

**Azərbaycan Tibb Universiteti  
Azerbaijan Medical University  
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası  
Azerbaijan Psychiatric Association**

**Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı  
Azerbaijan Journal of Psychiatry  
Азербайджанский Психиатрический Журнал**

**№ 2(32)**

**Bakı  
Baku  
Баку** 2017

---

# REDAKSIYA HEYƏTİ:

BAŞ REDAKTOR  
**Fuad İsmayılov**  
*t.e.d., prof.*

BAŞ REDAKTORUN MÜAVİNİ  
**Nadir Əliyev**  
*t.e.d. prof.*

MƏSUL KATİB  
**İkram Rustəmov**

REDAKSIYA HEYƏTİNİN ÜZVLƏRİ  
**Nadir İsmayılov** / *AR əməkdar həkimi, t.e.d. prof.*  
**Gəray Gəraybəyli** / *t.e.d., prof.*  
**Bilal Əsədov** / *t.e.d., prof.*  
**Şaiq Sultanov**

## REDAKSIYA ŞURASININ ÜZVLƏRİ

|   |            |  |            |
|---|------------|--|------------|
| <b>Ağazadə Nazim</b> /t.e.d. prof.        | (Bakı)     | <b>Mehtiyeva Leyla</b> /t.e.n. dos.            | (Bakı)     |
| <b>Aleksandrovskiy Y.A.</b> /t.e.d. prof. |            | <b>Morozov P.V.</b> /t.e.d. prof.              | (Moskva)   |
| RTEA Müxbir üzv                           | (Moskva)   | <b>Musayev Əlişir</b> /ə.e.x. prof.            | (Bakı)     |
| <b>Əliyev Zakir</b> /t.e.d. prof.         | (Bakı)     | <b>Sartorius Norman</b> /t.e.d. prof.          | (Cenevrə)  |
| <b>Əliquliyev Araz</b> /t.e.d.            | (Bakı)     | <b>Özəkəş Tahir</b> /t.e.n. dos.               | (İstanbul) |
| <b>Əliyev Zəfər</b> /t.e.d. prof.         | (Bakı)     | <b>Rəsulov Ağahəsən</b> /əməkdar həkim, t.e.n. | (Bakı)     |
| <b>İbrahimov İlham</b>                    | (Gəncə)    | <b>Şirəliyeva Rəna</b> /t.e.d. prof.           | (Bakı)     |
| <b>Qafarov Teymur</b> /t.e.d. prof.       | (Bakı)     | <b>Tağıyev Mayıl</b> /əməkdar həkim, t.e.n.    | (Sumqayıt) |
| <b>Key Levent</b> /t.e.d. prof.           | (İstanbul) | <b>Krasnov Valeriy</b> /t.e.d. prof.           | (Moskva)   |
| <b>Mahalov Şərif</b> /ə.e.x. prof.        | (Bakı)     | <b>Naneişvili Georgiy</b> /t.e.d. prof.        | (Tbilisi)  |

\*\*\*\*\*

- **Bədii tərtibatçı:** Yavər Əsədov
- **Art dizayner:** Akif Dənzizadə
- **Korrektor:** Cəmilə İsmayılova

\*\*\*\*\*

**Lisenzia:** AB №022269. Sayı: 300

**Təsisçi:** Azərbaycan Tibb Universiteti  
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası  
(*Jurnal 1999-cu ildən, ildə 2 dəfə dərc olunur*)

**Redaksiyanın ünvanı:**

AZ0154, Bakı, Hidayətzadə küç. 4,  
tel: 566-92-34, 566-92-38, fax: 596-45-57,  
E-mail: nadirismayilov@psychiatry.az

**YUBİLEY**

**T.Ə. Qafarov, N.A. Əliyev**

PROFESSOR HƏSƏNOV XAMİS ƏBDUL-HÜSEYN

OĞLUNUN ELMİ İRSİ ..... 5

**Bilal Əsədov**

HƏYATINI AZƏRBAYCAN PSIXIATRİYA ELMİNİN

İNKİŞAFINA İTHAF ETMİŞ ALİM, İNSAN, TƏBİB ..... 14

**PSIXIATRİYA**

**A.X.Xudanlı**

Xroniki somatik xəstəliklərdən əziyyət çəkən uşaqların psixoloji

xüsusiyyətləri ..... 20

**T.A. Кафаров, Д.Ф. Исмаилова**

Изучение бремени болезни в семьях лиц страдающих

Шизофрений ..... 30

**M.Z. Sultanov, R.C.Qəmərinski**

İnterpersonal Psixoterapiya:

əsas məqamları və Azərbaycanda tətbiqi məsələləri ..... 48

**F.N. İsmayılov , A.Z.İsmayılova1, X.R. Sofiyeva ,**

**A.Ə. Manuçehri-Lalei**

RAPID ilkin psixoloji yardımın göstərilməsi üzrə Cons Hopkins

Universitetinin yeni modelinin icmalı ..... 57

**Vahabova Ş.B., Əliyeva E.M., Əsədov B.M.**

Hamilə qadınlarda nevroitik və somatoform

pozuntular (ədəbiyyat icmalı) ..... 70

**Н.Ф. Гашимзаде, Г.Н. Мусабекова, З.Ф. Мусабеков**

Эпилепсия у детей и расстройства аутического спектра ..... 84

**PROFESSOR HƏSƏNOV XAMİS ƏBDUL-HÜSEYN  
OĞLUNUN ELMİ İRSİ**

*T.Ə. Qafarov, N.A. Əliyev*

Ə.Əliyev adına AzDHTİ-nun psixiatriya və narkolojiya kafedrası  
(Professor Həsənov Xamis Əbdul-Hüseyn oğlunun 90 illiyinə həsr edilir)

---

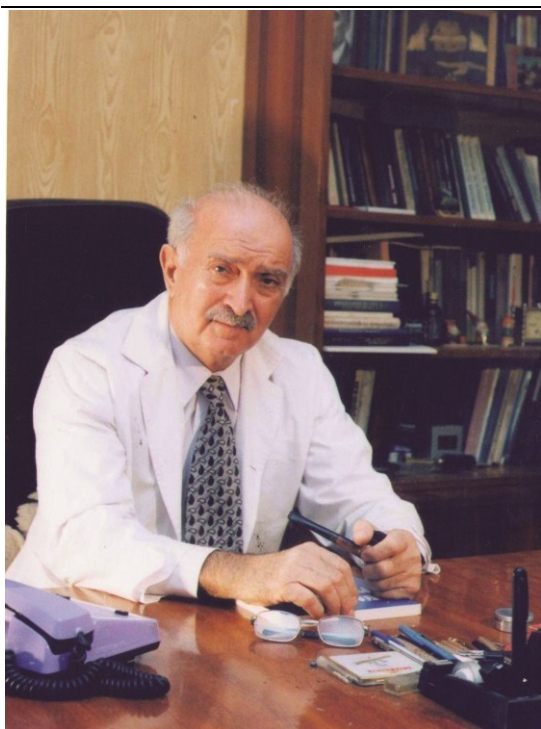
Статья посвящена 90-летию со дня рождения видного Азербайджанского психиатра и общественного деятеля профессору Х.А.Гасанову. Кратко представлены научное наследие и вклад ученого в Азербайджанскую науку и образование.

The article is dedicated to the 90th anniversary of the birth of a prominent Azerbaijani psychiatrist and public figure professor H.A. Hasanov. The scientific heritage and contribution of the scientist to Azerbaijan Science and education are briefly presented.

---

Xamis Əbdül-Hüseyn oğlu Həsənov 1928-ci ildə anadan olmuşdur. Uşaq yaşlarında öz yaşdılarından ciddiliyi, nizam-intizamı və yeni biliklərə həddindən artıq həvəsin olması ilə seçilərək o, 15 yaşında orta məktəbi bitirməyə nail olub. Hələ erkən yaşında yaranan həkimlik arzusu, X.Ə. Həsənovu N. Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutuna gətirmişdir və o, 1948-ci ildə institutunun müalicə-profilaktik fakültəsini böyük uğurla bitirmişdir. Bunu nəzərə alaraq, institutun və Səhiyyə Nazirliyinin rəhbərliyi

ona, Moskva şəhərində, psixiatriya üzrə kliniki ordinatorada hazırlıq keçməyi təklif etmişlər.



*Xamis Həsənov*

İnstitut illərində psixiatriya üzrə məruzələr və məşğələlər, psixiki xəstələrin cəmiyyətdə rastlaşdıqları çətinliklər onun qəlbində dərin iz buraxmışdır. Bu səbəbdən heç bir tərəddüd etmədən X.Ə. Həsənov həmin il Moskva şəhərinə gəlir və prof. V.P.Serbski adına Məhkəmə-psixiatriya Elmi-tədqiqat İnstitutunun kliniki ordinatorasına daxil olur. Kliniki ordinatora dövründə psixiatriya elminin dərinliklərinə yiyələnməyə böyük maraq göstərmiş, məhkəmə psixiatriki kimi

ixtisaslaşmış və eyni zamanda institutun elmi-tədqiqat işlərində fəal iştirak etməyə başlamışdı. Bu səbəblərə görə kliniki ordinatoranı bitirdikdən sonra X.Ə. Həsənov birbaşa həmin institutun aspiranturasına qəbul olunmuşdu.

Prof. V.P. Serbski adına Məhkəmə-psixiatriya Elmi-tədqiqat İnstitutu o illərdə Sovetlər İttifaqının psixiatriya üzrə aparıcı elmi-tədqiqat müəssisəsi idi. Burada görkəmli psixiatrlar: professor E.K.Krasnuşkin, professor İ.N.Vvedenskiy, professor A.N.Buneyev və s. fəaliyyət göstərirdilər. X.Ə. Həsənov professor İ.N.Vvedenskinin bilavasitə rəhbərliyi altında, aspiranturanın müddəti başa çatmamış, 1954-cü ildə **“Ağ isitmənin məhkəmə-psixiatriya və patofizioloji aspektləri”** mövzusunda namizədlik dissertasiyasını uğurla müdafiə etmişdir. Ağ isitmənin məhkəmə-psixiatriya

və patofiziologiyası mövzusunda bu dissertasiyanın müddəalari indiyə qədər öz aktuallığını itirməmişdi. İstər kliniki-psixopatoloji, istər məhkəmə psixiatriya və istərsə də ağ isitmənin patofizioloji mexanizmlərini çox bacarıqlı şəkildə aşkar edərək, gələcək elmi tədqiqatlar üçün mühüm istiqamətlər göstərmişdir.

“Jose Maldonado on Nov 14, 2017 Pathoetiological Model of Delirium: a Comprehensive Understanding of the Neurobiology of Delirium and an Evidence-Based Approach to Prevention and Treatment” bu məsələyə aid 435 ədəbiyyat mənbəyi həsr etmişdi. Başqa sözlə dünya alimlərinin hal-hazırda diqqət yetirdiyi bu məsələni professor X.Ə. Həsənov hələ keçən əsrin ortalarında namizədlik dissertasiyasında həll etmişdir.

Bundan sonra, Moskvada qalıb və institutun əməkdaşı kimi işləmək təklifinə baxmayaraq, o, Vətənə qayıtmış və 1960-cı ilə qədər N. Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb institutunun psixiatriya kafedrasında assistent, sonra isə dosent vəzifəsində çalışmışdır. Eyni zamanda bu illərdə özünə məxsus fəallıqla alkoqol psixozlara aid olan elmi tədqiqatlarını davam etdirmişdir. Bunun nəticəsində, 1960-ci ildə Moskva şəhərində I.M.Seçenov adına 1 saylı Tibb institutunun Elmi şurasında **“Kəskin alkoqol psixozlarının klinikası”** mövzusunda doktorluq dissertasiyasını böyük uğurla müdafiə etmişdir. X.Ə. Həsənov bu günədək, keçmiş Sovetlər İttifaqı miqyasında, 32 yaşında psixiatriya üzrə tibb elmləri doktoru elmi dərəcəsinə layiq olan yeganə şəxsdir.

Professor X.Ə. Həsənovun 1964-cü ildə çap edilmiş “Kəskin alkoqol psixozları (rus dilində)” monoqrafiyasını dünya ədəbiyyatında bu problemə aid yeganə, əvəzedilməz monoqrafiya hesab etmək lazımdır. Çünki, keçən əsrin ortalarında belə bir cəsarətli addım atıb, alkoqol psixozlarının ayrıca nozoloji vahid kimi tanınmasına, onların təsnifatının işlənilib hazırlanmasına yalnız professor X.Ə. Həsənov kimi istedadlı alim nail ola bilərdi. Xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, narkologiya və psixiatriya üzrə elmlər namizədliyi və doktorluq dissertasiyalarında Azərbaycan alimləri alkoqol deliriysinin və

digər alkoqol psixozları barədə monoqrafiyanın müddəalarından istifadə etmişlər.

Sonrakı illərdə X.Ə. Həsənovun yaradıcılıq qabiliyyəti və elmi potensialı daha da bariz şəkildə özünü göstərmişdir. O, 1960-ci ildə Azərbaycan Elmlər Akademiyasının Eksperimental və Kliniki Təbabət Elmi - Tədqiqat Institutunun elmi işlər üzrə direktor müavini vəzifəsinə təyin edilmişdi və özünəməxsus olan fəallıqla institutun elmi-tədqiqat işlərinin genişləndirilməsinə, onların səviyyəsinin artmasına xeyli səy göstərmişdir. Bu illərdə t.e.d. X.Ə. Həsənov institutun direktoru, professor F.Ə. Əfəndiyevin dəstəyinə arxalanmış və Azərbaycanın bu görkəmli aliminə ömrünün sonunadək böyük hörmət bəsləmişdi. İnstitutun ümumi işləri ilə yanaşı t.e.d. X.Ə. Həsənov bilavasitə özü qısa bir müddət ərzində Institutun nəzdində "İnsanın ali sinir sisteminin fəaliyyətinin patofiziologiyası" laboratoriyasını yaratmış, həmin laboratoriyada onun rəhbərliyi altında müxtəlif qan-damar xəstəliklərində ali sinir sisteminin xüsusiyyətləri öyrənilmiş, nəticədə 4 elmlər namizədi dissertasiyalar hazırlanıb müdafiə edilmiş və t.e.d. X.Ə. Həsənov professor elmi adına layiq görülmüşdü. Bunları nəzərə alaraq, dövlət professor X.Ə. Həsənovu 1963-cü ildə N. Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb institutunun elmi işlər üzrə prorektoru, 1964-cü ildə isə həmin institutunun rektoru vəzifəsinə təyin etmişdir və bu vəzifədə o, 1968-ci ilə qədər çalışmışdır. Eyni zamanda o, 1970-ci ilədək institutunun psixiatriya kafedralarının birinə rəhbərlik etmişdir.

Professor X.Ə. Həsənovun rektor vəzifəsində işlədiyi dövrdə institutun həyatında böyük dəyişikliklər olmuşdur. Onun təşkilatçılıq və yaradıcılıq qabiliyyəti nəticəsində, institutun bütün fəaliyyət istiqamətlərində, həqiqi mənada, dirçəliş prosesi başlamışdı. Belə ki, o illərdə respublikada həkim kadrlarının çatışmazlığını nəzərə alaraq, tələbə qəbulu iki dəfə artmışdır. Buna müvafiq olaraq, tədris işi genişləndirilmiş və o dövrün tələblərinə uyğun lazımı əyani və texniki avadanlıqla təmin olunmuşdu. İnstitutda elmi dərəcələri olan elmi-pedaqoji mütəxəssislərin məhdudluğunu görərək



professor X.Ə. Həsənov bu problemin həllinə çox ciddi yanaşmış və onun üçün əsaslı tədbirlər görmüşdür. Onun bilavasitə təşəbbüsü ilə keçmiş Sovetlər İttifaqının aparıcı elmi-tədqiqat və tibb institutlarına gənc mütəxəssislərin aspiranturaya və doktoranturaya göndərilməsi başlanmışdır. Bununla yanaşı, institutun daxilində aparıcı kafedralarının nəzdində tibb elmləri üzrə namizəd və doktorların hazırlanması təşkil edilmişdi. Onların elmi işlərinin müdafiəsini təmin etmək məqsədilə tibb elminin əsas sahələri üzrə elmi şuralar təşkil olunması üçün SSRİ Ali Attestasiya Komissiyasından razılıq alınmasına professor X.Ə. Həsənov nail olmuşdur. Professor X.Ə. Həsənovun ən dərin şəxsi xüsusiyyətlərindən biri də onun öz xalqına və ana dilinə bağlılığı idi. Həmin dövrün məlum olan çətinliklərinə və məhdudiyyətlərinə baxmayaraq o, Azərbaycan səhiyyəsinin tarixində ilk dəfə Azərbaycan dilində yazılmış dissertasiyalarının müdafiəsinə nail olmuşdur. Bu tədbirlərin nəticəsində 6 il ərzində institutda işləyən təkcə tibb elmləri doktorlarının sayı 42 nəfərdən 75 nəfərə qədər artmışdır. O illərdə professor X.Ə. Həsənovun təşəbbüsü ilə hazırlanan elmi-pedaqoji kadrlar hal-hazırda Azərbaycan Tibb Universitetinin kafedralarında müdir, professor və dosent vəzifələrində, Respublikanın müxtəlif elmi-tədqiqat institutlarında və tibbi müəssisələrində rəhbər vəzifələrdə çalışırlar.

Sonrakı illərdə professor X.Ə. Həsənovun elmi-pedaqoji və həkimlik fəaliyyəti Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Hakimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu ilə bağlı olmuşdur. 1970-ci ildə SSRİ Səhiyyə Nazirliyi institutun nəzdində psixiatriya kafedrasının təşkil olunması üçün qərar qəbul etmişdir. Bu kafedranın yaradıcısı və ömrünün sonunadək rəhbəri professor X.Ə. Həsənov olmuşdur. İlk gündən onun əsas məqsədi elmi və pedaqoji cəhətdən yüksək peşəkar kafedra kollektivi yaratmaq idi. Həmişə olduğu kimi, məqsədinə nail olmaq üçün professor X.Ə. Həsənov bütün bacarığını və qüvvəsini bu işə sərf etmişdir, lakin ilk illər bu yolda xeyli maneələrlə rastlaşmışdır. Bu arzusuna müvəffəq olması 1975-ci ildə, Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Hakimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun rektoru

vəzifəsində akademik M.M.Cavadzadənin təyin edilməsindən sonra mümkün olmuşdur. Məhz akademik M.M.Cavadzadənin bilavasitə yaratdığı imkanlar nəticəsində, professor X.Ə. Həsənov respublikada və ondan kənar müxtəlif psixiatriya müəssisələrində çalışan cavan milli kadrları kafedraya cəlb etmiş və onların hazırlanması ilə şəxsən məşğul olaraq yüksək peşəkar və perspektivli kafedra kollektivi yarada bilmişdir.

Onun rəhbərliyi dövründə kafedra tərəfindən aparılmış ixtisaslaşma və təkmilləşmə kurslarında keçmiş SSRİ-nin müxtəlif şəhərlərindən 3 mindən artıq həkim- psixiatr və narkoloqlar hazırlıq keçmişlər. Bunun nəticəsində kafedra tez bir müddətdə respublikada və keçmiş SSRİ-də tanınmış və özünə layiq hörmət qazanmışdır.

SSRİ-nin Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən tərtib edilmiş plan əsasında, psixiatriya kafedrası bir neçə dəfə Rusiyanın psixiatriya və digər tibb müəssisələrində psixiatriya və psixoterapiya üzrə səyyar kurslar aparmışdır. Respublikanın tibb sahəsi üzrə kafedraların arasında bu yeganə nümunədir və professor X.Ə. Həsənovun başçılıq etdiyi kafedranın yüksək pedaqoji və peşəkar səviyyəsinin təsdiqi idi. Bunun bir daha sübutu kimi onu göstərmək olar ki, SSRİ-nin Səhiyyə Nazirliyinin qərarı əsasında 1988-ci ildə “Alkoqol sahəsində dövlətlərin siyasəti” mövzusunda Beynəlxalq konfransın keçirilməsi kafedraya həvalə edilmişdi. Bir çox ölkələrin mütəxəssisləri iştirak etdikləri konfrans kafedra tərəfindən Bakı şəhərində təşkil olunmuş və yüksək elmi-praktiki səviyyədə keçirilmişdi.

Professor X.Ə. Həsənovun elmi-tədqiqat fəaliyyəti özünəməxsus genişliyi və məhsuldarlığı ilə seçilirdi. Onun alkoqol psixozlarının problemlərinə həsr olunmuş tədqiqatları Xamis müəllimi keçmiş SSRİ-də və ondan kənar ölkələrdə bu sahənin aparıcı mütəxəssislərdən biri kimi tanıtmışdır. Patoloji sərxoşluğun kliniki-psixopatoloji xüsusiyyətlərini müəyyən edilməsi, onun tədqiqatlarından biri olmuşdur. Alkoqol paranoidin kliniki növlərini, Korsakov psixozunda ali sinir sisteminin xüsusiyyətlərini, ağ isitmənin və başqa kəskin alkoqol psixozlarının məhkəmə-psixiatriyada əhəmiyyətini

müəyyən etmişdir. Eyni zamanda, müxtəlif nevroloji, ürək-damar və bir sıra psixiki xəstəliklərdə ali sinir sisteminin fəaliyyətini öyrənmişdir.

Professor X.Ə. Həsənov radioaktiv şüalanma nəticəsində əmələ gələn psixi pozuntuların xüsusiyyətlərini müəyyən edən ilk tədqiqatçılardan biri olmuşdur. Bununla yanaşı, o, şizofreniyada, somatik xəstəliklərdə psixopatoloji əlamətlərin kliniki xüsusiyyətlərini və dinamikasını tədqiq etmişdir. Professor X.Ə. Həsənovun elmi nailiyyətlərini nəzərə alaraq, 1990-ci ildə o, əməkdar elm xadimi adına layiq görülmüşdü.

Professor X.Ə. Həsənovun bilavasitə rəhbərliyi altında 3 doktorluq və 10 namizədlik dissertasiyaları hazırlanıb müdafiə edilmişdi. O, 140-dan çox elmi işin, o cümlədən, 6 monoqrafiyanın, 8 metodiki tövsiyələrin, Azərbaycan dilində yazılmış ilk “Psixiatriya” (1967) dərs vəsaitinin və “Alkoqolizm” (1987) həkimlər üçün vəsaitin müəllifidir.

Təbii ki, bir məqalə çərçivəsində professor X.Ə. Həsənov qoyub getdiyi elmi irsi təsvir etmək mümkün deyil, əslində bu bir dissertasiya mövzusudur.

Professor X.Ə. Həsənovun iki kitabını xüsusi ilə qeyd etmək lazımdır: **“Psixiatriya”** (tədris vəsaiti) - Bakı, Azərnaşr, 1967 il və **“Alkoqolizm”** (həkimlər üçün rəhbərlik) - Bakı, Maarif, 1987 il. Məhz birinci kitab Azərbaycan dilində olan ilk sanballı psixiatriya dərsliyi idi. Bu dərsliyin sayəsində N. Nərimanov adına tibb institutunda Azərbaycan bölməsində təhsil alan tələbələrə gələcəkdə psixiatr ixtisasını seçməyə sövq etmişdir.

Digər kitab – “Alkoqolizm (həkimlər üçün rəhbərlik)” - Azərbaycan dilində olan həkimlər üçün nəzərdə tutulan ilk kapital əsərdir. İndiyə qədər bu kitab öz aktuallığını itirməyib. Professor X.Ə. Həsənovun və görkəmli Azərbaycan psixiatr alimlərinin əziz xatirəsinə həsr olunmuş və 2017-ci ildə Azərbaycan dilində çap edilmiş “Narkologiya” kitabını yazan alimlər Azərbaycan narkoloji elminin banisi professor X.Ə. Həsənovun tədqiqatlarından bəhrələnmişlər.

Professor X.Ə. Həsənovun rəhbərliyi altında hazırlanmış və müdafiə olunmuş dissertasiyalar:

Doktorluq dissertasiyaları:

1. Агазаде Н.В. - Аутоагрессивные явления в клинике психических заболеваний. - Москва, 1990.
2. Асадов Б.М. Активный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофрении (клиника, систематика, судебно-психиатрическое значение) -Москва, 1994.
3. Кафаров Т. А. - Психопатология самосознания в патокинезе шизофрении. - Москва, 2000.

