.rnm.az), www.saglamliq.isim.az, “İnter.az” və “Media.az” internet kanallarında Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizə sahəsində aparılan işlər və bu bəlaya düçar olmamağın yolları barədə mütəmadi olaraq təbliğat aparılır. Narkomanıyanın zərərli tərəflərini



əks etdirən profilaktik tədbirlərin keçirilməsi üçün lazımı texniki vasitələrlə təmin olunmuş, kinofilm, prezentasiya nümayiş etdirilir və həmin tədbirləri icra edənlərin peşəkarlığının artırılması üçün müvafiq təlimlər keçirilib.

Narkomaniyanın profilaktikası və onun terapiyası əhalinin sosial-mədəni xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması ilə təşkil olunmalıdır. Profilaktik və terapevtik tədbirlər differensiasiyalı şəkildə, regionun sosial-demoqrafik, iqtisadi, etno-mədəni xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması ilə həyata keçirilməlidir.

Yekün. Əldə edilmiş nəticələrə əsasən, Bakı şəhərində narkomaniya xəstələrinə narkoloji yardımın təkmilləşdirilməsinin əsas istiqamətləri hazırlanmalıdır. İlk növbədə, respublika psixi sağlamlıq mühafizəsi proqramı hazırlanmalıdır ki, bu proqramda narkomaniyanın əhalinin etno-mədəni xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması ilə profilaktikası məsələlərinə xüsusi diqqət ayırmaq lazımdır. Bu proqramın yaradılması və həyata keçirilməsinə sadəcə həkim-narkoloqlar deyil, həmçinin tibbi psixoloqlar, müxtəlif sosial sektorda işləyən işçilər, təhsil nümayəndələri mütəxəssislər, dini xadimlər və ictimai təşkilatlar da cəlb edilməlidir. Əhalinin hər bir subpopulyasiyasında risk qruplarına xüsusi diqqət ayrılmalıdır, çünki burada xəstəliyə tutulma dərəcəsi yüksəkdir.

İlkin profilaktika proqramları differensiasiyalı olmalıdırlar və xalqın mədəniyyət anlayışını və dinini, milli tərbiyə və ailə münasibətləri ənənələrini, cinsini, yaşını, təhsil səviyyəsini və peşə mənsubiyyətini nəzərə almalıdır. Bu zaman, mütəxəssislər və aktivistlər narkomaniyanın artmasına və yayılmasına mənfi təsir göstərən, xüsusilə də, etnomədəni xüsusiyyətlərə malik olan (bizim əhalimiz üçün - uşaqların avtoritar stildə tərbiyə edilməsi, boş inancların yüksək dərəcədə yayılması, sosial nəzarətin aşağı səviyyədə olması, icma səviyyəsində antinarkotik davamlılıq amillərinin assimilyasiyası, öz somatik sağlamlığının vəziyyətinə qarşı

düşüncəli münasibətin olmaması, intihar ehtimallarına qarşı səbirli münasibət və s.) amillərlə tanış olmasına diqqət verməlidirlər.

Narkomaniyanın ilkin profilaktikası zamanı, sosial nəzarətin rolunun artırılması üzrə tədbirlər görmək, yüksək dərəcədə asılı olanların, sosial-əhəmiyyətli şəxslərin və din xadimlərinin kompleks terapevtik tədbirlərdə, tibbi-sosial reabilitasiya proqramlarında və residiv əleyhinə tam dəstək tədbirlərinin, icma səviyyəsində sosial müşahidə proqramlarının həyata keçirilməsində aktiv şəkildə iştirak etməsini təmin etmək lazımdır. Əhali arasında effektiv ilkin profilaktik tədbirlərin təşkil edilməsi və həyata keçirilməsi zamanı, bu layihələrin reallaşdırılmasında sosial-əhəmiyyətli şəxslərin, icma aktivistlərinin, dini xadimlərin iştirak etmələri xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Bu zaman, mütəxəssislər və aktivistlər narkomaniyanın artmasına və yayılmasına mənfi təsir göstərən, xüsusilə də, etnomədəni xüsusiyyətlərə malik olan amillərlə tanış olmasına diqqət verməlidirlər.

İkincili profilaktikanın həyata keçirilməsi zamanı, həkim-narkoloqlar bilməlidirlər ki, narkoloji yardımın təşkilati formaları müəyyən dərəcədə əhalinin sosial-demoqrafik və etno-mədəni xüsusiyyətlərindən asılı olaraq həyata keçirilməlidir. Narkomaniya xəstələrinin, habelə bu patologiyanın yayılması üzrə yüksək risk qruplarının erkən diaqnostikası və aktiv şəkildə aşkar edilməsi üzrə işin gücləndirilməsi lazımdır. Residivlərin mövcud olmasına dair xəbərdarlıq işinin aktivləşdirilməsi və reabilitasiya proqramlarının, "zərərin azaldılması" proqramlarının, xüsusilə də xoşagəlməz xəstəlik proqnozu olan xəstələr arasında reallaşdırılması tələb olunur. Bu məqsədlərlə, respublikada tibbi-sosial reabilitasiya və resosializasiya xidmətlərinin yaradılması lazımdır. Həkim-narkoloqların və tibbi psixoloqların hazırlanması respublikada yaşayan əhalinin etno-mədəni xüsusiyyətlərinə, psixologiyasına və psixiki

sağlamlığına dair biliklərə malik olmaqla həyata keçirilməlidir.

Həyata keçirilmiş tədqiqatlar təsdiq edirlər ki, narkoloji yardımın təşkilatı formaları müəyyən dərəcədə regionun kliniki, sosial-demoqrafik və etnomədəni xüsusiyyətlərindən asılı olaraq həyata keçirilməlidir ki, bunlar, digərləri ilə yanaşı, xəstəliyin proqnozuna, formalaşmasına və yayılmasına təsir göstərilir.

Yuxarıda qeyd olunanlara yekun olaraq, qeyd etmək lazımdır ki, differensiasiyalı yanaşmaların Bakı ş. və Azərbaycan Respublikasının narkoloji təcrübəsində tətbiq edilməsi narkomaniya xəstələrinin psixoprofilaktik, müalicə-diaqnostik və reabilitasiya yardımının effektivliyinin artırılması və əhalinin psixiki sağlamlığının möhkəmləndirilməsinə yatırım edilməsi üçün imkanlar yaradacaq. Biz N.A. Əliyevin və Z.N. Əliyevin [7] Azərbaycan Respublikası dövlət orqanlarının psixoaktiv maddələrin, xüsusilə də narkotiklərin istifadəsi səviyyəsinin azaldılması üzrə fəaliyyətinin daha çox aktivləşdirilməsi zərurəti haqqında fikirləri ilə razıyıq.

ƏDƏBİYYAT

1. "Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının qanunsuz dövriyyəsinə və narkomanlığa qarşı mübarizəyə dair 2019-2024-cü illər üçün Dövlət Proqramı" Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyevin 2013-cü il 22 iyul 2019-cü il № 1334 Sərəncamı ilə təsdiq edilmişdir.

2. «Narkomanlığa düşər olmuş şəxslərin müalicəsi, reabilitasiyası və resosializasiyası üzrə Proqram» Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti 2014-cü il 13.09 tarixdə 276 nömrəli qərarı.

3. «Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında» Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı, 17 sentyabr 2001-ci il.

4. "Narkoloji xidmət və nəzarət haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişikliklər edilməsi barədə

Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı şəhəri, 6 oktyabr 2015-ci il.

5. "Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının dövriyyəsi haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı şəhəri, 28 iyun 2005-ci il.

6. "Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və onların prekursorlarının dövriyyəsi haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişikliklər edilməsi barədə Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Bakı şəhəri, 6 oktyabr 2015-ci il.

7. Алиев Н.А., Алиев З.Н. Современное состояние наркологической ситуации в Азербайджане по данным государственной статистики // Наркология, №11, 2015, с 15-20.

8. «Мониторинг наркологической ситуации для Республики Казахстан». Аналитический отчет, Павлодар, 2015.

Корнилов Н.Г. Доклад антинаркотической комиссии «Об основных проблемах обеспечения населения Иркутской области наркологической помощью». Иркутск, 2011.

Psixi xəstələrin psixososial reabilitasiyası

R.V.Qafarova¹

¹ATU-nun psixiatriya kafedrası

Son illərdə psixiatriya təcrübəsində "psixososial terapiya" və "psixososial reabilitasiya" anlayışları və göstərilən psixiatriya yardımının forması kimi tanınmağa və geniş yayılmağa başlamışdır [2, 3, 6, 11].

Psixososial reabilitasiyanın əsas məqsədi sosial adaptasiyasının çatışmazlığı olan psixi xəstələrdə xəstəlik nəticəsində pozulmuş koqnitiv, motivasion, emosional (vərdişlər, biliklər, ünsiyyət və problemlərin



həll olunma bacarıqları daxil olmaqla) resursların bərpasıdır və nəticədə onların cəmiyyətə inteqrasiyasının təmin olunmasıdır [4,5]. Bu məqsədlə son onilliklərdə geniş yayılmış üsul və formaları şəklində psixososial tədbirlərin kompleksindən istifadə olunur ki, bunlar da pasiyentin potensialın bərpasına yönəlir və onun digər insanlarla bərabər cəmiyyətdə öz mövqeyini tutmasına imkan yaradır. Reabilitasiya ilə məşğul olan alimlər [6, 7, 9, 12, 13] reabilitasiya prosesində pasiyentlərin özlərinin aktiv iştirakını qeyd edirlər, lakin o zaman bilavasitə psixososial təsirin üsulları məhdud idi və daha çox vasitəli xarakterini daşıyırdı. Belə ki, yalnız əmək prosesinə cəlb olunmuş və psixiatrik stasionlardan kanar yaşayışla təmin olunan xəstələrdə qarşılıqlı sosial təsir və müstəqil, sərbəst yaşama vərdişləri tədricən bərpa olunurdu.

“Terapevtik cəmiyyət” kimi reabilitasiya üsulundan başlayaraq [6, 7] reabilitasiya tədbirləri çərçivəsində bilavasitə psixososial təsiri funksiyası üstünlük təşkil etməyə başlamışdır. Son dövrlərdə psixososial təsirlərə müstəqil əhəmiyyət verilir [7, 8,10]. Hal-hazırda bunlar çoxlu proqramlara (modullara) əsaslanan geniş pasiyent-yönəlməmiş, lakin onların yaxın əhatəsi daxil olmaqla, qrup və ya individual şəklində iş formalarıdır. Onlar aşağıdakılardır: sosial vərdişlərin, ünsiyyətin, özünəhərmətin, inandırılmış davranışın, müstəqil yaşamanın bərpasına yönəlməmiş treninqlər, psixi-maarifləndirici proqramlar, qalıq psixotik əlamətlərə üstün gəlmək strategiyaların öyrənilməsi, ailəvi terapiyası və s. Göstərilən iş formaları bu gün bioloji terapiyası kimi, eyni mənalı terapevtik tədbirlərinin kompleksidir, çünki, hər ikisində aparılmış tədbirlərin səmərəliliyinin ölçülməsi üçün eyni indikatorlar nəzərdən keçirilir. Belə ki, kliniki göstəriciləri (dinamikada psixi pozuntuların səviyyəsi, remissiyaların davamı, kəskinləşmələrin və rehospitalizasiyaların tezliyi) ilə yanaşı nəticələrin digər xarakteristikaları (sosial fəaliyyətində, yaşam keyfiyyətində

dəyişikliklər, işlə təmin olunması, ailə yükünün azalması, xəstəlik haqqında biliklərin artması və s.) qiymətləndirilir.

