

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ
XƏZƏR UNİVERSİTETİ

Təbiət elmləri, Sənət və Texnologiya yüksək təhsil fakültəsi

İxtisasın şifri və adı: 060209-Psixologiya

İxtisaslaşmanın adı: Klinik psixologiya

Psixologiya departamentinin magistrantı

İsmaylov Ramin Rahid oğlunun

magistr dərəcəsi almaq üçün

QEYRİ-HETEROSEKSUAL ORİENTASIYAYA SAHİB
FƏRDLƏRİN PSIXOPATALOJİ HALLARININ TƏDQIQI
mövzusunda

DİSSERTASIYA İŞİ

Elmi rəhbər:

Dos. Sevinc Allahyarova

BAKİ-2022

Qeyri-heteroseksual orientasiyaya sahib fərdlərin psixopataloji hallarının tədqiqi

Xülasə

Tədqiqatın məqsədi. Qeyri-heteroseksual (homoseksual və biseksual) orientasiyaya sahib fərdlərdə təzahür olunan psixopataloji halların tədqiqi, bu psixopataloji halların təzahürünə stimulasiya edən faktorları analiz etmək, depressiya, şəxsiyyətlərarası həssaslıq, paranoid düşüncələr, psixotizm, obsessiv-kompulsiv simptomlar, somatizasiya, təşviş, fobik narahatlıq, düşmənçilik, generalizə olunmuş təşviş pozuntusu səviyyələrini qeyri-heteroseksual orientasiyalı icma üçün təyin etmək və stigmatizasiya səviyyəsini ölçmək.

Tədqiqatın obyektı. 18-35 yaş aralığında qeyri-heteroseksual orientasiyalı (homoseksual və biseksuallar) kişi və qadınlar.

Tədqiqatın predmeti. 18-35 yaş aralığında qeyri-heteroseksual orientasiyalı (homoseksual və biseksuallar) kişi və qadınların psixopataloji halların səviyyəsi.

Tədqiqat fərziyyələri. Qeyri-heteroseksual orientasiyaya sahib fərdlərdə stigmatizasiya və daxili konflikt əsasında psixopataloji hallar heteroseksual fərdlərə nisbətən daha çox görünür.

Əsas fərziyyə ilə yanaşı bir neçə köməkçi fərziyyələr də irəli sürülmüşdür: Qeyri-heteroseksual fərdlər heteroseksuallara nisbətən ətrafdakı insanlar tərəfindən daha çox sosial-psixoloji ayrışdırılığa (stigmatizasiya) məruz qalırlar; Qeyri-heteroseksual fərdlərdə depressiya səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir; Qeyri-heteroseksual fərdlərdə paranoid düşüncələr və şəxsiyyətlərarası həssaslıq səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir; Qeyri-heteroseksual fərdlərdə psixotizm və somatizasiya səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir; Qeyri-heteroseksual fərdlərdə obsessiv-kompulsiv simptomlar səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir; Qeyri-heteroseksual fərdlərdə fobik narahatlıq, düşmənçilik səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir; Qeyri-heteroseksual fərdlərdə təşviş və generalizə olunmuş təşviş pozuntusu səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir.

Tədqiqat zamanı əldə edilən nəticələrin statistik emalı üçün SPSS 28 proqramından istifadə edilmişdir. Nəticələrimiz statistik əhəmiyyətli olduğundan əsas fərziyyəimiz və əlavə fərziyyələrimizdən doqquzu təsdiq edilmişdir.

Study of psychopathological cases of non-heterosexual people

Summary

Purpose of the study. The study of psychopathological conditions in individuals with a non-heterosexual (homosexual and bisexual) orientation, the analysis of factors that stimulate the manifestation of these psychopathological conditions, depression, interpersonal sensitivity, paranoid thoughts, psychotic, anxiety, obsessive-compulsive symptoms, to determine the levels of generalized anxiety disorder for the non-heterosexual community and to measure the level of stigma.

Object of study. Men and women of non-heterosexual orientation (homosexual and bisexual) aged 18 to 35 years.

Subject of study. The level of psychopathological conditions of men and women of non-heterosexual orientation (homosexuals and bisexuals) aged 18-35 years.

Hypotheses of research. In persons with a non-heterosexual orientation, psychopathological conditions based on stigmatization and internal conflict are more common than in heterosexual persons.

Auxiliary hypotheses. 1. Non-heterosexual people are more socially and psychologically stigmatized by others than heterosexuals; The level of depression in non-heterosexuals is higher than in heterosexuals; Non-heterosexual people have higher levels of paranoid thinking and interpersonal sensitivity than heterosexuals; The level of psychotism and somatization in non-heterosexual individuals is higher than in heterosexuals; The incidence of obsessive-compulsive symptoms is higher in non-heterosexuals than in heterosexuals; Phobic anxiety and hostility are higher in non-heterosexuals than in heterosexuals; The level of anxiety and generalized anxiety disorder in non-heterosexuals is higher than in heterosexuals.

For statistical processing of the results obtained during the study, the SPSS 28 program was used. Since our results are statistically significant, nine of our additional and main hypotheses have been confirmed.

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ.....	5
I FƏSİL. HOMOSEKSUALLIQ VƏ BİSEKSUALLIĞIN YARANMASININ MÜASİR ELMİ ƏDƏBİYYATDA KONSEPSİYALARI	12
1.1. Homoseksuallığa müasir elmi yanaşma, konsepsiya və fərziyyələr.....	12
1.2. Biseksuallığa müasir elmi yanaşma, konsepsiya və fərziyyələr.....	22
II FƏSİL. QEYRİ-HETEROSEKSUAL ORİENTASIYALI ŞƏXSLƏRİN PSIXOPATALOJİ HALLARININ XARAKTERİSTİKASI.....	31
2.1. Qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərin psixi sağlamlığı və coming out.....	31
2.2. Depressiv pozuntuların ümumi xarakteristikası.....	47
2.3. Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun ümumi xarakteristikası.....	54
III FƏSİL. PROBLEMİN EKSPERİMENTAL-PSIXOLOJİ TƏDQIQI.....	59
3.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi.....	59
3.2. Alınan nəticələrin təhlili.....	60
NƏTİCƏ.....	78
İSTİFADƏ OLUNMUŞ ƏDƏBİYYAT.....	81
ƏLAVƏLƏR.....	91

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Psixoloji sağlamlığının qorunması hər bir insan üçün mühüm və vacib faktordur. Psixoloji sağlamlığın araşdırılması xüsusi aktuallığa malikdir, çünki müasir həyat şəraitləri insandan dəyişən mühitdə öz təlabatlarını nəzərə alaraq yüksək adaptasiyanı tələb edir. Psixoloqlar uzun müddət müxtəlif sosial qrupların psixoloji rifahını araşdırır. Bu qruplardan biri LGBTKİA (*lezbiyanlar, geylər, biseksuallar, transgenderlər, kvir, interseksuallar, aseksuallar*) icmasıdır. Bu qrupun araşdırılması heteronormativ olmayan insanların psixoloji rifah səviyyələrini öyrənməyə xidmət edir. Psixoloji rifah termini ilk dəfə H.Bradburn tərəfindən elmə gətirilmişdir və *subyektiv xoşbəxlik hissi və həyatdan qane olma* kimi təyin olunmuşdur (Bradburn,1969).

Öz ontogenetik inkişafında homoseksual insanlar heteroseksual təcrübələr yaşaya bilər, hansı ki gələcəkdə onların psixoloji rifahına təsir edə bilər. Rieger və Savin-Williams multiregression analiz vasitəsi ilə təyin etdikləri, heteroseksual təcrübə yeniyetməlik və gənclik illərində neqativ təsirə malikdir (Rieger, Savin-Williams, 2012). Bu uğursuz təcrübələr əsasən həyat təcrübəsi kimi qiymətləndirilmir, daha çox neqativ təsirə malik hadisə kimi yaddaşa həkk olunur.

Çindən olan alimlər müxtəlif seksual orientasiyalarda olan kişilərin seksual identikliyi və heteroseksual normativlərini araşdırıblar (Nelson, Winnie, Louis,2016) Müəlliflər kişilərdən sosiallaşma prosesində cəmiyyət normalarına və maskulinlik tələblərinə uymaları gözləntilərinin olduğu fikrindən irəli çıxdılar. Lakin homo və biseksual fərdlərdə onların cəmiyyətin gözündə *qəribə* kimi görünmələri ilə bağlı əlavə təşvişin olduğu ortaya çıxdı. Təyin olundu ki, heteroseksual normativlərin homo və biseksual fərdlər arasında qorunması onların psixoloji rifahına neqativ təsir edir. Onlar həmçinin *coming out* (öz seksual idendikliyi, orientasiyasını etiraf etmə, açma) etmiş fərdləri də araşdırıblar. Nəticə olaraq daha kiçik çevrəyə öz orientasiyası ilə bağlı “coming out” etmiş fərdlərdə psixoloji rifah səviyyəsi orientasiyalarını açıq şəkildə bildirən fərdlərdən daha aşağı olduğu müşahidə edilir. Coming out həm fərdin özü üçün həm də onun ailə və yaxın çevrəsi üçün çətin bir proses ola bilər.

Xüsusi diqqət heteronormativ olmayan insanların diskriminasiyasına yönəlir. O.A.Гулевич (2017) qeyd edir ki, psixoloji rifah səviyyəsi sırf diskriminasiyaya görə yox, gender və sosial normalara uymayaraq bilinmək qorxusuna görə enir. Qorxu psixoloji rifah və diskriminasiya ilə əlaqə yaradır. D.Frost və A.LeBlank da orientasiya ilə əlaqəli stressin psixoloji rifah səviyyəsinə təsiri ilə bağlı tədqiqat aparırlar. Tədqiqatın nəzəndə homoseksuallarda psixoloji rifah səviyyəsinin heteroseksuallara nisbətən aşağı olduğu görünür. Belə bir nəticəyə gəlinir ki,

yüksək mikrososial və şəxsiyyətlərarası baryerlər aşağı psixoloji rifah səviyyəsinə və yüksək depressiya səviyyəsinə gətirib çıxarır (Frost, LeBlanc, 2014). Bu baryerlərin ilkin yaradıcı səbəbi heteronormativ olmayan orientasiyaya malik olan insanların cəmiyyət tərəfindən orientasiyaları ilə bağlı səhv düşüncə qəlibləri ilə bağlıdır. Belə ki, fərdin cəmiyyətin standartlarına uymadığı, cəmiyyətin ondan tələb etdiyi normaları ödəyə bilməməsi və fərqlili, bəzilərinə görə xəstə olduqları fikirləri onlarda daxili konflikt kimi öz əksini tapmağa başlayır. İnsan təbiətən özünüifadə və mən obrazının nümayişinə meyillidir. Bu tələbatlar cəmiyyətin qoyduğu norma və fərdin seksual identikliyi ilə tamamlanmadıqda daxili konflikt kimi özünü büruzə verir, hansı ki şəxsin psixoloji rifahına və psixi sağlamlığına təsir edir.

Homo və biseksuallarda affektiv pozuntular və suicidal davranışların büruzəsi ilə məlumatlar var (Hatzenbuehler et al.,2010). Bəzi tədqiqatçılar LGB fərdlərinin psixoloji çətinliklərinin homoseksualılıqla yox, sosial təzyiqlə əlaqəli olduğunu düşünürlər (Кон, 1998; Ryana, Legateb, Weinstein, 2015). Daha böyük təsiri yeniyetmə və gənc yaşlarındakı LGB fərdləri görür (Kann et al.,2011). Homo və biseksuallara qarşı neqativ yanaşma LGB fərdi yeniyetmələrdə səhv düşüncə qəlibləri yaradıb, onlar üçün müsbət mən obrazının formalaşmasını poza bilər, stigmatizasiyaya məruz qala bilərlər. Yeniyetmənin aparıcı fəaliyyəti yaşlıları ilə ünsiyyətdir (Эльконин,1971). Bu dövrdə dünyagörüşü, prioritetlər təyin olunmağa başlayır və şəxsiyyətin gələcək inkişafına təməl yaradır. LGB fərdi yeniyetmələrində bu yaş dövründəki sosiallaşma pozulmaları, stigmatizasiya, komplekslərin yaranması, psixoloji çətinliklər onların gələcəkdə cəmiyyət üçün müsbət şəxsiyyət kimi formalaşmalarına təsir edə bilər.

XXI əsrin əvvəllərində elm dünyasında homo və biseksuallıq insan seksuallığının normal təkamülü kimi qəbul edilir, LGB idektiklik isə mümkün psixoseksual identiklik növü kimi baxılır (Луковицкая, 2003).

LGB-yetkinlərin psixikasına zərər verici təsir göstərən diskriminasiya halları haqqında məlumatlar var. M.L. Hatzenbuehler və yoldaşlarının Amerika Birləşmiş Ştatlarında eynicinsli fərdlərin evliliklərinə icazə verilən və verilməyən yerlərdə yaşayan LGB-lərin psixi sağlamlıqlarını ölçmüşdülər. Onlar göstərmişdilər ki, belə qadağanın olduğu ştatlarda LGB fərdlərində əhval-ruhiyyə pozuntuları, generalizə olmuş təşviş pozuntusu, alkoqol asılılığı və müəyyən psixiatrik xəstəliklər təyin olunur. Bu qadağanın olmadığı ştatlarda LGB fərdlərinin bu göstəriciləri heteroseksual fərdlərinin səviyyəsindən fərqlənmir (Hatzenbuehler et al.,2010).

Qeyd etmək lazımdır ki, psixoloji çətinliklərin formalaşmasını stimullaşdıran digər vacib amillərdən biri də stigmatizasiya və psixoloji və ya fiziki zorakılıqdır. R.Johnson və

yoldaşları ABŞ və Avropadakı LGBT tələbələrinin geniş spektorda psixi sağlamlıqlarını araşdırırlar (Johnson, Oxendine, Taub, Robertson,2013). Onlar bildirirlər ki, bu fərdlər heteroseksual yaşdılarına nisbətən daha çox valideyn və dostları tərəfindən imtina olunmaya həmçinin verbal və ya fiziki şiddətə məruz qalırlar. Orientasiyaları ilə bağlı məlumatı könüllü və ya zorakılıqla bildirdikdə daha çox bullinqə məruz qalırlar. Kon tərəfindən aparılan araşdırmaya görə, 20-35% gənc geylər intihar cəhdləri edirlər (Kon,1998)

L.Kann və yoldaşlarının 2011 ci ildə 9-11 ci sinif şagirdlərinin sağlamlıqları haqqında apardıqları statitiskaya görə, öz cinsləri ilə seksual təcrübələri, meyilləri və ya özünü LGB fərdi kimi identifikasiya edən şagirdlərdə suicidal risk səviyyəsi daha çoxdur. Həmçinin onlar zorakılıq hallarında və ya intim əlaqə zamanı cinsi yolla keçən xəstəliklərə yoluxduqda daha gec yardım üçün müraciət edirlər (Kann et al.,2011).

Hazırda Azərbaycanda bu mövzularla bağlı dərin və dəqiq araşdırmalar, təəssüf ki, yoxdur. Ümumi geoqrafik yanaşma və yaxın stiqləmə səviyyəsinə görə, Rusiyada aparılan və görülən psixoloji göstəricilərin Azərbaycan reallığına daha uyğun olduğunu düşünürəm. E.A.Климова 2013 cü ildə *Дету-404* proektində 292 LGBTİK yeniyetmələri ilə sorğu aparır. Onların 47.3%-inin homofobiya əsasında intihar düşüncələri olmayıb, 35.6%-i isə homofobiyaya görə intihar haqqında düşünüb, 17.1% intihar cəhdi edib, onlardan 11.6%-i bir dəfə, 5.5%-i isə bir neçə dəfə intihara cəhd edib. İntihar fikir və cəhdinin səbəbi kimi fərdlər daxili homofobiyayı, orientasiyanın məcburi açıqlanılması, fiziki və ya psixoloji şiddətə məruz qalma ilə bağlı olduğunu bildirirdilər (Климонова, 2014). Yeni məlumatlar göstərir ki, orientasiyanın açılması özgüvənsizlik, depressiya və LGB-lərin ümumi həyat keyfiyyətinin aşağı enməsi ilə kollerasiya olunur (Ryana et al.,2015). LGB gənclərinin cəmiyyətdə izolyasiyası və diskriminasiyası atılmışlıq hissəinə səbəb olur. Onlar yaxınları üçün dərd olduqlarını düşünüb, ailə tərəfindən qəbul olunmamanı ağır və kədərli keçirirlər. Belə vəziyyət gənci və yeniyetməni elə bir emosional vəziyyətə sala bilər ki, suicidal davranış üçün təməl yaransın (Павлова,Банников, 2013).

Qeyd edildiyi kimi, xarici mənbələrdə LGB fərdlərində psixoloji və psixi sağlamlıq səviyyəsi stiqləmə, diskriminasiya, homofobiya səbəblərinə görə daha aşağıdır. Bundan əlavə olaraq gördükləri psixoloji və fiziki zorakılıqlar nəticəsində özgüvən, özünəinam səviyyələri daha aşağıdır (Ryana et al.,2015).

Sərhəd ölkələrimizdən olan Rusiyada aparılan sorğu nəticəsində 292 LGBTİK yeniyetmələrinin 52.7%-nin suicidal fikirləri, bir və ya bir neçə dəfə intihar cəhdləri olmuşdur (Климова, 2014). Bu göstəricilər kifayət qədər yüksək göstəricilərdir və bu məsələnin nə

dərəcədə əhəmiyyətli və vacib olduğunu aydınlaşdırır. Hər gün LGB fərdləri psixoloji, fiziki və ya seksual zorakılığa məruz qalır. Azərbaycanda da yeniyetmə qız və ya qadın lezbiyan və biseksualların *müalicə* məqsədi ilə ərə verilməsi və ya seksual təcavüzə məruz qalması halları vardır. Kişi homo və biseksual fərdlərin isə seksual, fiziki və psixoloji zorakılıqla üzləşmə hadisələri çox tez-tez görünür. Bu neqativ və ya travmatik hadisələr səbəbi ilə psixoloji və psixi sağlamlığın aşağı, psixoloji rifah səviyyəsinin aşağı enməsi gənc və yeniyetmə LGB fərdlərində suisidal, təhlükəli davranışların göstərilməsi ehtimalını artırır (KOH, 1998).

Cəmiyyətin maarifləndirilmə və yeniyetmə LGB fərdlərində səhv düşüncə qəliblərinin yaranmasının qarşısını almaqla, stigmatizasiya səviyyəsini aşağı salıb bu fərdlərdə psixi və psixoloji sağlamlıq səviyyələrini daha yüksək tutmaq olar. Qeyd olunan səbəblərdən və digər faktorlar təsirinə məruz qalmış LGBTİK fərdləri psixoloji yardım almalıdırlar. Bu araşdırma hansı psixopatoloji halların daha çox özünü büruzə verməsini öyrənməklə, daha uyğun və keyfiyyətli psixoloji yardım proqramının yaradılmasına zəmin yaradacaq.

Mövzunun işlənmə səviyyəsi. Qeyri-heteroseksual orientasiyaya sahib şəxslərin psixopatoloji hallarının tədqiqi ilə bağlı xarici ədəbiyyatlarda əhəmiyyətli tədqiqat aparılmış və işlər görülmüşdür. Bu tədqiqatlar insan seksuallığı və sosial faktorların qarşılıqlı əlaqəsinin və bu əlaqənin formalaşdırma biləcəyi psixi və psixoloji problemlər haqqında ətraflı məlumat verir. Həmçinin bu bu şəxslərin yaşadıkları sosial təzyiq və bu təzyiqin səbəb ola biləcəyi intihar ehtimalı ilə bağlı tədqiqatlar var.

2008- 2009-cu illərdə Amerikan kollecində tələbələr arasında aparılan tədqiqat biseksual qadınların ən pis psixi sağlamlıq göstəricilərinə sahib olduğunu göstərdi: yüksək təşviş səviyyəsi, qəzəb, depressiya, altruistik davranış, suisidal fikir və cəhdlər (Kerr, Santurri, Peters, 2013).

Bəzi alimlərin fikrinə görə, şəxsiyyətin müəyyən xüsusiyyətləri var ki, suisidal davranışın formalaşmasına zəmin verir. Bunlara bəzi individlərdə alsentuasiya səviyyəsinə çatan həyəcanlılıq, sensitivlik, emosional qeyri-sabitlik aiddir (Султанов, 1983). Daha vacib olaraq sosiopsixoloji faktorlar qeyd olunur. Şəxsiyyətin yetkinsizliyinin göstəricisi olan ailədə konfliktlər, özünüqiyəmətləndirmə pozuntusu və eqoizm.

Daha tez-tez suisidal cəhdlərin yaranma səbəbi kimi yaxınların itirilməsi, ağır fiziki ağrıların olması, kasıblıq, varlığın ümüdsüzlüyü, sosial izolyasiya, yetkin yaşın psixi pozuntuları (Russell, Joyner, 2001). Suisidal riskin tibbi faktorları kimi ayrılır: somatik patologiyalar psixi patologiyalar. Statistik olaraq 28% hallarda intihar cəhdi edən şəxslərdə,

intihar anında onların somatik xəstəliklə bağlı əlillik kağızları var idi (Амбрымова, 1980). Psixi pozuntularla bağlı məlumatlar: 32,2%- şizofreniya, 29,7%- alkoqolizm, 18,9%- depressiya, 5,6%- damar psixozları, 3,9%- psixopatiya, 3,1%- epilepsiya, 2,7%- posttravmatik psixozlar, 2,5%- samotogen psixozlar (Russell et al, 2001).

2002-ci ildə aparılmış tədqiqat əsasında, heteroseksual şəxslərin cəmiyyətin digər azlıqlarına, homoseksual kişi və qadınlara, yəhudülərə, HIV infeksiyalı şəxslərə, afroamerikalılara nisbətdə biseksuallara qarşı münasibətləri daha pisdır (Herek, 2002).

Son illər seksual orientasiya ən çox qınaq obyektinə çevrilərək gənclər arasında suisid riskini artıran faktorlardandır. Hesab olunur ki, stiqmatizasiya nəticəsində yaranan çətinliklər gənc gey və lezbiyanlarda ağır depressiya və suisid riskinə gətirir. Çünki bu period da seksuallıq həyatın vacib bir hissələrindəndir (Russell, Joyner, 2001). Hazırda bir çox araşdırmalar bu suala yönəlidir. Homoseksual orientasiyanın intihar etmə səviyyəsinin təsiri ilə bağlı məlumatlar var. 1980-ci illərin ortalarında alınmış nəticəyə görə gey və lezbiyanlar arasında suisid daha çoxdur nəinki digər gənc əhali. Bu haqda səs-küy 1989-cu ildə ümumdünya səhiyyə təşkilatının publikasiya etdiyi nəticələrdən sonra başladı. Bu nəticələrə görə gənc homoseksuallar arasında intihar digər əhalidən 2-3 dəfə çoxdur və ümumi intihar etmiş insanların 14 %-ni təşkil edir (Russell et al, 2001).

O tədqiqata əsasən gey və lezbiyan qrupları üçün bölgü: 48% və 76% suisid haqqında düşüncələr, 42% və 29% suisid cəhdi ediblər. Lakin bu tədqiqatda göstərilən nümunələr təsadüfi deyil idi. Hər iki qrupdakı gənclər artıq risk qrupuna daxil olma şanslarına malik idi. Hər iki qrupda 19% kişinin, 29% qadının suisidal fikirləri və 7% kişi və 13% qadının suisid cəhdi olması nəticələrin yüksək olması gözləniləndir (Russell et al, 2001).

Tədqiqatın obyekti. 18-35 yaş aralığında qeyri-heteroseksual orientasiyalı (homoseksual və biseksuallar) kişi və qadınlar.

Tədqiqatın predmeti. 18-35 yaş aralığında qeyri-heteroseksual orientasiyalı (homoseksual və biseksuallar) kişi və qadınların psixopataloji halların səviyyəsi.

Tədqiqatın məqsədi. Qeyri-heteroseksual (homoseksual və biseksual) orientasiyaya sahib fərdlərdə təzahür olunan psixopataloji halların tədqiqi, bu psixopataloji halların təzahürünə stimulasiya edən faktorları analiz etmək, depressiya, şəxsiyyətlərarası həssaslıq, paranoid düşüncələr, psixotizm, obsessiv-kompulsiv simptomlar, somatizasiya, təşviş, fobik narahatlıq, düşmənçilik, generalizə olunmuş təşviş pozuntusu səviyyələrini qeyri-heteroseksual orientasiyalı icma üçün təyin etmək və stiqmatizasiya səviyyəsini ölçmək.

Tədqiqat fərziyyələri. Qeyri-heteroseksual orientasiyaya sahib fərdlərdə stigmatizasiya və daxili konflikt əsasında psixopataloji hallar heteroseksual fərdlərə nisbətən daha çox görünür.

Əsas fərziyyə ilə yanaşı bir neçə köməkçi fərziyyələr də irəli sürülmüşdür:

1. Qeyri-heteroseksual fərdlər heteroseksuallara nisbətən ətrafdakı insanlar tərəfindən daha çox sosial-psixoloji ayrışdırılışa (stigmatizasiya) məruz qalırlar.
2. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə depressiya səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir.
3. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə paranoid düşüncələr və şəxsiyyətlərarası həssaslıq səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir.
4. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə psixotizm və somatizasiya səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir.
5. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə obsessiv-kompulsiv simptomlar səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir.
6. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə fobik narahatlıq, düşmənçilik səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir.
7. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə təşviş və generalizə olunmuş təşviş pozuntusu səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir.

Tədqiqatın metodoloji əsasları və metodları. Tədqiqat zamanı tədqiq olunanların demografik göstəriciləri və tədqiqat üçün əhəmiyyətli sayılan bir sıra məsələləri aydınlaşdırmaq üçün müəllif tərəfindən tərtib edilən “Stigmatizasiya” anketindən, “Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu 7 göstərici üzrə şkalası” (Azərbaycana adaptasiya edilib) və tədqiq olunanlarda psixopataloji hallarının səviyyəsini müəyyənləşdirmək üçün “Qısa simptom testi”ndən (QST) istifadə edilmişdir. Tədqiqat işi zamanı əldə olunan nəticələrinin dəqiqliyini müəyyənləşdirmək üçün statistik təhlil SPSS 28 proqramında aparılmışdır.

Tədqiqatın elmi yeniliyi. Azərbaycanda homoseksual və biseksuallarla bağlı bir sıra elm sahələrində, həmçinin Psixologiya elmində bu mövzuya bənzər istiqamətlərdə araşdırmalar aparılmışdır. Lakin qeyri-heteroseksualların psixopataloji halları, generalizə olunmuş təşviş pozuntusu səviyyəsinə dair psixoloji ədə-biy-yatlarda geniş və ətraflı tədqiqat işləri mövcud olmadığı üçün tədqiqat işimiz ölkəmiz üçün elmi yenilik hesab edilə bilər. Tədqiqat işinin elmi yeniliyindən əldə olunan nəticələri gələcəkdə bu istiqamət üzrə tədqiqat apararı digər tədqiqatçılar resurs kimi istifadə edə bilərlər. Həmçinin qeyri-heteroseksual şəxslərin

psixopataloji hallarının terapiyası və gələcəkdə göstərilə biləcək psixoloji, sosial, hüquqi yardım formaları üçün elmi əsaslar şəklində də istifadə oluna bilər.

Tədqiqatın elmi-nəzəri əhəmiyyəti. Tədqiqat işinin nəzəri hissəsində depressiya, generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun psixoloji mahiyyəti təhlil edilmiş, qeyri-heteroseksualların psixoloji xüsusiyyətləri və “coming out”, sosial təzyiq və daxili konflikt zamanı təzahür edən psixoloji əlamətlər ətraflı izah edilmişdir. Tədqiqat işinin nəzəri əsası xarici ədəbiyyatlarda olan elmi nəzəri məlumatlara istinad edir. Elmi-nəzəri material kimi tədqiqat işinin nəzəri hissəsi müxtəlif elm sahələrində, o cümlədən psixologiya və psixiatriyada nəzəri material kimi mühazirə və seminarlarda, təlimlərdə istifadə edilə bilər.

Tədqiqatın elmi-praktik əhəmiyyəti. Tədqiqat işinin eksperimental tədqiqindən əldə olunan nəticələri klinik psixologiya, seksologiya, sosial psi-xo-logiya, hüquq istiqamətində və həmçinin sosiologiya, sosial iş sahəsində araşdırma aparən tədqiqatçılar praktik vəsait kimi istifadə edə bilərlər. Həmçinin qeyri-heteroseksual şəxslərlə psixoloji yardım sahəsində çalışan psixoloqlar, psixoterapevtlər tərəfindən də istifadə edilə bilər.

İşin strukturu. Giriş, üç fəsil, nəticə, istifadə olunmuş ədəbiyyat və əlavələrdən ibarətdir.

I FƏSİL. HOMOSEKSUALLIQ VƏ BİSEKSUALLIĞIN YARANMASININ MÜASİR ELMİ ƏDƏBİYYATDA KONSEPSİYALARI

1.1. Homoseksuallığa müasir elmi yanaşma, konsepsiya və fərziyyələr

Homoseksuallığın yaranma səbəbinin bioloji təsviri insan orqanizminin quruluşunun elmi-eksperimental yolla araşdırılmasından alınan tədqiqatlara əsaslanır. Bioloji konsepsiyalara genetik (irsi şərtlənmiş), endokrinoloji (endokrin), neyrofizioloji, neyroendokrin uşaqlıqdaxili konsepsiyaları aiddir. Hər bir konsepsiya fərdi və ya orqanizmin qarşılıqlı əlaqəli şəkildə funksionallığı ilə təsvir olunur, bu zaman homoseksuallıq konkret individin bütün fizioloji xüsusiyyəti ilə əsaslanır.

Genetik şərtlənmə fenomeninin izahı üçün XX əsrin əvvəllərindən etibarən alimlər əkilər üzərində eksperimentlərdən istifadə edirdilər. Onlara əsasən əkilərdən birinin homoseksuallığı böyük ehtimal dərəcəsi ilə digər əkizin də homoseksual olduğu demək idi. Bunun haqqında Sirö (dörd homoseksual əkil çütlüklər üzərində müşahidə, hər birində iki əkil homoseksual idi), Hirshfeld (1922-ci il üç cüt əkilərin hər biri homoseksualdır), Habel (1950-ci il, beş cüt əkilərdən üçündə hər ikisi homoseksualdır), Sanders (1934-cü il yeddi cütlükdən altısı) və Kallman (bütün qırx cütlükdə) (Свядош, 1974). Genetik konsepsiyada, kişi X xromosomunda Xq28 geninin araşdırılması ilə tez-tez adı çəkilən alimlərdən biri də Dean Hamerdir. Güman olunurdu ki, bu gen kişi homoseksuallığının genidir, lakin hipotez özünü təsdiq etmədi.

Hormonal fonla əlaqəli olan *endokrinoloji konsepsiya* XX əsrdə insan bədəninin və kişi homoseksuallığının əlaqəsinə əsaslanır. Daha sonrakı dövrlərin tədqiqatlarında bu cür əlaqəni tapmadı (Посвянский, 1974). Lakin daha sonra yetkin yaşda hormon ifraz edən orqanların hiperfunksiyası ilə bağlı nəzəriyyə formalaşdı. Bu ideyanı homoseksual qadınlar üzərində tədqiqat aparan Абрам Свядош təkzib edir. O, tədqiqatı əsasında homoseksual qadınların heteroseksual qadınlara nisbətən, gözlənilən əksi olaraq, hormonal səviyyələrinin daha az olduğunu müəyyənləşdirir. Homoseksual kişilərdə də estrogen səviyyəsi heteroseksullara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə fərqin olmadığı görülür (Свядош, 1998).

Cinsi orientasiya pozulması birbaşa olaraq hormonal fonla yox, baş beyinin strukturlarının qarşılıqlı əlaqəsi ilə əlaqəli ola bilər. XX əsrin ortalarında *Neyrogen nəzəriyyəsi* belə bir hipotez irəli sürdü ki, cinsi istəklərin yönəlimi baş beyinin limbik sistemi ilə bağlıdır - temporal lobun və hipotalamik hissələrinin zədələnməsi inversiyaya gətirib çıxarır (Свядош, 1974).

Aleynikova (2006) seksuallıq, emosionallıq, intuisiya və parlaq obrazlı qavrayışla bağlı olan baş beyinin strukturu arxiopaleokortekstin pozulması ilə homoseksuallıq haqqında idea irəli sürmüşdür. O, "səbəb xarakterli" beyin strukturlarının tədqiqini təklif etmişdi. Öz pozisiyasının müdafiəsi olaraq heyvanlarda bu beyin strukturunun və seksual aktivliyin arasında əlaqə müşahidə olunduğunu bildirir (Алейникова, 2006).

Tatyana Aleynikova insana yüksək inkişafly heyvan kimi baxır, amma elə bu hal artıq diqqətə ehtiyac duyur. Görünür, insan heyvanla eyni deyil və hətta ona izolyasiya olunmuş bir növ kimi baxsaq belə, biz onun psixi funksiyalarını və hər bir fərdin daxil olduğu insan varlığı mühitini nəzərə almaya bilmərik. Məsələn, insanın nitqi var, tarixi var və bu tarix üçün yaddaşı var.

XX əsrin ikinci yarısında alimlər uşaqlıqdaxili inkişafda olan dölün hormonal pozulma səbəbi ilə homoseksuallığın yaranması hipotezini irəli sürdülər. İlk öncə *homoseksuallığın uşaqlıqdaxili neyroendokrin geneza teoriyası* güman edirdi ki, homoseksuallığın səbəbi uşaqlıqdaxili neyroendokrin xəstəliklərdir, daha dəqiq desək, sırf dölün IV-VII aylarında hipotalamusunda cinsi davranış mərkəzlərinin differensasiya pozuntusuna görə. Bununla paralel kişi homoseksuallığı döldə androgen çatışmazlığı, qadın homoseksuallığı- androgen və ya estrogen artıqlığından yaranır (Свядош, 1974). XXI əsrin əvvəllərində elm hormonal biseksuallıq prinsipi ilə uşaqlıqdaxili hormonlara və androgen və estrogen uyğunluğuna əsaslanaraq genetal cinsdən danışır (Алейникова, 2006).

Yeni hüceyrədə mayalanma prosesi zamanı X və X xromosomları birləşibse, qız dölünün inkişaf proqramı determinasiya olunur, yox əgər X və Y xromosomlarının birləşməsi varsa, bu zaman oğlan dölü formalaşacaq. Daha sonrakı inkişafda dölün hələ formalaşmamış, gələcək cinsiyyət vəziləri determinasiya olunmağa başlayır. Bu mərhələdə dölün cinsi qonad adlanır. İnkişafın yeddinci həftəsində qonadlar cinslərə görə diferensasiya olunur: XY qonadları xayalıqlara, XX isə yumurtalıqlara çevrilir. Bu etapda xüsusi rolu H-Y antigeni oynayır.

H-Y antigenin rolu ilk dəfə 1955-ci ildə siçanlar üçün qeyd olunmuşdu, insanlar üçün, xüsusən də kişi cinsində olan insanlar üçün hələ ki tam dəqiq təyin olunmayıb. Düşünülür ki, əgər H-Y antigeni ifraz olunmursa, kişi cinsinə məxsus dölün inkişafı fetal androgenin istehsal olunmamasına görə femin tərəfə yönəlir.

Döl qadın kimi formalaşacaq, lakin xromosom cinsi kişi olacaq. Əgər androgen kifayət qədər olmasa, döl tam formalaşmamış kişi genotipinə sahib olacaq. Ümumiyyətlə, cinsi differensasiya elə gedir ki, cinsin inkişafının bütün kritik dövrlərində orqanizm əlavə spesifik siqnallar qəbul etmədikdə onun inkişafı avtomatik olaraq qadın kimi gedir. Androgen

artıqlığı zamanı isə xromosom cinsi qadın olan döl maskulinləşməyə məruz qalır (Алейникова, 2006).

Homoseksuallığı insan psixikasına baxışından izah edən konsepsiyalar ilk dəfə 1905-ci ildə Sigmund Freud tərəfindən formalaşdırılmış və daha sonra digər psixanalitiklər tərəfindən genişləndirilərək artırılmış dərin psixanalitik şərhlərə əsaslanır. Homoseksuallıq haqqında psixanaliz axınında bu gün də yeni fikirlər formalaşır, gələcəkdə də formalaşacaq.

Freud homoseksuallığı *çoxsaylı seksual kənar çıxmaların* bir forması kimi hesab edirdi. Homoseksuallığı *inversiya*, homoseksualları isə *invertasiya olunmuşlar* adlandırırdı. Freud yazırdı, *invertasiya olunmuş şəxs- kişilərin seksual obyekt qadın yox, kişi, qadınların seksual obyekt kişi yox, qadın olan şəxslərdir* (Фрейд, 1993).