Namizədlіk dissertasiyaları:

1. Пирвердиева Ф.Г. Характеристика некоторых сердечных и сосудистых рефлексов при артериальных гипотониях. - Баку, 1967.
2. Салаев А.М. Безусловные и условные сосудистые и сердечные рефлексы при митральном стенозе. - Баку, 1967.
3. Ахундова Ф.С. Сосудистые условные и безусловные рефлексы при ангионевротической форме стенокардии. - Баку, 1968.
4. Аслан-заде С.Д. Особенности нейродинамики головного мозга в процессе развития атеросклероза. - Баку, 1968.
5. Таривердиева К.Т. Клинико-катамнестическое изучение шизофрении, возникшей в послеродовом периоде. - Баку, 1968.
6. Оруджев Я.Т. Особенности эмоциональных и волевых нарушений при простой форме шизофрении. - Баку, 1968.
7. Гасанов Х.С. Психотерапия больных с различными психопатологическими синдромами до и после операции на сердце. - Баку, 1970.
8. Дадашев Ф.А. Аутоимунные поражения щитовидной железы при шизофрении. - Баку, 1972.
9. Ахундов Н.Г. Клинико-катамнестическое исследование Корсаковского психоза. - Москва, 1983.

10. Гусейнов Ф.С. Социально-психологические и клинические аспекты формирования патологического влечения к алкоголю у подростков. - Москва, 1991.

Professor X.Ə. Həsənovun fəaliyyəti elmi-tədqiqat, pedaqoji və həkimlik işləri ilə məhdudlaşmırdı. Bunlarla yanaşı, o, böyük ictimai və maarifçilik işləri aparırdı. Dəfələrlə müxtəlif dövlət orqanlarının və ictimai qurumların üzvü seçilmişdi. 30 ildən artıq S.S.Korsakov adına “Nevropatologiya və psixiatriya jurnalı”-nın redaksiya heyətinin üzvü, SSRI TEA-nin narkologiya üzrə Elmi şurasının üzvü, Beynəlxalq narkoloqlar assosiasiyasının üzvü, Azərbaycan psixiatrlar assosiasiyası şurasının üzvü olmuşdur.

Professor X.Ə. Həsənovun anadan olmasının 90 illiyini qeyd edərək Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun psixiatriya və narkologiya kafedrasının kollektivi Xəmis müəllimin unudulmaz xatirəsini əziz tutur və onun işini layiqincə davam etdirməyə çalışır.

## HƏYATINI AZƏRBAYCAN PSIXIATRİYA ELMİNİN İNKİŞAFINA İTHAF ETMİŞ ALİM, İNSAN, TƏBİB

*Bilal Əsədov*

**Azərbaycan Tibb Universitetinin  
psixiatriya kafedrasının professoru**

2018-ci ilin yanvarın 10-da Azərbaycanın görkəmli alimin, tibb elmləri doktoru, professor, əməkdar elm xadimi Xamis Əbdül-Hüseyn oğlu Həsənovun 90 yaşı tamam olacaq. Onun erkən yaşında yaranan həkimlik arzusu, gənci 1942-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutuna gətirmiş və institut illərində psixiatriya üzrə məruzələr və məşğələlər, psixiki xəstələrin cəmiyyətdə rastlaşdıqları çətinliklər onun qəlbində dərin iz buraxmışdır. 1948-ci ildə X.Həsənov institutun müalicə-profilaktik fakültəsini böyük uğurla bitirmiş və bunu nəzərə alaraq, İnstitutun və Səhiyyə Nazirliyinin rəhbərliyi ona, Moskva şəhərində, psixiatriya üzrə kliniki ordinatorada hazırlıq keçməsinə təklif etmişdir. Gənc həkim heç bir tərəddüd etmədən, həmin il Moskva şəhərinə gəlir və prof. V.P.Serbski adına Məhkəmə-psixiatriya Elmi-tədqiqat İnstitutunun kliniki ordinatorasına daxil olur. O illərdə prof. V.P.Serbski adına Məhkəmə-psixiatriya Elmi-tədqiqat İnstitutu keçmiş Sovetlər İttifaqının psixiatriya üzrə aparıcı elmi-tədqiqat müəssisəsi idi. Burada görkəmli psixiatrlar: professor E.K.Krasnuşkin, professor İ.N.Vvedenskiy, professor A.N.Buneyev və s. fəaliyyət göstərirdirlər. Onların himayəsi altında X.Həsənov psixiatriya elminə yiyələnməyə böyük

maraq göstərmiş, məhkəmə psixiatri kimi ixtisaslaşmış və eyni zamanda institutun elmi-tədqiqat işlərində fəal iştirak etməyə başlamışdır. Kliniki ordinaturanı bitirdikdən sonra X.Ə.Həsənov birbaşa həmin institutun aspiranturasına qəbul olunmuşdur. O, 1954-cü ildə professor İ.N.Vvedenskinin bilavasitə rəhbərliyi altında «Ağ isitmənin məhkəmə-psixiatriya və patofizioloji aspektləri» mövzusunda namizədlik dissertasiyasını müdafiə etmişdir. Müdafiədən sonra X.Həsənov Vətənə qayıtmış və 1960-ci ilə qədər N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun psixiatriya kafedrasında assistent, sonra isə dosent vəzifəsində çalışmışdır. Həmin dövrdə Xamis müəllim, Respublika Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə psixiatri vəzifəsinə təyin edilmiş və bu xidmətin inkişafında və təkmilləşməsində onun böyük əməyi olmuşdur. Bununla yanaşı X.Həsənov ona xas olan fəallıqla alkoqol psixozlarına aid olan elmi tədqiqatlarını davam etdirmiş və nəticədə, 1960-cı ildə Moskva şəhərində İ.M.Seçenov adına 1 saylı Tibb İnstitutunun Elmi Şurasında «Kəskin alkoqol psixozlarının klinikası» mövzusunda doktorluq dissertasiyasını böyük uğurla müdafiə etmişdir.

Sonrakı illərdə X.Ə.Həsənovun yaradıcılıq qabiliyyəti və elmi potensialı daha da bariz şəkildə özünü göstərmişdir. O, 1960-ci ildə Azərbaycan Elmlər Akademiyasının Eksperimental və Kliniki Təbabət Elmi-Tədqiqat İnstitutunun elmi işlər üzrə direktor müavini vəzifəsinə təyin edilmiş və özünəməxsus olan fəallıqla İnstitutun elmi-tədqiqat işlərinin genişlənməsi, onların səviyyəsinin artması istiqamətində xeyli səy göstərmişdir. Bu işlərdə t.e.d. X.Ə.Həsənov institutun direktoru, professor F.Ə.Əfəndiyevin dəstəyinə arxalanmış və Azərbaycanın bu görkəmli aliminə ömrünün sonunadək böyük hörmət bəsləmişdir. İnstitutun elmi işləri ilə yanaşı t.e.d. X.Ə.Həsənov «İnsanın ali sinir sisteminin fəaliyyətinin patofiziologiyası» laboratoriyasını yaratmış, həmin laboratoriyada onun rəhbərliyi altında müxtəlif qan-damar xəstəliklərində ali sinir sisteminin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsinə həsr olunmuş 4 elmlər namizədliyi dissertasiyası müdafiə etmiş və t.e.d. X.Ə.Həsənov professor elmi adına layiq görülmüşdür.

Bunları nəzərə alaraq, Respublika hökuməti professor X.Ə.Həsənovu 1963-cü ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun elmi işlər üzrə prorektoru, 1964-cü ildə isə həmin institutunun rektoru vəzifəsinə təyin etmiş və bu vəzifədə o, 1968-ci ilə kimi çalışmışdır. Eyni zamanda o, 1970-ci ilədək institutun psixiatriya kafedrasına rəhbərlik etmişdir. Professor X.Ə.Həsənovun rektor vəzifəsində işləyən dövrdə institutun həyatında böyük dəyişikliklər olmuşdur. Onun təşkilatçılıq və yaradıcılıq qabiliyyəti nəticəsində, institutun bütün əsas fəaliyyət istiqamətlərində, həqiqi mənada, dirçəliş prosesi başlanmışdır. Belə ki, o illərdə respublikada həkim kadrlarının çatışmazlığını nəzərə alaraq, tələbə qəbulu iki dəfə artmışdır. Buna müvafiq olaraq, tədris işi genişlənmiş və institut o dövrünün tələblərinə uyğun lazımı əyani və texniki avadanlıqları ilə təmin olunmuşdur. İnstitutda elmi dərəcələri olan elmi-pedaqoji mütəxəssislərin məhdudluğunu görərək professor X.Ə.Həsənov bu problemin həllinə çox ciddi yanaşmış və onun üçün əsaslı tədbirlər görmüşdür. Onun bilavasitə təşəbbüsü ilə keçmiş Sovetlər İttifaqının aparıcı elmi-tədqiqat və tibb institutlarının aspirantura və doktoranturasına gənc mütəxəssislərin göndərilməsi başlanmışdır. Bununla yanaşı, institutun daxilində aparıcı kafedraların nəzdində tibb elmləri üzrə namizəd və doktorların hazırlanması təşkil edilmişdir. Onların elmi işlərinin müdafiəsini təmin etmək məqsədilə tibb elminin əsas sahələri üzrə elmi şuraların təşkil olunması üçün, SSRİ-nin Ali Attestasiya Komissiyasından razılıq alınmasına professor X.Ə.Həsənov nail olmuşdur. Professor X.Ə.Həsənovun ən dərin şəxsi xüsusiyyətlərindən biri də onun öz xalqına və ana dilinə bağlılığı idi. Həmin dövrün məlum olan çətinliklərinə və məhdudiyyətlərinə baxmayaraq o, Azərbaycan səhiyyəsinin tarixində ilk dəfə azərbaycan dilində yazılmış dissertasiyaların müdafiəsinə nail olmuşdur. Bu tədbirlərin nəticəsində 6 il ərzində institutda işləyən yalnız tibb elmləri doktorlarının sayı 42 nəfərdən 75 nəfərə qədər artmışdır. O illərdə professor X.Ə.Həsənovun təşəbbüsü ilə hazırlanan elmi-pedaqoji kadrlar hal-hazırda Azərbaycan Tibb Universitetinin kafedralarında müdir, professor və dosent vəzifələrində, Respublikanın



müxtəlif elmi-tədqiqat institutlarında və tibbi müəssisələrində rəhbər vəzifələrdə çalışırlar. Professor X.Ə.Həsənovun ümumi fəaliyyəti nəticəsində qısa bir müddətdə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutu keçmiş SSRİ-da aparıcı ali tibb müəssisələri sırasına daxil olmuşdur.

Sonrakı illərdə həyatının sonuna qədər professor X.Ə.Həsənovun elmi-pedaqoji və həkimlik fəaliyyəti Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu ilə bağlı olmuşdur. 1970-ci ildə SSRİ Səhiyyə Nazirliyi institutun nəzdində psixiatriya kafedrasının təşkil olunması üçün qərar qəbul etmişdir. Bu kafedranın yaradıcısı və ömrünün sonunadək rəhbəri professor X.Ə.Həsənov olmuşdur. İlk gündən onun əsas məqsədi elmi və pedaqoji cəhətdən yüksək peşəkar kafedra kollektivi yaratmaq idi. Həmişə olduğu kimi, məqsədinə nail olmaq üçün professor X.Ə.Həsənov bütün bacarığını və qüvvəsini bu işə sərf etmişdir, lakin, ilk illər bu yolda xeyli maneələrlə rastlaşmışdır. Bu arzusuna müvəffəq olması 1975-ci ildə Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun rektoru vəzifəsinə akademik M.M.Cavad-zadə təyin edilməsindən sonra mümkün olmuşdur. Məhz akademik M.M.Cavad-zadənin bilavasitə yaratdığı imkanlar nəticəsində, professor X.Ə.Həsənov respublikada və ondan kənardə müxtəlif psixiatriya müəssisələrində çalışan cavan milli kadrları kafedraya cəlb etmiş və onların hazırlanması ilə şəxsən məşğul olaraq yüksək peşəkar və perspektivli kafedra kollektivi yarada bilmişdir. Bunun nəticəsində kafedra tez bir müddətdə respublikada və keçmiş İttifaqda tanınmış və özünə layiqli hörmət qazanmışdır.

Professor X.Ə.Həsənovun rəhbərliyi dövründə kafedra tərəfindən aparılmış ixtisaslaşma və təkmilləşmə kurslarında keçmiş SSRİ-nin müxtəlif şəhərlərindən 3 mindən çox həkim-psixiatr və narkoloqları hazırlıq keçmişlər. SSRİ-nin Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən tərtib edilmiş plan əsasında, psixiatriya kafedrası bir neçə dəfə Rusiyanın psixiatriya və s. tibb müəssisələrində psixiatriya və psixoterapiya üzrə səyyar kurslar aparmışdır.

Respublikamız müstəqilliyini əldə etdikdən sonra Azərbaycanın bütün psixiatrları, narkoloqları və psixotərəpvtləri müntəzəm olaraq kafedrada öz bilik səviyyələrini təkmilləşdirirlər. Respublikanın müxtəlif regionlarında fəaliyyət göstərən həkimlərin Bakı şəhərində kurslarda iştirak etməsinin çətin olmalarını nəzərə alaraq, kafedra, respublikanın psixiatriya müəssisələri yerləşən bölgələrdə, hər il səyyar kurslar keçirir. Bu prosesin tam müasir və yüksək tədris-metodiki səviyyədə təşkil edilməsində professor X.Ə.Həsənovun əvəzsiz xidməti var.

Professor X.Ə.Həsənovun elmi-tədqiqat fəaliyyəti özünəməxsus genişliyi və məhsuldarlığı ilə seçilirdi. Onun alkoqol psixozlarının problemlərinə həsr olunmuş tədqiqatları, Xamis müəllimi keçmiş SSRİ-də və ondan kənar ölkələrdə bu sahənin aparıcı mütəxəssislərdən biri kimi tanıtılmışdır. Patoloji sərxoşluğun kliniki-psixopatoloji xüsusiyyətlərinin müəyyən edilməsi, onun tədqiqatlarından biri olmuşdur. Alkoqol paranoidin kliniki növlərini, Korsakov psixozunda ali sinir sisteminin xüsusiyyətlərini, ağ isitmənin və başqa kəskin alkoqol psixozlarının məhkəmə-psixiatriya əhəmiyyətini müəyyən etmişdir. Eyni zamanda, müxtəlif nevroloji, ürək-damar və bir sıra psixiki xəstəliklərdə ali sinir sisteminin fəaliyyətini öyrənmişdir. Professor X.Ə.Həsənov radioaktiv şüalanma nəticəsində əmələ gələn psixi pozuntuların xüsusiyyətlərini müəyyən edən ilk tədqiqatçılardan biri olmuşdur. Bununla yanaşı, o, şizofreniyada, somatik xəstəliklərdə psixopatoloji əlamətlərin kliniki xüsusiyyətlərini və dinamikasını tədqiq etmişdir. Professor X.Ə.Həsənovun elmi nailiyyətlərini nəzərə alaraq, 1990-ci ildə o, əməkdar elm xadimi adına layiq görülmüşdü.

Professor X.Ə.Həsənovun rəhbərliyi altında 3 doktorluq və 10 namizədlik dissertasiyaları hazırlanıb müdafiə edilmişdir. O, 140-dan çox elmi işin, o cümlədən, 6 monoqrafiyanın, 8 metodiki tövsiyələrin, azərbaycan dilində yazılmış «Psixiatriya» (1967) dərsliyinin və həkimlər üçün «Alkoqolizm» (1987) dərs vəsaitinin müəllifidir.

Xalqımızın görkəmli alimi olmaqla yanaşı, Xamis müəllim minlərlə ən ağır ruhi xəstələrə şəfa verən təkrarolunmaz təbib idi. Onun həkimlik fəaliyyəti bu günədək minnətdarlıqla xatırlanır və nümunə olaraq qalmaqdadır.

Professor X.Ə.Həsənovun fəaliyyəti elmi-tədqiqat, pedaqoji və həkimlik işləri ilə məhdudlaşmırdı. Bunlarla yanaşı, o, böyük ictimai və maarifçilik işləri aparırdı. Dəfələrlə müxtəlif dövlət orqanlarının və ictimai qurumların üzvü seçilmişdir, 30 ildən artıq S.S.Korsakov adına «Nevropatologiya və psixiatriya jurnalı»-nın redaksiya heyətinin üzvü, BTE-nin 3-cü buraxılışının psixiatriya bölməsinin ikinci redaktoru, SSRİ TEA-nın narkologiya üzrə Elmi Şurasının üzvü, Beynəlxalq narkoloqlar Assosiasiyasının üzvü, Azərbaycan psixiatrlar Assosiasiyası Şurasının üzvü olmuşdur.

Professor X.Ə.Həsənovun anadan olmasının 90 illiyini qeyd edərək, onun sözün əsl mənasında şaqirdləri və yaxınları, Xamis müəllimin unudulmaz xatirəsini əziz tutur və onun işini layiqincə davam etdirməyə çalışır.

**Xroniki somatik xəstəliklərdən əziyyət çəkən uşaqların  
psixoloji xüsusiyyətləri**

*A.X.Xudanli*

**Психологические характеристики детей, страдающих  
хроническими соматическими заболеваниями**

*Худанлы А.Х.*

**Psychological characteristics of children suffering from chron-  
ic somatic diseases**

*Khudanli A.Kh.*

**\*BDU-nun Psixologiya kafedrasının doktorantı**

*E-mail: [axudanli@gmail.com](mailto:axudanli@gmail.com)*

---

В статье рассматриваются особенности социальной адаптации детей с хроническими *соматическими* заболеваниями, факторы, которые мешают их адаптации в *обществе* и как соматические заболевания серьезно влияют на физическое, эмоциональное, психологическое и социальное благополучие детей. В то же время эти заболевания могут вызывать беспокойство, депрессию, угрозы смерти и многое другое и отрицательно влиять на исцеление и поведение пациента.

В статье также приводятся реакции детей с хроническими соматическими заболеваниями на диагноз заболевания в соответствии с их возрастными характеристиками. Это, в свою очередь, влияет на образ жизни семьи, отношения членов семьи друг с другом и адаптацию к новой ситуации.

**Ключевые слова:** *хронические соматические заболевания, психическое здоровье, социальная адаптация*

The article examines the features of social adaptation of children with chronic somatic diseases, and factors that prevents their adaptation in society and how somatic diseases seriously affect the physical, emotional, psychological and social well-being of children. Meanwhile, these diseases can cause anxiety, depression, death threats and much more and adversely affect the healing and behavior of the patient.

The article also presents the reactions of children with chronic somatic diseases to their diagnosis in accordance with their age characteristics. This, in turn, affects the lifestyle of their family, the relationship of family members with each other and the family's adaptation to the new situation.

**Keywords:** *Chronic somatic diseases, mental health, social adaptation*

---

**GİRİŞ:** Bu gün dünya əhalisinin psixi sağlamlığı vacib əhəmiyyət kəsb edir və getdikcə daha da aktuallaşır. Hətta Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı belə bir şüar irəli sürüb: “Psixi sağlamlığı olmayan insan heç vaxt fiziki cəhətdən sağlam ola bilməz.” Psixi sağlamlıq fərdin ətraf mühitə adaptasiyasına imkan verən funksional qabiliyyətlərin, yönəlişlərin və keyfiyyətlərin məcmusudur. (1) Məhz psixi sağlam olan insan öz daxili potensialını, aktivliyini həyata keçirə bilər. Somatik xəstəliklər xüsusilə, xroniki somatik xəstəliklər insan həyatına ciddi təsir göstərən, ancaq psixi problemlərlə əlaqəsi olmayan, insanların fiziki, emosional, psixoloji və sosial həyatına mənfi təsir göstərən xəstəliklərdəndir. Bu xəstəliklər böyüklərlə yanaşı, uşaqlarda da tez-tez rast gəlinir. Xüsusilə son zamanlar kiçik məktəblilər arasında müxtəlif somatik xəstəliyi olan uşaqların sayı artmaqdadır.

Hazırda xroniki xəstəliyin ədəbiyyatlarda bir çox tərifləri mövcuddur. Xroniki xəstəliklər Ümumdünya Sağlamlıq Təşkilatı tərəfindən “qalıcı izlər buraxan, geriyyə dönüşü olmayan patoloji dəyişikliklərə səbəb olan, xəstənin reabilitasiyası üçün özəl xəstə baxımına ehtiyac duyulan, mütəmadi izlənməli və baxım tələb edən uzunmüddətli xəstəliklərə deyilir.” Pless və Pinkertonun tərifinə görə isə “bir uşağın gündüzlük olan fəaliyyətlərinə ən az üç ay müddətində təsir edən, ildə ən azı bir ay müddətlə və ya da diaqnoz

qoyulan andan xəstəxanada yatmağa səbəb olan bir sağlamlıq problemidir.” (2).

Xroniki somatik xəstəliklərin uşaqlar arasında yayılma nisbətində nəzər salarkən məlum olur ki, somatik xəstəliyi olan insanlar 30% təşkil edirsə, onun 10%-i uşaqlardır. (3) Xroniki uşaq xəstəlikləri müxtəlifdir: doğuşdan anomaliyalar, anadangəlmə ürək qüsurları, epilepsiya, böyrək çatışmazlığı, onkoloji xəstəliklər, hemofiliya, şəkərli diabet, dəri xəstəlikləri, tənəffüs sistemi xəstəlikləri və s. Bu xəstəliklər insanda qorxu, həyəcan, ölüm təhlükəsi və digər narahatlıqlara səbəb olmaqla xəstənin sağalmağına mənfi təsir göstərir.

Mövcud statistik göstəricilərə əsasən, müasir dövrdə xroniki xəstəliyi olan uşaqların sayı gün keçdikcə artmaqda davam edir. Xroniki xəstəliklər dünyada və xüsusi ilə iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə rast gəlinən ən önəmli sağlamlıq problemlərindən biridir. Belə ki, dünyada 18 yaşına çatmamış uşaqlarda xroniki xəstəliklərin nisbəti 10-15% arasında dəyişir. Bütün uşaqların populyasiyasının 1-2%-də gündəlik aktivliyinə təsir göstərən və ya mütəmadi müalicə tələb edən xroniki sağlamlıq problemləri var və bunların 10%-i ağır xroniki xəstəliklərdir. (4) Hər hansı bir xroniki xəstəlik diaqnozu alan uşaqların məktəb həyatı, tez-tez xəstəxanaya yatma, kontrollar, müalicə və dərmanların əks təsirləri onların sosial adaptasiyasına təsir edir. Bu mənada aparılan araşdırmalarda xəstə uşaqların məktəb və sosial həyata adaptasiyasında müxtəlif çətinliklər yaşadıkları ortaya çıxmışdır. (5).

Faktlar göstərir ki, somatik xəstə uşaqların sosial adaptasiyasının psixoloji xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsi və onların cəmiyyətə adaptasiyasına mane olan amillərin müəyyənləşdirilməsi mühüm praktik əhəmiyyət kəsb edir. Yeni həyat şəraitinə adaptasiya prosesi çox mürəkkəb xarakterə malikdir. Müxtəlif stressorların təsirinə məruz qalma uşaqların psixoloji vəziyyətində ciddi fəsadlar yarada və cəmiyyət üçün yararlı vətəndaş yetişdirilməsi işinə əngəl törədə bilər. Onlarda diskomfort hissin yaranması və cəmiyyətin digər üzvləri tərəfindən qəbul edilməməsi göstərilənlərin ilkin

əlamətləridir. Bütün bunlar isə öz növbəsində uşaqlarda məyusluğun və çaşqınlığın yaranmasına gətirib çıxarır.

Doğrudur, son vaxtlar somatik xəstə uşaqların sosial adaptasiyası ilə bağlı qəbul edilmiş dövlət proqramları, sosial tədbirlər bir sıra problemləri aradan qaldırsa da orqanizmə ciddi təsir göstərən psixoloji amillərin təsir dərəcəsi hələ də onların fəaliyyətinin səmərəli təşkilinə mane olur. Bütünlüklə bu istiqamətdə psixoloji vəziyyətin öyrənilməsi ilə bağlı elmi tədqiqat istiqamətli və praktik yönümlü işlərin həyata keçirilməsinə ehtiyac var.

