

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

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

№1(39)

**Bakı
Baku
Баку**

2025

REDAKSIYA HEYƏTİ:

BAŞ REDAKTOR

Zəfər Əliyev

t.ü.e.d., prof.

BAŞ REDAKTORUN MÜAVİNİ

Tural Rzayev

t.ü.f.d.

MƏSUL KATİB

Rumiyyə Kərimova

REDAKSIYA HEYƏTİNİN ÜZVLƏRİ

Nadir İsmayilov / *t.ü.e.d., prof.*

Gəray Gəraybəyli / *t.ü.e.d., prof.*

Bilal Əsədov / *t.ü.e.d., prof.*

Fuad İsmayilov / *t.ü.e.d., prof.*

Teymur Qafarov / *t.ü.e.d., prof.*

REDAKSIYA ŞURASININ ÜZVLƏRİ

Ağazadə Nazim / *t.ü.e.d., prof. (Bakı)*

Aleksandrovskiy Y.A. / *t.e.d., prof.,*

RTEA müxbir üzv (Moskva)

Rəsulov Ağahəsən / *t.ü.e.d., dos. (Bakı)*

Şirəliyeva Rəna / *t.ü.e.d., prof. (Bakı)*

Məmmədbəyli Aytən / *t.ü.e.d., dos. (Bakı)*

Krasnov Valeriy / *t.e.d., prof. (Moskva)*

Naneşvili Georgiy / *t.e.d., prof. (Tbilisi)*

Sartorius Norman / *t.e.d., prof. (Cenevrə)*

Key Levent / *t.e.d., prof. (İstanbul)*

Araz Manuçeri-Lalei / *t.ü.f.d., dos. (Bakı)*

Mehdiyeva Leyla / *t.ü.f.d., dos. (Bakı)*

Əliquliyev Araz / *t.ü.e.d. (Bakı)*

Tağıyev Mayıl / *t.ü.f.d. (Sumqayıt)*

Rüstəmov İkrəm / *t.ü.f.d. (Bakı)*

• **Bədii tərtibatçı:** Yavər Əsədov

• **Art dizayner:** Akif Dənizadə

• **Korrektor:** Cəmilə İsmayılova

Lisənziya: 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. 16,

tel: 566-24-09, fax: 567-82-32

www.apj.az

E-mail: fuadismayilov@psychiatry.az

PSIXIATRIYA * PSYCHIATRY * ПСИХИАТРИЯ

N.V. İsmayılov

“Azərbaycan Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrasının fəaliyyətində və inkişaf tarixinə baxış” 4

E.S. Mehdiyev

Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələrində hərbi psixiatriyanın qısa inkişaf tarixi 15

Guliyeva N.R, İsmayılov F. N

Mental health challenges and intervention strategies for deinstitutionalized children in Azerbaijan 24

L.A. Mehdi Zadə, B. M. Əsədov

Şəkərli diabet xəstələrində depressiv pozuntuların klinik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi 33

N.E.Vahabov, B.M.Əsədov

Suisidal davranışın gender problemləri 44

R. Axundov, İ. Ağayev, O. İsayev, N. Quliyeva

Orqanizmin psixoenergetik və hipoksik statusunda melatonin mitoxondrinin qarşılıqlı təsirinin rolu 56

“Azərbaycan Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrasının fəaliyyətinə və inkişaf tarixinə baxış”

N.V. İsmaylov

“Обзор деятельности и истории развития кафедры психиатрии Азербайджанского медицинского университета”

Н.В. Исмаилов

“Review of the Activities and Development History of the Department of Psychiatry of Azerbaijan Medical University”

N.V. İsmaylov

Azərbaycan Tibb Universiteti, psixiatriya kafedrası
nadirismayilov@psychiatry.az

Как известно история и развитие психиатрии тесно связано с кафедрой психиатрии Азербайджанского медицинского университета. В представленной статье рассматриваются вопросы основные этапы развития психиатрии, а именно история психиатрической кафедры, которая была организована как самостоятельная кафедра в 1925 году. Первым руководителем самостоятельной от невропатологии психиатрической кафедры был А.А. Перельман до 1932 года. В последующие годы руководителем кафедры были З.И. Израйлович, Р.М. Зиновьев, а с 1939 по 1959 годы Д.С. Озерецковский. Избранный в 1960 году А.А. Абаскулиев заведующим кафедрой психиатрии был первым Азербайджанцем который стал доктором медицинских наук. В течение 30 лет до 1990 года он занимал эту должность. С 1990 до 2007 года должность заведующим кафедрой занимал А.А. Султанов. В настоящее время этот должность занимает Г.Ч. Герайбейли. В статье описываются деятельность руководителей и других сотрудников кафедры психиатрии.

Ключевые слова: Кафедра психиатрии, научно-педагогическая деятельность, иммунобиологическая лаборатория, ассоциация психиатрии.

As is known, the history and development of psychiatry is closely connected with the Department of Psychiatry of the Azerbaijan Medical University. The presented article examines the issues of the main stages of development of psychiatry, namely the history of the psychiatric department, which was organized as an independent department in 1925 the first The head of the psychiatric department, independent from neuropathology, was A.A. Perelman until 1932. In subsequent years, the head of the department was Z.I. Izrailovich, R.M. Zinovyev, and from 1939 to 1959, D.S. Ozeretskovsky. A.A. Abaskuliev, elected in 1960,

was a doctor the head of the psychiatry department was the first Azerbaijani who became a doctor of medical sciences. For 30 years, until 1990, he held this position. From 1990 to 2007, the position of head of the department was held by A.H. Sultanov. Currently, this position is held by G.Ch. Geraybeyli. The article describes the activities of the heads and other employees of the psychiatry department.

Key words: Department of Psychiatry, scientific and pedagogical activity, immunobiological laboratory, association of psychiatry.

Azərbaycanda psixiatriya xidmətinin və psixiatriya təhsilinin inkişafından danışarkən 1920-ci ildə psixonevrologiya kafedrasının yaradılmasından xeyli əvvələ nəzər salmaq və o dövrdə baş verən hadisələri yada salmaq lazımdır. T.İ.Yudin keçmiş SSRİ ərazisində psixiatriyanın inkişaf tarixinə həsr etdiyi kitabında yazırdı: Zaqafqaziyada ilk 20 ərpayılıq psixiatriya xəstəxanası 1892-ci ildə Bakıda açılmışdır, 1911-ci ildə isə tanınmış həkim Z.A.İzrailoviçin təşkilatçılığı ilə Bayıl adlanan ərazidə 30 ərpayılıq 2-ci psixiatriya xəstəxanası fəaliyyətə başlamışdır”.

Yeri gəlmişkən ilk azərbaycanlı psixiatr İbrahim Rəhim oğlu Rəhimovu xatırlamağımız yerinə düşərdi (1849-1927). O, Qazax qəzasının Dağkəsəmən kəndində doğulmuş, tibb təhsilini əvvəl Moskva universitetində, 1875-ci ildən sonra isə Avropada (Vyana və Yelsk universitetlərində) davam etdirmişdir. Bəzi məlumatlara görə İ.R.Rəhimov ilk ali tibbi təhsil alan azərbaycanlıdır. Təhsilini başa vurduqdan sonra o, müxtəlif siyasi səbəblərə görə (inqilabi hərəkətlərə qoşulduğu üçün) Azərbaycana buraxılmır, həkimlik fəaliyyətini Xarkov şəhərində yerləşən, Rusiya ərazisində böyük xəstəxanalardan biri sayılan “Saburova daça” adlanan xəstəxanada göstərir. O dövrdə 4000 ərpayısı olan, tanınmış psixiatrlar V.Y.Danilevski, V.P.Protopopov, V.A.Qilyarovski kimi alimlərin çalışdıkları xəstəxanada İ.R.Rəhimov böyük nüfuza malik idi. O, psixi xəstələrin müalicəsində əmək terapiyasını tətbiq edən həkimlərdən biri sayılır. Öz biliyi, işgüzarlığı ilə fərqlənən İ.R.Rəhimov ən iri şöbələrdən birinə rəhbərlik etmiş və bir müddət xəstəxananın baş həkimi vəzifəsini icra etmişdir.

Geniş mənada Azərbaycanda elmi və praktik psixiatriyanın inkişafı 1919-cu ildə Azərbaycan Dövlət Universitetinin (indiki Bakı Dövlət Universitetinin) yaranması ilə bağlıdır. Universitet yarandıqdan sonra tibb fakültəsində nevrologiya və psixiatriya kafedrasına prof. S.N.Davidenkov rəhbərlik etmişdir (1920-1925-c i illər). İşlədiyi müddətdə o, respublikada “Psixi xəstəliklər və sinir xəstəliklərinin salnaməsi”, “Psixonevroloji qeydlər” adlı toplumlar çap etdirmişdir.

Onun rəhbərliyi ilə Respublikada tanınmış mütəxəssislər nevroloq M.M.Amosov, psixiatr A.A.Perelman kimi alimlər yetişdirilmişdi.

1922-ci ildə Davidenkovun təşəbbüsü ilə “Nevropatologiya və psixiatriya” elmi-tibbi cəmiyyəti təşkil olunur və 1925-ci ilə onun Bakıdan getdiyi vaxta qədər həmin cəmiyyətə rəhbərlik etmişdir.

Prof. S.N.Davidenkov Bakıdan getdikdən sonra kafedra 2 sərbəst hissəyə ayrılır. Psixiatriya kafedrasına prof. A.A.Perelman, nevropatologiya kafedrasına isə prof. M.M.Amosov rəhbərlik edir. Prof. A.A.Perelmanın psixiatriya kafedrasına rəhbərlik etdiyi müddətdə (1925-1932) orada zəngin kitabxana, psixoloji və patohistoloji laboratoriya yaradılır. 1931-ci ildə A.A.Perelman tərəfindən “Şizofreniya” adlı monoqrafiya nəşr edilmişdir.

SSRİ Səhiyyə Nazirliyinin əmri ilə 1927-ci ildə Bakıda Elmi Tədqiqat Psixiatriya İnstitutu açılır. Təəssüf ki, bu elm müəssisəsi elmi kadrların olmaması səbəbindən cəmi 2 il fəaliyyət göstərir və 1929-cu ildə bağlanır.

1932-ci ildə prof. A.A.Perelman təhlükəsizlik orqanları tərəfindən həbs edilərək Sibirə sürgün edilir. Sonralar o reabilitasiya olunur və Tomsk Tibb İnstitutunun psixiatriya kafedrasına rəhbərlik edir.

A.A.Perelmandan sonra kafedraya həkim psixiatr Z.İ.İzrailoviç (1932-1935) başçılıq edir. Sonrakı illərdə (1935-1939) kafedraya Moskva məktəbinin yetişdirməsi, tanınmış alim, prof. P.M.Zinovyev rəhbərlik edir. Həmin illərdən başlayaraq kafedraya işləmək üçün azərbaycanlı kadrlar cəlb olunur. Dos. F.Ə.İbrahimbəyov, assistentlər Ə.S.Əsgərov, S.X.Baratzadə, B.X.Əliyeva, T.Məlikaslanov, N.Ş.Şahmalıyev, A.T.Hüseynov. Azərbaycan dilində ilk dəfə psixiatriya terminlərinin lüğətini yaradanlar dos. F.Ə.İbrahimbəyov və dr. Ə.S.Əsgərov olmuşdur. Gəncə vilayətinin psixiatrı vəzifəsinə göndərilən Ə.Əsgərov 1935-ci ildə Səhiyyə Nazirliyinin tapşırığı ilə 50 çarpayılıq psixiatriya xəstəxanası təşkil edir və oranın ilk baş həkimi təyin olunur.

Dos. F.Ə.İbrahimbəyov Bakıda yerləşən 2 saylı xəstəxananın Baş həkimi olmaqla eyni zamanda Psixiatriya kafedrasının dosenti vəzifəsində çalışırdı. 1939-cu ildə prof. P.M.Zinovyev Moskvada işləməyə çağırılır. Kafedranın müdiri vəzifəsinə Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyinin dəvəti ilə Moskva Psixiatriya məktəbinin yetişdirməsi, tanınmış alim, professor P.B.Qannuşkinin tələbəsi D.S.Ozeretskovski seçilir.

Prof. D.S.Ozeretskovski Azərbaycanda çalışdığı 20 il ərzində (1939-1959) psixiatriya sahəsində olduqca böyük işlər görmüşdür. İlk növbədə Azər-

baycanda Avropa-Alman istiqamətli psixiatriya məktəbi yaratmış, yüksək səviyyəli elmi pedaqoji və praktik həkim kadrları yetişdirmişdir. Onun rəhbərliyi altında 3 nəfər tibb elmləri doktoru (Ə.Ə.Abasquliyev, X.Ə.Həsənov, M.İ.Fel), 5 nəfər tibb elmləri namizədi və 20 nəfər ali dərəcəli həkim psixiatrlar hazırlanmışdır. Respublika üçün çox önəmli olan bu kadrların iştirakı ilə Azərbaycanda psixiatriya xidməti müasir səviyyəyə qalxmışdı.

1925-1927-ci illərdə Abşeron bağları ərazisində təşkil olunmuş xroniki xəstələr üçün nəzərdə tutulan 100 çarpayılıq xəstəxana (koloniya) 1938-ci ildə Maşağa qəsəbəsinə köçürülür. Əvvəllər 210 çarpayısı olan bu xəstəxana sonralar 2190 çarpayılıq bir müalicə ocağına çevrilmişdir. İlk illərdə bu xəstəxana həkim A.İ.Şteymen, N.Ş.Şahmalıyev və M.C.Məmmədov başçılıq etmiş, sonralar isə uzun müddət Ə.A.Quliyev (1946-1965), T.Q.Əliyev (1965-1992), Leyla Mehdiyeva (1965-1992) rəhbərlik etmişdir. 2008-2023 illərdə bu xəstəxanaya bacarıqlı və fədakar həkim, tibb üzrə elmlər doktoru, Respublikanın əməkdar həkimi Ağahəsən Rəsul oğlu Rəsulov başçılıq edib. 2023-cü ildən indiyə qədər Orxan Rasim oğlu Cəfərov Respublika Psixiatriya Xəstəxanasının baş həkimi vəzifəsində çalışır.

1960-cı ildə prof. D.S.Ozeretskovski Leningrad (indiki Sank-Peterburq) şəhərinə dəvət alaraq İ.P.Pavlov adına Tibb İnstitutunun Psixiatriya kafedrasına müdir vəzifəsinə seçilir. Elə həmin ildə prof. D.S. Ozeretskovski məsləhəti ilə Ə.Ə.Abasquliyev ATU-nun Psixiatriya kafedrasının müdiri seçilir. Beləliklə Ə.Abasquliyev psixiatriya sahəsində ilk azərbaycanlı professor və kafedra müdiri olur.

Bundan sonra Ə.Ə.Abasquliyevin geniş elmi-təcrübi və ictimai fəaliyyəti yeni vüsət aldı. 1961-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin əmri ilə Respublikanın baş psixiatrı təyin olunur. 1962-ci ildə Nevropatologiya və Psixiatriya cəmiyyətinin sədri prof. A.Z.Feyzullayev vəfat etdikdən sonra o, həmin cəmiyyətin sədri seçildi. Prof. Ə.Ə.Abasquliyevin geniş təşkilatçılıq imkanları getdikcə daha da artırdı. Bilavasitə onun söyləri nəticəsində Respublika, Zaqafqaziya və Ümumittifaq səviyyəli konfransları simpoziumlar təşkil olunur.

Həmin illərdə Psixiatriya kafedrasının digər əməkdaşları da təhsil prosesini ilə yanaşı ictimai fəaliyyət başladı. Kafedranın professoru A.H.Sultanov Bakı şəhərinin baş psixiatrı, kafedranın ikinci professoru M.İ.Fel respublikanın baş uşaq psixonevroloqu, kafedranın professor N.V.İsmayılov isə respublikanın baş psixoterapevti vəzifələrini icra edirdilər.

1960-80-ci illərdə prof. Ə.Ə.Abasquliyevin təşəbbüsü və bilavasitə iştirakı ilə Gəncə, Naxçıvan, Sumqayıt, Ağdam, Şəki, Mingəçevir, Lənkəran, Quba və Əsgəran (Muxtar Dağlıq Qarabağ vilayətində) şəhərlərində rayonlararası ambulator yardımı göstərən psixonevroloji dispanserlər açılmışdır.

1970-80-ci illərdə Qazax və Şorsuluda 200 çarpayılıq psixiatriya xəstəxanası, Ağdam şəhərində müasir tələblərə uyğun 500 çarpayılıq 3 saylı Respublika Psixiatriya Xəstəxanası istifadəyə verilir. 1973-cü ildə prof. M.İ.Fel təşəbbüsü ilə Bakıda ixtisaslaşmış uşaq psixonevroloji dispanseri açılır.

Respublikada psixiatriya elminin inkişafı böyük sürətlə davam edirdi. 1960-90-cı illərdə respublikada 13 əhəmiyyətli elmi tədbir keçirilmişdir – nevropatoloq və psixiatrların respublika konfransları (Bakı, Gəncə, Naxçıvan, Ağdam və Sumqayıt şəhərlərində), Zaqafqaziya konfransı və s. 1980-ci ildə “Psixi xəstəliklərin patogenezinin tədqiqində immunogenetik metodlar”, 1983-cü ildə “Müasir psixiatriya və narkologiyanın klinik və nəzəri problemləri” mövzusunda Beynəlxalq simpoziumlar keçirilmişdir. Azərbaycan psixiatrları və nevropatoloqlarının I və II Milli konqressləri 1979 və 1987-ci illərdə keçirilmişdir.

Prof. Ə.Abasquliyevin təşəbbüsü ilə 35 illik fasilədən sonra Azərbaycan psixiatrları və nevropatoloqlarının elmi əsərlərinin nəşri bərpa olunmuşdur. 1960-97-ci illərdə prof. Ə.Abasquliyevin redaktəsi ilə 16 sayda “Psixonevrologiya məsələləri” adlı elmi topla, tələbələr üçün rus dilində “Psixiatriyadan mühazirələr kursu” və azərbaycan dilində irihəcmli “Psixiatriya” dərsliyi nəşr edilmişdir.

Psixiatriya, narkologiya və psixoterapiya sahəsində nəşrlər haqqında danışarkən azərbaycan alimlərinin çap etdikləri tələbələr üçün digər dərslik və dərs vəsaitlərinin də adını çəkmək lazımdır. 1933-cü ildə assistent Əsgərovun “Psixiatriya” dərs vəsaiti, 1967-ci ildə X.H.Həsənovun “Psixiatriya” dərs vəsaitini, professorlar N.V.İsmayilovun və F.N.İsmayilovun “Tibbi psixologiya və psixoterapiya” dərsliyini, N.V.İsmayilovun “Psixiatriya” dərsliyində başqa A.H.Sultanovun rus dilində yazdığı “Лекции по психиатрии”, dos. S. Sadıxzadənin nəşr etdirdiyi “Uşaq psixiatriyası” dərsliklərini, prof. N.A.Əliyevin və Z.N.Əliyevin son illərdə daha bir neçə kitabları, o cümlədən “Məhkəmə psixiatriyası ekspertizası”, “Antidepressantların psixiatriya təcrübəsində tətbiqi”, prof. T.Ə.Qafarov, N.A.Əliyev və Z.N.Əliyevin “Autizm spektrli pozuntular” və “Narkologiya” dərs vəsaitləri, prof. B.M.Əsədovun “Narkologiya” monoqrafiyası və s.

Psixiatriya kafedrası nəzdində immunogenetika problem laboratoriyasının təşkil edilməsi Azərbaycanda psixiatriya elminin inkişafında çox mühüm

mərhələ olmuşdur. Bu laboratoriyanın təşkilində prof. N.V.İsmayılov, t.e.n. Y.D.Eliqulaşvili və laborant L.Boytsova fəal iştirak etmişlər. Bu laboratoriyanın tədqiqatları əsasında 3 doktorluq və 7 namizədlik dissertasiyası müdafiə edilmişdir.