Homoseksuallığın səbəbini izah edərkən Freud homoseksuallar arasında üç kateqoriya yaradır.

a) tamamilə invertasiya olunmuşlar - ikrah hissi əsasında normal seksual akt yerinə yetirə bilməyənlər, yerinə yetirdikdə də heç bir həzz hissi keçirməyənlər.

b) amfiqen invertasiya olunmuşlar və ya psixoseksual hermafroditlər - hər iki cinsin nümayəndəsinə cinsi meyl göstərə bilən şəxslər.

c) təsadüfən invertasiya olunmuşlar - xarici təsirlər nəticəsində homoseksual təcrübə qazanmışlar, hansılarının ki, içində ilkin olaraq normal seksual obyekt əlçatan deyil və təqlid.

Invertasiya olunmuş insanlarla psixoterapevtik ünsiyyət və onların cinsi meyilləri haqqında şəxsi hökmlərinə əsaslanaraq, Freud qeyd edir ki, bəziləri öz homoseksuallıqlarına tamamilə normal və təbii bir hal kimi yanaşır, heteroseksualın öz libido təzahürünə yanaşması və aktiv şəkildə bunun bərabərhüquqluğunu qoruduğu kimi. Digərləri isə diskomfort hiss edir - öz inversiyalarına görə rahatsızlıq və onu zərərli bir obsessiya kimi hiss edirlər (Фрейд, 1993).

Freudun təcrübəsi və düşüncələri onu homoseksuallığın təbiətini haqqında bu nəticələrə gətirdi:

1. Faktlar onu göstərir ki, homoseksuallığın səbəbi, cinsi meylin həm anadangəlmə və sonradan qazanılmış xarakter daşıya bilər, lakin *anadangəlmə* və *sonradan qazanılmış* anlayışlarında dəqiqləşdirilməyə və onlar arasında əlaqənin olma ehtimalı və dərəcəsinin təyininə ehtiyac duyur.

2. *Böyük hissəsi normaya daxil olan* anatomik hermofratizmlə analogiyada, *ilkin biseksual meyillilik* kimi psixi hermofratizmdə mümkündür. Homoseksuallığı izah etmək üçün biseksual

meyilliyi nəzərə almaq lazımdır, lakin onun anatomik formasından başqa heç bir məlumatımız yoxdur.

3. Seksual obyektin cinsi meyil faktının özü ilə birbaşa əlaqələndirmək lazım deyil: *cinsi meyil böyük ehtimalla əvvəlcə obyektə asılı deyil və yaranması onun xoşluğu ilə bağlı deyil* (Фрейд, 1993).

Sigmund Freud hesab edirdi ki, *seksual obyektin əsası və dəyəri*, cinsi meyilin əsaslığı və davamlılığı üçün zəruri deyil, bu rolu başqa bir şey təmin edir və meyilin dəyəri və meyil obyektinin dəyəri fərqli ola bildiyinə diqqət yetirir (Фрейд, 1993).

İnsan seksuallığına müxtəlif dövrlərdə xarici sosial faktorların necə təsir etdiyi haqqında düşünən Kinsey qeyd edirdi ki, qədim mədəniyyətlərdə - het, xaldey, erkən yəhudi homoseksual təzahürlər xristian mədəniyyətindəki kimi ümumi qınaq və qəbullanmamaya məruz qalmırdı. Lakin qədim dövrlərdə ayrı-ayrı homoseksual təcrübələrə görə, xüsusən də fərqli statuslu insanlar arasında, qan qohumluqları olan şəxslər arasında və təcavüz halları olan homoseksual təcrübələr cəzalandırılırdı (Kinsey, 1988). İnsan seksuallığına göstərilmiş tolerantlıq haqqında Zigmund Freud də danışır. Onun fikrinə görə qədim insanlar üçün prioritetdə seksual obyekt yox, meylin özü əsas rol daşıyırdı.

Ailədə idealizasiya olunmuş ana və mənfi ata obrazlı homoseksual qadın, ata ilə simvolik olaraq identifikasiya oluna bilər, çünki şüurlu bu növ istək onda mövcud deyil. Lakin eyni anda şüurda idealizasiya olunmuş ana obrazı da inkar olunur, çünki şüursuzluq səviyyəsində o *təhlükəli, müdaxiləçi və son dərəcədə dost olmayan* kimi təqdim olunur. Ata ana ilə qızın münasibətlərində əsaslı bir rol oynamır və simvolik olaraq qız ananın fallik funksiyasını yerinə yetirir. Ancaq şüurda idealizasiya olunmuş və şüursuzluqda xoş olmayan ana obrazı, qızın bağlılıq obyektini dəyişməyə meyli edir və bu obyekt qadın olur. Qadın partnyora gedərək qız simvolik olaraq ananı sünnət edir və bu üsulla onu ən pis halda gözləyəcək psixi ölüm üzərində qalibiyyət əldə edir.

Kinseyin baxışları onun insan və heyvanlar üzərində tədqiqatlarına əsaslanır. Onun baxışlarına yönəldilmiş kritikaya baxmayaraq, alimlərin gördüyü işlər homoseksuallığı və biseksuallığı araşdıran hər bir insan üçün maraqlı və diqqət göstərməli olan fikirlərdir.

Təcrübə üsulu ilə Kinsey sübut etdi ki, 50% insanlar bu və ya digər səviyyədə homoseksualdırlar. Kinsey və onun həmkarları hər bir respondentin Kinsey şkalasının (cədvəl 1.1) səkkiz rəqəmindən birinə aid edirdilər. Hansı ki bizə insanın psixoloji reaksiyaları və seksual orientasiyası arasında əlaqəni və onun hansı rəqəmə (şəkil 1.1) aid olduğu haqqında məlumat

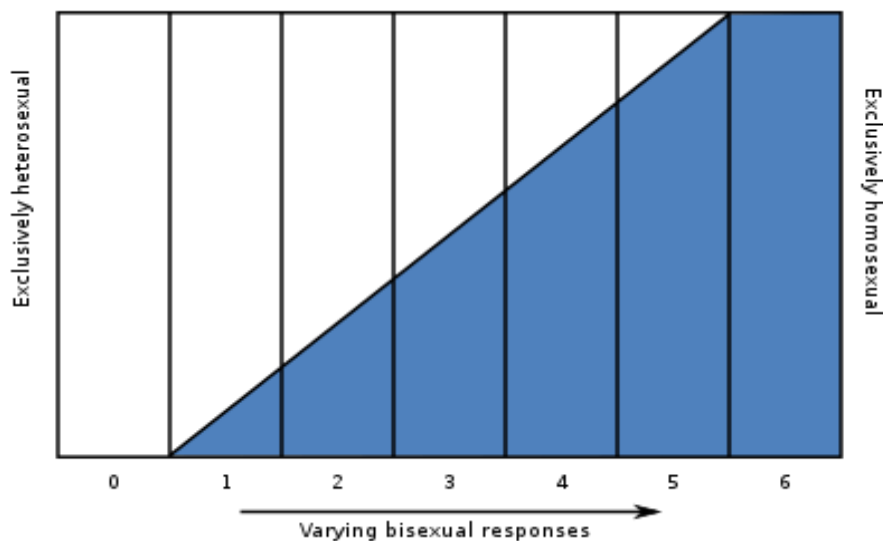
verir.

Cədvəl 1.1 Kinseyə görə insan seksuallığının 8-li rəngi

X	Xarakterizə olunmamış (no socio-sexual)
0	Yalnız heteroseksual təcrübə və heteroseksual psixi reaksiyalar
1	Nadir və ya təsadüfi homoseksual təcrübə
2	Təsadüfi olmayan homoseksual təcrübə və/və ya homoseksual qıcıqlandırıcılara qarşı şüurlu reaksiya
3	Təqribən bərabər sayılı homoseksual və heteroseksual kontaktlar və/ və ya onlara qarşı psixi reaksiyalar
4	Daha çox homoseksual kontaktlar və/ və ya onlara psixi reaksiyalar, şüurlu heteroseksual qıcıqlandırıcılara qarşı reaksiya və /və ya əhəmiyyətli sayda heteroseksual təcrübələr.
5	Demək olar yalnız homoseksual təcrübə və reaksiyalar, təsadüfi heteroseksual kontaktlar
6	Yalnız homoseksual təcrübə və psixi reaksiyalar

Mənbə: Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. (1975). *Sexual Behavior in the Human Male*, Bloomington, IN.

Şəkil 1.1 Heteroseksuallıq- homoseksuallıq şkalası



Mənbə: Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. (1998). *Sexual Behavior in the Human Female*, Bloomington, IN.

Kinsey tərəfindən alınmış 16.392 insanın (8603 kişi, 7789 qadın) məlumatlarına əsasən, yetkin həyatda qadınların 28%-i və kişilərin 50%-i (cədvəl 1.2) homoseksual təcrübə yaşayıblar. Homoseksual əlaqə zamanı qadınların 13%-i, kişilərin isə 37%-i orqazm hissini yaşayıblar. Kinsey nəticə çıxardır: homoseksual arzular yetkin amerikalıların 50%-də yaranır,

həmçinin Kinsey şkalasında kişilər arasında homoseksuallıq səviyyəsi qadınlarından kifayət qədər yüksəkdir (Kinsey, 1988).

Cədvəl 1.2 Kinseyin seçimində yetkin amerikalı kişilərinin seksuallıqları

Seksual orientasiya	Kinsey şkalasına görə rəqəmi yeri	Kinseyin seçimində faizlər
Yalnız heteroseksual	0	50%
Hər iki cinsin nümayəndəsi ilə seksual kontakta və ya meyilə sahib olublar	1-5	46%
Yalnız homoseksual	6	4%

Mənbə: Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. (1975). *Sexual Behavior in the Human Male*. — *Bloomington, IN*.

Kinseyin fikrinə görə, istənilən heyvanın seksual davranışları ona təsir edən stimullardan asılıdır: anatomik imkanlarından, psixi bacarıqlarından, keçmiş şəxsi təcrübəsindən. Kinsey hesab edirdi ki, şəxsi təcrübəni çıxmaq şərti ilə seksual davranış hansısa ümumi xarakterli stimuldən asılıdır. Bunun onun öz bədənindən, yoxsa eyni növün eyni və əks cinsindən gəlidiyi ideyaları yaranır. Kinsey insanı heyvanlar aləminin bir üzvü kimi görürdü və özündə homoseksuallıq, heteroseksuallıq və biseksuallığı ehtiva edən ənənəvi insan seksuallığı şkalasını qəbul edilməz hesab edirdi (Kinsey, 1988). Onun öz yaratdığı şkala belə insan seksuallığını tam əhatə etmir (Kinsey, 1975).

Kinsey əmin idi ki, individlərin seksual orientasiyaları zamanla dəyişikliyə məruz qala bilərlər. Kinseyin sorğuları göstərdi ki, yetkin amerikalı kişilərin əksəriyyəti öz seksual orientasiyalarını təqribən 20-25 yaş aralığında, qadınlar isə 15-20 yaş aralığında təyin edir. Bununla belə zamanla homoseksual seksual təcrübə qazanmış kişilərin sayı azalmağa, evlilik statusundan asılı olmayaraq isə qadınların sayı artmağa başlayır .

Kinseyin tədqiq olunanlarından yüksək homoseksual təcrübəli 142 qadınlardan 71 %-i bu təcrübələrə görə heçbir təəssüf hissi keçirmir, digərləri isə bu və ya hansısa səviyyədə keçirir (cədvəl 1.3)

Cədvəl 1.3 Daha çox davam edici homoseksual həyat sürən qadınların öz homoseksual davranışlarını qavraması

Qavrama	Kinsey seçimində qadınların %-lə hissəsi
Heç peşman deyillər	71%
Qismən peşmandırlar	6%
Müəyyən dərəcədə peşmandırlar	3%
Tamamən peşmandırlar	20%
Ümumi	100%

Mənbə: Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. (1998). *Sexual Behavior in the Human Female*. — *Bloomington, IN*.

Evelyn Hooker eksperimental üsulla sübut etdi ki, homoseksuallıq şəxsiyyət pozuntuları ilə əlaqəli və şəxsi seçim deyil. Hooker 1950-ci illərdə eksperiment aparır. Bir qrup yalnız homoseksual, digər qrup isə yalnız heteroseksual kişi olmaqla iki qrupun hər bir üzvü ilə bu testləri aparır.

a) Kompleks diaqnostika metodları TAT

b) *şəkil-əhvalat tərtib et* proektiv metodkası MAPS test

c) Rorschachın şəxsiyyət və şəxsiyyət pozuntularının tədqiqi üçün olan assosiativ metodikasını

Tam anonimliyi təmin edərək əldə etdiyi 60 psixoloji portret nəticələrini Hooker analiz üçün məlumatları, adı çəkilən psixodiaqnostik metodikaları çox yaxşı bilən 3 ekspertə göndərir. Dərin və eksperimentatorun subyektivliyini aradan qaldıran bu analiz tədqiq olunanların psixoloji profilləri arasında bir fərqi təyin etmədi. Hooker 1956-cı ildə Çikaqoda aparılan APA-nın konferensiyasında hesabat təqdim edir və 1957-ci ildə *Homoseksual kişilərin adaptasiyası* adlı məqaləsini dərc edir (Hooker, 1957).

Evelyn Hookerın nəticələri:

1. Homoseksuallıq hər hansı bir psixoloji və ya psixi pozuntu ilə və ya sosial adaptasiya pozuntusu ilə bağlı deyil.
2. Homoseksual patoloji şəxsiyyətlər deyil. Seksual meyilin artıqlığı, yüksək aqressivlik, intellektual səviyyənin enməsi onlara aid deyil.
3. Homoseksuallıq bir seçim olsaydı, hazırkı homoseksuallığın qınanıldığı bir dövrdə bu bir seçim olmazdı.

Elaine Siegel 1988-ci ildə 40 homoseksual qadın üzərində eksperiment apararaq homoseksuallığın bir xəstəlik yox, inkişafdakı ləngimə olduğunu nəticəsinə gəlir.

Siegel qadın homoseksuallığının bir səbəbi kimi də narsistik ailə sistemini gördü, hansında ki gələcək homoseksual qadınlar böyüyür. Bu sistemlərdə qızın özü olmaq imkanı yoxdur, əksinə ondan onun üçün təyin olumuş konkret bir rolda olması tələbi qoyulub. Belə ailədə qızın özünü şəxsiyyət olaraq tanıma imkanları, öz feminimliyini formalaşdırma, öz bədənini tanıma və qəbullanma imkanları yoxdur. Nə ana, nə də atanın qızlarına vaxt ayırma imkanları və istəkləri yoxdur və yalnız özlərinin qoyduqları tələblərə uyğunlaşmanı tələb edirlər (Siegel, 1988)

Joseph Nicolosi ona əsaslanır ki, homoseksuallıq individin valideynlərlə münasibəti əsasında formalaşır və anadangəlmə olmayıb, bir seçim xarakteri daşıyır.

Nicolosi Freudun homoseksuallığın formalaşması nəzəriyyəsinə əsaslanaraq terapiya zamanı homoseksualların ata ilə mənfi xarakterli münasibətlərinə çox toxunduqlarını bildirir (Fisher, 1996). Homoseksuallığın formalaşmasına ata ilə münasibət - təyin edici, həmçinin hiperqayğıkeş ana rol oynaya bilər.

Nicolosi qadın homoseksuallığının əsasında konflikt durduğunu düşünürdü. Şüursuz olaraq qızın öz qadınlığını və feminem identikliyi inkar etməsi, şüuraltı səviyyəsində qadın olmanın arzuolunmaz və təhlükəlisiz olmadığına qərar verirlər. Nicolosi qadınlarda homoseksuallığın səbəbi kimi tez-tez iradəsiz ananı, nadirən isə erkən uşaqlıqda kişi tərəfindən təcavüz olunmanı görürdü. Əgər atanın şəxsiyyəti güclü, aqressiv, xarizmatik, ana isə səssiz və sevimli olmayıb, ona bənzəməmək istəyi yaradırsa, qızda maskulin qadınlara meyil formalaşacaq. Yəni Nicolosi hesab edir ki, qadın homoseksuallığı doğuşdan gələn yox, ətraf mühitdən həmçinin ailədən formalaşmış olur. Nicolosi lezbiyanlıq və feminizm arasında fərq qoyurdu. Onun fikrincə, seçim olan homoseksuallıq müxtəlif dövrlərdə heteroseksuallıqla əvəz oluna bilər (Fisher, 1996).

Dean Hamer kişi homoseksuallığını şərtləndirən geni tapmağa cəhd etmişdi və belə genin tapıldığını bildirirdi. Bu, X xromosomunda olan Xq28 genetik markeri idi. Lakin digər genetiklər tərəfindən aparılan araşdırmalarda Hamer fərziyyəsi yalnız ikisində öz əksini tapdı, araşdırmaların böyük hissəsində bu öz təsdiqini tapmadı. Daha sonrakı metaanalizlərin nəticəsində marker Xq28 geninin həqiqətən bir rola sahib olduğunun, amma təyin edici xarakter daşmadığı qərarına gəldi.

Hamerin özü də daha sonralar homoseksuallığın yalnız bioloji faktorla sərhədlənmədiyini bildirir: *Əkizlər üzərində aparılmış tədqiqatlar hesabına seksual orientasiyanın 50% və ya daha çox irsi xarakter daşdığını bilirik* (Hamer, 1998).

1998-ci ildə Hamer qadın homoseksuallığının kişi homoseksuallığına nisbətən daha az irsi xarakter daşdığı haqqında yazır: *Axıncı tədqiqatlar qadın homoseksuallığının irsi faktorlardan daha çox sosial faktorlarla şərtləndiyi fikrinə yönəldir* (Hamer, 1998).

Bailey, Manning, Williams və kolleqaları homoseksuallığın insan organizminin hormonal xüsusiyyətlərindən asılılığını təyin edirdilər. Bailey əkiləri tədqiq edirdi. Manning və Williams kolleqaları ilə bir birindən asılı olmayaraq əlin ikinci və dördüncü barmaqlarının uyğunluğunu tədqiq edirdilər.

Baileyin nəticəsini görə, homoseksuallığın formalaşmasında dölnün prenatal inkişaf fazasında hormonal pozuntular rol oynayır.

Manning və Williams həmkarları ilə birlikdə yarım əsr aralıqla kəsilmiş ikinci 2D və dördüncü 4D barmaqları arasında uyğunluğu araşdırmağa davam etdilər. Var olan teoriyaya əsasən, beyin qabığının müəyyən hissələrində hansısa sayda reseptorlar var. Bu reseptorlar müəyyən konsentrasiyalı hormon sayı ilə yüksək əlaqədədir. Bu konsentrasiyanın pozulması, misal üçün testosteron lazım olan konsentrasiyadan yüksəkdirsə, beyin qabığında yerləşən reseptorlara xidmət üçün artıq olur. Testosteron bədən digər hissələrinə təsir etməyə başlayır, əsasən də əldəki barmaqlara. Barmaqlar maskulinləşir, beyin isə bu an feminemləşir.

Manningin eksperimentləri kişi seksuallığı və 2D:4D uyğunluğu ilə əlaqənin olduğunu göstərdi. Prenatal testosteronun təsirinə daha çox biseksuallar məruz qalıb, onların əllərində ikinci və dördüncü barmaqları arasında uzunluq fərqi daha çoxdur - $0,96+_{0,04}$, daha az təsirə məruz qalanlar isə homoseksuallar $0,96-0,97+_{0,03}$ daha da az təsir heteroseksuallarda $0,98+_{0,04}$ görülüb (Бутовская, 2005).

Williams və kolleqalarının homoseksual qadın və heteroseksuallarla bağlı eksperimentləri: 2D:4D uyğunluğunu lezbiyanlarda 0,96, heteroseksual qadınlarda isə 0,97 olduğunu göstərdi. Tədqiqatçılar nəticə çıxartdılar: lezbiyan qadınlar heteroseksual qadınlara nisbətən daha çox prenatal androgenlərə məruz qalıblar (Williams, 2000).

İlk olaraq üç homoseksual qadınla yaradılmış fransız psixoanalitik Joyce McDougall-ın yaratdığı konsepsiyaya baxaq. McDougall-ın nəticəsi: *Biz qadın homoseksuallığını aşağıdakı kimi ümumiləşdirə bilərik: şüursuzluq səviyyəsində ata ilə identifikasiyanın qorunması vasitəsi ilə, ana obrazının tələb etdiyi davamlı simbotik münasibətlərdən, narsistik bərabərliyi qorumaq üçün qaçma cəhdləridir. Halbuki, bu baha başa gələ bilər, bu növ identifikasiya şəxsiyyəti depressiya və ya psixotik dissosiyə hallarından qorunmağa kömək edir və bununla Eqonun əlaqəliyinə dəstək olmaqla öz bəhrəsini verir* (Макдугалл, 2010). McDougallın

fikrincə homoseksuallıq psixikanın müdafiə mexanizmi kimi özünü büruzə verir, bu növ müdafiə mexanizminin yaranma səbəbi erkən uşaqlıqdan uşağı əhatə edən yaxın çevrəsi arasında şəxsiyyətlər arası münasibətləridir. Buradan da, homoseksualın onun homoseksuallığının doğuşdan yaranma fantazmi irəli gəlir (Макдугалл, 2010).

Sovet psixoterapiyası bu tərz konsepsyaları inandırıcı saymırdı, çünki bioloji və sosial aspektləri nəzərə almır. Erkən sovet dövründən şərti reflektor və ya şərtlənmiş teoriya homoseksuallığı mənfi fiksasiya olunmuş xarici təsirlərin altında qazanılmış kimi qəbul edirdi. Misal olaraq, təsirlənmə halları, dostların cəlb etməsi, yetkin homoseksual tərəfindən seksual xarakterli əlaqə və s. Sovet dövrünün sonuna yaxın tərcümə olunmuş ədəbiyyatlarda əks fikir ortaya çıxdı- Sosial faktorlar istənilən halda homoseksuallığın yaranmasına təsir etmir, amma cəmiyyətdə homoseksualların varlıqlarına əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir (Имелинский, 1986).

Арон Белкин hesab edirdi ki, bioloji olaraq insan biseksual varlıqdır, ən azından ona görə ki, hər bir insan orqanizmində həm kişi, həm də qadın hormonları var. Psixoloji olaraq isə neytraldır və homoseksuallığın səbəbi cinsi identifikasiya pozuntusudur. Adətən bioloji və psixoloji cins bir insanda uyğundur və onda təbii cinsi rolunun, şəxsiyyətin psixoseksual orientasiyası və cinsi davranış xarakterinin qəbullanmasında problem yaşanmır. Homoseksuallıq özünü o zaman büruzə verir ki, insanın öz cinsinin xüsusiyyətləri özünü az ifadə edir, əks cins isə aydın şəkildə ifadə olunur . Britaniya antropoloqu Gerald Heard, D.B.Vest təxəllüsü altında yazaraq hesab edirdi ki, homoseksual *neoteo* insan tipi qəbul edirdi. Təkamül baxımından yeni bioloji insan xüsusiyyətli primat, hansı ki uzadılmış uşaqlıq və gəncliklə - açıq olma, çevik, ixtisaslaşmamış, bərkiməmiş, universal ola bilir. Britaniya etoloqu Charlotte Bach homoseksuallığı insan populyasiyasının daxili təkamül faktoru kimi adlandırır. O düşünürdü ki, seksual azlıqlar öz ikili müxtəlifliyi ilə davranışlarını dəyişərək, inkişaf zamanı vacib anatomik təkamül dəyişikliklərinə yol açır. Amerikan seksoloqu Tripp *Homoseksual matrisa* kitabında iddia edir ki, homoseksual fərdlərin çoxluq təşkil etdiyi cəmiyyətlərdə daha yüksək doğum səviyyəsi müşahidə olunur (Клейн, 2000).

1990-cı illərdə sovet cəmiyyətinin qərb baxış bucaqlarına açılması ilə, psixoanalizin Rusiyaya dönməsinin inisiatorlarından biri olan Арон Белкин Zigmund Freudun 1920-ci illərdə təklif etdiyi *üçüncü cins* konsepsiyasını xatırlatdı. Freudun nəzərinə çarpmışdı ki, insan üçün psixi cinsi xarakter və obyekt seçimi hər zaman üst-üstə düşür və homoseksuallıq - kişidə qadın ruhunun, qadında kişi ruhunun olması demək deyil. Homoseksuallıq - daha çox somatik cinsi xüsusiyyətlər, həmçinin kişi və qadın psixi cinsi xarakter düşüncə qəbiləridir.

Freud hesab edirdi ki, əgər bunların hamısı nəzərə alınsa, təbiət tərəfindən yaradılmış üçüncü cinsin haqqında düşünmək olar (Фрейд, 2006).

2000-ci ildə *üçüncü cins* adı altında Beklin qeyri-heteroseksual orientasiyaya sahib insanları adlandırdı. Yəni homoseksuallar, biseksuallar və transgenderlər. *Üçüncü cins* fenomeni haqqında düşünərkən o, iki antropoloji qaydanı dəstəklədi.

1. İnsan təkamülünün mənəvi təkmilləşməsinə doğru. Özü-özlüyündə *təkamülün çıxılmaz yolu* kimidir və homoseksuallıq təkamül tərəfindən qoyulmuş *çıxılmaz yolun* təbii halıdır. Səbəb isə, insanı heyvandan ayırmaq, kiminsə *güclü libido enerjisini nəsil artırmaqla əlaqəli olmayan fəaliyyətlərə yönləndirmək*, bioloji fərqliliyi yaratmaq və insanı mənəvi yüksəlişə çatdırmaq üçün.

2. İnsan populyasiyasının təbiət tərəfindən tənzimlənməsi. *Epidemiyalar, kosmik kataklizmalar, ekoloji fəlakətlər...* Bəlkə də homoseksuallıqda bu sıradadır - özünü təsdiq etməmiş eksperimentin dayandırılmasının ən humansit üsulu kimi (Белкин, 2006).

Təkamül bioloqları və sosioloqlarının fikrincə, homoseksuallıq cəmiyyət üçün adaptiv funksiyanı yerinə yetirir – qrupdaxili sosial təzyiği və rəqabəti azaldır. Əsasən şüurlu sosial altruistik davranış haqqında belə ideya var: reproduksiyadan imtina edərək ailənin və populyasiyanın tam olaraq sağ qalmasının təmin edilməsi. Konn hesab edirdi ki, *homoseksual altruizm* sosial altruistik davranışla homoseksualların doğum sayının stabilləşdirilməsi yox, daha çox onların iştirakı ilə *maddi və mənəvi dəyərlərin* formalaşması ilə populyasiyanın sağ qalmasına dəstəkdir (Белкин, 2006).

1.2. Biseksuallığa müasir elmi yanaşma, konsepsiya və fərziyyələr

Biseksuallıq adı altında romantik (platonik), erotik və seksual olaraq həm kişi həm də qadın şəxslərə meyilin və erotik, seksual kontaktın hər iki cinsə qarşı olması nəzərdə tutulur. Bu halda biseksuallığın iki komponentini ayıra bilərik: meyillə bağlı və davranışla bağlı komponent. Biseksual o insanı adlandırmaq olar ki, biseksual aktivlik olmasa belə, hər iki cinsə qarşı meyilə sahibdir. Paralel olaraq həm kişi, həm də qadınla yaşayıb hər iki cinsə qarşı eyni anda meyilə sahib olmayan insanı biseksual adlandırmaq olmaz.

İlk dəfə hər iki cinsə meyli olan insanlar üçün biseksuallıq anlayışını ingilis həkim və seksologiyanın əsasını qoymuş Havelock Ellis təklif etdi. Ona qədər bir insanda eyni anda həm homo həm də heteroseksual meyili *psixoseksual hermafroditizm* termini ilə adlandırılırdı

(Мондимор Ф., 2002). Sigmund Freud seksual orientasiyasıyanı heteroseksual və invertasiya olunmuş (homoseksual) kimi bölərək, psixoseksual hermafroditləri homoseksualların alt növləri kimi qəbul edirdi (Fox, 2003). H.Ellis isə ilk dəfə biseksuallığı ayrı bir kateqoriyaya bölüb, patalogiyasız homoseksuallıq ifadələrdən danışıaraq tabulara qarşı çıxdı.

Bəzi müəlliflər (Storms, Shively and DeCecco) homoseksuallığa və heteroseksuallığa seksuallığın asılı olmayan aspektləri kimi baxırdılar. Michael Storms 1978-ci ildə homoerotizm və heteroerotizm qütblü model təklif etdi (Fox, 2003). Kinseyin şkalasında olduğu kimi, bir kontiniumda olan bu kateqoriyaların birinin artması digərinin azalmasına gətirib çıxarır. Beləliklə, biseksuallıq homo və heteroseksuallıq arasında bir aralıq kimi yox, tamamilə ayrı həm yüksək homoerotizmə həm də heteroerotizmə sahib kateqoriya kimi çıxış edir.

Qeyd etmək lazımdır ki Ümümdünya səhiyyə təşkilatının məlumatlarına görə kişilərlə seksual kontakt praktikasına sahib kişilərin faizi 3%-dən 16%-ədəkdir. Onların çoxusu həm də qadınlarla intim əlaqəyə daxil olurlar (Between Men, 2003). Cisgenderləri (heteroseksual, kişi və qadın gender identifikasiyasına malik insanlar) ayırmaqla bir çox genderləri traktasiya edib, onlara əsaslanan biseksuallığın tərifləri var. Bəzi məbələr biseksuallığı insanın seksual orientasiya və gender identifikasiyasından asılı olmayaraq romantik və ya seksual meyilin olmasına və bu hiperseksuallığı panseksuallığa bərabərləşdirir (Garber Marjorie, 2000). Düşünürəmki bu yanaşma səhvdir. Cisgender şəxslərin gender identifikasiya pozulmuş və ya interseks şəxslərə meylini biseksuallığa aid edə bilmərik.

У. Мастерс və В. Джонсон (1979) biseksuallar arasında ambiseksualları ayırdılar. Bu individlər üçün partnyorun cinsinin əhəmiyyəti yoxdur. Onlar tez-tez həm kişilər həm də qadınlarla cinsi əlaqələrə daxil olurlar və heçvaxt onlarla möhkəm münasibətlər qurmurlar (Мастерс, Джонсон, Колодни, 1998).

Fritz Klein tərəfindən 1990-cı ildə seksual meyili, fantaziyaları, davranışları, emosional üstünlüyün kimə verilməsi, sosial üstünlüklər, həyat tərzı və özünüidentifikasiyasını ehtiva edən, seksual orientasiyanın tədqiq olunmasında geniş qiymətləndirmə yanaşması təklif olunmuşdur. Fritz Klein *seksual orientasiya cədvəli* (Klein Sexual Orientation Grid, KSOG) yaradır. Bu cədvəl yuxarıda qeyd olunan yeddi parametrin üç zaman kateqoriyasında, yəni keçmiş, indiki və ideal kateqoriyada 0-dan 6-ya qədər qiymətləndirilməsi ilə tərtib olunmuşdur. Bu təsvir insanın həyatı boyu seksual orientasiyasının daha dəqiq və anlaşılan olmasını təmin edir.

Seksual orientasiyaya kompleks baxış elm birliyinə insan seksuallığının necə müxtəlif forma və təzahürlərə malik olduğunu göstərdi. Hazırda insan seksuallığında üç əsas komponenti ayrılır: seksual orientasiya, seksual davranış və seksual identiklik (Savin-Williams, 2006). Seksual orientasiya, bir individin müəyyən cinsdən olan hər hansı digər individə az-çox daimi emosional, romantik, seksual və ya erotik meyili kimi təyin olunur. Seksual identiklik, individin bu və ya digər seksual orientasiyalı şəxslərlə özünü identifikasiya etməsi, onun seksuallıq anlayışını təsvir edən etiketin qoyulmasıdır. Seksual davranış isə, genetal kontakt və seksual aktivləşmənin də daxil olması ilə istənilən qarşılıqlı razılıq ilə baş verən davranışların realizasiyasıdır. Bu anlayışlar tez-tez bir-birinə ziddir ona görə onların sinonimləşdirilməsi düzgün deyil.

Bu halda hər iki cinsin nümayəndəsinə romantik və/və ya seksual meyili təklif edən biseksuallıq, biseksual davranış, və/və ya biseksual orientasiya, və/və ya biseksual identiklik kimi təzahür edə bilər. Amma reallıqda biseksuallığın təyini problematiktir. İnsanın homo və heteroseksual meyil intensivliyi bərabər olmalıdır? Bu meyillər mütləq eyni zaman preiudunda yaşanılmalıdır? Yalnız bir cinsin nümayəndəsi ilə seksual təcrübə yaşamış və ya ümumiyyətlə seksual təcrübəsi olmayan insan biseksual hesab olunur?

Xarici təsirlər və daxili motivlərdən asılı olaraq biseksual meyilin müxtəlif forma və təzahürləri var. Fritz Klein biseksuallığın üç sərhədini ayırır: trantiz, keçmiş və ardıcıl (Klein F., 1993). Tranzit biseksuallıq (transitional bisexuality) , individin hər iki cinsə mənsub partnyorlarla seksual eksperiment edərək daha stabil olan homo və ya heteroseksual orientasiyaya yönəlməsidir. Keçmiş biseksuallar (historical bisexuality), müəllif hazırda üstünlük olaraq hetero və ya homoseksual həyat yaşayırlar lakin keçmişdə biseksual təcrübə və ya fantaziyalara sahib olublar. Ardıcıl biseksuallıq (sequential bisexuality), çox yaygın olan müəyyən zaman periodunda bir genderlə seksual təcrübələrdir. Bunlardan əlavə olaraq F. Klein epizodik, müvəqqəti, eksperimental və situativ biseksual üstünlükləri ayırır. Epizodik üstünlüklərə (episodic) yalnız alkoqol təsiri altında eynicinsli cinsi kontaktlara daxil olan qadını misal çəkə bilərik. Müvəqqəti üstünlüklərin (temporary) illüstrasiyası üçün müəllif daha çox homoseksual meyillərə sahib kişinin qadınla münasibətdə olub yalnız onunla seksual əlaqəyə girməsini misal gətirir. Eksperimental biseksuallıq (experimental), maraq səbəbi ilə seksual meyilin çevrilməsi və digər cinslə (ya öz cinsi ya da qarşı cins) əlaqəyə girməni tərif edir. Situativ biseksuallıq (situational) tez-tez xüsusi şəraitlərdə, məsələn, həbsxana, intetnat kimi bağlı müəssələrdə görünür və qarşı cins obyektlərin olmamasına görə qadın və kişilərin öz cinslərinin nümayəndəsi ilə homoseksual əlaqəyə daxil olmasını əks etdirir.

Michael W. Ross 1991-ci ildə şəraitdən asılı olaraq homoseksual xarakterli davranışların reallaşdığı bir neçə biseksual modelləri təsvir etmişdir (Fox R.C., 2003). Misal olaraq, müdafiə biseksuallığı (defense bisexuality) homoseksual orientasiyasını gizlədən, homoseksuallığı araşdıran və ya homoseksual identiklik yolunda olan insanı təsvir edir. Bəzən homoseksual müəyyən qrupların bəzi və ya bütün üzvlərinə təyin edilə bilər, məsələn Melaneziyada, müəllif bu cür halları ritual biseksuallığı (ritual bisexuality) adlandırır. Bərabər biseksuallığı (equal bisexuality), seksual partnyorun seçimində genderin rol oynamadığı insanlara aid edilir. Digər kişi ilə anal seksual əlaqə zamanı yalnız aktiv rolda olan kişilərin situasiyasını müəllif latın biseksuallığı (latin bisexuality) adlandırır. M. Ross həmçinin eksperimental və situativ biseksuallığı növlərini ayırır və ikili biseksuallığı (secondary bisexuality) kimi təhrif edir. Həmçinin, qazanc məqsədi ilə edilən homoseksual davranışlar instrumental biseksuallığı (technical bisexuality) kimi qeyd olunur (Fahs, 2009).

Stereotip homoseksual qadının atəşli və seksual obrazının məhsulu olan performativ biseksuallığı (performative bisexuality) forması, heteroseksual qadınların kişinin cəlbə üçün və ya onun istəyi ilə etdikləri homoerotik davranışlarını (məsələn, barda, klubda) xarakterizə edir.

Beləliklə, insan seksuallığı və biseksuallığı haqqında teoritik təsəvvürlər keçən əsrin ortalarından etibarən əhəmiyyətli dəyişikliyə məruz qalıb.

Biseksuallığı haqqında məlumat ilk dəfə 60-cı illərdə elmi araşdırma ədəbiyyatlarında homoseksuallığın antropoloji, entografik və psixoloji tədqiqatlarında görünür (Fox R.C., 2003). Tədqiqatçılar homoseksual kimi klasifikasiya olunan respondentlərin çoxu həm homo həm də heteroseksual meyli, davranış və münasibətlər haqqında bildirdiklərini görürlər. Lakin analiz məqsədi ilə bu qrup insanları ya ignor edir, ya da homoseksuallarla eyni qruplara daxil edirdilər. Bununla nəticələrin korlanmasına və hər iki qrup haqqında məlumatın alınmasının qarşısını alırdılar.