Psixososial reabilitasiyada üç aşağıdakı mərhələləri aird etmək olar:

1. Aktiv psixososial təsirlərin mərhələsi (psixososial terapiya). Bu mərhələdə pasiyentlərin sosial dezadaptasiyası ilə şərtləşdirilmiş koqnitiv, motivasion, emosional resursların pozulmasının və ya çatışmazlığının bərpasına yönəlməmiş mövcud arsenalda olan müxtəlif forma psixososial təsirlərdən istifadə olunur. Bu son hadisə müəyyən adekvat psixososial təsirin təyin olunmasını tələb edir.

Psixososial reabilitasiyanın başlanması heç də pasiyentin stasionarda olması ilə təsadüf edilmir. Bu proses psixiatriya yardımını göstərilməsinin hər bir mərhələsində başlaya bilər. Digər amil əsasdır – sosial dezadaptasiyanın xarakterin və səviyyəsinin qiymətləndirilməsi və psixososial təsirin hər bir konkret formasının tətbiqinə ehtiyacın olmasıdır. Adətən bu mərhələdə psixososial təsirin ən aktiv tədbirlər icra olunur.

2. İkinci mərhələnin əsas məqsədi pasiyentin onun əvvəlki ya yeni funksiyasının və sosial mövqelərinin bərpasıdır və ya onları öyrənilməsidir. Bu mərhələdə kompleks “aralıq” (psixiatrik müəssisələr və ictimaiyyət arasında) təşkilatı tədbirlər tətbiq olunur ki, bunlar da pasiyenti (sosial rolların və mövqelərin addımla mənimsənilməsi vasitəsi ilə) əhali arasında bilavasitə yaşamsına yaxınlaşdırır. Eyni zamanda bu proses daha mürəkkəb sosial münasibətlərə və tələblərə (yəni pasiyenti normal həyata qayıdarkən nə gözləyir) uyğun olaraq bərpa olunan vərdişlərin, bacarıqların, biliklərin (müxtəlif form psixososial təsirlərin köməyi ilə alınan) “qeneralizasiya” prosesidir.

3. Tam və ya natamam səviyyədə olunmuş sosial bərpasının bərkidilməsi və saxlanılması mərhələsi. Aydın ki, pasiyentlərin çox bir hissəsinin sosial himayəsinə və cəmiyyətdə psixososial işinin davam olunmasına daim ehtiyacı olacaq. Bundan başqa, bir sıra aparılmış tədqiqatların nəticələrindən məlum



olur ki, tətbiq olunmuş psixososial təsirlərin (maarifləndirici proqramlar, terinqlər və s.) effekti müəyyən müddət saxlanılır ki, bundan sonra onların təkrar olunması tələb olunur. Hər bir anda, psixososial və sosial himayə psixososial reabilitasiyasının vacib komponentidir.

Reabilitasiya prosesinin vacib hissəsi olan psixososial reabilitasiya sisteminin əsas prinsiplərindən danışmaq olar .

1. Psixososial reabilitasiya prosesi psixiatriya yardımının hər bir mərhələsində başlaya bilər – psixi pozuntularının kəskin əlamətlərin aradan götürülməsindən dərhal sonra. Aydın ki, psixososial tədbirlər (bioloji terapiyası kimi) xəstəliyin başlanmasına münasibətdə nə qədər tez başlayırsa, o qədər də tez əlverişli nəticələri gözləmək olar. Göstərişlərə əsasən psixososial müalicənin müxtəlif növləri təyin oluna bilər. Psixiatriya yardımını göstərilən zaman kliniki materialın və aktual məsələlərin təhlili psixososial işinin üç ən vacib istiqamətlərini qeyd etmək olar, hansılar ki, təbii olaraq, bütün məsələlərini həll etmir və onlardan çoxusu ola bilsin daha əhəmiyyətlidir. Buna baxmayaraq, hal-hazırda psixotik vəziyyətdən çıxma ərafəsində olan pasiyentlərin (xüsusən birinci psixotik epizodda, ehtiyac olanda digər hallarda da) psixi-maarifləndirici qruplara cəlb olunması geniş yayılmışdır. Bu qrupda işin proqramı, ağır psixi xəstəliyin başlanması və onun nəticəsində yaranan şəraiti (peşənin, iş yerinin dəyişməsi, ailədə yaranan problemlər) ilə əlaqədar stressin aradan götürülməsi ilə yanaşı, kifayət qədər uzun müddət psixofarmakoterapiyanın davam etdirilməsi üçün motivasiyanın formalaşmasına, qalıcı psixopatoloji əlamətlərinə güc gəlmə strategiyasının öyrətməsinə yönəldirilir.

Psixososial reabilitasiyanın digər məqsədi təkrar kəskinləşmənin və rehospitalizasiyanın qarşısının alınmasıdır. Bi çox tədqiqatlarda müəyyən olunmuşdur ki, “problem qrupu” pasiyentlərə, yəni tez-tez xəstəxanalara düşən xəstələrlə, bir neçə növ psixososial təsirlərdən istifadə olunur ki, bunlar da təkrar

kəskinləşmələrə münasibətdə bufer rolunu oynayır.

Müasir psixiatriyası üçün bu günkü gündə ən aktual məsələlərdən biri uzun müddət, bəzən illərlə (“çökmə”) psixiatriya xəstəxanalarında qalan xəstələri ilə əlaqədardır. Məsələn Rusiyada bir ildən psixiatriya xəstəxanalarında qalan xəstələrin sayı ilin axırına xəstəxanada qalan bütün xəstələrə nisbətdə 20%-dən çox təşkil edir [4, 5, 6]. Bir qayda olaraq, onlarla psixososial tədbirlərinin (xüsusilə müstəqil yaşama modul şəklində) aparılmasına böyük ehtiyac var.

Buna uyğun olaraq, göstərilən modulun əsasında psixososial iş ambulator kontingenti olan, lakin xəstəliyin xroniki gedişi və xəstəlik stajı böyük olan şizofreniyalı xəstələrlə də aparıla bilər. Psixososial təsirlərin ilk dəfə təyini xəstənin psixososial reabilitasiyanın ilk etapına qoşulmasını göstərir.

2. Hər bir təsirin məqsədini, bu məqsədə nail olmaq üçün müddətini müəyyən etmək lazımdır, çün ki, psixososial təsirlər birinci – fərdi olmalı və konkret məqsədə yönəlməlidir və, ikinci – qısamüddətli olmalıdır.

Psixososial təsirin qurluşsuzluğu və icra olunma müddəti qeyri-müəyyən olması onun məqsədinə nail olunmasını da qeyri-müəyyən edir. Konkret təsirin müddəti istifadə olunan modulun müddəti ilə şərtləşir. Bütün bunlar psixososial reabilitasiya prosesinin strukturunu dəqiq müəyyən edir və onun yönəldilməsini əsaslandırılmışdır.

3. Konkret pasiyent üçün təsir formasının seçilməsi onun psixososial dezadaptasiyasının xüsusiyyətlərinə uyğun olmalıdır. Bununla əlaqədar hər bir psixiatrik müəssisədə daima fəaliyyət göstərən və müxtəlif məsələlərini həll edən bir neçə qrup olmalıdır. Bu şərtin həll olunmasının mümkün olmadığı təqdirdə, bir qrupun nümayəndəsi pasiyentlərin konkret problemlərini nəzərə almalıdır, məsələn, birində - ünsiyyət problemi, digərində - inamlı davranış vərdislərin mənimlənməsində, üçüncüdə - kompayens problemi və s. Belə qrupun fəaliyyət proqramına qrupda iştirak edən pasiyentlərin problemlərinin həll



olunmasına yönəlmiş məşqələlər daxil olmalıdır.

4. Psixososial təsirlərin ardıcılığı pasiyentlərin adi həyatı tələblərə yaxınlaşmasını və sosial kompetentliyinə çatmasını nəzərə almaqla aparılır. Göstərilən ardıcılıq məqsədə çatmasını müəyyən edir. Lakin bütün etapların tətbiqi mütləq deyil. Şəxsiyyətin nisbi saxlanmış pasiyentlərə psixiatrik yardımını aralıq növlərin tətbiq olunması artıq sayılır. Yalnız şəxsiyyətin enməsi ifadəli olan pasiyentləri qrup evlərə, yataqxanalara və müalicəvi-istehsalat emalatxanalarına göndərilməsi məqsədmüvafiqdir. Bu hal mərhələnin daha uzun müddətli olmasını müəyyən edir.

5. Psixososial reabilitasiyanın hər bir mərhələnin və ya bütün programının başa çatdırılmasında psixososial təsirlərin vaxtaşırı və ya arasıkəsilməyən təkrarlanmasının vacibliyi nəzərə alınmalıdır.

Psixi xəstələrin psixososial reabilitasiyası ilə məşgul olan alimlərin əsas leytmotivi – alınmış nəticələrin dəfələrlə təkrar olunması yolu ilə bərkidilməsi və mərhələlilik. İndividual və qrup himayənin üsulları və formaları işlənilib hazırlanmışdır ki, bunlar da bir çox hallarda əldə edilmiş nəticələrin saxlanılması üçün zəruri şərtidir.

Psixiatriya xidmətin inkişafının hazırkı mərhələsində psixososial terapiyası və reabilitasiyanın psixososial aspektləri hər bir psixiatrik müəssisənin fəaliyyətinin zəruri hissəsi olur və ya olmalıdır. Bunu dərk etmək çox vacibdir, çünki, bu hissənin göstərilən psixiatrik xidmətinin tərkibində olmaması ciddi çatışmazlıq hesab olunur və psixiatrik müəssisəsi tərəfindən öz fəaliyyətinin hissəvi icra olunmasını göstərir.

Ədəbiyyat

1. Аскевис-Леерпе, Ф. Психология: краткий курс/ Ф. Аскевис-Леерпе, К.Барух, А.Картрон; пер. с франц. М.Л.Карачун. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 155, [5] с. ил.

2. Беззубик К.В. Содержание и методики психосоциальной работы в

системе социальной работы: Уч. Пособие / Под ред. проф. Е.А. Сигиды. – М.: ИНФРА – М, 2008. 168 с. – (Высшее образование).

3. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. – СПб., 2001.

4. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных// Российский психиатрический журнал. 2006. № 2.

5. Дементьева А. Г. Психическое здоровье: проблемы и перспективы. // "Здравоохранение", № 2, 2002 г., с. 15-20.

6. Дмитриева Т.Б. Руководство по социальной психиатрии. - М.: Медицина, 2001. -С. 515.

7. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 9.

8. Клиническая психология в социальной работе. / Под ред. Б.А. Маршнина. – М., Академия, 2002, с. 68.

9. Лукьянова И.Е. Инновационная реабилитация – приоритетное направление медико-социальной работы// Социальные технологии и исследования. 2006. №2.

10. Маслоу А. Мотивация и личность / Пер. с англ. СПб.: Евразия, 1999. 478с.

11. Сафонова Л.В. Содержание и методика психосоциальной работы: Учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений/ Л.В. Сафонова. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 224 с.

12. Синегубко Э.А.. Проблемы реабилитации лиц с ментальными нарушениями в учреждениях здравоохранения Нижегородской области. Доклад.// Материалы Российско-Германской научно-практической конференции "Реабилитация лиц с ментальными нарушениями: проблемы и пути решения", Нижний Новгород, 23-26 июня 2003 года, стр.22.

Фирсов М.В. Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы.: Содержание и методы психосоциальной практики: Учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений. – М.: Изд. Центр «Академия», 2002. – 192 с.

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların sosial-demoqrafik, xüsusiyyətləri

N.E.Vahabov¹

¹ATU-nun psixiatriya kafedrası

Tədqiqatın aktualığı. Suisidologiya sahəsində tədqiqatların sayının getdikcə artmasına baxmayaraq, intiharm profilaktikasının mövcüd olan metodları kifayət qədər effektiv deyildir [6, 7] ki, bu da onların təkmilləşməsi zərurətini yaradır. Bu məsələnin həll edilməsinə yanaşmalardan biri suisidologiyanın profilaktikasının gender cəhətdən fərqli metodlarının işlənilib hazırlanması ola bilər. Bu, müxtəlif cinslərin nümayəndələrində suisidal davranış xüsusiyyətlərindəki mühüm fərqlərin olması ilə əlaqədardır. Bu fərqlər suisidlərin yayılma dərəcəsinə [1, 2], suisidal risk amillərinə [8, 9, 11], suisidal davranışın bilavasitə təzahürlərinə [3, 4, 12] aiddir. Göstərilən fərqlərin mövcü olması belə güman etməyə

əsas verir ki, hər bir cinsin nümayəndələrində suisidal davranışın öz qanunauyğunluqları var, intiharın profilaktikası isə onların gender xüsusiyyətləri nəzərə alındıqda və cinsə görə fərqli yanaşmalar işlənilib hazırlandıqda daha effektiv ola bilər.

Tədqiqatın məqsədi. Bakı şəhəri 3 №-li klinik xəstəxanasının psixosomatik şöbəsində və Bakı şəhəri 2 saylı klinik psixiatriya xəstəxanasında müalicədə olan əsas qrupunu təşkil edən 207 qadın arasında suisidal cəhdlərin yayılma dərəcəsinə öyrənmək, suisidal cəhdlər etmiş qadınların sosial-demoqrafik xarakteristikalarını tədqiq etmək və onları kontrol qrupu olan 135 kişilərin göstəriciləri ilə müqaisə etmək nəzərdə tutulmuşdur.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Müayinədən keçən xəstələrin sosial-demoqrafik xüsusiyyətlərin sırasında biz aşağıdakıları araşdırmışıq: yaş, təhsil, sosial status, müayinə olunan zamanı ailə vəziyyəti, maddi vəziyyət.

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların yaş strukturunda (cədvəl 1), maksimum 20-29 (26,1%) və 30-39 yaşlara (25,6 %) təsadüf olunmuşdur. Bu qadınlarda gənc və orta yaşlarda (50 yaşdan cavan) olan şəxslər üstünlük təşkil edirdi, halbuki yaşlı qruplarda suisidentlərin sayı xeyli aşağı olmuşdur. Bu da ümimilikdə ədəbiyyatda olan məlumatlara uyğun gəlir [1, 2].

Cədvəl 1

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların yaşa görə bölünməsi

Yaş	Qadınlar (əsas qrup)		Kişilər (kontrol qrup)		Fərqi dərəcəsi	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
20 - 29	54	26,1	51	37,8	4,714	p<0,05
30-39	53	25,6	40	29,6	0,89	p>0,05
40 – 49	41	19,8	22	16,3	0,46	p>0,05
50 – 59	44	21,3	19	14,1	2,35	p<0,05
60 +	15	7,2	3	2,2	3,19	p<0,05
Cəmi	207	100	135	100	-	-

Kontrol qrupla müqaisə qadınlar arasında 20-29 yaşlarda suisidal cəhdlər etmiş şəxslərin dürüst surətdə aşağı ($p<0,005$), 50-59 yaşlarda dürüst surətdə yüksək olduğunu aşkara çıxarır. Göstərilən fərqlər onu deməyə əsas verir ki, suisidal cəhdləri də qadınlar kişilərə nisbətən daha kiçik yaşlarda həyata keçirirlər.

İntihar etmiş və suisidal cəhdlər etmiş qadınların yaşa görə paylaşmasının müqaisəsi

də bu qruplar arasında bir sıra mühüm fərqlərin olduğunu aşkar etmişdir (cədvəl 2). Belə ki, intihar etmiş qadınlar qrupunda 10-19 yaşlı ($p<0,001$) və 50-59 yaşlı ($p<0,001$) şəxslərin payı dürüst surətdə yüksək olmuş, halbuki suisidal cəhdlər qrupunda əksinə, 30-39 ($p<0,001$) və 60 və daha yuxarı yaşlı ($p<0,05$) şəxslərin payı xeyli yüksək olmuşdur.

Cədvəl 2

İntihar və suisidal cəhdlər etmiş qadınların yaş üzrə bölünməsinin müqaisəsi

Yaş	İntihar etmiş qadınlar		Suisidal cəhdlər etmiş qadınlar		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
10-19	92	19,2	-	-	44,17	$p<0,001$
20 - 29	128	26,7	54	26,1	0,06	$p>0,05$
30-39	66	13,8	53	25,6	13,38	$p<0,001$
40 – 49	69	14,4	41	19,8	2,78	$p>0,05$
50 – 59	53	11,0	44	21,3	11,61	$p<0,001$
60 +	72	15,0	15	7,2	7,18	$p<0,01$
Cəmi	480	100	207	100	-	-

Müəyyən edilmiş fərqlər onu deməyə əsas verir ki, qadınlar arasında gənc və yaşlı şəxslər intihara, cavan yaşlı şəxslər isə suisidal cəhdlərə daha çox meyllidir. Tədqiq olmuş kontingentin orta yaş qruplarında intihar və suisidal cəhd etmə riski praktik olaraq eynidir. Suisidal cəhdlər etmiş qadınların təhsil səviyyəsinin öyrənilməsi onların arasında orta təhsilli şəxslərin üstünlük təşkil etdiyini - 61,4%, göstərir (cədvəl 3). Natamam orta və ali təhsili olan şəxslərin payı dürüst surətdə az və praktik olaraq eyni olmuş (müvafiq olaraq 12,1%

və 17,9%), təhsili olmayan və yarımçıq ali təhsili olanların payı isə cüzi olmuşdur (müvafiq olaraq 1,9% və 1,4%). Kontrol qrupla müqayisə statistik dürüst fərqlər aşkar etməmişdir, lakin kişilər arasında natamam orta təhsilli şəxslərin payının daha aşağı, orta təhsilli şəxslərin payının daha yüksək olması diqqəti cəlb edir. Lakin bütövlükdə təhlil olunan əlamətə görə əsas və kontrol qrupların paylanmasını oxşar hesab etmək olar.

Cədvəl.3

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların təhsil səviyyəsi

Təhsil səviyyəsi	Qadınlar (əsas qrup)		Kişilər (kontrol qrup)		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
Təhsilsiz	4	1,9	2	1,4	0,012	p>0,05
Natamam orta	25	12,1	11	8,3	0,96	p>0,05
Tam orta	127	61,4	93	68,9	2,364	p>0,05
Orta ixtisas	11	5,3	3	2,2	1,28	p>0,05
Natamam ali	3	1,4	2	1,4	0,235	p>0,05
Ali	37	17,9	24	17,8	0,015	p>0,05
Cəmi	207	100	135	100	-	-

İntihar etmiş və suisidal cəhdlər etmiş qadınların təhsil səviyyəsinin müqayisəsi zamanı (cədvəl 4) yalnız bir statistik əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir: intihar edənlər qrupunda natamam orta və yarımqıq ali təhsili olan şəxslər dürüst surətdə çox olmuş müvafiq olaraq 21,5% və 5,2%, suisidal cəhdlər qrupunda isə müvafiq olaraq 12,1% və 1,4% (müvafiq olaraq p<0,05)

və ali təhsili olan şəxslər dürüst surətdə az olmuşdur-6,7%, suisidal cəhdlər qrupunda isə 17,9% (p<0,001). Digər kateqoriyalar üzrə paylanma müqayisə olunan hər iki qrupda praktik olaraq eyni olmuşdur. Buna baxmayaraq, göstərilən fərq onu təsdiq etməyə kifayətdir ki, intihar etmiş qadınlar üçün təhsilin daha aşağı səviyyəsi xarakterdir, nəinki suisidal cəhdlər etmiş analoji qadın kontingenti üçün.

Cədvəl 4

İntihar və suisidal cəhdlər etmiş qadınların təhsil səviyyəsi üzrə bölünməsinin müqayisəsi

Təhsil səviyyəsi	İntihar etmiş qadınlar		Suisidal cəhdlər etmiş qadınlar		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt.	%	Müt.	Müt.	χ^2	P
Təhsilsiz	15	3,1	4	1,9	1,27	p>0,05
Natamam orta	103	21,5	25	12,1	7,79	p<0,01
Tam orta	282	58,8	127	61,4	0,52	p>0,05
Orta ixtisas	23	4,8	11	5,3	0,23	p>0,05
Natamam ali	25	5,2	3	1,4	4,31	p<0,05
Ali	32	6,7	37	17,9	18,89	p<0,001
Cəmi	480	100	207	100	-	-

Suisidal cəhdlər etmiş qadınlar arasında intihar etmiş qadınlarda fərqli olaraq işləməyən şəxslər daha çox olmuşdur - 69,1% (cədvəl 5). Sonra evdar qadınlar (15,9%), işləyən şəxslər (6,3%), əlilliyə görə təqaüdə çıxanlar (5,4%), yaşa görə pensiyaya çıxanlar (1,9%) və nəhayət şagirdlər

və tələbələr (1,4%) gəlir. Beləliklə, suisidal cəhdlər etmiş qadınların sosial statusa görə paylanmasının strukturu intihar etmiş qadınlardan ilk növbədə işləməyən şəxslərin üstünlük təşkil etməsi ilə fərqlənmişdir.