1973-cü ildə kafedrada elektroensefaloqrafiya laboratoriyası təşkil olunur (rəhbəri Q.X.Axundova). 1973-cü ildən başlayaraq psixiatriya kafedrasının elmi maraqları şizofreniya xəstəliyinin patogenezinin, populyasiya genetikası, immunobiologiya və immunogenetika istiqamətinə yönəlir.

Şizofreniyanın patogenezinin öyrənilməsində immunogenetika və populyasiya genetikası metodlarının tətbiqi ilə əlaqədar prof. Ə.Ə.Abasquliyev 1976-cı ildə “İnsan biologiyası” Beynəlxalq Elmi Assosiasiyasının Mərkəzi Şurasının üzvü, 1982-ci ildə isə həmin assosiasiyanın İcra Komitəsinin üzvü seçilmişdir. Bu beynəlxalq elmi assosiasiyanın qərargahı London şəhərində yerləşir. 1976-cı ildən başlayaraq həmin Beynəlxalq assosiasiyanın hər ay nəşr etdiyi elmi bülletenlərində Azərbaycan psixiatriya elmi assosiasiyasına aid materiallar nəşr olunur. Belə ki, 1980-ci ildə orada Azərbaycanın I Milli Konqresi haqqında ətraflı məlumat verilmişdir.

ATİ-nin psixiatriya kafedrasında şizofreniya xəstəliyinin patogenezinin multidisiplinar tədqiqatı keçmiş Sovet İttifaqında yüksək qiymətləndirilirdi və buna görə də Sovet İttifaqı Nazirlər Sovetinin Elm Və Texnika Komitəsinin 9 yanvar 1974-cü il 9 №-li qərarına əsasən N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun psixiatriya kafedrası SSRİ TEA-nın Psixiatriya ETİ-si ilə birgə şizofreniya probleminin multidisiplinar tədqiqatı ilə məşğul olan qrupa daxil edilir. SSRİ-də bu qrupa cəmi 5 kollektiv daxil idi.

1967-ci ildə Moskvada prof. Ə.Abasquliyevin “Şizofreniya xəstəliyinin patogenetik mexanizmləri”, 1989-cu ildə prof. Ə.Abasquliyev və M.S.Məmmədovun Bakıda “Alkoqolizmin tibbi və sosial aspektləri”, 1990-cı ildə Bakıda prof. A.H.Sultanovun “Şizofreniya xəstəliyi zamanı instinkt pozuntuları”, 1995-ci ildə prof. Ə.Abasquliyev, prof. N.İsmayılov, tibb elmləri namizədləri Y.Eliqulaşvili, F.Ələkbərovun “Şizofreniyanın immunogenetik aspektləri və polimorfizmi” adlı monoqrafiyaları nəşr edilmişdir.

1960-90-cı illərdə prof. Ə.Abasquliyevin rəhbərliyi ilə 8 namizədlik və 3 doktorluq dissertasiyası müdafiə edilmişdir. Dos. A.Sultanov 1972-ci ildə “Şizofreniya xəstəliyinin klinikasında seksual pozuntular və onların dinamikası” adlı doktorluq dissertasiyası müdafiə etmişdir. Bu dissertasiya ilə əlaqədar kafedra-

da yeni elmi istiqamətin əsası qoyulmuş və psixiatriya sahəsində seksual pozuntular problemi tədqiq edilməyə başlanmışdır. 1983-cü ildə dos. N.İsmayılov Moskvada “Şizofreniya xəstəliyinin patogenezinə immunoloji faktorlar” mövzusunda doktorluq dissertasiyası müdafiə etmişdir.

Azərbaycan psixiatrlarının ilk dəfə Ümumittifaq konqress və qurultaylarda iştirakı 40-cı illərə təsadüf edir. Belə ki, 1948-ci ildə psixiatr və nevropatoloqların III Ümumittifaq Qurultayında kafedranın assistenti Ə.Ə.Abasquliyev ilk dəfə məruzə ilə çıxış etmişdir. Sonrakı illərdə prof. Ə.Abasquliyev kafedranın digər əməkdaşları ilə birlikdə nevropatoloq və psixiatrların IV, V, VI, VII və VIII Ümumittifaq qurultaylarında məruzələrlə çıxış etmişlər.

1977-ci ildən başlayaraq Azərbaycan psixiatrları Ümumdünya psixiatrlar konqresinin işində iştirak etməyə başlayırlar. 1977-ci ildə prof. Ə.Abasquliyev SSRİ Psixiatrları Elmi Cəmiyyəti tərəfindən psixiatrların VII Ümumdünya Konqresinin nümayəndələr qrupuna daxil edilmişdir. Prof. Ə.Abasquliyev N.İsmayılovla birgə konqresə “Şizofreniyanın immunogenetik mexanizmləri” adlı məqalə təqdim etmişdir. Psixiatrların IX Ümumdünya Konqresinin proqramına t.e.d. N.A.Əliyevin “Alkoqol abstinensiyası sindromu zamanı neyromediator rolunu oynayan amin turşuları” adlı məqaləsi də daxil edilmişdir.

1996-cı ildə Madrid şəhərində (İspaniya) keçirilən Psixiatrların X Ümumdünya Konqresinin proqramına Azərbaycandan artıq 9 məruzə daxil edilmişdi: prof. Ə.Abasquliyev, prof. A.Sultanov, prof. N.İsmayılov, prof. N.Ağazadə, t.e.d. N.Əliyev, t.e.n. F.İsmayılov. Həmin konqres zamanı Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası Ümumdünya Psixiatriya Assosiasiyasına assosiativ üzv, 1999-cu ildən isə həqiqi üzv seçilmişdir.

Ümumdünya miqyasında ən böyük və çoxsaylı elmi forum sayılan Ümumdünya və Ümumavropa Psixiatriya Konqreslərində Azərbaycan alimlərinin iştirakını əks etdirən siyahıya nəzər salsaq görürük ki, 1996-cı ildən sonra Azərbaycan alimləri heçdə az iş görməyiblər. 50 nəfərin bu konqreslərdə iştirakı, 65 elmi yazıların dərc olunması Azərbaycan psixiatrlarının, ilk növbədə psixiatriya kafedrasının əməkdaşlarının böyük zəhməti nəticəsində mümkün olmuşdur.

1973-cü ildə prof. Ə.Ə.Abasquliyev və prof. X.Ə.Həsənov S.S.Korsakov adına Nevropatologiya və psixiatriya” jurnalının redaksiyasının məsləhət şurasına daxil edilmişlər.

1965-ci ildə prof. M.İ.Fel təşəbbüsü ilə Ə.Əliyev adına ADHTİ-də əvvəlcə psixiatriya kursu, sonra isə kafedrası açılır. İlk illər kafedraya prof. M.İ.Fel,

1970-ci ildən ömrünün sonuna 1999-cu ilədək prof. X.Ə.Həsənov rəhbərlik edir. Hal-hazırda həmin kafedranın rəhbəri T.Ə.Qafarovdur.

1989-cu ildə N.Ağazadə Moskvada doktorluq dissertasiyası müdafiə edir. 1995-ci ildə B.M.Əsədov “Şizofreniya xəstəliyi zamanı Kandinski-Klerambo sindromunun fəal variantı” adlı doktorluq dissertasiyası müdafiə edir.

1990-cı ildə prof. Ə.Abasquliyev 70 yaşında təqaüdə çıxmış və onun təklifi ilə prof. A.H.Sultanov psixiatriya kafedrasının müdiri seçilmişdir. Prof. A.H.Sultanovun rəhbərliyi ilə 8 namizədlik və 2 doktorluq dissertasiyası (G.Ç.Gəraybəyli, F.N.İsmayılov) hazırlanmışdır.

2008-ci ildə A.H.Sultanov vəfat etdikdən sonra kafedraya gənc alim prof. G.Ç.Gəraybəyli başçılıq edir. Psixiatriya kafedrasında tədris prosesinin intensivləşməsi və müasirləşdirilməsi sahəsində kafedra müdiri prof. G.Ç.Gəraybəylinin rəhbərliyi ilə ciddi işlər görülür. Baza təhsilinin və rezidentura hazırlığının təkmilləşdirilməsi prosesi gedir.

2016-cı ildən ATU-nun rektoru təyin edildikdən sonra gərgin iş rejiminə baxmayaraq G.Ç.Gəraybəyli kafedra müdiri kimi psixiatriya təhsilinin təkmilləşdirilməsində və elmi-pedaqoji kadrların hazırlanmasına xüsusi əhəmiyyət verir. Hal-hazırda onun rəhbərliyi ilə 2 tibb elmləri doktoru və 5 namizədlik dissertasiyası müdafiə olunmuşdur.

Kafedra əməkdaşlarının və kafedraya təhkim olunmuş dissertantların işləri bizi sevindirməyə bilməz. ATU-nun psixiatriya kafedrasında hazırlanaraq elmi dərəcə alan mütəxəssislərin sorağı Türkiyədən (T.Özəkqas), Yəmən Ərəb Respublikasından (Əli Abdo Əl Həbib), İrandan (T.Musazadə) gəlir. Hər üç mütəxəssisin elmi rəhbəri prof N.V.İsmayılov olmuşdur.

Vaxtı ilə elmi kadrların olmaması səbəbindən bağlanan ET Psixiatriya İnstitutu indi fəaliyyət göstərsəydi orada çalışa biləcək 9 elmlər doktoru, 15 tibb üzrə (psixiatriya və narkologiya ixtisasları üzrə) fəlsəfə doktorlarımız vardır və onların cərgəsinə yaxın illərdə daha 3 tibb elmləri doktoru və 8 tibb elmləri namizədi əlavə olunacaqdır.

Psixiatriya sahəsində elmi-pedaqoji və təcrübi fəaliyyətlərinə görə bir çox psixiatrlara Azərbaycan dövləti tərəfindən fəxri adlar verilmişdir. Prof. Ə.Ə.Abasquliyev və A.H.Sultanova əməkdar elm xadimi, prof. N.V.İsmayılova, tibb üzrə fəlsəfə doktorları, A.R.Rəsulova və M.T.Tağıyevə əməkdar həkim, professorlar G.Ç.Gəraybəyliyə və F.N.İsmayılova əməkdar müəllim adları verilmişdir. 2007-ci ildə prof. A.H.Sultanov AMEA-nın müxbir üzvü seçilmişdir.

Prof. A.H.Sultanov əhali arasında elmi biliklərin yayılması istiqamətində böyük fəaliyyət göstərdiyi üçün 1996-cı ildə Yusif Məmmədəliyev adına medala və mükafata layiq görülmüşdür. 1997-ci ildə o, Ümumdünya Psixi Sağlamlıq Federasiyasının üzvü seçilmişdir.

1996-cı ildə 36 il Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasına rəhbərlik etmiş prof. Ə.Ə.Abasquliyev öz xahişi ilə bu vəzifədən getdi və öz yerinə prof. N.V.İsmayilovun seçilməsini məsləhət gördü. Təklif kafedra müdiri prof. A.H.Sultanov və digərləri tərəfindən də məqbul sayıldı. Hazırda Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasının prezidenti prof. N.V.İsmayilovdur. O, 1992-ci ildə Azərbaycan dilində psixiatriyadan dərslik nəşr etdirmişdir. Bu dərsliyin 2013-cü ildə 4-cü nəşri çap olunmuşdur. Onun rəhbərliyi ilə 9 namizədlik və 1 doktorluq dissertasiyası müdafiə edilmiş, 3 dissertant isə öz işlərini davam etdirirlər. Prof. N.İsmayilov 1993-cü ildən “Cenevrə təşəbbüsü” adlanan beynəlxalq Psixiatriya Yardımı təşkilatının fəal üzvüdür. O, psixiatriya və psixoterapiya sahəsində etdiyi ixtiralara görə 2 dəfə patent almış 2001-ci ildə ABŞ Beynəlxalq Psixoterapiya Akademiyasının şura üzvü və Cənubi Asiya ölkələri üzrə Akademiyanın vitse-prezidenti seçilmiş, 2005-ci ildə Ümumi psixiatriya və məhkəmə psixiatriyası üzrə Beynəlxalq ekspert rütbəsinə layiq görülmüşdür. O, bir neçə Beynəlxalq təşkilatların üzvü və onların mükafatlarına layiq görülmüşdür.

İldən-ilə Azərbaycanda psixiatriya sahəsində çalışan alimlərin ilk növbədə kafedranın əməkdaşlarının dünyanın progressiv elmi mərkəzləri və alimləri ilə yaradıcılıq əlaqələri getdikcə güclənir. Azərbaycan psixiatrı Ə.Abasquliyev, A.Sultanov, N.İsmayilov, N.Ağazadə, B.Əsədov, F.İsmayilov, N.Əliyev, Z.Əliyev dəfələrlə Beynəlxalq konqress, simpozium, konfranslarda məruzələrlə çıxış etmişlər. Kafedranın gənc əməkdaşlarının 6 nəfəri ABŞ Harvard universitetində xüsusi təhsil kurslarında iştirak etmişlər. Xarici ölkələrin tanınmış mütəxəssislərinin (N.Sartorius – İsveçrə, K.Munir – ABŞ, Tornikroft – İngiltərə, Tomas Şult – Almaniya və digərləri) Azərbaycana gələrək həkimlərimiz üçün seminarlar və təhsil kursları təşkil etməsi bir adət şəklini almışdır. Son 5 ildə 6 dəfədən çox belə tədbirlər təşkil olunmuşdur. Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin və ATU-nun Psixiatriya kafedrasının əməkdaşlarının iştirakı, yerli mütəxəssislərin iştirakı ilə 10 dəfədən çox belə tədbirlər təşkil olunmuşdur.

Son illərdə psixiatriya müəssisələrinin və tədris prosesinin yenidən qurulması prosesinin intensiv şəkildə aparıldığını xüsusi qeyd etməliyik. Respublikanın 7 şəhər (və rayonlarında) psixiatriya müəssisələri üçün yeni binalar tikilmiş

(bəziləri tikilməkdədir) və ya əsaslı təmir olunur (Gəncə, Şəki, Quba, Lənkəran, Şorsulu, Kürdəmir, Qazax). Bakı şəhərində 2 saylı Klinik Psixiatriya Xəstəxanası, Maştağa qəsəbəsində yerləşən 1 saylı Respublika Psixiatriya xəstəxanası, Psixi Sağlamlıq Mərkəzinin binasının əsaslı təmir olunması və əlavə binaların tikilməsi, Sabunçu qəsəbəsində 3 saylı Klinik Xəstəxananın psixosomatika şöbəsi üçün 2 mərtəbəli yeni binanın tikilməsi, Maştağa xəstəxanasının ərazisinin bir hissəsində Respublika Narkologiya Mərkəzi üçün yeni binaların tikilməsi və s. Sözünlə əsl mənasında bu möhtəşəm işlər olduqca sevindirici və tərifə layiqdir. Respublika prezidenti İlham Əliyevin və Səhiyyə Naziri Oktay Şirəliyevin psixiatriya xidmətinə bu qədər diqqət ayırması bir çoxlarını təəccübləndirə bilər. Adətən psixiatriya müəssisələrinin texniki bazasını gücləndirmək həmişə ikinci planda olub. Daha çox cərrahiyyə, ana və uşaq tibb müəssisələrinə, onkologiya kimi sahələrə fikir verilib. Amma burada təəccüblənəsi heç nə yoxdur. Yaxşı məlumdur ki, bütün insanlar, o cümlədən xəstələr arasında ən köməksiz aciz və mərhəmətə ehtiyacı olanlar ruhi xəstəlikdən əziyyət çəkənlərdir. Sual oluna bilər bəs uşaqlar, qocalar, hamilə qadınlar? Bəli bunların da qayğı və mərhəmətə ehtiyacı var. Lakin bu insanlar psixi xəstələr qədər aciz və köməksiz deyillər. Onların arxasında valideynləri, həyat yoldaşları, övladları var və nəhayət onlar lazım olan təşkilatlara müraciət edib öz haqlarını tələb edə, hüquqlarını qoruya bilərlər. Ruhi xəstə bunu edə bilmir. Onun yaxınları stigmatizmin (damğa sindromu) təsirindən kənara çəkilir, övladının xəstə olmasını gizlətməyə və ya ondan xəcalət çəkərək səslərini çıxartmamağa çalışırlar. Ruhi xəstənin şikayətini heç bir təşkilat ciddi qəbul etmir, heç onun ərizəsinə cavab da yazmırlar. Axı “anlaşıqlıq” sindromu mövcuddur. Beləliklə ruhi xəstələrə Dövlət səviyyəsində diqqətin artırılmasını demokratiya və mərhəmətlik göstəricisi kimi qəbul etməliyik. Bəli, dövlətimizin bu münasibəti əsl mənada demokratik yanaşma və aciz insanlara yardımçı olmaq nümunəsidir.

2025-ci ildə qeyd edəcəyimiz şərəfli yubiley – Tibb Universitetinin Psixiatriya Kafedrasının 100 illiyi psixiatrlar üçün rəmzi xarakter daşıyır. Deyə bilərik ki, Psixiatriya kafedrasının əməkdaşları üzərlərinə düşən bütün vəzifələri yerinə yetirmək üçün daima səy göstərmişlər. Əlbəttə, bu deyilənlərlə bizim fəaliyyətimiz məhdudlaşmamalıdır. Qarşıda daha böyük işlər, daha böyük fəaliyyətlər dayanır. Mənə elə gəlir ki, kafedranın bugünkü kadr potensialı belə bir şəraiti, belə bir imkanı yaratmışdır.

Nəinki Azərbaycan Tibb Universitetində, Respublikanın digər ali məktəblərində bir kafedrada 5 nəfər tibb elmləri doktorunun fəaliyyət göstərməsi olduqca fəxr ediləsi göstəricidir. Belə bir potensiala malik olan kafedradan tələb olunan iş də yüksək olmalıdır. Əminik ki, yaxın illərdə tədris və elm sahəsində yeni-yeni uğurların şahidi olacağıq.

ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Tibb jurnalı N2, 1999, səh. 20-22
2. Azərbaycan psixiatriya jurnalı N2 (19), 2010, səh. 5-10.
3. Azərbaycan psixiatriya jurnalı N2 (23) , 2012, səh. 31-41.
4. İsmayilov N.V “Psixiatriya” dərslik, Bakı, 2013.
5. “ Каспий” qəzetinin materialları, 1889.
6. Юдин Т.И. “Очерки истории отечественной психиатрии.”, 1958.
7. Материалы Первой Закавказской Конференции психиатров, Баку, 1963.
8. Вопросы психоневрологии. Выпуск 5, Баку. 1969.
9. Psixonevrologiya məsələləri, 1987.
10. Вопросы психоневрологии. Выпуск 5, Баку. 1995.

Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələrində hərbi psixiatriyanın qısa inkişaf tarixi

E.S. Mehdiyev

Краткая история развития военной психиатрии в Вооружённых Силах Азербайджанской Республики

Э.С. Мехдиев

A brief history of military psychiatry in the armed forces of the Republic of Azerbaijan

E.S. Mehdiyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, Hərbi Tibb Fakültəsi.

e-mail: elshadmehdiyev@yahoo.com.

Военная психиатрия – раздел психиатрии и военной медицины, изучающий особенности клиники и динамики психических нарушений у военнослужащих в мирное и военное время, причины и условия их возникновения, методы терапии и профилактики, разрабатывающий критерии военно-врачебной экспертизы при медицинском освидетельствовании военнослужащих с психическими расстройствами. В данной статье представлена информация об истории военной психиатрии в Вооруженных Силах Азербайджанской Республики. Речь идет о организации первых психиатрических отделений в военных госпиталях, организация самостоятельных курсов по психическим заболеваниям при Военно-медицинском Факультете АМУ, создание и развитие гибкой системы оказания психиатрической помощи военнослужащим в боевых условиях и психиатрических отделений военных госпиталей, подведение итогов и изучении проблем оказания психиатрической помощи в условиях широкомасштабной войны.

Ключевые слова: *военная психиатрия, военнослужащие, психические заболевания, вооруженные силы.*

Military psychiatry is a specialized branch of psychiatry and military medicine that examines the clinical and dynamic aspects of mental disorders in military personnel during peacetime and wartime. It explores the causes and conditions of these disorders, methods of therapy

and prevention, and establishes criteria for medical evaluation of soldiers with mental health issues. This article provides an overview of the history of military psychiatry in the Armed Forces of the Republic of Azerbaijan.