İstənilən somatik xəstəliklər zamanı, xüsusilə də xroniki və ya uzun müddət davam edən xəstəliklər psixi pozuntularla müşayiət olunur. Bu fikir N.M.Manuxina, Q.V.Morozova, M.S.Lebedinskiy, V.A.Zaxarin, R.A.Luriya, N.İsmayılov, F.N.İsmayılov, E.Şəfiyevə və başqalarının tədqiqatlarında öz əksini tapmışdır.(6)

Ürək-damar sistemi, tənəffüs sistemi, həzm sistemi, şəkərli-diabet, onkoloji, uroloji və ya dəri-zöhrəvi xəstəliklər kimi xroniki xəstəliklər uşaqlarda normal inkişafı əngəlləyir. Xroniki narahatlığı olan uşaq koqnitiv, fiziki və psixososial inkişaf mərhələlərində müəyyən çətinliklərlə yanaşı, eyni zamanda bu xəstəliklərin nəticəsi olaraq pəhriz saxlamaq, tez-tez xəstəxanaya getmək, çətin müalicə prosedurları, ölüm qorxusu, ailədən və dostlardan uzun müddətli ayrı qalma və ya sosial təcrid olunma kimi hallarla da qarşılaşmaq məcburiyyətindədir.

Xroniki somatik xəstəliyi olan uşaqlar yaşından asılı olaraq xəstəlik diaqnozunu öyrənərkən müxtəlif mərhələlərdən keçirlər. İlk mərhələdə təəccüb və inkar, ikinci mərhələdə isə qəzəb və özünə qapanma özünü göstərir. Bu özünü günahlandırma, adaptasiya problemləri və depressiyaya qədər uzanan bir çox problemlərə gətirib çıxarır.

- 1 yaşına qədər olan uşaqlarda anadan ayrılmaq, yeni rejim dəyişikliklərinə reaksiyalar, yuxu və yemək rejiminin pozulması kimi əlamətlər meydana çıxır və hətta **anaklitik depressiyanın** (anadan

və ya ananı əvəz edən qadından birdən-birə ayrılan uşaqda yaranan depressiya) yaranmasına səbəb olur.

- 1-3 yaş arası olan uşaqlarda ayrılma qorxusu ilə bağlı əlamətlər meydana gəlir. (ağlama, öz hissələrini coşqun bir şəkildə bürüzə vermək, etiraz etmək və ya həddən artıq adaptasiya, autizm və psixosomatik əlamətlər)
- 3-6 yaş arası olan uşaqlarda isə xəstə olma və ya xəstəxanaya yatırılma günah, cəza, xəstəlik və ölümlə bağlı real olmayan xəyal və qorxulara səbəb olur. Bədənlərinə zərər verilə biləcəyi narahatlıqları, tərkdilmə hissələri əsasən, onların aqressiv davranışlarında özünü göstərir.
- 6-12 yaş arası olan uşaqlarda isə xəstə olma və ya xəstəxanaya yatırılma sosial maraqların azalmasına, dərslər müvəffəqiyyətlərinin aşağı düşməsinə səbəb olur. Xəstəliklə bağlı narahatlıqlar və neqativ düşüncələr uşağın özünü bacarıqsız və yararsız hiss etməsinə, müalicəyə müqavimət və aqressiv davranışlar göstərməsinə, yaşlıları ilə ünsiyyətdə soyuqluq, özünə qapanma, tourette sindromu (tik xəstəliyi), kəkələmə, pəltəklik və bir sıra nitq qüsurlarına gətirib çıxarır.

Somatik xəstəlikləri olan uşaqların psixi inkişaf mərhələləri xəstəliyin növü və dərəcəsiindən asılı olaraq sağlam uşaqlardan fərqlənir. Bu uşaqlar inkişaf baxımından yaşlıları ilə eyni səviyyədədirlər, ancaq onlar həyatlarını davam etdirə bilmələri üçün davamlı dərman istifadəsinə, mütəmadi olaraq xəstəxanada stasionar şəraitdə müalicəyə və xüsusi tibbi dəstəyə ehtiyac duyurlar. Xəstəliyin başlanğıcında qoyulan erkən diaqnoz uşaq, ailə və yaşadığı ictimai mühit üçün çox əhəmiyyətlidir. Erkən diaqnoz xəstəliyin doğum və ya körpəlik dövründə təyin olunması, həmçinin fərq edildiyində nəzarət altına alınması və lazımlı müdaxilə ilə müalicəyə başlanılması üçün vacibdir. Erkən müdaxilə xəstəliyin gedişatını və daha yüksək səviyyəyə



çatmasının qarşısını alaraq, ailənin xəstəliklə mübarizə apara bilmək gücünü daha da artırır. (7)

Uşaqılıq dövrü insan həyatı və inkişafı prosesinin ən həssas və əhəmiyyətli mərhələlərindən biri olduğunu nəzərə alsaq, xroniki somatik xəstəliklərdən əziyyət çəkən uşaqların tez-tez xəstəxanaya müraciət edərək müalicə kursları keçməsi və sosial-təbii mühitdən uzaq düşdükləri üçün yaşlılarına nisbətən psixi və fiziki cəhətdən daha zəif olurlar. Bu sahədə aparılan tədqiqatlar göstərir ki, belə uşaqların orqanizmində baş verən patoloji dəyişikliklər onların psixoloji aləmində dərin izlər buraxır. Məhz bu səbəbdən uşaqlara psixoloji xidmət işinin effektivliyinin artırılması məqsədi ilə müxtəlif somatik xəstəliklərin ayrı-ayrılıqda öyrənilməsi və istiqamətli araşdırmaların aparılmasını labüd edir.

Məktəb xroniki xəstəliyi olan uşaqlar üçün intellektual olaraq uğurlu ola biləcəkləri, bacarıqlarını inkişaf etdirəcəkləri və beləcə pozulan fiziki funksiyalarını nizamlaya biləcəkləri bir yerdir. Ümumiyyətlə, təhsil alan uşaqlar günlərinin önəmli hissəsini məktəbdə keçirirlər. Elə buna görə də xroniki xəstə uşaqların müalicələrinin davamını məktəbdə də davam etmələri üçün lazımlı dəstək göstərilməlidir. Bu da öz növbəsində xəstə uşaqların sağlam yaşlıları kimi məktəb həyatlarını sürdürmələrini hədəfləyir. Bu hədəfə yönəlmək xəstə uşaqların özünəgüvəninin inkişaf etməsi, yaşlıları ilə normal ünsiyyət qurması və inkişafda uğurlu olması üçün standart təlim almağı dəstəkləyir. (8)

Bu mövzuda aparılan araşdırmalar xəstə uşaqların məktəb və sosial həyatına adaptasiyasında müxtəlif çətinliklər yaşadıklarını ortaya qoymuşdur. Xroniki xəstəliklərin uşaqların müxtəlif yaş dövrlərində fərqli təsirləri vardır.

**Məktəb yaş dövrü (6-12 yaş):** Məktəblinin öz həyatı üzərində kontrol qazanma və artan asılılıq tələbatı vardır. Xəstəxanaya yatmaq uşağın öz həyatı üzərindəki kontrolu itirməsinə və asılı olmasına səbəb olar. Məktəb yaş dövrü uşağın çalışqanlıq bacarıqlarının və uğur duyğusunun inkişaf etdiyi bir döndəmdir. Ancaq xəstəliklə bağlı fiziki və sosial çatışmazlıqlar uşağın uğurlu

olma və rəqabət aparma bacarıqlarını böyük ölçüdə azaltmaqdadır. Erkən yeniyetməlik dövrü olan 10-13 yaş dövründə dostluq önəm qazanmaqda, eyni cinsdən yoldaş və qrup şəklində olmaq üstün tutulur. Bu yaş dövründə xəstəlik və yataq istirahəti, uşağın özünü fərqli, yalnız hissetməsinə və qorxmasına səbəb olur. Uşaq xəstəxanada uzun müddət yatdıqda sinifdəki yerini və ən yaxın dostlarını itirəcəyini düşünür. Xroniki xəstəliklərdən əziyyət çəkən uşaqların yaşadıkları problemlərin başında istədikləri qədər azad ola bilməmək, məktəbdə uğursuzluq və yaxın dostları ilə əlaqəsini qura bilməmək durur.

**Yeniyetməlik yaş dövrü (13-18 yaş):** Dinamik dəyişikliklərlə dolu olan bu dövrdə bir-birilə qarşılıqlı əlaqədə olan fiziki və psixososial dəyişikliklər fərqli surətdə özünü göstərməkdədir. Bu dövrdə bədən qavrayışı, şəxsin inkişafı və dostlar tərəfindən qəbul olunma olduqca önəmli olduğundan xroniki xəstəliyin varlığı normal mənlilik səviyyəsinin inkişafına mənfə yönümdə təsir edir. Xüsusilə də əks cinslə əlaqənin önəmli olduğu bu dövrdə xəstəliklə əlaqəli bədəndə yaranan dəyişikliklər sosial adaptasiya problemlərinə yol açır. Xroniki xəstəliklər uşaq və yeniyetmələrin fəaliyyətlərində fiziki, mental və emosional çatışmazlıqlar, yorğunluq, bitkinlik, mütəmadi həkim nəzarəti və xəstəxanada yatma kimi hallara gətirib çıxarır. Bu kimi səbəblərlə xroniki xəstəlikləri olan yeniyetmələr yaxınları tərəfindən uzaqlaşacağı hissəyə qapıla bilirlər. Xroniki xəstəliklər yeniyetmələrin cinsi inkişaflarına, peşə seçimlərinə və təhsillərinə mənfə təsir edir. Böyümə və inkişafın yaşlıları ilə müqayisədə fərqli olması, məktəbə davamiyyət, məktəb performans, funksional inkişaf kimi faktorlar xroniki xəstəliyi olan uşaq və yeniyetmələrdə problem yaradır. Bütün bunlarla yanaşı, diyetalar, dərmanlar, terapiyalar və həkim nəzarəti yeniyetmələri sıxıntıya salan səbəblərdəndir. (9)

Məktəb uşağa bir yandan dostlarla birlikdə olma imkanı verirsə, bir tərəfdən də zehni bacarıqlarını inkişaf etdirmələri üçün imkan yaradır. Bu vəziyyət uşağın mənlilik duyğusunun inkişafına, asılılığın və məktəb

uğurlarının artmasına səbəb olur. Təlimə davam və uğur adətən yaşamın normallaşdırılması və sağlam inkişaf anlamına gəlir. Kiçik məktəblilər üzərində aparılan araşdırmalarda sosial dəstəyin uşağın həyatındakı bir çox sahədə müsbət təsir etdiyini, xüsusilə də təlim uğurunu və məktəbə adaptasiyasının artırdığı görülmüşdür.(10)

Xroniki xəstəliklər inkişaf etməkdə olan uşaqların fiziki, koqnitiv, emosional və sosial inkişafında qalıcı izlər buraxır. Uşaq xəstəliyinin bilinməsini dostları və yaxın ətrafı tərəfindən uzaqlaşdırılmasına və ya müalicənin uşağın xarici görünüşü ilə bağlı meydana gətirdiyi dəyişikliklərlə bağlı məktəbdə yoldaşlarının onu lağa qoyması kimi düşüncəsi kimi səbəblərlə məktəbə getmək istəməyə bilər. Ailələr də xəstəliyin həssas dövrlərində uşağa məktəbdə müdaxilə edilməyəcəyi narahatlığı ilə uşaqlarını məktəbə göndərmək istəməyə bilər. Dərsə davamiyyətsizlik edən uşaqlar dərslərdə yaşadlarından geri qalarlar. Bu vəziyyət məktəb uğurlarına mənfi yönümdə təsir edir. Bütün bunlarla yanaşı uşaqların hər hansı bir sağlamlıq probleminin varlığı öyrənmə səviyyəsini və birbaşa məktəbdə uğursuzluqlara gətirib çıxarır.

Lakin xəstəlik dövrlərində yaşadığı sosial çətinliklər qarşısında dəstək görən uşaqlar cəmiyyətə və özlərinə daha faydalı fərdlər ola biləcəyi və məktəb uğurlarının artacağı, kiçik və orta məktəb yaşlı uşaqlar üzərində aparılan araşdırmalarda sosial dəstəyin uşağın həyatındakı bir çox sahələrdə təsirli olduğunu, xüsusilə məktəb uğurunu və sosial adaptasiyasının artdığı görülmüşdür. (11) Xroniki xəstəliyi olan uşaqların məktəb dövründə həm xəstəlikləriylə mübarizə aparmaları, həm də təlimə davamiyyəti ailə və sosial dəstək vasitəsilə həyata keçə bilər. Xroniki xəstəliyi olan uşaqları sağlam yaşadları kimi maksimum sosial mühitin içində tutmaq, xəstəliklə bağlı yaşadığı çətinlikləri ortadan qaldırmaq, təhsildəki uğuruna dəstək olaraq uşağın sağlam bir məktəb həyatını da sürdürməsini təmin etmək lazımdır. Xroniki somatik xəstəliyi olan uşaqların sosial çevrəsindən dəstək alması məktəbə davamiyyətinə və birbaşa təhsil uğuruna müsbət təsir göstərir.

Bütün insanlar doğuşdan etibarən başqalarının dəstəyinə ehtiyac duyarlar. Həyatın ilkin dövründə təməldə ana-uşaq əlaqəsi olan sosial dəstək, uşaq böyüdükcə ailə üzvləri, dostları, qohumları və digər yaxınlarının da qatılmasıyla birlikdə gedərək genişlənər. Dostluğun önəm qazanması ilə qonşu qruplarda uşağın üzərində önəmli bir sosial dəstək qaynağı olana kimi, hətta bəzən ailədən də çox daha təsirli olar. Xəstə uşağın yaşadığı problemlərin həlli üçün mütəmadi əlaqə daxilində onun ailəsi, dostları və məktəb mühitindən dəstək alması psixoloji və fizioloji yöndən özünü yaxşı hiss etməsinə yardımçı olar. Xroniki xəstəliklərdə tam müalicə mümkün olmadığından məqsəd, uşağı maksimum səviyyədə sosial həyatın içində tutmaq, xəstəliklə bağlı yaşadığı çətinlikləri ortadan qaldırmaq, təhsil uğurlarına səbəb olaraq uşağın sağlam bir məktəb yaşantısını davam etmələrini təmin etmək olar. Bu səbəblə uşağın fiziki sağlamlıq problemlərinin müəllimə, ailə və həkimlərin birgə çalışmaları ilə həll oluna biləcəyi, uşaqların dərslərində uğurlu olmalarına kömək edəcəkdir. (12).

Beləliklə, somatik xəstə uşaqlara tibbi-psixoloji dəstək ilə yanaşı, valideynlərin, qohum və yaxın ətrafın sosial dəstəyinin rolu mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Eyni zamanda xəstə uşaqların yaxınlarının da psixoloji dəstəyə ehtiyac duyduğunu nəzərdən qaçıрмаq olmaz.

### **İstifadə olunmuş ədəbiyyat:**

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Psixi sağlamlıq Sahəsində Milli strategiyası
2. Engelke, M.K., Guttu, M., Warren, M.B., Swanson, M. (2008). School Nurse Case Management for Children With Chronic Illness: Health, Academic, and Quality of Life Outcomes. *The Journal of School Nursing*, 24, 2, 205-214
3. Marison, J.E.; Bromfield, L.M. və Comeron, H.J. A. (2003). Therapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(3), 125-130.

4. Çavuşoğlu, H. (2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt I. Ankara : Sistem Ofset Basımevi, 71-90.
- Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,49, 155-168.
5. [http://www.journal.med.tohoku.ac.jp/2053/TJ2053\\_04.pdf](http://www.journal.med.tohoku.ac.jp/2053/TJ2053_04.pdf)
6. Şəfiyeva E.İ. Somatik xəstəliklərin klinikasının psixoloji problemləri. Bakı-2013, 193 s.
7. [http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/tez/pdf/aile\\_hekimligi/hasan\\_cigrikci.pdf](http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/hasan_cigrikci.pdf)
8. Yılmaz, G. (2008). Kronik Hastalığı Olan İlk öğretim Öğrencilerinin Aile Oku İlişkisi. Yüksek lisans tez çalışması, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
9. Gülsüm Yetiş (2014). Kronik hastalığı olan çocukların algıladıkları sosyal desteğin okul başarısına etkisi.Yüksek lisans tez çalışması, İnönü Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü,9-10
10. Karadağ, İ. (2007). İlk öğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi. Yüksek lisans tez çalışması, Çukurova Üniversitesi, Adana
11. Cırık, İ. (2010). İlköğretim 5., 6., 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
12. Serinol, Z. (2004). Kronik Hastalığı Olan Çocuk Ve Ailesinin Psikososyal Sorunları. Yüksek lisans tez çalışması , Mersin Üniversitesi, Mersin.

# **Изучение бремени болезни в семьях лиц страдающих шизофренией**

*Т.А. Кафаров\*, Д.Ф. Исмаилова\**

## **Assessment of caregiver burden in families of patients with schizophrenia**

*T.A. Kafarov\*, J.F. Ismayilova\**

## **Şizofreniyadan əziyyət çəkən şəxslərin ailələrində qayğı yükünün qiymətləndirilməsi**

*T.A. Qafarov\*, C.F. İsmaylova\**

\* Кафедра психиатрии, Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева

\*Department of Psychiatry, Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev

\*Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Psixiatriya kafedrası

---

*Objectives:* The study is aimed to evaluate caregiver consequences in families of schizophrenic patients as well as to find possible association between family burden and socio-demographic characteristics.

*Methods:* This is a cross-sectional study conducted on a convenience sample of users applying to the National Mental Health Centre. Fifty family members involved in caring of patients with schizophrenia participated in this study. Involvement Evaluation Questionnaire was used as a primary assessment tool.

*Results:* The study showed significant burden in families caring for people with schizophrenia, which correlated with their views about support provided to patients. The burden had a negative impact on their psychological well-being. The three most important

predictors of psychological distress in family members were gender, employment status and relationship to patient.

*Conclusion:* Caregiver burden experienced by relatives of patients with schizophrenia should be addressed by relevant family interventions. Further research is required to understand causal relationship between family burden and psychosocial variables.

*Məqsədlər:* Tədqiqatın məqsədi qayğı göstərən qohumların şizofreniyadan əziyyət çəkən pasientlərin ailələrinə təsirini qiymətləndirmək, habelə ailənin yükü və sosial-demoqrafik məlumatlar arasında əlaqəni araşdırmaqdır.

*Üsullar:* Tədqiqat krosseksional dizayna malikdir və Respublika Psixi Sağlamlıq Mərkəzinə müraciət edən şəxslər üzərində aparılmışdır. Tədqiqata şizofreniyadan əziyyət çəkən şəxslərə yardım göstərən əlli ailə üzvü cəlb edilmişdir. Əsas qiymətləndirmə vasitəsi olaraq Cəlb Etmənin Qiymətləndirmə sorğusu istifadə edilmişdir.

*Nəticələr:* Tədqiqat şizofreniyadan əziyyət çəkən şəxslərə qayğı göstərən ailələr üçün statistik əhəmiyyətli yükə sahib olduqlarını göstərdi ki, bu da pasientlərə göstərilən dəstəklə bağlı fikirləri ilə əlaqəlidir. Nəticələrə əsasən ailənin yükü onların psixoloji rifahına mənfi təsir göstərmişdir. Ailə üzvlərindəki psixoloji çətinliklərin üç ən əhəmiyyətli olan müəyyənləşdirici faktorlar bunlardır : cinsiyyət, məşğulluq statusu və psixi pozuntudan əziyyət çəkən şəxsə münasibət.

*Xülasə:* Şizofreniyadan əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının yaşadığı qayğıkeş yükü müvafiq ailə müdaxilələri ilə həll olunmalıdır. Ailənin yükü ilə psixososial faktorlar arasında səbəbli əlaqəni anlamaq üçün əlavə tədqiqat tələb olunur.

---

## 1. Введение

Расстройства шизофренического спектра ассоциируются с тяжелыми психосоциальными последствиями не только для самих пациентов, но и для членов их семьи [15]. Бремя болезни оказывает значительное влияние на функционирование семьи пациента, члены которой вынуждены прикладывать значительные усилия, включая дополнительное время, энергию, финансовые средства, по уходу за больным шизофренией. Во многих случаях, бремя болезни вызывает негативные эмоции у членов семьи в отношении своих больных родственников, что отрицательно сказывается на течении и прогнозе заболевания [16]. В некоторых исследованиях показана связь негативных эмоций со стрессом, ухудшени-

ем физического и психологического благополучия, а также самооценки, как у самих больных, так и у членов их семей [6]. В других работах установлена корреляция между тяжестью бремени болезни и длительностью заболевания, частотой обострений, а так же выраженностью психопатологических симптомов при шизофрении [11]

Первые исследования с использованием оценочных шкал начали проводиться в 60-х годах прошлого века, когда ряд авторов предприняли попытку провести различия между субъективными и объективными аспектами бремени болезни в семьях больных шизофренией [10]. В 70-х годах были предложены два инструмента – Форма Оценки Семьи [22] и Опросник по Ресурсам и [7], однако надежность и валидность этих шкал не были подтверждены. Спустя десять лет получила распространение Шкала Оценки Социального Поведения (SBAS), призванная определить бремя болезни в семьях по трем направлениям: а) нарушение поведения; б) выполнение социальной роли; и с) негативное влияние на окружающих [18]. В 90-х годах, в связи с повышением требований к психометрическим характеристикам инструментов, были разработаны Шкала Оценки Бремни (BAS), Шкала Восприятия Бремни Членами Семьи (PFBS), а так же Опросник Опыта по Уходу за больными (ECI), которые показали стабильную структуру факторов и высокую чувствительность к изменениям во времени [19, 12, 23]. В то же время наибольшую популярность получил разработанный в Нидерландах Опросник по Оценке Вовлеченности (IEQ-EU) [20]. Благодаря возможности рассмотрения большого количества факторов, участвующих в формировании бремени болезни, именно эта шкала наиболее часто применяется в международных исследованиях [3, 17, 8].

Несмотря на огромную роль семьи в оказании неформальной помощи больным в нашей стране, исследование бремени болезни до сих пор не проводилось. В этой связи с этим, целью данной работы явилось изучение различных аспектов бремени болезни в семьях больных



шизофренией и установление ассоциации с социо-демографическими характеристиками и клиническими показателями.

## **2. Материал и методы исследования**

### *2.1. Место и участники исследования*

Настоящее исследование проводилось в Центре Психического Здоровья МЗ АР, в котором получают амбулаторную помощь пациенты с различными психическими расстройствами, включая шизофрению. Участниками исследования явились 50 членов семей пациентов с установленным диагнозом шизофрении, длительностью заболевания не менее одного года и наличием выраженной функциональной дезадаптации. Кроме того, участники исследования должны были отвечать следующим критериям:

- Совершеннолетний возраст (старше 18 лет)
- Проживание совместно с пациентом и участие в оказании неформальной помощи
- Возможность и согласие предоставить информацию о себе и своем родственнике, а так же ответить на вопросы, содержащиеся в оценочной шкале

Лица не соответствующие этим критериям, а так же отказавшиеся от дальнейшего участия в процессе проведения опроса были исключены из настоящего исследования.

В таблице 1 представлены социо-демографические характеристики участников исследования.

Таблица 1.

**Социо-демографические показатели членов семьи  
больных шизофренией**

| <b>Показатель</b>        | <b>Респонденты</b> |
|--------------------------|--------------------|
| Пол N (%)                |                    |
| Мужчины                  | 17 (34)            |
| Женщины                  | 33 (66)            |
| Возраст M (95% CI)       | 48.9 (45.7-52.0)   |
| Семейное положение N (%) |                    |
| Холост                   | 5 (10)             |
| Состоит в браке          | 42 (84)            |
| Разведен/а               | -                  |
| Вдов/а                   | 3 (6)              |
| Образование N (%)        |                    |
| Начальное                | 5 (10)             |
| Общее среднее            | 16 (32)            |
| Среднее специальное      | 18 (36)            |
| Высшее                   | 11 (22)            |
| Занятость N (%)          |                    |
| Работает/учится          | 25 (50)            |
| Безработный              | 14 (28)            |
| Домохозяйка              | 11 (22)            |
| Социальный статус N (%)  |                    |
| Низкий                   | 2 (4)              |
| Средний                  | 32 (64)            |
| Высокий                  | 16 (32)            |
| Источник дохода N (%)    |                    |
| Зарплата                 | 25 (50)            |
| Социальные выплаты       | 14 (28)            |
| Прочее                   | 11 (22)            |

## *2.2. Структура исследования*

Данное исследование выполнено на конвенциональной выборке больных с использованием обсервационного, кросс-секционного дизайна. Набор участников проводился на основе гибкого графика, зависившего от получения информации от 50 родственников больных шизофренией. Интервью с каждым родственником проводилось индивидуально, дополнительные данные о диагнозе, течении болезни и клиническом обследовании пациента были взяты из медицинской документации. В случае возникновения каких-либо вопросов при заполнении опросника, интервьюирующий специалист давал необходимые разъяснения. Среднее время опроса составляло 60 минут.