Biseksualı asılı olmayan qrup kimi yalnız 1980-cı illərdə tədqiq etməyə başlayırlar. 1975-ci ildən 1985-ci ilədək xarici tədqiqatların yalnız 3%-i başlığda, annotasiya və predmet göstəricilərində biseksual və biseksuallığı sözlərini daxil edirdi. 1995-ci ilədək bu faiz 16%-dək artıb, biseksuallığın seksual identifikasiya kimi qəbulanmağını əks etdirirdi (Diamond, 2008).

A. Kinseyin tədqiqatlarına əsasən ABŞ sakinləri 15% kişi və 7-8% qadınlar, 40-cı illər həyatlarının son 3 ili ərzində hər iki cinsin nümayəndəsi ilə seksual kontaktlarının olduğu bildirilir (Klein F., 1993). 2002-ci ilin nəticələrinə görə amerikalı vətəndaşlarının 6%-i 15 yaşdan 44 yaşadək ən azından bir dəfə də olsa kişi ilə seksual təcrübə yaşayıblar, onların 2,9%-

i son il ərzində homoseksual əlaqələr qurub, 1,3%- i isə həm kişi həm də qadınla seksual münasibətlərə daxil olublar. Qadınlar üçün bu faiz daha yüksəkdir: 11% amerikan qadınları bir dəfə olsa belə eynicinsli münasibətə daxil olub, 4,4%-i son il ərzində, 3,1%-i isə son il ərzində həm kişi həm də qadınla seksual kontakt qurublar (Mosher, Chandra, 2005).

Tədqiqatçılar biseksuallığın tranzit təbiəti haqqında obyektiv sübut və inkarları axtarmağa çalışırdılar. Seksual orientasiya qiymətləndirilməsinin güvənli yoxlanılma üsulu kimi, stimullara qarşı olan seksual reaksiyaların ölçümesi götürülür. Seksual reaksiya subyektiv və obyektiv komponentləri ehtiva edir. Subyektiv komponentlərə şəxsiyyətin subyektiv təcrübələri aid edilir və adətən seksual aktivləşmə səviyyəsi, özünə hesabat vasitəsi ilə ölçülür. Obyektiv kompanetlər deyərəkən müşahidə oluna və ölçülə bilən seksual aktivləşmə göstəriciləri: genetal orqanlara qan axını, bəbəyin genişlənməsi, stimula baxma müddəti aiddir. Tədqiqatda istifadə olunan stimullar modallıq səviyyəsinə görə fərlənirdi: vizual, auidi, audi-vizual. Bu tədqiqatların məqsədi hər bir tip seksual orientasiya üçün seksual aktivləşmə modelini təyin etmək idi. İlk tədqiqatlar biseksual kişilər üçün spesifik seksual reaksiyaları təyin etmədi. Misal üçün 2005-ci ildə genetal reaksiyaların fiksasiyası özünü biseksual adlandıran kişilərdə homoseksuallar tədqiq olunanlarla nisbətdə xüsusi fərq görülmədi (Rieger, Chivers, Bailey, 2005). Belə bir nəticə biseksuallığın var olması şübhəsini təsdiq etdi.

Lakin 2011-ci ildə respondentlərin seçilmə kriteriyalarının dəyişilməsi nəticəsində tədqiqatçılar fərqli nəticələr əldə etdilər. Əvvəlki eksperimentin əsas çatışmamazlığı kimi Allen Rosenthal və digərləri respondentlərin seçilmə prosesini qeyd edirdilər. Reklam elanları qazetlərdə və digər geylər üçün olan alternativ nəşrlərdə qoyulmuşdu. Yeni tədqiqatın üçün elanlar biseksuallar üçün olan internet-resurslarda qoyulub, respondentlər üçün hər iki cinsin nümayəndəsi ilə minimum iki cinsi əlaqə və hər iki cinsin heç olmasa bir nümayəndəsi ilə üç aydan artıq romantik münasibət tələbi qoyulmuşdu. Nəticə olaraq sensorlar kişi biseksuallarda hər iki cins üçün seksual aktivləşmə fiksasiya etdilər (Rosenthal, Sylva, Safron, Bailey, 2011). Daha sonrakı tədqiqatlarda (Cerny, Janssen, 2011; Rosenthal et al., 2012) stimula sırasına spesifik biseksual stimula kimi iki kişinin və bir qadının erotik səhnələri əlavə olunur və sensorlar biseksual şəxslərdə bu videoların baxışı zamanı homo və heteroseksuallara nisbətən daha yüksək seksual aktivlik fiksasiya edirlər. Seksual aktivləşmənin göstəriciləri kimi istifadə olunan bəbəyin genişlənmə səviyyəsi (Rieger, Cash, Merrill, Jones-Rounds, Dharmavaram, 2015) və stimula baxma müddətidə biseksual, heteroseksual və homoseksual kişilər arasında fərqi göstərdi (Ebsworth, Lalumière, 2012; Lippa, 2013)

Özünü hesabatla biseksual qadınların seksual aktivliyi modelini tədqiq edən Blackford və Doty olmuşdur. Stimul olaraq cinsi əlaqə, qadın oral seks və heteroseksual oral seks videolarından istifadə edərək biseksual qadınların digər qadınlara nisbətdə heteroseksual oral seks səhnəli videodan daha çox seksual aktivləşdiklərini təyin etdilər (Blackford et al., 1996).

Obyektiv kriteriyaların istifadəsi ilə aparılmış bəzi tədqiqatlar bu nəticəni təsdiq etdi. Qadınların göz bəbəklərinin böyüməsi və genetal zonalarına qan axını səviyyəsinin fiksasiyası ilə, audiovizual stimullarda seksual aktivləşmənin hər iki cinsə yarandığı təyin olundu. Həm masturbasiya edən kişi həm də masturbasiya edən qadına qarşı demək olar eyni səviyyədə seksual aktivləşmə müşahidə olunur (Rieger et al., 2015). Baxış müddətində qadınlarda hər hansı cinsə qarşı üstüklüyü təyin etmədi (Ebsworth et al, 2012; Lippa, 2013). Lakin bundan əlavə biseksual qadınların hər iki cinsə qarşı bərabər olmayan seksual aktivliyini demonstrasiya edən tədqiqatlar var: qadın stimulu əhəmiyyətli dərəcədə daha seksual aktivlik yaradır nəinki kişi stimulu (Bauchard, Timmers, 2015; Timmers, Bouchard, Chivers, 2015).

Tədqiqatçıların fikrinə görə bucür ziddiyyətli nəticələr qadın seksuallığının qəlizliyini sübut edir. Kişilərdə özlərinin bildirdiklər seksual üstünlüklər və seksual reaksiyaları əsasən üst-üstə düşür (Bauchard et al., 2015). Qadın genetal reaksiyaları daha fərqli faktorlardan asılı olur (Chivers, Timmers, 2012). Hetero və homoseksual qadınların tədqiqatı, həm bu həm də digər qrup həm homo həm də heteroseksual stimullara seksual aktivlik reaksiyası göstərdiyi müşahidə olunur (Chivers, Rieger, Latty, Bailey, 2004; Chivers et al 2012). Ekranda seksual davranışların intensivliyinin azalması homoseksual qadınların seksual reaksiyaları daha genderspesifikləşir, bu dəyişim heteroseksual qadınlarda müşahidə olunmur (Chivers et al., 2007). Audio stimulların istifadəsi qadınlarda, gender xüsusiyyətləri yox, partnyorlar arası münasibətin daha çox seksual aktivləşməni təmin etdiyi təyin etdi (Chivers et al., 2012). Əhəmiyyətli sayda araşdırmalar qadınların seksual davranışlarına fizioloji faktorlardan daha çox münasibətlərərsə və sosial-mədəni amillərin təsir etdiyini göstərir. Bundan əlavə qeyri-heteroseksual orientasiyalı qadınlar yüksək cinsi fluidlik və tez-tez seksual identikliklərini dəyişməyə meyilli olması müşahidə olunur.

Lakin bucür qadın seksuallığının elastikliyi bütün qadınların biseksual olduqları və ya əksinə tam biseksual qadının olmaması demək deyil. Burada Diamondun işinə diqqət yetirmək lazımdır. On il ərzində aparılan uzun tədqiqatda 79 qeyri-heteroseksual orientasiyalı qadın (32 homoseksual, 47 biseksual qadın) hər iki ildən bir müsahibədən keçərək, onların seksual üstünlükləri, davranışları və identiklikləri fiksasiya olunub. Tədqiqatın sonuna yalnız ikinci qrupa aid olan (biseksuallar) 12 qadın öz seksual orientasiyasını homo və ya heteroseksual

olaraq dəyişiblər. Bununla belə onlar qadın və kişilərə meyil səviyyələrində xüsusi dəyişiklik etməyiblər, yəni biseksual üstünlük modellərini qoruyub saxlayıblar (Diamond, 2008). Diqqət etsək biseksuallığın spesifikasına və müvafiq olaraq biseksuallığın varlığının qiymətləndirilməsinə yönəlmiş tədqiqatlar son 20 ili əhatə edir. Bu biseksuallığın ayrı bir seksual orientasiya kimi təsnifatına qarşı şübhələrin aktuallığını göstərir və nəticə olaraq cəmiyyətində biseksuallığa yanaşmasına təsir edir. Lakin yenədə toplanılan tədqiqatlardan belə bir nəticəyə gəlməl olarki, hər iki cinsə qarşı romantik və seksual meyillə xarakterizə olunan müəyyən insan qrupu var.

Bəzi müəlliflər ümumiyyətlə biseksuallığın varlığını inkar edirlər. Bu barədə, xüsusən də Amerika Psixiatriya Assosiasiyasının keçmiş prezidenti Cudd Marmor məlumat verir (Macrepc et al, 1998). Bu pozisiyaya uyğun olaraq, bütün biseksuallar heteroseksual cildlə örtülən gizlin homoseksuallardır. Onların opponentləri əksini iddia edərək, bütün insanlar biseksualdırlar amma onların ilkin alternativ impulsları ya cəmiyyət (heteroseksuallarda), ya da müəyyən əvvəlki təcrübə (homoseksuallarda) ilə basdırıldığını deyir. Marjorie Garber öz 1995-ci ilin «Bisexuality and the Eroticism of Everyday Life» kitabında növbəti baxış bucağını ifadə etdi. O iddia edirki seksual imkanların olmaması kimi repressiya və faktorlar olmasa insanların çoxu biseksual olardılar (Garber Marjorie, 2000).

Fərqli sorğuların nəticələrinə görə biseksuallığın tezliyi fərqli nəticələr əldə olunub (Garber Marjorie, 2000). Biseksuallar iki bərabər olmayan qütblərdə yerləşirlər: heteroseksualların böyük, homoseksualların kiçik qütbü. Çoxsaylı olmayan kişi homoseksual, qadın homoseksual, biseksual və transgenderlər nəzərə alınaraq onların populasiyadakı təmsili ümumiləşdirilir. Amerika İctimai Rəy İnstitutunun (American Institute of Public Opinion) apardığı sorğuya əsasən ABŞ-da özünü lezbiyan, gey, biseksual və transgender kimi identifikasiya edən yetkinlərin sayı, Şimali Dakotada 1,7%, Havay adalarında 5,1%, Vaşingtonda 10% aralığında dəyişir. LGBT-lərin ölkə üzrə ümumi faizi 3,5%-dir (Van et al, 1995).

Biseksual kimi özünü identifikasiya edilmə tezliyi cədvəldə göründüyü kimi kifayət qədər fərqlənir. Bəzi tədqiq olunan nəticələr güvənsizlik yarana bilər. Hər şey kimi biseksual hesab etmək lazım olduğundan asılıdır. Tez-tez insanı heteroseksual, homoseksual və ya biseksual kimi identifikasiya etmək üçün amerikalı kişilərin seksual davranışlarını araşdırmağa həsr olunmuş işində nümayiş olunmuş Alfred Kinseyin şkalasından istifadə olunur

Heteroseksuallıq-homoseksuallıq şkalasına əsasən, psixoloji reaksiyalar və təcrübəyə əsaslanaraq bu obrazla qiymətləndirilir: 0- yalnız heteroseksual;

1- demək olar həmişə heteroseksual, nadirən homoseksual kontakda olur;

2- əsasən heteroseksual, lakin homoseksual kontaktlar o qədərdə nadir deyil;

3- bərabər səviyyədə homoseksual və heteroseksual kontaktları olur;

4- daha çox homoseksualdır, lakin heteroseksual kontaktlarda nadir deyil;

5- əsasən homoseksual, nadir hallarda heteroseksual kontaktı olur;

6- yalnız homoseksual

Şkaladan bəlli olduğu kimi, bərabər saylı homoseksual və heteroseksual münasibətlər üçüncü kateqoriyada qeyd olunub, həmçinin birincidən beşinci şkalayadək qeyri bərabər ifadə olunma dərəcəsinə görə homoseksual və heteroseksual təzahürləri qeyd olunur. Ümumişləşdirib bəlkədə bu kateqoriyaların hamısını biseksuallığa aid etmək olardı. Digər bir sərhəd qərar olaraq, yalnız üçüncü kateqoriyanı biseksuallığa aid etmək olardı. Amma məndə bir çox alimin fikirləri ilə razı olaraq biseksuallığı ikinci, üçüncü və dördüncü kateqoriyanın aid edilməsini düzgün olduğunu hesab edirəm (Kinsey, 1948).

A.Kinsey şkalası biseksuallıqla bağlı kritikaya məruz qalırdı. Bu şkalada tədricən homoseksuallığın yığılması və heteroseksuallığın azalması isə özünü büruzə verir. M.D.Storms homoerotizm və heteroerotizm ortoqonal (asılı və bağlı olmayan) kontinimum olduğu hipotezini irəli sürür (Storms, 1981; 1980). Bu ortoqonal modelə əsasən, biseksuallarda həm homoerotizmin həm də heteroerotizmin səviyyələri bərabər, heteroseksuallarda isə yüksək heteroerotizm, aşağı homoerotizm səviyyəsi, homoseksuallarda isə yüksək homoerotizm, aşağı heteroerotizm səviyyəsi var. Hər iki səviyyənin aşağı olduğu individlər aksesual kimi xarakterizə olunur.

Hipotezlə bağlı sual yaranır, niyə müəllif hesab edir ki, heteroseksualların azda olsa homoerotizm səviyyəsi, homoseksualların isə heteroerotizm səviyyəsi olmalıdır. A.Kinseyin şkalasında yalnız homoseksuallar və yalnız heteroseksuallar ayrılıb. Həmçinin biseksuallar yüksək səviyyə homoerotizm və heteroerotizm səviyyəsinə malikdir. Van Wyk və Geist bir necə araşdırmanı analiz etdilər. Onlar homoseksual və heteroseksuallar ilə biseksualları müqayisə edərək belə bir nəticəyə gəldilər ki, biseksuallar seksual cəhətdən daha aktivdirlər, daha tez-tez seksual fantaziyalar qururlar və daha yüksək erotik marağa sahibdirlər (Van, Geist, 1995).

Bu araşdırmalar bu nəticələri göstərir:

- Biseksual qadın və kişilər heteroseksual və homoseksuallarla nisbətdə daha çox heteroseksual fantaziyalara sahibdirlər
- Biseksual kişilər heteroseksual kişilərə nisbətdə daha çox masturbasiya edib, daha çox qadınla intim əlaqədə olublar, amma heteroseksuallara nisbətən daha az xoşbəxt ailə həyatına sahibdirlər
- Biseksual qadınların həftə ərzində daha çox orgazmları olub və hetero və homoseksual qadınlara nisbətən daha güclü onları təsvir edirlər
- Biseksual qadınlar daha tez heteroseksual aktiv olublar, daha çox masturbasiya edib və ondan həzz alıblar, həmçinin müxtəlif heteroseksual kontaklara sahib olublar

Biseksuallığın aşağıdakı növləri vardır (Крыкк, 2005):

1. Biseksuallıq real orientasiya kimi. İnsanın seksual aktivliyin olub olmamasından asılı olmayaraq hər iki cinsə qarşı seksual meyilin olması ilə xarakterizə olunur.
2. Tranzitor biseksuallıq. Hetero və ya homoseksuallarla qısa müddət görüşürlər daha öz seksual meyillərinə uyğun seksual aktivliyə qayıdırlar. Müşahidə olunur ki, qız və oğlanların ayrıldığı internat tipli məktəblərdə, həbsxanalarda, fahişəlik zamanı seksual identifikasiyaya uyğun olmayan seksual aktivlik müşahidə olunur.
3. Tranzit biseksuallıq. Individ bir orientasiyadan digərinə keçdikdə müşahidə olunur. Adətəndə o orientasiyada qalır.
4. Biseksuallıq yalnız homoseksual maraqlarını gizlətmə və bilinməsindən qaşma cəhdi kimi

J.H. Gagnon (Gagnon, 1977) beş fərqli biseksual kateqoriyası ayırır. Onlardan biri öz seksual identifikasiyasını təyin etmə istəyi ilə eksperimentlər aparan qrupdur.

İspan və Şərqi Asiya mədəniyyətlərində kişilərlə cinsi əlaqədə olan kişilər üçün cinsi oriyentasiyanın necə müəyyən edildiyi maraqlıdır. Əgər oral və anal əlaqə zamanı kişi öz "kişiliyini" təsdiq edərək aktiv mövqe tutursa, o, heteroseksual, passiv olduqda isə daha aşağı səviyyədə olan homoseksual sayılır (Крыкк, 2005).

Müxtəlif elm sahələri inkişaf etdikcə homoseksuallığın və biseksuallığın yaranmasına dair müxtəlif konsepsiya ideya və fikirlər formalaşacaq. Bioloji, antropoloji, genetik, psixogen faktorlar daha da inkişaf edərək elm bu mövzu ilə bağlı inkişaf edəcək və yəqin ki yeganə bir nəzəriyyə formalaşacaq. Bu an üçün olan fikirlər bizə bu məsələyə obyektiv və çox çərçivəli baxmağımıza xidmət edir.

II FƏSİL. QEYRİ-HETEROSEKSUAL ORIENTASİYALI ŞƏXSLƏRİN PSIXOPATALOJİ HALLARININ XARAKTERİSTİKASI

2.1. Qeyri-heteroseksual orientasiyalı fərdlərin psixi sağlamlığı və coming out

Homo və biseksual insanların psixi sağlamlıqları haqqında araşdırmalar 1960-cı illərdə homoseksuallığın bir psixi pozuntu olması haqqında debatlar əsasında yarandı (Meyer, 2003). Baxmayaraq ki, debatlar homoseksuallığın patalogiya kimi DSM-II də (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) çıxarılması ilə bitdi, biseksual davranışın patologizasiyası bir müddət davam etdi. Qeyri-kliniki biseksual qrupları üzərindəki öncəki araşdırmalar, nəinki patalogiyaları təyin etmədi, həmçinin biseksuallarda yüksək özünüqiymətləndirmə, özünə əminlik, sərbəstlik və sosial normalardan asılı olmayan elastik Mən obrazını təyin etdi (Fox, 2003). Lakin sonuncu onilliklər də, tədqiqatçılar LGB fərdlərində psixi problem yaygınlığı səbəbi ilə yenidən homo və biseksualların psixi sağlamlıqlarının tədqiqinə başladı.

Araşdırmaların nəticələrinə görə homo və biseksual orientasiyalı kişi və qadınlar, alkoqol və ya narkotik maddə qəbulu, affektiv pozuntular və suisidal davranışlar daxil olmaqla heteroseksuallara nisbətən daha çox psixi pozuntulardan əziyyət çəkirlər (Meyer, 2003). LGB cəmiyyəti daxilində aparılan müqayisəli tədqiqatlar da, xəstəliklərə daha yüksək zəiflik səviyyəsi cəmiyyətin biseksual fərdləri arasında müşahidə olunur.

Milli epidemioloji araşdırmalar əsasında 2004-2005-ci illərdə aparılan tədqiqatın nəticəsinə görə, homo və biseksual orientasiyalı fərdlərdə affektiv və təşviş pozuntuları daha çox rast gəlinir, xüsusəndə biseksualların nəticələri digər kateqoriya insanlarla nisbətdə daha yüksəkdir (Bostwick W. et al., 2010).

Massaçuset dövlət tibb mərkəzlərinin nəticələrinə görə 2001- 2008-ci illər biseksual kişi və qadınlar arasında tütün çəkmə, alkoqolizm və narkotik maddə asılılığı, qan-damar xəstəlikləri yayılma səviyyəsi daha yüksəkdir (Conron, Mimiaga, Landers, 2010). Həmçinin homo və heteroseksual fərdlərlə nisbətdə biseksuallar daha aşağı səviyyə özünüqiymətləndirməyə sahib, daha çox suisidal fikirlərdən əziyyət çəkirlər (Wilson, Zeng, Blackburn, 2011) və 2010-cu ildə aparılan tədqiqat Kanada da biseksuallar arasında suisid halının gey və lezbiyanlara nisbətən 150% daha çox olduğu göstərir (Brennan, Ross, Dobinson, Veldhuizen, Steele, 2010).

2008- 2009-cu illərdə Amerikan kollecində tələbələr arasında aparılan tədqiqat biseksual qadınların ən pis psixi sağlamlıq göstəricilərinə sahib olduğunu göstərdi: yüksək təşviş səviyyəsi, qəzəb, depressiya, altruistik davranış, suisidal fikir və cəhdlər (Kerr et al, 2013).

İntihar davranışının inkişafına bir sıra amillər təsir edə bilər: cins, yaş, yaşayış yeri, peşə, ailə vəziyyəti, sağlamlıq vəziyyəti, təhsil səviyyəsi və s.. Əhalinin intihara meyillilik səviyyəsinə iqtisadi və sosial amillərin təsiri qeyd olunur. Psixi pozuntular, narkomaniya və intihar arasında əlaqələr müşahidə olunur (Бачило, Барыльник, Антонова, 2012).

Suisidal davranışa bu davranış formaları daxil edilir: suisidal jestlər, yerinə yetirilməmiş suisidlər və yerinə yetirilmiş suisidlər (Эрдынеева, Филиппова, 2010). *Suisidal jestlər* termini, individin özünə xəsarət yetirməsini təsvir edir. Tez-tez özünü öldürmək niyyəti olmadan, kifayət qədər ağır zərərlər olur. Yerinə yetirilmiş suisidlərin çoxu ən azı bir uğursuz cəhdlə olur, amma bəzi hallarda insanlar psixi əzabların sakitləşdirilməsi cəhdi ilə özlərinə yetirdikləri zərərlə, niyyətləri olmadan özlərini öldürüb. İstənilən suisid və ya özünüqurban vermə ciddi qəbul olunmalıdır (Эрдынеева, Филиппова, 2010).

Dünyanın fərqli yerlərində kişi və qadın gender göstəricilərinə görə yerinə yetirilmiş və yerinə yetirilməmiş intihar hallarının sayı bərabər deyil. Məsələn, Tayland da kişi və qadın intiharlarının nisbəti 5,9:5,3, Salvadora da bu göstəricilər 14,3:2,6 nisbətindədir (Russell, Joyner, 2001). Bu ölkələrin hər biri intihar səviyyəsinin aşağı olduğu (100 000-ə 10 nəfər) ölkələrə aiddir. Daha yüksək intihar səviyyəsi olan (100 000-ə 20 nəfər) və orta intihar səviyyəli (100 000-ə 10-dan 20-ədək) ölkələrdə göstəricilər daha fərqlidir. Kişi və qadın intiharlarının nisbəti 1,5:1 və 5:1 aralığında dəyişir (Russell et al, 2001). Suisid edən şəxsin yaşı risk faktorlarının hesablanmasında əhəmiyyətli rola malikdir. Məsələn, ABŞ-da və Avropa ölkələrində müəyyən intihar tezliklərinin pikləri var - yeniyetməlik (15-19 yaş aralığı) və qocalıq (60-75 yaş aralığı) yaşlar. Bu yaşlar ədəbiyyatda gəcliyin pik və invalüsiyanın piki kimi təsvir olur (Тихоненко, 1992). Həmçinin bəz tədqiqatlar əmək yaşlarında olan şəxslərdə suisidal aktivlik dərəcəsinin yüksəldiyi qeyd edir (Russell et al, 2001).

Bəzi alimlərin fikrinə görə, şəxsiyyətin müəyyən xüsusiyyətləri var ki, suisidal davranışın formalaşmasına zəmin verir. Bunlara bəzi individlərdə əlsentüasiya səviyyəsinə çatan həyacanlılıq, sensetivlik, emosional qeyri-sabitlik aiddir (Султанов, 1983). Daha vacib olaraq sosiopsixoloji faktorlar qeyd olunur. Şəxsiyyətin yetkinsizliyinin göstəricisi olan ailədə konfliktlər, özünüqiymətləndirmə pozuntusu və eqoizm.

Daha tez-tez suisidal cəhdlərin yaranma səbəbi kimi yaxınlığın itirilməsi, ağır fiziki ağırların olması, kasıblıq, varlığın ümüdsüzlüyü, sosial izolyasiya, yetkin yaşın psixi pozuntuları (Russell et al, 2001). Suisidal riskin tibbi faktorları kimi ayrılır: somatik patologiyalar psixi patologiyalar. Statistik olaraq 28% hallarda intihar cəhdi edən şəxslərdə, intihar anında onların somatik xəstəliklə bağlı əlillik kağızları var idi (Амбрумова, 1980). Psixi pozuntularla bağlı

məlumatlar: 32,2%- şizofreniya, 29,7%- alkoqolizm, 18,9%- depressiya, 5,6%- damar psixozları, 3,9%- psixopatiya, 3,1%- epilepsiya, 2,7%- posttravmatik psixozlar, 2,5%- samotogen psixozlar (Russell et al, 2001).

Son illər seksual orientasiya ən çox qınaq obyektinə çevrilərək gənclər arasında suisid riskini artıran faktorlardandır. Hesab olunur ki, stiqmatizasiya nəticəsində yaranan çətinliklər gənc gey və lezbiyanlarda ağır depressiya və suisid riskinə gətirir. Çünki bu period da seksuallıq həyatın vacib bir hissələrindəndir (Russell et al, 2001). Hazırda bir çox araşdırmalar bu suala yönəlir. Homoseksual orientasiyanın intihar etmə səviyyəsinin təsiri ilə bağlı məlumatlar var. 1980-cı illərin ortalarında alınmış nəticəyə görə gey və lezbiyanlar arasında suisid daha çoxdur nəinki digər gənc əhali. Bu haqda səs-küy 1989-cu ildə ümumdünya səhiyyə təşkilatının publikasiya etdiyi nəticələrdən sonra başladı. Bu nəticələrə görə gənc homoseksuallar arasında intihar digər əhalidən 2-3 dəfə çoxdur və ümumi intihar etmiş insanların 14 %-ni təşkil edir (Russell et al, 2001).

O tədqiqata əsasən gey və lezbiyan qrupları üçün bölgü: 48% və 76% suisid haqqında düşünüblər, 42% və 29% suisid cəhdi ediblər. Lakin bu tədqiqatda göstərilən nümunələr təsadüfi deyil idi. Hər iki qrupdakı gənclər artıq risk qrupuna daxil olma şanslarına malik idi. Hər iki qrupda 19% kişinin, 29% qadının suisidal fikirləri və 7% kişi və 13% qadının suisid cəhdi olması nəticələrin yüksək olması gözləniləndir (Russell et al, 2001).

Bəzi tədqiqatlar isə təsadüfi olaraq yeniyetmə qrupları götürərək, seksual orientasiya (özünü gey ya da lezbiyanlara aid etmə) və suisidallıq (suisidal fikirlər, fantaziyalar və cəhdlər) arasında əlaqəni öyrənmək istəyiblər. Minnesota orta məktəbində oğlanlar arasında homo və biseksuallıq daha yüksək, qızlar arasında isə xüsusi bir fərq müşahidə olunmurdu (Russell et al, 2001). Massaçusetdəki doqquzuncu və on ikinci sinif şagirdlərinin bölgüsündə, homoseksual ya da biseksual orientasiyalı qız və oğlanların intihara meyilliyi, onlardan bir il öncə təhsil almış yaşadlarından üç dəfə çoxdur (Russell et al, 2001).

Müasir elmin meyilləri bizi seksual orientasiyanı suisidal davranış üçün trigger kimi yox, bir risk faktoru kimi görməyə tətikləyir. Hansı ki, homoseksuallıq və ya biseksuallıqla ilə yox, stiqmatizasiya ilə bağlıdır. Stiqmatizasiya həm yeniyetmələrin yaşadları kimi sosial kontaktları daxilində rastlaşla bilər həm də yetkinlərin kolleqaları və digər sosial çevrələrində.

İlan Meyer tərəfindən hazırlanmış sosial azlıqların yaşadıkları stress modelinə (minority stress model) əsasən, biseksual və homoseksualların yaşadıkları psixi və psixoloji problemlərin səbəbi stiqma, ön yarıq və diskriminasiyadır (Meyer, 2003). Biseksualların digər qeyri-

heteroseksuallarla nisbətdə ən aşağı psixi sağlamlığa sahib olmalarını, biseksual stiqmanın xüsusiyyətləri ilə əlaqələndirirlər.

Qeyd etmək lazımdır ki, biseksuallarda tez-tez homoseksul və heteroseksuallardan daha artıq səviyyədə olan psixi xəstəlikləri diaqnostika edirlər. Britan Kolumbiya Universitetindən Basia Pakula və həmkarları (Pakula, Shoveller, Ratner, Carpiano, 2016) American Journal of Public Health də dərc olunmuş məqalələrində 2007-2012-ci illərdə Kanada da aparılan sorğunun nəticələrini dərc edirlər. Ümumilikdə 222 548 respondent iştirak edib. Müəyyən olunub ki, homoseksual kişi və qadınlar təşviş və affekt pozuntularından iki dəfə daha çox əziyyət çəkirlər nəinki heteroseksuallar. Lakin biseksuallar, homoseksuallarla nisbətdə iki, heteroseksuallarla nisbətdə dörd dəfə bu pozuntulardan daha çox əziyyət çəkirlər. Bu qanuna uyğunluq alqaqol asılılığında da müşahidə olunur.

Araşdırmanın 2015-ci ildə publikasiya olunmuş nəticələrinə görə, qadın biseksualların qadın homoseksuallarla nisbətdə daha böyük tezlik müşahidə olunur (Colledge, Hickson, Reid, Weatherburn, 2015). Sorğuda Böyük Britaniyada yaşayan, 14 və yuxarı yaşlı 5914 qadın iştirak edib. Onlardan 6 (0,1%) insan seksual identikliyi qeyd etməyib, 202 (3,4%) lezbiyan və biseksualdan fərqlənən seksual identik qeyd etdiyi üçün sonrakı analizdən çıxarıldılar. Sorğuda 937 (16,4%) biseksual və 4769 (83,6%) homoseksual qadın iştirak edib.

Müəlliflər belə nəticəyə gəldilərki biseksual qadınlar lezbiyanlara nisbətən pis psixi sağlamlıq və psixoloji pozuntular haqqında xəbər verirlər. Onlar bunu biseksual qadınların həm heteroseksual həm də homoseksuallar tərəfindən qəbul olunmadıqlarına görə sosial stress yaşadıkları ilə əlaqələndirirlər.

Stiqma gey, lezbiyan və biseksualların ortaq xüsusiyyətidir. Homoseksuallığın rəsmi olaraq normal seksual meyil kimi qəbul olunub və müalicəyə ehtiyacı olmamasının qəbullanmasına baxmayaraq, bəzi mədəniyyətlərdə homoseksuallıq marginal olaraq qalır.

Situasiya alimlər, tədqiqatçılar və adi insanlar arasında seksual orientasiya ilə bağlı dixotomiyanın qorunub qalması ilə dahada pisləşir. Homoseksuallığın patolojiləşməsi və biseksuallığın varlığının inkarı həm homoseksuallara həm də biseksuallara aid bir çox stereotiplərin inkişafı üçün zəmin yaratdı.

Bifobiya anlayışını ilk dəfə Bennot tərəfindən 1992-ci ildə işlədilir (Yost, Thomas, 2012) və homofobiya ilə analoji olaraq qeyri-heteroseksual orientasiyalı insanlara qarşı ön yargı cəmidir. Son dövrlər *homoneqativizm* və *bineqativizm* terminlərinə keçid baş verir, çünki bu terminlər fobiya və qorxunu yox insanların emosional və koqnitiv reaksiyalarını əks etdirir.

Homo və biseksuallığa qarşı olan neqativ münasibət öz əsasını insanların homoseksuallağın qeyri-təbii yarğısı və heteroseksual orientasiyanın dominant mövqeyə sahib olmasından iləri gəlir. Homoneqtivizm və bineqativizm hər biri spesifik ön yarğılara sahibdir.

Biseksuallığın varlığı haqqında şübhələr müəyyən stereotiplərin yaranması üçün zəmin rolunu oynadı. İlk olaraq, biseksual kişi və qadınlar geylər və lezbiyanlar tərəfindən stabil homoseksual identikliyə keçid dövründə olan və ya öz orientasiyasını inkar edən şəxslər kimi qavranılır. İnkaretmə həm homoseksual həm də heteroseksuallar tərəfindən neqativ qarşılır, çünki bu öz heteroseksual ifadələrinin qoruyub saxlama və ya homoseksual stiqlatdan qaçma cəhdi kimi qavranılır. İkinci isə, biseksual qadınlar əsasən kişiləri cəlb etmə məqsədi ilə, müvəqqəti öz üzərilərinə biseksual identiklik götürən heteroseksuallar kimi qiymətləndiril. Qərbdə geniş şəkildə «bisexual until graduation» ifadəsi işlənilir. Bu ifadə gənc qızların tələbəlik dövrü sadəcə eksperiment edib, kişilər üçün öz cəlb ediciliklərini artırıb və məzun olduqdan sonra heteroseksual həyata qayıtdıqlarını ifadə edən mifi əks etdirir. Qeyd etmək lazımdır ki, bəzi tədqiqatçılar bu tip biseksuallığı *performativ biseksuallıq* adlandırırlar (Fahs, 2009). Həqiqətdə yayılmış bu hal, kütləvi informasiya vasitəsi ilə qadın homoseksuallığının erotizasiya ilə bağlıdır. Lakin bu stereotip empirik təsdiqini tapmayıb.

Bir çoxları hesab edir ki, biseksual həm kişi həm də qadınlara qarşı eyni səviyyədə seksual meyilə malikdir və bununla bağlı olaraq hər iki cinsdən partnyora sahib olmalıdır. Nəticə olaraq, biseksualların seksual əlaqələrdə qatma-qarışıq olduqları və monoqam əlaqələr qurmaq imkanında olmadıqları fikri yayılıb. Həmçinin, homo və ya heteroseksual orientasiyalı partnyorda biseksual partnyoruna kifayət edəcək və lazımı olan hissləri verə bilməmək qorxusu və partnyorun onu başqa biri üçün ata biləcək qorxusu yarana bilər. Tədqiqatlar həqiqətən də biseksual kişi və qadınlarda yüksək seksual maraq və seksual hiss istəklərinin (Stief, Rieger, Savin-Williams, 2014) və qadın biseksuallarda ifadə olunmuş erotofiliyanın olduğunu göstərir (Schmitt, 2007). Lakin bəzi tədqiqatlar homo və heteroseksuallara nisbətən biseksuallar daha poligam münasibətlərə meyilli olduğunu göstərsə də, bəzi biseksual insanlar monoqamlığa üstünlük verirlər (Rust, 2003).

Sonda qeyd etmək lazımdır ki, homo və biseksual insanlar HİV və digər cinsi yolla keçən infeksiya xəstəliklərinin daşıyıcıları kimi görünür. Beləliklə, heteroseksual cəmiyyət biseksual kişilərin geylərlə seksual kontaktdan sonra QİÇS yaymalarından, lezbiyan qadınlar isə biseksual qadınlardan heteroseksual kontaktdan sonra HİV gətirəcəkləri ilə bağlı ehtiyat edirlər (Rust, 2003).

Biseksual stiqmanın ağırlığı yüksəkdir. 2002-ci ildə aparılmış tədqiqat əsasında, heteroseksual şəxslərin cəmiyyətin digər azlıqlarına, homoseksual kişi və qadınlara, yəhudülərə, HIV infeksiyalı şəxslərə, afroamerikalılara nisbətə biseksuallara qarşı münasibətləri daha pisdır (Herek G.M.,2002). Müxtəlif seksual identifikasiyalı şəxslər arasında seksual ön yarıqların tədqiqi zamanı, biseksual fərdlərin geylər, lezbiyanlar, pansesual, kvir və seksual fluid kimi özünü identifikasiya edən şəxslər tərəfindən yüksək təzyiqa məruz qaldıqları məlum oldu (Mitchell, Davis, Galupo, 2015).

Nəticə olaraq görə bilərikki qeyri-heteroseksual orientasiyalı fərdlərin stiqmatizasiyası yalnız heteroseksual cəmiyyət tərəfindən yox həmçinin qeyri-heteroseksual şəxslər tərəfindəndə baş verə bilər. Biseksuallar üçünə bu ikiqat stiqma rolunda çıxış edir və əhəmiyyətli dərəcədə onların həyatına təsir edir.