The article discusses the establishment of the first psychiatric units in military hospitals, the creation of independent courses on mental illnesses at the Military Medical Faculty of the Azerbaijan Medical University, and the development of a flexible system for providing psychiatric care to soldiers in combat situations and military hospital psychiatric units. Additionally, it addresses the assessment of results and examination of issues related to psychiatric care in the context of large-scale warfare.

Keywords: military psychiatry, military personnel, mental disorders, armed forces.

Azərbaycan Respublikasının müstəqilliyindən otuz ildən artıq bir dövr keçir. Bu müddət ərzində cəmiyyətimizin sosial-iqtisadi həyat tərzində baş vermiş əsaslı dəyişikliklər, ölkəmizin əhalisinə və hərbi qulluqçulara tibbi xidmətin təşkilinə və saxlanmasına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərmişdir.

Hərbi qulluqçuların psixi sağlamlıq problemi daima hərbi psixiatriyanın aktual məsələlərindən biri olaraq qalmaqdadır.

Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrində hərbi psixiatriyanın yaranma tarixi, respublikamızın müstəqilliyi dövründən başlamışdır. Yeni yaranmış müstəqil dövlətin hərbi qulluqçularına psixiatriya yardımı, biləvasitə Müdafiə Nazirliyinin **Mərkəzi Hərbi Hospitalında** (indiki Müdafiə Nazirliyinin Baş Klinik Hospitalı) göstərilirdi.

Psixiatriya elminin kliniki əsasları, hospitalda terapevtik klinika çərçivəsində formalaşmağa başlamışdır. Hərbi qulluqçulara psixiatriya yardımının təşkili 1992-ci ildən başlayıb. Həmin vaxtdan, 2013-cü ilədək Baş Klinik Hospitalın psixiatriya bölməsi müalicə ocaqlarının tələblərinə cavab verməyən, birmərtəbəli kərpicdən tikilmiş, ümumi sahəsi 218 m², palataların sahəsi ≈101,0 m² (cəmi 4 palata) 30 çarpayılıq bir binada (əvvəllər tibbi anbar olub) yerləşmişdir. Tibb heyəti ilə təmin edilməsi: 2 hərbiçi həkim-psixiatr (bölmə rəisi və baş ordinator) və bir həkim-ordinator – Milli Ordu qulluqçusu, mülki şəxs olmuşdur.

1992-1994-cü illərdə erməni separatçılarının qarşı Qarabağda aparılan döyüşlərdə 35 mindən artıq odlu silah yaralanması və digər növ döyüş travması (döyüşün psixi travması, “kontuziya”) almış hərbiçiyə tibbi yardım göstərilmişdir. Həmin dövrdə psixonevroloji profilli stasionar müalicə alan hərbi qulluqçuların 60,8% psixi sağlamlıqlarını bərpa edərək, hərbi xidmətə yararlılıq dərəcəsi dəyişmədən hospitaldan yazılaraq öz hərbi hissələrinə geri qaytarılmışdır [1].

Döyüş əməliyyatları şiddətləndiyinə, sanitar itkilərin sayı mütəmadi artdığına görə 1992-ci ilin aprel-may aylarında döyüşən briqadaların tabeliyində tibb bölükləri yaradıldı və onların tərkibinə cərrah, anestezioloq və terapevtdən əlavə psixonevroloq və dermatoloq əlavə edildi [2].

1992-1995-ci illərdə Silahlı Qüvvələrin Baş Klinik Hospitalının psixiatriya bölməsinin rəisi vəzifəsində həkim-psixiatr, tibb xidməti mayoru Ramiz Mətləb oğlu İsayev olmuşdur.

Hərbi qulluqçulara psixiatriya yardımının daha da yaxşılaşdırılması üçün, 1995-ci ildə Müdafiə Nazirinin əmri ilə Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrinin Hərbi Tibb İdarəsində sərbəst olaraq **Silahlı Qüvvələrin baş psixonevroloqu** ştatının açılması, hərbi psixonevrologiya sahəsində yeni bir dönüş yaratmışdır. Belə ki, 1995-1998-ci illərdə SQ-in baş psixiatrı vəzifəsinə, hərbi psixiatr kimi sovet ordusundan böyük təcrübəsi olan, Rusiya Federasiyasının S.M.Kirov adına Hərbi-tibb akademiyasının məzunu, tibb xidməti polkovniki Usman Kərim oğlu Mürsəlov təyin olunmuşdur. Tibb xidməti polkovniki U.K.Mürsəlov bir neçə il SQ-in baş psixiatrı işləməsinə baxmayaraq, qısa bir vaxt ərzində MN-nin Mərkəzi Hərbi Poliklinikasında psixonevrologiya şöbəsinə və MN-nin Baş Klinik Hospitalında psixiatriya bölməsinə bilavasitə yüksək ixtisaslı həkim-psixiatrların cəlb edilməsini təşkil etmişdir. Qarnizonlarda psixonevroloqların işinin təşkilində və onlara konsultativ yardımın göstərilməsində şəxsən özü iştirak etmişdir. Beləliklə də, SQ-da psixi xəstələrə ambulator yardım MN-nin Mərkəzi Hərbi Poliklinikasında, stasionar şəraitdə isə MN-nin Baş Klinik Hospitalının psixiatriya bölməsində və qismən Gəncə, Naxçıvan və Lənkəran hospitallarında göstərilirdi.

1995-1997-ci illərdə hospitalın psixiatriya bölməsinin rəisi vəzifəsində yüksək ixtisaslı, təcrübəli həkim-psixiatr, tibb xidməti polkovnik-leytenantı Ələsgər Əlikiş oğlu Soltanov olub. Ə.Ə.Soltanovun bölmə rəisi kimi xidmət etdiyi dövrlərdə hərbi qulluqçularda uyğunlaşma dövrünün istero-nevrotik pozuntularını, şəxsiyyət pozuntularının, simulyativ davranış pozuntularını, psixozların və endogen xəstəliklərin diaqnostikası, təsnifatını, müalicə və reabilitasiyasını müasir tələblərə uyğun olaraq təşkil etmişdir. Ə.Ə.Soltanov həmmüəlifli ilə birlikdə dörd elmi məqaləsi çap olunmuşdur.

1997-ci ildə Ə.Ə.Soltanov psixiatriya bölməsinin baş ordinatoru təyin edildiyi üçün, bölmə rəisi vəzifəsinə Gəncə qarnizonun baş psixonevroloqu tibb

xidməti polkovniki Elşad Sabir oğlu Mehdiyev təyin edilmişdir (1997-2022-ci illərdə).

E.S.Mehdiyev 1998-ci ildən **Silahlı Qüvvələrin baş psixiatri** təyin edilmişdir. Xidmət etdiyi müddətdə ruhi, nevroitik və şəxsiyyət pozuntularının diaqnostikası, müayinə və müalicəsində yeni nailiyyətlər əldə olunmuşdur. Hərbi psixiatriyanın terminologiyası formalaşdırılaraq gündəlik təcrübədə tətbiq edilmişdir. 1997-ci ildən E.S.Mehdiyevin rəhbərliyi altında hərbi qulluqçulara məhkəmə-psixiatriya ekspertizası keçirilməyə başlanmışdır. “Məhkəmə ekspertizası fəaliyyəti haqqında” Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 2000-ci il 15 yanvar tarixli 252 nömrəli fərmanına uyğun olaraq, Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 125 nömrəli 6 avqust 2002-ci il tarixli qərarına əsasən Məhkəmə Psixiatriya Ekspertizası Mərkəzi yaradılmışdır və bütün məhkəmə-psixiatriya ekspertizaları mərkəzdə keçirilməyə başlanmışdır. Hərbi qulluqçuların ekspertizasında isə, hərbi xidmətlə əlaqəli suallara aydınlıq gətirməklə rəy verilməsi üçün hərbiçi həkim-psixiatrlar komissiya üzvü kimi iştirak etmişdilər.

Həmin dövrdən başlayaraq hərbi qulluqçuların müayinə, müalicəsi və hərbi-həkim ekspertiza işlərinin daha da təkmilləşdirilməsi məqsədi ilə, Azərbaycan Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrası və Ə.Əliyev adına Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun psixiatriya və narkologiya kafedrası ilə sıx əlaqə yaradıldı. Prof. Ə.Ə.Abasquliyev, prof. A.H.Sultanov, prof. N.V.İsmayılov, prof. G.Ç.Gəraybəyli, prof. B.M.Əsədov, prof. N.A.Əliyev, prof. T.Ə.Qafarov, prof. F.N.İsmayılov və prof. Z.N.Əliyev tərəfindən daima konsultativ yardımlar göstərilmişdir [3].

E.S.Mehdiyev hərbi psixiatriya sahəsində çalışmasına baxmayaraq, 1999-cu ildən Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasını Xüsusi idarələr üzrə (Ədliyyə Nazirliyi, Daxili İşlər Nazirliyi, Milli Təhlükəsizlik Nazirliyi, Dövlət Sərhəd Xidməti) özək təşkilatın sədri, Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyasının şura üzvi kimi də fəaliyyət göstərir. O, 2012-ci ildə Avropa Psixiatriya Assosiasiyasına üzv seçilmişdir. Elşad Mehdiyevin fəaliyyəti dövründə hərbi-həkim ekspertizası, məhkəmə psixiatriya ekspertizası işləri daha da təkmilləşdirilmiş və Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabinetinin 18.03.2000-ci ildə 48 sayılı və 29.02.2008-ci ildə 59 sayılı “Hərbi-həkim ekspertizası haqqında Əsasnamə”-nin tərtibatında SQ-in baş psixiatri kimi iştirak etmişdir. 2007-ci ildə E.S.Mehdiyevin Müdafiə Nazirliyinin “Hərbi nəşriyyatı” tərəfindən, hərbi hissə həkimlərinə praktik kömək məqsədi ilə nəzərdə tutulan “Hərbi hissələrdə psixogigiyenik və psixoprofilaktik

tədbirlərin aparılması”na dair metodik vəsait çapdan çıxmışdır. 2018-ci ildə isə, E.Mehdiyevin “Hərbi psixiatriyanın seçilmiş sualları” adlı monoqrafiyası işıq üzü görmüşdür. Monoqrafiyada hərbi psixiatriya fənni və onun vəzifələri, hərbi dövrünün psixi pozuntuları, hərbi peşə zərərlərinin təsiri və istilik zədələnmələri nəticəsində yaranan psixi pozuntular, SQ-də psixiatriya yardımının təşkili, hərbi-həkim və məhkəmə psixiatriya ekspertizasının əsasları, hərbi qulluqçuların psixi sağlamlığının nəzəri əsasları, tibbi-nöqteyi nəzərdən təcavüzkar və intihar davranışı, hərbi qulluqçularda simulyativ davranış pozuntuları, SQ-də psixoprofilaktika və psixogigiyena məsələləri və s. mövzuları öz əksini tapmışdır.

E.S.Mehdiyev I Qarabağ müharibəsində iştirak etmiş hərbi qulluqçular arasında baş vermiş stress pozuntularının kliniki xüsusiyyətləri, müalicə və reabilitasiya tədbirlərinin öyrənilməsi ilə əlaqədar olaraq, 2010-cu ildə namizədlik dissertasiyası müdafiə edərək, “tibb üzrə fəlsəfə doktoru (PhD)” elmi dərəcəsi adını almışdır.

Xidmət etdiyi müddətdə E.S.Mehdiyevin əllidən artıq elmi əsəri çapdan çıxmışdır, onlardan bir qismi xaricdə (Misir, İspaniya, Cənubi Koreya, Yaponiya, Türkiyə, Çexiya, İsrail, Avstriya, İtaliya, Fransa, Belçika, Almaniya və s.) çap olunmuşdur. E.Mehdiyev 2024-cü ildə “İntihar və intihara cəhd etmiş hərbi qulluqçuların psixi sağlamlığı və profilaktika tədbirləri” adında doktorluq dissertasiyası müdafiə edərək tibb elmləri doktoru olmuşdur.



Tibb xidmətinin əsas vəzifələrindən biri SQ-də yüksək ixtisaslı tibbi kadrların hazırlanması idi. Bu məqsədlə Azərbaycan Respublikasının Prezidenti, Ümummilli Lider Heydər Əliyevin 25 may 2000-ci il tarixli 425 nömrəli fərmanı ilə Azərbaycan Tibb Universitetində Hərbi Tibb Fakültəsi yaradıldı və onun əsas fəaliyyəti səriştəli və savadlı peşəkar hərbi həkim və feldşerlərin hazırlanmasına yönəldildi. ATU-nun HTF-nin yaradılması ilə əlaqədar, SQ-in Baş Klinik Hospitalının psixiatriya bölməsi, demək olar ki, hərbi psixiatriya kafedrası səviyyəsində fəaliyyət göstərməyə başlamışdır. Belə ki, psixiatriya bölməsinin bazasında hərbi-tibb məktəbinin (hərbi-feldşerlər məktəbi), hərbi tibb fakültəsinin kursantlarına praktik dərslər keçirilməyə başlandı.

Psixiatriyanın bir sıra mövzuları üzrə HTF-nin kursantlarına mühazirələr oxunmuşdur. Hal-hazırda da Müdafiə Nazirliyinin Baş Klinik Hospitalının psixiatriya bölməsinin bazasında, "Psixiatriya" ixtisası üzrə rezidentura təhsili, həkim-psixonevroloqların və hərbi hissə psixoloqlarına təkmilləşdirmə kursları aparılır. İxtisas artırma məqsədi ilə bölmənin həkimləri və "Psixiatriya" ixtisası üzrə təhsil alan rezidentlər hal-hazırda Türkiyə Respublikasında Gülhanə Hərbi Tibb Akademiyasının psixiatriya kafedrasında "Hərbi psixiatriya" ixtisası üzrə təkmilləşdirmə kurslarında olurlar (şək. 1) [4, 5].

MN-nin BKH-nın psixiatriya bölməsi 10.09.2013-cü il tarixdən müasir tibb ocaqlarının standartlarına uyğun, respublikada analoqu olmayan iki mərtəbəli ayrıca binaya köçürülmüşdür. Bölmənin ümumi sahəsi 2015 m²-dir. Bölmədə 14 palata və 2 psixo-izolyator vardır. Yardımçı otaqlardan; mütəxəssis həkimlər (oftalmoloq, otorinolaringoloq, cərrah) otağı, stomatoloq otağı, funksional müayinələr (USM, EKQ, EEQ, REQ, ExoES və s.) otağı, rentgen otağı, klinik psixoloqlar otağı, ambulator xəstələrin qəbulu otağı, laboratoriya otağı, xəstələrin görüş otağı, istirahət otağı və s. ilə təmin olunmuşdur. Ştat çarpayılarının sayı 60-dır.

Bir xəstəyə düşən sahə 3,6 m²-dir. Ştat çarpayılarının sayı 60 olmasına baxmayaraq, müalicə olunanların sayı artdığı üçün, faktiki açılan çarpayıların sayı 80-dir (şək. 2).

II Qarabağ müharibəsində (Vətən Müharibəsində) yaralıların sayı birinci müharibə ilə müqayisədə 3 dəfə az olsa da onların aldıkları travmalar daha ağır idi, kombinə olunmuş və müştərək zədələnmələr tez-tez rast gəlinirdi. I Qarabağ müharibəsində əsasən odlu silah yaralanmaları rast gəlinirdisə, II Qarabağ müha-

ribəsi əsasən artileriya müharibəsi hesab edilməsini deyə bilərik. Psixonevroloji sanitariya itkilər partlayış travması, kəllə beyin travması və döyüş psixi travması üstünlük təşkil etmişdir. Belə şəraitdə MN-nin tibb xidməti əvvəlki döyüşlərdə qazandığı təcrübəyə söykənərək ölkə səhiyyəsinin də köməyi ilə vəzifəsinin öhdəsindən şəərəflə gəlməyi bacarmışdır [6].



Şəkil 2. Müdafiə Nazirliyinin Baş Klinik Hospitalının psixiatriya bölməsinin yeni binası.

1992-ci ilin mart ayında Azərbaycan Respublikası ilə NATO arasında əməkdaşlığın təməli qoyulub və 1997-ci ildən etibarən, Avro-Atlantik Tərəfdaşlıq Şurası kimi tanınan Şimali Atlantik Əməkdaşlıq Şurasının məşvərət forumuna daxil olması ilə başlayıb. 4 may 1994-cü il tarixində Azərbaycan Respublikası NATO-nun “Sülh Naminə Tərəfdaşlıq” (SNT) Proqramına qoşulub.

Son 20-30 il ərzində Azərbaycan Ordusunun tibb xidmətində və ali hərbi tibbi təhsil sistemində köklü dəyişikliklər baş vermişdir. Tibb xidmətinin NATO standartlarına uyğunlaşdırılması istiqamətində aparılan tədbirlər müasir tələblərə cavab verən peşəkar hərbi psixiatrların hazırlanması zərurətini ortaya çıxardır.



Şəkil 3. Amerika Birləşmiş Ştatlarının Silahlı Qüvvələrinin psixiatr və psixoloqları Müdafiə Nazirliyinin Baş Klinik Hospitalında (26.05.2016).

2016-cı ilin aprel döyüşləri, 2020-ci il 12 iyul tarixində baş vermiş Tovuz döyüşləri və 2020-ci ilin 27 sentyabr–10 noyabr tarixlərində baş vermiş 44 günlük İkinci Qarabağ müharibəsində tibbi təminat təcrübəsi öyrənilmiş və ümumiləşdirilmişdir. İşğaldan azad edilmiş dağlıq ərazilərdə Azərbaycan Ordusunun birləşmə və hərbi hissələrinin yerləşdirilməsi xidmət şəraitlə əlaqədar hərbi qulluqçular arasında yeni psixi patologiyaların yaranma ehtimalını artırır. Bütün bunlar hərbi psixiatriya fənni üzrə tədris proqramının işlənməsini və hazırlanmasını tələb edir.

Təhlükəsizlik məsələləri ilə yanaşı, NATO-Azərbaycan əməkdaşlığı elm və təhsil kimi digər sahələrdə də uğurla inkişaf etdirilir.

2021-ci ildən Azərbaycan Tibb Universitetinin Hərbi Tibb Fakültəsinin pedaqoji heyətinin təkmilləşdirilməsi, kurikulumlarının müasir standartlara uyğunlaşdırılması və tətbiqinə beynəlxalq dəstəyini davam etdirir [7].



Şəkil 4. Fransa Silahlı Qüvvələrinin baş psixiatri Müdafiə Nazirliyinin Baş Klinik Hospitalının psixiatriya bölməsində (30.09.2018).

Tibb xidmətinin NATO standartlarına uyğunlaşdırılması istiqamətində aparılan tədbirlər müasir tələblərə cavab verən peşəkar hərbi həkimlərin hazırlanması zərurətini ortaya çıxardır. Bu tədbirlərin aparılmasında psixiatriya sahəsi də kənarda qalmayıbdır (şək. 3,4).