## *2.3. Инструменты исследования*

Основным исследовательским инструментом являлся Опросник по Оценке Вовлеченности (Involvement Evaluation Questionnaire-European Version), который состоит из 81 пункта и предназначен для измерения воздействия психического заболевания на лиц оказывающих помощь пациенту. Опросник разделен на семь секций, каждая из которых заполняется по отдельности. Первая секция содержит 15 пунктов, относящихся к общей информации о пациенте и члене его семьи, составе семьи и частоте контактов с пациентом. Вторая секция включает 31 вопрос, которые оцениваются по 5-бальной шкале Лайкерта и распределяются по следующим четырем шкалам:

- Напряжение (9 вопросов) – описывает межличностные проблемы в семье, связанные с отношениями с пациентом
- Понуждение (8 вопросов) – рассматривает усилия членов семьи направленные на активизацию и мотивацию пациента к выполнению какой-либо деятельности
- Беспокойство (6 вопросов) – относиться к тревоге родных по поводу здоровья, безопасности и будущего своего родственника

- Контроль (6 вопросов) – описывает обязанности члена семьи по регулированию приема медикаментов, сна и поведения больного

Помимо отдельной оценки каждой из шкал, может высчитываться общая оценка. Третья секция включает 8 вопросов по финансовым затратам, связанным с уходом за больным. Четвертая секция представляет собой Опросник Общего Состояния Здоровья (General Health Questionnaire) [4], который включает 12 вопросов для измерения уровня стресса у лиц, оказывающих помощь больному. Три оставшиеся секции относятся к обращению за профессиональной помощью самого члена семьи (3 вопроса), влиянию болезни на детей пациента (11 вопросов), а так же комментариям респондента. Высокая валидность и надежность опросника подтверждена в широкомасштабном исследовании EPSILON [25].

#### *2.4. Статистическая обработка данных*

Статистический анализ проводился с помощью пакета статистических программ IBM SPSS для Windows, 23.0 (Armonk, NY: IBM Corp.). Критерий  $\chi^2$  использовался для установления ассоциации между категориальными переменными. Непараметрические тесты Mann-Whitney и Kruskal-Wallis применялись для сравнения независимых количественных, а тест Wilcoxon – для связанных переменных. Корреляция определялась с использованием коэффициента Spearman. Для всех расчетов уровень статистической значимости составлял  $p < 0.05$ .

#### *2.5. Соответствие этическим принципам*

Настоящее исследование получило одобрение Этического Комитета Азербайджанской Психиатрической Ассоциации. Все участники исследования подписали форму информированного согласия, подтверждающую их готовность принять участие в опросе. Особые меры были приняты для обеспечения анонимности участников исследования и защиты конфиденциальности предоставленной ими информации.

### 3. Результаты исследования

Отвечая на вопрос насколько члену семьи тяжело ухаживать за больным шизофренией, большинство респондентов выбрали ответ «тяжело» (20 человек) или «очень тяжело» (10 человек), 12 человек указали на умеренную тяжесть, а 8 человек не считали уход за больным чем-то обременительным для себя ( $\chi^2 = 18.4$ ;  $df=4$ ;  $p=0.001$ ). Хотя половина опрошенных указали на то, что практически свыклились с болезнью члена семьи ( $\chi^2 = 18.4$ ;  $df=4$ ;  $p<0.001$ ), по мнению 19 человек, они никогда не чувствовали себя способными справиться с проблемами связанными с болезнью ( $\chi^2 = 13.6$ ;  $df=4$ ;  $p<0.009$ ). Позитивным фактором является отсутствие значительных изменений в отношениях больным, которое отметили 31 человек ( $\chi^2 = 7.12$ ;  $df=3$ ;  $p<0.068$ ).

Анализ ответов членов семьи больных шизофренией на второй раздел шкалы IEQ-EU позволил установить средние значения по шкалам *Напряжение* (M= 11.06; 95% CI [9.39; 12.73]); *Понуждение* (M= 14.18; 95% CI [11.98; 16.38]); *Беспокойство* (M= 13.6; 95% CI [12.13; 15.07]); *Контроль* (M= 3.9; 95% CI [2.99; 4.81]), а так же общий балл (M= 39.54; 95% CI [35.62; 43.46]). Корреляция между этими показателями, клиническими характеристиками и восприятием бремени болезни представлены в таблице 2.

**Таблица 2.**

#### **Анализ корреляции между бременем болезни и клиническими данными**

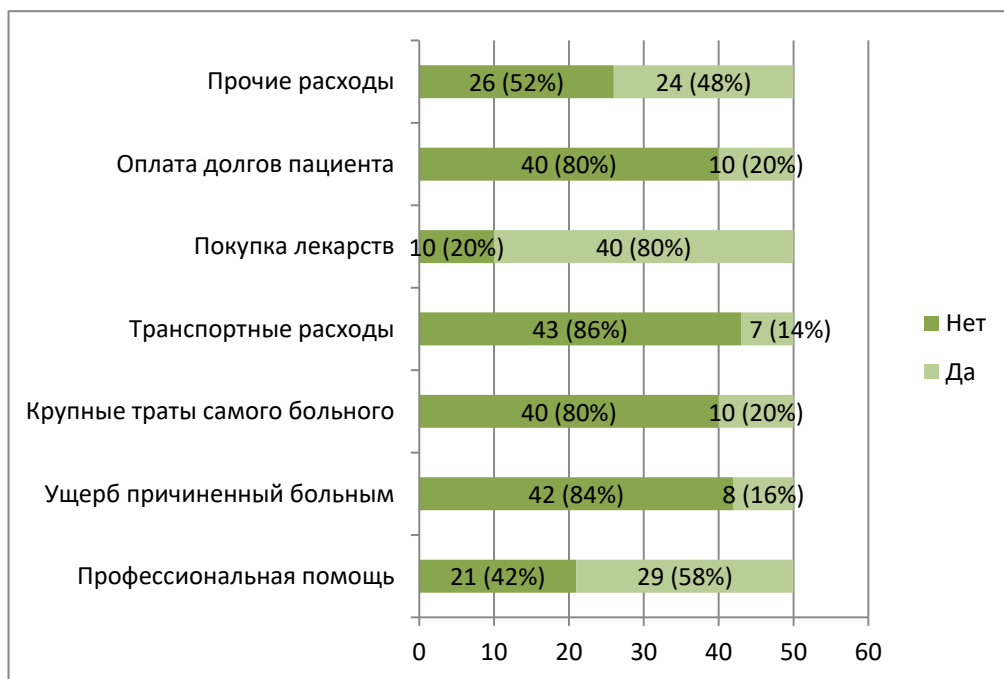
| Показатели             | Напряжение | Понуждение | Беспокойство   | Контроль | Общий балл |
|------------------------|------------|------------|----------------|----------|------------|
| Возраст начала болезни | 0.150      | 0.189      | 0.006          | 0.108    | 0.168      |
| Продолжительность      | 0.035      | -0.053     | <b>-0.296*</b> | 0.009    | -0.091     |
| Число эпизодов         | 0.238      | 0.048      | -0.148         | 0.069    | 0.087      |

|                        |                |                |                |                 |                |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| Число госпитализаций   | -0.060         | -0.117         | <b>-0.341*</b> | 0.264           | 0.103          |
| Недобровольное лечение | -0.178         | -0.087         | <b>-0.305*</b> | 0.108           | -0.151         |
| Баллы по BPRS          | 0.247          | <b>0.315*</b>  | -0.045         | 0.254           | <b>0.318*</b>  |
| Восприятие бремени     | <b>0.517**</b> | <b>0.379**</b> | <b>0.531**</b> | 0.059           | <b>0.475**</b> |
| Привыкание к болезни   | -0.219         | 0.132          | -0.167         | -0.017          | -0.021         |
| Способность к уходу    | -0.233         | -0.046         | -0.247         | <b>-0.397**</b> | <b>-0.329*</b> |
| Изменения в отношениях | <b>0.323*</b>  | 0.002          | 0.152          | 0.118           | 0.169          |

\* Корреляция значима на уровне  $p < 0.05$  level; \*\*Корреляция значима на уровне  $p < 0.01$  level

В ходе исследования была выявлена умеренная отрицательная корреляция между длительностью болезни, частотой госпитализаций (включая недобровольные стационарирования) и беспокойством родственников пациента. В то же время более выраженные симптомы по шкале BPRS ассоциировались с большим беспокойством и увеличением более высокими общими баллами по второму разделу опросника IEQ-EU. Степень тяжести восприятия членами семьи бремени болезни обнаруживала позитивную корреляцию практически со всеми шкалами, кроме шкалы *Контроля*. Последняя имела отрицательную корреляцию со способностью родных справляться с проблемами пациентов, т.е. повышение способности к уходу за пациентом снижала необходимость осуществления контроля над поведением больного. Так же была отмечена отрицательная корреляция между способностью решать проблемы пациента и суммарным баллом всех четырех шкал.

Говоря о материальных расходах связанных с оказанием помощи больным шизофренией со стороны членов их семей, прежде всего, следует отметить затраты на покупку лекарств и оплату услуг специалистов (Рисунок 1).



**Рисунок 1. Дополнительные расходы, связанные с уходом за пациентом**

Ежемесячные дополнительные расходы по уходу за пациентом 13 респондентов оценили менее 50 AZN, 16 респондентов – 50-100 AZN, 14 человек – 100-200 AZN, а 7 человек указали, что тратят более 200 AZN в месяц. Следует отметить отсутствие статистически значимой ассоциации между восприятием бремени болезни и расходами, а так же другими шкалами IEQ-EU, за исключением шкалы *Беспокойство* – высокие показатели по этой шкале коррелировали с увеличением расходов по уходу за больным ( $r_s = 0.385$ ;  $p=0.006$ ).

Показатели уровня психологического дистресса ( $M=13.4$  95% CI [11.8;15.1]), определяемые по шкале GHQ-12 различались в зависимости от социальных характеристик членов семьи больных шизофренией (Таблица 3). Более высокий уровень стресса отмечался у лиц женского пола,

респондентов состоящих в браке, родителей и супругов больных, а также не работающих домохозяек. Несмотря на повышенный уровень психологического дистресса только 5 членов семьи больных обращались к врачам системы первичного здравоохранения, еще 2 человека получали помощь у специалистов в области психического здоровья. Интересно отметить, что показатели стресса у членов семьи вне зависимости от лечения в системе первичной помощи были практически одинаковыми, соответственно 13.8 - у лечившихся и 13.4 - у не лечившихся (Mann-Whitney  $U= 104.5$ ;  $p= 0.795$ ). В то же время показатели дистресса у респондентов посещавших специалистов в области психического здоровья были ниже - 9.5, чем у лиц, не обращавшихся за специализированной помощью - 13.6. Несмотря на очевидные различия, незначительное число обратившихся за помощью к специалистам, не позволяет прийти к заключению о статистической значимости этих различий (Mann-Whitney  $U= 25.5$ ;  $p= 0.264$ ).

Таблица 3.

## Уровень дистресса и социальные характеристики членов семьи

| Показатель           | Уровень дистресса<br>М (95% CI) | Mann-Whitney/<br>Kruskal-Wales | df | p            |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|----|--------------|
| Пол                  |                                 | 157.0                          | 1  | <b>0.011</b> |
|                      | Мужской                         | 10.5 (8.37-12.56)              |    |              |
|                      | Женский                         | 14.9 (12.81-17.06)             |    |              |
| Отношение к пациенту |                                 | 8.494                          | 2  | <b>0.014</b> |
|                      | Родитель                        | 14.0 (11.47-16.45)             |    |              |
|                      | Супруг                          | 15.6 (12.65-18.63)             |    |              |
|                      | Прочее                          | 9.4 (6.69-12.04)               |    |              |
| Семейное положение   |                                 | 7.667                          | 2  | <b>0.022</b> |



|                   |                       |                    |       |   |              |
|-------------------|-----------------------|--------------------|-------|---|--------------|
|                   | Холост                | 6.7 (2.56-10.93)   |       |   |              |
|                   | Состоит в браке       | 14.4 (12.72-16.18) |       |   |              |
|                   | Вдов/а                | 8.67 (-5.01-22.35) |       |   |              |
| Образование       |                       |                    | 5.151 | 3 | 0.161        |
|                   | Начальное             | 19.0 (12.43-25.57) |       |   |              |
|                   | Среднее               | 13.0 (9.55-16.45)  |       |   |              |
|                   | Среднее специальное   | 12.7 (10.32-15.13) |       |   |              |
|                   | Высшее                | 12.6 (8.8-16.46)   |       |   |              |
| Занятость         |                       |                    | 11.12 | 2 | <b>0.004</b> |
|                   | Работает              | 12.6 (10.52-14.75) |       |   |              |
|                   | Не работает/на пенсии | 10.9 (8.04-13.81)  |       |   |              |
|                   | Домохозяйка           | 18.4 (14.6-22.12)  |       |   |              |
| Социальный статус |                       |                    | 1.006 | 2 | 0.605        |
|                   | Низкий                | 14.5 (8.0-21.0)    |       |   |              |
|                   | Средний               | 12.9 (10.89-14.98) |       |   |              |
|                   | Высокий               | 14.2 (11.07-17.43) |       |   |              |
| Источник дохода   |                       |                    | 2.367 | 2 | 0.306        |
|                   | Зарплата              | 14.2 (12.11-16.21) |       |   |              |
|                   | Социальные выплаты    | 12.0 (7.45-16.55)  |       |   |              |
|                   | Прочее                | 12.7 (8.72-16.78)  |       |   |              |

Согласно полученной информации 22 пациента имели детей, из которых 14 были несовершеннолетними. По сообщениям респондентов у 6 детей испытывали страх к родителю страдающего шизофренией, еще 4 детей испытывали стыд за больного родителя. Вместе с тем, члены семьи пациентов не сообщали о случаях прекращения учебы в школе, снижения успеваемости, разрыва отношений со сверстниками по причине болезни родителя.

#### 4. Обсуждение полученных результатов

Сравнение полученных результатов с международным исследованием EPSILON указывает на более высокие показатели бремени болезни в нашей выборке (EPSILON). Принимая во внимание тот факт, что система социальной помощи является мощным предиктором уровня бремени болезни в семьях лиц, страдающих психическим заболеванием [1], можно предположить, что в нашей стране потребности членов семьи, осуществляющих уход за больным родственником не получают достаточной поддержки. Действительно, современные службы психического здоровья с участием клинических психологов, социальных работников, специалистов по реабилитации, в задачи которых входит работа с семьями, в нашей стране только начинают создаваться. По этой причине члены семьи больных шизофренией в нашей стране могут тяжелее воспринимать бремя болезни, чем в западноевропейских странах с более развитой системой социальной поддержки семей инвалидов, где проводилось исследование EPSILON [24]. В то же время полученные нами данные во многом совпадают с результатами польских исследователей выявивших аналогичные корреляции по IEQ-EU [2].

Несмотря на то, что многие члены семей привыкли к болезни своего родственника, они все еще не научились справляться с ее последствиями. Некоторые авторы объясняют этот факт тенденцией использовать проблемно-ориентированные стратегии адаптации на начальных стадиях заболевания, которые по мере перехода к хроническому течению, сменяются эмоционально-ориентированными стратегиями, которые менее эффективны с точки зрения решения проблем пациента [9]. В то же время полученные нами данные не подтверждают эту гипотезу, поскольку не было выявлено статистически значимой ассоциации между длительностью и тяжестью течения шизофрении и способностью к уходу за больным. Более того, в исследовании выявлено уменьшение беспокойства за больного по мере увеличения продолжительности заболевания.

Поскольку способность справляться с проблемами пациента ассоциируется с уменьшением бремени болезни, помощь членам семьи должна быть в первую очередь направлена на обучение навыкам по уходу за больным.

В настоящем исследовании был выявлен повышенный уровень стресса у родственников больных шизофренией, который отмечался и в других исследованиях [5, 14]. Предикторами дистресса являлись пол, занятость и отношение к пациенту. Более высокие показатели стресса у женщин, может объясняться их традиционной ролью в оказание помощи пациентам. По этой же причине выраженный дистресс отмечается у неработающих домохозяек, проводящих больше времени с больными родственниками, кроме того, они имеют меньше возможностей получения эмоциональной поддержки со стороны окружающих и меньше материальных средств на покрытие расходов, связанных с уходом за больными. Большая уязвимость к стрессу родителей и супругов пациентов, так же объясняется их высокой степенью вовлеченностью в оказание помощи. Несмотря на указанные проблемы, подавляющее число респондентов никогда не обращались к специалистам, поэтому комплексная помощь больным шизофренией должна включать профессиональные вмешательства по снижению уровня стресса в семьях больных шизофренией.

Основным ограничением данного исследования является кросс-секционный дизайн, без рандомизации и контрольной группы, который не позволяет прийти к выводу о причинно-следственных связях между изучаемыми характеристиками.

Другим ограничением является относительно небольшая выборка участников исследования, которая позволяет судить о нормальном распределении количественных показателей. В этой связи в данной работе использовались не зависящие от распределения методы непараметрической статистики, которые при определенных условиях являются не менее точными, чем параметрические тесты [21]. Следует отметить, что

примерно такое же небольшое количество участников использовалось в каждой отдельной стране, где проводилось исследование EPSILON.

Еще одним ограничением является то, что участники исследования набирались среди членов семей больных шизофренией, посещавших Центр Психического Здоровья МЗ АР, таким образом, они представляли собой выборку городских жителей, имеющих доступ к новым видам помощи, оказываемым в этом учреждении. Поскольку родственники больных, находящиеся на длительном стационарном лечении или проживающие в регионах, не вошли в данное исследование, у нас нет возможности судить насколько полученные данные могут быть обобщены для всего населения страны.

Отмеченные ограничения указывают направления для проведения дальнейших исследований, в которых может быть использован проспективный дизайн и более объемная выборка участников. Так же данное исследование может быть дополнено изучением стигмы, качества жизни и функциональной адаптации, что позволит лучше понять существующие проблемы и усовершенствовать помощь членам семей больных шизофренией в нашей стране.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Chien, W. T., Chan, S., & Thompson, D. Effects of mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia: 18-Month follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 189, 41–49.
2. Cialkowska-Kuźmińska M, Piotrowski P, Kiejna A. Caregiving consequences and patients' needs in Polish mental health care services – preliminary results. *Psychiatr Prax* 2011; 38 - P11\_RE
3. Cleary M, Hunt GE, Walter G, Freeman A. The patient's view of need and caregiving consequences: a cross-sectional study of inpatients with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006 Oct;13(5):506-14.

4. Goldberg, D., Williams, P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor, U.K.: NFER-Nelson, 1988
5. Gonçalves-Pereira M, Xavier M, van Wijngaarden B, Papoila AL, Schene AH, Caldas-de-Almeida JM. Impact of psychosis on Portuguese caregivers: a cross-cultural exploration of burden, distress, positive aspects and clinical-functional correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 Feb;48(2):325-35.
6. Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. *Soc Sci Med.* 2005 Aug; 61(3):697-708.
7. Holroyd J. Questionnaire on resources and stress : for families with chronically ill or handicapped members. Clinical Psychology Pub. Co, Brandon, VT, 1987.
8. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr.* 2013 Oct;6(5):380-8.
9. Knudson B, Coyle A: Parents' experiences of caring for sons and daughters with schizophrenia: a qualitative analysis of coping. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 2002, 5(5):169–183.
10. Koukia E, Madianos MG Family burden and mental illness: Methods of evaluation. *Encephalos* 2014; 51 (1) <http://www.encephalos.gr/41-2-05e.htm>
11. Koutra K, Vgontzas AN, Lionis C, Triliva S Family functioning in first-episode psychosis: a systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 Jul; 49(7):1023-36
12. Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophr Res.* 1996 Nov 15;22(2):151-7.
13. Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry.* 2004 Nov; 19(7):395-401

14. Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry*. 2004 Nov;19(7):408-14.
15. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M, National Mental Health Project Working Group. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med*. 2005 Jul; 61(2):313-22
16. Möller-Leimkühler AM, Wiesheu A. Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Mar; 262(2):157-66
17. Parabiaghi A, Lasalvia A, Bonetto C, Cristofalo D, Marrella G, Tansella M, Ruggeri M. Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: a 3-year follow-up study in a community mental health service. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2007;(437):66-76.
18. Platt S., Weyman A, Hirsch S., Hewett Sh. The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social psychiatry*, 1980, Volume 15, Issue 1, pp 43-55
19. Reinhard SC, Gubman GD, Horwitz AV, Minsky S. Burden Assessment Scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning*. 1994;17(3):261-269.
20. Schene A.H., van Wijngaarden B. The Involvement Evaluation Questionnaire. Amsterdam, The Netherlands: Department of Psychiatry, University of Amsterdam 1992.
21. Siegel S, Castellan NJ. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1988.
22. Spitzer R.L., Gibbon M., Endicott J. Family evaluation form. *Biometrics Research*, New York State Department of Mental Hygiene, Albany, 1971
23. Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience

- of Caregiving Inventory. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996;31:137-48.
24. Wijngaarden van B, Schene A, Koeter M, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL, Lasalvia A, Leese M; EPSILON Study Group. People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. Schizophr Bull. 2003;29(3):573-86.
25. Wijngaarden van B, Schene AH, Koeter M, Vázquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, McCrone P. Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire--European Version. EPSILON Study 4. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. Br J Psychiatry Suppl. 2000;(39):s21-7.

# İnterpersonal Psixoterapiya: əsas məqamları və Azərbaycanda tətbiqi məsələləri

*M.Z. Sultanov, R.C. Qəmərinski*

Respublika Müalicəvi Diaqnostika Mərkəzi;  
Məhkəmə-Psixiatrik Ekspertiza Mərkəzi

---

Согласно современным требованиям, психотерапия является обязательным элементом стандартов лечения психических расстройств. Однако, практически все известные психотерапевтические методики разработаны на Западе и отражают культуральные особенности западного мировоззрения. В связи с этим наиболее приемлемым методом разработки практических руководств по психотерапии в Азербайджане представляется разработка на основе уже существующих психотерапевтических методик собственных руководств. Разработанная в 2010-ом году «Интерперсональная Психотерапия» (G. Gəraybəyli, M. Sultanov, R. Qəmərinski) является прикладным руководством для подготовки психотерапевтов. Одно основано на главных принципах ИПТ, разработанных Джеральдом Клерманом (*Gerald Klerman*) и Мирной Вайсман (*Myrna Weissman*). Наряду с этим, представленные материалы по применению психотерапевтических методик и клинические примеры основаны на практическом опыте авторов по применению интерперсональной психотерапии. Это позволило сделать контекст представленного психотерапевтического метода наиболее адаптированным к культуральным особенностям нашей страны.

According the modern standards psychotherapy is an essential element in treatment of mental disorders. Almost all psychotherapeutic approaches have been developed in the West, and reflectscultural peculiarities of the western worldview. In this regard, the one of most effective approach in development of psychotherapy in Azerbaijan is development of local psychotherapy guidelines, which are based on the evidence-based psychotherapies. In 2010 the first how-to-do-it manual Interpersonal Psychotherapy was presented by G. Gəraybəyli,



M. Sultanov, R. Qəmərinski. The manual is based on the interpersonal psychotherapy developed by *Gerald Klerman* and *Myrna Weissman*. Nevertheless, the manual clinical cases are based on the local practice in application of interpersonal approach. That makes the psychotherapeutic method more adaptive to the particular cultural context of our country.

---

Psixoloji müalicə metodlarının psixi sağlamlıq sahəsinin tibbi praktikasında geniş tətbiqi bizim ölkəmiz üçün aktual məsələdir. Ənənəvi olaraq, Azərbaycanda psixi sağlamlıq sahəsində istifadə olunan müalicə metodu, əsasən, farmakoloji terapiyadır. Bununla yanaşı, müasir tələblərə uyğun olaraq psixi pozuntuların müalicəsində kompleks yanaşmanın tətbiqi zəruri bir şərt hesab edilir. Kompleks yanaşmada psixi pozuntuları olan insanlara müxtəlif sosial xidmətlərin göstərilməsi ilə yanaşı, onların müalicəsində farmakoloji terapiyadan əlavə müxtəlif psixoterapevtik müalicə metodlarının da tətbiq olunması nəzərdə tutulur [1, 2]. Belə ki, inkişaf etmiş ölkələrdə psixoterapiya, müalicə üsulu kimi, psixi pozuntuların müalicə standartlarının vacib elementidir.