Ön yarıqı və stiqma tez-tez diskriminasiyaya hətta şiddətə gətirib çıxarır. Amnesty International 2001-ci il üçün nəticələrinə əsasən, biseksual, homoseksual və transgenderlər tez-tez insan hüquqlarının pozulma obyektinə, şiddət və hətta suiqəst qurbanları olurlar (Meyer, 2003). Çox vaxt bu pozuntular cəzasız yerinə yetiril və dövlət və cəmiyyət tərəfindən formal (məsələn, diskriminasiya edici qanunlar) və qeyri-formal mexanizmlər (məsələn, dini adət-ənənə) sanksiya olunur.

Məlumatlara görə 1995-ci ildə ABŞ-da homo və biseksual kişilər eyni iş təcrübəsi, təhsil və ailə statusuna sahib olmalarına rəğmən heteroseksuallardan 11-27% daha az qazanırdılar (Meyer, 2003).

ABŞ-da 1999- cu ildə 15% biseksual qadın və 27% biseksual kişi nifrət əsaslı cinayətlərin hədəflərinə çevrilib (Herek, 2002). 2000-ci ildə aparılan telefon sorğusunda 60% biseksual kişi diskriminasiyaya məruz qaldıqlarını bildirib. Olardan 52 %-i verbal təhqirlərin obyektinə olub, 26%- i isə biseksual orientasiyaları ilə bağlı olaraq öz ailələrindən qovulub (Herek, 2002). FBI görə yalnız 2003- cü ildə 1500 homo və biseksuallar nifrət əsaslı cinayətlərin qurbanı olub. Bu hadisələrin təqribən yarısı adi hücum və ya ağırlaşdırılmış hücum idi (Pachankis, 2007). Nəzərə almaq lazımdırki bu rəqəmlər reallıqda daha yüksəkdir, çünki çoxu öz məlumatlarının gizlədilməsi və yayılmaması üçün hüquq müdafiə orqanlarına müraciətdən çəkinirlər.

Ön yarıqı və stiqmanın yayılması və diskriminasiyanın açıq şəkildə ifadəsi, homo və biseksual orientasiyalı fərdlərin diskriminasiya edici cəmiyyət tərəfindən öncədən özlərinə qarşı neqativ yanaşmanın olacağını düşünməyə vadar edir. Neqativ nəticələrin qarşısının alınma istəyi davamlı olaraq şübhəlilik və oyanıqlığa vadar edir, hansı ki, zamanla xroniki hala çevrilib

həyatın ayrılmaz bir parçası olur (Meyer, 2003). Bundan əlavə olaraq, qeyri-heteroseksual şəxslərin orientasiya ilə bağlı mənfi ön yargı və stiqmaları tez-tez Mən obrazına inteqrasiya edir. Nəticə olaraq, interanalizasiya (daxili) olmuş bineqativizmə və homoneqativizmə gətirib çıxarır. Daxili homo və ya bineqativizm, qeyri-heteroseksual orientasiyalı fərdin özünə neqativ yanaşmanı formalaşdırır, hansı ki özünü dəyərsizləşdirməyə, daxili konfliktə və aşağı özünəhərmətə gətirib çıxarır (Meyer, 2003).

Homoseksualların həyat tərzinin araşdırılması var olan stiqmaya adaptasiya üçün 3 əsas strategiyanın yaranmasını təmin etdi (Balsam, Mohr, 2007). Birincisi, LGB-cəmiyyəti ilə əlaqə və onun həyatında iştirak iqtisadi, emosional və hüquqi yardım almağa kömək edir. Bu cəmiyyətin daxilində olarkən artıq şəxs özünü heteroseksuallarla yox, oxşar üstünlüklərə, həyat tərzinə və problemlərə sahib digər LGB fərləri ilə müqayisə edir. Nəticə olaraq subyektiv qrupa aidlik hissi stiqmanın neqativ təsirlərini endirir (Meyer, 2003). İkincisi, stiqmaya adaptasiyanın mərkəzi prosesi, stigmatizasiya olunmuş qrup üzvünün müsbət seksual identifikasiyanın formalaşmasıdır. Hansıdakı dörd komponent ayrılır: interanalizasiya olunmuş homoneqativizm, stiqmaya həssaslıq, identiklik pozuntusu və identikliyin üstünlüyü hissi. Üçüncü üsul kimi öz seksual identikliyinə səmimiyyət və sosial kontekst, yaxınlıqdan asılı olaraq dəyişən qruplar qarşısında açmaqdır.

Qeyri-heteroseksual orientasiyalı insanların həyat xüsusiyyətləri bu strategiyanın realizasiyasına təsir edir. Tədqiqatlar biseksual insanların homoseksuallara nisbətən daha az LGB cəmiyyəti ilə əlaqəli olduğunu göstərir (Balsam et al, 2007). Baxmayaraqki spesilizasiya olunmuş təşkilat və qruplar öz adlarına biseksualları daxil edir, onların burada real iştirakları homoseksuallar tərəfindən olunan stigmatizasiya təsiri ilə hər zaman mümkün olmur. Biseksual qruplar böyük şəhər və internet üzərindən yaradılmasına baxmayaraq onlar homoseksuallara aid qruplar kimi çox inkişaf etməmiş və eyni hüquqi və iqtisadi imkanlara sahib deyillər. Həmçinin biseksuallığın var olması şübhəsizə müsbət seksual identifikasiyanın formalaşmasının qarşısını alan faktorlardan biridir. Şəxs öz orientasiyası və identifikasiyası ilə bağlı çəşqinlik halına düşür (Balsam et al, 2007).

Tədqiqatlar göstərir ki, öz seksual identifikasiyasını ifadə etmə səviyyəsinə görə homoseksuallar biseksuallara nisbətən buna daha çox meyillidirlər (Balsam et al, 2007). Qeyd etmək lazımdır ki bu coğrafi, etnik, sosial və dini faktorlardan asılı olaraq dəyişə bilər. Yeni tədqiqatlar gələcənin öz biseksual identifikasiyasını ifadə etmək əvəzinə alternativ adlardan (məsələn, panseksual, kvir) istifadə edirlər (Wandrey, Mosack, Moore, 2015). Öz biseksual identikliyinə gəlməsi homoseksual qruplar, ailə, dost çevrəsi, iş mühitində diskriminasiya

neqativ assosiasiya və stereotiplərdən yayınmağa kömək edir. Lakin bəzi tədqiqatçılar öz seksual identikliyinə gizlədilməsinin stigmatizasiya ilə bağlı çətinliyin öhdəsindən gəlmək üçün əlverişli metod olmadığını düşünür və psixoloji rifahı üçün identikliyin açılmasının əhəmiyyətini qeyd edir.

Seksual identifikasiyanın açılması və ya coming-out, seksual identikliyin davamlı və çətin inkişafı və individin öz homo və ya biseksual identikliyinə qəbullanması və öz gender nümayəndələrinə seksual və ya romantik meyillərinin fərqiyyətdir (Rust, 2003).

İlk seksual identifikasiya modelləri, seksual orientasiyanı bir xətt üzrə inkişaf edib, etaplar keçən və açar mərhələlərdən ibarət olub homoseksual identik inteqrasiyası ilə bitməni təsvir edirdi.

Cassın 1979- cu ildə tərtib etdiyi model də, psixoloji inteqrasiya, insanın Mən obrazının, onun davranışları və ətrafdakıların onu necə qavramasının uyğunluğu xarakterizə olunurdu. Model altı etapdan ibarətdir: identiklik pozuntusu, identikliyin müqayisəsi, identikliyə tolerantlıq, identikliyin qəbullanması, öz identikliyinə görə fəxr və identikliyin sintezi (Rust , 2003).

İdentikliyin pozulması insanın davranışlarının heteroseksual obrazla ziddiyət təşkil etdiyini anladıqda baş verir. Bu çətinliyə cavab olaraq insan bu ziddiyətdən baş açmaq üçün homoseksual haqqında informasiya toplamağa cəhd edə bilər və ya inkar edərək davranışlarını alkoqol təsiri altında, ya da bir eksperiment kimi izah edə bilər. İdentikliyin müqayisəsi etpında homoseksual qavrayır ki, heteroseksual cəmiyyətin dəyərləri, normaları və idealları ona aid deyil və o, digərləri və keçmiş özü ilə uzaqlıq hiss etməyə başlayır. O anlayır ki, artıq həmişə özünü hesab etdiyi adam deyil. Daha sonra yavaş-yavaş öz seksual orientasiyasını qəbullanmağa başlayır. Tam qəbullanma dördüncü etapda baş verir, nə vaxt ki artıq stereotiplər öz qüvvəsini itirməyə başlayır və müsbət homoseksual obrazı formalaşır. Əgər homoseksual bu ana qədər heteroseksual obrazını qoruyurdusa, artıq qəbullanma etpında o, Mən obrazının qavranılması və cəmiyyətin onu necə qavradığı arasındakı ziddiyətdən qurtulmaq üçün, yavaş-yavaş öz seksual identikliyinə digər insanlara açmağa başlayır. Nəticə olaraq yeni ziddiyət yaranır - öz müsbət homoseksual qavrayışı ilə digər insanların homoseksual qəbullanmaması arasında. Bu ziddiyətin həlli növbəti etapla həll olunur. Öz identikliyi ilə fəxr etpında insan cəmiyyəti *pislər* (heteroseksual) və *yaxşılar* (homoseksual) olaraq bölür. Heteroseksualların fikirlərini dəyərsizləşdirməyə başlayır və/və ya heteroseksizmə qarşı siyasi döyüşə başlayır. Nəhayət axırıncı etapda belə bir bölgü öz

mənasını itirir, seksual orientasiya həyatın bir aspekti kimi qavranılmağa başlayır və identikliyin sintezi baş verir.

Cassın modeli diqqəti daxili psixi dəyişikliklərə verdiyi halda, 1982- ci ildə Colemanın yaratdığı modeldə kronkret hadisələrə və digərləri qarşısında açılmağa fokuslanır. Model beş mərhələdən ibarətdir: yenidən kəşf, kəşf, araşdırma, ilk münasibətlər və identikliyin inteqrasiyası (Coleman, 1982).

Colemanın fikrinə görə, seksual orientasiya üç yaşında formalaşır və özünü erkən uşaqlıq dövründə bildirir. Yenidən kəşf mərhələsi tam nə ilə olduğunu bilmədən digərlərindən fərqlənmə hissi ilə xarakterizə olunur. Növbəti mərhələyə insan öz identifikasiyasını və homoseksual hisslərini qəbul etdikdən sonra keçid edir. Kəşf mərhələsinin əsas məqsədi, özünü digərləri qarşısında açmaqdan ibarətdir. Bu an kritik anlardan hesab olunur, çünki güvənilən simaların reaksiyası güclü təsirə malik olub, insanın özü haqqında təsəvvürlərini formalaşdırır. Neqativ reaksiya keçmiş neqativ yağrı və düşüncə qəliblərini təsdiq edib, insanın aşağı özünüqiymətləndirməsini bərkidir. Pozitiv reaksiya isə, şəxsi neqativ hisslər ilə konfrontasiyaya daxil olub, insanın seksual maraqlarını qəbullanmasına və özünüqiymətləndirmənin artırılmasına imkan yaradır.

Coming-out dan sonra homoseksual, LGB cəmiyyəti ilə əlaqələrə daxil olub, yeni dəyərlər və yeni həyata başlaya bilər. Homoseksual münasibətlərin (həm seksual, həm də qeyri-seksual xarakterli) keyfiyyəti daha sonrakı sağlam homoseksual identikliyin və müsbət Mən obrazının formalaşmasına təsir edir. Yeniyetməlik yaşı üçün xarakterik olan ilk münasibətlər, rənglilik, aşağı idarə qabiliyyəti və güvən çatışmamazlığı ilə fərqlənir. Colemanın fikrinə görə, bir çox gey və lezbiyanlar bu fazada ilişib, davamlı olmayan, amma rəngarəng intim təcrübələrdən həzz alırlar. İnteqrasiya mərhələsində insan öz homoseksual hissləri üzərində kontrol əldə edir, münasibətlər isə daha açıq və qarşılıqlı güvən dolu olur.

Homoseksual identikliyin sprimal modelinin müəllifi Troiden, 1989-cu ildə inkişafda dörd mərhələni ayırır: hisslərin aktivasiyası, identikliyin pozulması, identikliyin qəbullanması və bağlılıq (aidlik) (Brown, 2002). Cass kimi o da hesab edirdi ki, homoseksual identiklik insanın özü haqqında necə düşündüyü, özünü necə ifadə etməsi və “coming-out”suz mümkün olmayan digərlərinin onu necə görməsindən asılı olaraq realizasiya edir.

Daha sonra tədqiqatçılar biseksualların həyatının homoseksuallardan fərqləndiyi görür, deməli, onların biseksual identikliklərinin formalaşması da fərqlənə bilər.

Twining 1983-cü ildə biseksual identikliyin formalaşması, biseksualların qarşısında duran məsələləri təsvir etməli olduğu fikrinə əsaslanaraq, əsas problemləri ayırdı: özünü qəbullanma; homofobiyanın öhdəsindən gəlmə; dəstək olacaq çevrənin yaradılması; kimin qarşısına öz seksual orientasiyasını açma; professional cəmiyyətdə özünü açma qorxusunun öhdəsindən gəlinməsi (Fox, 2003).

Ronald Fox 1991-ci ildə öz identiklik yolunda mütləq keçməli olduğu beş etapu ayırmışdır (Knous, 2006). Bu modelə əsasən, hetero və homoseksual meyilləri dərk edən biseksual, özünə bu hissləri yaşamağa icazə verməli və homo və ya hetero spektrola özünü məhdudlaşdırmamalıdır. Daha sonra öz biseksuallığını etiraf etməli və onlara eksperiment, çaşqınlıq deyib və ya inkar etmədən ad verməlidir. Üçüncü etapda digər şəxslər tərəfindən seksual orientasiyasının təsdiqini tapmalıdır. Bunun üçün öz identifikasiyasını açmalıdır. Dördüncü etapu Fox fiziki, iqtisadi və ya emosional dəstəyin varlığı ilə əlaqələndirir, beşinci etapda insanın biseksual identikliyi yaratmaq üçün icma (kiçik bir qrup və ya ümumiyyətlə cəmiyyət) tərəfindən qəbullanması lazımdır.

Weinberg, Williams və Pryor 1994-cü ilə öz tədqiqatlarına əsaslanaraq, biseksual identikliyin formalaşma etaplarını təsvir etməyə çalışırlar. Onların modeli Cass və Colemanın xətti nəzəriyyələrini xatırladır. Fərq ondan ibarətdir ki, onların fikrinə görə, biseksual identiklik sonsuz inkişaf edib, dörd etapdan ibarətdir: ilkin çaşqınlıq, etiket axtarışı və qoyulması, yeni identiklikdə kök salma və davam edici qeyri-müəyyənlik (Brown, 2002).

İlkin qarışıqlığın mənbələri müxtəlif ola bilər. Bir çox biseksual kişilər öz gender rolu və seksual hissləri arasında konflikt yaşayırlar. Homoseksual hisslər onların kişiliklərini (maskulinliklərini) sual altında qoyur və cəmiyyət, ailə, qadınlar, heteroseksuallar tərəfindən inkar olunmaq qorxusu və təşvişi yaradır. Biseksual qadınlar da, homoseksual davranışların daha çox qəbullanmasına baxmayaraq, öz seksual fantaziyalarını və digər qadınla emosional bağlılıqlarını assosiasiya etməyib biseksual identikliyə sahibolma proseslərini ləngidə bilirlər. Əlavə olaraq, yaşanan qarışıqlıq (çaşqınlıq hissi) insanın seksual orientasiya ilə bağlı təsəvvürlərinin dixotimiyası nəticəsi ola bilər. Biseksuallıq haqqında məlumatlı olmayıb və ya onu inkar edib, biseksual hissləri qəbullanmaq və qavramaq çətindir.

Etiket axtarışında və qoyulması etapında insan orientasiyası haqqında məlumat axtarır. Bəziləri öz biseksuallıqları haqqında məlumatı partnyorunun və ya öz istəyi əsasında hər iki cinslə olan seksual təcrübəsi əsasında öyrənir. Bəzilərinə informasiya ədəbiyyatdan və ya sosial çevrələrindən gəlir. Burada individin öz hiss və davranışlarının onun fikrinə görə biseksualın hiss etdiyi və göstərdiyi davranışla uyğunluğunu hiss etməsi də kifayət qədər əhəmiyyətlidir.

Bu *özünü adlandırma* prosesi, tez-tez cəmiyyət daxilində biseksuallara aid olan stereotiplərlə əlaqəli daxili etiket əleyhinə etiraz və sosial təcrid olma qorxusuna görə ləngiyir.

İdentikliyin köksalma etasında insanlar aktiv şəkildə partnyor axtarır və öz biseksuallıqlarının tranzit və ya davamlı təbiəti olması haqqında sual verir. Sonda, digər tədqiqatçı tərəfindən identikliyin dəstəyi kimi adlandırılan (Brown, 2002) dördüncü etapda, çətin və davamlı formalaşan biseksual təbiəti xarakterizə olunur.

Cəmiyyət tərəfindən qəbullanmama, izahedici nümunələrin və sosial dəstəyin çatışmamazlığı və hər iki cinsin nümayəndəsi ilə seksual kontaktların olmaması Weinbergin fikrinə görə, öz seksual orientasiyası ilə bağlı qarışıqlıq (çaşqınlıq) hissini qorunub saxlanılmasından doğur. Bu fazaya gəlib çatan hər kəs burada qalmır və öz biseksual identikliyi qoruyub saxlamır. İdentiklikdəki dəyişiklik bir çox səbəbdən yarana bilər. Monoqamlıqda iştirak etmə tez-tez homo, ya da heteroseksual kimi özünü yenidən müəyyənləşdirmədən, biseksuallığın keçid xarakterli təbiətinə inanmaq, cinslərdən biri ilə uğursuz münasibət təcrübəsi, cinslərdən birinə marağın real itməsi və ya özünü identifikasiya etməmə istəyi səbəb olur. Lakin müəlliflər hesab edirlər ki, sağlam biseksual identikliyin qorunmasında və bir etapdan digər etapa keçid də, sosial dəstəyin və hər iki cinsin nümayəndəsi ilə müsbət seksual təcrübənin rolu çox böyükdür. Bu halda identifikasiya və stiqləşmənin öhdəsindən gəlmək daha rahat və daha az ağırlı keçəcək.

Weinberg-in modeli biseksuallığa heteroseksual identikliyin *üst quruluşu* kimi baxır. Lakin Paola Rust və R.Foxun nəticələri onu göstərdi ki, biseksual identiklik ilkin təyin olunmuş homoseksual identiklikdən sonra da qoyula bilər (Fox, 2003). Bununla belə bu iki inkişaf traektoriyası arasında fərq var. İlkin heteroseksual identiklik dönəmi insan gey və lezbiyanlar tərəfindən dəstək ala bilər. Çünki onların tez bir zamanda insanın keçid periodundan keçərək homoseksual identikliyə gələcəyi gözləntiləri ola bilər. Əgər biseksual öz biseksuallığını israr edərsə, o zaman qəbullanma kritik yanaşmaya çevrilə bilər və biseksual seçim qarşısında qalacaq. O ya öz biseksual təbiətindən imtina edib homoseksual identikliyi qəbul edə bilər, ya da, homoseksual icmada marjinal ola bilər. Özünü ilkin gey və ya lezbiyan kimi təyin etmə zamanı insan homoseksual icma daxilində biseksuallara olan yanaşmanı görüb böyük ehtimalla öz heteroseksual meyillərini gizlətməyə çalışacaq (Rust, 2003).

Hazırda elmi ədəbiyyatda homo və biseksual identikliyin formalaşması ilə bağlı, bütün faktorları və inkişaf traektoriyalarını konkret təsviri yoxdur. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bütün homo və biseksual identiklik inkişafı modellərində ətrafdakı insanlar qarşısında öz seksual orientasiyası ideası açılması qeyd olunur. Teoriyalar "coming-out"la bağlı çətinlikləri

qeyd edir, məsələn, biseksual kimi yenidən “coming-out” zamanı homoseksual icma tərəfindən ilkin qəbullanın itməsi (Rust, 2003). Lakin çoxları öz modellərində “coming-out”un kritik əhəmiyyətini qeyd edir. Bu şəxsiyyətin özünə adekvat yanaşması, stabil seksual identikliyin formalaşması, sosial dəstək, özünü adekvat qiymətləndirməsi və öz seksuallığının qəbullanması üçün önəmlidir.

Kernberg (2004) cinsi identikliyin formalaşmasında psixoloji səbəblərin biolojiyə nisbətən daha çox rol oynadığı fikri ilə razıdır. O, patoloji homoseksuallığın izahı üçün bu psixanalitik izahları təklif edir. Hər şeydən əvvəl bu, bir nevrozdur, hansında ki, həll olunmamış edip kompleksi qadınlara qarşı təyin olunmamış qorxu yaradır. Bu halda fobik obyekt analogiyası ilə qadınlardan qaçmağa çalışırlar. Kişi homoseksuallığı çox erkən edip öncəsi konfliktlə bağlıdır: homoseksual ana-övlad münasibətlərini o qədər nevroitik emal edir ki, şüursuz şəkildə özünü ana ilə identifikasiya edir. Əlbəttə ki, o, özündə qadın başlanğıcını hiss edirsə. Bununla belə o heç də qadına bənzəməli deyil. Bu feminem homoseksuallığın transeksuallıq- qadın olma istəyi ilə yaxın təməli var.

Bununla paralel, kişi ilə seksual kontakta daxil olan, amma həmçinin hansısa qadın və ya ana komponentindən məhrum olan kişilər də var. Onların kişi ilə seksual kontakt axtarmalarının səbəbi qadınlara qarşı olan şüursuz qorxudur. Bəzən isə, Elizabeth R.Moberly (1983) qeyd etdiyi kimi, homoseksual davranış ata ilə münasibətin defisitindən də yarana bilər. Bu zaman homoseksual partnyor, uşaqlıqdan çox arzulanan amma alınmamış ata ilə ünsiyyəti təmin edə bilər.

Joyce McDougall qadın homoseksuallığının cəmiyyət tərəfindən norma kimi qəbul olunmamış hissəsini analiz edir. Daha dəqiq desək, lezbiyanlığı və transseksuallığı... Belə bir nəticəyə gəlir ki, kliniki baxımdan insan seksuallığını onun patoloji hallarını tədqiq etməklə daha çox öyrənmiş ola bilərik, nəinki problemsiz qəbul olunan heteroseksuallığı. Bir çox qadın-lezbiyan pasiyentlər əmindirlər ki, onların ailələrində olan qadınlıq yalnız analarına məxsusdur. Əks təqdirdə bu, ananın parçalanmasına bərabər olardı, sanki bir ailədə iki qadın ola bilməz. Bəzi hallarda qız özünü ana üçün qəbul olunmaz hesab edib, ananın sevgisini qazanmaq üçün kişi xüsusiyyətlərini qazanmalı olduğu kimi interpretasiya edir. Əlavə olaraq, lezbiyanlığın formalaşmasında vacib faktorlardan biri də valideynlərin prenatal gözləntiləridir. Məsələn, qızlarının bioloji cinsinə görə məyus olan valideynlər onu özünü günahkar hiss etməyə vadar edirlər (МакДугалл, 1999).

Joyce McDougall (1999) diqqət edir ki, şüursuz qorxular və valideyn arzularından əsaslanan konfliktlər uşaqda öz bədəni ilə bağlı zədələnmiş və zərif obrazlarını formalaşdırma

bilər. Buna əlavə olaraq da valideynlərin seksualılıqla bağlı alçaldıcı və ya təhdidedici diskursları əlavə olarsa, o zaman qızın narsistik obrazı və onun bir şəxsiyyət kimi varlığı, seksual məninə və qadınlığına yönələ bilər. Hər şeydən əvvəl bu, hər bir uşağın erkən yaşlardan formalaşdırdığı cinsi identikliyinə, öz cinsinə aid olmada, cinsi rolunda dərin iz qoyur.

Qadın seksuallığına etinasız yanaşma ailə daxilində və ya ictimai diskursda ananın uşağın sağlamlığına, yuxusuna, qidasına və ifrazat funksiyalarına hiperqayğısı ilə kəskinləşir. Bu uşaq tərəfindən təməl bədən və seksuallıq obrazı kimi interanaliz oluna bilər. Bəzi lezbiyan pasiyentlər analiz əsnasında analarının onların fikaliaları və bağırsaqlarının funksionallığı ilə bağlı təşvişlərini qeyd edirlər. Bu pasiyentlərin öz bədən və somatik funksionallığı ilə bağlı təhrif edilmiş və ya təşvişli obrazları var idi. Bir çox heteroseksual qadınlarda oxşar uşaqlıq hekayələrini xatırlayırlar, amma onların təcrübəsi göstərir ki, bu analıq problemi avtomatik şəkildə öz cinsi və qadınlığı haqqında intrapsixi təsəvvürlərinə keçmir. Joyce McDougall qeyd etdiyi kimi, onun nəticələri bütün lezbiyan qadınlar üçün xarakterik deyil, yalnız psixi çətinliyə görə psixanalitikə müraciət etmiş qadınlara aid ola bilər.

İndi isə stiqmalaşmış identiklik və onun gizlədilməsi nəticəsində yarana biləcək psixoloji gərginliklərdən bəhs olunacaq. Məqsədli və ya təsadüfi şəxsi stiqmanın açılması sosial izolyasiyaya, işin itirilməsinə, ailə və yaxın dost tərəfindən imtina və hətta şiddətə gətirə bilər. Lakin stiqmanın gizlədilməsi də insan üçün stress ola bilər- bu haqda John Pachankis tərəfindən 2007-ci ildə irəli sürülmüş stiqmatizasiya olunmuş identiklik teoriyasında danışılır. Gizlədilən stiqmalı insanlar, necə, kimin qarşısında, harda və açılmanın lazım olub olmaması ilə bağlı öz stiqmalarını açmaqda müxtəlif çoxsaylı çətinliklərlə üzləşirlər. Hər bir yeni situasiyada onlar kimin artıq məlumatlı olduğu, kimin pozitiv, kimin neqativ reaksiya verəcəyi barədə düşünürlər. Bu çətinliklər epileptik, HIV pozitiv xəstələr, psixi pozuntulu xəstələr, eşitmə məhdudiyətli insanlar, işsizlər və digər stiqmalı kateqoriyadan insanlar üzərində aparılan tədqiqatlarda əks olunur. İnsanların öz stiqmalarını gizlətmək üçün sərf etdikləri güc onların həyatlarına neqativ təsir bağışlaya bilər (Pachankis, 2007).

Pachankis şəxsi stiqmanın gizlədilməsinin psixoloji rifaha təsiri modelini digər teoriyalar əsasında yaradır: şəxsi informasiyanın idarə olunması teoriyası, qavrayışın strateji idarəsi teoriyası, identikliyin idarə olunma teoriyası, koqnitiv sirrə cəlb olunma modeli. Bu model düşüncə, hisslər, davranış və özünüqiymətləndirmənin qarşılıqlı əlaqəsini göstərir və bu əlaqənin tsiklik xarakterini əks etdirir.

Bir çox hallarda gizli stiqmalı şəxs öz stiqmasını açmalı ya da gizlətməyə davam etməli olduğuna qərar verməlidir. Modelə əsasən, stiqmanın bürüzə olduğunda, qorxu yüksək

olduqda və açılmanın nəticələrinin ağır olduğunda situasiyalarında gizlədilmə çətinləşir. Stiqma onu paylaşacaq insanın olmadığına və ya çox olduqda bürüzə verilə bilər, məsələn, ailəvi axşamlar (yığışmalar) və ya gey-paradlar. Stiqma həmçinin bu stiqmanın xüsusiyyətlərinin olduğu yerdə də bürüzə verilə bilər. Məsələn, bulimiyadan əziyyət çəkən qızlar üçün bayramlar və ya qida ilə əlaqəli digər situasiyalar ya da qeyri-heteroseksual insanlar üçün seks və münasibətlər haqqında söhbətlər. Bilinmə qorxusu statusu və ya identifikasiya ilə bağlı suallarda çox daha artır. Burada insan həqiqət və yalan arasında seçim etmə məcburiyyətində olurlar.

Situasiyanın xüsusiyyətləri insanın koqnitiv- emosional funksionallığına təsir edir. Stiqma ilə bağlı situasiyalar insana bəzi mövzulardan qaçmağa vadar edir. Bu fikrin yaranması insanı bilinməkdən qorumaq üçün xidmət edir. Lakin o həmçinin neqativ psixoloji nəticələrə malikdir. Belə ki, fikrin kontrolu və basdırılması, onun şüurda bərkiməsinə səbəb olub obsessiv fikirlərin formalaşmasına gətirib çıxarır. Stiqmanın gizlədilməsinə koqnitiv cəlb olunma hətta şəxsi cəhənnəm adı alıb. Bilinmə və açılma qorxusu yüksək ehtiyatlılıq və şübhəlilik səviyyəsinə gətirib çıxarır. Bir tərəfdən bu tip davranışın xeyri ola bilər. Belə ki, qarşıdakı adamın fikirlərini və davranışlarını təxmin etməyə kömək edir. Lakin bu cür gərginlik insanlarla münasibətdə neqativ psixoloji fəsadlara da sahib ola bilər.

Tədqiqatlar sübut edir ki, sirin gizlədilməsi emosional gərginliyə gətirib çıxara bilər. Baxmayaraq ki, öz stiqmalarını gizlin saxlama qərarı böyük ehtimalla neqativ qiymətləndirilmə və inkar olunma qorxusu ilə bağlıdır, müəyyən olunub ki, şəxsi sirlərini gizlin saxlayan insanlar daha çox yalnız, qapalı, mərd olmayan və yalnızlığa ehtiyac duyan insanlar olurlar, nəinki sirr saxlamağa meyilli olmayan insanlar (Pachankis, 2007). İxtisasçılar gizliliyi özünüqəbullanma problemi ilə əlaqələndirirlər. Məsələn, tələbələr arasında aparılan tədqiqat nəticəsinə görə, öz balını gizlədən tələbələr ballarını neqativ qiymətləndirirlər nəinki, eyni bala sahib olub onun haqqında digərlərinə danışanlar. 1998-ci ilin digər bir tədqiqatında, stiqmaları bürüzə olunan və stiqmatizasiya olunmamış statusa sahib tələbələrlə nisbətdə, müəyyən olmayan stiqmalı və bunu gizlədən tələbələr, məsələn, homo və biseksual orientasiyalı, bulimiyadan əziyyət çəkənlər, aztəminatlı ailələrdən olanlar daha aşağı özünüqiymətləndirmə və özgüvən səviyyəsinə və daha yüksək təşviş və depressiya səviyyəsinə sahib olurlar (Pachankis, 2007).

Informasiyanın gizlin saxlanması üçün insan özünü kontrol etməyə məcbur olur. Informasiyanın yayılması halında özü haqqında təsəvvürlərin bərpası üçün əlavə gücə ehtiyac olur. Məsələn, Parkinson xəstəliyini gizlədən adam, əllərinin idarə oluna bilməyən titrəyişinə izahət gətirməli olur. 2006-cı ilin tədqiqatında 75% homoseksual tələbə öz davranışlarını

dəyişmə cəhdlərini qeyd edirdilər. Bu dəyişimlərə səs tembri, davranış maneraları, jestlər, qadınlarla seksual və romantik münasibət yalanları və daha çox maskulin olma cəhdləri daxildir (Pachankis, 2007). Eyni zamanda saxta davranışlar və təşviş göz kontaktının azalmasına, cavab vermə prosesində gecikməyə, tez-tez göz qırpmaya və dil sürüşmələri kimi nəticələrə gətirib çıxarır.

Münasibətlərdə uzun müddət vacib şəxsi informasiyanın gizlədilməsi günahkarlıq və təşviş hissində gətirib çıxarır və yaxın münasibətlərdəki davranışlara təsir edir. Tədqiqatlar sübut edir ki, partnyorlardan biri stiqlənməni gizlədirsə, münasibətlər bundan əziyyət çəkə bilər və yaxın münasibətlərin qorunması və inkişafı üçün açılmanın əhəmiyyətini qeyd edirlər (Pachankis, 2007). Bundan başqa, insanlar inkar oluna biləcəkləri situasiyalardan tam qaça və sosial izolyasiyaya daxil ola bilərlər.

Modelin müəllifi qeyd edir, baxmayaraq ki şəxsi stiqlənmənin gizlədilməsi neqativ təsir və nəticələrdən qaçmağa imkan verir, bu, cəmiyyətin həmin stiqlənməyə yanaşması haqqında biliklərdən qaçmağa kömək etmiyəcək. Cəmiyyətin stiqlənməni qiymətləndirməsi haqqında məlumat belə, Mən obrazına qarşı neqativ yanaşmanın formalaşmasına və situasiyadan asılı olaraq dəyişən özünə qarşı ikili yanaşmanın inkişafına gətirib çıxara bilər.

Beləliklə, model təxmin edir ki, açılma və bilinmə riskinin yüksək olduğu situasiyalarda insan narahatlıq, şübhə, günahkarlıq və utanc hissi kimi koqnitiv və emosional nəticələrlə rastlaşa bilər. Koqnisialar və hisslər yaxın münasibətlərdə sosial izolyasiya, özünü kontrol kimi effektiv olmayan davranışlara gətirib çıxarır. Bu çətinliklər həmçinin gələcəkdə davranışa təsir edəcək neqativ özünüqiymətləndirməyə gətirib çıxara bilər. Bu tsiklin yeganə qırılması üsulu şəxsi stiqlənmənin açılmasıdır.

33 lezbiyan və 51 geyin iştirakı ilə 14 gün aparılan tədqiqatda stiqlənmənin açılmadığı günlərlə nisbətdə stiqlənmənin açıldıqdan sonrakı günlərdə daha yüksək psixoloji rifaha sahib olduqları təyin olunmuşdur (Beals, Peplau, Gable, 2009). Beləliklə, psixoloji rifahın (özünüqiymətləndirmə, həyatdan zövq alma) homoseksual identikliyin açılması ilə əlaqəsi günlük əsasla sübut olunmuşdur. Psixoloji rifahın və homo və biseksual identikliyin əlaqəsini tədqiqinə fokuslanmış digər tədqiqatlar ortaya çıxartdı ki, identikliyin inteqrasiya göstəricisi kimi seksual identikliyin açılması daha az təşviş və depressiya səviyyəsi və daha yüksək özünə hörmət səviyyəsi ilə əlaqəlidir (Rosario, Hunter, Maguen, Gwadz, Smith, 2011). Qeyri-heteroseksual identikliyə sahib gənclərin valideynlərinə homo və biseksualılıqlarının açılması, daha aşağı depressiya, təşviş, suicidal fikirlər səviyyəsi, öz seksual orientasiyasına daha yaxşı yanaşma və daha az narkotik və alkoqol qəbulu meyili ilə bağlıdır (D'Amico, Julien, 2012).

Bununla birlikdə, homo və biseksual gənclərin proqnozlaşdırıcı suicidal cəhdlərini öyrənməyə yönəlmiş bir araşdırma, suicidal davranışlar və seksual identikliyin valideyn və dostlara açılması arasında güclü əlaqəni təyin etdi (Hershberger, Pilkington, D'Augelli, 1997). Qeyd olunmuş bir çox hallarda açılma aktı inkar olunma, dostların itirilməsi, fiziki şiddətin yaranması ilə müşayiət olunurdu. Psixoloji rifah və seksual identikliyin komponentləri inkişafı arasındakı araşdırma bu nəticəni təsdiq etdi. Coming-out və özünüqiyətləndirmə və psixi sağlamlıq arasında əks mütənəsibliyi fiksasiya etdi (Rosario et al., 2001).

Bundan əlavə olaraq, tədqiqatçılar “coming-out”un nəticələrinə təsir edə biləcək bir necə faktoru ayırırlar: yaxın çevrənin reaksiyası, yaş və zaman, həmçinin səmimiyyət səviyyəsi.

Latın amerikalı homoseksualların 71%-i orientasiyalarının “coming-out”undan sonra ailələrinə utanc və ağrı hissi gəldi, 29%-i isə evdən getmək məcburiyyətində olublar (Solomon D. et al., 2015). 2009-cu ildə aparılan tədqiqatda isə digər şəxslərin xüsusi qəbullanma modeli təsvir olunur. Bu modelə əsasən, ailə “coming-out”a əvvəlcə neqativ reaksiya verir (fiziki zorakılıq, evdən qovulma) amma sonra münasibətlər bərpa olunur və ya daha da yaxşılaşır (Potoczniak D. et al., 2009). Caleman öz modelində ən yaxın ətrafın reaksiyasının müsbət seksual identikliyin və Mən obrazının formalaşmasında əhəmiyyətini qeyd edirdi. Nəticə olaraq tədqiqatlar, valideynlərin qəbul edici davranışları yeniyetmə LGB-lər də daha yaxşı psixoloji adaptasiyaya (D'Amico et al, 2012), daha yüksək özünəhərmət səviyyəsinə (Rosario et al., 2011) və daha aşağı stress və depressiya səviyyəsinə (Ryan et al., 2010), daha aşağı təşvişə (Rosario et al., 2011) gətirib çıxarır.