Ədəbiyyat siyahısı

1. “Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələrində tibbi təminatına rəhbərliyin” qüvvəyə minməsi haqqında” MN-nin əmri №57, // 09.02.2003. – Bakı. – 2003. – 496 s.
2. “Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələrində tibbi təminatın dinc dövrdə təşkili haqqında “Əsasnamə”nin təsdiq edilməsi barədə” MN-nin əmri №67, // 30.10.2015. – Bakı. – 2015. – 319 s.
3. Əliyev N.A., Əliyev Z.N. Azərbaycanda psixiatriya xidmətinin təşkili və onun inkişaf perspektivləri. // Azərb. Psixiatriya Jurnalı. – №1(31)2017. – s. 5-20.
4. Mehdiyev E.S. Müharibə dövründə Silahlı Qüvvələrdə psixiatriya yardımının təşkili. / Hərbi bilik. 2017. №4 (148), s. 82-92.
5. Mehdiyev E.S. Hərbi psixiatriyanın seçilmiş sualları./E. Mehdiyev – Bakı. 2018. s. 223.
6. Nəbiyev F.İ. Hərbi hissələrdə tibbi təminatın təşkili (dərs vəsaiti). Bakı. Hərbi nəşriyyat. 2022. - 343 səh.
7. <https://mod.gov.az/az/nato-ile-emekdasliq-028>

Mental health challenges and intervention strategies for deinstitutionalized children in Azerbaijan

Guliyeva N.R.¹, Ismayilov F. N.²

Azərbaycanda institutlaşmadan çıxan uşaqların psixi sağlamlıq problemləri və müdaxilə strategiyaları

Guliyeva N.R.¹, Ismayilov F.N.²

Психические проблемы и стратегии вмешательства для детей после деинституционализации в Азербайджане

Гулиева Н.Р.¹, Исмаилов Ф.Н.²

¹Azerbaijan Tibb Universiteti, Psixiatriya kafedrası

²Azerbaijan Tibb Universiteti, Psixiatriya kafedrası

Email: narminguliyevas@gmail.com

Giriş: İnstitusional qayğıdan çıxan uşaqlar psixi sağlamlıq problemləri baxımından yüksək risk altındadır. Bu tədqiqat Azərbaycan da deinstitutionalizasiya prosesi çərçivəsində ailələrə qaytarılan uşaqların psixi sağlamlıq vəziyyətini və uyğunlaşdırılmış çoxsəviyyəli müdaxilələrin təsirini qiymətləndirir. Metodlar: NIH tərəfindən maliyyələşdirilən klinik tədqiqat çərçivəsində 7-12 yaş arası 434 uşaq və 304 ailə iştirak edib. Tədqiqat üç müdaxilə metodunu sınaşıdır: 1) ailənin gücləndirilməsi (SAFE modelindən uyğunlaşdırılmış), 2) iqtisadi müdaxilə (maliyyə təhsili və yığımların təşviqi), 3) travmaya yönəlmiş psixi sağlamlıq xidməti (ARC modeli). Fraqmentar faktorial dizayn ($2^3=8$) istifadə olunaraq fərqli müdaxilə kombinasiyalarının effektivliyi qiymətləndirilib. Nəticələr: Tədqiqat deinstitutionalizasiya olunan uşaqlarda psixi sağlamlıq problemlərinin yüksək yayılmasını göstərdi: Depressiya: 51.88% (CES-DC) PTSD simptomları: 36.45% (CRIES-8).

Açar sözlər: deinstitutionalizasiya, uşaq psixi sağlamlığı, travmaya yönəlmiş müalicə, ailə gücləndirməsi, iqtisadi müdaxilə, Azərbaycan

В данном исследовании анализируются распространенность и корреляты психического здоровья среди детей, возвращенных в семьи в рамках реформ деинституционализации в Азербайджане, а также предварительные эффекты многоуровневых интервенций.

Методы: В клиническом исследовании NIH (ClinicalTrials.gov: NCT05396625) участвуют 434 ребенка (7-12 лет) и их семьи (N=304). Тестируются три вмешательства: семейное укрепление (модифицированный SAFE), экономическая поддержка (накопительные счета), и терапия по модели ARC. Используется фракционный факториальный дизайн (MOST, 8 экспериментальных условий). Результаты: 51,88% детей превысили клинический порог депрессии, 36,45% – симптомов ПТСР, 36,78% – симптомов СДВГ. После интервенций наблюдалось значительное улучшение, включая снижение депрессии у девочек ($d=1,78$, $p<0,05$), симптомов ПТСР у мальчиков ($d=1,36$, $p<0,05$) и общего индекса психического состояния (HoNOSCA, $d=3,4$, $p<0,001$). Выводы: Дети после деинституционализации сталкиваются с высоким уровнем психических расстройств, особенно в социально уязвимых семьях. Эффективные интервенции должны включать семейное укрепление, экономическую поддержку и травмоориентированную терапию, адаптированные к местному контексту.

Ключевые слова: деинституционализация, психическое здоровье, интервенция, дети, семейное укрепление, экономическая поддержка, травмоориентированная терапия.

Introduction

Globally, approximately 2.7 million children reside in institutional care, with post-Soviet and Eastern European countries reporting the highest institutionalization rates—exceeding the global average by more than fivefold [8,9,11,15]. Institutional care often exposes children to deprivation, family separation, and maltreatment, placing them at significant risk for mental health challenges such as depression, PTSD, and ADHD. In light of ongoing deinstitutionalization reforms, the transition of children from institutions to family care presents both challenges and opportunities. Understanding the prevalence of mental health disorders among these children and developing effective interventions are crucial for ensuring a successful transition [4,7,13]. This study, conducted in Azerbaijan, assesses the mental health correlates and intervention effects among deinstitutionalized children, employing a culturally adapted multi-level intervention strategy. Across the globe, millions of children grow up outside of family care, with institutional settings still widely used in many regions. Nowhere is this more evident than in post-Soviet and Eastern European countries, where rates of institutionalization continue to exceed global norms by a significant margin. Despite the intent to provide structured shelter, institutional care often deprives children of the consistent emotional connections and responsive caregiving that are essential to healthy development [1,5,9]. The consequences can be profound and lasting—manifesting in elevated rates of internalizing and externalizing disorders, such as clinical depression, post-traumatic stress, and attention-deficit/hyperactivity symptoms. In response to this growing concern, countries including

Azerbaijan have taken steps toward deinstitutionalization, moving children out of residential facilities and into family-based settings. Yet while this transition is necessary, it is far from straightforward [4,11,14]. Reintegration into families does not erase the psychological impact of early adversity, nor does it guarantee stability. Without targeted interventions, children remain vulnerable to a cascade of emotional and behavioral difficulties [5,12,13]. Against this backdrop, our study offers a much-needed examination of the mental health needs of deinstitutionalized children in Azerbaijan, while also testing a multi-tiered intervention strategy designed to address the complex interplay of trauma, family functioning, and socioeconomic stress. Involving 434 children aged 7 to 12 and their caregivers, the study tested a culturally adapted combination of family-strengthening sessions, financial literacy and savings incentives, and trauma-focused therapy informed by the ARC model [6,15]. Our findings revealed not only the high prevalence of psychological distress among this population, but also the tangible benefits of a layered support approach—most notably, reductions in child-reported depression and trauma symptoms, improvements in overall functioning, and strengthened caregiver-child dynamics [8,14]. By anchoring these interventions within the local context and focusing on both emotional and economic resilience, this research provides valuable insight into how comprehensive, scalable models can support children during one of the most sensitive transitions of their lives [8,12]. It also underscores the urgency of early, preventive mental health care for children facing systemic vulnerability—reminding us that stability on paper must be matched by support in practice [1,5,8,16].

Methodology

To address mental health risks among 7- to 12-year-old children transitioning from institutional care to family settings, an NIH-funded clinical trial (NCT05396625) was designed to evaluate three intervention components:

1. Family Strengthening Intervention – adapted from the SAFE program in the U.S., focusing on enhancing caregiver-child relationships and parenting skills.
2. Economic Empowerment Intervention – incorporating financial education and matched child savings accounts, adapted from successful models in Uganda.

3. Trauma-Focused Mental Health Services – guided by the Attachment, Regulation, and Competency (ARC) model, addressing the psychological impact of institutionalization.

The study employed a Multiphase Optimization Strategy (MOST) [6,8,12,14] and a fractional factorial design to test different intervention combinations across eight experimental conditions ($2^3 = 8$). Baseline and one-year follow-up assessments were conducted with 434 children and 304 caregivers, with additional clinician-rated evaluations for children in the mental health intervention group.

Results

The findings highlight a high prevalence of mental health disorders among deinstitutionalized children:

- 51.88% exhibited clinical-level depression (child-reported CES-DC scores).
- 36.45% displayed PTSD symptoms (child-reported CRIES-8 scores).
- 36.78% had parent-reported ADHD symptoms.
- Nearly 44.45% were classified as high-risk for emotional and conduct issues (SDQ parent-reported).

Risk factors associated with poorer mental health outcomes included single-parent households, low caregiver education levels, and unemployment. Following the interventions, significant improvements in mental health outcomes were observed:

- Mental Health Intervention Effects: Clinician-rated HoNOSCA scores showed a large reduction (Cohen's $d = 3.4$, $p < .001$), with additional decreases in CES-DC depression scores among girls ($d = 1.78$, $p < .05$) and CRIES-8 trauma scores among boys ($d = 1.36$, $p < .05$).
- Family Strengthening Effects: Reductions were noted in parent-reported SDQ scores for emotional problems ($d = 0.87$), conduct problems ($d = 0.75$), hyperactivity ($d = 0.77$), and peer relations ($d = 0.65$).
- Combination of Family Strengthening & Economic Empowerment: Showed moderate reductions in depression symptoms (Cohen's $d = 0.6$, $p < .05$) at one-year follow-up.

Discussion & Implications

These findings underscore the urgent need for early preventive mental health interventions for deinstitutionalized children, particularly those from economically and socially vulnerable backgrounds. A multi-level intervention approach, integrating family strengthening, poverty alleviation, and trauma-focused mental health care, presents a promising strategy for improving children's well-being in low-resource settings [5,7].

Given the complexity of reintegration into family care, culturally adapted interventions are essential for effective implementation and sustainability [1,2,6]. This study highlights the potential for scaling such context-specific strategies to enhance mental health outcomes for children transitioning from institutional care across different regions. The findings of this study highlight the significant mental health challenges faced by children transitioning from institutional care to family environments in Azerbaijan. The high prevalence of depression (51.88%), PTSD symptoms (36.45%), and ADHD symptoms (36.78%) underscores the profound psychological impact of institutionalization and the need for targeted interventions. A key factor influencing children's mental health outcomes was socioeconomic status (SES). Children from low-income and single-parent households exhibited more severe emotional and behavioral difficulties, aligning with existing research that links economic hardship to higher psychological distress in children. These findings reinforce the necessity of integrating poverty-alleviation strategies into mental health interventions to ensure long-term well-being. **Intervention Effectiveness and Implications** The study's intervention model—combining family-strengthening (SAFE), economic empowerment, and trauma-focused therapy (ARC model)—demonstrated promising effects in improving children's mental health:

Trauma-focused mental health services significantly reduced clinician-rated symptoms and child-reported depression (particularly among girls) and PTSD symptoms (among boys).

Family-strengthening interventions effectively decreased parent-reported emotional and behavioral problems, supporting the role of positive caregiving in improving child resilience.

The combination of economic and family support showed moderate reductions in child-reported depression, emphasizing the interconnectedness of financial stability and emotional well-being.

The large effect sizes suggest that culturally adapted multi-level interventions can successfully mitigate mental health risks in deinstitutionalized children. However, the effectiveness of each intervention varied, indicating that a tailored, case-by-case approach may be necessary to maximize benefits. The findings from the chi-square analyses underscore the complex and interconnected nature of child mental health outcomes in the context of deinstitutionalization. Gender emerged as a significant factor in ADHD symptom presentation, with boys more likely to meet clinical thresholds—highlighting the need for gender-sensitive screening and early intervention. Similarly, stress levels among caregivers varied significantly by gender, with mothers reporting higher levels of stress, potentially due to disproportionate caregiving burdens or limited access to support systems. These emotional strains within caregivers may directly influence parenting practices, as evidenced by the strong associations found between caregiver depression and both parenting style and child cognitive functioning. Higher levels of caregiver depression were significantly associated with more authoritarian or neglectful parenting approaches, which in turn correlated with greater cognitive delays in children. These results affirm existing developmental models suggesting that caregiver emotional health directly shapes child behavioral and cognitive outcomes. Furthermore, the analyses confirmed a statistically significant relationship between parenting style and children's cognitive development. Children raised in democratic, nurturing environments were more likely to exhibit normative cognitive function, while those exposed to harsh or disengaged parenting styles showed greater signs of developmental delay.

Taken together, the data illuminate a pathway of influence that begins with caregiver mental health and extends through parenting behaviors to shape child outcomes. This pathway is especially relevant in deinstitutionalized populations, where trauma histories, disrupted attachments, and socio-economic hardship converge

Limitations

While the study provides valuable insights into mental health outcomes for deinstitutionalized children, several limitations should be considered: Short-Term Follow-Up: The study assessed intervention effects after one year, but longer-term outcomes remain uncertain. Future research should examine sustained impacts over multiple years [4,12,15]. Self-Reported Measures: Many assessments relied on child and caregiver self-reports, which may introduce bias

due to subjective perceptions and social desirability. Context-Specific Adaptations: While the interventions were culturally adapted for Azerbaijan, generalizability to other post-Soviet or low-resource settings requires further investigation. Intervention Fidelity & Implementation Variability: Despite structured training, differences in clinician adherence to intervention protocols may have influenced outcomes [14,15]. Economic & Policy Constraints: Systemic barriers such as limited social services and economic hardships may have impacted the effectiveness of interventions.

Conclusion

As deinstitutionalization reforms continue, targeted interventions that address both psychosocial and economic vulnerabilities are vital. This study contributes to the growing evidence on culturally sensitive, multi-tiered mental health interventions, offering insights into best practices for improving long-term outcomes for children reintegrating into family care. Future research should explore long-term sustainability and the effectiveness of these interventions in different cultural contexts. Addressing one layer of vulnerability without considering the broader family and social ecology risks overlooking critical leverage points for intervention. Thus, interventions aimed at improving child mental health should not be isolated to the child alone, but rather embedded within a holistic framework that strengthens caregiver well-being, supports parenting capacity, and addresses structural barriers such as poverty and stigma. These findings reinforce the rationale for multi-component, family-centered intervention strategies—like those implemented in this study—and offer a compelling argument for integrating mental health care into the broader ecosystem of child protection and social welfare in Azerbaijan and similar low-resource settings. Continued research should explore longitudinal impacts, fidelity of intervention delivery, and the scalability of these integrated models within public systems.

REFERENCES

1. **van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., & Fox, N. A. (2020).** Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703-720. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30399-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30399-2)

2. **Ortiz, J. U., & Jordans, M. J. D. (2023).** Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Global Mental Health*, 10, e82. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.18>
3. **Dziengelski, S. (2024).** Deinstitutionalization Redux: The decline in residential mental health treatment for youth. *Manhattan Institute*. <https://manhattan.institute/article/the-decline-in-residential-mental-health-treatment-for-youth>
4. **Dozier, M., Zeanah, C. H., Wallin, A. R., & Shaffer, C. (2015).** Institutional care for young children: Review of literature and policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 6(1), 1-25. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2011.01033.x>
5. **Humphreys, K. L., & Zeanah, C. H. (2015).** Deinstitutionalization and child development: A call for action. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 202-205. <https://doi.org/10.1177/1745691614568336>
6. **Schneider, W., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2017).** The Great Recession and risk for child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 72, 71-81. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.016>
7. **Humphreys, K. L., Gleason, M. M., Drury, S. S., Miron, D., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2015).** Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology in middle childhood: A follow-up of the Bucharest Early Intervention Project. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 625-634. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00093-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00093-4)
8. **Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2019).** Anguish of the abandoned child. *Scientific American*, 308(4), 62-67. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0413-62>
9. **Gunnar, M. R., & Reid, B. M. (2019).** Early deprivation revisited: Contemporary studies of the impact on young children of institutional care. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 93-118. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084942>
10. **van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J. S., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., & Juffer, F. (2015).** Children in institutional care: Delayed development and resilience. *Monographs of the*

- Society for Research in Child Development*, 76(4), 8-30.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x>
11. **Berens, A. E., & Nelson, C. A. (2019).** The science of early adversity: Is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*, 386(9991), 388-398. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61131-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61131-4)
 12. **Maclean, K., & Karr-Morse, R. (2018).** The impact of institutionalization on child development. In *Ghosts from the Nursery: Tracing the Roots of Violence* (pp. 85-108). Atlantic Monthly Press.
 13. **McCall, R. B., & Groark, C. J. (2015).** Research on institutionalized children: Implications for international child welfare practitioners and policymakers. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 4(2), 142-159. <https://doi.org/10.1037/ipp0000033>
 14. **van IJzendoorn, M. H., Luijk, M. P. C. M., & Juffer, F. (2015).** IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54(3), 341-366. <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0002>
 15. **Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2016).** Editorial: The effects of early trauma and deprivation on human development – from measuring cumulative risk to characterizing specific mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1099-1102. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12642>

Şəkərli diabet xəstələrində depressiv pozuntuların klinik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi

L. A. Mehdi Zadə¹, B. M. Əsədov²

Изучение клинической характеристики депрессивных расстройств у больных сахарным диабетом

Л. А. Мехми Задэ¹, Б.М. Асадов²

Study of clinical features of depressive disorders in patients with diabetes

L. A. Mehdi Zade¹, B. M. Asadov²

^{1,2}Azərbaycan Tibb Universiteti, Psixiatriya Kafedrası.

^{1,2}Азербайджанский медицинский университет, кафедра психиатрии.

^{1,2}Azerbaijan Medical University, Department of Psychiatry

Email: leyla.mehdizada@gmail.com

Актуальность. Депрессия и сахарный диабет (СД) – два распространенных и взаимосвязанных заболевания, которые имеют серьезные последствия как для физического, так и для психического здоровья. Исследования показывают, что люди с диабетом имеют более высокий риск развития депрессии, чем население в целом. По разным оценкам, распространенность депрессии у людей с сахарным диабетом колеблется от 20% до 40% в зависимости от изучаемой популяции и используемых диагностических критериев.

Цель исследования Наши основные цели заключались в том, чтобы обобщить временные тенденции в симптомах депрессии, перекрывающиеся психосоциальные конструкции и инструменты, используемые для их оценки, потенциальные последствия для фармакотерапии, а также влияние коморбидного диабета и депрессии на долгосрочные результаты.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с диагнозом СД 2 типа. В ходе исследования использовались шкала и опросники DDS (диабетическая шкала дистресса).

Закключение. Хотя ведутся споры вокруг двунаправленной связи между диабетом и депрессией, очевидно, что эти два состояния, возникающие вместе, могут затруднить лечение больных и в большей степени способствовать таким долгосрочным негативным последствиям, как инсульт, деменция и смерть. Распознавание и дифференциация связанной с диабетом тревоги, слабости, утомляемости, апатии, ангедонии и клинической депрессии может быть особенно важна в исследованиях, оценивающих эффективность как фармакологических, так и нефармакологических методов лечения СД2. Особое внимание следует уделять сочетанному лечению СД2 и психологических состояний.

Ключевые слова: сахарный диабет, депрессия, диабетический стресс, качество жизни.

Depression and diabetes are two common and interrelated conditions that have significant consequences for both physical and mental health. Estimates of the prevalence of depression in people with diabetes range from 20% to 40%, depending on the population studied and the diagnostic criteria used. The lifetime prevalence of type 2 diabetes is significantly higher in people with type 1 diabetes than in people with type 1 diabetes.

Objective: Our primary objectives were to summarize temporal trends in depressive symptoms, overlapping psychosocial constructs and instruments used to assess them, potential implications for pharmacotherapy, and the impact of comorbid diabetes and depression on long-term outcomes.

Material and methods. The study included patients diagnosed with type 2 diabetes. The DDS (diabetes distress scale) and questionnaires were used in the study.

Conclusion. Although there is controversy surrounding the bidirectional relationship between diabetes and depression, it is clear that these two conditions occurring together may complicate the treatment of both conditions and contribute more to negative long-term consequences such as death, stroke and dementia. Recognition and differentiation of diabetes-related anxiety, weakness, fatigue, apathy, anhedonia and clinical depression may be particularly important in studies evaluating the effectiveness of both pharmacological and non-pharmacological treatments for T2DM. Particular attention should be paid to the combined treatment of T2DM and psychological conditions.

Key words: diabetes mellitus, depression, diabetic stress, quality of life.