Demək olar ki, bütün geniş yayılmış psixoterapiya metodları Avropada və Amerikada işlənib hazırlandığından, onlar özündə Qərbi dünyagörüşünün kultural xüsusiyyətlərini daşıyır. Bununla əlaqədar olaraq, Azərbaycanda psixoterapiya sahəsində inkişafın vacib aspektlərdən birimövcud psixoterapevtik üsullar əsasında yerli kultural xüsusiyyətləri nəzərə alan orijinal metodikaların işlənib hazırlanmasıdır. Bununla da, belə psixoterapevtik metodikaların bizim ölkəmizin spesifik xüsusiyyətlərinə daha yaxşı adaptasiyasına imkan yaranar. Psixoloji müalicənin müxtəlif metodları vardır. Bu psixoterapevtik metodların yalnız bəziləri sübuta əsaslanan təbabət praktikasına aiddir. Belə psixoterapiya metodlarından biri interpersonal psixoterapiyadır (İPT). Bu psixoterapiya növünün müxtəlif psixi pozuntuların müalicəsində səmərəliliyi standartlaşmış klinik tədqiqatlarla sübut olunmasıdır. 2010-cu ildə Azərbaycan dilində praktik tələblərə cavab verən

“İnterpersonal psixoterapiya” (G. Gəraybəyli , M. Sultanov, R. Qəmərinski) tədris vəsaiti nəşr olunmuşdur [3]. Həmin tədris vəsaiti psixiatrların, klinik psixologların, həmçinin psixi sağlamlıq sahəsində çalışan digər mütəxəssislərin hazırlanmasında istifadə üçün nəzərdə tutulub.

Bu tədris vəsaiti ABŞ-ın Yel Universitetinin əməkdaşları Cerald Klerman (*Gerald Klerman*) və Mirna Vaysmanın (*Myrna Weissman*) işləyib hazırladıqları İPT-nin struktur kontekstinin əsas prinsiplərinə uyğundur [4]. Bununla yanaşı, bu vəsaitdə psixoterapevtik metodların tətbiqi haqqında təqdim olunmuş materiallar və klinik misallar əsasən müəlliflərin İPT tətbiqi üzrə praktik təcrübəsindən götürülmüşdür. Bununla da, təqdim olunan psixoterapevtik metodun konteksti bizim ölkəmizin kultural xüsusiyyətlərinə daha yaxşı uyğunlaşmasına imkan vermişdir. İnterpersonal psixoterapiya ilkin olaraq depressiyanın müalicəsi üçün işlənib hazırlanmışdır.

Bununla yanaşı, İPT digər psixiki pozuntular: distimiya, təşviş pozuntuları, qida qəbulu pozuntularının müalicəsində müvəffəqiyyətlə tətbiq edilə bilər [5, 6, 7, 8]. Qrup formatında, ailə terapiyasında və telefonla psixoloji konsultasiyalar aparılarkən İPT-dən istifadə effektiv ola bilər [9, 10].

İnterpersonal psixoterapiya (İPT) psixi pozuntusu olan pasiyentlərin cari şəxslərarası problemlərinin həllinə yönəlmiş psixoterapiyadır. Cari şəxslərarası problemlərin həlli üzərində qurulmuş İPT psixi pozuntuların digər klinik aspektlərinə yönəlməyi nəzərdə tutmur. Bu psixoterapiya metodu qısamüddətli, yüksək strukturlaşmış, konkret fokuslaşmış, “indi və burada” iş prinsipinə əsaslanır. İnterpersonal psixoterapiyanın işlənib hazırlanmasında Cerald Klermanın rəhbərliyi altında tədqiqatçılar qrupu təşəbbüskar olmuşdur. Onlar depressiv pozuntular zamanı qoruyucu terapiya kimi tritsiklik antidepressantların klinik sınaqlarını keçirirdilər. Həmin klinik sınaqların əsas məqsədlərindən biri onların real klinik praktika ilə maksimal oxşarlığına nail olmaq idi. Real praktikada isə pasiyentlərin çoxu qoruyucu medikamentoz müalicə ilə yanaşı psixoterapiya kursu da keçirirdilər. Beləliklə, ilk əvvəl

“intensiv kontakt terapiyası” adını almış yeni psixoterapiya metodu yarandı [11].

Dəstəkləyici terapiya üzrə tədqiqatların ilkin nəticələri “intensiv kontakt terapiyası”nın yüksək effektivliyini nümayiş etdirdikdən sonra tədqiqatçılar bu psixoterapiya üzrə ətraflı vəsait hazırlamağa başladılar və onu “interpersonal psixoterapiya” adlandırdılar. Bundan sonra medikamentoz müalicə və İPT üzrə randomizə (kor seçim) olunmuş klinik tədqiqatlar aparıldı və həmin elmi araşdırmalar nəticəsində monoterapiya və kombinəedilmiş müalicənin effektivliyi müqayisə edildi. Bu klinik tədqiqatlarda müsbət nəticə əldə olundu [12]. Xüsusi olaraq kombinəedilmiş terapiyanın (medikamentoz və psixoterapiya) digər müalicə növləri ilə müqayisədə daha effektiv olması müəyyən edildi. İnterpersonal psixoterapiyanın səmərəliliyi barəsində sübutlar əldə etdikdən sonra C. Klerman və həmkarları 1984-cü ildə İPT üzrə ilk vəsait nəşr etdirdilər [4]. İPT-nin effektivliyi üzrə tədqiqatlar sonralar da davam etdirilmişdir. Bu elmi araşdırmalar Milli Psixi Sağlamlıq İnstitutunun (ABŞ) rəhbərliyi altında keçirilən depressiyanın müalicəsinin müxtəlif metodları üzrə tədqiqatlara gətirib çıxardı. Psixoterapiyanın effektivliyini müəyyən etmək üzrə ən genişmiqyaslı və metodoloji baxımdan düzgün olan bu tədqiqatda psixotrop preparatların, koqnitiv-bihevioral terapiyanın (KBT) və İPT-nin depressiyanın müalicəsində müqayisəli effektivliyi yoxlanılmışdır. Bu tədqiqat trisiklik antidepressantlarla müqayisədə həm KBT, həm də İPT-nin depressiv pozuntuların müalicəsində bərabər effektivliyini sübuta yetirdi [13]. Hazırda interpersonal psixoterapiya KBT ilə yanaşı, depressiyanın müalicəsində daha çox sübut əsasları olan müalicə metodudur [14].

Ümumən, demək olar ki, interpersonal psixoterapiyanın müəyyən nəzəri mənşəyi yoxdur. Bununla yanaşı, İPT-nin nəzəri bazisini təyin edərkən qeyd olunmalıdır ki, psixi xəstəliklərin müalicəsində bu psixoterapiyanın şəxslərarası sferaya yönəlməsi əsasən AdolfMayer (AdolfMeyer), Harri-StekSallivan (Harry-Stack Sullivan) və Con Baulbinin (JohnBowlby)

ideyalarından qaynaqlanır [15, 16, 17]. İnterpersonal psixoterapiyanın konsepsiyası psixopatologiyanın fərdin yalnız şəxslərarası fəaliyyətində problemləri nəticəsində yaranmasını fərz etməyə rəksixi pozuntuların etiologiyasının çoxfaktorlu olmasını qəbul edir. Lakin genetik, biokimyəvi, şəxsiyyət faktorlarının və psixi inkişaf xüsusiyyətlərinin rolunu qeyd etməklə yanaşı, interpersonal psixoterapiyanın konsepsiyası psixopatologiyanın şəxsin həyatında mühüm yer tutan insanlarla cari şəxslərarası münasibətlər kontekstində yaranmasını vurğulayır. İPT-nin psixoterapevtik müdaxilələri digər etioloji faktorlar üzərində fokuslaşmayaraq pasiyentin cari şəxslərarası kontekstinə yönəlmişdir.

Fərdin şəxslərarası fəaliyyətinin yaxşılaşması psixopatoloji simptomların zəifləməsini təmin edərək sağalmaya gətirib çıxara bilər. Şəxslərarası problemlərin həlli psixi pozuntuların residiv və kəskinləşmələrinin qarşısını almaqla bərabər, eyni zamanda, profilaktik effektə malikdir. İPT ilk növbədə depressiyaların müalicəsi üçün nəzərdə tutulub. Odur ki, İPT çərçivəsində depressiyanın konsepsiyasını nəzərdən keçirək. İPT-nin nəzəri konsepsiyasında depressiya aşağıda göstərilən üç komponentin (simptomatika, sosial və şəxslərarası fəaliyyət və şəxsi xüsusiyyətlər)məcmusu kimi səciyyələnir. İPT-nin konsepsiyasında simptomatika depressiyanın emosional, kognitiv və somatik simptomları aiddir və onlar həm psixobioloji, həm də psixodinamik mexanizmlərin təsiri nəticəsində əmələ gələ bilər. Sosial və şəxslərarası fəaliyyət pasiyentin həyatında mühüm yer tutan insanlarla (ailə üzvləri, dostlar, iş yoldaşları və s.) qarşılıqlı münasibətdə olmaq imkanları və qabiliyyəti nəzərdə tutulur.

Şəxsi xüsusiyyətlər şəxsin həyat fəaliyyətinin dayanıqlı patternlərini özündə birləşdirir: pasiyentin özünü necə təsəvvür etməsi, emosiyalarını necə ifadə etməsi, onun impulsiv, utancaq, təmkinli və ya şübhəli xasiyyətə malik olması və s. Pasiyentin şəxsi xüsusiyyətlərini depressiv pozuntunun əsas səbəblərindən biri hesab edərkən psixoterapevtlər çox vaxt pasiyentə onun şəxsiyyətinin problemlə aspektlərinin həllində yardım göstərməyə çalışırlar.

Terapiyanın qısamüddətli olması səbəbindən bilavasitə pasiyentin şəxsi xüsusiyyətləri İPT-nin fokusuna daxil edilmir. Bundan əlavə, interpersonal psixoterapiyanın konsepsiyasına əsasən bir çox (o cümlədən dayanıqlı) şəxsi və davranış xüsusiyyətləri məhz depressiv pozuntu nəticəsində yarana bilər. İPT-nin vacib məqamı pasiyentin depressiv simptomlarının əmələ gəlmiş olduğu şəxslərarası kontekstinin öyrənilməsi və həmin simptomların cari sosial və şəxslərarası kontekstlə qarşılıqlı əlaqələrinin dərk edilməsidir. İnterpersonal psixoterapiya pasiyentin həyatının cari hadisələrinə (“indi və burada” meydana çıxan problemlərinə) yönəlir və onun uşaqlıq dövründəki, yaxud uzaq keçmişdəki qarşılıqlı münasibətlərini nəzərdən keçirmir.

İPT-nin əsas ideyası pasiyentə cari şəxslərarası problemlərinin həlli mexanizmlərini işləyib hazırlamaqda kömək etməklə gələcəkdə, psixoterapevtik prosesdən asılı olmayaraq, onun öz problemlərini müstəqil həll etməsinə nail olmaqdır. İPT-də nəzərdən keçirilən pasiyentin problemləri aşağıda göstərilən problem fokuslarına bölünür: fəsadlaşmış hüzn, şəxslərarası rol konflikti, rol keçidi və şəxslərarası münasibət defisiti.

Fəsadlaşmış hüzn (kədər) İPT-də “ölümlə əlaqədar itki” kimi müəyyən olunur. Yaxın adamın itkisinin yaşanması mərhuma ambivalent münasibət və onun qarşısında günahkarlıq hissi ilə ağırlaşma bilər. İnterpersonal psixoterapiyada şəxslərarası rol konfliktləri dedikdə elə situasiyalar nəzərdə tutulur ki, bu vəziyyətlərdə pasiyent və onun həyatında mühüm yer tutan insanlar qarşılıqlı münasibətlərə bir-birindən fərqli ümidlər bəsləyirlər. Bu konfliktin ifadə dərəcəsi pasiyent üçün nəzərə çarpan psixoloji distress yaradır. Bu kimi konfliktlər həyat yoldaşları arasında, ailədə, iş kollektivində və digər sosial münasibətlərdə meydana çıxma bilər. Məsələn, ər-arvad münasibətlərində arvadın aparıcı rol oynamaq istəyi nəticəsində ərle münaqişə yaranır, yaxud nəsilər arasında (valideynlər və övladlar) ziddiyyətlər nəticəsində şəxslərarası problemlər meydana çıxır.

Rol keçidi pasiyentin həyatında baş vermiş, yaxud gözlənilən və onun yeni şəraitə uyğunlaşmasını tələb edən situasiyalardır. Yeni şəraitdə şəxs ona

tanış olmayan sosial rola alışmalı – yeni rola keçməlidir. Həmin situasiyalar pasiyent üçün müsbət, neytral, ya da mənfi həyati dəyişikliklərlə bağlı olur. Bu inkişaf dövrünün böhranları, yeni sosial şəraitə uyğunlaşma, əvvəlki münasibətlərin qırılması və ya insanın həyatında baş verən digər hadisələrlə bağlı ola bilər. Rol keçidinə misal olaraq işə qəbul, təqaüdə çıxma, nigaha daxil olma, boşanma, yaşayış yerini dəyişmə və s. situasiyaları göstərmək olar.

Pasiyent şəxslərarası münasibətlərinin (itirilmiş və ya əvvəllər də olmamış) kasadlığını qeyd edirsə, şəxslərarası münasibətlərin defisiti fokusu müəyyənləşdirilir. Pasiyentin şəxslərarası münasibətlərin defisiti onun sosial fəaliyyətində həm kəmiyyət, həm də keyfiyyət baxımından qeyd oluna bilər. Şəxslərarası münasibətlərin defisiti sosial təcrid olunma, ictimai mühitdə uyğunsuzluq, sosial riskli qərar qəbulundan yayınma, hiss və istəklərin boğulması ilə xarakterizə olunur.

Hər bir depressiv pozuntusu olan pasiyentdə bu dörd problem fokusundan biri aşkar oluna bilər. Hazırda toplanmış elmi sübutlar bazası belə fikir yürütməyə əsas verir ki, həmin fokusların şəxslərarası problemlərinin həllinə yönəlmiş psixoterapevtik müdaxilələr depressiv simptomatikasının azalmasına və depressiv pozuntular zamanı remissiyaya nail olmağa gətirib çıxara bilər. Belə yanaşma həmçinin digər psixi pozuntuların müalicəsində də tətbiq oluna bilər.

İnterpersonal psixoterapiya tibbi model çərçivəsində tətbiq olunduğundan pasiyentin klinik vəziyyətinə önəmli və məqsədli şəkildə istiqamətlənməni nəzərdə tutur. Bu mövqedən çıxış edərək İPT tətbiq edən terapevtin əsas məqsədləri aşağıdakılar olmalıdır: 1) Depressiv simptomatikanın azaldılması: əhvali-ruhiyyənin yaxşılaşması, iştahanın və yuxunun normallaşması, iş qabiliyyətinin artması və s.; terapiya müvəffəqiyyətlə keçirilərsə, pasiyentin vəziyyətində simptomatik remissiyaya nail olmaq olar. 2) Pasiyentə onun şəxslərarası və sosial fəaliyyətini yaxşılaşdırmaqda kömək: psixopatoloji simptomların inkişafı ilə əlaqədar olan

situasiyalarda və problemlərdə iştirak edən insanlarla pasiyentin qarşılıqlı münasibətlərini yaxşılaşdırmaq. Göstərilən bu məqsədlər bir-biri ilə sıx bağlıdırlar. Məsələn, əgər pasiyent öz şəxslərarası münasibətlərində böhranların (məsələn, şəxslərarası rol konfliktinin) uğurla öhdəsindən gəlsə, bu, onun həyatının keyfiyyətini yaxşılaşdırmaqla yanaşı, həm də depressiv simptomların azalmasına gətirib çıxarır.

Vəsaitdə təsvir olunmuş klinik misallar əsasında müəlliflərin gündəlik praktikalarında interpersonal psixoterapiyanın uğurlu tətbiqi nümayiş etdirilmişdir. İPT-nin əsas prinsiplərinə riayət olunmaqla bərabər, Azərbaycanda bu psixoterapiyanın ilkin tətbiqi innovasion yanaşma ilə səciyyələnmişdir. Belə yanaşma İPT-ni yerli kultural kontekstin spesifik xüsusiyyətlərinə uyğunlaşdırmağa imkan verir. İnterpersonal psixoterapiyanın kifayət qədər yüksək dərəcədə strukturlu olmasını nəzərə alaraq, onun formatı Azərbaycan kultural kontekstində bu növ psixoterapiyanın effektivliyinin təyininə yönəlmiş gələcək elmi tədqiqatlar üçün münasibdir.

### ƏDƏBİYYAT:

1. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi. *Bipolyaraffektiv pozuntunun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol*. Bakı, 2009;
2. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi. *Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol*. Bakı, 2009;
3. G. Gəraybəyli, M. Sultanov, R. Qəmərinski. *İnterpersonal PSIXOTERAPIYA* (dərs vəsaiti), Bakı 2010 il;
4. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B., Chevron E. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books, 1984. (Original Manual);
5. Abrahamsen G., Bonsaksen T., Borge F.M., Ramstad R., Lipsitz J., and Markowitz J.C. *A Residential Interpersonal Treatment for Social Phobia*. New York, Nova Science Publishers Inc.;

6. Agras W.S., Walsh T., et al. (2000) A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57(5):459-66;
7. Bleiberg K.L., Markowitz J.C. (2005) Interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:181-183;
8. Markowitz J.C. *Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998;
9. MacKenzie KR, Grabovac AD: Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression. *J Psychother Pract Res* 2001;10:46-51;
10. Miller L., Weissman M.M. Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. A pilot study. *Depress Anxiety* 2002; 16:1 14-117;
11. Weissman M.M., Prusoff B.A., DiMascio A. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry*. 1979; 136: 555-558.
12. Weissman M.M., Klerman G.L., et al. (1981) Depressed outpatients: Results after one year treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 1981; 38, 52-55;
13. Elkin I., Shea M.T., Watkins J.T., et al. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46:971-982.
14. Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT, Pilkonis PA, Hedeker D: Initial severity and differential treatment outcomes in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult ClinPsychol* 1995; 63:841-847;
15. Meyer A. (1957). *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield, II: Charles C. Thomas;
16. Sullivan H.S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton. 1953
17. Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol. I: Attachment, London: Hogarth Press;



## **RAPID ilkin psixoloji yardımın göstərilməsi üzrə Cons Hopkins Universitetinin yeni modelinin icmalı**

*F.N. İsmayilov<sup>1</sup>, A.Z.İsmayilova<sup>1</sup>, X.R. Sofiyeva<sup>2</sup>,  
A.Ə. Manuçehri-Lalei<sup>3</sup>*

## **Обзор новой модели первой психологической помощи RAPID Университета Джонса Хопкинса**

*Ф.Н. Исмаилов, А.З. Исмаилова, Х.Р. Софиева,  
А.А. Манучери-Лалеи*

## **Review of Johns Hopkins psychological first aid model RAPID-PFA**

*F.N. Ismayilov, A.Z. Ismayilova, Kh.R. Sofiyeva,  
A.A. Manuchehri-Lalei*

---

**Цель:** Целью данной статьи является рассмотрение эффективности новой модели оказания первой психологической помощи разработанной специалистами Университета Джонса Хопкинса. Особое внимание уделено вопросам внедрения данной модели RAPID при оказании помощи пострадавшим во время чрезвычайных ситуаций в нашей стране.

**Методы:** Анализ модели RAPID основывался на изучении доступных литературных источников, описывающих опыт оказания первой психологической помощи при чрезвычайных ситуациях.

---

<sup>1</sup> Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Psixi Sağlamlıq Mərkəzi

<sup>2</sup> Azərbaycan Respublikası Fövqəladə Hallar Nazirliyi

<sup>3</sup> Azərbaycan Tibb Universitetinin Psixiatriya kafedrası

**Результаты:** В статье представлены различные компоненты модели RAPID, а так же результаты различных исследований связанных с обучением и практическим применением данной модели.

**Выводы:** Благодаря своей простоте и эффективности данная модель может с успехом применяться для оказания первой психологической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций.

**Objectives:** The article is aimed to consider effectiveness of Johns Hopkins RAPID-PFA model in emergency situations. A special emphasis is made on implementation of RAPID-PFA for disaster survivors in our country.

**Methods:** Available literature search related to experience of FDA provision in emergency situations was used to analyze RAPID model.

**Results:** The article depicts different components of RAPID-FPA as well as the results of various researches focusing on training and practical use of this model.

**Conclusions:** Due to its simplicity and effectiveness the model may be successfully utilized for psychological first aid in crisis circumstances.

---

**Giriş.** Son onillik ərzində fəvqəladə hallar həyatımızın reallığına çevrilməkdədir: bəzən bu halların qarşısını almaq mümkün olsa da, onları tamamilə aradan qaldırmaq olmur, belə ki, onlar mürəkkəb, qloballaşmış, müasir industriya dünyasının ayrılmaz bir hissəsidir [17]. Fəvqəladə hallar əhalinin böyük bir qrupunun həm fiziki, həm də psixi sağlamlıq göstəricilərinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir [14]. Təbii fəlakətdən sonra artıq ilk saatlarda zərərçəkənlərin tibbi və psixososial tələbatları yaranır. Bu istiqamətdə həyata keçiriləcək növbəti addımlara fiziki təhlükəsizliyin təmin edilməsi və psixoloji yardımın göstərilməsi daxildir [13]. Qırmızı Xaç və Qırmızı Aypara Federasiyasının Psixososial Dəstək Beynəlxalq Resurs Mərkəzi psixoloji yardımı “fərd, ailə və cəmiyyətin psixoloji dözümlülüyünə təsir edən proses” kimi qiymətləndirir [12].

İlkin psixoloji yardımın nəzəri əsaslarını 1952-ci ildə erkən aşkar edildikdə ağır distressin nəticələrinin yüngülləşdirilməsi imkanı olduğunu iddia edən Thorne təklif etmişdir. Belə müdaxilələr arasında o inandırma, təlqinetmə, katarsis və psixi sağlamlıq sahəsində hər bir mütəxəssis tərəfindən istifadə edilməli olan praktik məsləhətləri ayırd edirdi [22]. Bununla əlaqədar

olaraq, Amerika Psixiatriya Assosiasiyası 1954-cü ildə ilk dəfə olaraq “ilkin psixoloji yardım” termininin istifadə edildiyi monoqrafiya dərc etdi [1]. Hazırda ilkin psixoloji yardım Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən “dəstəyə ehtiyacı olan insanın əzablarına dəstəkləyici və humanist yanaşma” kimi qiymətləndirilir [23].

Posttravmatik Stress Pozuntusunun 1980-ci ildə klinik diaqnoz olaraq təsdiqlənməsindən sonra ilkin psixoloji yardım göstərilməsi mövzusunda maraq əhəmiyyətli dərəcədə artmağa başladı [15]. Növbəti 20 il ərzində bir-birindən nəzəri istiqaməti, metodologiyası və effektivliyinə görə fərqlənən müxtəlif ilkin psixoloji yardım modelləri təklif edilmişdir. Eyni zamanda ilkin psixoloji yardım göstərilməsində iştirak edən çox sayda şəxsin cəlb edilməsi və öyrədilməsinin vacibliyi metodların unifikasiyasını tələb edir. Toplanmış empirik təcrübə əsasında özündə növbəti tədbirləri birləşdirən psixoloji yardımın əsas məqsədləri təklif edildi: 1) təhlükəsizlik; 2) sakitləşdirmə; 3) özünənəzarət; 4) ətrafındakı insanlarla əlaqə; 5) ümid [10].