Cədvəl 5.

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların sosial statusu

Sosial status	Qadınlar (əsas qrup)		Kişilər (kontrol qrup)		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt.	%	Müt.	Müt.	χ^2	P
İşləmir	143	69,1	103	76,3	2,48	p>0,05
İşləyir	13	6,3	19	14,1	4,97	p<0,05
Evdar qadın	33	15,9	0	0	22,03	p<0,001
Hərbi xidmətçi	0	0	1	0,7	0,05	p>0,05
Məhkum	0	0	0	0	-	-
Ahıl (təqaüdçü)	4	1,9	1	0,7	4,93	p<0,05
Şagird (tələbə)	3	1,4	0	0	0,66	p>0,05
Xəstəliklə əlaqədar əlil	11	5,4	11	8,2	1,61	p>0,05
Cəmi	207	100	135	100	-	-

Kontrol qrupla müqayisə burada da tədqiq olunan qrupda yaşa görə təqaüdə çıxanların dürüst surətdə daha yüksək payı ($p<0,05$), işləyənlərin aşağı payı ($p<0,05$) olduğunu aşkara çıxarmışdır ki, bu da əsas və kontrol qrupların yaş strukturundakı fərqlərlə izah oluna bilər. Bundan başqa, intihar qrupunda olduğu kimi, suisidal cəhdlər etmiş qadınlarda da analoji kişi kateqoriyası ilə müqayisədə işləməyən şəxslərin payının azalma meyli qeyd olunur.

Cədvəl 6

İntihar və suisidal cəhdlər etmiş qadınların sosial statusu üzrə bölünməsinin müqayisəsi

Sosial status	İntihar etmiş qadınlar		Suisidal cəhdlər etmiş qadınlar		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
İşləmir	131	27,3	143	69,1	103,6	p<0,001
İşləyir	70	14,6	13	6,3	8,622	p<0,005
Evdar qadın	182	37,9	33	15,9	31,47	p<0,001
Hərbi xidmətçi	0	0,0	0	0	-	-
Məhkum	0	0,0	0	0	-	-
Ahıl (təqaüdçü)	48	10,0	4	1,9	12,33	p<0,001
Şagird (tələbə)	33	6,9	3	1,4	7,516	p<0,01
Xəstəliklə əlaqədar əlil	16	3,3	11	5,4	1,02	p<0,05
Cəmi	480	100	207	100	-	-

Yəqin ki, intihar etmiş qadınlar arasında işləyənlərin sayının az olması məhz onların arasında təqaüdüçülərin və əlillərin payının çox olması ilə izah olunur. Bütövlükdə, misal gətirilən məlumatlara əsaslanaraq belə hesab edilməlidir ki, intihar etmiş qadınların sosial statusu suicidal qəsd etmiş qadınların sosial statusuna nisbətən az qənaətbəxşdir.

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların ailə statusundan asılı olaraq paylanma strukturu intiharı etmiş qadınlar üçün olan paylanma ilə praktik olaraq oxşardır (cədvəl 7). Burada həmçinin nığahda olan şəxslərin üstünlük təşkil etmişdir (63,3%), sonra heç vaxt nığahda olmamış şəxslər (18,8%), boşanmış şəxslər (9,7%) və dul qadınlar (8,2%) gəlir.

Cədvəl 7.

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların ailə vəziyyəti

Ailə vəziyyəti	Qadınlar (əsas qrup)		Kişilər (kontrol qrup)		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
Subay	39	18,8	58	42,9	22,23	p<0,001
Evli	131	63,3	64	47,4	7,77	p<0,01
Boşanmış	20	9,7	10	7,4	0,28	p>0,05
Dul	17	8,2	3	2,3	4,29	p<0,05
Cəmi	207	100	135	100	-	-

Kontrol qrupla müqayisə zamanı tədqiq olunanlar içərisində heç vaxt nığahda olmayan (subayların) şəxslərin payının dürüst surətdə aşağı, dul qadınların payının isə dürüst surətdə yüksək olduğu aşkar edilmişdir (müvafiq olaraq p<0,001, p<0,05). Həm bu, həm də digər fərq, görünür ki, əsas və kontrol qrupların yaş strukturunda əvvəl aşkar edilmiş fərqlərlə, yəni kişi cinsindən olan suisidentlər arasında cavan yaşlı şəxslərin və qadın cinsindən olan suisidentlər arasında ahıl yaşlı şəxslərin payının çox olması ilə əlaqədardır.

İntihar etmiş və suisidal cəhdlər etmiş qadınların ailə vəziyyətindəki fərqlər (cədvəl 8) subay və ailəli şəxslər kateqoriyasına aiddir: birincilər arasında bələlərinin payı statistik dürüst surətdə aşağı olmuşdur (p<0,005). Lakin bu fərq də, görünür, müqayisə olunan qrupların yaşa görə payılmasındakı fərqlə, yəni, suisidal cəhdlər etmiş qadınlar arasında cavan yaşlı-bir hissəsi hələ nığaha daxil olmağa macal tapmamış şəxslərin payının çox olması ilə izah olunur.

Cədvəl 8.

İntihar və suisidal cəhdlər etmiş qadınların ailə vəziyyəti üzrə bölünməsinin müqayisəsi

Ailə vəziyyəti	İntihar etmiş qadınlar		Suisidal cəhdlər etmiş qadınlar		Fərqin dürüstlüyü	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
Subay	142	29,6	39	18,8	8,06	p<0,005
Evli	240	50,0	131	63,3	9,75	p<0,005
Boşanmış	38	7,9	20	9,7	0,37	p>0,05
Dul	60	12,5	17	8,2	3,12	p>0,05
Cəmi	480	100	207	100	-	-

Suisidal cəhdlər etmiş qadınlar arasında (cədvəl 9), həmçinin öz ailəsi ilə yaşayan şəxslər- 48,8%, üstünlük təşkil etmişdir, eyni zamanda valideyn ailəsində yaşayan şəxslərin payı da kifayət qədər böyük olmuşdur-39,7%. Tənha yaşayan şəxslərin payı isə nəzərəcarpaçaq dərəcədə aşağı, lakin yenə də əhəmiyyətli dərəcədə olmuşdur-11,5%. Kontrol qrupla müqayisə təhlil olunan əlamətə görə birdən-birə iki statistik

əhəmiyyətli fərq aşkar etmişdir: tədqiq olunan qrupda öz ailəsi ilə yaşayan şəxslərin payı dürüst surətdə yüksək, valideynləri ilə yaşayan şəxslərin payı dürüst surətdə aşağı olmuşdur (hər iki halda $p < 0,005$). Göstərilən fərqlər də müqayisə olunan qrupların yaş strukturundakı fərqlə tamamilə izah olunur. Əsas və kontrol qruplarda tənha şəxslərin payı praktik olaraq bərabər olmuşdur.

Cədvəl 9.

Suisidal cəhdlər etmiş qadınların yaşam tərzi

Yaşam tərzi	Qadınlar (əsas qrup)		Kişilər (kontrol qrup)		Fərqin dürüslüyü	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
Tək yaşayırdı	24	11,5	16	11,6	0,06	$p > 0,05$
Ata ailəsində yaşayırdı	82	39,7	77	57,1	9,283	$p < 0,005$
Öz ailəsində yaşayırdı	101	48,8	42	31,3	9,785	$p < 0,005$
Cəmi	207	100	135	100	-	-

İntihar etmiş və suisidal cəhdlər etmiş qadınların təhlil olunan əlamətə görə paylanmasının müqayisəsi zamanı (cədvəl 10) aşkar olunur ki, birincilər arasında valideyn ailəsində yaşayan şəxslərin payı ($p < 0,02$) və tənha yaşayan şəxslərin payı ($p < 0,001$) dürüst surətdə aşağı, öz ailəsində yaşayan şəxslərin payı isə dürüst surətdə yüksək ($p < 0,001$) olmuşdur. Müəyyən edilmiş fərq də suisidentlərin yaşa görə

paylanma strukturundakı fərqlə izah oluna bilər: suisidal cəhdlər qrupundan olan suisidentlərin yaşının daha gənc olmasını o fakt müəyyən edir ki, onların bir çoxu hələ valideyn evini tərk etməyə macal tapmamışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, suisidal cəhdlər qrupunda tənha şəxslərin payının daha yüksək olması meylitənhalığın suisidogen amil kimi rol oynadığını göstərir.

Cədvəl 10.

İntihar və suisidal cəhdlər etmiş qadınların yaşam tərzi üzrə bölünməsinin müqayisəsi

Yaşam tərzi	İntihar etmiş qadınlar		Suisidal cəhdlər etmiş qadınlar		Fərqin dürüslüyü	
	Müt.	%	Müt.	%	χ^2	P
Tək yaşayırdı	11	2,3	24	11,5	23,997	$p < 0,001$
Ata ailəsində yaşayırdı	143	29,8	82	39,7	5,897	$p < 0,02$
Öz ailəsində yaşayırdı	326	67,9	101	48,8	21,68	$p < 0,001$
Cəmi	480	100	207	100	-	-



Təqdim olunan nəticələrə əsasən suicidal davranış qadınların tipik sosial-demoqrafik xarakteristikasını göstərmək mümkündür: 40-a qədər yaş, orta və ya (daha az) natamam orta təhsil, işləyənlərin və ya əlilliyə görə təqaüdə çıxanların sosial statusu. Buna əlavə olaraq, suisidentlərin bu qrupunun işlənməyən, boşanmış, tənha yaşayan şəxslərin nisbətən yüksək payı kimi xüsusiyyətləri qeyd etmək olar. Göstərilən xüsusiyyətləri suicidal hərəkətə meyl yaradan amillər kimi də nəzərdən keçirmək olar. Suicidal cəhdlər edən qadınların sosial-demoqrafik xarakteristikalarının analoji kişi kateqoriyasında olanlardan ən mühüm fərqləri bunlardır: daha yuxarı yaş, yaşa görə təqaüdə çıxanların və dul qadınların payının daha çox, heç vaxt nigahda olmayanların payının az olması.

İntihar etmiş qadınların sosial-demoqrafik xarakteristikalarının suicidal cəhdlər etmiş qadınların analoji xarakteristikalarında fərqləri: yaş strukturunun yerinin daha yuxarı yaş tərəfə dəyişməsi, təhsilin daha aşağı səviyyəsi, yaşa və əlilliyə görə təqaüdə çıxanların payının daha yüksək olması zaman işləyənlərin payının daha aşağı olması, heç vaxt nigahda olmayan şəxslərin payının daha aşağı olması. Bu fərqlərin təhlili belə bir nəticəyə gəlməyə əsas verir ki, intihar etmiş qadınların sosial-demoqrafik xarakteristikaları intihara cəhd etmiş qadınların müvafiq xarakteristikaları ilə müqayisədə daha az qənaətbəxşdir. Bu, qadınlarda sunisidal prosesin formalaşmasında və inkişafında sosial-demoqrafik amillərin mühüm rolu olduğunu göstərir.