“Coming out” müxtəlif yaşlarda olur, məsələn, yetkinlər daha gec, geylər isə lezbiyanlara nisbətən daha tez “coming-out” edirlər (Groves C. et al., 2006). Lakin bəzi araşdırmaçılar “coming-out” üçün yetkinlik lazım olduğunu bildirirlər. Seksual identikliyin çox tez açılması neqativ təsirlərə sahib ola bilər. Məsələn, bir tədqiqat 15 yaşınadək “coming-out” etmiş homo və biseksuallar, yüksək səviyyədə suicidal davranış riski nümayiş etdirdilər (Hegna, Wichstrom, 2007).

Açıqlıq dərəcəsinin səviyyəsi, insanın seksual orientasiyası haqqında müxtəlif çevrələrdə (məsələn, məktəb, iş, universitet) münasibətlərin tipindən asılı olaraq (yaxın dostlar, ailə, sadəcə tanışlar) nə qədər məlumatlı olduqları təsvir edir. Yüksək açıqlıq səviyyəsini, aşağı səviyyə depressiya və təşviş, yuxarı səviyyə özgüvənlə əlaqələndirirlər. Həmçinin, romantik münasibətlər haqqında məmnunluq bağlı açılmanın müsbət təsirini qeyd edirlər. İş mühitində böyük açılmanın isə işdən məmnunluq səviyyəsini artırır və iş mühitində təşvişi endirir (Legate, Ryan, Weinstein, 2012).

Bütün qeyd olunmuş tədqiqatlar ya qarışıq, ya da yalnız homoseksual tədqiq olunan seçimləridir. Sırf biseksualların coming-outu və psixi sağlamlığı arasında əlaqə ilə bağlı tədqiqatlar çox daha azdır. 2009-cu ildə aparılmış, tədqiqat kişi və qadın biseksuallarının açıqlıq səviyyəsi və depressiya səviyyəsi arasında bir uyğunluq təyin etmədi (Lewis, Derlega, Brown, Rose, Henson, 2009). Digər bir araşdırma 2013-cü ilin tədqiqatında, gizlin və açıq identikli qrupları iki fərqli konstrukt kimi qəbul edərək, biseksual davranışlı kişilərdə gizlilik və depressiya, təşviş səviyyəsi göstəriciləri arasında düz mütənasib əlaqəni təyin etdi (Schrimshaw, Siegel, Downing, Parsons, 2013)

2.2. Depressiv pozuntuların ümumi xarakteristikası

Hazırda müxtəlif prinsiplərə əsaslanan əhəmiyyətli sayda depressiv pozuntuların klassifikasiyası var (Смулевич, Дубницкая, 2012). Depressiyanın diaqnostikası üçün hüquqi və statistik standartlara əsaslanaraq xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatından XBT-10 istifadə edilir. Hansı ki depressiv epizodların əsas və əlavə göstəricilərini bölür. Bu depressiv epizodlar birdəfəlik, təkrarlanan (rekurent depressiya) ola və ya bipolyar pozuntu, tsiklotimiya və ya distimiya tərkibində təkrarlana bilər. Əsas göstəricilərə aiddir: 1) hər gün müşahidə olunan aşağı və ya qəmgin əhval-ruhiyyə; 2) əvvəl müsbət emosiya verən fəaliyyət və maraqlara qarşı marağın itməsi və ya həzz ala bilməmə; 3) enerjinin azalması və yorğunluğun yüksəlməsi. Əlavə göstəricilərə daxildir: 1) diqqəti toplanması bacarığının zəifləməsi; 2) özünü qiymətləndirmənin aşağı enməsi və özgüvənsizlik; 3) günahkarlıq ideaları və özünü alçaltma; 4) gələcəyə bədbin, pessimistik baxış; 5) suicidal fikir və ya davranışlar; 6) yuxu pozuntuları; 7) iştah pozuntuları.

İlk simptomlardan birinin və ya ikisinin və daha sonrakı dörd simptomun olduğu zaman yüngül depressiya diaqnozu qoyulacaq. İlk iki simptom və dörd və daha çox digər simptomlar zamanı orta və ya ağır depressiya diaqnozu qoyulur (Кадыков, 2009).

Hazırda depressiyanın yaranması və formalaşması ilə bağlı bir neçə elmi teoriyalar var. Məsələn, genetik teoriya bu psixi xəstəlik üçün genetik meyilin varlığını bildirir. Monoamin teориясы depressiyanın inkişafını serotonin və noradrenalin kimi serebral neyrotransmitterlərin disbalansı ilə əlaqələndirir. Affekt pozuntularının terapiyasında serotonin və noradrenalin tərkibli preparatların istifadəsi buna əsaslanır. Həmçinin müxtəlif psixologiya məktəbləri depressiyanı konkret fərdin individual həyat təcrübəsi və dünya haqqında təsəvvürləri ilə hər hansı stress faktoruna reaksiyası ilə formalaşdığını izah edir.

Psixanalitik teoriya düşünür ki, depressiya əhəmiyyət kəsb edən və eybi anda həm sevgi həm də nifrət obyektinə çevrilmiş bir insanın itirildiyi zaman yaranır. İtirilmiş obyektə qarşı nifrət və qəzəb hissi inkar olunur, hansı ki fərd də, özünə yönəlmiş günahkarlıq hissi yaradır. Həmçinin şəxsiyyətlərarası münasibətlərdə müxtəlif problemlər özünüqiymətləndirmənin aşağı enməsinə töhfə verərək depressiv hala gətirir (Третьяк, 2011).

Psixanalitik konsepsiyalarda müxtəlif müəlliflər depressiyanın yaranmasında əsas faktorlar kimi şəxsiyyət və şəxsiyyətarası faktorlarını bölür. Şəxsiyyət faktorlarına basdırılmış aqressiya, sevgi və nifrət arasında konflikt, başqa insandan asılı vəziyyət, aşağı özünüqiymətləndirmə, azadlığın sərhədləşməsi, real və mümkün olmayan arzular daxildir. Şəxsiyyətlərarası faktorlara, körpəlik və uşaqlıq dönmə travmatik faktor, yetkin dövrdə uşaqlıq travmasını oyadan obyekt seçimində narsistik əsaslı çarəsizlik hissi və ya real təcrübə, real və ya xəyali libido obyektinin itirilməsi, ödənilməmiş seksual arzular daxildir (Тхостов, 1998).

Sandor Rado görə depressiyanın formalaşmasında insanın özünüqiymətləndirməsi böyük rol oynayır. Misal üçün, depressiv xəstələr öz narsistik özünüqiymətləndirmələrini dəstəkləmək üçün kənar dəstəyə ehtiyac duyurlar. Öz dəstək obyektinin itirilməsi zamanı qəzəb halına düşürlər. İntrapsixi olaraq bu qəzəb obyektin Super-Eqoya introeksiya olunmuş hissənin, həmin obyektin Eqoya introeksiya olunmuş hissəsindən ayırma cəhdi kimi görsənir. Bu halla S.Rado unikal ikili intoeksiya konstruksiyasını irəli sürür. Depressiyanı intrapsixi əfv və bağışlanma diləmə prosesi kimi baxmağa başladılar (Тхостов, 1998).

Depressiyanın yaranması ilə bağlı koqnitiv teoriyalar depressiyadan əziyyət çəkən insanın üç səviyyədə mənfi fikirlərinin yarandığını bildirir. Bu teoriyaya əsasən insan özünü müsbət keyfiyyətsiz və lazımsız görür. Onun üçün ətraf dünya kobud və iyrənc gəlir. Həmçinin o, gələcəklə bağlı ümitsizlik hissi yaşayır (Третьяк, 2011). Depressiyanın koqnitiv modeli sistemativ klinik müşahidələrin və eksperimental araşdırmaların nəticələridir (Бек, 2003). Sırf kliniki və eksperimental yanaşma bu teoritik modelin və koqnitiv terapiyanın prinsiplərinin yaranmasını təmin etdi. Koqnitiv-bihevioral terapiya deyir ki, depressiyadan əziyyət çəkən pasiyent üçün öyrənilmiş acizlik xarakterikdir. Çünki o çətin situasiyanın öhdəsindən gələ bilmir (Тхостов, 1998)..

Koqnitiv modelə əsasən depressiyanın psixoloji strukturunu izah edən üç anlayış var: 1)koqnitiv üçlük, 2) sxemlər, 3) koqnitiv səhvlər (Бек, 2003).

Koqnitiv üçlük konsepsiyası pasiyentin özünə, gələcəyinə və hazırkı təcrübəsinə yanaşmanı determinasiya edir. Üçlüyün ilk komponenti insanın özünə neqativ yanaşması ilə

bağlıdır. Üçlüyün ikinci komponenti hazırkı təcrübənin neqativ interpretasiyası ilə bağlıdır. Üçlüyün üçüncü komponenti şəxsi gələcəklə bağlı neqativ yanaşmadır. Koqnitiv model depressiyaya meyillilik hipotezini təklif edir. Bu teoriyaya əsasən insan öncəki təcrübəsinə əsaslanaraq özü haqqında, gələcəyi və onu əhatə edən dünya ilə bağlı neqativ təsəvvürlər yaradır. Bu təsəvvürlər bu anadək latent halda ola bilərlər. Onları zərər verici neqativ düşüncə qəlibləri ilə analoji olan spesifik hallar aktivləşdirir (Бек, 2003).

Depressiyanın araşdırılmasında onun əsas yaranma faktorlarını qeyd etmək olar. Bir çox alimlər depressiyanı heterogen hal kimi qiymətləndirir. Hər bir konkret halda emosional pozuntunun formalaşmasında o, müxtəlif endogen və ekzogen faktorların uyğunluğuna sahibdir (Кадыков, 2009).

Bir çox hallarda digər psixi xəstəliklər kimi depressiyanın yaranmasının konkret səbəbi məlum deyil. Bu an üçün depressiyanın yaranmasını izah edən ən məşhur model biopsixososioloji modeldir. O, özündə birgə baxılan bioloji, psixoloji və sosioloji faktorları ehtiva edir (Тхостов, 1998).

Depressiyanın diaqnostikasında prinsipial suallardan biri xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin öyrənilməsidir. XBT-10-a əsasən depressiyanı yüngül, orta və ağır səviyyələrə ayırırlar. Yüngül depressiya (F32.0) zamanı xəstəliyin təzahürləri yüngül ifadə olunmuş olur, kliniki təsvirdə bir simptom dominasiya edə bilər. Orta dərəcəli depressiya (F32.1) orta dərəcəli affektiv sindromla müşahidə olunub, sosial və professional fəaliyyətin enməsi ilə əsas simptomların ikisi və əlavə simptomların üç və ya dördü görünə bilər. Ağır depressiya (F32.2) ifadə olunmuş sosial fəaliyyətin pozulması, professional fəaliyyətlə məşğul ola bilməmə, suicidal aktivlik və bəzi hallarda psixotik təzahürlərlə özünü bürüzə verə bilər. Əsas simptomların hamısı və dördədən artıq əlavə simptom görünür (WHO, 1992).

Son dövrlər subsindromal depressiya konsepsiyası inkişaf edir. Klinik təsvirdə xəstəliyin və simptomların ifadə dərəcəsi yuxarıda qeyd olunan kriteriyalara uyğun olmayıb depressiv epizodun diaqnostikasına imkan vermir. Sosial fəaliyyətin pozulmasına gətirən və iki həftə ərzində ifadə olunmuş istənilən iki və daha artıq depressiv epizod simptomu, subsindromal depressiya diaqnozunun qoyulmasına imkan verir (Goldney, Fisher, Dal, 2004; Rodríguez, Nuevo, Chatterji, 2012).

XBT-10-un kriteriyalarına yaxın olan DSM-V-in doqquz bənddən ibarət olan kriteriyalarıdır. Ağır depressiyanın diaqnostikası üçün minimum beş simptom tələb olunur.

Onların ikisi aşağı əhval-ruhiyyə, gücün və həzz alma qabiliyyətinin itməsi mütləqdir. Bu simptomların hər biri minimum iki həftə müddətində olmalıdır (APA, 2013).

Bugün üçün depressiyanın etioloji sistematikasına ilə bağlı diskussiyalar bioloji (endogen depressiya) və reaktiv depressiyanın (psixogen) qarşı qoyulmasından ibarətdir.

Endogen depressiyaları altında kənar faktorların təsiri olmadan inkişaf edən depressiyaları nəzərdə tuturlar. Reaktiv depressiyalar individual psixotraumatik situasiyalara görə yaranır və heç bir bioloji affektiv pozuntulara meyillikdən asılı olmur (Смулевич, 2000).

Birinci və ikinci halda da sindrom yaradıcı simptom kimi hipotimiya-əhval düşkünlüyü hesab olunur. İki variant üçün neqativ hadisələr, günahkarlıq, dəyərsizlik ideyalarına, pessimizmə fokuslanırlar (Смулевич, 2005). Sindromun strukturundan asılı olaraq müəyyən səviyyədə təşviş təəssüratları yaşana bilər. Endogen və reaktiv genetik depressiyaları arasında aydın xarakterik fərq var. Psixomotor ləngimə, gün ərzində əhval-ruhiyyə dəyişikliyi, iştahın enməsi, çəki itirilməsi, qəbizlik, selikli qişaların quruluğu - klassik depressiv pozuntu üçün xarakterik simptomlardır və endogen mənşəli depressiyadan əziyyət çəkən pasiyentlərə də uyğundur. Reaktiv depressiya üçün əhvalın aşağı enməsi ilə bərabər reaktiv prosesin bütün təzahürləri xarakterikdir. Bu təzahürlərə psixotraumatik hadisə ilə müvəqqəti bağlılıq, psixotraumatik situasiyanın hadisələrinə konsentrasiya, psixotraumatik deaktualizasiyasından sonra simptomların əks inkişafı kimi təzahürlər aiddir (Яценко, 1913).

Bioloji faktorlar özündə genetik faktoru birləşdirir. Həmçinin bura xəstəliyin neyromediatorun fəaliyyətində azalma və dəyişikliyə formalaşdığını deyən neyromediatorlar teориясы daxildir. Endokrin sistemi də bu faktorlar siyahısına daxildir (Третьяк, 2011). Bu hallara anadangəlmə meyillik də aid edilir. Genetik meyillilik onunla izah olunur ki, bəzi xromosomlar və genlər depressiyanın inkişafı ilə bağlıdır. Bu xəstəliyi genetik olaraq qazanmaq şansı və ya genetik meyillilik dərəcəsi digər psixi xəstəliklərlə nisbətə o qədər də yüksək deyil.

Depressiyanın yaranmasında bir neyronun digər neyrona elektrik impulsu göndərilməsində iştirak edən neyromediatorların sayında azalma və ya fəaliyyətindəki dəyişiklik səbəb ola bilər.

Bu xəstəliyə meylə ailənin depressiyaya yüklülüyü də rol oynayır. Qeyd olunur ki, depressiya xəstələrinin yaxınlarında tez-tez psixosomatik pozuntular rast gəlinir.

Depressiyanın əsas formaları kimi bunlar ayrılır: əhval-ruhiyyənin bir qütbə qaldığı depressiya olan unipolyar depressiya və bipolyar affektiv pozuntunun hissəsi olub maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq affektiv epizodlarla dəyişən bipolyar depressiya. Yüngül depressiv

epizodlar həmçinin siklotimiyada rastlana bilər. Unipolyar depressiyanın bu formalarını ayırırlar

- Tez-tez kliniki depressiya adlandırılan uzun depressiv epizodlar .
- Üç və dörd həftədən ibarət olan iki ardıcıl antidepressanlarla müalicədən sonra kliniki effektin yetərsizliyi və ya itməsi görülən rezistent depressiya (Маркин, 2008).
- Yüngül və ya kiçik depressiya adlandırılan , kliniki depressiyanın bütün kriteriyalarına uymayıb amma minimum iki həftə ərzində iki əsas diaqnostik kriteriyaya sahib depressiya növü (Быков, 2009).
- Atipik depressiya- özündə tipik simptomlarla əlavə spesifik simptomları ehtiva edən depressiya pozuntusunun formasıdır. Bu spesifik simptomlara yüksək iştah, çəki artımı, artıq dərəcədə yuxululuq və emosional reaktivlik daxildir.
- Postnatal depressiya- doğuşdan sonra görünə bilən depressiv pozuntu formasıdır.
- Distimiya – iki il və daha çox müddətdə xroniki əhval ruhiyyə düşkünlüyüdür . Zamanla adətən iki həftəni keçməyən rifah halları görünür, əhval-ruhiyyə səviyyəsi və aktivlik yüksəlir. Əhval-ruhiyyənin enməsində başqa pasiyentdə minimum üç əlavə simptomu görülməlidir (Нуллер, 2001).

Tibdə həyati mənaya gələn, yüksək ifadə olunmuş kədər və təşvişlə görünən *vital depressiya* terminindən istifadə olunur. Bu xarakterli depressiya xəstələrdə fiziki səviyyədə hiss olunur . Hesab olunurki bu tip depressiya həyati proseslərin pozulmasından yaranıb, tsiklik inkişaf edərək, xarici təsirlərə əlçatmaz olub, pasiyentin özünədə bəlli olmayan səbəblərdən anidən yarana bilər (Гиляровский, 1954). Həyati xarakter tez-tez bipolar affektiv pozuntuda bipolar depressiya (Гиляровский, 1954) və endogen tərkibli depressiya üçün xarakterikdir (Тиганов, 1999).

Vital depressiyalar psixotik symptomsuz ağır depressiv epizodlar kimi klasifikasiya olunur (F31.2). Vəziyyətin ağırlığına baxmayaraq, vital depressiyalar müsbət proqnozlara sahibdir. Çünki onlar antidepressantlar vasitəsi ilə yaxşı müalicəyə tabe olur (WHO, 1992).

Əsas depressiya pozuntuları formalarından əlavə olaraq, bəzi altkateroriyalı pozuntularda proqnoz və müalicə xüsusiyyətlərinə görə diqqətə layiqdir. Aşağıdakı təsvirlər XBT-10 əsaslanır (WHO, 1992):

- 1) Psixotik depressiya. Bu depressiya pozuntusunun strukturunda hallüsinasiya və sayıqlama kimi psixotik simptomlar və ifadə olunmuş psixomotor pozuntular var. Şizofreniya və şizoaffektiv pozuntularla müqayisədə bu psixotik ifadələr affektiv

simptomlarsız bürüzə olunmur. Psixotik depressiyada hallüsinasiyalır və sayıqlamaların tərkibi adətən üstünlük təşkil edən kədər affekti ilə uyğun olur.

- 2) Melanxoliya (somatik simptom). Depressiya pozuntusunun somatik simptomlarla açar simptomları: öz fəaliyyətinə maraq və həzzin itməsi, adətən xoş olan mühit və hadisələrə qarşı emosional reaktivliyin enməsi, erkən səhər oyanışları, səhər saatlarında depressiya simptomlarının yüksək ifadəsi, psixomotor ləngimə və ya aktivlik, çəki və iştahın əhəmiyyətli səviyyədə enməsi, libidonun enməsi. Adətən bu təzahürlər yaşlı pasiyentlərdə görülür.
- 3) Atipik depressiya. Adətən gənc pasiyentlərdə xarakterik simptomlarla görünür: depressiya zamanı bir çox depressiyalarda görülməyən yuxululuq və yüksəlmiş iştah.
- 4) Sürətli periodlu bipolyar depressiya. O il ərzində dörd və ya daha çox affektiv epizodlarla tez-tez dəyişən depressiya növü kimi xarakterizə olunur. Bu affektiv epizodlara depressiv, maniakal, hipomaniakal və qarışıq maniakal-depressiv epizod daxildir. Tsikilləşmənin səbəbi spontan ola bilər. Adətən bipolyar pozuntu uzun müddət olduqda və antidepressantlar qəbulu zamanı baş verir .
- 5) Sezon depressiv pozuntu. Bu təkrarlanan epizodlarla özünü ifadə edən, epizodun başlaması və ilin hansısa periodu ilə bağlı olan pozuntudur. Depressiv simptomlar sezon aralıqlarında itir. Terapiyanın xüsusiyyəti: qısa kurlarla fototerapiya effektiv hesab olunur (Точилов, 1999).

Serotonin mediatorları yeni nəsill antidepressanların çoxunun nişanıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, serotonin neyrinlərinin əsasları qışırışın mərkəzində lokalizasiya olunub. Lakin onların aksonları emosiyaların, iştahın, seksual davranışların idarəsinə, koqnitiv funksiyaların realizasiyası, aqressiv və suisudal davranışlara və depressiya zamanı pozulan bütün digər funksiyaları icra edən baş beyinin böyük hissənin innervasiyasında iştirak edir (Jans, Riedel, Markus, 2007; Mann, 2013).

Depressiya zamanı qan plazmasında serotoninin, onun sələfi triptofanın və metabolit 5-oksiindolüksus turşusunun konsentrasiyasının azlığı müşahidə olunur. Serotoninin konsentrasiyasının enməsi depressiya səviyyəsindən asılı olaraq dəyişir (Jans et al., 2006). Hipotriptofan dietasının təyini sağlam insanlarda depressiyanın simptomlarının yaranmasına səbəb ola bilər. Siçanlar üzərində aparılmış eksperimental üsulda, siçanların 5HT1 serotonin reseptorlarının genlərinin tormozlandırılması aksiogen davranış yaradır, hansı ki insanlardakı depressiyaya analoq hesab edilir (Toth, 2003).

Funksioanl neyrovizualizasiya vasitəsi ilə aparılmış araşdırmalar depressiya zamanı 5HT1 reseptorlarının remissiya dönəmi belə azalmasını göstərir (Sargent, Kjaer, Bench, 2000; Drevets, Thase, Moses-Kolko, 2007; Shrestha, Hirvonen, Hines, 2012). Serotonin reseptorlarının sıxlığının azalması, ağır depressiyadan əziyyət çəkib intihar nəticəsində həyatını itirmiş insanlar üzərində patomorfoloji baş beyin araşdırmalı nəticəsində də sübut olunmuşdur (Savitz, Lucki, Drevets, 2009). HTR2A serotonin reseptorun geninin polimorfizmi, ağır depressiyanın inkişafı ilə assosiasiya olunur (Christiansen, Tan, Iachina, 2007). HTR3A geninin isə bipolyar pozuntu ilə assosiasiya olunur (Niesler, Kapeller, Hammer, 2008).

Uzun müddət ərzində depressiya zamanı baş beyin dəyişikliyi haqqında yeganə məlumatlar patomorfoloji araşdırmalar nəticəsində əldə olunurdu və bununda öz sərhədləri var idi. Neyrovizualizasiya və funksional metodların inkişafı, pasiyentlərin həyatlarını davam etdikləri dövəmdə depressiyanın baş beyin strukturlarında yaratdığı dəyişiklikləri və onların aktivlik səviyyələrini tədqiq etməyə imkan verdi (Cousins, Grunze, 2012).

Çoxsaylı araşdırmalar nəticəsinə görə, ağır depressiyadan əziyyət çəkən pasiyentlərdə depressiv epizodlarla, xəbəliyin müddəti, yazılan antidepressantlar və eutimiya nailiyyətləri ilə kollerasiya olunan hippokampın atrofiyası təyin olunur (Sheline, Wang, Gado, 1996; MacQueen, Campbell, McEwen, 2003; Hickie et al., 2005; Neumeister et al., 2005; Frodl, Koutsouleris, Bottlender, 2008). Patomorfoloji araşdırmalar nəticəsində hippokampın ölçüsündə artım və neyronların cisminin ölçüsünün isə azalması təyin olunur (Stockmeier, Mahajan, Konick, 2004). Hazırda da hippokampın atrofiyası depressiyanın səbəbi yoxsa nəticəsi olduğu məlum deyil. Hippokampın atrofiyası bəzi genlərin polimorfizasiyası ilə assosiasiya olunur, məsələn BDNF və katexolmetiltransferaz. Mümkündürki bu genlər depressiyaya olan irsi meyillikdə iştirak edir. Qeyd etmək vacibdir ki, hippokampın ölçüsünün kiçilməsi unipolyar depressiyalarda müşahidə olunur, bipolyar depressiya zamanı isə hippokampın ölçüsü dəyişmir (Lyo, Hwang, Sim, 2006).

Araşdırmalar əsasında bipolyar pozuntu zamanı profrontal korteksın və sol yarımkürədə korpus kallasumda boz maddənin həcmində azalma görünür (Brambilla, Glahn, Balestrieri, 2005; Ongur, Drevets, Price, 1998). Pozitron emissiya tomoqrafiyasında bu hissələrdə qlükoza mübadiləsinin azlığı müşahidə olunur (Mayberg, 2003). Bipolyar pozuntudan əziyyət çəkən yeniyetmələrin amiqdala ölçüsündə azalma müşahidə olunur, amma yetkinlərdə onların ölçüsün artımı görünür (Cousins, Grunze, 2012).

E. Bora və həmkaları (2012) tərəfindən aparılan coxsaylı MR-morfometrik analizlər nəticəsində ağır melanxolik depressiya prefrontal korteks, ön singulat girus, striatum və qabıq

hissənin atrofiyası etibarlı şəkildə əlaqəlidir. Yaşlılarda əlavə olaraq talamusun ölçüsünün azalması görünür. Oxşar nəticələri P.C. Koolschijn və həmkarları (2009) MR- spektroskopiya nəticəsində əldə etmişdirlər. Depressiya zamanı singulat girusda neyronal aktivliyin enməsi aşkarlandı (Luykx et al., 2012). Bununla belə singulat girusun ön payında müəyyən neyronlarda aktivlik müşahidə olunur, xüsusəndə subgenual hissəsində hansınki aktivliyi neqativ stimül zamanı artır (Savitz, Drevets, 2009).

MRT analizlər unipolyar və bipolyar depressiya zamanı beyinin fərqli şöbələrinin aktivasiyasında vacib fərqlilikləri demonstراسiya edir. G. Delvecchio və həmkarları (2012) meta-analizlə iki xəstələyində limbik sistem strukturlarının aktivləşməsi ilə müşahidə olduğunu təyin etdi. Paralel olaraq bipolyar pozuntu zamanı talamusun və bazal qanqliyaların hiperaktivasiyası, mənfi hadisələ isə prefrontal korteksin hipoaktivasiyası, unipolyar depressiya zamanı isə somatasensor korteksin hipoaktivasiyası görünür. Qeyd etmək lazımdır ki, depressiyalı pasiyentlərin sağlam insanlarla müqayisədə müsbət hadisələrə prefrontal korteksin aktivasiyası və kədərli hadisələrə hipoaktivasiyası üçün verilmiş emosional əhəmiyyət kəsb edən suallarda, depressiyalı pasiyentlərin beyin qabığında ikili dissosiasiyalarının aktivasiyası tapılıb (Keedwell, Andrew, Williams, 2005). Prefrontal korteksin hipofunksiyası depressiya zamanı mənfi çalarlara malik xatirələrin tormozlanmasında pozulmaya gətirdiyi güman edilir (Rive, Rooijen, Veltman, 2013). Neqativ hadisələrə əmiq dalanın aktivləşməsində bir çox tədqiqatlarda öz əksini tapır (Fu, Williams, Cleare, 2004; Hamilton, Gotlib, 2008). Bu fenomen selektiv serotoninin geri alınması inhibitorları ilə müalicədən sonra yox olur (Sheline et al., 2001).

J.B. Savitz və W.C. Drevets (2009) depressiya zamanı neyrovizualizasiya araşdırmalarını topladıqda, depressiya zamanı daha çox bu xarakterik dəyişiklikləri ayırırlar: 1) hippokampın atrofiyası; 2) baş beyinin ağ maddəsində siqnal aktivliyi şöbələri; 3) neqativ stimulasiya zamanı əmiq dala aktivləşməsi; 4) ön singulat girus hissəsində struktur və funksional dəyişiklik; 5) alın-limbik sistem strukturları arasında əlaqənin pozulması.

2.3 Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun ümumi xarakteristikası

Təşviş adı altında müəyyən olunmamış qorxu, təhlükə emosional vəziyyəti və ya xoşagəlməz hadisələrin baş verməsi gözləntisi nəzərdə tutulur. Təşviş istənilən stress halının ayrılmaz bir hissəsi olub, insanı situasiyanın öyrənilməsinə və aktiv həll axtarışına təhrik edib, mobilizasiya edir. Produktiv təşvişdən fərqli olaraq, protaktiv olmayan patoloji, artıq təşviş yarana bilər. O öz güclərində əminsizlik və köməksizlik hissi ilə müşayiət edilir. Onun fonunda müşahidə edilən aktivləşdirmə vəziyyətləri də artıqdır. Produktiv olmayan təşviş fəaliyyəti

pozur, var olan təhlükənin şişirdilməsinə, istənilən kiçik problemin katastrofizasiyasına gətirib çıxarır. Təşviş pozuntuları insanlarda irsi meyilliklə müşahidə olunur və əgər onlar həyatı boyu, xüsusəndə erkən uşaqlıq dövründə, güclü stress yaşadıq da psixoloji yardımın olmaması ilə inkişaf edir (Nutt, 2005).

Klinik praktika üçün bu təşviş halları əhəmiyyətlidir: generalizə olunmuş təşviş pozuntusu (GTP); posttravmatik təşviş pozuntusu; panik pozuntu; spesifik fobiyalar; qarışıq təşvişli depressiv pozuntu; sosial fobiyalar; aqorafobiya.

Terapevtik və nevroloji klinikalarda təşviş pozuntusundan əziyyət çəkən pasiyentlərin sayı əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir. Təşviş pozuntularının hipodoagnostikası, ən əsası isə qeyri adekvat müalicəsi qeyd olunur. Xüsusəndə bu GTP-ə aiddir. Orta hesabla GTP-nin həyat boyu inkişaf riski 4,1%- dən 6,6%- dək aralıqda dəyişir. GTP- in qəbulların 10% hallarında müşahidə olunur (Nutt, 1998).

GTP istənilən yaşda yarana bilər, tez- tez bu 30 yaşınadək müşahidə olunur. Xəstəlik əsasən tədricən inkişaf edir, simptomlar yavaş- yavaş irəliləyib və xroniki axına sahib olurlar. GTP şüurlu yüksək təşvişlə müşahidə olunur, hansı ki epizodik yox, davamlı axınla gedir. GTP-nun aparıcı simptomlarına, davamlı, həddindən artıq, pis idarə olunan narahatçılıq hissi, gələcəkdə baş verə biləcək mümkün mənfi hadisələrlə bağlı gərgin gözləntilər və qorxular aiddir. Təşviş generalizə olunmuş xarakter daşıyır. Şişirdilmiş, situasiya ilə əsaslandırılmamış və həyat şəraitinə adekvat olmayan qorxular istənilən fəaliyyət sahəsinə aid ola bilər. Pasiyentlər mümkün ola biləcək bədbəxt hadisələrlə bağlı narahatlıq keçirir, az ehtimallı xəstəliklərin yaranmasından ehtiyat edir, peşəkar uğursuzluq və təhsili bitirmək qabiliyyətində olmamaları ilə bağlı narahatlıq keçirirlər. Təşvişli uğursuzluq gözləntiləri və şişirdilmiş qorxular pis idarə olunur və pasiyentin obyektiv həyat şəraitləri ilə adekvat deyil. Eyni zamanda təşviş heç vaxt izolyasiya olunmuş simptom olmayıb, mütləq GTP-nun digər simptomları ilə uyğunlaşır (Stein, 2002).

GTP-nun tipik simptomatikası fəaliyyət, vegetativ, mativasiya və koqnitiv sferalara (Вейн, Вознесенская, 2007) toxunur. Xəstələrdə əzələlərdə gərginlik və ağrı hissi, onlarda bir yerdə dayanma bilməmək və hərəkət narahatçılığı qeyd olunur. Yuxuya getmədə çətinlik, narahat aralıqlı yuxu, səhərlər yuxunun çatışmamazlığı hissi xarakterikdir. Vegetativ simptomlardan isə ilk plana tənginəfəslik, ürək döyüntüsü artımı, taxikardiya, systemsiz baş gicəllənməsi, soyuq və istilik axınları, əl və ayaqlarda soyuqluq hissi, artmış tezlikli sidik buraxmanı qeyd edə bilərik. Tez- tez ürək ətrafı diskomfort və çox saylı mədə- bağırsağ traktında şikayətlər (

ağız boşluğunda qurulub, udmada çətinlik, boğazda nəinsə ilişmə hissi, ürək bulanma, nəcis pozulmaları, yüksək qaz əmələ gəlmə) yaranır.

Pasiyentlər tez- tez özünü idarəni itirmək qorxusundan şikayətlənir və ya aqlını itirmək qorxusunu qeyd edirlər. Onlara hər hansı bir fəaliyyətdə fokuslanmaq və ya nəyəsə diqqəti konsentrasiya etmək çətin olur. Onlar davamlı olaraq qıcıqlanmış olurlar, bir çox zaman yorğunluq hissi keçirirlər, rahatlıya və dincələ bilmirlər. GTP diaqnostikası qeyri- adekvat təşviş və narahatlıq hallarına, həmçinin onlarla bir təzahür olunan və minimum altı ay çəkən somatik və vegetativ simptomlara əsaslanır. Beləliklə, GTP psixi və somatik simptomların kəslməz əlaqəsini təsvir edən bir xəstəlikdir.

Təşvişlə əlaqəli somatik simptomları iki böyük qrupa ayırmaq olar. Birinci qrup simptomlar əzələ gərginliyi, ikinci qrup simptomlar isə vegetativ hiperaktivliklə əlaqəlidir. Hər iki qrupun simptomu təşviş tərəfindən yaranır və onun məcburi simptomudur.

İlk qrup simptomlara əzələ gərginliyi, tremor, əzələlərdə ağrılar, əzələlərin daralması, baş ağrısı təzyiqi, bir yerdə otura bilməmək aiddir. İkinci qrupa vegetativ hiperaktivasiya simptomları daxildir. Onlar qan-damar, tənəffüs, mədə-bağırsaq və sidik-cinsiyyət sistemlərinin vegetativ pozuntusu ilə yaranır (Stein, 2002).

GTP xəstəliyinin ilkin mərhələlərində, xəstəlik özünü psixi yüklənmə ilə əlaqədar olan somatik simptomlarla göstərə bilər. Nəticə olaraq GTP-li pasiyentin klinik təsvirində somatik və vegetativ simptomların dominantlıq təşkil etməsi səbəbi ilə, ilk öncə psixiatrlara yox, terapevt və nevroloqlara müraciət edirlər. Ona görə də bu pasiyentlər uzun müddət terapevtik və nevroloji klinikalarda görünə bilər və izah oluna bilməyən simptomlarla bəlli olmayan xəstəlikdən əziyyət çəkənlər kontingentinə aid ola bilirlər (Stein, 2002).

GTP-lu pasieyentlər terapevtik stasionarda tez-tez ürək ağrıları, sikiyə getmənin tezləşməsi və hiperventilyasiya sindromu şikayətlərini bildirirlər. İlk yerdə ürəkdəki ağrılar durur. Araşdırma nəticələrinə görə, lider somatik simptom kimi ürək ətrafı ağrılar GTP-lu pasiyentlərin 50%-də görünür. Hiperventilyasiya sindromu GTP-lu pasiyentlərin 25-85 % aralığında dəyişən rəqəmlərdə müşahidə olunur (Nutt, 1998).

İstənilən stress halında müşahidə olunan və insana mobilizasiyaya kömək edən adekvat təşviş halını, GTP-ndan differensasiya etmək lazımdır. Produktiv təşvişi xarakterizə edən əlamətlərdən biridə onun şərtlənməsidir, yəni, o qeyri-stress hallarında yaranmır, onun intensivliyi stress vəziyyətinə uyğun gəlir, o fəaliyyəti pisləşdirmir, əksinə yaxşılaşdırır və keçici xarakterə sahibdir. Başqa sözlə normal təşviş həmişə orqanizmin stress vəziyyətinə

uyğun müddətli situativ reaksiyasıdır. Yalnız təşvişin onu yaradan həyati situasiya ilə, həm müddət həm də səviyyə baxımından uyğunsuzluğu və ya qeyri-stress hallarında yaranıb və günlük fəaliyyəti pozduğu halda, onu protuktiv olmayan təşviş adlandırıb təşviş pozuntularının hansısa növünə aid edə bilərik (Stein, 2002).