Bununla əlaqədar olaraq humanitar yardım məsələləri üzrə Qurumlararası Daimi Komitəsi tərəfindən ilkin psixoloji yardımın əsas prinsipləri formalaşdırıldı:

- Yardım göstərilən zaman insan hüquqları bərabərliyi və onlara riayət edilməsi
- Müxtəlif təşkilat və əhali qruplarının hərtərəfli iştirakı
- “zərər yetirməyin”- zərər yetirmə riskinin azaldılması
- Resursların cəlb edilməsi və yardım göstərilməsi üçün imkanların yaradılması
- Tələbatların müxtəlif dərəcələrinin qeydiyyatı

Həmçinin, Qurumlararası Komitəsi “Psixi sağlamlıq və Fövqəladə hallarda psixososial yardım” üzrə tyaddaş kitabçası dərc etdi. Bu kitabçada fəvqəladə halların nəticələrinin aradan qaldırılması zamanı sosial rifah və psixi sağlamlığın dəstəklənməsinə yönləndirilmiş tövsiyələr təklif edilmişdir [11].

2010-cu ildə Avropa Şəbəkəsi tərəfindən travmatik stresslərin araşdırılması üzrə Delphi metodologiyası üzrə tədqiqat keçirilmişdir. Bu tədqiqatda 25 ölkə üzrə 100-dən çox aparıcı mütəxəssis iştirak etmişdir [5]. Mütəxəssislərə ilkin psixoloji yardımın göstərilməsinə dair 111 təklifi qiymətləndirmək təklif edildi. Bütün siyahıdan 77 təklif mütəxəssislərin konsesusu əsasında qəbul edilmişdir. Bir il sonra Avropa komissiyasının qərarı ilə fəvqəladə hallardan əziyyət çəkən qruplara ilkin psixososial yardımın göstərilməsi üzrə Avropa Protokolları dərc edildi. Bu layihə EUTOPA-IP adlandırıldı və onun məzmununa riskin skrinningi, dəstək, preventiv və müalicəvi müdaxilə məsələləri üzrə geniş təkliflər, həmçinin təşkilatı aspektlər daxildir [24].

Yuxarıda deyilənlərə əsasən biz fəvqəladə hallarda ilkin psixoloji yardım göstərilməsi məsələsinin getdikcə daha çox aktualizasiyası haqqında danışa bilərik. Təsadüfi deyil ki, hər il 10 oktyabr tarixində qeyd edilən Beynəlxalq Psixi Sağlamlıq Günündə gündəm mövzusu olaraq ilkin psixoloji yardımın göstərilməsi mövzusu seçilmişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının relizində xüsusi olaraq qeyd edilir ki, “ilkin psixoloji yardıma sərmayə qoyulması krizis nəticəsində kəskin distress yaşayan hər bir insanın əsas dəstəyi almasını təmin edən, ilkin psixoloji yardımdan daha çoxuna ehtiyacı olan şəxslər isə səhiyyə, psixi sağlamlıq və sosial xidmətlərdən əlavə yardım almasını təmin edən davamlı səylər tələb edir”[25].

### **RAPID modelinin yaradılması**

2004-cü ildə Xəstəliklərə Nəzarət və Profilaktika üzrə Mərkəz və İctimai Səhiyyə Fakültələri Assosiasiyası terrorizm və kütləvi fəlakət zamanı psixososial yardım və psixi sağlamlıq proqramının hazırlanması üzrə işçi qrup yaratdılar. İşçi qrupunun mühüm tövsiyələrindən biri yardım göstərilməsində iştirak edən şəxslərin malik olmalı olduqları, fəvqəladə hallarda psixi sağlamlıq sahəsində əsas səlahiyyətlərin siyahısının hazırlanması idi [8].

Bununla əlaqədar olaraq John Hopkins universitetində ilkin psixoloji yardım göstərilməsi üzrə Rapid model hazırlanmışdır. Bu model psixi sağlamlıq sahəsində mütəxəssis olmayan xilasetmə xidməti əməkdaşları üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bu zaman ilkin psixoloji yardım "kəskin psixoloji distressin azaldılmasına yönləndirilmiş və ehtiyac olduqda növbəti yardıma şərait yaradan dəstəkləyici və anlayış vasitəsi" kimi qiymətləndirilmişdir [7]. RAPİD yaradıcıları bu modelin ən müxtəlif şəraitlərdə - gündəlik həyatda stress zamanı, ailə problemlərinin həlli zamanı, təcili tibbi yardım göstərilməsi zamanı, yaxın insanın itirilməsi zamanı və əlbəttə ki, kütləvi travma zamanı istifadə edilməsini qarşılarına məqsəd qoydular. RAPİD modelinin mühüm aspektini onun nəzəri əsasları təşkil edir. Modelin hazırlanmasının birinci mərhələsində yaradıcıları H.Selyenin stress üzrə işlərini, A.Becki, R.Lazarus və S.Folkmanın koqnitiv-davranış terapiyası sahəsində klinik tədqiqatlarını özündə cəmləşdirən böyük həcmdə elmi mənbələri analiz etdilər [3,16, 20]. Bütün bu işlərdə koqnitiv amillərin distressin yaranması və saxlanmasıdakı təyinedici rolu xüsusi qeyd edilir.

RAPİD yaradılmasının ikinci mərhələsində distress, disfunksiya və xəstəliyi müəyyən edən əsas göstəriciləri müəyyən etmək üçün tədqiqatlar keçirilmişdir. Bu məqsədlə çoxsaylı reqressiya əsasında stressor, koqnitiv-emosional aspektlər və fizioloji parametrlər arasında səbəb-nəticə əlaqəsinin analizi həyata keçirilmişdir [21]. Tədqiqatda Amerika Sertifikasiyalaşdırılmış Maliyyə Menecerləri İnstitutunun (AİCPA) 266000 üzvü arasından təsadüfi olaraq seçilmiş 4000 nəfər iştirak etmişdir. Onlardan iş zamanı stress haqqında suallara cavab vermək xahiş edilmişdi. Paralel olaraq onların psixoloji və fiziki vəziyyəti də qiymətləndirilirdi. Tədqiqat nəticəsində məlum oldu ki, psixofiziki pozuntunu müəyyən edən əsas amil koqnitiv göstəricidir. Beləliklə, sübut edilmişdir ki, stressin patogenetik effekti koqnitiv və onlardan asılı olan emosional proseslərlə tənzimlənir. Bu işə onları psixoloji müdaxilə üçün əsas hədəfə çevirir.

Sonuncu mərhələdə bu modelin təcrübədə tətbiq edilməsinin mümkünlüyünü aydınlaşdırmaq lazım idi. Bu məqsədlə RAPİD modeli üzrə təlim keçmiş 1000 nəfərdən 255-i seçildi və onlara ilkin psixoloji yardım göstərilməsi üzrə bilik və vərdişlərini nümayiş etməkləri təklif edildi [6]. Tədqiqatın nəticələri bütün gözləntiləri doğrultdu və tədqiqat iştirakçıları nəinki yüksək səviyyədə peşəkarlıq göstərdilər, həm də kəskin krizis hallarında yardım göstərilməsinə hazırlıq və özgüvən nümayiş etdirdilər.

### **RAPİD modelinin əsas komponentləri**

RAPİD modelinin SÜRƏT olaraq tərcümə edilən adı ingilis sözlərinin abbreviaturasıdır:

- Reflective listening - Rapport/reflektiv dinləmə
- Assessment - Araşdırma
- Prioritization - Prioritetləşdirmə
- İntervention - İntervensiya/müdaxilə
- Disposition - Davam etdirmə

### *Reflektiv dinləmə*

Təbii ki, hər bir psixoloji müdaxilə yardım göstərilən şəxslə ünsiyyət qurulması ilə başlamalıdır. Bununla əlaqədar olaraq hələ ilkin psixoloji yardıma başlamazdan öncə bu yardımı göstərən şəxs bilməlidir ki, nə baş verib, nə vaxt, harada, kim zərər çəkib. Bundan əlavə, kimin xidmət göstərməsi, insanların bu xidmətləri harada və necə ala bilməsi, informasiyanı necə əldə edə bilməsi barəsində məlumat olmalıdır. FH qurtarıb yoxsa davam edir? hansı təhlükələr var sualları xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Cədvəl 1-də ilkin psixoloji yardım göstərən şəxsin davranışına dair tövsiyələr təqdim edilmişdir.

Reflektiv dinləmə baş verənlərin detallarını, həmçinin yardım alan şəxsin fikir və hisslərini müəyyən etmək imkanı verir. Reflektiv dinləmə zamanı faktlara aid qapalı suallar, həmçinin fikirləri və insanın özünün baş verənlərə münasibətini müəyyən edən açıq suallardan istifadə edilir. Bundan

ələvə, dəqiqləşdirici suallar vermək ("Mənə elə gəlir ki, Siz...", "Başqa sözlərlə...", "Sizin dediyinizə görə...") və empatiya göstərmək ("Belə vəziyyət adama pis təsir edir...", "Mənə elə gəlir ki, bu hadisə Sizdən çox şey aldı...", "Mən başa düşürəm ki, bu ədalətli deyil...") lazımdır.

### *Cədvəl 1.*

#### **Doğru və yanlış ifadələr**

| <b>Yanlış</b>                                     | <b>Doğru</b>  |
|---|---|
| Sözü kəsmək (saata baxmaq, tez-tez danışmaq)      | Lazım olduqda susmaq  |
| İnsanla mübahisə etmək                            | Səbirli olmaq və sakit danışmaq   |
| "Sən bəxtəvərsən" və "Hər şey yaxşı olacaq" demək | Faktlarla danışmaq və bilmədiyi informasiyalrı verməmək                         |
| Bayağı və ya biganə olmaq                         | Başə düşülən dildə danışmaq   |
| Əsəbi səs ilə danışmaq                            | Mərhəmət və dəstək göstərmək  |
| İnsanların zəif tərəflərini vurğulamaq            | İnsanların müsbət tərəflərini vurğulamaq və onların fikirlərini qiymətləndirmək |
| Başqa insanlarla müqayisə etmək                   | Dinləmək istədiyini göstərmək   |

#### *Araşdırma*

RAPID modelinin ikinci komponentini krizis müdaxiləsinin yönləndirildiyi tələbatların müəyyən edilməsi təşkil edir. Maslou ierarxiyasına əsasən ilk iki tələbat səviyyəsinə fiziki tələbatlar və təhlükəsizlik aiddir və onlar ilk növbədə təmin edilməlidirlər. Daha sonra ardıcıl olaraq şəxslərarası əlaqələr, özünəhörmət və özünü aktuallaşdırma gəlir. Fövqəladə hallara tətbiq edərəkən Maslou piramidası şəkil 1-də göstərilədiyi kimi görünür.



**Şəkil 1. Tələbatlar piramidası**

Statistik məlumatlara əsasən 60–90% zərərçəkənlər kəskin distress yaşayır [18]. Eyni zamanda əksər zərərçəkənlərdə stressə qarşı müqavimət olur və onlar mütəxəssislərin yardımı olmadan adaptasiya qabiliyyətini tez bir zaman bərpa edirlər. Təəssüf ki, fəvqəladə halın ağırlığından asılı olaraq 5–49% zərərçəkənlərdə uzunmüddətli dezadaptasiya aşkarlamaq mümkündür [19]. Cədvəl 2-də disfunksiya və distress yaşayan şəxslərin simptomatikasındakı mövcud olan fərqlər göstərilir.

**Cədvəl 2.**

**Distress və disfunksiya**

| SİMPTOMLAR       | DİSTRESS   | DİSFUNKSIYA   |
|------------------|--|---|
| <b>Kognitiv</b>  | Diqqətsizlik<br>Unutqanlıq<br>Qərarlısızlıq<br>Səbirsizlik | Çaşqınlıq<br>Ümüdsizlik<br>Suisidal fikirlər<br>Sayıqlama fikirlər              |
| <b>Emosional</b> | Frustrasiya<br>Əsəbilik<br>Təşviş/qorxu                    | Tələş (panik hücumlar)<br>Ağır depressiya<br>Affektiv donma                     |
| <b>Fizioloji</b> | İştahanın dəyişməsi<br>Baş ağrısı<br>Yorğunluq hissi       | Ürək funksiyalarının dəyişməsi<br>Tənəffüs problemləri<br>Hissin itirməsi/iflic |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Somatik şikayətlər<br>(mütləq şəkildə həkim<br>baxmalıdır) | Danışmaq və anlamaq<br>qabiliyyətinin itirməsi                        |
| <b>Davranış</b>                              | Müvəqqəti çəkinmə<br>Sarışan hərəkətlər<br>Yuxu pozulması  | Özünə qapanma<br>Oyanma/özündən çıxma<br>Aqressiv/impulsiv hərəkətlər |
| <b>Dəyərlər<br/>sisteminin<br/>dağılması</b> | İnamı itirmək/Xudbin<br>olmaq                              | Həyat istiqamətinin itirilməsi  |

Distressə məruz qalan şəxslərdən fərqli olaraq disfunksiyalı şəxslər ilkin psixoloji yardıma ehtiyacı olan qrupu təşkil edirlər.

#### *Prioritetləşdirmə*

Prioritetləşdirmə və ya çeşidlənmə mahiyyət etibarilə tələbatların müəyyən edilməsinin davamını təşkil edirlər. Fərq ondadır ki, çeşidləmə zamanı diqqət ilk növbədə daha çox yardıma ehtiyacı olan insanlara yönləndirilir. Bugün prioritetləşdirmənin 2 modeli mövcuddur. Birinci 3faktorlu model növbəti amillərə əsaslanır: 1) Ölüm (insan cəsədlərinin görüb, öləcəyini düşünür); 2) Yer dəyişmə (ailədən uzaqlaşmış, qalmağa yeri yoxdur); 3) Güclü təsir (fiziki vəziyyətinə görə təcili yardım lazımdır, travmadan öncə psixi pozuntulardan əziyyət çəkib) [4].

İkinci model - sübuta-əsaslı kəskin krizis triadası modeli [9]. Bu modelə əsasən prioritetləşdirmə növbəti əlamətlərə əsaslanmalıdır:

- Koqnitiv qabiliyyətlərin azalması (tənqid, xatırlama, problemlərin həlli), öz hərəkətlərinin nəticələrini dərk edə bilməməsi (vacibdir!)
- Özünə xəsarət yetirmək impulsiv meyl, həyat istiqamətinin itirilməsi, köməksizlik və ümitsizlik hissi
- Funksional dezadapatasiya: həyat bacarıqlarının itirilməsi, (özünə qulluq, başqalarına qulluq, şəxsi gigiyena)

Bu əlamətlərin aşkar edildiyi şəxslər təcili şəkildə ilkin psixoloji yardım almalıdırlar.

### *İntervensiya/müdaxilə*

İlkin psixoloji yardım çərçivəsində həyata keçirilən müdaxilələr koqnitiv –davranış texnikasına əsaslanır və rasional düşünmə, adekvat emosiyalar və adaptiv davranışın formalaşmasına yönləndirilmiş geniş miqyaslı prosedurları özündə cəmləşdirir. Müdaxilənin məqsədi əsas tələbatların ödənilməsinə yardım, böhran vəziyyətinin qarşısının alınması, stabil vəziyyətdə qalmağa köməyi və gələcəkdə baş verə biləcək zərərlərdən qorumasıdır.

Zərərçəkənin vəziyyətindən asılı olaraq müdaxilələr həcmində və yardımın növünə görə fərqlənə bilər. Birinci halda əgər şəxsin vəziyyəti sabit olaraq qalırsa, stressin azaldılmasına yönləndirilmiş müdaxilə həyata keçirmək lazımdır. İkinci halda, əgər vəziyyət qeyri-sabitdirsə psixoloji müdaxilə ilk növbədə vəziyyətin sabitləşdirilməsinə yönləndirilməlidir (bax: cədvəl 3).

### *Cədvəl 3.*

#### **Müxtəlif vəziyyətlərdə müdaxilə**

| <b>Qeyri-stabil vəziyyət</b>  | <b>Stabil vəziyyət</b>   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qıcıqlandırıcı amilləri aradan götürmək</li> <li>• İmpulsiv hərəkətləri dayandırmaq</li> <li>• Katarsiz</li> <li>• Diqqəti yayındırmaq</li> <li>• Diqqəti tapşırığa yönəltmək</li> </ul> | <p>Normalizə etmək (“bu situasiyada Sizin davranışlarınız normaldır”)</p> <p>Ümidləndirmək</p> <p>Stressin yaratdığı nəticələr haqqında maarifləndirmək</p> <p>Yanlış fikirləri və mülahizələri düzəltmək</p> <p>Başqa yöndən baxmaq</p> |

### *Davamətdirmə*

Modelin sonuncu komponentini zərərçəkənə ilkin psixoloji yardım göstərildikdən sonra ona göstərilən münasibət təşkil edir. Xüsusi olaraq qeyd etmək lazımdır ki, insanın özünə qulluq qabiliyyəti bərpa olunandan sonra müdaxilə başa çatmalıdır. Bu zaman ondan əlaqə telefonu almaq və bir müddət sonra zəng edərək vəziyyəti ilə maraqlanmaq daha məqsəduyğun sayılır. Bəzi hallarda ilkin psixoloji yardıma zərərçəkənlə ikncili müsahibəni də daxil etmək olar. Lakin, əgər şəxs artıq üçüncü görüşə ehtiyacı yaranarsa onu daha yüksək ixtisaslaşdırılmış yardıma yönləndirmək doğru olacaqdır. Bu yardıma peşəkar psixoloji müdaxilələr (psixoterapiya), psixiatriya (dərman) müalicəsi, stasionarlaşdırma, psixososial reabilitasiya və digər təşkilatlar tərəfindən göstərilən psixoloji yardım daxildir.

### **Azərbaycanda RAPİD modelinin tətbiqinin perspektivləri**

Azərbaycanda ilkin psixoloji yardımın inkişafında psixi sağlamlıq sahəsində Milli strategiyanın qəbul edilməsi böyük addım olmuşdur. Bu sənəddə göstərilən mühüm istiqamətlərdən biri fəvqəladə hallarda ilki psixoloji yardımın inkişafı da daxil olmaqla ilkin tibbi yardım səviyyəsində xidmətlərin inkişaf etdirilməsidir. Strategiyada dəqiq şəkildə göstərilmişdir: «Ölkədə fəvqəladə hallar zamanı psixi sağlamlığın qorunması üzrə tədbirlər planı mövcud olmalıdır. Bu tədbirlər planı müharibə, texnogen qəzalar, təbii fəlakətlər və terror aktları nəticəsində ciddi böhran vəziyyətinə düşmüş insanlara adekvat yardım və xidmətlər göstərilməsini təmin etməlidir» [2].

Psixi sağlamlıq sahəsində dövlət siyasətinin reallaşdırılması çərçivəsində tərkibində Təcili Psixoloji Yardım Şöbəsi olan Səhiyyə Nazirliyi yanında Psixi Sağlamlıq Mərkəzi yaradılmışdır. Qeyd etmək vacibdir ki, mərkəzdə təkcə həkim-psixiatriqlar deyil, həm də fəvqəladə hallarda psixoloji yardım göstərilməsinə cavabdeh olan psixoloqlar da çalışırlar.

Bundan əlavə, mütəxəssis-psixoloqlar Fəvqəladə Hallar Nazirliyinin müxtəlif şöbələrində işə qəbul edilmişdirlər. Bu isə ilkin psixoloji yardımın göstərilməsi sisteminin inkişafı üçün şərait yaratmışdır. Son dörd il ərzində

Psixi Sağlamlıq Mərkəzində çalışan psixoloqların Fövqəladə Hallar Nazirliyində çalışan həmkarları ilə uğurlu əməkdaşlığı formalaşmışdır.

Azərbaycan psixoloqları RAPID modeli ilə 2014-cü ildə tanış olmuşlar və bu andan etibarən bu model dəfələrlə təcrübədə tətbiq edilməyə başlandı. Bu modelin müvəffəqiyyətlə tətbiqinə Bakı şəhəri, Binəqədi rayonunda 16 mərtəbəli binada yanğın zamanı zərərçəkənlərə, həmçinin Günəşli yatağında yanğın və qasırğa qurbanlarının qohumlarına ilkin psixoloji yardımın göstərilməsini nümunə gətirmək olar.

Hazırda mühüm məsələ bu modeli ilkin psixoloji yardım göstərən şəxs və qurumlara da təqdim etməkdən ibarətdir. Bu məqsədlə 16 oktyabr, 2016-cı ildə Beynəlxalq Psixi Sağlamlıq Gününə həsr edilmiş konfransda təsdiqlənmiş xüsusi treninq proqramı hazırlanmışdır.

Bu proqramın müvəffəqiyyətlə tətbiq edilməsi ölkəmizdə zamanında və effektiv ilkin psixoloji yardım göstərilməsi imkanlarını artıracaqdır.

## ƏDƏBİYYAT

1. American Psychiatric Association (1954). Psychological First Aid in Community Disasters. Washington, DC:
2. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Psixi Sağlamlıq Sahəsində Milli Strategiya. Bakı 2012
3. Beck A. Cognitive therapy of emotional disorders. NY: International Universities Press. 1976
4. Benson M, Koenig KL, Schultz CH. Disaster triage: START, then SAVE--a new method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake. Prehosp Disaster Med. 1996 Apr-Jun;11(2):117-24.
5. Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, Nordanger D, Orengo Garcia F, Punamaki RL, Schnyder U, Sezgin AU, Wittmann L, Olf M. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. Br J Psychiatry. 2010; 196: 69–74.

6. Everly GS Jr, Barnett DJ, Links JM. The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID-PFA): curriculum development and content validation. *Int J Emerg Ment Health*. 2012;14(2):95-103.
7. Everly GS, Jr., Flynn B. Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2006; 8: 93-100.
8. Everly GS, Jr, Beaton RD, Pfefferbaum B, Parker CL. Training for disaster response personnel: The development of proposed core competencies in disaster mental health. *Public Health Reports*. 2008; 123: 13-19.
9. Everly, G. S., Jr., Mitchell JT. *Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing 2008.
10. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007; 70: 283–315.
11. Inter-Agency Standing Committee IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2007.
12. International Federation Reference Centre for Psychosocial Support. *Psychosocial Interventions - A Handbook*. 2009. [http://pscentre.org/wp-content/uploads/PSI-Handbook\\_EN\\_July10.pdf](http://pscentre.org/wp-content/uploads/PSI-Handbook_EN_July10.pdf). Accessed 1 April 2014.
13. Jacobs GA. The development and maturation of humanitarian psychology. *Am Psychol*. 2007; 62: 929–941.
14. Kim SC, Plumb R, Gredig QN, Rankin L, Taylor B. Medium-term post-Katrina health sequelae among New Orleans residents: Predictors of poor mental and physical health. *J Clin Nurs*. 2008;17:2335–42.
15. Knudsen L, Hogsted R, Berliner P. *Psychological first aid and human support*. Copenhagen, Denmark. 1997: Danish Red Cross.
16. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer. 1984
17. Math SB, Nirmala MC, Moirangthem S, Kumar NC. Disaster Management: Mental Health Perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2015;37(3):261-271.
18. McCabe OL, Perry C, Azur M, Taylor HG, Gwon H, Mosley A, Semon N, Links JM. Guided preparedness planning with lay communities: enhancing

- capacity of rural emergency response through a systems-based partnership. *Prehosp Disaster Med.* 2013;28:8–15.
19. McCabe OL, Semon NL, Lating JM, Everly GS Jr, Perry CJ, Moore SS, Mosley AM, Thompson CB, Links JM. An Academic-Government-Faith Partnership to Build Disaster Mental Health Preparedness and Community Resilience. *Public Health Reports.* 2014;129(Suppl 4):96-106.
  20. Selye H. *The stress of life.* NY: McGraw-Hill, 1956.
  21. Smith KJ, Davy JA, Everly, GS Jr. An assessment of the contribution of stress arousal to the beyond the role stress model. *Advances in Accounting Behavioral Research.* 2007;10: 127-158
  22. Thorne, F.C. (). Psychological first aid. *Journal of Clinical Psychology.*1952; 8(2), 210-211.
  23. van Ommeren M, Snider L, Schafer A. in WHO, War Trauma foundation, World Vision International. *Psychological First Aid: Guide for Field Workers.* WHO: Geneva. 2011
  24. Vymetal S, Deistler A, Bering R, Schedlich C, Rooze M, Orengo F, Zurek G, Krtickova M. European Commission project: European Guideline for Target Group-Oriented Psychosocial Aftercare-Implementation. *Prehosp Disaster Med.* 2011 Jun;26(3):234-6.
  25. World Health Organization. World Mental Health Day 2016. Psychological first aid. [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2016/en/#](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2016/en/#)

## **Hamilə qadinlarda nevroitik və somatoform pozuntular (ədəbiyyat icmalı)**

*Vahabova Ş.B., Əliyeva E.M., Əsədov B.M.*

## **Невротические и соматоформные расстройства у беременных (обзор литературы)**

*Vağabova Ş.B., Aliyeva E.M., Asədov B.M.*

## **Neurotic and somatoforms disorders in pregnancy (review of literature)**

*Vahabova Sh.B., Aliyeva E.M., Əsədov B.M.*

**ATU-nin I mamahq və ginekologiya və psixiatriya kafedraları  
Кафедры акушерства и гинекологии I и психиатрии АМУ  
Department of Obstetrics and Gynecology I and Psychiatry of AMU**

---

Период беременности и послеродовой период общепризнанно считается временем повышенного риска развития психических нарушений. Многие исследователи полагают, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений. В настоящей статье рассматриваются литературные данные о взаимосвязи психических нарушений у беременных и их влияние на течение беременности, родов и состоянии плода и новорожденного. Этапы рассмотрения проблемы невротических расстройств у беременных можно условно назвать «от здоровья к болезни»: исследования посвящены психологическим особенностям беременных женщин в норме и при акушерской патологии, изучению доклинического уровня нарушений и собственно психической патологии. Выявлено и доказано влияние фактора донозологических психических изменений у беременных женщин на развитие осложнений гестационного процесса. Осложненное течение беременности и родов у таких женщин наблюдается в 2 раза чаще, чем у женщин без нарушений, а патологические состояния плода и новорожденного встречаются в 3 раза чаще. В настоящее время общепринято мнение о том, что психические расстройства в период беременности пагубно влияют на ее течение и исход. В связи с этим актуален вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Поскольку ни одно из психотропных средств нельзя считать полностью безвредным, психотерапия может стать наиболее приемлемым вариантом лечения пограничных психических расстройств при беременности.