Ədəbiyyat

1. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Т. 16, № 3. — С. 22 — 27;

2. Журавлева И.В., Журавлева С.Л., Мягков А.Ю. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социологический журнал.-2003. -№1.-С. 16-26.

3. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М.: «Ко-гито-центр», 2005. — 376 с.

4. Canetto S.S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis // Am. J. Orthopsychiatry. - 2008. - Vol. 78, N 2. - P. 259 - 266.

5. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour // The British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 177. - P. 484 - 485.

6. Gunnell D., Middleton N., Whitley E., Dorling D., Frankel S. Influence of cohort effects on patterns of suicide in England and Wales, 1950-1999 // Br. J. Psychiatry. - 2003. - Vol. 182, N Feb. - P. 164 - 170.

7. Gunnell D., Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention // The British Journal of Psychiatry. - 2005. — Vol. 187, Sep.-P. 206-208.

8. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior // J. Ment. Health Policy Econ. - 2007. - Vol. 10, N 4. - P: 177 - 187.

9. Makinen İ.H., Wasserman D. Some social dimensions of suicide // Suicide -An unnecessary death. — London, 2001. - P. 101 — 108.

10. Qin P., Agerbo E., Westergaard-Nielsen N. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 177. -P. 546-550.

11. Rezalian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000 // East. Mediterr. Health J. - 2007. - Vol. 13, N 4. - P. 953 - 960.

Roy A., Janal M. Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? // Suicide and Life Threatening Behavior. - 2006. - Vol. 36, N 3. - P. 329 - 335.

Активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофрении

Асадов Б.М.¹

¹ Кафедра психиатрии АМУ

Актуальность исследования. В последние годы появился ряд исследований, посвященных изучению особенностей становления, формирования, психопатологического строения и специфической нозологической окраски синдрома Кандинского-Клерамбо [1; 2; 6; 9 и др.]. Однако, анализ психиатрической литературы показывает, что большинство исследований проведено в плане расширения нозологических форм психозов, в рамках которых встречается синдром Кандинского-Клерамбо, нежели в плане глубокого клинко-психопатологического исследования этого сложного психопатологического состояния. В то же время, в структуре самого синдрома обнаруживаются психопатологические особенности, не ставшие еще предметом специального исследования.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на обобщении результатов клинко-психопатологического и катamnестического исследования 203 больных различными типами течения шизофрении, у которых в клинической картине в качестве ведущего психопатологического расстройства выступали психопатологические феномены классического и активного вариантов синдрома Кандинского-Клерамбо. Адекватными поставленным задачам оказались клинко-психопатологический и катamnестический методы исследования, позволившие изучить особенности структуры, механизмы формирования, диагностическое и прогностическое значение психопатологических феноменов активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо.

Результаты исследования. В процессе настоящего исследования при

диагностировании психопатологических феноменов классического варианта синдрома психического автоматизма мы руководствовались критериями, изложенными в монографии В.Х.Кандинского “О псевдогаллюцинациях” [8], в также классификации А.В.Снежневского [7].

При диагностике психопатологических феноменов активного варианта синдрома психического автоматизма Кандинского - Клерамбо бо, мы руководствовались критериями, приведенными в работах М.Г.Гулямова [3, 4, 5], а также особенностями, выявленными в процессе настоящего исследования.

Переходя к решению поставленных в исследовании задач, прежде всего, необходимо было дать определение активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. Активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо – это сложное психопатологическое состояние, отличающееся от классического варианта синдрома двумя существенными особенностями – наличием чувства собственной внутренней деятельности и наличием чувства психического обогащения личности, вызванным извне и характеризующееся следующими психопатологическими расстройствами:

- бредом активного воздействия (появляющаяся у больных убежденность в том, что они, под воздействием извне, сами могут влиять на окружающее);

- активными слуховыми псевдогаллюцинациями (возникшая под воздействием извне способность передавать свой голос в головы людей или вызывать у них другие голоса);

- активным эрительными псевдогаллюцинациями (возникшая под воздействием извне способность, настроившись на биотоки мозга других людей, вызывать у них другие в голове различные образы, видения и т.п.);

- симптомами идеаторного автоматизма (способность больных, благодаря обогащению личности, вызванному воздействием извне, читать, вкладывать и отнимать мысли окружающих, путать, пребывать их, передавать мысли на



большое расстояние, изменять настроение окружающих и т.п.);

- симптомами сенестопатического автоматизма (крайне неприятные, тягостные ощущения, вызываемые больными у окружающих, благодаря обогащению личности, вызванному извне);

- симптомами кинестетического автоматизма (способность больных, благодаря обогащению личности, вызванному извне, управлять действиями, поступками, движениями окружающих людей).

Проведенное комплексное клинко-психопатологическое исследование активного варианта синдрома Кандинского - Клерамбо на модели различных форм и типов течения шизофрении позволили разработать его систематику, выявить соотношение классического и активного вариантов синдрома Кандинского - Клерамбо, обосновать его клиническое, прогностическое и судебно - психиатрическое значения.

В основу предлагаемой нами систематики активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо положено четыре критерия: а) выраженность психопатологическая структура синдрома в зависимости от преобладания тех или иных расстройств; в) направленность воздействия; г) особенности прогрессивности развития активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо.

С учетом первого критерия активный вариант синдрома Кандинского -Клерамбо проявлялся в двух разновидностях: развернутой и неразвернутой.

КЛИНИКА РАЗВЕРНУТОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА включала в себя бред активного воздействия, активные слуховые и зрительные псевдогаллюцинации, симптомы ассоциативного, сенестопатического и кинестетического автоматизма.

КЛИНИКА НЕРАЗВЕРНУТОЙ РАЗНОВИДНОСТИ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО вкладывалась из бреда активного воздействия, симптомов ассоциативного и сенестопатического автоматизма, отличавшихся простотой

конструкции, конкретностью и отсутствием склонности к расширению.

Второй критерий, который мы учитывали при разработке систематики активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо -это его психопатологическая структура в зависимости от преобладания тех или иных проявлений синдрома. Оценка этого критерия позволила нам выделить следующие его разновидности.

БРЕДОВАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Здесь все психопатологические феномены определялись систематизированным бредом активного воздействия, проявившимся убежденностью больных, что окружающие люди и даже преследователи находятся в их власти, они (больные) могут управлять ими (окружающими) по своему желанию, на любых расстояниях и в любое время суток. Наши исследования показали, что эта разновидность активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, нередко сопровождалась бредом активный метаморфозы, проявившимся в убежденности больных, что они благодаря своей способности, развивающейся под влиянием извне, могут превращать людей в лягушек, мух, животных и т.п.

ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАТОРНАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Эта разновидность синдрома разделена нами на два подтипа.

1. Псевдогаллюцинаторно-вербальная разновидность активного варианта синдрома Кандинского - Клерамбо. При этой разновидности психопатологические феномены синдрома определялись слуховыми псевдогаллюцинациями и тесно связанными с ними бредовыми идеями активного воздействия, которые вытекали из содержания слуховых псевдогаллюцинаций.

2. Псевдогаллюцинаторно-зрительная или условно “грезоподобная” разновидность активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо развивалась в клинике онейроидно-кататонических приступов шизоаффективной шубообразной и периодической шизофрении и находилось



в тесной связи с грезоподобными зрительными псевдогаллюцинациями. Так, симптомы ассоциативного автоматизма, проявлялись в высказываниях больных о том, что инопланетяне, экспериментаторы, черти, среди которых они себя видели, производя над ними эксперименты, при помощи аппаратов, космических лучей, колдовских чар, наделяли их особыми способностями, при помощи которых они читали мысли окружающих людей, отнимали мысли у тех же инопланетян и экспериментаторов, внушали им мысли изменяли их настроение; симптомы сенестопатического автоматизма - в том, что те же инопланетяне, черти, экспериментаторы, наделяли больных способностью вызывать неприятные ощущения в различных частях тела окружающих, при этом наблюдали, как они переживают эти ощущения.

**МАНИОФОРМНАЯ
РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО
ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-
КЛЕРАМБО,** разливаясь на фоне маниакального состояния, в структуре шизоаффективных приступов шубообразной шизофрении, характеризовался тем, что все компоненты активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо отличались фантастичностью, однако в их основе с самого начала его развития лежал маниакальный аффект. Характерным для этой разновидности синдрома является то, что обратное развитие мании сопровождалось регрессом психопатологических феноменов активного варианта синдрома.

**ДЕПРЕССИВНАЯ
РАЗНОВИДНОСТЬ АКТИВНОГО
ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-
КЛЕРАМБО,** развивавшаяся в клинике депрессивно - параноидных приступов шизоаффективной шубообразной и периодической шизофрении характеризовалась тем, что депрессия пронизывала красной нитью все без исключения его психопатологические феномены. Так, симптомы ассоциативного автоматизма проявились в переживаниях больных о том, что они, в силу обогащения личности несвойственными качествами,

происшедшими под влиянием извне, могут читать мысли окружающих, лишают их возможности мыслить, вкладывают им страшные мысли о гибели, их греховности, предстоящем наказании, вызывают у окружающих тоску, страх, тревогу; симптомы сенестопатического автоматизма — что при помощи своих способностей, переданных им преследователями, они вызывают страшные и мучительные ощущения у окружающих людей, заставляя их мучить и страдать, при этом в голове слышали их крики, стоны, мольбы о прекращении воздействия. Характерным для этой разновидности синдрома является то, что с обратным развитием депрессии, психопатологические феномены активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо также подвергались регрессу.

**АКТИВНЫЙ ВАРИАНТ СИНДРОМА
КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО С
ФАНТАСТИЧЕСКИМ СОДЕРЖАНИЕМ** может развиваться в рамках как бредовой, так и псевдогаллюцинаторной разновидностей синдрома. Чаще всего он развивался на отделенном этапе манифестной стадии непрерывнотекущей шизофрении и характеризовался грандиозностью и фантастическим содержанием его психопатологических феноменов. Так, симптомы ассоциативного автоматизма здесь проявлялись в утверждениях больных о том, что в силу особых способностей, биополя, которым их одарили высшие силы, бог, они могут проникать в тайные замыслы всех людей, передавать мысли и читать их, независимо от расстояния и несмотря ни на какие преграды, могут установить телепатическую связь с космосом и т.п.; симптомы сенестопатического автоматизма проявлялись в высказываниях больных о том, что они в силу особых возможностей могут сжигать всех грешников, заставляя их мучиться как в аду, вызывая у них страшные боли и т.п.; симптомы кинестетического автоматизма - благодаря особому дару, возможностям, которые передали им преследователи, больные могут управлять действиями всего человечества, передвигать горы, управлять всеми живыми существами и т.п.