İfadəli təşvişin orqanizmin ciddi fizioloji xəstəliklərlə müşayiət oluna bilməsini nəzərə alaraq, somatik, nevroloji və endokrinoloji xəstəliklərin differensial diaqnostikasının aparılması lazımdır. Bundan əlavə, bəzi fizioloji xəstəliklər və GTP oxşar simptomlara sahib ola bilərlər. Bu klinisistini işini çətinləşdirir və geniş kliniki müayinə tələbini yaradır. İlk xaric olunmalı xəstəliklərə ürəyin işemik xəstəliyi, aritmiya, epilepsiya, tirotoksikoz, bronxial astma, hipoplakemiya, feokromositoma aiddir.

GTP ilə oxşar hallar müxtəlif preparatlar səbəbindəndə yarana bilər. Onlardan ən əsasları amfetamin tipli dərmanlar, antikolinergik dərmanlar, reserpin və onun törəmələri, kofein tərkibli maddələrdir.

GTP-nun depressiyadan əsas fərqi öz depressiv epizoduna malik olmamasıdır. Differensial diaqnostikanın çətinlikləri ondadır ki, təşviş və depressiya oxşar klinik simptomlara sahibdir- yorğunluq və tükənmə, yüksək qıcıqlandırıcılıq, yuxu və iştahın pozulması, diqqət konsentrasiyasında çətinlik, qeyri-spesifik somatik və vegetativ şikayətlər. Bundan əlavə, depressiya və təşviş tez-tez uyğunlaşır və təşvişli-depressiv pozuntunun xüsusiyyətlərini alır. GTP ilə komorbid halların tezliyi 66%-i keçir. Ən çox GTP depressiya ilə komorbiddir. Müəlliflərin nəticələrinə görə depressiv simptomatika təşviş pozuntusu ilə 54%-83% hallarda müşahidə olunur (Nutt, 2005). Xəstəlik adətən GTP-su ilə başlayır, daha sonra ona depressiv vəziyyət qoşulur. GTP diaqnozunun qoyulmasından 5 il sonra, depressiyanın yaranma hallarının inkişafı 32,5%-dir (Nutt, 2005). GTP bir qayda olaraq xroniki hal alır və remissiya və güclənmə vəziyyətləri ilə 20 ildən artıq çəkə bilər.

GTP-nun mənşəyində həm bioloji həm də psixoloji faktorlar var. Bütün təşviş-depressiv spektr pozuntularında irsi meyillilik təyin olunub. Yalnız hər hansı bir təşviş pozuntusuna meyillilik irsi yolla keçmir, həmçinin təşviş stimullarına həssaslıq, xarici mühitin kiçik dəyişikliklərinə yüksək həssaslığa meyillilik, emosional və vegetativ labillik kimi şəxsiyyətin müəyyən xüsusiyyətlərində irsi yolla keçir. GTP-nun genetik araşdırmaları çox şeydə ziddiyyətlidir. Amma bütün araşdırmalar, GTP-nun inkişafında irsi meyilliyin rolunun olduğu kimi, xarici mühit təsirlərinin rolunda qeyd edirlər. Bu təsirlərə erkən uşaqlıq dövründə tərbiyyənin xüsusiyyətləri, ailə daxili münasibətlər, ailəni həyat tərzini, psixotraumatik hadisələr aiddir (Nutt, 2005).

GTP potogenezi mürəkkəb təbiətə sahibdir və tam aydın deyil (Nutt, 2005). GTP zamanı mərkəzi sinir sisteminin əsas tormozlaşdırıcı mediatoru qamma-aminobutirik turşu (GABA) disfunksiyası təyin olunur. Xüsusilə GABA reseptorlarının aşağı həssaslığı müəyyən olunur. GTP patogenezinə seratoenerjik və noradrenerjik neyrotransmitter sistemlərində pozulmanın rolu var. GTP-nun inkişafında peptid neyrotransmitter olan xolesitokinin iştirakı qeyd olunur. Hansı ki, GABAenerjik, seratoenerjik və noradrenerik sistemlərlə aktiv əlaqədədir. GTP patogenezinə hipotalamo-hipofizar-adrenal oxun stress səbəbli hipoaktivliyi böyük rola sahibdir. Uzun müddət var olan kortizol hiperaktivliyi əsas əhəmiyyət kəsb edir. Təxmin edilir ki, hipotalamo-hipofizar-adrenal oxun artıq və uzun müddətli hiperaktivliyi, stress təsirinin artıq psixofizioloji cavabına məsuldur (Nutt, 1998)

Beləliklə, GTP patogenezinə GABAenerjik, seratoenerjik, noradrenerik, xolesistokin sistemləri daxildir, həmçinin hipotalamo-hipofizar-adrenal oxuda əhəmiyyətli rola sahibdir.

Qeyri-heteroseksual orientasiyaya sahib fərdlərin psixoloji rifahları bir çox faktordan asılıdır. Bu faktorlar ümumi bir qəliz konstruksiya yaradaraq insan psixikasına təsir edir, onun emosional fonunu, davranışlarını, özünüidentifikasiyasını, özgüvən və özünüqiymətləndirməsini formalaşdırır. Bütün iş əsnasında qeyd olunan obyektiv və subyektiv faktorlar insanın cəmiyyət daxilində inkişafına və özünüaktuallaşdırmasına təsir edir. Bu tədqiqatlar, araşdırmalar, konsepsiyalar insan seksuallığının necə qəliz struktura sahib olmasını nümayiş etdirib, bu sahə üzrə tədqiqatların əhəmiyyətliliyini göstərir. Cəmiyyətin ayrılmaz bir üzvü olan qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərin psixoloji rifahlarının qorunması cəmiyyətin digər icmalarının psixoloji və psixi sağlamlıqları qədər əhəmiyyətlidir. Bir icmanın hüquqlarının pozulması və ya aşağı psixoloji rifah səviyyəsi bütün cəmiyyətə təsir edir.

III FƏSİL. QEYRİ-HETEROSEKSUAL ORİENTASIYAYA SAHİB FƏRDLƏRİN PSIXOPATOLOJİ HALLARININ TƏDQIQI

3.1. Tədqiqat işinin təşkili və keçirilməsi

Qeyri-heteroseksual orientasiyaya sahib fərdlərdə psixopatoloji halların eksperimental tədqiqi üçün, 85 nəfər heteroseksual, 11 nəfər homoseksual və 26 nəfər biseksual olmaqla ümumilikdə, 120 nəfər tədqiq olunan seçilmişdir. Tədqiqatın iştirakçılarının yaş həddi 18-35 aralığındadır ($m=21,4$; $sd=1,10$). Tədqiq olunanlar qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərin seksual idektikliyinə açıq şəkildə bilinməməsi və cəmiyyət daxilində yüksək sosial təzyiqlə səbəbi ilə sorğu online şəkildə keçirilmişdir. Tədqiqatın iştirakçılara aparılan sorğu və testlərin nəticələrinin anonimliyi haqqında ətraflı məlumat verilmişdir. Belə ki, tədqiqatda iştirak etməmək, testləşdirmədən imtina etmək kimi seçimləri olduğu bildirilmişdir.

Tədqiqat işimizin əsas məqsədi qeyri-heteroseksual olan şəxslərdə psixopatoloji halların təzahürünü öyrənməkdir. Bununla yanaşı tədqiqat aparılan zamanı qarşıya ümumi məqsədlər qoyulmuşdur:

- Tədqiq olunanların cins, yaş göstəriciləri, təhsil səviyyələri, yaşadıkları ərazi və seksual oriyentasiyalarını müəyyənləşdirmək;
- Tədqiq olunanların seksual oriyentasiyalarına əsasən onları müvafiq tədqiq olunan qruplarına ayırmaq;
- Tədqiq olunan qruplar arasında stigmatizasiyanın müəyyənləşdirilməsi;
- Tədqiq olunan heteroseksual və qeyri-heteroseksual qrup üzvlərində təzahür edən psixopatoloji halları müəyyənləşdirmək;
- Tədqiq olunan heteroseksual və qeyri-heteroseksual qrup üzvlərində təşviş pozuntusunu müəyyənləşdirmək;
- Tədqiq olunan qrupların psixopatoloji hallarını qarşılaşdırmaq;
- Tədqiq olunan qrupların təşviş pozuntusu göstəricilərini qarşılaşdırmaq;
- Tədqiqat zamanı əldə olunan nəticələrin statistik əhəmiyyətini və dürüstlüyünü təyin etmək.

Tədqiqat zamanı irəli sürdüyümüz fərziyyə belədir ki, qeyri-heteroseksual (homoseksual və biseksual) fərdlərin yaşadıkları stigmatizasiya və daxili konfliktlərə əsasən, təzahür edən psixopatoloji pozuntular heteroseksual fərdlərə nisbətən əhəmiyyətli səviyyədə fərqlidir. Belə ki, homoseksual və biseksual şəxslərdə, heteroseksuallara nisbətən psixopatoloji pozuntulara daha çox rast gəlinir.

Tədqiqat zamanı zəruri məlumatların əldə edilməsi məqsədilə aşağıdakı metodlar işlənmişdir:

1. Tərəfimizdən hazırlanan “Şəxsi məlumatlar” anketi vasitəsilə tədqiq olunan şəxslərin cins, yaş göstəriciləri, təhsil səviyyələri, yaşadıkları ərazi və seksual oriyentasiyaları öyrənilmişdir (*bax: əlavə 1*).

2. Tədqiq olunan iştirakçıların ətrafdakı insanlar tərəfindən sosial-psixoloji ayrışdırılış (stiqma) məruz qalıb/qalmadığını müəyyənləşdirmək üçün tərəfimizdən hazırlanan qısa “Stiqmatizasiya” anketi işlənmişdir (*bax: əlavə 2*). Anket 13 bənddən təşkil edilmişdir, uyğun gələn bəndlərin qarşısında boş xana “□” ilə işarələnir, uyğun olmayan bəndlərin qarşısındakı xanalar boş buraxılır.

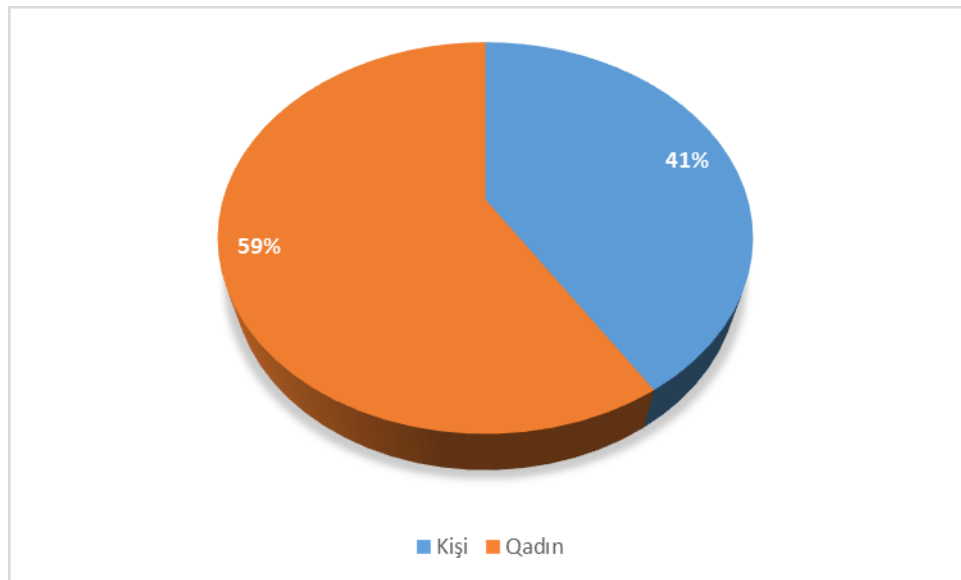
3. Tədqiq olunanlarda psixopatoloji halları təyin edə bilmək üçün “Qısa simptom test”i (QST) istifadə edilmişdir. Tədqiqatda istifadə etdiyimiz “Qısa simptom testi” Xəzər universiteti, Psixologiya departamentinin koordinatoru Kərimova Mələk tərəfindən Azərbaycan mədəniyyəti üçün adaptasiya edilmiş versiyasıdır. QST 53 sualdan, müvafiq olaraq beş cavab variantından (heç vaxt, çox az, orta səviyyə, olduqca, lap çox) və 9 şkaladan (somatizasiya, obsessiv-kompulsiv simptomlar, şəxslərarası həssaslıq, depressiya, təşviş, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıq, paranoid narahatlıqlar, psixotizm) ibarətdir (*bax: əlavə 3*). Həmçinin testin daxilində üç indeks mövcuddur: ümumi narahatlıq indeksi (ÜNİ), kəskin narahatlıq indeksi (KNİ) və simptom narahatlıq indeksi (SNİ).

4. Tədqiq olunanlarda təşviş pozuntusunun diaqnostikası üçün “Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu 7 göstərici üzrə şkalası” (Azərbaycana adaptasiya edilib) istifadə edilmişdir. Şkala 7 sual və 4 cavab variantından təşkil edilmişdir (*bax: əlavə 4*).

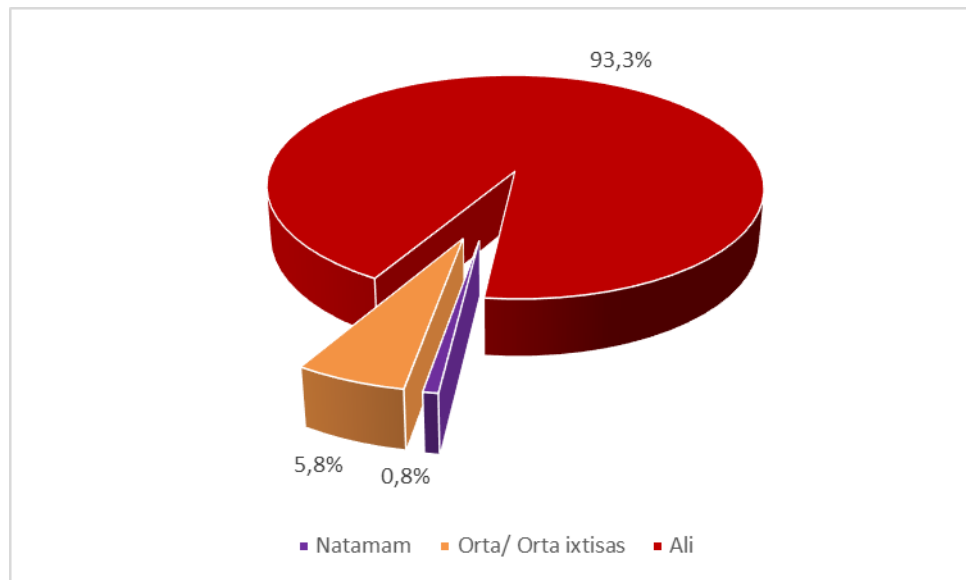
Tədqiqat zamanı müvafiq metodlar vasitəsilə əldə etdiyimiz nəticələr qeydə alınmış, sistemli olaraq işlənilmiş, ətraflı şəkildə geniş təhlil edilmiş, irəli sürdüyümüz fərziyyənin eksperimental əhəmiyyəti müəyyənləşdirilmişdir. Tədqiqat işinin nəticələrinin statistik dürüslüyünü təyin etmək üçün isə IBM SPSS Statistics 28 proqramı istifadə edilmişdir.

3.2. Tədqiqat işinin nəticələri və onların təhlili

Tədqiqat mərhələli olaraq, işin əvvəlində qarşıya qoyduğumuz məqsədlərə müvafiq ardıcılıqla aparılmış, əldə etdiyimiz nəticələr işin məqsədlərinə uyğun şəkildə sistemləşdirilmiş və təhlil edilmişdir. Tədqiq olunan iştirakçıların 41%-i (49 nəfər) kişilər, 59%-i (71 nəfər) qadınlardır (şəkil 3.1). Respondentlərin 0,8%-i (1 nəfər) natamam orta təhsilli (9-cu sinif), 5,8%-i (7 nəfər) orta və orta ixtisas təhsilli, 93,3%-i (112 nəfər) ali təhsillidir (şəkil 3.2).

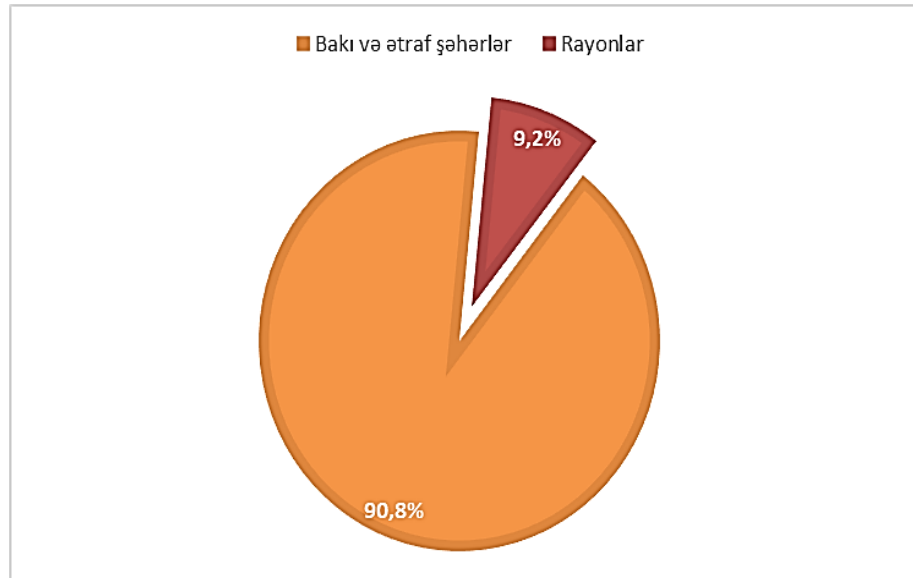


Şəkil 3.1. Tədqiq olunanların cins göstəriciləri

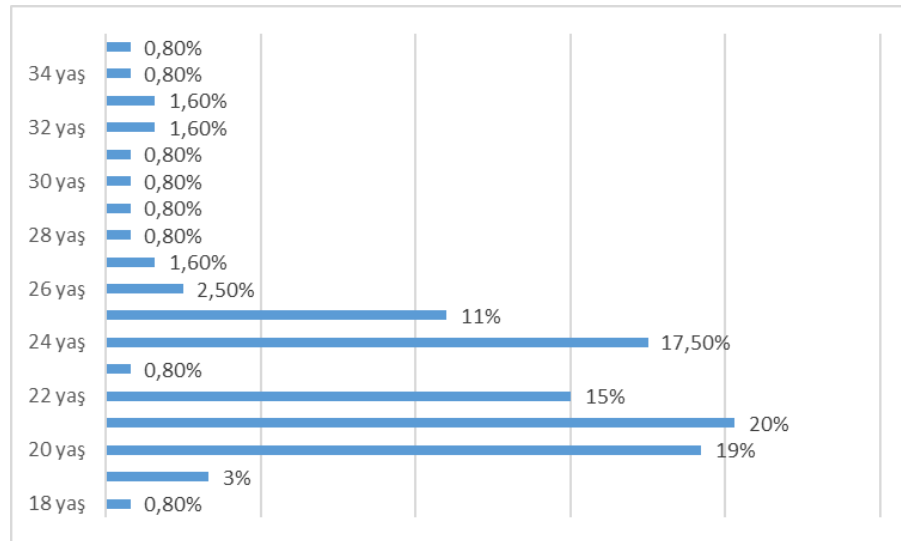


Şəkil 3.2. Tədqiq olunanların təhsil səviyyəsi

Tədqiq olunanların 90,8%i (109 nəfər) Bakı və Bakı ətrafı şəhərlərdə yaşayan, 9,2%-i isə (11 nəfər) rayonlarda yaşayan şəxslərdir (şəkil 3.3). Tədqiq olunanlar yaş qrupu isə 18-35 həddidir (şəkil 3.4).



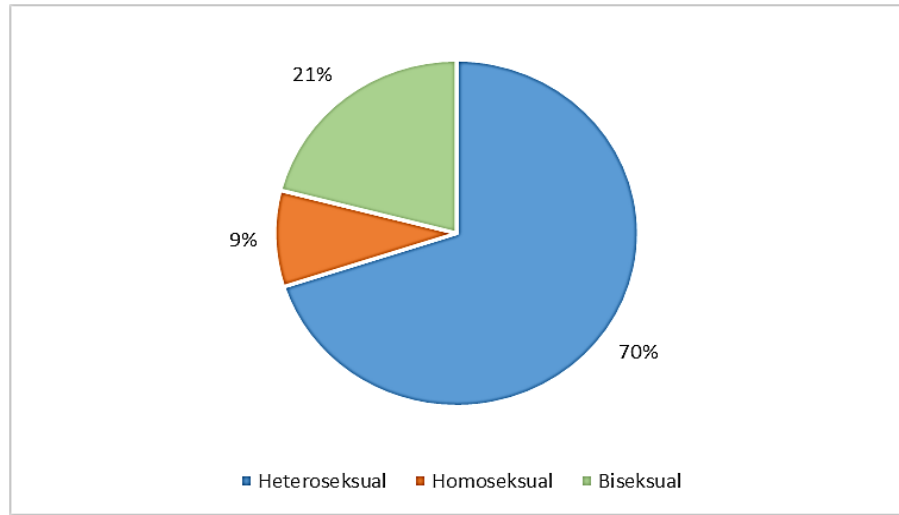
Şəkil 3.3. Tədqiq olunanların yaşayış yerləri



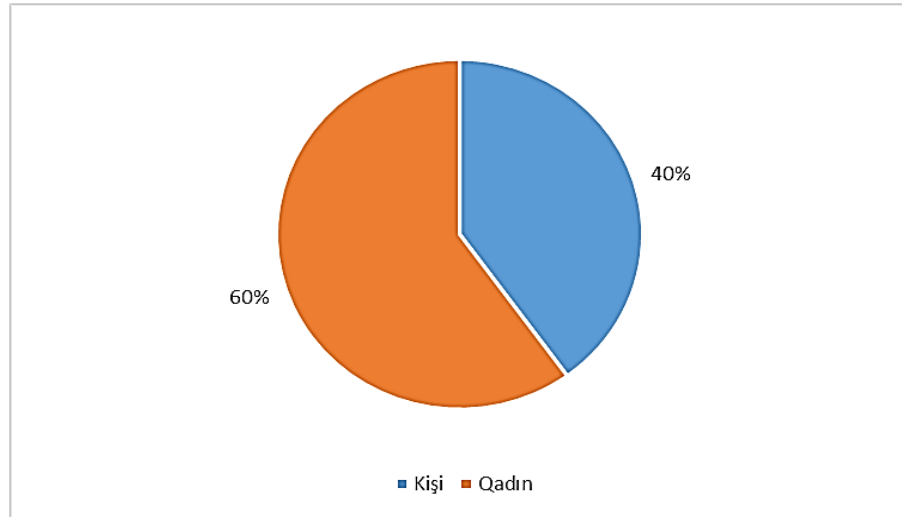
Şəkil 3.4. Tədqiq olunanların yaş göstəriciləri

Tədqiqat işində cinsi oriyentasiyasına görə heteroseksual və qeyri-heteroseksual (homoseksual və biseksual) şəxslər iştirak etmişdir. Ümumilikdə iştirakçıların 70%-i heteroseksual, 9%-i homoseksual və 21%-i biseksual şəxslərdir (şəkil 3.5).

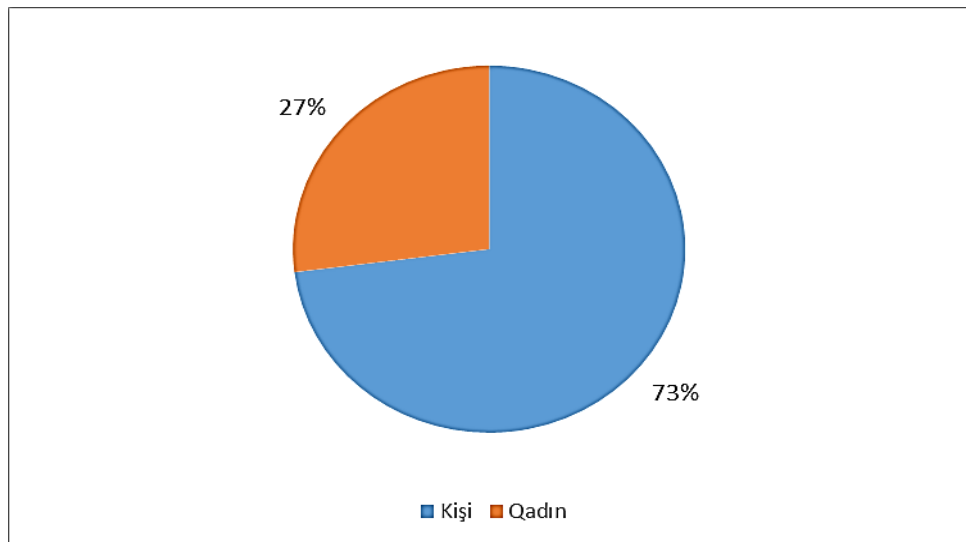
Heteroseksual şəxslərin 40%-i (34 nəfər) kişi, 60%-i (51 nəfər) qadınlardır. Homoseksual şəxslərin də 73%-i (8 nəfər) kişi və 27%-i (3 nəfər) qadınlardır. Biseksual şəxslərin 27%-i (7 nəfər) kişi, 73%-i (19 nəfər) qadınlardır (şəkil 3.6, 3.7, 3.8).



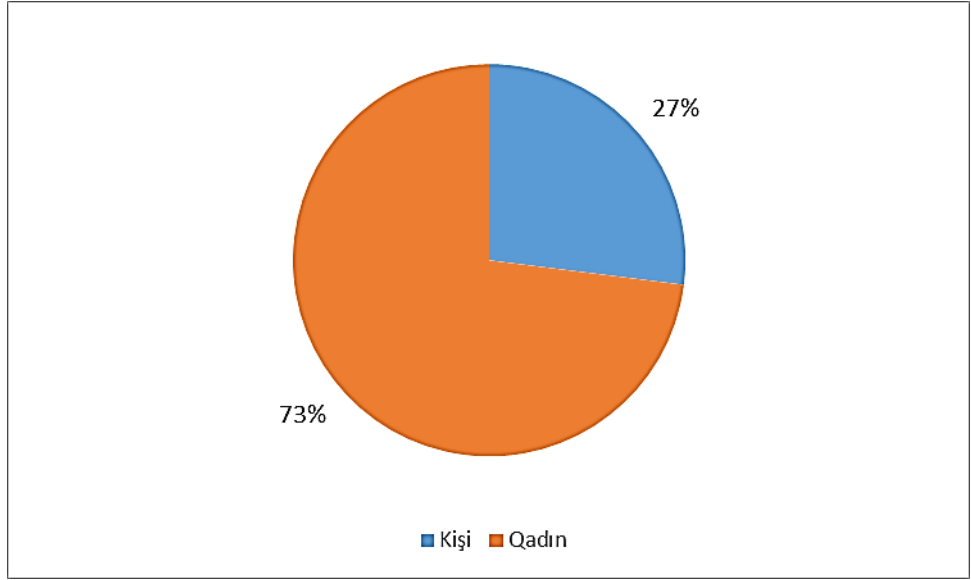
Şəkil 3.5. Tədqiq olunanların cinsi oriyentasiyaları üzrə göstəriciləri



Şəkil 3.6. Heteroseksual tədqiq olunanların cins göstəriciləri

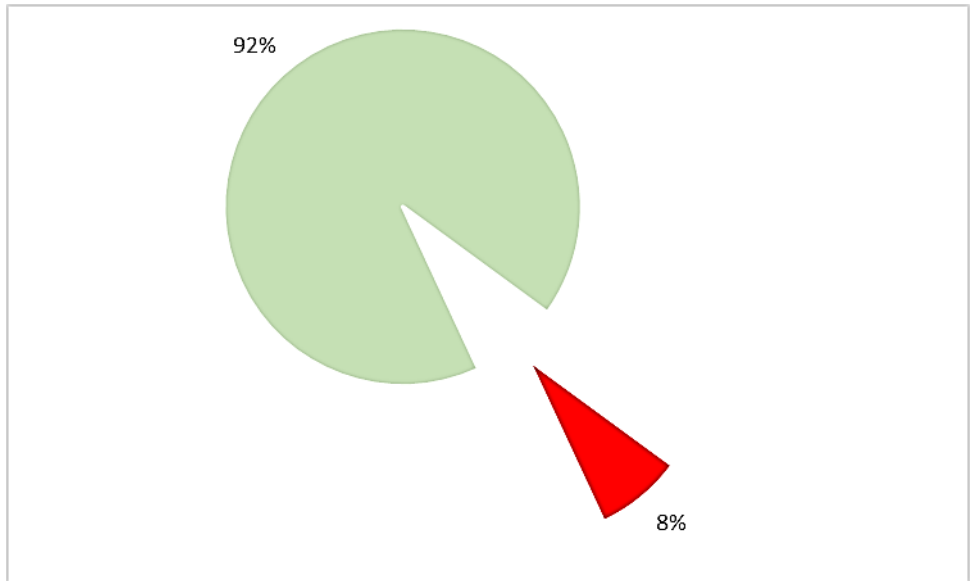


Şəkil 3.7. Homoseksual tədqiq olunanların cins göstəriciləri



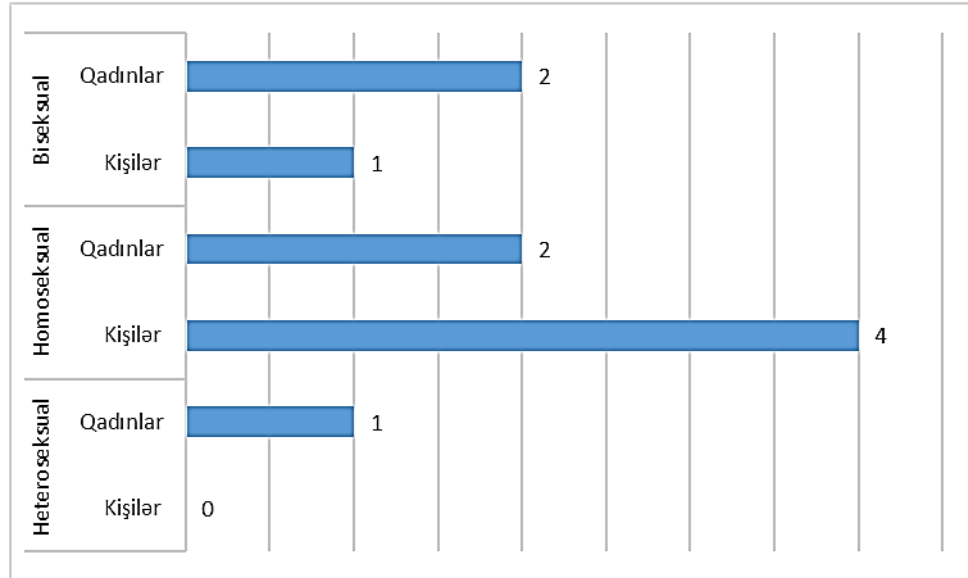
Şəkil 3.8. Biseksual tədqiq olunanların cins göstəriciləri

Tədqiq olunanların tədqiqat üçün zəruri olan şəxsi məlumatlarını təhlil edib işlədikdən sonra, ikinci mərhələdə qarşılaşdıqları sosial-psixoloji ayrışeçkiliyi müəyyənləşdirmək üçün (stiqmatizasiya) hazırladığımız anketi təqdim edilmişdir. Təbii ki, məlum məsələdir ki, qeyri-heteroseksual şəxslər sosial rollar, milli-mənəvi xüsusiyyətlər, şəriət məsələləri baxımından cəmiyyət tərəfindən (çoqluq) qəbul edilmir və cinsi oriyentasiyalarına görə onlara qarşı tolerantlıq göstərilir. Tədqiqat zamanı heteroseksual və qeyri-heteroseksual şəxslərdə anket vasitəsilə stiqmatizasiya üzrə göstəricilərin statistik müqayisəsi aparılmışdır.



Şəkil 3.9. Sosial-psixoloji ayrışeçkiliyi məruz qalan tədqiq olunanlar

Stiqmatizasiyanı müəyyənləşdirmək üçün tərtib etdiyimiz anketdə verilən cavablara əsasən, tədqiq olunanların 8%-də (10 nəfər) stiqmatizasiya olduğu təyin edilmişdir (şəkil 3.9). Stiqmatizasiyanın müşahidə edildiyi 10 nəfər tədqiq olunanların 10%-i (1 nəfər) heteroseksual, 30% (3 nəfər) biseksual, 60%-i (6 nəfər) homoseksual şəxslərdir.



Şəkil 3.10. Stiqmatizasiyanın cinsi oriyentasiya üzrə say göstəriciləri

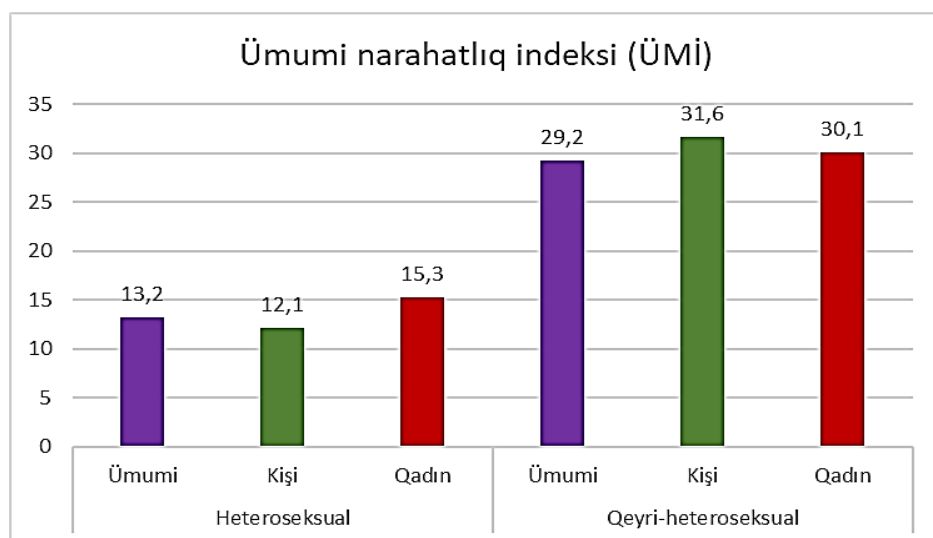
Tədqiqat zamanı qarşıya qoyduğumuz məqsədlərə müvafiq olaraq, növbəti mərhələdə tədqiq olunanlar ilə “Qısa simptom testi” işlənilmişdir. Belə ki, bu testin nəticələrinə əsasən biz tədqiq olunanlarda təzahür edən psixopataoloji halları təyin etmiş olacağıq.

QST-nin ümumi narahatlıq indeksi (ÜNİ), testdən əldə etdiyimiz ümumi nəticələri müəyyənləşdirməyə imkan verir. Həmçinin kəskin və simptomatik xüsusiyyətlərə əsasən kəskin narahatlıq indeksi (KNİ) və simptom narahatlıq indeksi (SNİ) üzrə göstəriciləri də əldə etməyimizi təmin edir. İndekslər üzrə heteroseksual və qeyri-heteroseksual tədqiq olunanlardan əldə etdiyimiz nəticələr aşağıda cədvəl 3.1 təqdim edilmişdir.

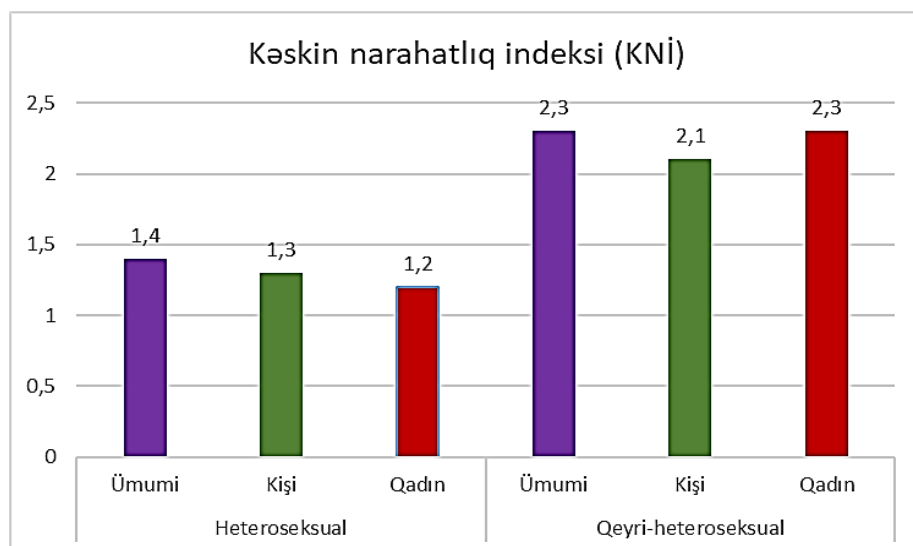
Cədvəl 3.1-ə nəzər saldıqda, ümumi narahatlıq indeksi (ÜMİ) üzrə göstəricilərin qeyri-heteroseksual tədqiq olunanlarda, heteroseksuallara nisbətən yüksək olduğunu görmüş oluruq. Həmçinin kəskin narahatlıq indeksi (KNİ) və simptom narahatlıq indeksi (SNİ) üzrə göstəriciləri də qeyri-heteroseksual şəxslərdə, heteroseksuallara nisbətən yüksəkdir (nəticələr şəkil 3.11, 3.12, 3.13-də təsvir edilmişdir).