**Ключевые слова:** беременность, осложнения беременности и родов, невротические расстройства, психосоматика.

The period of pregnancy and the postpartum period is generally recognized as a time of increased risk of developing mental disorders. Many researchers believe that pregnancy and childbirth can become provoking factors in

the development of already existing hidden disorders. In this article, the literature data on the relationship of mental disorders in pregnant women and their effect on the course of pregnancy, childbirth and the condition of the fetus and newborn are examined. Stages of consideration of the problem of neurotic disorders in pregnant women can be conditionally called "from health to illness": the studies are devoted to the psychological characteristics of pregnant women in the norm and in obstetrical pathology, the study of the preclinical level of disorders and the actual psychological pathology. The influence of the factor of donorological mental changes in pregnant women on development of complications of the gestational process is revealed and proved. The complicated course of pregnancy and childbirth in such women is observed in 2 times more often than in women without disorders, and the pathological conditions of the fetus and the newborn are 3 times more common. Currently, it is generally accepted that mental disorders during pregnancy adversely affect its course and outcome. In this regard, the question of the optimal options for the correction of such disorders and the ways of their prevention is topical. Since none of the psychotropic drugs can be considered completely harmless, psychotherapy can be the most acceptable option for treating borderline mental disorders during pregnancy.

**Key words:** pregnancy, complications of pregnancy and childbirth, neurotic disorders, psychosomatics.

Bir çox tədqiqatlarda hamiləlik və doğuşdan sonrakı mərhələləri psixi pozuntularının inkişafının yüksək ehtimalı kimi qiymətləndirilir. Tədqiqatçıların fikrincə hamiləlik və doğuşlar qadınlarda gizli keçən psixi pozuntularının inkişafında təkan kimi ola bilər [24, 33]. Lakin digər alimlər əksinə hesab edirlər ki, normal keçən hamiləlik və doğuşlar qadınlarda psixikasına müsbət təsir edir və hətta onlarda olan bəzi premorbid əlamətlərinin yox olmasına gətirib çıxarır [4].

Son illərdə hamiləlik dövründə baş vermiş psixi pozuntular probleminə maraq artmaqdadır [3]. Bir sıra tədqiqatçıların fikrincə müxtəlif psixi pozuntular ümumi doğuşların 29–80%-i nəticəsində rast gəlinir [15, 20, 25, 33]. 40%-ə qədər qadınlar hamiləlik zamanı müxtəlif psixotrop dərman vasitələrini qəbul edir [21]. Psixi xəstə olan qadınlarla sağlam qadınlarda müqayisədə 6 dəfə çox hamiləliyin və doğuşların müxtəlif fəsadlarla keçməsi müəyyən olunur [30]. Dölnün və yenidoğulmuşun inkişafını və davranışını öyrənən müasir psixologiya gələcək ananın döl ilə emosional əlaqənin, onun analığa hazırlığının, psixoloji reaksiyalarının və məqsədlərinin adekvat olmasına böyük əhəmiyyət verir. [26, 33]. Bununla əlaqədar, hamiləliyin spesifik patologiyası və psixi pozuntular arasında əlaqənin, sərhədyanı psixi patologiyanın hamiləliyin gedişinə və dölnün inkişafına təsiri, doğuşdan sonrakı dövrdə ananın və yenidoğulmuşun vəziyyətinin öyrənilməsi çox vacibdir.



Azərbaycan üçün bu probleminin vacibliyi mövcud demoqrafik şəraitdə, son illərdə hamiləliyin və doğuşların fəsadlarının artması ilə müəyyən olunur.

Hamilələrdə əmələ gələn nevroitik pozuntuların səbəbini öyrənilməsi mərhələlərini şərti olaraq “sağlamlıqdan xəstəliyə” adlandırmaq olar, çün ki, tədqiqatlar normal və patoloji keçən hamiləliyi olan qadınların psixoloji xüsusiyyətlərinə, kliniki önü və bilavasitə psixi patologiyanın öyrənilməsinə həsr olunur. Biz əsasən hamilə qadınlarda baş verən somatiform pozuntular ətrafında dayanmaq istəyirik. Vacib vəzifələrdən biri də psixi patologiyanın - hamiləliyin gedişinə və nəticəsinə təsirinin öyrənilməsidir.

### **Hamilələrin psixoloji xüsusiyyətləri və klinik önü pozuntular**

Hamilələrin psixoloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi göstərir ki, onlarda fizioloji keçən hamiləlik müddətində əhvalın enməsi, psixoloji uyğunlaşmanın pozulması, emosional davamsızlığı ilə müşayiət olunan kompensasiyalı psixo-vegetativ pozuntular müəyyən olunur [9, 15, 19], yəni hamiləlik faktorunun özü müəyyən psixoloji problemlər yaradır [9]. Fizioloji keçən hamiləliyinin dinamikasında qadınların emosional vəziyyətinin öyrənilməsi nəticəsində tədqiqatçılar müəyyən etmişdir ki, hamiləlik müddətinin artması dinamikasında qadınlarda yüksələn şəxsi həyəcanlılıq müşahidə olunur və bunu da adaptiv, yəni fizioloji vacib proses kimi qiymətləndirirlər [9]. Bələ də fikir var ki, hamiləlik vəziyyəti norma və psixi patologiyaya sərhədində yerləşir [31]. Hamiləlik baş verdiyi zamanı qadınların əksəriyyəti öz durumlarında dəyişiklik hiss etməyə başlayır ki, bu da astenik simptomokompleksin kliniki əlamətlərinə uyğun gəlir R. Kumar həmin əlamətlərini “hamiləliyə qarşı psixosomatik reaksiya”sı adlandırmışdır [30]. Onların tezliyi 13,7 до 33,3% arasındadır [18, 24, 25, 30].

M.A. Кочнева hamilələrdə klinik önü psixi pozuntuların öyrənilməsi nəticəsində müəyyən etmişdir ki, qadınlar ilə aparılan söhbətlər zamanı onlarda hamiləliyin müddətində emosional və ya fiziki diskomfortun olması

müşahidə olunmuşdur [4, 14]. Aparılmış testləşmənin nəticələrinin təhlili göstərmişdir ki, sağlam hamilələrin 73%-də nozoloji ölü psixi dəyişikliklər müşahidə olunur [14]. Həmin psixi dəyişikliklərə qadınlarda hamiləliyə qarşı reaksiyalarının subkompensasiya və dekompensasiya olunmuş növləri aid edilir. Hamiləliyə qarşı subkompensasiya olunmuş reaksiyanın çərçivəsində əhvalın enməsi, ümumi kefsizlik, müxtəlif şikayətlərin çox olması, diqqətin yalnız öz somatik vəziyyətində cəmləşməsi, emosional davamsızlıq, ətrafdakılar tərəfindən özünə qarşı təsəlli tapmaq cəhdi kimi əlamətlər əks olunur. Hamiləliyə qarşı dekompensasiya olunmuş reaksiyası isə əvvəllər qadına xas olmayan və ya gizli keçən şəxsiyyət cizgilərini (ipoxondrik cəmləşmə, yüksək həyəcanlılıq, şəxsiyyətarası münasibətlərin pozulması, affektiv partlayışlara meylik, uyğunlaşmada sosial-psixoloji çətinliklər) müəyyən edir. Müayinədən keçənlərin 89%-i hamilələr üçün ixtisaslaşdırılmış psixoloji yardımının yaradılmasının vacibliyini vurğulamışdır [14].

Bununla yanaşı təsdiq olunmuşdur ki, hamilələrdə nozoloji ölü psixi dəyişikliklər faktoru hestasion prosesdə fəsadların əmələ gəlməsinə təsir göstərir [22]. Bu cür qadınlarda sağlam hamilələrlə müqaisədə 2 dəfə çox hamiləliyin və doğuşun fəsadlarla keçməsi, 3 dəfə çox dölün və yenidoğulmuşun patoloji vəziyyətləri müşahidə olunur [14].

### **Mamalıq patologiyası olmayan hamilələrdə psixi pozuntular**

Bir sıra müəlliflər fəsadsız keçən hamiləlik zamanı müəyyən olunmuş nevroitik pozuntularını öyrənmişdir [1, 3, 14, 15, 20]. Belə ki, E.A. Caxarov-un tədqiqatına əsasən 26,2% hamilə qadınlarda klinik ölü səviyyəsində psixi-emosional gərginlik vəziyyəti, 29%-də isə sərhədyanı psixi pozuntular müəyyən olunmuşdur [16, 20]. Bu qrup qadınlarda emosional labillik, hiperesteziya, təşvişlik, yüksək qıcıqlıq, kövrəklik, yorğunluq müşahidə olunurdu ki, bunu da müəlliflər psixi-dezadaptiv vəziyyətlərinin astenik növü kimi qiymətləndirirlər [18, 20].

Sərhədyanı psixi pozuntularının öyrənilməsi göstərmişdir ki, ən çox rast gəlinən variantlardan biri nevroitik reaksiyalar olmuşdur (63%) [20]. Müəlliflər

onları iki növə bölürlər: hestasion nevroitik reaksiyalar (burada hamiləliyin özü psixogeniya rolunu oynayır) və nevrozlar (burada hamiləlik xəstəliyin baş verməsində təkan rolunu oynayır). Tədqiqatçıların fikrinə görə nevrozların baş verməsinin əsasını ailə münasibətlərinin pozulması təşkil edir. Nevrozla olan hamilələrin 66,7%-də təşviş ilə müşayiət olunan nevroitik depressiya, 33,3%-də – nevrasteniya müəyyən olunmuşdur. Hamiləliklə əlaqədar olan və hamiləlik müddətində kəskinləşmiş nevroza bənzər pozuntular 23,5% qadınlarda, hamiləliyin fonunda şəxsiyyət pozuntularının dekompensasiyası 2,8% qadınlarda müşahidə olunmuşdur [20].

Nozoloji önü və nevroitik pozuntuların yüksək tezliyini nəzərə alaraq müəlliflər hesab edirlər ki, hamilələrin 86%-nin psixiatr və psixoterapevtlərin epizodik və ya mütamadi nəzarətinə ehtiyacları var [15, 20].

Nozoloji önü və nevroitik pozuntularının sindromoloji təhlili nəticəsində onların iki variantını ayırd edirlər – asteno-depressiv və həyəcanlı-depressiv. В.Д. РЫЖКОВ [18] hamilə qadınlarda astenik sindromların strukturunun və səviyyəsinin tədqiqi nəticəsində müəyyən etmişdir ki, onların 10,5%-də astenik vəziyyəti müəyyən olunmuşdur ki, onları da müəllif üç növə ayırmışdır: asteno-ipoxondrik (55,2%), asteno-həyəcanlı (24%), asteno-vegetativ (20%). Birinci iki növündə hipo- və hipertoniya, vegetativ krizlər şəklində vegetativ davamsızlıq müşahidə olunurdu. Asteniyanın yaranmasının əsasını qadınların həyatı üçün hamiləliyin əhəmiyyətindən asılı olan psixoloji konflikt nəticəsində əmələ gələn psixogen faktorlar təşkil edir.

Hamiləlik zamanı ən çox rast gələn növbəti sindrom – həyəcan sindromudur. Yuxarıda qeyd olunmuşdur ki, hamiləlik zamanı həyəcan çox vaxt adaptativ, yəni fizioloji vacib prosesi kimi qiymətləndirilir [9].

Son illərdə hamilələrdə həyəcanın səviyyəsinin öyrənməsinə bir sıra tədqiqatlar həsr olunmuşdur [18, 24, 33]. Bu tədqiqatların nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, həyəcanın ən yüksək səviyyəsi hamiləliyin I və III-cü trimestrlərində müşahidə olunur. Hamiləliyin I-ci trimestrində həyəcanın artması qadınların hamiləliklə əlaqədar əhvalın dəyişməsi (ürəkbulanma,

qusma, yuxunun, iştahanın pozulması) ilə korrelyasiya olunur. III-cü trimestrdə həyəcanın artmasına təsir edən faktorlara gələcək anaların emosional neqativ təəssüratlar (hamiləliklə əlaqədar qadın cazibədarlığının itməsi, bədən qurluşunun dəyişməsi, doğuşdan qorxması, hamiləliyin başa çatması ilə əlaqədar həyəcan və s.) aid edilir. Müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliyin müddətindən asılı olmayaraq, gələcək uşağın sağlam olub-olmamasından, hamiləliyin fəsadsız keçib-keçməsindən qorxusu, ailə konfliktləri, maddi-məişət uğursuzluğu qadınlara maksimal stress təsirini göstərir.

Hamiləlik dövründə müxtəlif həcmdə həyəcanın olması haqqında tədqiqatçıların ümumi rəyin olmasına baxmayaraq, onun hər hansı patoloji vəziyyətinə mənsubiyyəti axıra qədər öyrənilməyib. L. Cohen [26] həyəcanı panik pozuntu çərçivəsində öyrənmiş və müəyyən etmişdir ki, hamiləlikdən əvvəl panik pozuntunun ağır keçməsi (panik hücumlar həftədə 6-7 dəfə olduqda) zamanı hamiləlik onun əlamətlərinə əhəmiyyətli təsir göstərmir, əksinə hestasion prosesi panik pozuntu olan qadınlarda sağlamlaşdırıcı rol oynayır [26]. И.Ю. Щеглова с соавт. [24, 25] özbaşına düşük təhlükəsi olan və fəsadsız keçən həmləlikdə həyəcan pozuntularını tədqiq edərkən müəyyən etmişlər ki, özbaşına düşük təhlükəsi olan hamilə qadınlarda 61,1%-də nevroitik reaksiyalar və nevrozların çərçivəsində həyəcan pozuntuları müşahidə olunmuşdur [25]. Bu rəqəm fəsadsız keçən hamilə qadınlarda (9,0%) və ümumi populyasiya (ümumi somatik təşkilatların pasiyentlərin 30%-də) ilə müqaisədə dürüst olaraq çoxdur [1].

Hamiləlik müddətində baş verən depressiv pozuntular asteno-depressiv və həyəcan-depressiv sindromları ilə müəyyən olunur [4, 21]. Onlar da iki istiqamətdə inkişaf edir: nevroitik səviyyəli depressiya (depressiv reaksiyalar və nevrozlar) və endogen psixotik depressiya. Müəyyən olunmuşdur ki, dərin endogen depressiyalar ən çox hamiləliyin son müddəti və doğuşdan sonrakı dövrlərində, nevroitik depressiyalar isə hamiləliyin erkən dövründə baş verir [4, 18, 24]. R. Kumar-ın məlumatlarına əsasən hamiləliyin I-ci trimestrində

depressiv nevrozun tezliyi 10% təşkil edir [30]. Onun yaranmasının əsas səbəblərindən biri (dürüst olaraq) ər-arvad və şəxsiyyətdaxili (hamiləliyin saxlanıb-saxlanmaması haqqında şübhələr) konfliktlərdi. Ağır itkilər, düşüklər də nevroitik depressiv pozuntulara gətirib çıxaran psixogen faktorların rolunu oynaya bilər. Hamiləliyin daha gec dövründə nevroitik depressiv pozuntularının baş verməsində vaxtından əvvəl doğuşlar və dölün bətn daxili tələf olması əhəmiyyətli psixotraumatik rolunu oynayırlar [12].

Н.П. Коваленко hesab edir ki, qadınların uşaq doğma motivasiyası, həyəcanın səviyyəsi, hamiləliyin gediş xüsusiyyətləri və əvvəlki mamalıq təcrübəsi ilə birgə şəxsi xüsusiyyətləri qeyri-psixotik pozuntuların genezində aparıcı yeri tutur. Ailədə harmonik münasibətlərinin olmaması gələcək uşağın qəbul olunması səviyyəsinin enməsinə və dolayısıyla – nevroitik pozuntuların baş verməsinə gətirib çıxarır [12]. Müəllif müəyyən etmişdir ki, sərhəd zonasında psixi pozuntuları olan hamilələrdə premorbid şəxsi xüsusiyyətləri aşağıdakı kimi bölünür: 21(28,8%) hamilədə şəxsiyyətin harmonik tipi, 64-də (71,2%) şəxsiyyətin aksentuasiyası müəyyən olunmuşdur. Şəxsiyyətin aksentuasiyası olan hamilə qadınlardan 47,9%-də psixastenik tipi, 12,3%-də epileptoid tipi, 6,8%-də şizoid tipi, 4,1%-də isə oyanıqlı tip müəyyən olunmuşdur. Bu qadınlara müqaisədə kontrol qrupu olan sağlam hamilələrin 20-də (25,8%) şəxsiyyətin aksentuasiyası müəyyən olunmuşdur. Alınmış nəticələr göstərir ki, sərhədyanı psixi pozuntular olan hamilələrdə şəxsiyyətin aksentuasiyasının tezliyi daha çox rast gəlir [12]. Nevrotik pozuntuları olan hamilələrin əksəriyyətində somatik uğursuzluğun (anemiya, hamiləliyin birinci yarsının toksikozu, hamiləliyin vaxtından əvvəl kəsilmə ehtimalı) təsiri də müəyyən olumuşdur [12].

### **Psixi pozuntular və mamalıq patologiyası**

Hamiləliyin gecikmiş hestozu və vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi hamiləliyin çoxsaylı fəsadların sırasında xüsusi yeri tutur və yüksək perinatal xəstələnmənin və ölümün səbəbi olur [7]. Hamiləliyin gecikmiş qestozu və vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsini psixofizioloji mexanizmini izah edən bir

neçə hipotezə var [9, 19]. Bu hipotezlərin əsasını müxtəlif, o cümlədən psixogen, stress faktorlarının təsiri nəticəsində hemokinezin adaptativ-kompensator mexanizmlərin pozulması təşkil edir [7, 17]. Stress faktorlarının təsirinin nəticələrindən biri simpatik-adrenal sisteminin aktivləşməsi və onunla əlaqədar olan katexolaminlərin hiperproduksiyasıdır ki, bu da damar tonusun artmasına, onların keçiciliyin dəyişməsinə, arterial təzyiğin artmasına, uşaqlığın tonusun artmasına, ağrıların baş verməsinə, yəni hamiləliyin gecikmiş hestozu və vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsinin kiniki əlamətlərinə gətirib çıxarır [7]. Hamiləliyin bu cür fəsadlar üçün xarakterik olan vegetativ sinir sistemin funksional aktivliyinin dəyişməsi və hemokinezin neyrohumoral hissəsinin disbalansı, “psixi adaptasiya baryerinin” tamlığının pozulması [19], baş beinin hipoksiyası [7], emosional və vegetativ funksiyalarının tənzimlənməsində bilavasitə iştirak edən limbik-retikulyar kompleksin funksiyasının pozulması ilə nəticələnir [8]. Bu cür pozulmalara adaptiv psixi reaksiyalarının dəyişməsidə aid edilir [19].

Н.В. Рымашевский с соавт. [19] tərəfindən hamiləliyi normal keçən və hamiləliyin gecikmiş hestozu və vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi olan qadınların psixi statusu öyrənilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliyi normal keçən qadınların şəxsiyyətlərinin profili şərti norma çərçivəsində olmuşdur. Hamiləliyin gecikmiş hestozu olan qadınlarda şəxsi münasibətlərin çətinləşməsi, öz sağlamlığına qarşı yüksək təşviş iə yanaşı stasionarda müalicə olmaq istəməməsi, real somatik vəziyyətin qiymətləndirilməsinə qarşı tənqidsiz yanaşması, inadkarlıq, autik-rigid reaksiya modusu xarakterik olmuşdur [19]. Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi olan qadınlarda həyəcanın somatizasiyası ilə birgə öz sağlamlığına qarşı təşviş, daimi qorxu, uzun müddət müalicə olunmasına hazırlıq, terapevtik kontaktın asan olması müşahidə olunmuşdur. Bu qrup qadınlarda müəyyən olunmuş şəxsiyyətin həyəcan-fobik profili baş beynin hipotalamik hissəsinin pozulması ilə əlaqədardır [19].

И.Ю. Щеглова [25] özbaşına abort təhlükəsi olan hamilə qadınlarının psixi statusunu xüsusiətlirinin öyrənmiş və müəyyən etmişdir ki, qadınların 83,3%-də nevroitik səviyyəli psixi pozuntular müşahidə olunur. Aparılmış tədqiqat müəllifə aşağıdakı nəticəyə gəlməyə imkan vermişdir: özbaşına abort təhlükəsi olan hamilə qadınlarının psixi vəziyyəti özbaşına abort təhlükəsi nəticəsində əmələ gələn psixogen mənşəli sərhədyanı psixi pozuntularla xarakterizə olunur. Hamiləlik müddətində psixogen pozuntular somatik və mamalıq risk faktorları ilə birgə düşüün təhlükəsinin başverməsinə səbəb olur. Müəyyən olunmuş psixi pozuntular başbeynin üzvi zədələnməsi və hamiləliklə şərtləşdirilmiş nevroitik reksiyalar, nevroza bənzər pozuntuların və nevrozların əsas növləri ilə təqdim olunur. psixogen pozuntularının genezində əvvəlki hamiləlikdə olan düşükləri ilə əlaqədar olan psixogen faktorların və qadınların şəxsi xüsusiyyətlərin qarşılıqlı təsiri əsas rolunu oynayır. Bununla yanaşı müəlliflər mamalıq fəsadları olan hamilə qadınlarda psixi pozuntularının yaranmasının risk faktorlarına uşaq doğmanın destruktiv motivasiyalarını: tənhalığı, ana olmasının axırıncı şansını, özünütəsdiqini aid edirlər [25].

Hestoz ilə ağırlaşmış hamiləliyi öyrənərkən müəyyən olunmuşdur ki, bu hamiləlikliyin 1-2 trimestrində fizioloji keçən hamiləliklə müqaisədə həyəcanın və nevroitik pozuntularının dürüst olaraq yüksəlməsi müşahidə olunur [9]. Müəllif hesab edir ki, hestozun kliniki əlamətlərinin kompleksində ilkin olaraq psixofizioloji dəyişikliklər baş verir. Bundan başqa həmin dəyişikliklər (həyəcanlıq, introversiya, nevrotizm) nə qədər tez müəyyən edilirsə, o qədər də tez hestozun klinikası baş verir. Beləliklə, fizioloji keçən hamiləliyin ikinci trimestrində qadınların şəxsi xüsusiyyətləri gecikmiş hestozların əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Müəyyən edilmişdir ki, hestoz ilə ağırlaşmış və emosional reaksiyalarının dəyişməsi ilə müşayiət olunmuş hamiləliyin 76%-də uşaqlığın hemodinamikasında dəyişikliklər əmələ gəlir: uşaqlıqda maksimal arterial və venoz qan axının müddəti uzanır və çətinləşir [9,19]. Göstərilən pozuntularının ifadə olunma səviyyəsi bilavasitə emosional

gərginlik və həyəcan ilə əlaqədardır ki, bu da psixoemosional disbalansın dölə mənfi təsiri barədə fikir söyləməyə imkan verir.