Tədqiqatın aktuallığı. Depressiya və şəkəri diabet (ŞD) xəstəliyi həm fiziki, həm də psixi sağlamlıq üçün əhəmiyyətli nəticələrə səbəb olan iki ümumi və bir-biri ilə əlaqəli olan xəstəlikdir. Depressiya və diabet arasındakı mürəkkəb münasibətləri anlamaq, bu kateqoriyalı xəstələrin idarəetmə strategiyalarının, müalicə nəticələrinin və ümumi həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması üçün olduqca vacibdir. Bu məsələ ətraflı araşdırılaraq diabetli insanlarda depressiyanın əsas aspektləri, o cümlədən onun yayılması, əsas xəstəliyə təsiri mexanizmi, müalicə variantları və klinik nəticələri nəzərdən keçiriləcək. Şəkərli diabetdən

əziyyət çəkən insanlarda depressiya geniş yayılmış komorbidlikdir. Araşdırmalar göstərir ki, şəkərli diabetdən əziyyət çəkən insanlarda ümumi əhali ilə müqayisədə depressiyanı yaranma riski daha yüksəkdir. Müxtəlif hesablamalara görə, diabetli insanlarda depressiyanın yayılması araşdırılmış populyasiyadan və istifadə olunmuş diaqnostik meyarlardan asılı olaraq 20%-dən 40%-ə qədərdir. 2-ci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən insanlarda depressiyanın əmələ gəlməsi 1-ci tip şəkərli diabet xəstələri ilə müqayisədə olduqca yüksəkdir. Bu yayılmanın artmasına bir neçə amil səbəb olur: xroniki xəstəliklərə qulluq yükü, şəkərli diabetin fizioloji təsiri (məsələn, qanda qlükozanın səviyyəsinin dəyişməsi), həmçinin genetik predispozisiya, stress, həyat tərz faktorları. Ağırlaşma riskinin artması. Şəkərli diabetlə depressiyanın birgə müəyyən olunması diabetlə bağlı ağırlaşmaların yaranma riskini artırır. Depressiv simptomlar qanda qlükozanın səviyyəsinin düzgün tənzimlənməsinə səbəb olaraq, şəkərli diabet ağırlaşmalarını daha da şiddətləndirə bilər [8]. Bundan başqa, şəkərli diabetdə yaranmış depressiya iltihabların artması, oksidativ stress və endotel disfunksiyası ilə müşayiət olunur ki, bu da bu populyasiyada ürək-damar hadisələri riskinin daha yüksək olmasına səbəb ola bilər. Həyat keyfiyyəti. Xroniki fiziki xəstəliklərin və psixi sağlamlıq pozuntularının birləşməsi həm şəkərli diabet, həm də depressiyadan əziyyət çəkən insanlarda həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə pozur. Onlar daha çox əlilliyə, enerji səviyyəsinin aşağı düşməsinə və sosial funksiyaların azalmasına məruz qala bilərlər. Bundan əlavə, şəkərli diabet zamanı yaranmış depressiya diabetin müalicəsi ilə əlaqədar olan psixoloji gərginliyi daha da şiddətləndirərək amansız dövrə gətirib çıxara bilər. 2-ci tip şəkərli diabetdə (T2DM) depressiya ehtimalı ümumi əhali ilə müqayisədə təxminən iki dəfə yüksəkdir [1,3]. Xəstəliklərin beynəlxalq statistik təsnifatının 10-cu bəxşinin meyarlarına əsasən depressiv epizodun əsas simptomları əhval-ruhiyyənin enməsi, enerjinin azalması, təfəkkür dəyişikliyi, iştahanın dəyişməsi, yuxu ilə bağlı əlavə simptomlarla kədər və/və ya anhedoniya, intihardır [4,5]. Depressiya və ya depressiv simptomlar, T2DM olan xəstələrdə daha pis glisemik nəzarət, pəhriz vərdişləri və idmana riayət daxil olmaqla, mənfi klinik profillərlə əlaqələndirilmişdir [6]. Bununla əlaqədar, T2DM-də psixoloji simptomların tanınması və idarə edilməsi əsas klinik problem olaraq qalır. Son onillikdə ən vacib simptom qrupları, psixoloji konstruksiyalar və skrining vasitələri haqqında xeyli müzakirələr aparılmışdır. Klinik nəticələrə əsasən depressiyanın xarakterik

simptomları (məsələn, anhedoniya), maskalanmış və ya subsindromal depressiv simptomlar ilə əlaqələndirilmişdir [9,10]. Depressiv epizodun əsas xarakterik simptomu olmayan [7] və ya T2DM üçün daha spesifik depressiyaya bənzər simptomların (yəni, narahatlıq) isə diabetlə əlaqəli olduğu müəyyən olunmuşdur [2,9,11,14]. Son tədqiqatlar göstərir ki, populyasiyada diabetin davam etmə müddəti depressiv simptomların zaman tendensiyasına mühüm təsir edici amil ola bilər, ehtimal olunur ki, bu da öz növbəsində diabetlə bağlı narahatlıq, zəifliyin inkişafı və şiddəti ilə əlaqədardır [12,15].

Depressiya ilə diabet arasındakı iki istiqamətli əlaqəni bir neçə meyarla izah etmək olar:

a. Bioloji mexanizmlər – Endokrin və neyrotransmitter disregulyasiyası. Hər iki hal hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aqreqatında baş verən dəyişikliklər, insulin müqaviməti, serotonin, dopamin, norepinefrin kimi neyrotransmitter sistemlərində baş verən dəyişikliklərlə müşayiət olunur. Bu dəyişikliklər hər iki halın inkişafına və ağırlaşmasına səbəb ola bilər. İnflamasiya: Aşağı dərəcəli xroniki iltihab həm depressiyada, həm də diabetdə müşahidə olunmuşdur. İnterleukinlər (İl-6, İl-1 β) və şiş nekroz faktor-alfa (TNF- α) kimi iltihabi sitositlər hər iki şəraitdə yüksəlir. Bu, hər iki xəstəliyin inkişafında rol oynaya bilər. Avtonom sinir sisteminin disfunksiyası – depressiya avtonom sinir sisteminin tənzimlənməsinə təsir edər, insulinə rezistentliyə və qlükoza metabolizminin zəifləməsinə səbəb ola bilər.

b. Psixososial gərginlik – şəkərli diabet kimi xroniki xəstəliyin müalicəsi ilə bağlı gündəlik stress depressiyanın inkişafına səbəb ola bilər. Sosial təcrid, işlə bağlı narahatlıq, maddi çatışmazlıq və digər həyatı gərginliklər hər iki vəziyyəti daha da şiddətləndirə bilər. Şəkərli diabet müalicəsinin psixoloji yükü, depressiyanın ümumi əlamətləri olan acizlik və ümitsizlik hissəsinə gətirib çıxarır. Şəkərli diabet xəstələrində depressiv pozuntunun müəyyən simptomları (yorğunluq, çəkinin dəyişməsi, diqqətin zəifləməsi) diabetin əlamətləri ilə üst-üstə düşdüyü üçün depressiya diaqnozunun təsdiqi çətinlik yarada bilər. Buna görə də depressiv pozuntunun təsdiq edilməsi üçün XBT-10 kimi standartlaşdırılmış diaqnostik meyarların işlənməsi vacibdir. Depressiv pozuntunun rutin müayinəsi şəkərli diabet xəstələrinə nəzarətin bir hissəsi olmalıdır, xüsusilə də yüksək riskli qruplarda. Xəstə Sağlamlıq Sorğu-9 (PHQ-9) və ya Beck Depressiya testi (BDI) kimi sübut edilmiş vasitələrdən istifadəsi depressiv vəziyyətin erkən aşkar və müdaxiləyə kömək edə bilər. Şəkərli diabet

xəstələrində depressiyanın effektiv müalicəsi üçün hərtərəfli və fərdi yanaşma tələb olunur.

Müalicənin əsas komponentləri bunlardır:

a. Psixoloji müdaxilələr. Koqnitiv Davranış Terapiyası (CBT): CBT sübut olunmuş əsaslı psixoloji müdaxilədir. Koqnitiv Davranış Terapiyasının bir növü olan Problem Solving Therapy xəstələrə diabetin idarə olunması və depressiya ilə mübarizə ilə bağlı konkret məsələləri həll etməyə kömək edir. Bu isə öz növbəsində müalicənin gedişatında çoxşaxəli müəyyən edilir və onların öhdəsindən gəlmək bacarıqları yaxşılaşır.

b. Farmakoterapiya. Antidepressantlar, xüsusilə serotoninin selektiv reuptake inhibitorları (SSRI) və serotonin-norepinephrine reuptake inhibitorları (SNRI) əsasən diabetli insanlarda depressiyanın müalicəsində istifadə olunur. Lakin dərmanların potensial yan təsirləri, o cümlədən çəkinin alınması və diabet əlamətlərini şiddətləndirə bilən metabolik təsirlər diqqətlə nəzərdən keçirilməlidir.

c. İnteqrasiya olunmuş qulluq modelləri. Psixi sağlamlıq üzrə mütəxəssislərin diabetə qulluq göstərənlərlə əməkdaşlıq etdikləri müalicəyə hərtərəfli yanaşma bu qrupdan olan insanların müalicəsini optimallaşdırmaq üçün zəruridir. Bu üsulla həm qanda qlükozanın səviyyəsinin, həm də psixi sağlamlıq vəziyyətinin müntəzəm olaraq nəzarətdə saxlanılması təmin edilə bilər.

Tədqiqatın məqsədi. Bu tədqiqatda biz diabet və depressiya ilə bağlı cari perspektivləri müzakirə edərək, bu komorbid vəziyyətlərin müayinəsi və müalicəsi üçün təsirləri müzakirə edirik. Bizim əsas məqsədimiz şəkərli diabet xəstələrində depressiv simptomların erkən aşkarlanması, üst-üstə düşən psixososial konstruksiyalar və onları qiymətləndirmək üçün istifadə olunan sorğuların tətbiqi, farmakoterapiyanın potensial təsirləri və diabet zamanı komorbid hal olan depressiyanın əsas xəstəliyin uzunmüddətli nəticələrinə təsirini ümumiləşdirməkdir.

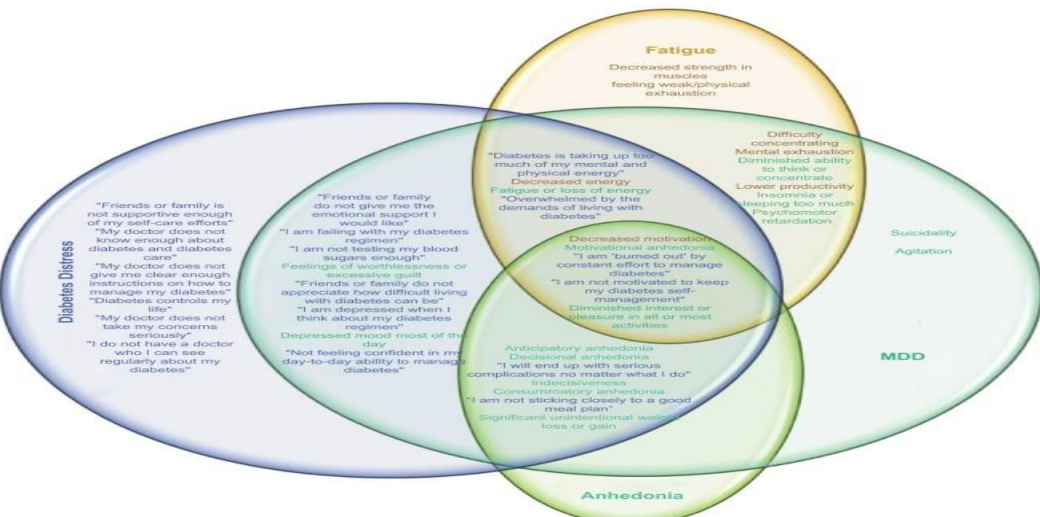
Material və metodlar. Tədqiqata T2 DM diaqnozu təsdiq olunmuş xəstələr cəlb olunub. Tədqiqat zamanı DDS (Diabetes distress scale) şkalası və anket sorğuları tətbiq edilmişdir. Şəkərli diabet və depressiya arasında müəyyən edilmiş qarşılıqlı əlaqə zamanı yaranan çətinliklərin həlli aktual olaraq qalmaqdadır [15,16]. Epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, depressiya gələcək diabet üçün risk faktorudur [17,18] və əksinə, diabet gələcək depressiya üçün risk faktorudur [19]. Depressiv simptomların olması xəstələrin fəaliyyət səviyyəsinə

və digər sferalara olan təsirinə görə sonrakı metabolik pozuntuların meydana çıxmasında risk faktoru kimi çıxış edir [20,21].

Nəticələr. Tip 2 şəkərli diabet olan xəstələrin təxminən 18-25%-ində Psixi pozuntular üçün Strukturlaşdırılmış Klinik Müsahibədən (SCID) istifadə edərək XBT-10 meyarlarına cavab verən depressiv pozuntunun klinik əlamətləri aşkarlanmışdır ki, bu da ümumi populyasiyadan ən azı iki dəfə çoxdur [22,23]. Ədəbiyyata nəzər saldıqda əksər tədqiqatçıların klinik əhəmiyyətli depressiv pozuntu aşkar edildikdə müalicənin təklif edilməsini irəli sürdüklerini aşkarlayırıq, lakin, inkar etməmək lazımdır ki, depressiya heterogen bir vəziyyətdir [33] və depressiv pozuntunun bütün simptomları diabetin nəticələri ilə eyni dərəcədə əlaqəli deyil [13]. Depressiv pozuntunun əsas simptomlarından biri olan, şəxsiyyətin xarakterik xüsusiyyəti kimi müşahidə oluna bilən və ya T2 DM-nin neyroendokrin simptomu kimi yarana bilən anhedoniya xüsusi maraq doğurur [9]. XBT-10-a görə, anhedoniya “həyat təcrübələrindən üçün həzz almanın azalması və ya olmaması” ilə xarakterizə olunur [34]. Anhedoniya, şəkərli diabet xəstələrində HbA1c səviyyəsinin artma ehtimalı və qanda qlükoza səviyyəsinə nəzarətin zəifləməsinə gətirib çıxara bilər. T2 DM xəstələrində depressiv pozuntunun simptomları olan xəstələrin 30%-də HbA1c ≥ 7 göstəricisi müəyyən olunmuşdur [10]. Depressiv əlamətlərin mövcudluğu diabet diaqnozunun psixoloji təsirini artırır, bu da öz nöbətində diabetlə bağlı narahatlığın (distressin) artmasına səbəb olur [37]. Diabetlə bağlı narahatlıq diabetin aşkarlanması və onun müalicəsinin psixoloji yükü üçün daha spesifik bir konstruksiyadır [2,38] və əksər hallarda əsas depressiv pozuntunun simptomları ilə üst-üstə düşür (sıxıntı, enerjinin azalması, tez yorğunluq, [4,35] anhedoniya) [36]. Bu simptomların birlikdə rast gəlinməsi bir sıra funksional pozuntulara, xəstəliyə nəzarətin çətinləşməsinə, qlikemik nəzarətin pisləşməsinə, diabetin ağırlaşmaları riskinin artmasına və həyat keyfiyyətinin azalmasına səbəb ola bilər (şəkil 1).

Diabetlə bağlı narahatlığın əsas yaranma səbəblərindən biri müalicə yükü ilə bağlıdır. Multifaktorial müalicə planı təyin edilmiş xəstələr diaqnoz təsdiq olunduqdan sonrakı ilk ildə daha çox narahatlıq (distress) yaşadıkları müəyyən olunmuşdur, lakin daha az intensiv müalicə alan xəstələrdə diaqnozdan sonra ilk bir neçə il ərzində distress baş verməyə bilər [32]. Xəstəliyin idarə edilməsinin yükü artdıqca, narahatlıq (distress) əlamətləri də artır. Çin əhalisi arasında aparılan bir araşdırmada, insulin istifadəsinin diabet xəstələrinə verdiyi

narahatlıq, onlarda yaranmış depressiv pozuntu ilə deyil, məhz diabetin davam etmə müddəti ilə əlaqələndirildi [31]. Çox güman ki, insulindən istifadə ehtiyacı xəstələrin öz sağlamlıqları ilə bağlı mənfi təsəvvürlərə gətirib çıxara bilər ki, bu da stressin artmasına səbəb ola bilər.



Şəkil 1. Depressiya (firuzəyi), diabetlə əlaqəli narahatlıq (göy), yorğunluq (narıncı) və anhedoniya (yaşıl) simptomlarının kəsişməsini göstərən Venn diaqramı.

Müvafiq olaraq, başqa bir araşdırmada depressiyanın deyil, diabetlə əlaqəli narahatlığın HbA1c göstəricisi ilə bilavasitə əlaqəli olduğu müəyyənləşdirilmişdir [30]. Belə ki, diabetlə bağlı müşahidə olunan narahatlıq, diabetlə əlaqəli kontekstual stressorlar tərəfindən müəyyən edilir [38]. T2DM xəstələri arasında müşahidə olunan və depressiv pozuntunun əlamətlərindən biri olan tez yorulma - enerjinin azalması və ya tükənmə əlamətləri ilə əlaqəli olub, gündəlik fəaliyyətin pisləşməsinə səbəb ola bilər. Yorğunluq öz növbəsində T2DM-də fiziki aktivlik və özünə qulluq fəaliyyətlərinin yerinə yetirilməsi üçün maneə hesab olunur [35]. Həm depressiya üçün XBT-10 meyarları, həm də Epidemioloji Tədqiqatlar Mərkəzi Depressiya Şkalası (CES-D) kimi müayinə metodları depressiv pozuntu üçün yorğunluq əlamətlərini ehtiva edir. Qeyd edək ki, T2DM-də CES-D-nin sonuncu təsdiqində, yorğunluğun xəstələrin glikemik nəzarəti üzərində bilavasitə təsir edici amil olduğu aşkar edilib və bu da öz

növbəsində T2DM-də yorğunluğun diabetin ağırlaşmaları ilə daha yaxından əlaqəli olduğunu göstərir (depressiya əlamətlərindən daha çox) [29,28]. Ədəbiyyata nəzər salaraq müəyyən edilir ki, Diabet Distress Scale (DDS) üzrə “şəkərli diabet kimi hiss etmək mənim hər gün əqli və fiziki enerjimin çoxunu alır” bəndinin təsdiqlənməsinin başıca səbəbinin, T2DM xəstələri arasında yorğunluq, eləcə də öz gücündən istifadə edə bilməmək halları ilə əlaqəli olduğu güman olunur. HbA1c səviyyəsi >7% olan T2DM xəstələrində yorğunluq ağrı və iltihabla əlaqələndirilir. T2DM ilə yeni diaqnoz qoyulmuş xəstələrlə əlaqəli ağırlaşmaları anlamaq məqsədi daşıyan bir araşdırma, xəstələrin 61%-ində yorğunluğun bildirildiyini göstərmişdir. Anhedoniya və yorğunluq şəkərli diabetdə yaranan iltihabi proseslə əlaqələndirilmiş [27] və T2DM-də konvergent konstruksiyaların rastgəlinmə ehtimalı müəyyən edilmişdir. Bu tədqiqatda yorğunluğun HbA1c göstəricisi ilə deyil, acqarına plazma qlükozası ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəli olduğu qeyd olunmuşdur [26]. Şəkərli diabet xəstələrində müşahidə olunan anhedoniya və yorğunluq ilə sıx bağlı olan başqa bir klinik əhəmiyyətli pozuntunun da apatiya olduğu müəyyənləşdirilmişdir [25]. Apatiya da öz növbəsində T2DM-də sıx rast gəlinir və qlikemik nəzarətin pisləşməsi və koqnitiv funksiyaların zəifləməsi ilə nəticələnə bilər [24].