Наличие чувства сделанности, являющегося одним из существенных компонентов активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, позволило дифференцировать вышеописанное психопатологическое состояние от бреда величия. Кроме того, наши исследования показали, что явной корреляционной связи между указанной разновидностью активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо и степенью выраженности негативных дефицитарных расстройств нет. Другими словами, активный вариант синдрома с фантастическим содержанием не является отражением грубых шизофренических изменений личности.

Анализ критерия направленности активного воздействия при активном варианте синдрома Кандинского-Клерамбо позволил нам выделить его аутоактивную и гетероактивную разновидности.

ПРИ АУТОАКТИВНОЙ РАЗНОВИДНОСТИ СИНДРОМА у больных появлялась убежденность в том, что они под воздействием извне наделены способностью оказывать влияние не только на окружающих, но и на себя: читать свои мысли, ускорять или замедлять их, заменять на другие, изменять глубинные структуры мозга, регулировать свои чувства, настроение (симптомы ассоциативного автоматизма), вызывать у себя в голове различные неприятные, но необходимые им для пользы, ощущения, направленные на самосовершенствование, путем расширения одних участков мозга, сглаживания других и т.п. (симптомы сенестопатического автоматизма). Подтверждением выделенной нами аутоактивной разновидности активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо является тот факт, что способность воздействия на собственные психические акты, возникает у больных под воздействием извне и сопровождается чувством внутренней активной деятельности.

ПРИ ГЕТЕРОАКТИВНОЙ РАЗНОВИДНОСТИ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО у больных появляется убежденность, что они под воздействием извне, наделены способностью воздействовать на окружающее. При этой

разновидности синдрома нами наблюдался психопатологический феномен, обозначенный как **ЯВЛЕНИЕ АКТИВНОГО ТРАНЗИТИВИЗМА**. Это своеобразный феномен, стоящий близко к явлениям транзитивизма при классическом варианте синдрома Кандинского-Клерамбо, заключающийся в высказываниях больных о том, что способности влиять на окружающих, которые они получили, благодаря воздействию на них извне, позволили им в свою очередь одарить этими же способностями окружающих людей, которые вследствие этого сами могли читать мысли, вызывать у других людей неприятные ощущения и т.п.

Следующим критерием систематики активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо является его типология с учетом прогредиентности развития психопатологических феноменов, его составляющих. В данном аспекте мы выделили три типа прогредиентности.

1. ПРОГРЕДИЕНТНЫЙ ТИП РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Этот при прогредиентности наблюдался у части больных прогредиентной параноидной и шубообразной шизофренией, с ранним началом заболевания, у которых активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо формировался на начальных этапах манифестной стадии психоза. Эдесь вначале происходило усиление его психопатологических феноменов, в последующем, в динамике заболевания постепенная дезактуализация и стирание чувства сделанности, парафренизация переживаний больных, приобретающих все более нелепый и фантастический характер. Спустя 2-5 лет от начала развития заболевания, на фоне выраженного шизофренического дефекта, активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо представлял собой распавшуюся бредовую систему, проявления которой становились оскольчатными и проявлялись эпизодически.

2. РЕГРЕДИЕНТНЫЙ ТИП РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Наблюдался у части больных шизоаффективной шубообразной и у всех

больных периодической шизофренией. Он характеризовался обратным развитием психопатологических феноменов активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, которое в наших наблюдениях происходило по двум направлениям. При первом из них активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо подвергался обратному развитию очень быстро, по типу критического обрывания психоза с полным исчезновением всех его симптомов, восстановлением полной критике к перенесенному состоянию. При втором – психопатологические феномены синдрома Кандинского-Клерамбо регрессировали медленно в той же последовательности, в какой они развивались. По выходе из психотического состояния, при формально правильном поведении, длительное время сохранялся резидуальный бред, на фоне различной степени выраженности изменений личности.

3. СТАЦИОНАРНЫЙ ТИП РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО. Наблюдался у больных прогрессивной параноидной шизофренией. Здесь проявления активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо стабилизировались, становились монотонными, стереотипными, теряли свою аффективную насыщенность, не оказывая сколь-нибудь заметного влияния на поведение больных, усиливаясь при ухудшении и вновь стабилизируясь при улучшении состояния больных.

Обсуждение результатов исследования. Активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофрении - это сложное психопатологическое состояние, отличающееся от классического варианта синдрома Кандинского-Клерамбо двумя существенными особенностями: наличием чувства собственной внутренней деятельности и наличием чувства психического обогащения личности, вызванным воздействием извне. Вследствие этого больных появляется убежденность в том, что они сами могут воздействовать на окружающих. Динамика активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо в основном предопределяется типом течения шизофрении. С позиций структурно-динамического анализа для него характерны

прогредиентный, регрессивный, стационарный типы прогрессивности.

Клинические особенности активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо находятся в определенной зависимости от типа и формы течения шизофрении. Так, при непрерывнотекущей параноидной и прогрессивной шизофрении психопатологические феномены активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо формируются на среднем и отдаленном этапах манифестной стадии или клинической картине второго и третьего приступов, отличаются завершенностью расстройств, проявляясь в виде активного варианта с фантастическим содержанием, бредовой и псевдогаллюцинаторной его разновидностей. При шизоаффективной шизофрении психопатологические феномены активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо развиваются преимущественно в картине первого и реже второго приступов, отличаются незавершенностью клинических расстройств, проявляясь в виде активного варианта с фантастическим содержанием, депрессивной, грезоподобной и аутоактивной разновидностей. Между психопатологическими феноменами классического и активного вариантов синдрома Кандинского-Клерамбо прослеживается причинно обусловленная взаимосвязь и определенные закономерности перехода, которые можно условно свести в три варианта:

- первый вариант взаимоперехода классического и активного вариантов синдрома Кандинского-Клерамбо характеризуется их сосуществованием на всем протяжении психоза;

- второй - активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо, формируясь вслед за классическим вариантом, становится доминирующим психопатологическим расстройством;

- третий вариант характеризуется тем, что активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо с момента своего появления вскоре полностью заменяет психопатологические феномены классического варианта. Первая формы соотношения наблюдается при шизоаффективной шизофрении; вторая - при шизофрении и третья - при прогрессивной



параноидной и части прогрессивной шизообразной шизофрении.

Прогностическое значение психопатологических феноменов активного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо определяется его целостностью, этапом заболевания, на котором он сформировался, особенностями его взаимоотношения с классическим вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо. Наиболее неблагоприятно в прогностическом отношении протекает прогрессивная параноидная и прогрессивная шизообразная шизофрения, где активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо формируется на средних этапах манифестной стадии или при первых приступах болезни, отличаясь целостным содержанием и с момента своего появления полностью заменяет психопатологические феномены классического варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. Течение болезни характеризуется быстрым нарастанием шизофренического дефекта, распадом бредовой системы, затяжным характером приступов, утратой больными социального статуса. Меньшей прогрессивностью отличается шизофрения, при которой активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо формируется на отдаленных этапах болезни, либо в 3-4 приступах, отличается незавершенностью клинических проявлений и сосуществует с психопатологическими феноменами классического варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. При этом наблюдается стабилизация патологического процесса, относительная кратковременность приступов, изменения личности не достигают степени шизофренического слабоумия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бессонов Ю.В. Суицидальные и агрессивные действия больных параноидной шизофренией с синдромом Кандинского. – Автоферюдисс. ...канд.мед.наук. -1980. – 19 с.
2. Бухман Ю.М. Нозологическое видоизменение синдрома Кандинского при атеросклеротических психозах. – Дисс.канд.мед. наук. -1975.
3. Гулямов М.Г. О психопатологии и динамике острого синдрома Кандинского при некоторых экзогенных онейроидах // Проблемы

психоневрологии (научные тезисы). – М., 1969. – С. 269-273.

4. Гулямов М.Г. Об одном из вариантов синдрома психического автоматизма Кандинского // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1972. - № 12. – С.1847-1951.

5. Гулямов М.Г. О диагностическом и прогностическом значении активного варианта синдрома Кандинского при шизофрении // Нозологическое видоизменение психопатологических синдромов. – Душанбе, 1974. – С.51-56.

6. Дикая В.И. Клинико – психопатологические разновидности острого синдрома Кандинского –Клерамбо при шизофрении // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1985. - № 8. – С.1200 – 1205.

7. Снежневский А.В. Симптоматология психических заболеваний // Учебник психиатрии. – М., 1958. – С.78.

8. Снежневский А.В. В.Х.Кандинский // В.Х.Кандинский «О псевдо-галлюцинациях». – М., 1952. – С. 147-167.

Шарапова Н.М. Клиника и формирование синдрома Кандинского-Клерамбо при остром алкогольном галлюцинозе. –Автореф.дисс. канд.мед.наук. - 1986. -18с.

Аутоагрессия в клинике некоторых форм расстройств личности

Эльдарова Н.¹

¹Азербайджанский Медицинский Университет

Актуальность изучения суицидальных явлений вызывается как целями профилактики самоубийств, так и требованиями, предъявляемыми практикой судебно-психиатрической экспертизы. Аутоагрессивные тенденции могут возникать у психически здоровых людей, у душевнобольных, а так же у лиц обнаруживающих то или иное расстройство

личности (р.л.), стоящих на границе душевной нормы и психической болезни. В отличие от суицидальных тенденций душевнобольных, вопрос о взаимоотношении расстройств личности и аутоагрессии изучен значительно меньше. В современной литературе существует несколько точек зрения на связь расстройства личности и самоубийства. Гофф, Рингель и другие авторы полагают, что именно в психике патологических личностей содержится та «психическая ситуация», которая представляет собой необходимый «внутренний фактор» любого суицида.

Целью настоящего исследования являлось сравнительное изучение причин и условий возникновения у психопатических личностей суицидальных тенденций, вариантов развития и исходов последних в корреляции с формой расстройств личности и его клинической динамикой.

Основными методами исследования явились клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический. В настоящей работе представлены результаты изучения 164 лиц с различными формами расстройства личности, совершившие аутоагрессивные действия и прошедшие судебно-психиатрическую экспертизу в Клинической психиатрической больнице №1 М.З. Азерб. Республики с 2015 по 2018 гг. По клиническим формам р.л. распределялись следующим образом: ананкастное р.л.- 59 наблюдений, эмоционально- неустойчивое р.л. – 71 наблюдение, диссоциативно-конверсионное (истерическое) р.л.- 34 наблюдения.