### **Somatoform vegetativ disfunksiyası**

XBT-10-da göstərilən amillər tətbiq olununana qədər vegetativ pozuntular ya müstəqil xəstəlik (vegetativ-damar və ya neyrosirkulyator distoniyası) və ya müxtəlif psixopatoloji pozuntuların çərçivəsində sinromoloji əlamət kimi müəyyən olunurdu. Müasir psixiatrik ədəbiyyatında vegetativ-damar pozuntuları psixi patologiyanın gizli əlaməti kimi təsvir olunur ki, bu da əsasən depressiv və ya daha az maniakal mənşəli atipik affektiv simptomkompleksi, nevroitik və şəxsiyyət tipli pozuntuları ilə müəyyən olunur [11, 21, 23].

Mamalıqda neyrosirkulyator distoniya problemi çox aktual problemlərindən biridir, çünki, bu patoloji vəziyyət hamiləliyin, doğuşların, doğuşdan sonrakı dövrdə ciddi fəsadlara, perinatal ölümlərə və doğulmuş uşaqların psixi inkişafının pozulmasına gətirib çıxarır [5]. Son 5 il ərzində hamilələrdə neyrosirkulyator distoniyasının tezliyi 3 dəfə artmış və daxili orqanlar xəstəliklərinin 19,8%-ni təşkil etmişdir [13].

Bi sıra müəlliflər hesab edir ki, hamiləliyin fəsadları hamilələrin emosional vəziyyəti, onlarda müşahidə olunan vegetativ pozuntuları arasında sıx əlaqəsi vardır [30-32]. Н.А. Аликулова qeyd edir ki, vegetativ distoniyası sindromun kliniki mənzərəsində həm vegetativ, həm də emosional pozuntular mövcuddur [2]. Alınmış məlumatlar nəticəsində müəllif hesab edir ki, vegetativ distoniyası sindromu hamiləliyinin obliqat əlamətidir, çünki, hamilələrin 92%-də həmin sindrom müşahidə olunur. Vegetativ distoniyası sindromun əsasında hamilə qadınların hamiləliklə əlaqədar psixoemosional sferasında yüksək həyəcanlıqla və orqanizmin neyroendokrin dəyişiklikləri ilə şərtlənmiş psixovegetativ pozuntular durur [2].

Öz tədqiqatlarında müəlliflər göstərir ki, hamilələrdə müşayiət olunan vegetativ disfunksiyası psixosomatik mənşəlidir və buna görə hamilə qadınlarda somatoform pozuntuları öyrənərkən onlarda psixosomatik



dəyişikliklərin formalaşmasını nəzərdə saxlamaq lazımdır. Psixosomatik yanaşması nögtəyi nəzərindən hamiləlik unikal vəziyyətdir, çünki, bu dövrdə qadınların orqanizmində həm fizioloji (hormonal) dəyişikliklər, həm də psixoloji adaptasiya prosesləri əmələ gəlir [27, 31]. Ontogenezdə analıq təşəkkülü konsepsiyasına uyğun olaraq, analığa hazırlıq dövrü və onunla əlaqədar olan həyəcanlar qadının öz anası ilə münasibətindən başlayaraq onun ömrü boyu müşayiət edir [31]. Buna görə qadının psixoloji adaptasiyası hormonal dəyişikliklərdən xeyli əvvəl başlaya bilər. Bizim fikrimizcə hamiləlik zamanı ilk növbədə psixika və somanın biri birinə əlaqəli təsir göstərməkdən söyləmək lazımdır. Qadın orqanizmin ali sinir sistemini tənzim edən mərkəzlərin və uşaqlıq-plasental homeostazın vahid morfo-funksional (limbik-retikulyar) kompleksində birləşməsi hamilənin psixi statusu, regional uşaqlıq-plasental qandövrəni və dölün vəziyyəti arasında çarpazlaşmış asılılığın olmasını güman etmək olar [9, 19, 21, 25]. Mərkəzi neyrodinamikanın pozulması dölün inkişafının kəskin ləngiməsinə səbəb olur və eyni zamanda uşaqlığın yığılmasına, doğuş zamanı qan itkisinin həcminə təsir edir. Hamilə qadınlarda əmələ gələn psixoloji pozuntularının (həyəcan, təşviş, depressiya, ailə konfliktləri, hamiləliyə qarşı münasibət) hamiləliyin fəsadlarının əmələ gəlməsinə və yenidoğulmuşun vəziyyətinə təsiri sübut olunmuşdur [27-29, 32].

Beləliklə, hamiləlik müddətində nevroitik pozuntular olduqca yayılmış patologiyadır ki, bu da müxtəlif mütəxəssislər – mama-ginekoloqlar, psixoloqlar, psixiatrlar, nevroloqlar tərəfindən hamiləliyin psixoloji aspektlərinə qarşı marağın və tədqiqatların artmasını sübut edir. Bu mütəxəssislərinin söylərin birləşməsi nəticəsində yeni bir sahə - perinatal psixologiya və təbabət yaranmışdır. Hamiləlik zamanı psixoloji və psixi pozuntularının öyrənilməsi davam olunmalıdır, çünki, müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliklə əlaqədar qadınlarda müxtəlif psixopatoloji fenomenlər – qorxu, həyəcan, subhələr, affektiv pozuntular müşahidə olunur. Bu cür pozuntuların hamiləlik müddətində baş verməsi hamiləliyin gedişinə və nəticəsinə mənfi

təsir göstərir. Bununla əlaqədar hamilə qadınlarda müşahidə olunan psixi pozuntuların profilaktikası və korreksiyası aktual bir məsələdir.

## ƏDƏBİYYAT

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М., 1997.
2. Аликулова Н.А. Распространенность и клинико-физиологические особенности синдрома вегетативной дистонии при беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1995.
3. Анфиногенова Н.Г., Ломазова Л. П. Экстрагенитальная патология. – М., 1986.
4. Архангельский А.Е. // Календарь психотерапевта. – 1996.– № 1.
5. Бергман А.С. Сосудистая дистония и беременность. – Рига, 1983.
6. Бибилейшвили З.А. Клинико-экспериментальный анализ этиологии и патогенеза позднего токсикоза беременных: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. – Тбилиси, 1975.
7. Ващилко С. Л. // Акушерство и гинекология. – 1981. – № 8. – С. 22 – 24.
8. Вейн А. М., Соловьева А. Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. – М., 1973.
9. Волков А.Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов н/Д, 1995.
10. Гилязутдинова З.Ш. Беременность и роды при заболеваниях центральной и периферической нервной системы. – Казань, 1988.
11. Киреева И.П. Пограничные психические расстройства при так называемой вегето-сосудистой дистонии у больных юношеского возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 21 с.
12. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. – 318 с.

13. Козина О.В. // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 4. – С.5–7.
14. Кочнева М.А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992.
15. Мамышева Н.Л. Непсихотические расстройства у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1995.
16. Менделевич Д. М., Сахаров Е. А. // Казан. мед. журнал. – 1989. – № 2.
17. Панин Л. Е. Биохимические механизмы стресса. – Новосибирск, 1983.
18. Рыжков В.Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992.
19. Рымашевский Н.В., Коваленко В. М., Волков А. Е., Труфанова О. К. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 5. – С. 97–101.
20. Сахаров Е.А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1990.
21. Северный А.А., Баландина Т.А., Солоед К.В., Шалин Р.И. // Соц. и клин. психиатрия. – 1995. – № 4.
22. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л., 1987.
23. Смулевич А. Б., Гиндикин В. Я., Аведисова А. С. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, вып. 4. – С. 594–599.
24. Спивак Л. И., Щеглова И.Ю., Спивак Д.Л. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах. – СПб., 1998.
25. Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992.
26. Cohen L. S. Psychological aspects of pregnancy. – New York, 1994.
27. De Muylder X., Wesel S., Dramax M., Cander M. A // J. Reprod. Med. – 1992. – V. 37, N 4. –P.339–342.
28. Grandon A. J. // J. Psychosom. Res. – 1979. – V. 23, N 2. – P.113–115.

29. Hedegaard M., Henriksen T. B., Sabroe S., Secher N. J. // *BMJ.* – 1993. – V. 307, July. – P.234–238.

30. Kumar R. *Complications at pregnancy.* – New York, 1982.

31. Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M. // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* – 1997. –Oct. – P. 947–952.

32. Omer H., Every G. B. // *Amer. J. Psychiatry.* – 1988. – V.145, N 12. – P.1507–1513.

33. Roy M., Pitkin M.D. *The Year Book of Obstetrics and Gynecology.* – Chicago; London, 1980.

# Эпилепсия у детей и расстройства аутического спектра

*Н.Ф. Гашимзаде\*, Г.Н. Мусабекова\*\*, З.Ф. Мусабеков\*\*\**

## Uşaqlarda epilepsiya və autizm spektri pozğunluqları

*N.F. Haşımzadə, G.N. Musabayova, Z.F. Musabayov*

## Children epilepsy and autistic spectrum disorder

*N.F. Hashimzade, G.N. Musabayova, Z.F. Musabayov*

\*Dimed Tibb mərkəzi E-mail: [ga.na@mail.ru](mailto:ga.na@mail.ru)

\*\*AR SN Psixi Sağlamlıq Mərkəzi

\*\*\*ATU-nun, Psixiatriya kafedrası E-mail: [doktorpsi1@rambler.ru](mailto:doktorpsi1@rambler.ru)

---

Epilepsiyaya kifayət qədər tez autistik xəstəliklərin spektrində rast gəlinir. Autizmlə xəstələrdə epilepsiya xəstəliyinə yoluxma halları xəstənin yaşına və epilepsiya formasından asılı olaraq 20% -dən 30% -ə qədər dəyişir. Autizm və autizm spektri pozğunluğu diaqnozu ilə 4-7 yaş arası bir qrup uşaq seçilmişdir. -20 uşaq, (Asperger, erkən uşaqlıq dövrü autizmi) əlaqəli diaqnozu - uşaqlıq epilepsiyası - Lennox-Gastaut, ocaq (fokal) epilepsiyası, gicgah forması üstünlük təşkil edir. Nəzarət qrupu: epilepsiya diaqnozu qoyulan uşaqlar. Autizmlə 20 uşaqdan 12-i epilepsiya ilə əlaqəli idi. Tədqiqat metodları: Valideynlər üçün xüsusi sorğu, autistik spektrli uşaqların müəyyən edilməsi, EEG tədqiqatları, psixoloji testlər. Tədqiqat göstərir ki, çox guman ki, struktur beyin zədəsi epileptik xəstəliklərə və autistik spektrin davranış sahələrinin pozulmasına səbəb olur.

*Açar sözlər: epilepsiya, autizm, müəyinə üsulları, beynin struktur pozğunluqları*

Epilepsy is often found in the spectrum of autistic disorders. The incidence of epilepsy as an associated disorder in patients with autism varies from 20 to 30%, depending patient's age and epilepsy form. A group of children from 4-7 years old with the diagnosis of autism

and autistic spectrum disorders was selected. 20 children, (Asperger, early child age autism) concomitant diagnosis - epilepsy of childhood - Lennox-Gastaut, focal epilepsy, the temporal form predominated. Control group, children diagnosed with epilepsy. 12 out of the 20 children with autism were diagnosed with the epilepsy as well.

Research methods: A special questionnaire for the parents, for identifying children with an autistic spectrum, EEG studies, psychological tests. The study showed that, apparently, structural brain damage leads to epileptic disorders and violations of the cognitive spheres of the autistic spectrum.

***Key words:** epilepsy, autism, examination methods, structural disorders of the brain.*

---

## **Актуальность :**

Первоначально считалось, что эпилепсия проявляется у умственно отсталых людей чаще, чем у тех, у кого интеллект не поврежден. Однако, последующие исследования показали, что риск появления эпилепсии не зависит от уровня интеллекта.

Связь аутизма и эпилепсии указывает на присутствие явной органической мозговой дисфункции и подтверждает биологическую причину аутизма .( 1)

**Аутизм** - нейropsychологическое расстройство развития неизвестной этиологии. Однако связь с аутизмом была выявлена при целом ряде различных специфических органических заболеваний головного мозга приблизительно в 10-37% случаев. Эпилепсия достаточно часто встречается в спектре аутистических расстройств. Частота встречаемости эпилепсии в качестве сопутствующего расстройства у пациентов с аутизмом варьирует от 20 до 30%, в зависимости от возраста пациента и формы эпилепсии. Основные факторы риска развития эпилепсии у детей с аутизмом включают умственную отсталость и сочетание с другими заболеваниями нервной системы, а также некоторыми специфическими

заболеваниями, такими, как хромосомные аномалии, факотозы и врожденные метаболические нарушения.

Последние исследования показывают, что на вероятность появления как эпилепсии, так и аутизма влияют определенные генные мутации или изменения ДНК. Самые известные из таких генов вызывают редкие синдромы, связанные с аутизмом и эпилепсией. Такого рода синдромы включают туберозный склероз, генетическое заболевание, вызывающее опухоли в органах тела. У 40% людей с туберозным склерозом развивается также и аутизм, а у 90% наблюдаются эпилептические припадки. Еще одним синдромом является фокальная эпилепсия с корковой дисплазией, наследственное заболевание, вызванное нарушением в развитии нейронов. Примерно две трети пациентов с этим синдромом также имеют аутизм.(3)

**Цель исследования :** частота встречаемости аутизма и эпилепсии в разных проявлениях в комплексе и выяснение причин этой связи .

#### **Исследование:**

Выбрана группа детей от 4-7 лет с диагнозом аутизм и расстройства аутистического спектра. –20 детей , ( синдром Аспергера, ранний детский аутизм) сопутствующий диагноз – эпилепсия детского возраста- Леннокса-Гасто, очаговые эпилепсии , с преобладанием височной формы . Контрольная группа , дети с диагнозом – эпилепсия . Из 20 детей , страдающих аутизмом , 12 – был поставлен сопутствующий диагноз – эпилепсия.

Следует отметить, что в контрольной группе детей, при обследовании психиатром, наблюдались расстройства эпилептического спектра.

#### **Таблица по возрасту и полу в исследуемой группе:**

| возраст | Пол мал/ дев | диагноз РАС /( сопутств эпилепсия)- |
|---------|--------------|-------------------------------------|
|         |              |                                     |

|        |       |       |
|--------|-------|-------|
| 4 года | 4 / 2 | 6/3   |
| 5-6лет | 7/ 3  | 10 /6 |
| 7 лет  | 3/ 1  | 4/ 3  |

### Контрольная группа

**Таблица по возрасту и полу в контрольной группе:**

| возраст | Пол мал/ дев | диагноз Эпилеп-<br>сия(Разновидности ) / сопутств<br>(РАС) |
|---------|--------------|--|
| 4 года  | 2 /2         | 4/1  |
| 5-6 лет | 6 / 5        | 11/ 4  |
| 7лет    | 3/ 2         | 5 / 1  |

То факт , что - у детей с расстройствами аутистического спектра наблюдается эпилепсия подтверждает , хромосомную аномалию , приводящую к структурным нарушениям мозга , которую подтверждают авторы многочисленных статей. (1)

**Методы исследования :** Специальный опросник для родителей для выявления детей с аутистическим спектром , ЭЭГ исследования , психологические тесты- Тест, который во всем мире называется М-СНАТ — модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста, применяется с 16 месяцев. Тест направлен на выявление детей, которые нуждаются во внимательной диагностике сложностей в развитии, в том числе диагностике, направленной на выявление симптомов аутизма. (2)

В целом появление и нарастание эпилептиформной активности на ЭЭГ далеко не всегда совпадает с возникновением и усилением клинических проявлений аутистического регресса. Лекарства выбора в лечении эпилепсии у пациентов с аутизмом — антиэпилептические препара-



ты (АЭП), не оказывающие негативного влияния на когнитивные функции. Отмечен позитивный эффект вальпроатов, сукцинимидов, левитирацетама. Вместе с тем, подходы к лечению при отсутствии клинических проявлений эпилептических приступов («лечение ЭЭГ» у больных с аутизмом без эпилептических приступов) до настоящего времени четко не определены.

### **Из истории болезни:**

Девочка 3 лет.

Жалобы на отсутствие речи, плохо понимает обращенную речь. Присупы с– 3-4 раза в неделю. Кратковременные – абсансы. Беспокойная, постоянно плачет

Из анамнеза. Первый ребенок. Роды тяжелые. Судороги начались после года, во время температуры, Лечилась у невропатолога В настоящее время только абсансы. Развивалась физически нормально. Речь отдельными слогами. Не понимает, обращенную речь. Перенесла из инфекционных заболеваний – ветрянную оспу. В общественные учреждения не ходит. С детьми не играет. Близких узнает и общается только с родителями.

Психический статус: Контакт не доступна. Речь – отдельными словами. Плачет на приеме. Не реагирует на речь. Со словари дома любит смотреть одни и те же мультфильмы. Еду предпочитает только однотипную. Себя не обслуживает.

Наше исследование показало, что по видимому, структурные повреждения мозга, вызывают эпилептические нарушения и нарушения когнитивных сфер аутистического спектра.

И последнее:

Инвалидность в целом не означает, что жизнь бессмысленна, и в этом отношении аутизм не отличается от любой другой инвалидности. Ограничения в коммуникации и социальном взаимодействии вкпе с

трудностями в обучении и сенсорными проблемами, которые свойственны аутистам, не означают, что жизнь аутичного человека хуже жизни нейротипичного человека.. Люди, которые всю свою жизнь были нейротипиками, начинают думать о том, что бы они почувствовали, если бы внезапно потеряли свои навыки. В то время как в реальности надо представлять, что у них никогда этих навыков и не было, или что у них развились иные навыки и иной взгляд на мир. Сама по себе инвалидность является нейтральным фактом, а не трагедией. В отношении аутизма трагедия – это не сам аутизм, а связанные с ним стигмы. Не важно, какие ограничения есть у человека, аутизм не мешает ему быть частью своей семьи, частью своего сообщества и человеком, чья жизнь имеет неотъемлемую ценность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Модифицированный скрининговый тест на аутизм- M-CHAT
2. Garcia-Penas J.J. Autism, epilepsy and mitochondrial disease: points of contact // Rev Neurol. - 2008 - V. 46 Suppl 1 - P. 79-85.
3. Trevathan E. Seizures and epilepsy among children with language regression and autistic spectrum disorders. J Child Neurol 2004;19(Suppl 1):49-57.

## «Azərbaycan Psixiatriya jurnalı»nda dərc olunmaq üçün məqalələr təqdim edən müəlliflər üçün t ə l i m a t

### *1. Məqalənin təqdim olunması*

Redaksiya aşağıdakı tələblərə cavab verən məqalələri qəbul edir:

– Jurnalın profilinə uyğun gələn (psixiatriyanın, narkologiyanın və psixoterapiyanın müxtəlif bölmələri, nevrologiya, psixofarmakologiya, klinik psixologiya və b.k.digər)

– Məqalə əvvəllər heç bir nəşrlərdə dərc edilməmiş və onlara təqdim olunmamalıdır.

– Məqalənin məzmunu etik normalara və konfedensiallıq (məxfilik) prinsiplərinə müvafiq olmalıdır.

– Məqalə Azərbaycan, ingilis və ya rus dillərində yazılmalıdır. **Azərbaycan dilində yazılan məqalələrə üstünlük verilir.**

– Məqalə iş yerinə yetirilmiş müəssisədən rəsmi məktubla və müdiriyyətin və ya elmi rəhbərin dərkənarı ilə müşayiət olunmalıdır.

– Nəşr üçün məqalə iki nüsxədə və diskə yazılmış elektron versiyası ilə birlikdə təqdim olunmalıdır. Məqalənin bütün hüquqları Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasına verilir. Redaksiya müəllifin razılığı ilə məqalələri ixtisar etmək və dəyişikliklər etmək hüququna malikdir.

### *2. Məqalənin prezintasiyası*

– Məqalənin titul səhifəsində məqalənin adı, müəlliflərin soyadı, məqalənin tipi (icmal, orijinal, qısa məlumat, redaksiyaya məktub və s.), məqaləni təqdim edən müəssisənin adı, əlaqə üçün məlumatlar (telefon və ya elektron ünvanı) göstərməlidir.

### *3. Xülasə*

Hər bir məqalənin qısa xülasəsi 120-125 sözdən ibarət olmalı və aşağıdakı hissələrə bölünərək yazılmalıdır:

#### **məqsəd, metodlar, nəticələr, yekun.**

Xülasənin axırında açar sözlər göstərməlidir.

Əgər məqalə Azərbaycan dilində yazılmışsa, rezümə ingiliscə və rusca yazılmışsa azərbaycan və ingilis dillərində təqdim olunmalıdır.

### *4. Abbreviaturalar*

– Bütün rast gəlinən ixtisarlar (abbreviaturalar) mətnə ilk dəfə qeyd olunarkən geniş (açıq) şəkildə göstərməlidir. Məs.: Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyası (ÜPA)..

### *5. Məqalənin strukturu*

Orijinal məqalənin həcmi rezümə və ədəbiyyat siyahısı da daxil olmaqla "Times New Roman 14" şrifti ilə 12 səhifədən artıq olmamalıdır. Məqalə aşağıdakı bölmələrdən ibarət olmalıdır: məqsəd və vəzifələr göstərməklə giriş; tədqiqatın material (subyekt) və metodu, müzakirələr və nəticələr, yekun, ədəbiyyat siyahısı.

Hər bir göstərilən bölmə xüsusi yarımşərtlövə və ya qara həriflərlə ayrılmalıdır.

İcmal məqalənin həcmi rezümə və ədəbiyyat siyahısı da daxil olmaqla 18 səhifədən artıq olmamalıdır. Qısa məlumat 4 səhifədən artıq olmamalıdır.

Redaksiyaya məktub 3 səhifədən artıq olmamalı, cədvəl və şəkillərsiz verilməlidir.

#### **6. Şəkil və illüstrasiyalar**

– Hər bir şəkil nömrələnməli və jurnalın ölçüsünə müvafiq olmalıdır. Fotoşəkillər və rəsmlər kontrast olmalı və universal kompüter formatında təqdim olunmalıdır. Diaqramlar, cədvəllər, rəsmlər və fotoşəkillər ağ-qara rəngdə dərc olunacaq. Xüsusi tələbat olarsa onlar rəngli də dərc oluna bilər.

#### **7. Cədvəllər**

– Mətnə sitat gətirilən hər bir cədvəlin adı və nömrəsi olmalıdır. Minimal miqdarda horizontal (üfiqi) şərtlərdən istifadə etmək tövsiyyə olunur.

#### **8. Ədəbiyyat siyahısı**

Məqələdə istifadə olunmuş ədəbiyyat mənbələri Vankuver sisteminə əsasən verilir (kvadrat mötərizələrdə sitat gətirilən işin sıra nömrəsi göstərilir). Ədəbiyyat siyahısı işin sonunda əlifba sırası ilə verilməlidir. Əvvəlcə Azərbaycan, sonra rus, ingilis və digər dillərdə verilir. Jurnalın qısaldılmış adı yalnız "Index Medicus"-a uyğun istifadə oluna bilər. Müəllifin (müəlliflərin) soyadı və inisialları, məqalənin, jurnalın və ya monoqrafiyanın adı, dərc olunma ili (ildən sonra "." işarəsi qoyulur), cildi və ya nömrəsi (bundan sonra ":" işarəsi qoyulur), səhifələrin nömrəsi göstərilir. Məsələn, Dolberg O. T. Treatment duration of obsessive – compulsive disorders. Eur Psychiatry 1996; 12:403-406.

#### **9. Nomenklatura**

Bütün göstəricilər Sİ sisteminə, dərmanların adı ilə preparatın Beynəlxalq kimyəvi adı göstərilməklə verilməlidir. Dərman preparatının ticarət adını göstərmək vacib deyil.

**10. Bütün məqalələr redaksiya heyəti tərəfindən rəyə verilir. Rəyçilərin adları gizli saxlanılır.**

Mənfi rəy verilmiş yazılar ya çap olunmur və ya müvafiq düzəlişlərdən sonra dərc olunur.

---

Çapa imzalanmış 25.01.2018, Format 70x100 1/16,  
fiz.ç.v. 8,25, kağız təbaşirli №1,  
qarnitura Tayms, sifariş 33.

Jurnal  
«APOSTROFF»  
nəşriyyatında nəşrə hazırlanmış və  
ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.  
(akif0706@mail.ru / 050-313-7-06 / 012-432-51-04)