Yekun. Şəkərli diabet və depressiya arasında iki istiqamətli əlaqə ətrafında müzakirələr davam etsə də, aydındır ki, şəkərli diabetlə depressiyanın komorbidliyi hər iki vəziyyətin müalicə prosesində çətinliklər yarada və ölüm, insult və demensiya kimi uzunmüddətli mənfi nəticələrə gətirib çıxara bilər. Diabetin klinikasında depressiv pozuntunun differensiasiyasında müəyyən çətinliklər meydana çıxır, subsindromal və depressiyaya bənzər simptomlar isə əsas xəstəliyin effektiv müalicəsi üçün əhəmiyyətli maneələr yaradır. Bir sıra psixi pozuntuların klinik simptomlarının üst-üstə düşməsi səbəbindən T2DM-də daha spesifik əlamətləri aşkarlamaq üçün nəzərdə tutulan sorğular və testlərin tətbiqi və xəstənin əsas xəstəliyə nəzarət etməsinin necə unikal şəkildə proqnozlaşdırma biləcəyinə xüsusi diqqət yetirmək vacib nüanslardandır. T2DM üçün həm farmakoloji, həm də qeyri-farmakoloji müalicələrin effektivliyini qiymətləndirən tədqiqatlarda diabetlə əlaqəli narahatlıq, zəiflik, yorğunluq, apatiya, anhedoniya və depressiv pozuntunu aşkarlamaq və differensiasiya etmək xüsusi əhəmiyyət kəsb etdi.

ƏDƏBİYYAT

1. Mommersteeg PMC Herr R Pouwer F Holt RIG Loerbroks A The association between diabetes and an episode of depressive symptoms in the 2002 World Health Survey: an analysis of 231 797 individuals from 47 countries *Diabet Med* 2013 30 6 e208 e214 23614792
2. Fisher L Skaff MM Mullan JT Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes: not just a question of semantics *Diabetes Care* 2007 30 3 542 548 17327318
3. Nouwen A Winkley K Twisk J Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis *Diabetologia* 2010 53 12 2480 2486 20711716
4. Lopez Molina MA Jansen K Drews C Pinheiro R Silva R Souza L Major depressive disorder symptoms in male and female young adults *Psychol Health Med* 2014 19 2 136 145 23651450
5. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed Arlington, VA American Psychiatric Publishing 2013
6. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/9/e020768>
7. Gonzalez JS Peyrot M McCarl LA Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis *Diabetes Care* 2008 31 12 2398 2403 1903342
8. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, *et al.* Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia* 2006;49:837–45. doi:10.1007/s00125-006-0159-x
9. Carter J Swardfager W Mood and metabolism: anhedonia as a clinical target in type 2 diabetes *Psychoneuroendocrinology* 2016 69 123 132 27088371
10. Nefs G Pouwer F Denollet J Kramer H Wijnands-van Gent CJ Pop VJ Suboptimal glycemic control in type 2 diabetes: a key role for anhedonia? *J Psychiatr Res* 2012 46 4 549 554 22284972
11. Naicker K Øverland S Johnson JA Symptoms of anxiety and depression in type 2 diabetes: associations with clinical diabetes measures and self-management outcomes in the Norwegian HUNT study *Psychoneuroendocrinology* 2017 84 116 123 28704763
12. Almeida OP McCaul K Hankey GJ Duration of diabetes and its association with depression in later life: the Health in Men Study (HIMS) *Maturitas* 2016 86 3 9 26921921
13. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, *et al.* Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA* 2008;299:2751–9. doi:10.1001/jama.299.23.2751

14. Lunghi C, Moisan J, Grégoire JP, *et al.* Incidence of depression and associated factors in patients with type 2 diabetes in Quebec, Canada population-based cohort study. *Medicine* 2016;95:e3514.doi:10.1097/MD.0000000000003514
15. Hood KK Beavers DP Yi-Frazier J Psychosocial burden and glycemic control during the first 6 years of diabetes: results from the SEARCH for diabetes in youth study *J Adolesc Health* 2014 55 4 498 504 24815959
16. Tabák AG Akbaraly TN Batty GD Kivimäki M Depression and type 2 diabetes: a causal association? *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014 2 3 236 2452 24622754
17. Rotella F Mannucci E Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies *J Clin Psychiatry* 2013 74 1 31 37 23419223
18. Eaton WW H Gallo J Pratt L Ford DE Depression and risk for onset of type II diabetes: a prospective population-based study *Diabetes Care* 1996 19 10 1097 1102 8886555
19. Rotella F Mannucci E Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies *Diabetes Res Clin Pract* 2013 99 2 98 104 23265924
20. Moulton CD Pickup JC Ismail K The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015 3 6 461 471 25995124
21. Renn BN Feliciano L Segal DL The bidirectional relationship of depression and diabetes: a systematic review *Clin Psychol Rev* 2011 31 8 1239 1246 21963669
22. Papelbaum M Moreira RO Coutinho W Depression, glycemic control and type 2 diabetes *Diabetol Metab Syndr* 2011 3 1 26 21978660
23. Pibernik-Okanovic M Peros K Szabo S Begic D Metelko Z Depression in Croatian type 2 diabetic patients: prevalence and risk factors. A Croatian survey from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium *Diabet Med* 2005 22 7 942 945 15975112
24. Bruce DG Nelson ME Mace JL Davis WA Davis TME Starkstein SE Apathy in older patients with type 2 diabetes *Am J Geriatr Psychiatry* 2015 23 6 615 621 25458810
25. Marin RS Biedrzycki RC Firinciogullari S Reliability and validity of the apathy evaluation scale *Psychiatry Res* 1991 38 2 143 162 1754629
26. Drivsholm T de Fine ON Nielsen AB Siersma V Symptoms, signs and complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients, and their relationship to glycaemia, blood pressure and weight *Diabetologia* 2005 48 2 210 214 15650820
27. Swardfager W Rosenblat JD Benlamri M McIntyre RS Mapping inflammation onto mood: inflammatory mediators of anhedonia *Neurosci Biobehav Rev* 2016 64 148 166 26915929

28. Park H Park C Quinn L Fritschi C Glucose control and fatigue in type 2 diabetes: the mediating roles of diabetes symptoms and distress J Adv Nurs 2015 71 7 1650 1660 25690988
29. Carter J Cogo-Moreira H Herrmann N Validity of the center for epidemiological studies Depression Scale in type 2 diabetes J Psychosom Res 2016 90 91 97 27772565
30. Fisher L Mullan JT Arean P Glasgow RE Hessler D Masharani U Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses Diabetes Care 2010 33 1 23 28 19837786
31. Sun JC Xu M Lu JL Associations of depression with impaired glucose regulation, newly diagnosed diabetes and previously diagnosed diabetes in Chinese adults Diabet Med 2015 32 7 935 943 25439630
32. Ismail K Moulton CD Winkley K The association of depressive symptoms and diabetes distress with glycaemic control and diabetes complications over 2 years in newly diagnosed type 2 diabetes: a prospective cohort study Diabetologia 2017 60 10 2092 2102 28776084
33. Goldberg D The heterogeneity of “major depression” World Psychiatry 2011 10 3 226 228 21991283
34. American Psychiatric Association DSM-V Washington, DC APA 2013
35. Fritschi C Quinn L Fatigue in patients with diabetes: a review J Psychosom Res 2010 69 1 33 41 20630261
36. Snoek FJ Bremmer MA Hermanns N Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal Lancet Diabetes Endocrinol 2015 3 6 450 460 25995123
37. Fisher L Skaff MM Mullan JT Arean P Glasgow R Masharani U A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes Diabet Med 2008 25 9 1096 1101 19183314
38. Fisher L Gonzalez JS Polonsky WH The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision Diabet Med 2014 31 7 764 772 24606397

Suisidal davranışın gender problemləri

N.E.Vahabov, B.M.Əsədov

Гендерные особенности суицидального поведения

Н.Э.Вагабов, Б.М.Асədов

GENDER CHARACTERISTICS OF SUICIDAL BEHAVIOR

N.E. Vagabov, B.M. Asadov

ATU-nin psixiatriya kafedrası
Кафедра психиатрии АМУ
Department of Psychiatry AMU

Актуальность проблемы. Самоубийство является серьезной медико-социальной проблемой, оказывающей существенное влияние на демографическую ситуацию в мире. Так, по данным ВОЗ, самоубийство относится к трем основным причинам смерти у лиц в возрасте 15-34 лет, что характерно как для обоих полов, так и для различных культур.

Материалы и методы исследования. Предметом нынешнего исследования было суицидальное поведение женщин, а предметом - самоубийство женщин. В эту группу вошли 480 женщин, совершивших самоубийство в 2010-2014 годах. Контрольную группу составили 961 человек, покончивших с собой за этот период.

Полученные результаты и их анализ. Наиболее характерными закономерностями распространения завершенных самоубийств среди женского населения Азербайджана являются: низкий уровень частоты по сравнению со среднемировыми показателями; частота самоубийств достигает пика среди людей в возрасте 21–30 лет; равномерное распределение суицидальной активности в течение года; более высокий уровень насилия в социальной группе трудоспособных безработных женщин; возросло использование самоповешения и отравления в целях самоубийства (две трети всех случаев). В отличие от мужчин, для женщин характерны: меньшая частота завершенных самоубийств (примерно в 2 раза); его тенденция к постепенному увеличению; более низкие показатели самоубийств среди людей трудоспособного возраста; более высокий уровень самоубийств среди безработных женщин; меньшее использование повешения как метода самоубийства и большее использование отравления.

Ключевые слова: завершённые самоубийства, женское население, распространённость, частота, методы самоубийства.

Relevance of the problem. Suicide is a serious medical and social problem that has a significant impact on the demographic situation in the world. So, according to WHO, suicide in 53 countries of the world with excellent statistics belongs to the three main causes of death in people aged 15-34 years, which is typical for both sexes and different cultures.

Research materials and methods. The subject of the current study was suicidal behavior of women, and the subject was suicide of women. This group included 480 women who committed suicide in 2010-2014. The control group consisted of 961 people who committed suicide during this period.

Results obtained and their analysis. The most characteristic patterns of the spread of completed suicides among the female population of Azerbaijan are: low frequency compared to the world average; suicide rates peak among people aged 21-30; uniform distribution of suicidal activity throughout the year; higher levels of violence in the social group of able-bodied unemployed women; the use of self-hanging and poisoning for suicide has increased (two-thirds of all cases); in most cases, alcohol intoxication is absent at the time of suicidal acts. Unlike men, women are characterized by: a lower frequency of completed suicides (about 2 times); its tendency to gradually increase; lower suicide rates among working-age people; higher suicide rates among unemployed women; reducing the proportion of people committing suicide while intoxicated; less use of hanging as a method of suicide and more use of poisoning.

Keywords: completed suicides, female population, prevalence, frequency, suicide methods.

Problemin aktuallığı. İntihar dünyada demoqrafik vəziyyətə mühüm təsir göstərən ciddi tibbi-sosial problemdir. Belə ki, ÜST-nin məlumatına görə, dünyanın mükəmməl statistikaya malik 53 ölkəsində intihar 15-34 yaşlı şəxslərdə ölümün üç əsas səbəbinə aiddir ki, bu da həm hər iki cins üçün, həm də müxtəlif mədəniyyətlər üçün xarakterdir [1]. Suisidologiya sahəsində tədqiqatların sayının getdikcə artmasına baxmayaraq, intihar profilaktikasının mövcud olan metodları kifayət qədər effektiv deyildir [2, 3] ki, bu da onların təkmilləşməsi zərurətini yaradır. Bu məsələnin həll edilməsinə yanaşmalardan biri suisidologiyanın profilaktikasının gender cəhətdən fərqli metodlarının işlənilib hazırlanması ola bilər.

Bu, müxtəlif cinslərin nümayəndələrində suisidal davranış xüsusiyyətlərindəki mühüm fərqlərin olması ilə əlaqədardır. Bu fərqlər suisidlərin yayılma dərəcəsinə, suisidal risk amillərinə [4; 5; 6; 7], suisidal davranışın bilavasitə təzahürlərinə [8; 9; 10; 11] aiddir. Göstərilən fərqlərin mövcud olması belə güman etməyə əsas verir ki, hər bir cinsin nümayəndələrində suisidal davranışın öz qanunauyğunluqları var, intiharın profilaktikası isə onların

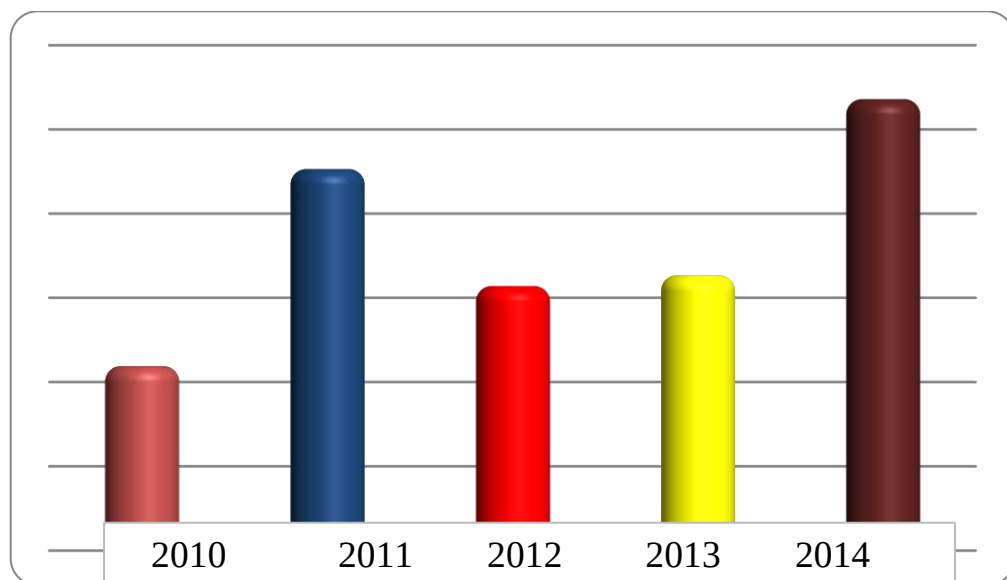
gender xüsusiyyətləri nəzərə alındıqda və cinsə görə fərqli yanaşmalar işlənib hazırlandıqda daha effektiv ola bilər.

Tədqiqatın material və metodları. Hazırkı tədqiqatın predmeti qadınların suicidal davranışı, obyekt isə intihar etmiş qadınlar olmuşdur. Bu qrupa 2010-2014-cü illərdə intihar etmiş 480 qadın daxil olmuşdur. Kontrol qrupunu isə həmin müddətdə intihar etmiş 961 kişi təşkil etmişdir. Onlar haqqında məlumatlar Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Məhkəmə-psixiatriya ekspertizaları Mərkəzində, Gəncə şəhər Psixonevroloji dispanserində və Azərbaycan Respublikası Ədliyyə Nazirliyinin Məhkəmə ekspertizaları mərkəzinin Məhkəmə-psixoloji ekspertizalar şöbəsində aparılmış ölümdən sonrakı məhkəmə-psixiatrik və məhkəmə-psixoloji ekspertizaların rəylərin təhlili nəticəsində alınmışdır.

Bu təhlil qadınlar arasında başa çatmış suicidalərin yayılma dərəcəsini öyrənmək üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Alınmış nəticələr və onların təhlili. Tədqiqat dövründə (2010-2014-cü illər) ölümdən sonrakı ekspertiza materiallarına görə Azərbaycanda 1441 intihar hadisəsi qeydə alınmışdır. Onlardan 480-ni qadınlar, 961-ni kişilər törətmişdir. Beləliklə, bir qadın suicidalə orta hesabla 2 kişi suicidalə düşmüşdür ki, bu da qadın və kişi intiharlarının say nisbəti barədə ədəbiyyat məlumatlarından bir qədər fərqlənir - bir qadın suicidalə 3-dən 8-ə qədər kişi suicidalə [8, 11, 24, 29, 40, 64, 75, 91]. Qadınlar arasında başa çatmış suicidalərin tezliyi 100 000 qadına görə 2010-cu ildə 1,36, 2011-ci ildə 1,2, 2012-ci ildə 1,93, 2013-cü ildə 2,67, 2014-cü ildə 2,61 təşkil etmişdir. Bu rəqəmlər dünya üzrə orta göstəricilərdən bir neçə dəfə aşağıdır [13].

Azərbaycan Respublikasının kişi əhalisi arasında suicidalərin tezliyi 2010-cu ildə 4,20, 2011-ci ildə 3,56, 2012-ci ildə 4,33, 2013-cü ildə 5,60, 2014-cü ildə 2,31 təşkil etmişdir. Bu rəqəmlərdən görünür ki, bütün tədqiqat dövrü müddətində qadınlar arasında intiharların tezliyi kişilərə nisbətən 2-3 dəfə aşağı olmuş, yalnız 2014-cü ildə başa çatmış suicidalərin göstəricisi həm qadınlar, həm də kişilər arasında təqribən eyni olmuşdur. Bununla yanaşı, əhalinin qadın hissəsində intihardan ölüm göstəricisinin tədricən artma meyli diqqəti cəlb edir (şəkil 1).

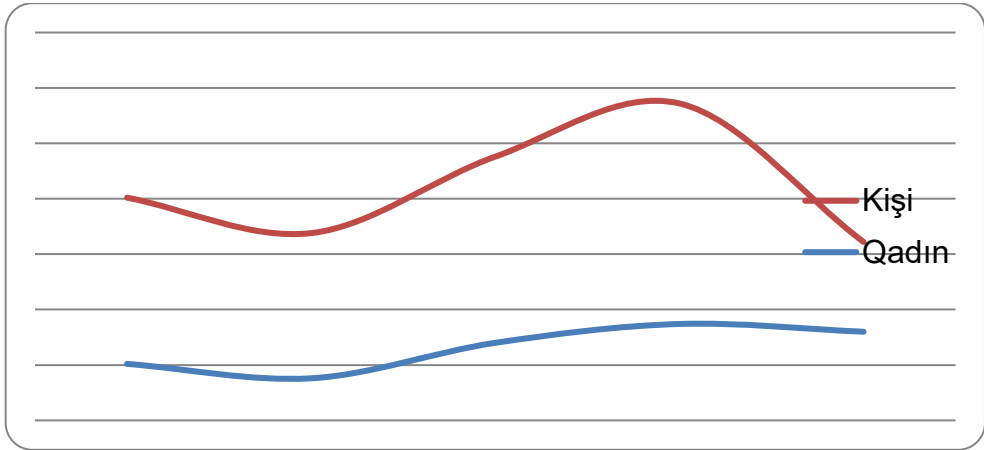


Şəkil 1. Azərbaycanda 2010-2014-cü illərdə qadınlar arasında başa çatmış suisidlərin dinamikası

Bu meyl kişilər arasında analoji göstəricinin dalğavari dəyişməsi fonunda özünü xüsusilə aydın göstərir.

Respublikada yaşayan əmək qabiliyyətli yaşda olan qadınlar arasında başa çatmış suisidlərin tezliyi 100 000 müvafiq əhaliyə görə 2010-cu ildə 1,46, 2011-ci ildə 1,09, 2012-ci ildə 2,01, 2013-cü ildə 2,49, 2014-cü ildə 2,29 təşkil etmişdir. Bu rəqəmlər göstərir ki, əmək qabiliyyətli yaşda olan qadınlar arasında suisidlərdən ölümün səviyyəsi bütövlükdə qadın əhalisi arasında olduğundan bir qədər aşağıdır. əmək qabiliyyətli yaşda olan kişilər arasında başa çatmış suisidlərin tezliyi 2010-cu ildə 5,99, 2011-ci ildə 5,07, 2012-ci ildə 6,17, 2013-cü ildə 7,98, 2014-cü ildə 3,29 təşkil etmişdir. Yəni, kişilər arasında suisidlərdən ölüm səviyyəsi əmək qabiliyyətli yaşda əksinə, bütövlükdə kişilər arasında olduğundan yüksək olmuşdur. Beləliklə, qadınlarda nəzərdən keçirilən göstəriciyə görə mənzərə kişilərdə olduğundan fərqli olmuşdur, belə ki, onlarda suisidal aktivliyin səviyyəsi əmək qabiliyyətli yaşda artmır, əksinə, bir qədər azalır. Eyni zamanda, o da diqqəti cəlb edir ki, bütövlükdə qadın əhalisi arasında olduğu kimi əmək qabiliyyətli yaşda olan qadınlar arasında tədqiqat dövrü müddətində başa çatmış suisidlərin tezliyinin artması da qeyd olunmuşdur; 2014-cü il istisna təşkil etmişdir ki, bu zaman bu göstəricinin azalması qeyd

olunmuşdur. Belə tendensiya analoji kişi kateqoriyası arasında da müşahidə olunmuşdur (şəkil 2).