Анализ клинического материала показал, что суицидальные явления у обследованных психопатических личностей неоднородны. В некоторых случаях суицидальные тенденции представляли собой опасность не только для самого пациента, но и для его окружения, включая совершенно незнакомых ему лиц, являлись причиной убийства или покушения на него,

расширенного самоубийства и других криминальных поступков. В других же – суицидальные тенденции долгие годы сопутствовали больным без всяких намеков на их реализацию. Среди обследованных лиц истинные суицидальные тенденции наблюдались в 104-х случаях, псевдосуицидальные в 60-ти случаях.

Все психотравмирующие факторы вызывавшие истинные суицидальные тенденции, мы отнесли к трем группам:

- 1) объективно-значимые психогении
- 2) субъективно- значимые психогении
- 3) психогении, избирательно-значимые только для определенного типа расстройств личности

Для ананкастных личностей элективно-значимой реальной психогенией являлись такие конфликты служебных и межличностных отношений, которые несли в себе признаки утраты близких, любви, авторитета, уважения и т.д. Для эмоционально-неустойчивых и истерических психопатических личностей особенно патогенное значение имели такие реальные психогении, которые содержали признаки «отказа», препятствующего достижению больными своих узкоэгоистичных целей. Условные психогении для эмоционально-неустойчивого р.л. составляли ситуации, предъявляющие повышенные требования к обузданию раздражительного процесса, самоограничению и дисциплине; для истерического р.л. такого рода травмой являлась обычно неудача в притязаниях личности на исключительную роль. Для всех групп р.л. можно было отметить большую суицидогенную роль конфликтов, возникающих в сфере половых отношений. Для лиц с ананкастным расстройством личности такими «ключевыми переживаниями» явились представления о собственной слабости, неполноценности; для эмоционально-неустойчивых психопатических личностей – это представление о собственной значимости; для истерических- жажда признания.

Легкость, с которой у больных под влиянием незначительных факторов возникали и реализовывались суицидальные тенденции, мы объясняли тем, что для каждого типа расстройств личности существует определенная система аффективно-значимых связей и представлений, отражающих внутренний конфликт противоречивой, дисгармоничной личности, через призму которых обследуемые рассматривали все явления окружающей их действительности.

Истинные суицидальные тенденции по интенсивности могут быть разделены на 2 варианта:

бескомпромисные – характеризуется коротким пресуицидальным периодом, почти полным отсутствием внешних проявлений возникшего у личности суицидального стремления.

компромисные характеризуются постепенным развитием суицидальных идей, их обнаженность и апеллятивность, большая зависимость их интенсификации от дополнительных, усугубляющих моментов как ситуационных, так и психопатологических.

Сравнительная частота суицидальных явлений в клинике расстройств личности объясняется:

аффективной неустойчивостью психопатических личностей, их склонностью к расстройствам настроения, неадекватностью и аномальностью реагирования на психогенно-травмирующие факторы и расширением спектра этих психогений за счет включения в них обстоятельств условно-психотравмирующих, патогенных лишь для определенной структуры психопатической личности.

Динамика основных показателей в системе амбулаторной психиатрической помощи

Расулов Агагасан Расул оглы¹

¹ Психиатрическая Больница №1 МЗ АР

Введение: В последние годы в нашей стране, так же как и в большинстве европейских стран, вопросы психического здоровья приобрели приоритет с точки зрения общественного здравоохранения. В частности в Азербайджане была принята Национальная Стратегия и Национальный План Действий по психическому здоровью создающие необходимые условия для организации и регулирования различных аспектов психиатрической помощи. Главной целью политики в области психического здоровья является переход от системы институциональной помощи к системе внебольничной помощи, способствующей лучшей защите прав пациентов и интеграции их в обществе.

Цель исследования: В настоящей работе рассмотрена пятилетняя динамика обращений в системе амбулаторной психиатрической помощи, включая первичные обращения и обращения с целью определения признаков инвалидности.

Методы исследования: Местом проведения исследования была Психиатрическая Больница № 1 (ПБ №1 МЗ АР) и Центр Психического Здоровья (ЦПЗ МЗ АР). Анализ основных показателей психиатрической помощи основывался на изучении специальной формы отчета по психическим расстройствам. Наряду с бумажными носителями информации при сборе данных использовалась, созданная в 2016 г. электронная база данных.

Результаты исследования: Количество обращений за амбулаторной

помощью, на протяжении последних 5 лет остается стабильным и составляет 1262 на 100 тыс. населения, что соответствует статистическим показателям для стран с уровнем дохода выше среднего, однако в 2 раза уступает показателям Европейского региона ВОЗ. Число поступлений в больницы (115.17 на 100 тыс. населения) и длительность стационарирования в нашей стране соответствует общеевропейскому тренду. В то же время многие формы помощи доступные в других странах в нашей стране отсутствуют.

Выводы: Наиболее важными областями для улучшения показателей психиатрической помощи являются преодоление дисбаланса между ресурсным обеспечением амбулаторных и стационарных служб, развитие кадрового потенциала, координация и преемственность в оказании помощи и межсекторное взаимодействие, в первую очередь с системой социальной помощи.

Сравнительная оценка заболеваемости психических расстройствами в Азербайджане в разные социальные периоды

доц. Мехтиева Л.Г. доц. Ахундова Н.К.¹

¹Азербайджанский Медицинский
Университет

Изучение общественного психического здоровья предполагает определение закономерностей его показателей во времени, в пространстве и среди различных групп населения с учетом воздействия факторов внешней среды, условий и образа жизни людей. Таким образом, психическое здоровье, как отражает, так и во многом определяет социальное состояние общества.

Исследование психического здоровья населения Азербайджанской Республики в разные социальные периоды потребовало от нас изучения В Азербайджанской Республике вопросы психического здоровья населения в разные социальные периоды, которые практически не изучались.

С этой целью нами, использовались данные Государственного комитета по статистике Азербайджанской Республики (Азстат) и Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики за 1988 – 2008 гг. На следующем этапе исследования были проведены клинические исследования пациентов с основными формами психических расстройств, проводившиеся на клинической базе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии АМУ-(клинической психиатрической больнице № 2.)

В качестве основных методов исследования применялись: клиничко-эпидемиологический, клиничко-психопатологический и математико-статистический методы.



При сопоставлении данных о величине распространенности психических расстройств в разные периоды социального развития Азербайджана было проведено сравнение показателей общей и первичной

заболеваемости населения психическими расстройствами.

Общая заболеваемость населения психическими расстройствами в разные социальные периоды.

Общая заболеваемость	Периоды		
	Первый(1988-1993)	Второй(1994-2003)	Третий(2004-2008)
Абс.	31100	113808	143357
На 100 000	442,9	1382,2	1651,6

Таким образом, в сравниваемые социальные периоды в стране имела место тенденция роста общей заболеваемости населения психическими расстройствами. С нашей точки зрения, такая динамика свидетельствует не о росте собственно заболеваемости как таковой и ухудшении состояния общественного психического

здоровья населения Азербайджана, а указывает на улучшение организации психиатрической помощи в республике в целом, более активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи. Первичная заболеваемость населения психическими расстройствами в разные социальные периоды

Первичная заболеваемость	Периоды		
	Первый	Второй	Третий
Абс.	4549	6272	5722
На 100 000	64,8	78,9	64,1

Такая динамика показывает, что во втором периоде на фоне социальной стабилизации существенно улучшилась организация психиатрической помощи населению, да и само население стало уделять больше внимания своему здоровью.

в других странах постсоветского пространства, в частности, с Российскими. В табл. 3 приведены соответствующие данные для такого сопоставления.

Таблица 3.

Показатели общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Азербайджане и России в разные социальные периоды (на 100 000 населения)

	Социальные периоды					
	Первый		Второй		Третий	
	ОЗ	ПЗ	ОЗ	ПЗ	ОЗ	ПЗ
Азербайджан	443	65	1382	78	1651	64
Россия	2480	320	2900	380	2695	357

В первую очередь, обращает на себя внимание, что в России выявляется аналогичная с Азербайджаном тенденция роста первичной заболеваемости во втором периоде и ее некоторое снижение – в

третьем. В отношении общей заболеваемости в обеих странах отмечаются сходные процессы, за исключением того, что в третьем периоде в России показатель



несколько снизился, а в Азербайджане, напротив, увеличился.

Другим аспектом сопоставления служит величина самих показателей. Нетрудно заметить, что в России они достоверно ($p < 0,05$) больше. В частности, общая заболеваемость психическими расстройствами в России в первом периоде многократно превышала соответствующий показатель в Азербайджане, во втором периоде различие составило уже 2,1 раза, а в третьем – 1,6 раза. Таким образом, за прошедшие с начала периода социальной стабилизации годы доля населения Азербайджана, получающего различные виды психиатрической и психопрофилактической помощи, постепенно приближается к таковой в России с ее давно существующей и хорошо развитой системой психиатрического динамического наблюдения. Это свидетельствует о прогрессирующем развитии психиатрических служб в республике.

Важность изучения потребностей пациентов с шизофренией, а также их близких в контексте биопсихосоциального подхода

Джамия Исмаилова¹, Билал Асадов²

¹Центр Психического Здоровья
Министерства Здравоохранения
e-mail: ismayilova.d@gmail.com

Тел. +99455 559 6000

²Кафедра Психиатрии Азербайджанского
Медицинского Института
e-mail - bilal_44@mail.ru

Тел. +99450 210 5143

Абстракт

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов, посвященных необходимости изучения потребностей пациентов с шизофренией, а также членов их семьи в контексте биопсихосоциальной модели. Подчеркивается важность изучения бремени болезни на членов семьи пациента, а также удовлетворенность услугами с точки зрения оценки конечных результатов. Даются рекомендации по использованию соответствующих шкал для определения потребностей.

Ключевые слова шизофрения, потребности, члены семьи, услуги

Введение.

Шизофрения является тяжелой хронической психической болезнью, которой страдают более 21 миллиона человек во всем мире [1]. Согласно биопсихосоциальной модели, пациенты с шизофренией имеют целый комплекс физических, психологических, межличностных и социальных потребностей. Слово «потребность» в данном случае означает необходимость в чем-то важном [2]. Концепция потребностей в психическом здоровье объединяет в себе как клинические параметры – диагноз, степень тяжести симптомов, длительность заболевания, выраженность функциональной дезадаптации, так и психосоциальную помощь, в которой нуждаются пациенты [3]. Больные шизофренией имеют меньше возможностей получать образование, овладевать профессией, содержать семью и развивать другие важные навыки, необходимые для самостоятельной жизни [4, 5]. Люди, страдающие шизофренией, гораздо чаще становятся безработными, чем люди с физическими нарушениями [6]. Отсутствие работы ухудшает материальное положение больных шизофренией, делая их неспособными платить за необходимые товары и услуги, что обуславливает быстрое движение вниз

по социальной лестнице в сторону нищеты [7, 8, 9]. Несомненно, болезнь сказывается не только на пациенте, но и на его близких. Члены семьи пациентов с шизофренией также подвергаются стигме, дискриминации как и сами пациенты. Кроме этого, они имеют огромное количество как материальных потребностей, связанных с затратами на лечение, реабилитацию, так и психологические потребности: навыки справляться с болезнью, дистресс, вызванный длительным уходом за больным и тд.