Cədvəl 3.1. Heteroseksual və qeyri-heteroseksual şəxslərin ÜNİ, KNİ və SNİ nəticələri

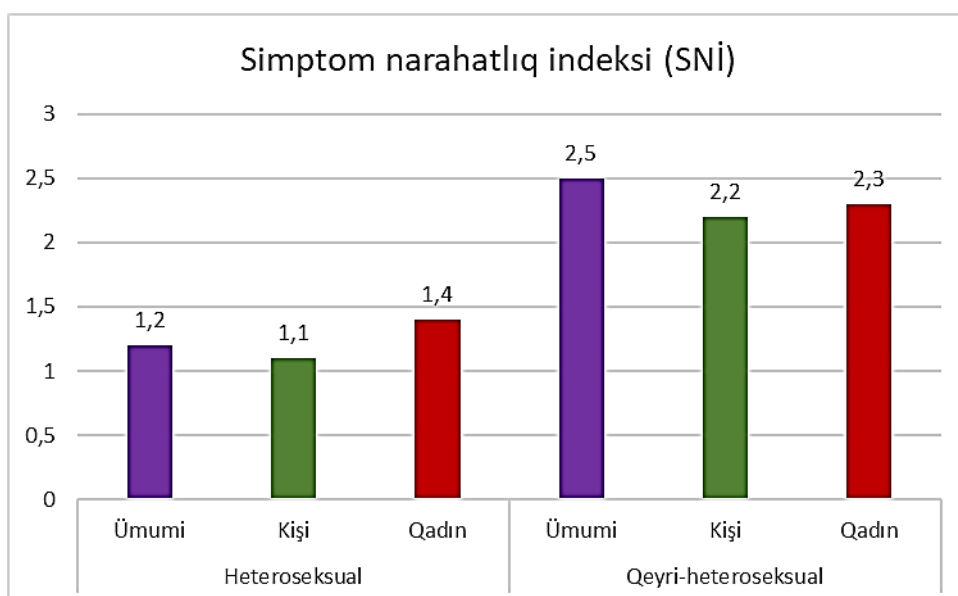
İndeks	Heteroseksual			Qeyri-heteroseksual		
	Ümumi	Kişi	Qadın	Ümumi	Kişi	Qadın
Ümumi narahatlıq indeksi (ÜMİ)	m=13,2	m=12,1	m=15,3	m=29,2	m=31,6	m=30,1
Kəskin narahatlıq indeksi (KNİ)	m=1,4	m=1,3	m=1,2	m=2,3	m=2,1	m=2,3
Simptom narahatlıq indeksi (SNİ)	m=1,2	m=1,1	m=1,4	m=2,5	m=2,2	m=2,3



Şəkil 3.11. Ümumi narahatlıq indeksi üzrə alınan nəticələr



Şəkil 3.12. Kəskin narahatlıq indeksi üzrə alınan nəticələr



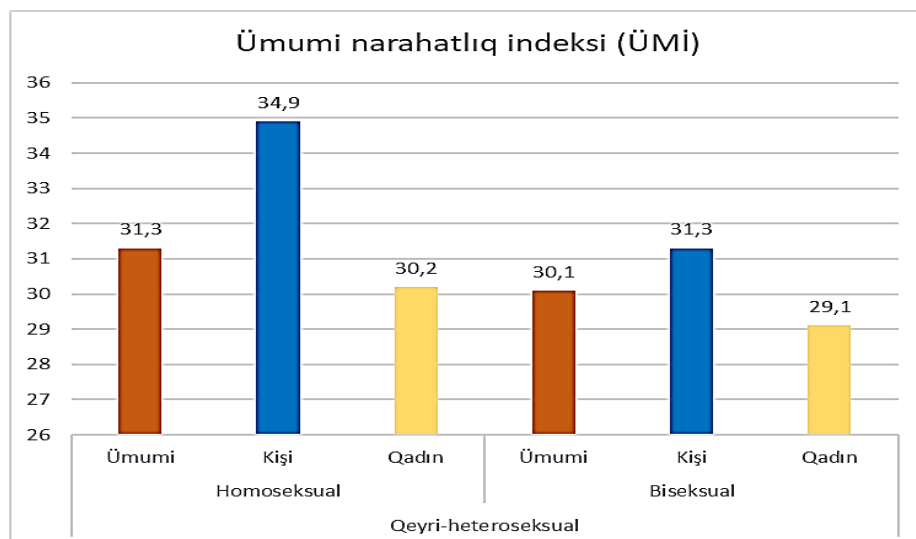
Şəkil 3.13. Simptom narahatlıq indeksi üzrə alınan nəticələr

Qeyri-heteroseksual tədqiq olunanlar qrupunun daxilində homoseksual və biseksual şəxslərin QST testindən ümumi narahatlıq indeksi (ÜNİ), kəskin narahatlıq indeksi (KNİ) və simptom narahatlıq indeksi (SNİ) üzrə göstəriciləri aşağıda cədvəl 3.2-də təqdim edilmişdir.

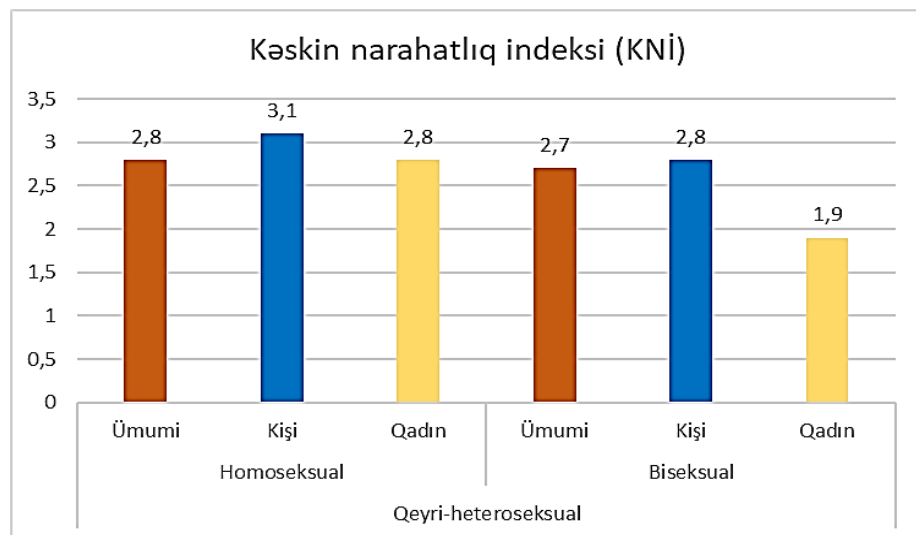
Cədvəl 3.2. Qeyri-heteroseksual şəxslərin ÜNİ, KNİ və SNİ nəticələri

İndeks	Qeyri-heteroseksual					
	Homoseksual			Biseksual		
	Ümumi	Kişi	Qadın	Ümumi	Kişi	Qadın
Ümumi narahatlıq indeksi (ÜMİ)	m=31,3	m=34,9	m=30,2	m=30,1	m=31,3	m=29,1
Kəskin narahatlıq indeksi (KNİ)	m=2,8	m=3,1	m=2,8	m=2,7	m=2,8	m=1,9
Simptom narahatlıq indeksi (SNİ)	m=2,9	m=2,8	m=2,4	m=2,8	m=2,6	m=2,2

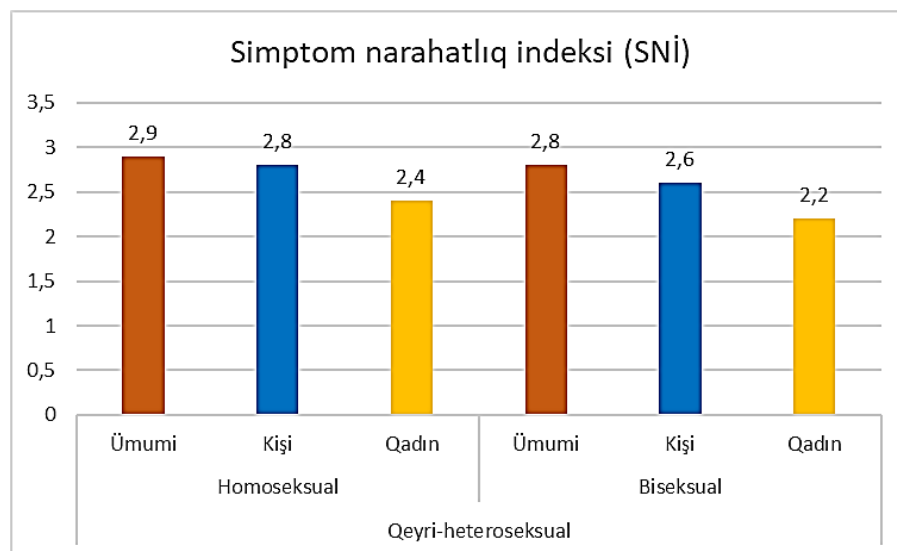
Cədvəl 3.2-də qeyri-heteroseksual tədqiq olunanlar qrupunda homoseksual şəxslərin, indekslər üzrə göstəriciləri (ÜMİ, KNİ, SNİ), biseksual şəxslərə nisbətən yüksəkdir. Belə nəticə çıxara bilirik ki, qeyri-heteroseksual tədqiq olunanlar qrupunun ÜMİ, KNİ, SNİ nəticələri heteroseksual qrupa nisbətən yüksəkdir. Həmçinin qeyri-heteroseksual qrup daxilində homoseksual şəxslərin ÜMİ, KNİ, SNİ nəticələri biseksual şəxslərə nisbətən yüksəkdir (şəkil 3.14, 3.15, 3.16).



Şəkil 3.14. Ümumi narahatlıq indeksi üzrə alınan nəticələr (qeyri-heteroseksual şəxslər)



Şəkil 3.15. Kəskin narahatlıq indeksi üzrə alınan nəticələr (qeyri-heteroseksual şəxslər)



Şəkil 3.16. Simptom narahatlıq indeksi üzrə alınan nəticələr (qeyri-heteroseksual şəxslər)

Tədqiq olunan heteroseksual və qeyri-heteroseksual qrupun qısa simptom testinin şkalaları üzrə (somatizasiya, obsessiv-kompulsiv simptomlar, şəxslərarası həssaslıq, depressiya, təşviş, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıq, paranoid narahatlıqlar, psixotizm) nəticələri aşağıda cədvəl 3.3-də təqdim edilmişdir.

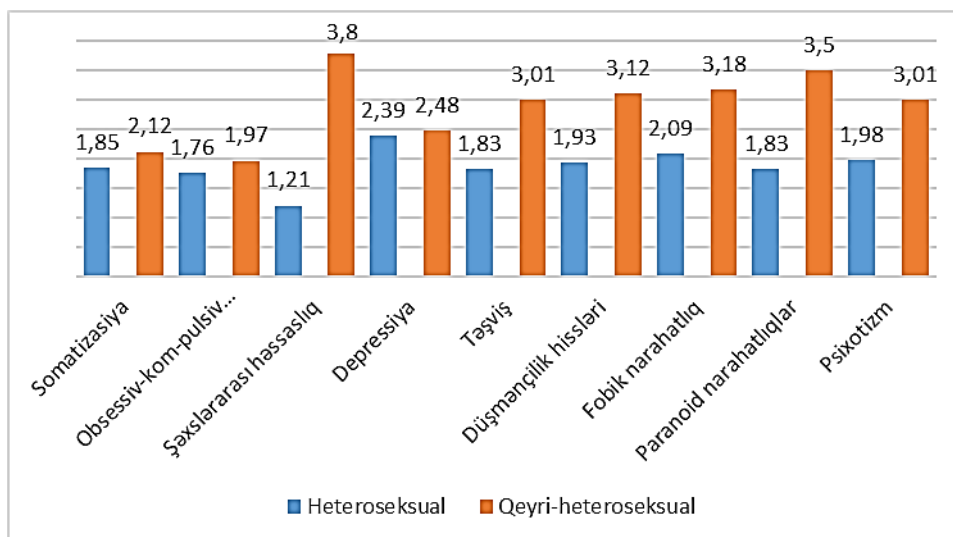
Cədvəl 3.3. Heteroseksual və qeyri-heteroseksual şəxslərin QST şkalaları üzrə nəticələri

Şkala	Heteroseksual			Qeyri-heteroseksual		
	Ümumi	Kişi	Qadın	Ümumi	Kişi	Qadın
Somatizasiya	m=1,85	m=1,79	m=1,90	m=2,12	m=2,35	m=2,36
Obsessiv-kompulsiv simptomlar	m=1,76	m=1,73	m=1,75	m=1,97	m=1,98	m=1,92
Şəxslərarası həssaslıq	m=1,21	m=1,16	m=1,20	m=3,80	m=3,84	m=3,72
Depressiya	m=2,39	m=2,10	m=2,50	m=2,48	m=2,53	m=2,46
Təşviş	m=1,83	m=1,79	m=1,80	m=3,01	m=2,87	m=2,99
Düşmənçilik hissləri	m=1,93	m=1,90	m=1,74	m=3,12	m=3,01	m=3,10
Fobik narahatlıq	m=2,09	m=2,01	m=2,14	m=3,18	m=3,10	m=3,19
Paranoid narahatlıqlar	m=1,83	m=1,80	m=1,84	m=3,50	m=3,23	m=3,49
Psixotizm	m=1,98	m=1,87	m=1,94	m=3,01	m=2,97	m=3,06

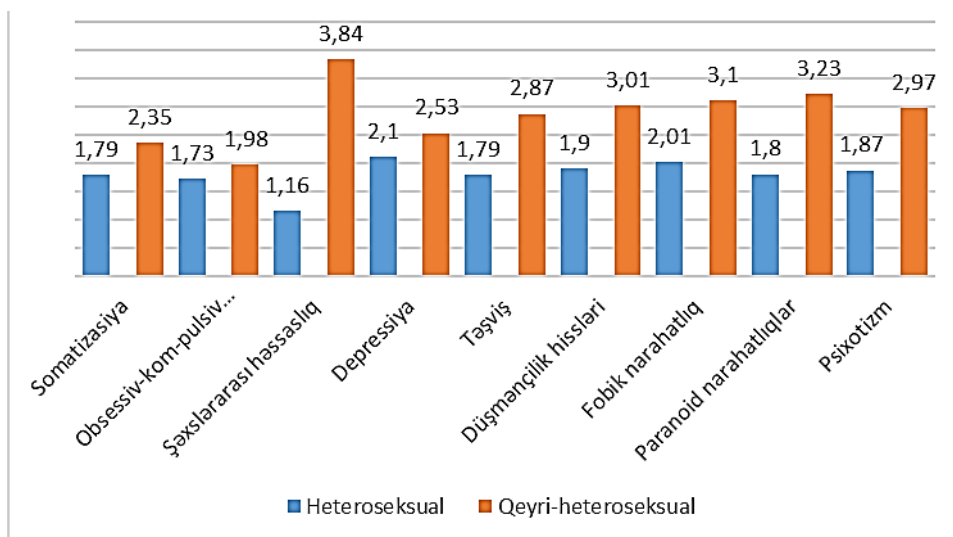
Cədvəl 3.3-ə nəzər saldıqda görmüş oluruq ki, qısa simptom testinin somatizasiya, şəxslərarası həssaslıq, təşviş, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıqlar, paranoid narahatlıqlar və psixotizm şkalaları üzrə qeyri-heteroseksual şəxslərin göstəriciləri heteroseksual şəxslərə nisbətən olduqca yüksəkdir.

Obsessiv-kompulsiv simptomlar və depressiya şkalaları üzrə alınan nəticələrdə fərqlilik olasa da, o qədər kəskin fərq deyildir. Belə ki, nəticələri təhlil etdikdə görmüş oluruq ki, qeyri-heteroseksual kişilərdə bütün şkalalar üzrə göstəriciləri ən yüksək səviyyədədir.

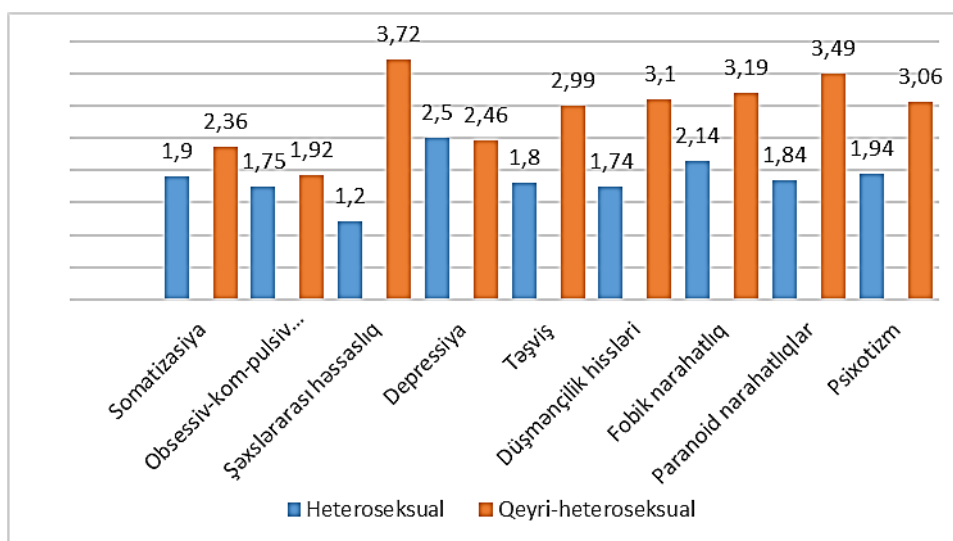
Əldə edilən nəticələri təsviri olaraq şəkil 3.17, şəkil 3.18 və şəkil 3.19-da təqdim edilmişdir.



Şəkil 3.17. QST şkalaları üzrə heteroseksual və qeyri-heteroseksual qrupların göstəriciləri



Şəkil 3.18. QST şkalaları üzrə heteroseksual və qeyri-heteroseksual kişilərin göstəriciləri



Şəkil 3.19. QST şkalaları üzrə heteroseksual və qeyri-heteroseksual qadınlara göstəriciləri

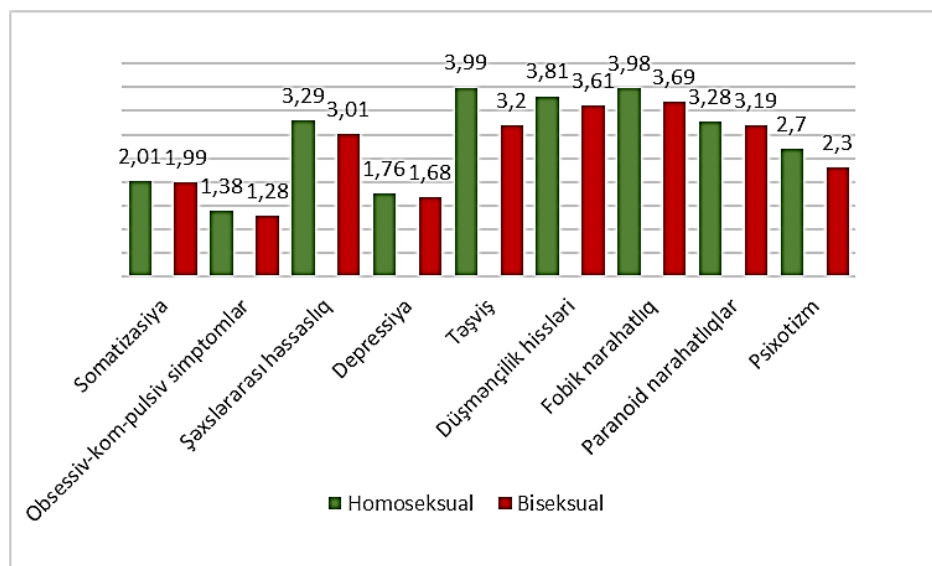
Tədqiq olunan qeyri-heteroseksual (homoseksual və biseksual) qrupun qısa simptom testinin şkalaları üzrə (somatizasiya, obsessiv-kompulsiv simptomlar, şəxslərarası həssaslıq, depressiya, təşviş, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıq, paranoid narahatlıqlar, psixotizm) nəticələri aşağıda cədvəl 3.4-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.4. Qeyri-heteroseksual şəxslərin QST şkalaları üzrə nəticələri

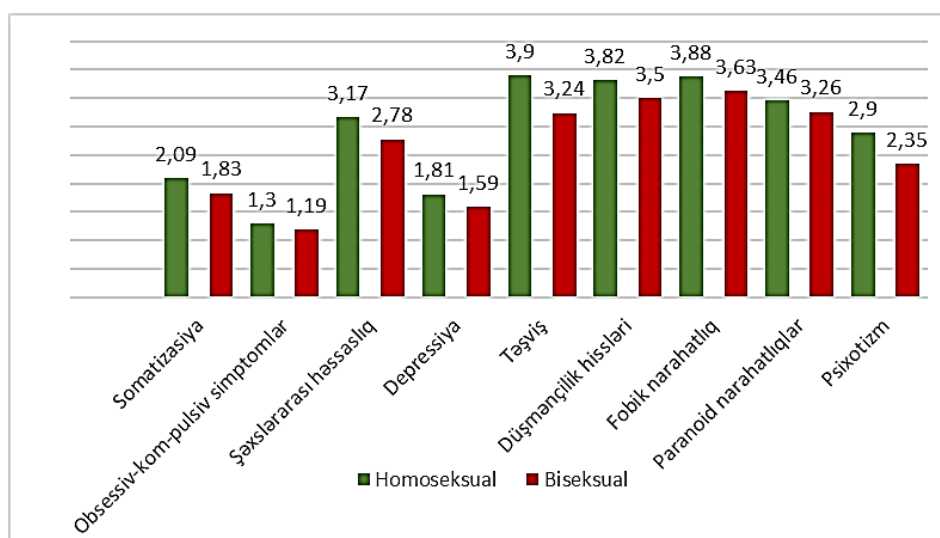
Qeyri-heteroseksual						
İndeks	Homoseksual			Biseksual		
	Ümumi	Kişi	Qadın	Ümumi	Kişi	Qadın
Somatizasiya	m=2,01	m=2,09	m=1,86	m=1,99	m=1,83	m=1,94
Obsessiv-kompulsiv simptomlar	m=1,38	m=1,30	m=1,35	m=1,28	m=1,19	m=1,21
Şəxslərarası həssaslıq	m=3,29	m=3,17	m=2,89	m=3,01	m=2,78	m=2,79
Depressiya	m=1,76	m=1,81	m=1,64	m=1,68	m=1,59	m=1,61
Təşviş	m=3,99	m=3,90	m=3,70	m=3,20	m=3,24	m=3,09
Düşmənçilik hissləri	m=3,81	m=3,82	m=3,68	m=3,61	m=3,50	m=3,60
Fobik narahatlıq	m=3,98	m=3,88	m=3,84	m=3,69	m=3,63	m=3,65
Paranoid narahatlıqlar	m=3,28	m=3,46	m=3,20	m=3,19	m=3,26	m=3,09
Psixotizm	m=2,70	m=2,90	m=2,59	m=2,30	m=2,35	m=2,40

Cədvəl 3.4-də əldə olunan nəticələrə nəzər saldıqda, görmüş oluruq ki, qeyri-heteroseksual qrup daxilində, homoseksual şəxslərin qısa simptom testinin somatizasiya, obsessiv-kompulsiv simptomlar, şəxslərarası həssaslıq, depressiya, təşviş, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıq, paranoid narahatlıqlar, psixotizm şkalaları üzrə nəticələri biseksual şəxslərə nisbətən yüksəkdir. Ən çox nəzərə çarpan göstəricilər isə şəxslərarası həssaslıq, narahatlıq, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıqlar və paranoid narahatlıqlar şkalaları üzrədir.

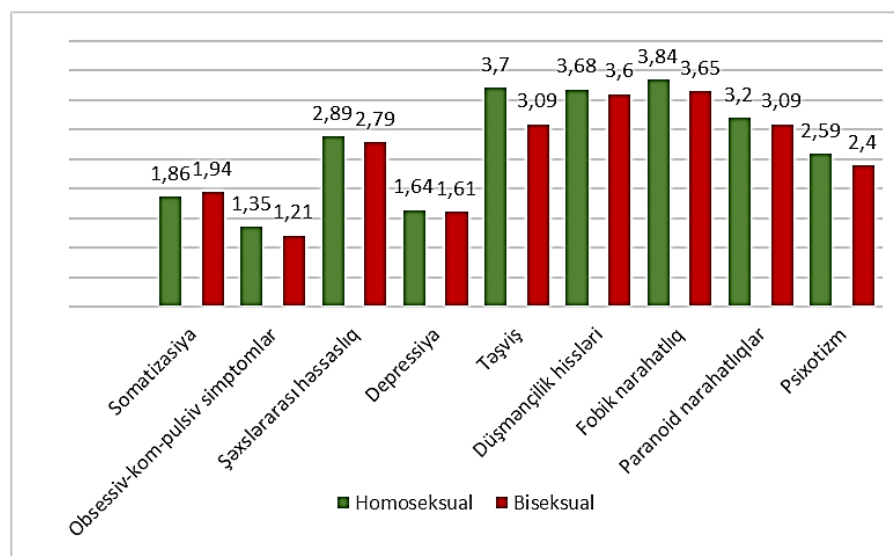
Əldə olunan nəticələrin təsviri şəkil 3.20, 3.21 və 3.22-də təqdim edilmişdir.



Şəkil 3.20. QST şkalaları homoseksual və biseksual şəxslərin göstəriciləri



Şəkil 3.21. QST şkalaları homoseksual və biseksual kişilərin göstəriciləri



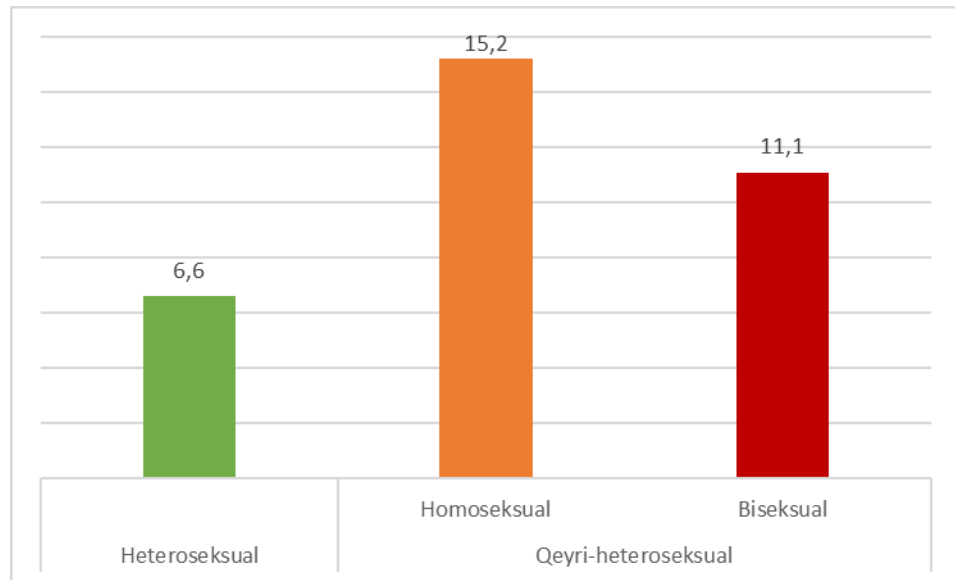
Şəkil 3.22. QST şkalaları homoseksual və biseksual qadınların göstəriciləri

Tədqiqat zamanı qarşıya qoyduğumuz məqsədlərə müvafiq olaraq, tədqiq olunanların təşviş pozuntusunu diaqnostika etmək üçün “Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu 7 göstərici üzrə şkalası” (GTP 7) işlənmişdir. Nəticələr aşağıda cədvəl 3.5-də təqdim edilmişdir

Cədvəl 3.5. GTP 7 sorğusunun heteroseksual və qeyri-heteroseksual qruplar üzrə nəticələri

Qruplar		Təşviş pozuntusu		
		Ümumi	Kişi	Qadın
Heteroseksual		m=6,6	m=6,2	m=7,3
Qeyri-heteroseksual	Homoseksual	m=15,2	m=16,2	m=14,1
	Biseksual	m=11,1	m=10,5	m=12,5

Əldə olunan nəticələrə görə tədqiq olunan heteroseksual şəxslərdə təşviş pozuntusu qeyri-heteroseksual şəxslərə nisbətən aşağıdır. Homoseksual kişi və qadınların təşviş pozuntusu üzrə göstəriciləri biseksual kişi və qadınlardan nisbətən yüksəkdir (şəkil 3.23).



Şəkil 3.23. Tədqiq olunan qrupların GTP 7 sorğusunun nəticələri

Belə ki, tədqiq olunanlar ilə əldə olunan nəticələrin ümumi təhlilindən sonra, irəli sürdüyümüz fərziyyəyə əsasən nəticələrin statistik əhəmiyyətini təhlil etdik. Əldə etdiyimiz nəticələri, tədqiqatın əvvəlində ayırmış olduğumuz heteroseksual və qeyri-heteroseksual tədqiq olunanlar qrupları üzrə qarşılaşdırdıq.

SPSS proqramında “T test” (Studentin t əmsalı) vasitəsilə, QST-dən alınan nəticələrə əsasən, heteroseksual və qeyri-heteroseksual qrup üzvlərinin psixopatoloji hallarının təhlilini apardıq. İlkin olaraq QST indeksləri üzrə qrupların nəticələrini cədvəl 3.6-da təqdim edirik.

Cədvəl 3.6. Qruplar üzrə QST nəticələri (t test)

İndeks	Qruplar				t	p
	Heteroseksual		Qeyri-heteroseksual			
	m	sd	m	sd		
Ümumi narahatlıq indeksi (ÜMİ)	18,6	1,28	30,1	1,59	-2,005	0,005
Kəskin narahatlıq indeksi (KNİ)	1,7	0,91	2,2	0,90	-0,705	0,011
Simptom narahatlıq indeksi (SNİ)	1,3	0,74	2,3	0,90	-0,813	0,008

Cədvəl 3.6-da t testindən əldə olunan nəticələrə nəzər saldıqda, görmüş oluruq ki, qeyri-heteroseksual şəxslərdə ümumi narahatlıq indeksi (ÜMİ) üzrə alınan göstəricilər, heteroseksual şəxslərə nisbətən əhəmiyyətli səviyyədə ($p < 0,05$) yüksəkdir ($t = -2,005$). Həmçinin qeyri-heteroseksual şəxslərdə kəskin narahatlıq indeksi (KNİ) və simptom narahatlıq indeksi (SNİ) üzrə alınan göstəricilər ($t = -0,705$, $t = -0,813$), heteroseksual şəxslərə nisbətən yüksəkdir və bu göstəricilər əhəmiyyətli səviyyədədirlər ($p < 0,05$). Yəni qeyri-heteroseksual qrupun ÜMİ, KNİ, SNİ indeksləri üzrə alınan nəticələr heteroseksual qrupun nəticələrindən əhəmiyyətli səviyyədə fərqlənir.

Tədqiq olunan heteroseksual və qeyri-heteroseksual qrupun qısa simptom testinin şkaları üzrə (somatizasiya, obsessiv-kompulsiv simptomlar, şəxslərarası həssaslıq, depressiya, təşviş, düşmənçilik hissləri, fobik narahatlıq, paranoid narahatlıqlar, psixotizm) alınan nəticələrə əsasən psixopatoloji halların qarşılaşdırılmış olduq (cədvəl 3.7).

Cədvəl 3.7. Qruplar üzrə QST psixopatoloji halların nəticələri (t test)

Psixopatoloji hallar	Qruplar		t	p
	Heteroseksual	Qeyri-heteroseksual		

	m	sd	m	sd		
Somatizasiya	1,85	0,93	2,09	0,91	-0,810	0,009
Obsessiv-kompulsiv simptomlar	1,79	0,89	1,88	0,90	-0,901	0,131
Şəxslərarası həssaslıq	1,20	0,70	3,67	0,94	-1,120	0,005
Depressiya	2,38	0,95	2,39	0,93	-0,711	0,099
Təşviş	1,87	0,90	2,81	0,91	-1,001	0,006
Düşmənçilik hissləri	1,93	0,92	2,98	0,90	-1,255	0,011
Fobik narahatlıq	2,09	0,91	3,10	0,93	-1,109	0,006
Paranoid narahatlıqlar	1,84	0,90	3,39	0,95	-1,351	0,001
Psixotizm	1,99	0,92	2,89	0,94	-1,421	0,009

Cədvəl 3.7-də alınan nəticələrə görə qeyd edə bilərik ki, qeyri-heteroseksual qrup üzvlərinin somatizasiya ($t = -0,810$), şəxslərarası narahatlıq ($t = -1,120$), təşviş ($t = -1,001$), düşmənçilik hissləri ($t = -1,255$), fobik narahatlıqlar ($t = -1,109$), paranoid narahatlıqlar ($t = -1,351$) və psixotizm ($t = -1,421$) psixopatoloji hallarının göstəriciləri heteroseksual qrup üzvlərinə nisbətən yüksəkdir və bu nəticələr əhəmiyyətli səviyyədədir ($p < 0,05$). Yəni qeyri-heteroseksual qrup üzvlərinin yuxarıda qeyd olunan psixopatoloji hallara görə nəticələri, heteroseksual qrup üzvlərinə nisbətən əhəmiyyətli səviyyədə fərqlənir. Lakin obsessiv-kompulsiv simptomlar ($t = -0,901$) və depressiya ($t = -0,711$) üzrə göstəricilərdə, qeyri-heteroseksual və heteroseksual qrup üzvləri arasında əhəmiyyətli səviyyədə fərqlilik mövcud deyildir ($p > 0,05$).

Son olaraq heteroseksual və qeyri-heteroseksual şəxslərdə GTP7 sorğusundan əldə olunan nəticələrə əsasən, tədqiq olunan qruplarda təşviş pozuntusu göstəricilərini qarşılaşdırmış olduq (cədvəl 3.8).

Cədvəl 3.8. Qruplar üzrə GTP 7 sorğusunun nəticələri (t test)

Göstərici	Qruplar				t	p
	Heteroseksual		Qeyri-heteroseksual			
	m	sd	m	sd		
Təşviş pozuntusu	6,6	0,78	13,9	0,99	-1,673	0,001

Cədvəl 3.8-də qeyd olunan göstəricilərə görə, qeyri-heteroseksual şəxslərdə təşviş pozuntusu, heteroseksual şəxslərə nisbətən yüksəkdir ($t = -1673$) və əldə olunan bu nəticə statistik olaraq əhəmiyyətlidir ($p < 0,05$). Təşviş pozuntusunun qeyri-heteroseksual şəxslərdə daha çox təzahür etdiyini qeyd edə bilərik.

Belə ki, tədqiqat işinin əvvəlində irəli sürdüyümüz- qeyri-heteroseksual fərdlərin yaşadıkları stigmatizasiya və daxili konfliktlərə əsasən, təzahür edən psixopatologiyalar heteroseksual fərdlərə nisbətən əhəmiyyətli səviyyədə fərqlidir fərziyyəsi öz təsdiqi tapmış olur. Tədqiqat zamanı əldə etdiyimiz statistik nəticələrə görə qeyri-heteroseksual şəxslərdə xüsusilə təşviş pozuntusu heteroseksual şəxslərə nisbətən yüksəkdir. Alınan nəticələrə baxdıqda, görmüş oluruq ki, qeyri-heteroseksual fərdlər heteroseksual fərdlərə nisbətən daha çox stigmatizasiya ilə qarşılaşır və onların güclü daxili konfliktləri də mövcuddur. Belə bir vəziyyət psixopatoloji halların qeyri-heteroseksual şəxslərdə yüksək olmasına zəmin yaratmış olur. Alınan nəticələrin statistik təhlilinə əsaslanaraq qeyd edə bilərik ki, fərziyyəmiz eksperimental olaraq təsdiqini tapmışdır.

Əsas fərziyyədən əlavə olaraq irəli sürdüyümüz köməkçi fərziyyələrin özünü təsdiq edib etməməsi aşağıda verilmişdir:

1. Qeyri-heteroseksual fərdlər heteroseksuallara nisbətən ətrafdakı insanlar tərəfindən daha çox sosial-psixoloji ayrışdırılışa (stigmatizasiya) məruz qalırlar fərziyyəsi öz təsdiqini tapdı.
2. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə depressiya səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir fərziyyəsi öz təsdiqini tapmadı.
3. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə paranoid düşüncələr və şəxsiyyətlərarası həssaslıq səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir fərziyyəsi öz təsdiqini tapdı.
4. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə psixotizm və somatizasiya səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir fərziyyəsi öz təsdiqini tapdı.

5. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə obsessiv-kompulsiv simptomlar səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir fərziyyəsi öz təstiqini tapmadı.
6. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə fobik narahatlıq, düşmənçilik səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir fərziyyəsi öz təstiqini tapdı.
7. Qeyri-heteroseksual fərdlərdə təşviş və generalizə olunmuş təşviş pozuntusu səviyyəsi heteroseksuallara nisbətən daha yüksəkdir fərziyyəsi öz təstiqini tapdı.

NƏTİCƏ

Psixi sağlamlığın qorunması şəxsiyyətin inkişafı, sosial münasibətlərin təmini, təhsil və karyera yolunda inkişaf, fizioloji sağlamlıq üçün çox önəmlidir. Psixi və psixoloji sağlamlığın təmin olunmaması həyatın bu və digər əhəmiyyətli məqamlarında insanı inkişafdan saxlayıb, özünü aktuallaşdırmağa imkan verməyib, özünə və həmçinin digərlərinə psixoloji və fizioloji zərər verməsi üçün zəmin yarada bilər. Cəmiyyətin ayrılmaz üzvləri olan qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərin də psixi sağlamlığı eyni dərəcədə əhəmiyyətli və vacibdir. Lakin müəyyən mentalitet dəyərləri, dini faktorlar, cəmiyyətin norma kimi qəbul etdiyi anlayışlar, heteroseksual orientasiyalı kütlənin üstünlüyü digər seksual orientasiyaya sahib fərqlər üçün psixi sağlamlılıqlarının qorunmasında çətinlik yaradır. Bu faktorlardan ən əsası da qeyri-heteroseksual orientasiyalı insanların qarşılaşdıqları sosial təzyiq, stiqma və stereotiplərdir. Davamlı olaraq sosial təzyiqin, təşvişin və gərginliyin içində yaşanılan həyatın insanın psixoloji və psixi sağlamlığına zərbə vurmaları qaçılmazdır. Müəyyən mənəvi dəyərlər, sosial normalar, adət-ənənələr içində böyüyən qeyri-heteroseksual şəxslər öz seksual identikliklərini qəbullanmada ciddi daxili konflikt yaşaya bilərlər.

İnsan sosial bir varlıqdır, biz instinktiv olaraq qrupa aid olub onun bir üzvü olmaq istəyirik. Bu tendensiya xüsusən yeniyetməlik dövründə özünü büruzə verir. Hətta yaşlıları ilə müəyyən bir sosial çevrəyə aid olmaq onların aparıcı fəaliyyətinə çevrilir. Gəncin, yeniyetmənin və həmçinin yetkin insanın aid olduğu sosial çevrənin onu qəbullanmayacağı qorxusu həmin şəxsi davamlı olaraq gərginlik içində saxlayaraq, seksual orientasiyası bilinməsin deyər, ehtiyat etməsinə vadar edir. Sosial Mən və real Mən arasındakı bu uyğunsuzluq həm xarici sosial konfliktlərə, həm də insanın daxili konflikt yaşamasına gətirib çıxara bilər. LGB icmasına aid olan insanların psixoloji, fiziki, iqtisadi zorakılıq görmə halları heç də nadir hal deyil. Bu insanların heteronormativ cəmiyyətin qaydalarına uymaq məcburiyyəti də, hüquqlarının tez-tez tapdalanması da psixi və psixoloji sağlamlığa öz təsirini göstərir.

Seksual kimliklərinin məcburi və könüllü şəkildə açılması ayrı bir narahatlıq və problemlər üçün zəmin yarada bilər. İş əsnasında qeyd etdiyimiz eksperimentlər, tədqiqatlar bu fikrə gəlməyimizi əsaslandırır.

Qeyd etdiyimiz konsepsiyalar, fərziyyələr hazırda homoseksuallıq və biseksuallığı tam izah etməyimizə imkan vermir. Lakin norma sərhədlərindən kənara çıxma olduğu və bu orientasiyalı insanların hüquqlarının tapdalana biləcəyi mənasına gəlmir.

İş əsnasında psixopataloji hallardan əsas aksentuasiya generalizə olunmuş təşviş və depressiv pozuntulara verilmişdir. Bu pozuntuların yayılma və təzahür formasına görə daha yüksək göstəricilərə sahib olması, bizə cəmiyyətimizdə qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərin hazırkı vəziyyətini tədqiq etməyə maraq doğurdu. Ümumilikdə fərziyyələr demək olar tam olaraq öz təsdiqini tapdı. Cəmiyyətin hər bir qrupunun bərabər əhəmiyyətliyini nəzərə alaraq, cəmiyyətimizdə qeyri-heteroseksual orientasiyalı insanların da tədqiq olunması vacibliyini gördük. Çünki yuxarıda qeyd etdiyimiz səbəblər yeniyetmə, gənclərimizin intihar haqqında düşüncələrini, davranışlarını artırır, həmçinin yetkin insanlar daxil olmaqla onları psixoloji və psixi vəziyyətlərində mənfi nəticələrə gətirir. Bu tədqiqatın əsas məqsəd və əhəmiyyəti, cəmiyyətin bərabərhüquqlu üzvləri olan qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərdə psixopataloji halları tədqiq etməkdir. Bu tədqiqat gələcəkdə yaradıla biləcək psixoloji dəstək proqramı üçün əsas rolunu oynaya bilər. Hansı psixopataloji halların daha tez-tez görüldüyü və hansı səbəblər əsasında yarandığını tədqiq etməklə gələcəkdə maarifləndirmə vasitəsi ilə stigmatizasiya səviyyəsini aşağı sala, qeyri-heteroseksual orientasiyalı insanlar arasında intihar hallarını azaltmaq üçün psixoloji yardım proqramı tərtib edə bilərik. Həmçinin seksual identikliyin qəbullanmasına yardım edərək, daxili konflikt azaltmaq mümkündür.

Tədqiqat nəticəsində qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərin heteroseksuallara nisbətə daha yüksək psixotizm, fobik narahatlıq, təşviş, paranoid narahatlıq, şəxslərarası həssaslıq, somatizasiya səviyyəsinə sahib olduqlarını gördük. Həmçinin tədqiq olunanların sosial təzyiq (stigmatizasiya) və generalizə olunmuş təşviş pozuntusundan əziyyət çəkdiklərini görürük. Tədqiqat nəticəsinə görə, öz əsas fərziyyəimiz olan heteroseksuallara nisbətən qeyri-heteroseksual şəxslərdə psixopataloji halların daha çox olduğu fikrini təsdiq etdik. Əlavə fərziyyələr kimi irəli sürülən yeddi fərziyyədən beşi öz təsdiqini tapdı. Bütün bunlar seksual identikliyin təyini və şəxsin özünü aktuallaşdırması üçün çətinlik törədən faktorlardır. Qeyd etmək lazımdır ki, iş əsnasında qeyd olunan bir çox tədqiqatın nəticəsi kimi biz də seksual orientasiyanın psixopataloji hallar üçün zəmin yaratdığını yox, sosial təzyiq, stiqma və daxili konflikt səbəbindən formalaşdığını düşünürük.

Bu tədqiqat ölkədə qeyri-heteroseksual orientasiyalı şəxslərin əhəmiyyətli səviyyədə psixoloji və psixi gərginliklər yaşadığını göstərir. Gələcəkdə bu sferada işləyən psixoloq, seksoloq, narkoloq, sosial işçi, sosioloqlar, hüquqşünaslar və həmçinin

digər sferada işləyib LGB fərdləri ilə sosial kontaktda olan şəxslər üçün vəsait kimi istifadə oluna bilər.

LGB fərdləri ilə işləyən ixtisasçılara tövsiyə olaraq, bu faktorları nəzərə almalarını və uyğun davranış normalarının tətbiq etmələrini tövsiyə görürük. Çünki LGB fərdlərinin gündəlik yaşadıkları psixoloji narahatlıq və gərginlik, onların cəmiyyət daxilində və şəxsi özünüqiymətləndirmələrini, özünəhərməti, özgüvəni aşağı sala bilər. Nəticə olaraq, bu insanların riskli davranışlar, psixoaktiv maddə asılılığına, özünə və başqalarına düşünülmüş və ya düşünülməmiş zərər vermələrinə, intihar hallarına və cəhdlərinə, davranış asılılıqlarına, psixoloji və ya fiziki zorakılıq göstərmələrinə stimulyasiya edə bilər. Bütün bu nəticələrin azaldılması üçün cəmiyyət daxilində sosial təzyiqlər və stiqma səviyyəsi aşağı salınmalı, cinsi və reproduktiv sağlamlıqla bağlı təlimlər keçirilməli, psixoloji yardım göstərən və LGB fərdlərlə işləyən ixtisasçılar arasında uyğun təlimat və lazımı məlumatlar verilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, insanın seksual orientasiyası onun iş fəaliyyətinə, intellektual səviyyəsinə, təhsil göstəricilərinə, şəxsi bacarıq və biliklərinə birbaşa olaraq təsir etmir və yalnız dolaylı yolla əlaqəlidir.

İstifadə olunmuş ədəbiyyat siyahısı

Rus dilində

1. Алейникова Т. В. (2006). Психоанализ и психотерапия людей с гомосексуальной идентичностью // *Сексуальная культура современной России. Материалы научно-практической конференции 27 мая 2006* , 414. — . 17—25.
2. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. (1980). *Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации*, 31–55.
3. Бачило Е. В., Барыльник Ю. Б., Антонова А. А. (2012). Факторы риска развития суицидального поведения. *Саратовский научно-медицинский журнал*, № 2. 403–409.
4. Бек, А. (2003) Когнитивная терапия депрессии . *Санкт-Петербург: «Питер»*, 304.
5. Белкин А. И. (2000). Третий пол. Судьба пасынков Природы. — *Олимп*, 432.
6. Белкин А. И., Грейнер Э. А. (1972). К проблеме половой идентификации личности. *Проблемы современной сексопатологии (сборник трудов)*. — *Московский НИИ психиатрии*, 509 —9—26.
7. Бутовская М. Л. (2005). *Гомосексуализм и эволюция* , 62.
8. Быков, Ю. В. (2009). *Резистентные к терапии депрессии*, 77.
9. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. (2007). Депрессии в неврологической практике. 3-е изд. М.: МИА, 197.
10. Гиляровский, В. А. (1954). Патология эмоциональной жизни. *Психиатрия. Руководство для врачей и студентов*, 750.
11. Гулевич О.А. (2017). *Психология межгрупповых отношений*.
12. Имелинский К. (1986). *Сексология и сексопатология*, 424.
13. Кадыков, А. С. (2009). Постинсультная депрессия. *Взгляд невролога*, №4. – 41-42.
14. Клейн Л. С. (2000). Другая любовь: природа человека и гомосексуальность. — *СПб.: Фолио-Пресс*, 864.
15. Климова, Е. А. (2014). *Дети-404. ЛГБТ-подростки: В стенах молчания*.
16. Кон, И. С. (1998). Лунный свет на заре. Лики и маски однополрой любви ,*Олимп*; АСТ.
17. Крукс Р., Баур К. (2005). Сексуальность. — *Прайм–ЕВРОЗНАК*, 480.
18. Луковицкая, Е. Г. (2003). Восприятие гомосексуальности. В кн. И. Н. Клецина (Red.), *Практикум по гендерной психологии*, 415–426.

19. Макдугалл Дж. Первосцена и сексуальные перверсии (1972).
Психоаналитические концепции психосексуальности/ Red.. А. В. Литвинова, А. Н. Харитонова. — *Издательский проект «Русское психоаналитическое общество»*, 2010. — 528 — 178—208.
20. Маркин, С. П. (2008). Депрессивные расстройства в клинической картине мозгового инсульта. *Русский медицинский журнал*, №26, 1753-1757.
21. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (1998). Основы сексологии. *Мир*, 692.
22. Мондитор Ф. (2002). Гомосексуальность. Естественная история. *У-Фактория*, 333.
23. Нуллер, Ю.Л. (2001). Нуллер Аффективные расстройства в проекте 10-го пересмотра МКБ: преимущества и недостатки. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*, №3. — 5-11.
24. Павлова, Т. С., Банников, Г. С. (2013). Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи. *Психологическая наука и образование psyedu.ru*: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n4/65717.shtml
25. Посвянский П. Б. (1972). Введение в современное учение о сексуальных перверзиях // *Проблемы современной сексопатологии (сборник трудов)*. — *Московский НИИ психиатрии*, 509 — 79—100.
26. Свядоц А. М. (1974). Женская сексопатология. — *Медицина*, 184.
27. Смулевич А.Б. (2000). Депрессии в общемедицинской практике. *Берег*, 160.
28. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. (2012). Депрессия - актуальные проблемы систематики // *Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. №11. —11-20.
29. Смулевич А.Б. (2005). Сыркин А.Л. Психокardiология. — *МИА*, 784.
30. Султанов А. А. К (1983). К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста // *Тр. Моск. НИИ псих.: Науч. и орг. пробл. суицидол*, 94–97.
31. Тиганов, А. С. (1999). Руководство по психиатрии / Под ред. академика РАМН А. С. Тиганова / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский. — *Медицина*, 751-784.
32. Тихоненко В. А. (1992) Жизненный смысл выбора смерти // *Человек*, № 6, 19–29.
33. Точилов, В.А (1999). Точилов Неглубокие депрессии и их распознавание. История вопроса и современное состояние. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*, №3, 39 -43.

34. Третьяк, Л. Л. (2011). Депрессия. Диагностика и методы лечения / *Наука и техника*, 320.
35. Тхостов, А. Ш. (1998). Психологические концепции депрессии / *РМЖ*, №6.
36. Фрейд З. (2006). О психогенезе одного случая женского гомосексуализма // *Сборник трудов Зигмунда Фрейда «Навязчивость, паранойя и перверсия»*, 255—281.
37. Фрейд З. (1993). Психология сексуальности. — *Минск: Прамеб*, 160.
38. Эльконин, Д. Б. (1971). К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте. *Вопросы психологии*, 4, 6–20.
39. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. (2010). Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ), *АкадемияЕстествознания*.
40. Ясперс К. (1997). Общая психопатология / *Практика*, 1056.

İngilis dilində

41. American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
42. Blackford L., Doty S., Pollack R. (1996). Differences in subjective sexual arousal in heterosexual, bisexual, and lesbian women. *Canadian Journal of Human Sexuality*, N 5(3), 157–167.
43. Brennan D. J., Ross L. E., Dobinson C., Veldhuizen S., Steele, L. S. (2010). Men's sexual orientation and health in Canada. *Public Health*, N 101, 255–258.
44. Mosher W., Chandra A. (2005). Sexual Behavior and Selected Health Measures: Men and Women 15-44 Years of Age, United States, 2002. *Advance Data*, N 362, 2-17.
45. Rosenthal A. M., Sylva D., Safron A., Bailey J. M. (2011). Sexual arousal patterns of bisexual men revisited. *Biological Psychology*, N 88, 112–115.
46. Stief M.C, Rieger G., Savin-Williams R.C. (2014). Bisexuality is associated with elevated sexual sensation seeking, sexual curiosity, and sexual excitability. *Personality & Individual Differences*, N 66, 193-198.
47. Balsam K. F., Mohr J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, N54(3), 306–319.
48. Beals K.P., Peplau L.A., Gable S.L. (2009). Stigma management and well-being: The role of perceived social support, emotional processing, and suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, N 35, 867–879.

49. Bora E., Harrison B.J., Davey C.G. et al. (2012). Meta-analysis of volumetric abnormalities in cortico-striatal-pallidal-thalamic circuits in major depressive disorder . *Psychol Med*, Vol. 42(4), 671-81.
50. Bouchard K.N., Timmers A.D., Chivers M.L. (2015). Gender-Specificity of Genital Response and Self-Reported Sexual Arousal in Women Endorsing Facets of Bisexuality. *Journal of Bisexuality*, N 15(2), 180-203.
51. Bradburn N. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Pub. Co.
52. Brambilla P., Glahn D.C., Balestrieri M et al. (2005). Magnetic resonance findings in bipolar disorder, *Psychiatr Clin North Am*, Vol. 28(2), 443-67.
53. Brown T. A (2002). Proposed Model of Bisexual Identity Development that Elaborates on Experiential Differences of Women and Men, *Journal of Bisexuality*, N 2(4), 67-91.
54. Chivers M.L., Rieger G., Latty E., Bailey M. A (2004). Sex Difference in the Specificity of Sexual Arousal. *Psychological Science*, N 15(11), 736- 744.
55. Chivers M.L., Seto M.C., Blanchard R.(2007). Gender and sexual orientation differences in sexual response to sexual activities versus gender of actors in sexual films. *Journal of Personality and Social Psychology*, N 93(6), 1108 –1121.
56. Chivers M.L., Timmers A.D. (2012). Effects of Gender and Relationship Context in Audio Narratives on Genital and Subjective Sexual Response in Heterosexual Women and Men. *Archives of Sexual Behavior*, N 41, 185-197
57. Christiansen L., Tan Q., Iachina M. et al. (2007). Candidate gene polymorphisms in the serotonergic pathway: influence on depression symptomatology in an elderly population. *Biol Psychiatry*, Vol. 61, 223–230.
58. Coleman E. (1982). Developmental stages of the coming-out process. *Journal of Homosexuality*, N 7 (2-3), 31-43.
59. Colledge L., Hickson F., Reid D., Weatherburn P. (2015). Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women’s Health Survey. *J Public Health (Oxf)*, 37 (3), 427–437.
60. Conron K. J., Mimiaga M. J., Landers S. J. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health*, N 100(10), 1953–1960.
61. Cousins D.A., Grunze H. (2012). Interpreting magnetic resonance imaging findings in bipolar disorder, *CNS Neurosci Ther*, Vol. 18(3), 201-7.

62. D'Amico E., Julien D. (2012). Disclosure of sexual orientation and gay, lesbian, and bisexual youths' adjustment: Associations with past and current parental acceptance and rejection. *Journal of GLBT Family Studies*, N 8(3), 215-242
63. DelBello M.P., Zimmerman M.E., Mills N.P. et al. (2004). Magnetic resonance imaging analysis of amygdala and other subcortical brain regions in adolescents with bipolar disorder, *Bipolar Disord*, Vol. 6, 43–52.
64. Diamond L.M. (2008). Female Bisexuality From Adolescence to Adulthood: Results From a 10-Year Longitudinal Study. *Developmental Psychology*, N 44 (1), 5–14.
65. Drevets W.C., Thase M.E., Moses-Kolko E.L. et al. (2007). Serotonin-1A receptor imaging in recurrent depression: replication and literature review, *Nucl Med Biol.* Vol. 34(7), 865-77.
66. Ebsworth M., Lalumiere M.L. (2012). Viewing Time as a Measure of Bisexual Sexual Interest. *Archives of Sexual Behavior*, N 41, 161–172
67. Fahs B. (2009). Compulsory Bisexuality? The Challenges of Modern Sexual Fluidity. *Journal of Bisexuality*, N 9(3-4), 431-449.
68. Fisher S.(1996). Greenberg G. Freud Scietifically Reapprised: Testing the Theories and Therapy. — NY: Wiley.
69. Fox R.C. (2003). Bisexual Identities // Psychological perspectives on lesbian, gay and bisexual experiences, *New York: Columbia University*, 86–129.
70. Frodl T.S., Koutsouleris N., Bottlender R. et al. (2008). Depression-related variation in brain morphology over 3 years: effects of stress?, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 65, 1156–1165.
71. Frost D.M., LeBlanc A.J. (2014). Nonevent stress contributes to mental health disparities based on sexual orientation: Evidence from a personal projects analysis, *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 84. N 5, 557—566.
72. Fu C.H., Williams S.C., Cleare A.J. et al. (2004). Attenuation of the neural response to sad faces in major depression by antidepressant treatment: a prospective, eventrelated functional magnetic resonance imaging study, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 61, 877–889.
73. Gagnon J.H. (1977). Human sexualities, *Foresman*.
74. Garber Marjorie B. (2000). Bisexuality and the Eroticism of Everyday Life. – *New York: Routledge*.

75. Goldney R.D., Fisher L.J., Dal G.E. et al. (2004). Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Vol. 39, 293–298.
76. Hamer D., Copeland P. (1998). Living with our genes: why they matter more than you think. — NY: Bantam Doubleday Dell, 188
77. Hamilton J.P., Gotlib I.H. (2008). Neural substrates of increased memory sensitivity for negative stimuli in major depression, *Biol Psychiatry*, Vol. 63(12), 1155-62.
78. Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, M., Katie, A., Katherine, M., & Hasin, D.S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452–459.
79. Hegna K., Wichstrom L. (2007). Suicide attempts among norwegian gay, lesbian and bisexual youths: General and specific risk factors. *Acta Sociologica*, N 50(1), 21-37.
80. Herek G.M. (2002). Heterosexuals' Attitudes Toward Bisexual Men and Women in the United States, *The Journal of Sex Research*, N 39(4).
81. Hershberger S.L., Pilkington N.W., D'Augelli A.R. (1997). Predictors of suicide attempts among gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Adolescent Research*, N 12, 477–497.
82. Hooker E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual // *Journal of projective techniques*, XXI, 18—31.
83. Jans L.A., Riedel W.J., Markus C.R. et al. (2007). Serotonergic vulnerability and depression: assumptions, experimental evidence and implications, *Mol Psychiatry*, Vol. 12(6), 522-43
84. Johnson, R. B., Oxendine, S., Taub, D. J., & Robertson, J. (2013). Suicide prevention for LGBT students. *New Directions for Student Services. Special Issue: Preventing College Student Suicide*, 141, 55–69.
85. Kann, L., O'Malley Olsen, E., McManus, T., Kinchen, S., Chyen, D., Harris, W. A., & Wechsler, H. (2011). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9–12 – Youth Risk Behavior Surveillance, Selected Sites, United States, 2001—2009. *Surveillance Summaries*, 60(SS07), 1–133.
86. Keedwell P.A., Andrew C., Williams S.C. et al. (2005). A double dissociation of ventromedial prefrontal cortical responses to sad and happy stimuli in depressed and healthy individuals, *Biol Psychiatry*, Vol. 58(6), 495-503.

87. Kerr D.D., Santurri L., Peters P. (2013). A comparison of lesbian, bisexual, and heterosexual college undergraduate women on selected mental health issues. *Journal of American College Health*, N 61(4), 185–194.
88. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E.(1975). [Sexual Behavior in the Human Male](#). — *Bloomington, IN*.
89. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. (1998). [Sexual Behavior in the Human Female](#). — *Bloomington, IN*.
90. Kinsey A.C., Pomeroy W.B. (1948). Martin C.E. Sexual behavior in the human male, *Philadelphia: Saunders*, 804.
91. Klein F. (1993). *The Bisexual Option: Second Edition*. *Routledge*, 230.
92. Knous H.M. (2006). The Coming Out Experience for Bisexuals. *Journal of Bisexuality*, N 5 (4), 37-59.
93. Legate N., Ryan R. M., Weinstein N. (2012). Is coming out always a "good thing"? exploring the relations of autonomy support, outness, and wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Social Psychological and Personality Science*, N 3(2), 145-152.
94. Lewis R.J., Derlega V.J., Brown D., Rose S. (2009). Henson J.M.. Sexual minority stress, depressive symptoms, and sexual orientation conflict: Focus on the experiences of bisexuals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, N 28, 971–992.
95. Lyoo I.K., Hwang J., Sim M et al. (2006). Advances in magnetic resonance imaging methods for the evaluation of bipolar disorder. *CNS Spectr*, Vol. 11(4), 269-80.
96. MacQueen G.M., Campbell S., McEwen B.S. et al. (2003). Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression, *Proc Natl Acad Sci U S A*, Vol. 100, 1387–1392.
97. Mann J.J. (2003). The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour, *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*.
98. Meyer I.H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, N 129(5), 674–697.
99. Mitchell R.C., Davis K.S., Galupo M.P. (2015). Comparing perceived experiences of prejudice among self-identified plurisexual individuals. *Psychology & Sexuality*, N 6(3), 245-257.

100. Nelson, C.Y., Winnie, W.S., Louis, K.L. (2016). Cheung sexual identity and its disclosure as moderators between norms of heterosexual self-presentation and well-being. *Psychology of Men and Masculinity*, 17, 2, 165—176.
101. Neumeister A. et al. (2005). Reduced hippocampal volume in unmedicated, remitted patients with major depression versus control subjects. *Biol Psychiatry*, Vol. 57, 935–7.
102. Niesler B., Kapeller J., Hammer C. et al. (2008). Serotonin type 3 receptor genes: HTR3A, B, C, D, E . *Pharmacogenomics*, Vol. 9, 501–504.
103. Nutt D., Argyropoulos S., Forshall S. (1998). Generalized Anxiety disorders. *London: Martin Dunitz*, 96.
104. Nutt D., Ballenger J. (2005). Anxiety disorders. Generalized Anxiety disorder. *Blackwell Publishing*, 1–65.
105. Ongur D, Drevets WC, Price JL. (1998). Glial reduction in the subgenual prefrontal cortex in mood disorders, *Proc Natl Acad Sci USA*, Vol.95, 290– 295.
106. Pachankis J.E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, N 133, 328–345.
107. Pakula Basia, Shoveller Jean, Ratner Pamela A. (2016). Carpiano Richard. Prevalence and Co-Occurrence of Heavy Drinking and Anxiety and Mood Disorders Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Canadians, *American Journal of Public Health*, 106 (6), 1042–1048
108. Rieger G., Cash B.M., Merrill S.M., Jones-Rounds J., Dharmavaram S., SavinWilliams, R.C. (2015). Sexual arousal: The correspondence of eyes and genitals. *Biological Psychology*, N 104, 56–64.
109. Rieger G., Chivers,M.L., Bailey J. M. (2005). Sexual arousal patterns of bisexual men. *Psychological Science*, N 16(8), 579–584.
110. Rieger, G., Savin-Williams, R.C. (2012). Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 3, 611—621.
111. Rive M.M., van Rooijen G., Veltman D.J. et al. (2013). Neural correlates of dysfunctional emotion regulation in major depressive disorder. A systematic review of neuroimaging studies, *Neurosci Biobehav Rev*.
112. Rodríguez M.R., Nuevo R., Chatterji S. et al. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review, *BMC Psychiatry*, Vol. 12, 181-187.

113. Rosario M, Hunter J, Maguen S, Gwadz M, Smith R. (2001). The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: Stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*, N 29, 133–160.
114. Rosario M., Schrimshaw E.W., Hunter J. (2011). Different patterns of sexual identity development over time: Implications for the psychological adjustment of lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal of Sex Research*, N 48, 3– 15.
115. Rosenthal A.M., Sylva D., Safron A., Bailey J.M. (2012). The male bisexuality debate revisited: some bisexual men have bisexual arousal patterns. *Archives of Sexual Behavior*, N 41(1), 135-47.
116. Rust, P.C. (2003). Finding a sexual identity and community: Therapeutic implications and cultural assumptions in scientific models of coming out // Psychological perspectives on lesbian, gay and bisexual experiences , *New York: Columbia University*, 227–269.
117. Ryana, W. S., Legateb, N., & Weinstein, N., 2015. Coming out as lesbian, gay, or bisexual: The lasting impact of initial disclosure experiences. *Self and Identity*, 14(5), 549–569.
118. Russell S.T. and K. Joyner. (2001). Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study, *Am J Public Health*, 91(8), 1276–1281.
119. Sargent P.A., Kjaer K.H., Bench C.J. et al. (2000). Brain serotonin1A receptor binding measured by positron emission tomography with [11C]WAY-100635: effects of depression and antidepressant treatment. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 57, 174–180.
120. Savin-Williams R.C. (2006). Who’s Gay? Does It Matter? Current Directions in *Psychological Science*, N 15(1), 40-44
121. Savitz J., Lucki I., Drevets W.C. (2009). 5-HT(1A) receptor function in major depressive disorder. *Prog Neurobiol*, Vol. 88(1), 17-31.
122. Schmitt D.P. (2007). Sexual Strategies Across Sexual Orientations *Journal of Psychology & Human Sexuality*, N 18(2-3), 183-214.
123. Schrimshaw E. W., Siegel K., Downing M. J., Parsons J. T. (2013). Disclosure and concealment of sexual orientation and the mental health of non-gay-identified, behaviorally bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, N 81, 141–153.
124. Sheline Y.I., Wang P.W., Gado M.H. et al. (1996). Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proc Natl Acad Sci U S A*, Vol. 93, 3908–3913.

125. Shrestha S., Hirvonen J., Hines C.S. (2012). Serotonin-1A receptors in major depression quantified using PET: controversies, confounds, and recommendations. *Neuroimage*, Vol. 59(4), 3243-51
126. Siegel E. V. (1988). *Female Homosexuality: Choice Without Volition*. — Hillsdale, NJ: *The Analytic Press*.
127. Stein D.J., Hollander E. (2002). Anxiety disorders comorbid with depression. *London: Martin Dunitz*, 72..
128. Stockmeier C.A., Mahajan G.J., Konick L.C. (2004). Cellular changes in the postmortem hippocampus in major depression. *Biol Psychiatry*, Vol. 56, 640–650.
129. Storms M.D. (1981). A theory of erotic orientation development. *Psychological Review*, 88 (4), 340–353
130. Storms M.D. (1980). Theories of sexual orientation, *Journal of Personality and Social Psychology*. 38 (5), 783–792.
131. Timmers A.D., Bouchard K.N., Chivers M.L. (2015). Effects of Gender and Sexual Activity Cues on the Sexual Responses of Women with Multidimensionally Defined Bisexuality. *Journal of Bisexuality*. N15(2), 154-179.
132. Toth M. (2003). 5-HT1A receptor knockout mouse as a genetic model of anxiety. *Eur J Pharmacol*. Vol. 463, 177–184.
133. Van Wyk P.H., Geist C.S. (1995). Biology of Bisexuality: Critique and Observations. *Journal of Homosexuality*. 28 (3–4), 357–373.
134. Wandrey R.L., Mosack K.E., Moore E.M. (2015). Coming Out to Family and Friends as Bisexually Identified Young Adult Women: A Discussion of Homophobia, Biphobia, and Heteronormativity. *Journal of Bisexuality*. N 15 (2), 204-229.
135. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
136. Williams T. J., Pepitone M. E., Christensen S. E. (2000). [Finger-length ratios and sexual orientation](#) . *Nature*.
137. Wilson G. A., Zeng Q. (2011). Blackburn D. G. An examination of parental attachments, parental detachments and self-esteem across hetero-, bi-, and homosexual individuals. *Journal of Bisexuality*. N 11(1), 86–97.
138. Yost M., Thomas G. (2012). Gender and binegativity: Men’s and women’s attitudes toward male and female bisexuals. *Archives of Sexual Behavior*. N 41(3), 691–702.

ƏLAVƏLƏR

Şəxsi məlumatlar

Yaşınız:

Cinsiniz:

Yaşadığınız yer:

a) Bakı və ətraf şəhərlər

b) Rayonlar

Təhsil səviyyəniz:

a) orta-natamam

b) orta/ orta ixtisas

c) ali

Cinsi oriyentasiyanız:

a) heteroseksual

b) homoseksual

c) biseksual

Stiqmatizasiya anketi

Çox vaxt görünüşünüz, davranışınıza görə

1. Keçirilən fəaliyyətlərdə iştirak etməyinizə icazə verilmir (şərait yaradılmır və ya dəvət olunmursuz)

2. Dini tədbirlərə, ibadət yerlərini ziyarət etməyinizə icazə verilmir (şərait yaradılmır və ya dəvət olunmursuz)

3. Bəzən fiziki zorakılığa məruz qalırsız
4. Ailə üzvləriniz sizə görə daima tənqidlərə məruz qalır
5. Yaşayış yerinizi tez-tez dəyişmək məcburiyyətində qalırsız, kirayə mənzil almaqda çətinlik çəkirsiz
6. İşləmək imkanlarınızı əlinizdən alındığını düşünürsüz
7. Sizə qarşı şifahi təhdidlər edilir
8. Yığıncaqlarda, tədbirlərdə (toylar, dəfnlər, məclislər) iştirak etməyinizi istəməirlər
9. Psixoloji təzyiqlərə məruz qalırsız
10. Təşkilat və qurumlarda sizə qarşı ayrı-seçkilik edildiyini düşünürsüz
11. Gəzməyə, yürüyüşə çıxanda, ictimai nəqliyyatda insanlar sizdən çəkinir, yanınızda dayanmamağa çalışırlar
12. Hardasa oturanda, yan tərəfdə əyləşənlər sizə görə yerlərin dəyişir
13. Ətrafdakı insanlara görə daima narahatlıq və gərginlik yaşayırsınız

Qısa simptom testi (QST)

Aşağıda zaman zaman hər kəsdə görülə bilən sızıntılar sıralanmışdır. Xahiş olunur hər birini diqqətlə oxuyun. Sonra bu vəziyyətin sizi bu gün də daxil olmaq şərti ilə son 1 ay ərzində nə qədər narahat etdiyini qeyd edin. Fikrinizi dəyişdirəcəyiniz zaman ilk yazdığımız rəqəmi siliniz.	Heç	Çox az	Oria səviyyədə	Olduqca çox	Lap çox
1. Hirsliklik, içinin titrəməsi					
2. Baş gicəllənməsi və bayılma					
3. Hər hansı bir insanın fikirlərinizə hakim olacağı hissi					
4. Problemlərinizdə başqalarını günahlandırmaq					
5. Hadisələri yada salmaqda çətinlik					
6. Asanlıqla hirsələnib özündən çıxma					
7. Sinə və ürək hissəsində ağrılar					
8. Küçədə və açıq ərazilərdə qorxu hissi					
9. Həyatınıza son vermə fikirləri					
10. İnsanların çoxuna inanılmayacağı hissi					
11. İştahanın pozulması					
12. Heç bir səbəbi olmayan ani qorxular					
13. Nəzarət edə bilmədiyiniz özündən çıxmalar (hirs partlayışları)					
14. Başqalarıyla birlikdə olanda belə təklük hiss etmə					
15. Görüləcək işləri ertələmə hissi					
16. Yalqızlıq hissi					
17. Özünü kefsiz, kədərli hiss etmə					
18. Heç nə ilə maraqlanmamaq					
19. Özünü kövrək hiss etmə					
20. Asanlıqla incimə, dəyməduşərlik					
21. İnsanların sizi sevmədiyini, sizə pis davrandığına inanma					
22. Özünü digər insanlardan əksik hiss etmə					
23. Mədə ağrıları, ürəkbulanma					
24. Digər insanların sizi izlədiyi ya da haqqınızda danışdığı hissi					
25. Yuxuya getmədə çətinlik					
26. Gördüyünüz işi bir ya da bir neçə dəfə yoxlamaq					
27. Qərar verə bilməmək					
28. Avtobus, qatar, metro kimi minik vasitələrinə minmə					

qorxusu					
29. Nəfəs almada çətinlik					
30. Soyuq və istilik basması					
31. Sizi qorxudan müəyyən davranış,yer və əşyalardan qaçma hissi					
32. Beyninizin bomboş qalması					
33. Bədəninizin bəzi yerlərində iynələnmə halı					
34. Səhvlərinizə görə cəza verilməsi fikri					
35. Gələcəklə əlaqədar ümitsizlik duyğuları					
36. Diqqəti cəmləşdirməkdə çətinlik					
37. Bədənin bəzi bölgələrində zəiflik,gücsüzlük					
38. Özünü gərgin və narahat hiss etmə					
39. Ölüm və ölüm üzərinə düşüncələr					
40. Bir başqasını vurmaq,zərər vermək,yaralamaq hissi					
41. Ətrafdakı nələri isə qırıb ,tökmə istəyi					
42. Digər insanların yanında ikən səhv bir şey etməməyə çalışmaq					
43. Çox insan olan məkanda narahatçılıq hissi					
44. Başqa insanlara heç yaxınlıq hiss etməmə					
45. Dəhşət və panika hissi					
46. Tez-tez mübahisəyə girmək					
47. Tək qalanda hirslilik hissi					
48. Başqalarının sizi uğurlarınıza görə qiymətləndirməmələri					
49. Özünü çox narahat hiss etmə					
50. Dəyərsizlik hissi					
51. İcazə verəcəyiniz təqdirdə insanların sizdən istifadə edəcəyi fikri					
52. Gunahkarlıq hissi					
53. Ağılımla əlaqədar tərəddüdlər.					

Son iki həftə ərzində aşağıda sadalanan problemlər sizi nə qədər tez-tez narahat edib	Yoxdur	Bir neçə	Daha çox sayda	Demək olarki, hər gün
Əsəbilik, təşviş və ya gərginlik hissi	0	1	2	3
Həyacanı dayandırmaq və ya ona nəzarət etmək iqtidarında olmamaq	0	1	2	3
Müxtəlif səbəblərə görə həddən ziyadə narahat olmaq	0	1	2	3
Dincələ bilməmək	0	1	2	3
Bir yerdə qərar tuta bilməmək	0	1	2	3
Tez yaranan qıcıqlanma və bezikmə	0	1	2	3
Hər hansı bir dəhşətli hadisənin baş verəcəyinə dair fikirlər	0	1	2	3

Generalizə olunmuş təşviş pozuntusunun 7 göstərici üzrə şkalası (GTP-7)