Şəkil 2. Azərbaycanda 2010-2014-cü illərdə əmək qabiliyyətli əhali arasında intiharların tezliyi

Tədqiqat dövrü ərzində Azərbaycan sakinləri tərəfindən törədilən bütün suisidlər arasında qadın suisidlərinin payının artması meylini də qeyd etmək lazımdır; belə ki, bu pay 2010-cu ildə 21,9%, 2011-ci ildə 45,3%, 2012-ci ildə 31,4%, 2013-cü ildə 32,7%, 2014-cü ildə isə artıq 53,6% təşkil etmişdir. Beləliklə, bütün yuxarıda göstərilən nəticələr qadınlar arasında suicidal vəziyyətin meylinin pisləşməyə doğru olduğunu göstərir, halbuki kişilər arasında əksinə, onun bir qədər yaxşılaşmaya doğru meyli müşahidə olunur. Bu fakt, şübhəsiz ki, qadın əhalisi arasında demoqrafik vəziyyətin gələcək proqnozu üçün təhlükə yaratmaya bilməz. Bundan başqa, bu həm də onu göstərir ki, əhəlinin suicidal aktivliyinə təsir edən amillər müəyyən dərəcədə müxtəlif cinslərin nümayəndələri üçün fərqlidir.

Qadın suisidlərinin ilin fəsiləri üzrə paylanmasının öyrənilməsi göstərmişdir ki, tədqiqat dövrü müddətində o, praktik olaraq bərabər olmuşdur, yalnız yazda və yayda suisidlərin göstəriciləri bir qədər yüksək olmuşdur (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

İntihar etmiş qadınların ilin fəsilləri üzrə bölünməsi

İlin fəsilləri	İntiharların illər üzrə sayı									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%
Yaz	23	34,3	22	37,3	36	37,9	35	26,7	36	28,1
Yay	17	25,4	15	25,4	21	22,1	43	32,8	43	33,6
Payız	13	19,4	9	15,3	21	22,1	31	23,7	25	19,5
Qış	14	20,9	13	22,0	17	17,9	22	16,8	24	18,8
Cəmi	67	100	59	100	95	100	131	100	128	100

Bununla o, kişilərdə olduğundan xeyli fərqlənir, belə ki, kişilər üçün suisidal aktivliyin qış aylarında enməsi və yazda artması şəklində nəzərəcarpacaq dərəcədə mövsümi dəyişməsi xarakter olmuşdur (cədvəl 2). Əsas və kontrol qrupları arasında ilin hər bir fəslə üzrə ayrılıqda suisidlərin miqdarında fərqlər statistik cəhətdən etibarlı olmasa da, ümumilikdə suisidal aktivliyin mövsumi paylanması xarakteri qadın və kişi əhalisi arasında şübhəsiz ki, fərqlənir.

Beləliklə, qadın suisidlərinin mövsumi paylanması ümumi populyasiya üzrə ədəbiyyat məlumatlarına uyğun gəlmir; bu məlumatlara görə, intiharların sayı yaz-yay dövrlərində artır, payız-qış dövrlərində azalır [7, 12, 15, 16].

Cədvəl 2.

İntihar etmiş kişilərin ilin fəsilləri üzrə bölünməsi

İlin fəsilləri	İntiharların illər üzrə sayı									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%
Yaz	42	20,7	36	21,1	44	21,2	39	14,5	21	18,9
Yay	52	25,8	36	21,1	62	29,8	92	34,2	28	25,2
Payız	51	25,3	32	18,6	46	22,1	63	23,4	25	22,6
Qış	57	28,2	67	39,2	56	26,9	75	27,9	37	33,3
Cəmi	202	100	171	100	208	100	269	100	111	100

Azərbaycan əhalisinin müxtəlif yaş qruplarında başa çatmış suisidlərin orta tezliyinin təhlili göstərir ki, qadınlar arasında intiharların ən böyük tezliyi 21-30

yaşlarında qeyd olunmuş, sonrakı yaşlarda azalmış, 60-dan yuxarı yaşlarda yenidən artmışdır (cədvəl 3). Bu nəticə ədəbiyyatda olan məlumatlardan fərqlənir [6, 10, 17, 64, 69].

Cədvəl 3.

İntihar etmiş qadınların yaş üzrə bölünməsi

Yaş qrupları	İntiharların illər üzrə sayı									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%
10-20	6	8,9	11	18,6	13	17,7	34	25,9	28	21,9
21-30	19	28,3	18	30,5	23	24,2	39	29,8	29	22,7
31-40	10	14,9	8	13,6	17	17,8	16	12,2	15	11,7
41-50	15	22,4	5	8,6	21	22,1	12	9,2	17	13,2
51-60	7	10,6	7	11,8	10	10,6	10	7,6	19	14,8
60-dan yuxarı	10	14,9	10	16,9	12	12,6	20	15,3	20	15,7
Cəmi	67	100	59	100	95	100	131	100	128	100

Diqqəti cəlb edən odur ki, qadınlar arasında intiharların tezliyi bütün yaş qruplarında kişilərin müvafiq göstəricilərindən nəzərəcarpacaq dərəcədə aşağı olmuşdur ki, bu da ümumilikdə kişi populyasiyasında başa çatmış suisidlərin tezliyinin xeyli yüksək olması ilə izah olunur. Bununla yanaşı kişilər arasında, həmçinin qadınlar arasında suisidlərin tezliyi yaş artdıqca artır, lakin əgər qadınlarda bu göstəricinin zirvəsi 21-30 yaş qrupuna düşürsə, kişilərdə onun maksimal tezliyi 41-50 yaşlarda qeyd olunur. Eyni zamanda 60 yaşdan yuxarı kişilər arasında suisidlərin tezliyi eyni yaşlı qadınlarla müqayisədə nəzərəcarpacaq dərəcədə aşağıdır (cədvəl 4). Bu fərq olduqca mühüm fakt olub, dolayı yolla yaşı 60-dan yuxarı olan qadınların həyat şəraitinin daha ağır olduğunu göstərir.

Baş çatmış suisidlər törətmiş bütün qadınlardan yalnız 6 nəfər (1,25%) alkoqol və ya narkotik sərxoşluğu vəziyyətində intihar etmişdir. Bu, kişilərin müvafiq göstəricilərindən təqribən 6 dəfə azdır, belə ki, kişilər arasında 70 nəfər (7,3%) suisid həyata keçirmə anında alkoqol və ya narkotik sərxoşluğu vəziyyətində olmuşdur.

Cədvəl 4.

İntihar etmiş kişilərin yaş üzrə bölünməsi

Yaş qrupları	İntiharların illər üzrə sayı									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%
10-20	27	13,4	18	10,5	22	10,6	38	14,1	16	14,4
21-30	42	20,8	35	20,5	47	22,6	40	14,8	22	19,8
31-40	29	14,4	32	18,7	38	18,2	37	13,7	18	16,2
41-50	51	25,2	46	26,9	52	25,0	79	29,4	25	22,5
51-60	28	13,8	18	10,5	31	14,9	43	15,9	16	14,4
60-dan yuxarı	25	12,4	22	12,9	18	8,7	32	12,1	14	12,7
Cəmi	202	100	171	100	208	100	269	100	111	100

Qeyd olunan fərq statistik cəhətdən dürüstdür ($p < 0,001$). Buradan belə nəticə çıxır ki, qadınlar intihar həyata keçirmə anında kişilərə nisbətən daha az alkoqol sərxoşluğu vəziyyətində olurlar. Bu fakt ümumiyyətlə, qadınlar arasında alkoqollaşmanın kişilərlə müqayisədə daha az yayılması ilə izah oluna bilər.

Başa çatmış suisidlər edən qadınların intihar üsulları arasında ən çox seçiləni özünü asmadır – 58,9% (cədvəl 5).

Cədvəl 5.

İntihar etmiş qadınların intihar üsulları üzrə bölünməsi

İntihar üsulu	İntiharların illər üzrə sayı									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%	müt.rəq.	%
Asma	36	53,9	35	59,2	51	53,5	81	61,8	80	62,5
Zəhərlənmə	6	8,9	11	18,6	11	11,7	18	13,7	17	13,3
Hündürlükdən tullanma	6	8,9	5	8,5	15	15,6	13	9,9	16	12,5
Yandırma	9	13,5	3	5,2	5	5,3	7	5,3	7	5,4
Suda boğulma	7	10,6	5	8,5	11	11,7	7	5,3	6	4,7
Bıçaqlanma	2	2,8	-	-	-	-	2	1,5	2	1,6
Qatar altına atılma	1	1,4	-	-	-	-	2	1,5	-	-

Özünü odlu silahla vurma	-	-	-	-	2	2,2	1	0,8	-	-
Cəmi	67	100	59	100	95	100	131	99,8	128	100

Tezliyinə görə ikinci yerdə zəhərlənmə olmuşdur (13,1%). Ən az hallarda hündürlükdən yıxılmadan (11,4%), özünü yandırmadan (6,5%), suda boğulmadan (7,5%) istifadə edilmişdir. Tədqiqat qrupunun nümayəndələri suisidin digər üsullarına olduqca az-az hallarda əl atmışdır. Kontrol qrupla müqayisə zamanı aşkar olunmuşdur ki, suisident qadınlar analoji kişi kateqoriyasına nisbətən suisidin asma və zəhərlənmə üsullarından daha çox istifadə etmişdir (hər iki halda $p < 0,001$). Bu fərq suisidin “yüngül” üsullarına qadınların daha çox meyli olması barədə ədəbiyyat məlumatlarına uyğun gəlir [83, 84, 85]. Bu xüsusiyyət, görünür, o faktla da izah olunur ki, qadınlar suisidin deşib-keçici, doğrayıcı-kəsici zədələnmələr və odlu silah yaraları kimi şikəstedici üsullarına qətiyyənlə əl atmırlar, halbuki kişi suisidləri arasında suisidin bu cür halları kifayət qədər böyük yer tutur (cədvəl 6).

Cədvəl 6.

İntihar etmiş kişilərin intihar üsulları üzrə bölünməsi

İntihar üsulu	İntiharların illər üzrə sayı									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	müt. rəq.	%	müt. rəq.	%	müt. rəq.	%	müt. rəq.	%	müt. rəq.	%
Asma	143	70,8	120	70,3	138	66,3	180	66,9	80	72,1
Özünü odlu silahla vurma	19	9,4	18	10,6	24	11,5	27	10,2	10	9,0
Ülgüclə damarını kəsmə	9	4,4	4	2,3	4	1,9	6	2,2	4	3,6
Yandırma	5	2,8	5	2,9	12	5,1	10	3,7	-	-
Suda boğulma	8	3,9	10	5,9	14	6,7	9	3,3	6	5,4
Hündürlükdən tullanma	8	3,9	4	2,3	3	1,4	18	6,7	2	1,8
Zəhərlənmə	3	1,4	5	2,9	7	3,4	12	4,4	6	5,4
Bıçaqlanma	4	1,9	4	2,3	5	2,5	5	1,8	2	1,8
Qatar altına atılma	2	0,9	1	0,5	-	-	2	0,8	1	0,9

Elektriklə özünü vurma	-	-	-	-	1	0,5	-	-	-	-
Cəmi	202	100	171	100	208	100	269	100	111	100

İntihardan ölmüş bütün qadınların yalnız 16,1%-i sağlığında psixonevroloji dispanserdə müalicə olmuşdur. Həm də qadın cinsindən olan suisidentlər arasında əvvəllər psixiatrların müşahidəsində olanların payı kişi suisidentlər arasında olanlardan (23,6%) təqribən 1,5 dəfə azdır. Fərq statistik cəhətdən dürüstdür ($p < 0,05$). Eyni zamanda psixoaktiv maddələrdən asılılığa görə sağlığında 7 suisident qadın (3,9%) narkoloji dispanserdə qeydiyyatda olmuşdur. Tədqiq olunanlar arasında narkoloqların müşahidəsində olan şəxslərin payı, əksinə, kontrol qrupa nisbətən 9 dəfə aşağı olmuşdur, belə ki, kontrol qrupda sağlığında 68 nəfər (30,1%) narkoloji dispanserdə qeydiyyatda olmuşdur. Hazırkı halda kişilər və qadınlar arasında aşkar olunan fərq statistik cəhətdən etibarlı olduğuna görə ($p < 0,05$) belə deməyə əsas verir ki, intihardan ölmüş qadınlar arasında narkoloji patologiyanın yayılma dərəcəsi analoji kişi kateqoriyası ilə müqayisədə xeyli aşağıdır.

Biz başa çatmış suisidlərin yayılmasını Azərbaycanın regionları üzrə də öyrənmişik (cədvəl 7).

Cədvəl 7.

Azərbaycanın regionları üzrə intiharların yayılması

	Qadın		Kişi		Fərqin dürüslüyü	
	müt.	%	müt.	%	X ²	P
Bakı ş.	124	25,8	317	32,99	7,379	<0,01
Sumqayıt-Quba regionu	69	14,4	159	16,5	1,301	>0,05
Gəncə-Qazax regionu	112	23,3	137	14,3	17,82	<0,001
Ələt-Lerik regionu	67	14,0	123	12,8	0,281	>0,05
Şamaxı-Qax regionu	58	12,1	114	11,9	0,001	>0,05
Aran zonası	50	10,4	111	11,6	0,537	>0,05
Cəmi	480	100	961	100	-	-

Cədvəldən görünür ki, qadınlar arasında başa çatmış suisidlərin yayılmasına görə Azərbaycanın ən problemli regionları Bakı şəhəri və Gəncə-Qazax zonası (müvafiq olaraq 25,5% və 23,3%), ən az problemli isə Aran

zonasıdır (10,4%). Analoji göstəriciləri kişilər arasında başa çatmış suisidlərlə müqayisə etdikdə qeyd olunur ki, kişilər arasında başa çatmış suisidlər Bakı şəhəri sakinləri tərəfindən dürüst surətdə daha çox (32,9%, $p<0,05$), Gəncə-Qazax zonasının sakinləri tərəfindən isə dürüst surətdə daha az (14,3%, $p<0,05$) həyata keçirilmişdir. Digər regionlar üzrə dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir.

Beləliklə, Azərbaycanın qadın əhalisi arasında başa çatmış suisidlərin yayılmasının ən xarakter qanunauyğunluqları bunlardır: orta dünya göstəriciləri ilə müqayisədə tezliyin aşağı səviyyəsi; intiharların tezliyinin 21-30 yaşlı şəxslərdə zirvəyə çatması; suicidal aktivliyin il ərzində bərabər paylanması; əmək qabiliyyətli işləməyən qadınlar sosial qruplarında suisidlərin daha yüksək səviyyəsi; intihar məqsədilə özünü asma və zəhərlənmədən daha çox istifadə edilməsi (bütün hadisələrin üçdə iki hissəsi); əksər hallarda suicidal hərəkətlər törətmə anında alkoqol sərxoşluğunun olmaması. Bununla yanaşı, intihardan ölən bütün qadınların yalnız altıda bir hissəsinin sağlığında psixonevroloji, təqribən 4%-nin isə narkoloji dispanserlərdə qeydiyyatda olması müşahidə edilmişdir.

Kişilərdən fərqli olaraq, qadınlar üçün aşağıdakılar xarakterdir: başa çatmış suisidlərin tezliyinin daha az olması (təxminən 2 dəfə); onun tədricən artmağa meyilli olması; əmək qabiliyyətli yaşlarda intiharların daha aşağı səviyyəsi; işləməyən qadınlar arasında suisidlərin tezliyinin göstəricilərinin daha yüksək səviyyəsi; alkoqol sərxoşluğu vəziyyətində intihar həyata keçirən şəxslərin payının daha az olması; intihar üsulu kimi özünü asmadan daha az, zəhərlənmədən daha çox istifadə edilməsi; sağlığında psixonevroloji dispanserdə nəzarətdə olmanın daha yüksək və narkoloji dispanserdə nəzarətdə olmanın daha aşağı tezliyi.

ƏDƏBİYYAT

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание - новые надежды. — ВОЗ, 2001. — 216с.
2. Gunnell D., Middleton N., Whitley E., Dorling D., Frankel S. Influence of cohort effects on patterns of suicide in England and Wales, 1950-1999 // Br. J. Psychiatry. - 2003. - Vol. 182, N Feb. - P. 164 - 170.

3. Gunnell D., Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention // *The British Journal of Psychiatry*. - 2005. — Vol. 187, Sep.-P. 206-208.
4. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior // *J. Ment. Health Policy Econ.* - 2007. - Vol. 10, N 4. - P: 177 - 187.
5. Makinen I.H., Wasserman D. Some social dimensions of suicide // *Suicide - An unnecessary death*. — London, 2001. - P. 101 — 108.
6. Qin P., Agerbo E., Westergaard-Nielsen N. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark // *British Journal of Psychiatry*. - 2000. - Vol. 177. - P. 546-550.
7. Rezalian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000 // *East. Mediterr. Health J.* - 2007. - Vol. 13, N 4. - P. 953 - 960.
8. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М.: «Когито-центр», 2005. — 376 с.
9. Canetto S.S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis // *Am. J. Orthopsychiatry*. - 2008. - Vol. 78, N 2. - P. 259 - 266.
10. Hawton K., Harriss L., Simkin S., Bale E., Bond A. Self-Cutting: Patient Characteristics Compared with Self-Poisoners // *Suicide Life Treat. Behav.* -2004. - Vol. 34, N 3. - P. 199 - 208.
11. Roy A., Janal M. Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? // *Suicide and Life Threatening Behavior*. - 2006. - Vol. 36, N 3. - P. 329 - 335.

Orqanizmin psixoenergetik və hipoksik statusunda melatonin mitoxondrinin qarşılıqlı təsirinin rolu

R. Axundov¹, İ. Ağayev², O. İsayev¹, N. Quliyeva³

Взаимосвязь мелатонина и митохондрий, их роль в психоэнергетическом и гипоксическом статусе организма.

Р. Ахундов¹, И. Агаев², О. Исаев¹, Н. Гулиева³.

The role of melatonin-mitochondrion interaction in the psychoenergetic and hypoxic state of the organism

R. Akhundov¹, I. Aqayev², O. Isayev¹, N. Quliyeva³

Azərbaycan Tibb Universitetinin

Азербайджанский медицинский университет.

Azerbaijan Medical University.

E-mail: axundovramiz1942@gmail.ru

Мелатонин, эндогенный индоламин - уникальный гормон и хронобиотик, синхронизирующий эндогенные циркадные ритмы организма, его физиологию и поведение в окружающей среде. Именно это вещество поддерживают функцию специализированных энергетических клеточных элементов – митохондрий, которые отвечают за термогенез, дыхательный процесс и окисление и в конечном счете за нарушение регуляции дыхания, в том числе возникновение гипоксии.

Ключевые слова: мелатонин, митохондрии, термогенез, гипоксия

Melatonin, an endogenous indoleamine, is rare hormone and chronobiotic that synchronizes the endogenous circadian rhythm of the body, its physiology and behavior in the environment. It is this substance that maintains the function of special energetic cell elements-mitochondria, which are responsible for thermogenesis, the respiratory process an oxidation, as a result of which respiratory dysregulation occurs, as well as hypoxia.

Key words: melatonin, mitochondria, thermogenesis, hypoxia

Məlumdur ki, hipoksik vəziyyətlərin baş verməsi üçün əsas amil hüceyrəyə xarici mühitdən oksigen gətirilməsinin defisitidir, hansı ki, o, burada enerjinin aerob əmələ gəlməsi reaksiyalarında iştirak edir, yəni mitoxondrial tənəffüs zəncirinin terminal fermenti sitoxromoksidazanın və tənəffüs zəncirinin digər ferment komplekslərinin, o cümlədən suksinatoksidaza kompleksinin substratıdır [1]. Müəyyən şəraitdə oksigen defisiti enerjinin aerob əmələ gəlməsinin məhdudlaşmasına, ya da tamamilə kəsilməsinə gətirib çıxarır. Dəqiq məlumdur ki, hipoksiyanın müxtəlif formaları zamanı mikroerqlərin (ATF və kreatinfosfatın) səviyyəsinin azalması baş verir ki, bu da hipoksiyanın əsas amillərindən biri hesab olunur. Beləliklə, yayılmış hipoksiya oksigen çatışmazlığının müxtəlif formaları zamanı inkişaf edən mürəkkəb çoxfazlı prosesdir. Onun əsasında mitoxondrial ferment komplekslərinin xassələrinin ardıcıl dəyişməsi durur ki, bu da tənəffüs zəncirinin bioenergetik funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır, onlar substrat sahədə başlayır və onun terminal sahəsinə yayılır [2].