Поскольку шизофрения может длиться всю жизнь, она является одним из самых дорогих диагнозов в системе психического здоровья [10]. На сегодняшний день во многих странах мира не только специалисты, но и сами пациенты и члены их семей активно вовлекаются в процесс оценки потребностей. Это позволяет с одной стороны учитывать субъективное мнение получателей услуг в области психического здоровья, а с другой стороны – выносить профессиональное суждение о потребностях, которые не осознаются или не выражаются пользователями [11].

Используемая в наших исследованиях **Кембервильская Шкала Оценки**
Таблица 1

Кембервильская Шкала Оценки Потребностей (CANSAS)

Kembervel Ehtiyacların Qiymətləndirmə Şkalası

Qiymət		Ehtiyac
		0,1,2
1	Yaşayış <i>Yaşayış şəraitiniz necədir? Kimsə Sizə kömək edirmi?</i>	
2	Qida <i>Kifayət qədər yeyirsinizmi? Ərzaq almağı və yeməyi bişirə bilərsinizmi?</i>	
3	Evə nəzarət <i>Siz evə baxa bilərsinizmi? Kimsə Sizə kömək edirmi?</i>	
4	Özünə qulluq <i>Siz özünüza baxa bilərsiniz (gigiyena, paltar?) Kimsə Sizə kömək edirmi?</i>	
5	Gündəlik fəaliyyət (məşğuliyyət) <i>Günü necə keçirirsiniz? Hansı işlər görürsünüz? Kifayət qədər işlər olurmu?</i>	
6	Fiziki sağlamlıq <i>Fiziki cəhətdən özünüzu necə hissedirsiniz? Can həkimlərdən müalicə</i>	

Потребностей (CANSAS), позволяет произвести комплексную оценку не только базовых, социальных и функциональных потребностей, а так же потребностей, связанных со здоровьем, лечением и психосоциальной помощью [12]. Шкала состоит из 22 пунктов, относящихся к проблемам, которые пациент испытывал в течение последнего месяца. Оценка каждого пункта производится по трехступенчатой схеме, где «0» означает отсутствие потребности, «1» - наличие определенной проблемы, которая удовлетворяется в рамках оказываемой помощи, «2» - наличие проблемы, которая продолжает оставаться серьезной вне зависимости от оказываемой помощи. Для определения количества удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей ответы «1» и «2» подсчитывались отдельно, однако общий показатель по шкале CANSAS оценивается как сумма ответов, получивших «1» и «2». Следует отметить, что многочисленные исследования подтверждают высокую степень надежности и валидности данной шкалы [13, 14, 15]. В предыдущих исследованиях шкала была переведена и адаптирована для использования в Азербайджане (таблица 1)[16]



	<i>alrsızınızmi?</i>	
7	Psixotik simptomlar <i>Qulağınıza səs gəlirmi? Qeyri-adi fikirlər varmı? Bunlara görə müalicə alrsınızmi?</i>	
8	Məlumat <i>Müalicə/dərmanlar haqqında məlumatlar almısınızmi? Bu məlumat səmərəlidirmi?</i>	
9	Psixoloji narahatlıq <i>Son zaman ruh düşgünlü və ya təşvişli olmusunuzmu?</i>	
10	Özünə qarşı təhlükəlik <i>Özüünüzə zərər vermək fikirləşmişinizmi? Özünüz üçün təhlükə yaratmışınızmi?</i>	
11	Başqalarına qarşı təhlükəlik <i>Sizin fikrinizə başqa insanlar üçün təhlükə yarada bilərsinizmi? Kiməsə ziyan yetirmişiniz?</i>	
12	Alkoqol <i>Spirtili içkiləri ilə bağlı problemlər varmı? Onlardan qurtarmaq istərdinizmi?</i>	
13	Narkotik maddələr <i>Siz təyin olunmamış dərmanlar qəbul edirsinizmi? O dərmandan qurtara bilərsiniz?</i>	
14	Dost-tanış <i>Ətrafda olan insanlarla münasibətlərdən razısınızmi? Daha geniş tanışlıq qurmaq istəyirsinizmi?</i>	
15	Səmimi münasibətlər <i>Həyat yoldaşınız varmı? Onunla münasibətlərdən razısınızmi?</i>	
16	Cinsi ifadə <i>Seksual həyatınız necədir?</i>	
17	Uşaqlara qulluq <i>18 yaşına çatmamış uşaqlarınız varmı? Onlar labəğli problemlər olurmu?</i>	
18	Təhsil <i>Yazmaq, oxumaq, azərbaycandilinibaşadüşmək çətindirmi? Pulnuzusaymaq necə?</i>	
19	Telefon <i>Telefondan istifadə etmək bacarırsınızmi?</i>	
20	Nəqliyyat <i>Nəqliyyatdan (avtobus, metro) istifadə etmək bacarırsınızmi?</i>	
21	Pul <i>Xərclerinizi planlaşdırma bilərsinizmi? Qaz, işıq, supulunu ödəyə bilərsinizmi?</i>	
22	Faydalar <i>Sizə nəzədə tutulmuş vəsaitlərin tam şəkildə aldığıınıza əminsənizmi?</i>	
Ödənilmiş təlabatlarınsayı (1-lərinisay)		
Ödənilməmiş təlabatlarınsayı (2-lərinisay)		
Ümumitəlabatlarınsayı (1-lərinvə 2-lərin ümumisay)		

При оценке результатов терапии, в том числе реабилитации пациентов с шизофренией, важно понимать, каковы были конкретные потребности пациентов, какие личные цели были достигнуты и насколько эти потребности были удовлетворены [17].

Самым крупным исследованием по оценке потребностей пациентов с тяжелыми психическими расстройствами явился международный проект EPSILON, целью которого было разработать стандартизированные версии пяти инструментов в ключевых областях службы психического здоровья, получить и сравнить данные о потребностях пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в 5-ти европейских странах [18]. К сожалению, пациенты с шизофренией в нашей стране имеют доступ к очень немногим услугам, таким как фармакотерапия, госпитализация и консультирование. В то время как в развитых странах преобладают психосоциально реабилитационные программы. Необходимо воспользоваться международным опытом по созданию этих услуг в Азербайджане [19].

Список литературы

1. World Health Association, Schizophrenia, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Oxford Dictionaries. www.oxforddictionaries.com
3. Zúñiga A, Navarro JB, Lago P, Olivas F, Muray E, Crespo M. Evaluation of needs among patients with severe mental illness. A community study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013 Mar-Apr;41(2):115-21.
4. Hagner, D., Cheney, D., & Malloy J. Career—related outcomes of a model transition demonstration for young adults with emotional disturbance. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1999;42, 228-242.
5. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry.* 1997; 42(3), 285-290
6. Pandiani, J.A., Simon, M.M., Tracy, B.J., & Banks, S.M. Impact of multi-agency employment services on employment rates. *Community Mental Health Journal*, 2004; 40, 333-345.
7. Patel V. Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective.* Oxford, Oxford University Press. 2001; 247–261.
8. Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry* 2005; 4, 181–185.
9. World Health Organization. *Breaking vicious cycle between mental-ill health and poverty.* WHO Geneva 2007
10. Goeree R, Farahati F, Burke N, Blackhouse G, O'Reilly D, Pyne J, Tarride JE. The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Curr Med Res Opin* 2005;21:2017–2028
11. Tansella M, Thornicroft G. The principles underlying community care. In: Thornicroft G, Szukler G, editors. *Textbook of community psychiatry.* Oxford: Oxford University Press, 2001;155-165.
12. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry.* 1995;167:589-95.
13. Wing J, Brewin CR, Thornicroft G. Defining mental health needs. In: Thornicroft G, editor. *Measuring mental health needs.* London: Gaskell, 2001;1-21.
14. Ritsner MS, Lisker A, Arbitman M, Grinshpoon A. Factor structure in the Camberwell Assessment of Need-Patient Version: the correlations with dimensions of illness, personality and quality of life of schizophrenia patients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012 Oct;66(6):499-507.

15. Ernest S, Nagarajan G, Jacob KS. Assessment of need of patients with schizophrenia: a study in Vellore, India. *Int J Soc Psychiatry*. 2013 Dec;59(8):752-756.
16. Ismayilova J. Needs Assessment of People with Severe Mental Illnesses and Their Families in Azerbaijan. Master Thesis in International Mental Health Policy and Services. New University of Lisbon 2014. 123 p.
17. Grinshpoon A, Ponizovsky AM. The relationships between need profiles, clinical symptoms, functioning and the well-being of inpatients with severe mental disorders. *J Eval Clin Pract*. 2008;14:218–225.
18. Becker T, Leese M, Krumm S, Ruggeri M, Vázquez-Barquero JL; EPSILON Study Group. Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres: what is the impact of global functioning scores? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Aug;40(8):628-34.
19. Исмаилова Д., Расулов А. “Сравнительное изучение потребностей больных шизофренией, получающих помощь в амбулаторных и стационарных учреждениях в Азербайджане.” *Психиатрия Психотерапия и клиническая психология* 2018, том 9 №3, стр.320

Влияние интерперсональной психотерапии на качество жизни у амбулаторных больных

С.Касимова¹

¹ Клиническая психиатрическая больница №2

Ключевые слова: депрессия, психотерапия, интерперсональная, межличностное

Проведение широкомасштабных реформ в области психического здоровья в нашей стране способствовало внедрению новых форм помощи, включая психотерапию. Одним из видов психотерапии с научно доказанной эффективностью является интерперсональная психотерапия (ИПТ). Несмотря на то, что в течении последних десяти лет успешно применяется в Азербайджане, исследование ее эффективности в нашей стране не проводилось.

Цель исследования:

Нами была поставлена задача изучения динамики депрессивных симптомов и показателей качества жизни у больных с депрессией, проходивших ИПТ.

Материалы и методы исследования:

В исследование вошли 95 человек, проходивших полный курс ИПТ, включавших от 8 до 20 недель. Выраженность симптомов депрессии определялась при помощи шкалы Гамельтона, а показатели качества жизни при помощи соответствующего опросника. Данные этих шкал сравнивали до и после проведения психотерапии. В процессе ИПТ было выявлено статистически значимое снижение значимости депрессии и улучшение параметров качества жизни. Эти изменения были независимы от социально демографических характеристик и длительности заболевания. У 40 больных было отмечено полное выздоровление, у 46 человек было отмечено улучшение межличностной ситуации, но неполное ее разрешение, а у 9 больных, несмотря на уменьшение симптоматики, интерперсональная проблема осталась без изменений. Применение ИПТ наряду с медикаментозным лечением способствует значительному прогрессу лечения депрессии.