Hipoksiyanın tənzim olunması prosesində mühüm rol mitoxondrilərin əmələ gəlməsinə bilavasitə təsir göstərən melatonin hormonuna məxsusdur. Melatonin, endogen indolamin (melatonin, N-acetyl-5-methoxy-tryptamine) orqanizmin endogen sirkad ritmini, onun fiziologiyasını və ətraf mühitlə davranışını sinxronlaşdıran nadir hormon və xronobiotikdir. Məhz bu maddə tənəffüs tənziminin pozulmasına, o cümlədən hipoksiyanın yaranmasına cavabdeh olan ixtisaslaşmış hüceyrə elementlərinin mitoxondrilərin funksiyasını saxlayır [3]. Melatonin bakteriyalardan başlayaraq bütün canlı orqanizmlərdə olan hormondur. Melatonin güclü antioksidantdır. Onun sayəsində hüceyrə atrofiyası baş vermir, toksinlər zərərsizləşir, sinir sisteminin hüceyrələri zədələnmir. Melatonin hormon olaraq hüceyrə 2 membranından asan keçir və mitoxondrilərdə yüksək qatılıqda toplanaraq onların funksional vəziyyətini yaxşılaşdırır [4].

Mitoxondrilər spesifik hüceyrələr olub, əsas funksiyası üzvi birləşmələrin oksidləşməsi və onların parçalanması zamanı azad olan enerjiden elektrik potensialının əmələ gəlməsi, ATF və termogenezin sintezi üçün istifadə edilməsidir [5]. Bu üç proses elektronların daxili membran zülallarının elektron-nəqliyyat zənciri boyunca hərəkəti hesabına həyata keçir [6]. Mitoxondriləri hüceyrələrin energetik stansiyaları adlandırırlar, belə ki, bu strukturlar istənilən hüceyrə prosesləri üçün universal enerji mənbəyi olan adenozintrifosfat turşusunun (ATF) molekullarını hasil edirlər [7]. Xüsusilə, ATF əzələ liflərinin yığılması və boşalması üçün lazımdır. Ona görə də, mitoxondrial funksiyaların pozuntusu ürək pa-

tologiyalarının inkişafına gətirib çıxarır. Ürək çatışmazlığı olan pasiyentlərdə ATF-nin sintezi üçün vacib olan mitoxondrial potensial azalır, oksigenin aktiv formalarının böyük həcmi əmələ gəlir, mitoxondrilər kalsiumla yüklənir və şişir. Bu ona gətirib çıxarır ki, mitoxondrial membranlar dağılır, mitoxondrilər və onların da ardınca hüceyrələr məhv olur [8].

Antioksidant olan melatonin isə mitoxondrilərin funksiyasına müsbət təsir göstərir və ürək çatışmazlığı zamanı ürəyin mühafizəsində mühüm rol oynayır [9]. O, faktiki olaraq yeganə antioksidantdır ki, hüceyrə daxilinə, yəni mitoxondrilərə daxil ola bilir. Melatonin hüceyrələrin dağılmış hissələrinin utilləşməsini tənzim edir və zədələnmələri bərpa edir [10].

Məlumdur ki, melatonin sayəsində insan kifayət qədər dərin, tez və fasiləsiz yuxuya gedir (əsasən axşam saat 11-dən gecə 2-yə qədər ifraz olunur) [11]. Cəmiyyətin müasir urbanizasiya həyat tərzı və sənayedə istehsal prosesləri gecə vaxtı süni işıqlandırmanın olmasından birbaşa asılıdır və bura elektron qurğuların geniş istifadəsi daxildir ki, onların da ekranı göy spektrli işıq şüalandırır. Gecə saatlarında işıqlandırmanın olması orqanizmdə melatonin sekresiyasının başlanmasını ləngidir və onun zirvəsini aşağı salır, xronik hipomelatoninemiya yaradır [12,13]. Hipomelatoninemiya onun yaratdığı yuxu pozuntusu, qida hərəkəti, karbohidrat və piy mübadiləsinin pozulmaları ilə birlikdə “XXI əsrin qeyri infeksiya epidemiyasının” – ekzogen-konstitusional piylənmənin əsas səbəblərindən biridir. Bu nəzərə alınmaqla ekzogen-konstitusional piylənməsi olan şəxslərdə hipomelatoninemiyanın korreksiyası üçün melatonin preparatlarından istifadə edilməsi çox perspektivli ola bilər. Bu cür preparatların effektivliyi in vitro və canlı modellərdə təcrübələrdə dəfələrlə göstərilmişdir, melatonin preparatının insanda bədən çəkisinin azalmasına və insulina rezistentliyə təsiri barədə də məlumatlar vardır [14].

Müasir dövrdə müəyyən edilmişdir ki, melatonin sərbəst radikalların səviyyəsinin azalması və apoptotik 3 zülalların və lipidlərin peroksid oksidləşməsi məhsullarının tükənməsi yolu ilə keratinositlərin yaşama qabiliyyətinin artması və apoptozunun azalması hesabına qocalmanı ləngidən yüksək effektiv hormonudur [15].

2017-ci ildə ilk dəfə olaraq MT-2-reseptor vasitəsilə adipogen molekulların ekspressiyasının artması yolu ilə preadipositlərin böyük damcıları olan lipidlərlə adipositlərə təbəqələşməsinə stimullaşdırıcı təsiri sübut olunmuşdur. Bundan əlavə, melatonin MT2-reseptor vasitəsilə lipolitik və antioksidant mole-

kulların ekspressiyasının tənzimini artırmaq yolu ilə lipolizi gücləndirir və ROS-in hüceyrədaxili səviyyəsini aşağı salır. Özünün antioksidant xassələrinə görə melatonin dərinin UB-şüalarla zədələnməsinə qarşı müdafiə amili kimi fəaliyyət göstərə bilər. Belə ki, klinik məlumatlar göstərmişdir ki, hormon bilavasitə UB-şüalanma sahəsində günəş şüalarının törətdiyi zədələnmələrin qarşısını almağa qadirdir. Aparılan tədqiqatlara görə, melatonin poliaminin əmələ gəlməsinin, malon dialdehidinin toplanmasının qarşısını almaqla və onların apoptozunu azaltmaqla dəridə fibroblastların həyat qabiliyyətini artırır.

Bu müəlliflər müəyyən etmişdir ki, UB-süaların təsirinə məruz qalmış fibroblastların yaşama qabiliyyəti cəmi 56% təşkil edir, halbuki əvvəlcədən 1 HM melatonin məhlulu ilə inkubasiya olunmuş hüceyrələrdə bu göstərici 92,50%-ə qədər artır (!). Müəlliflər həmçinin bu hüceyrələrin kulturasında peroksid oksidləşməsinin azalmasını qeyd etmişlər. Hormon hüceyrələri UB vasitəli apoptozdan qorumaqla onların yaşama qabiliyyətini təmin etmişdir. Əvvələr könnüllülər üzərində aparılan klinik tədqiqatların nəticələri göstərmişdir ki, UB-nin təsirinə qədər melatonindən yerli istifadə edilməsi (günəş spektrinin 290-390 HM dalğa uzunluğu diapazonunda) UB-eritemanın baş verməsini sakitləşdirmişdir. Sübut olunmuşdur ki, melatonin dərinin UB-induksiya olmuş fotocavanlaşmasının həyata keçməsində iştirak edən genlərin ekspressiyasının tənzim olunmasını azaldan əhəmiyyətli rolunda çıxış edir. Belə genlərə 3-cü tip A1 aldehiddehidrogenaza geni, interstisial kollagenaza geni (MMP-1), stromelizin 1 geni (MMP-3) və ya stromelizin 2 geni (MMP-10) aiddir [16].

O da sübut olunmuşdur ki, melatoninin fotobioloji pozuntulara qarşı müdafiə effektləri onun güclü antioksidant xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır. Belə ki, o daha yüksək bərpa potensialına malikdir, nəinki məsələn vitamin C və sərbəst radikalların daha güclü uducusudur. Bu, UB-nin təsiri altında əmələ gələn sərbəst radikalların miqdarının azaldılması üçün melatoninergik antioksidləşdirici kaskad çox effektivdir. 2008-ci ildə bir sıra müəlliflər öz tədqiqatlarında müəyyən etmişlər ki, keratinositlərdə UB-induksiya olmuş DNT fraqmentasiya onların əvvəlcədən melatonin məhlulu ilə işlənməsindən sonra xeyli azalmışdır. Belə ki, melatoninin endogen dəridaxili hazırlanması istifadə olunan ekzogen 4 melatoninin və ya onun metabolitləri ilə birlikdə dərinin UB zədələnmələri əleyhinə ən güclü antioksidant müdafiə sistemlərindən biridir [17].

Madam ki, melatonin, yuxarıda deyildiyi kimi, hidrosil radikallarının yüksək effektiv akseptorudur, o, ionlaşdırıcı radiasiya tərəfindən yaranan zədə-

lənmlərə qarşı da effektiv təsirə qadirdir. İlk dəfə müəyyən edilmişdir ki, melatonin ionlaşdırıcı şüalanmadan əvvəl peroral melatonin qəbul etmiş (300 mq) sağlam insanların qanından alınmış şüalanmış limfositlərdə, həmçinin əvvəlcədən melatonin məhlulu ilə *in vitro* inkubasiya olunmuş (2 pımol) limfositlərdə xromosom aberrasiyalarının və mikronüvələrin əmələ gəlməsini ləngidir.

2001-ci ildə bir sıra müəlliflər öz eksperimentlərində fibroblast kulturasını ionlaşdırıcı radiasiyanın (8 qr) təsirinə məruz qoymuşdur. Bu zaman hüceyrələrin sağ qalması cəmi 37% təşkil etmişdir. Lakin melatonin məhlulu (10 μ ol) ilə əvvəlcədən inkubasiya etmək yaşama qabiliyyətini 68%-ə qədər artırmağa imkan vermişdir. Bu effektlər hüceyrə membranlarının lipidlərinin peroksid oksidləşməsinin azalması (malondialdehid səviyyəsinin azalması) və apoptotik G1-qabaq zirvənin azalması ilə korrelyasiya olunmuşdur [18].

Beləliklə, melatonin neyrotransmitter, hormon, sitokin və bioloji cavabın modifikatoru kimi təsir etməklə pleyotrop bioaktivliyə malikdir. Dərinin melatoninini sürətlə metabollaşdırma faktı nəzərə alınarsa, belə bir sual yaranır ki, qoruyucu amil kimi və ya antigenotoksik xassəli yaşama amili kimi, həmçinin konsepgenez və qocalması kimi proseslərdə genomun və hüceyrə tamlığının “qoruyucusu” rolunda hormondan istifadə lazımdır. Qocalma mitoxondrilərin funksiyalarının pozulması ilə sıx əlaqədardır ki, bunun da göstəricisi kalsium səviyyəsinin qalxması və ya sərbəst radikalların zədələyici təsiri ilə törədilən daxili membranın qeyri-spesifik keçiriciliyinin artması mitoxondrilərdə qeyri-selektiv məsamələrin (permeability transition pore, mPTP) formalaşmasına gətirib çıxarır. Melatonin məşhur antioksidantdır və mitoxondriləri effektiv surətdə qoruyur [19].

Yaş artdıqca orqanizmdə endogen melatoninin miqdarı azalır. Göstərilir ki, melatonin qocalma zamanı beynin mitoxondrilərinin funksiyasını yaxşılaşdırır: kardiolipinin peroksid oksidləşməsini azaldır, tənəffüs zənciri fermentlərinin aktivliyini artırır və mitoxondrilərdə GSH/GSSG nisbətini bərpa edir [20].

Xarici stimulların təsirinə qarşı mitoxondrilərin funksiyalarının tənzimi proteinkinaza və proteinfosfatazalardan asılı hədəf fermentlərin fosforlaşma/defosforlaşması yolu ilə həyata keçə bilər. Neyroproteksiya üçün məsamə və hədəfin kritik komponent-requlyatoru kimi zülal-translokator (TSPO) nəzərdən keçirilir, o, hüceyrələrin proliferasiya və diferensiasiyasını, anion nəqlini, həmin biosintezini, xolesterin və profirin nəqlini tənzim etməklə hüceyrədə bir çox mühüm funksiyaları yerinə yetirir. Porfirinlər özlərinin sərbəst radikalları generasi-

ya etmək xüsusiyyətləri hesabına toksiki effekt yarada bilərlər, melatonin və onun metabolitləri isə onları eliminasiya etməyə qadirdir. IX protoporfirinin metabolismi humoral yolla, yeni melatonin vasitəsilə tənzim olunur [21].

Belə ki, mPTP-nin fəaliyyətində iştirak edən VDAC, ANT kimi zülallar, Bel fəsiləsindən olan zülallar, həmçinin TSPO fosforlaşmaya uğrayır ki, o da mPTP-nin kəşfi ilə korrelyasiya olunur, melatonin fosforlaşma vasitəsilə mPTP-nin TSPO-modelləşməyə tənzimindəki, həmçinin hüceyrənin qeyri-selektiv məsamələrinin fəaliyyətində iştirak edən mitoxondrial zülalların defosforlaşmasındakı rolunun araşdırılması aktual məsələdir [22,23].

Beləliklə, melatonin hormonu ilə mitoxondrinin qarşılıqlı əlaqəsinin qısa icmalından belə nəticəyə gəlmək olar ki, hər iki ən mühüm və nadir endogen maddə orqanizmin xronobiotik və psixoenergetik potensialını, həmçinin termogenezini tənzim etməklə onun homeostazının saxlanmasında iştirak edir.

Ədəbiyyat

1. Алиев А.Н., Ахундов Р.А., Халилов В.Г. Изменение биопотенциальной энергии в различных органах и их значение для профилактики и лечения. Мат. V съезда Фармакологов России «Научные основы поиска и создания новых лекарств», Москва-Ярославль, 2018, с. 19-22.
2. Ахундов Р.А., Ахундова Х.Р. Энергетические механизмы окислительного стресса, эндогенная и экзогенная гипоксия. Межд. журн. Биомедицина, 2009, № 3, с.3-9.
3. Беспятых А.Ю., Рапопорта С.И., Голиченкова В.А. Мелатонин: теория и практика. — М., «Медпрактика-М», 2009, - 99 стр.
4. Мичурина С.В., Васендин Д.В., Ищенко И.Ю. Физиологические и биологические эффекты мелатонина: некоторые итоги и перспективы изучения. Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 2018, Т. 104, № 3, с. 257-271.
5. Андамова Е.В. Митохондрии: секреты энергетической станции, Москва, 2024, с.2-6
6. Зиновкина Л.А., Каменский П.А., Фенюк Б.А. Молекулярная биология митохондрий, Москва, МГУ, 2022, -137 стр.
7. Ахундов Р.А. Гипоксия и антигипоксанты. Монография по фармакологии и клинической фармакологии. Изд. «Aspoligraf», Баку, 2010, – 328 стр.
8. Ахундов Р.А. Фармакология новых психотропных, противогипоксических и адаптогенных препаратов. Научно - библиографический очерк. Баку, 2017, - 167 стр.
9. Бреус Т.К., Чибисов С.М., Баевский Р.Н., Шехбузов К.В. Хроноструктура ритмов сердца и факторы внешней среды. Монография, М., 2002, - 232 стр.

10. Цфасман А.З. Мелатонин: нормативы при различных суточных режимах, профессиональные аспекты в патологии. [Архивная копия от 16 мая 2018 на Wayback Machine](#) // Научный клинический центр ОАО «РЖД». МИИТ — кафедрa «Железнодорожная медицина», Академия транспортной медицины. 2015, - 64 стр.
11. Zielinski I.M, Gerashchenko M.R., Karpova S.A. The NLRP3 inflammasome modulates sleep and NREM sleep delta power induced by spontaneous wakefulness, sleep deprivation and lipopolysaccharide. *Brain, Behavior and Immunity Journ.*, 2017, vol. 62, p. 137–150.
12. Путилов А.А. Хронобиология и сон. [Архивная копия от 20 октября 2021 на Wayback Machine](#). Национальное руководство памяти А.М. Вейна и Я.И. Левина. — М.: ООО «Медконгресс», 2019. — с. 235—265.
13. Sande P.H., Dorfman D., Fernandez D.C. et al. Treatment with melatonin after onset of experimental uveitis attenuates ocular inflammation. *Br. J. Pharmacol.*, 2014, (24), p.171-177.
14. Stehle J. H., Saade A., Rawashdeh O., Ackermann K. et al. A survey of molecular details in the human pineal gland in the light of phylogeny, structure, function and chronobiological diseases. *Journal of pineal research*, 2011, vol. 51, p. 17—43.
15. Виллинген Ф.Л. Митохондрии: секреты энергии через правильное питание, упражнения и детоксикацию, 2023, - 80 стр.
16. Kiefl BR, Gilson PR, Beech PL. Cell biology of mitochondrial dynamics. *International review of cytology*. 2006, 254, p.151-213.
17. Lipolla-Neto J., Amaral F. G., Afeche S. C., Tan D. X., Reiter et al. Melatonin, energy metabolism and obesity: a review. *Journal of pineal research*. 2014. vol. 56, N 4, p. 371-381.
18. Janusz Blasiak, Russel J. Reiter and Kai Kaarniranta. Melatonin in Retinal Physiology and Pathology: The Case of Age-Related Macular Degeneration. *Oxid. Med. Cell. Longev*. 2016, 16, p. 681-736.
19. Разыграев А.В., Керкешко Г.О., Арутюнян А.В. Пути циркадного контроля продукции гонадотропин – рилизинг гормона. *Журнал акушерства и женских болезней*, 2011. Т. LX, вып. 2, с. 88—98.
20. MacAskill AF, Kittler JT. Control of mitochondrial transport and localization in neurons. *Trends in cell biology.*, 2010, 20, p. 102-112.
21. Lanza IR, Nair KS. Mitochondrial function as a determinant of life span. *Pflugers Arch*. 2010, 459(2), p.277-289.
22. Martin Stimpfel, Nina Jancar, Irma Virant-Klun, “New Challenge: Mitochondrial Epigenetics?,” *Stem Cell Reviews and Reports*, 2018, 14, №. 1, p. 13–26.
23. Rebecca K. Lane, Tyler Hilsabeck, Shane L. Rea. The role of mitochondrial dysfunction in age-related diseases. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – Bioenergetics*, Volume 1847, Issue 11, 2015, p. 1387-1400

«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 titull sahifəsində 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) göstərilməlidir.

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 göstərilməlidir.

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

4. Abbreviaturalar

– Bütün rast gəlinən ixtisarlara (abbreviaturalar) mətnə ilk dəfə qeyd olunarkən geniş (açıq) şəkildə göstərilməlidir. 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 sahifədən artıq olmamalıdır. Məqalə aşağıdakı bölmələrdən ibarət olmalıdır: məqsəd və vəzifələr göstərilməklə giriş; tədqiqatın material (subyekt) və metodu, müzakirələr və nəticələr, yekun, ədəbiyyat siyahısı.

Hər bir göstərilən bölmə xüsusi yarımşərtlövhə 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 konpyuter 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 (üfqi) şərtlərdən istifadə etmək tövsiyyə olunur.

8. Ədəbiyyat siyahısı

Məqalədə 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 SI sistemində, dərmanların adı ilə preparatın Beynəlxalq kimyəvi adı göstərməklə 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 17.06.2025, Format 70x100 1/
16, fiz.ç.v. 8,25, kağız təbaşirli №1, qarnitura
Tayms, sifariş 12.

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