

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ

Խմբագիր՝ Խ.Վ. Գասպարյան

Հեղինակներ՝

Ազատյան Ն.Գ.

Ավետիսյան Բ.Ս.

Առաքելյան Տ.Ա.

Գրիգորյան Ն.Ն.

Հարությունյան Ա.Հ.

Ղազարյան Գ.Հ.

Մնացականյան Լ.Ռ.

Վարդանյան Ն.Տ.

Տեր-Ստեփանյան Ա.Հ.

Պաշտոնական գրախոսներ

Սամվել Սուքիասյան, բ.գ.դ., պրոֆեսոր, Սթրենս հոգեկան առողջության վերականգնման բաժին

Ստեփան Մաթևոսյան, բ.գ.դ., պրոֆեսոր, Մոսկվայի Մայմոնիդի անվան պետական դասական ակադեմիայի հոգեբուժության և նարկոլոգիայի ամբիոն

Խմբագիր՝ Խաչատուր Վլադիմիրի Գասպարյան

Հեղինակներ՝ Նաիրա Գուրգենի Ազատյան, Քրիստինե Սամվելի Ավետիսյան,

Տաթևիկ Արկադիի Առաքելյան, Նարե Ներսեսի Գրիգորյան,

Սոնա Հենրիկի Հարությունյան, Գայանե Հակոբի Ղազարյան,

Լիլիթ Ռաֆիկի Մնացականյան, Նունե Տիգրանի Վարդանյան,

Անահիտ Հրանտի Տեր-Ստեփանյան

Լեզվաբան խմբագիր՝ Հենրիետա Վահրամի Սուքիասյան

Համակարգչային օպերատոր՝ Անահիտ Սերգեյի Ավագյան

Բժշկական հոգեբանություն: Ուսումնական ձեռնարկ

Բժշկական հոգեբանության այս գիրքը բժշկական հոգեբանության ամբիոնի կողմից ԵՊԲՀ ծրագրին համապատասխանող ուսումնական ձեռնարկ է: Հիմնվելով տարբեր հոգեբանական տեսությունների վրա՝ հեղինակները ներկայացնում են բժշկական/կլինիկական հոգեբանության ընդհանուր և որոշ մասնավոր բաժիններ: Ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական համալսարանի և հոգեբանություն ուսումնասիրող այլ բուհերի ուսանողների, հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետների, բժիշկների, ինչպես նաև բոլոր նրանց համար, ովքեր հետաքրքրված են հոգեբանական գիտելիքներով:

Ներածություն

Առողջապահության զարգացման արդիական մոտեցումները կարևորում են բժշկության հիմնական դրույթներից մեկը. բուժել ոչ թե հիվանդությունը, այլ հիվանդին: Ուստի անհրաժեշտություն է առաջանում ճանաչել և հաշվի առնել ոչ միայն ֆիզիկական կամ մարմնական, այլև հոգեկան առանձնահատկությունները:

«Բժշկական հոգեբանություն» ձեռնարկի նպատակն է ապագա բժիշկներին և գործնական հոգեբանությամբ զբաղվող մասնագետներին ծանոթացնել բժշկական հոգեբանության հիմունքներին, սովորեցնել ճանաչելու հիվանդի (կամ այցելուի) անձի հոգեկան առանձնահատկությունները:

Գրքում համառոտ շարադրված են ընդհանուր հոգեբանության հիմնական դրույթները: Մեծ ուշադրություն է հատկացված անձի վերաբերյալ գոյություն ունեցող տեսություններին և ուսմունքներին, այնուհետև անձի հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմներին: Որպես հոգեկանի և մարմնականի միասնականության սկզբունքի արտահայտություն, ձեռնարկում ներկայացված են փսիխոսոմատիկ (հոգեմարմնական) և սոմատոփսիխիկ (մարմնահոգեկան) հարաբերությունները, նրանց կապն ու փոխադարձ ներգործությունը:

Ձեռնարկը նաև ներառում է բժշկական դեռնոտոլոգիային առնչվող հարցերը, անդրադառնալով հոգեկանխարգելման և հոգեհիզդենայի հիմնախնդիրներին, ինչպես նաև հոգեթերապիայի մեթոդներին և նշանակությանը:

Նկատի ունենալով, որ հայերենում դեռևս բացակայում են մի շարք տերմինների միանշանակ թարգմանությունները, հեղինակները որոշ դեպքերում առաջնային են համարել միջազգային ընդունված տերմինները, այնուհետև նշելով են դրանց թարգմանությունները:

Տեսական որոշ դրույթներ ավելի մատչելի ու դիտողական դարձնելու նպատակով ձեռնարկում զետեղված են նաև աղյուսակներ: Ներկայացված է համառոտ, բայց հիմնական աշխատություններն ընդգրկող գրականության ցանկ:

Հեղինակները չեն ժխտում, որ սույն ուսումնական ձեռնարկը կարող է ունենալ վիճելի դրույթներ և շնորհակալությամբ կընդունեն հիմնավորված քննադատական բոլոր դիտողություններն ու առաջարկությունները ԵՊԲՀ բժշկական հոգեբանության ամբիոնում:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

1. Հոգեբանությունը՝ որպես գիտություն	10
Հոգեբանական գիտության կայացումը	10
Հոգեբանական գիտության զարգացման փուլերը	12
Հոգեբանական ուսումնասիրությունների հիմնական մեթոդները	13
2. Հոգեկանի հասկացությունը	16
Հոգեկանի էությունը	16
Հոգեկանի կառուցվածքը և գործառույթները	17
Հոգեկանի զարգացումը ֆիլոգենետիկ	18
Հոգեկանի պայմանական բաժանումները	19
3. Բժշկական (կլինիկական) հոգեբանություն	21
Բժշկական հոգեբանության ընդհանուր և մասնավոր բաժինները	23
4. Իմացական (ճանաչողական կամ կոգնիտիվ) գործընթացներ	25
Զգայության տեսակները	25
Ցավի տեսակները	27
Զգայության հիմնական հատկանիշները	29
Զգայական հարմարվողականություն	30
Մենսիբիլիզացիա	31
Մինեսթեզիա	32
5. Ընկալման բնութագիրը	32
Ընկալման հիմնական հատկություններն ու տեսակները	33
Զգայության և ընկալման խանգարումներ	35
6. Հիշողություն	38
Մտապատկեր	38
Հիշողություն, հիմնական բնութագիրը	40
Հիշողության հիմնական տեսակները	42

Հիշողության հիմնական բնութագրերը և գործընթացները	46
Հիշողության խանգարումներ	48
7. Ուշադրություն	50
Ուշադրության բնութագիրը	50
Ուշադրության տեսակները.....	51
Ուշադրության հատկանիշները	53
8. Մտածողություն	55
Մտածողության տեսակները.....	57
Մտածողության գործընթացները կամ մտավոր գործողությունների.....	60
հիմնական տեսակները.....	60
Մտածողության խանգարումները	61
Խոսք.....	65
9. Երևակայություն	66
Երևակայության բնութագիրը	66
Երևակայության տեսակները.....	67
Երևակայական պատկերների փոխակերպման մեխանիզմները.....	71
10. Ինտելեկտ	73
Ինտելեկտի զարգացում.....	74
Ինտելեկտի խանգարում	75
11. Գիտակցություն.....	76
Ինքնագիտակցումը	78
Գիտակցության խանգարումները.....	80
12. Հուզականային ոլորտ	83
Պահանջմունք, դրդապատճառ	83
Հույզեր, զգացմունքներ, ապրումներ	85
Հույզերի տեսություններ.....	87

Հույզերի բաղադրիչները	87
Հիմնական հույզեր: Հույզերի դասակարգումը և ֆունկցիաները	89
Հուզական ոլորտի խանգարումներ	91
Զգացմունքներ	92
Զգացմունքների դասակարգումը	92
13. Կամք.....	93
Անձի կամային հատկանիշները.....	96
Կամային ոլորտի խանգարումներ	97
14. Հոգեկան վիճակներ.....	100
Ֆրուստրացիա.....	101
Կիրք.....	103
Աֆեկտը	102
Տրամադրությունն.....	103
Սթրեսը.....	106
Տրավմայի հասկացությունը հոգեբանության մեջ.....	112
Հետտրավմային սթրեսային խանգարում.....	113
15. Անձի հոգեբանություն.....	120
Անձը. սահմանումը և բնութագիրը.....	120
Հատկությունների արտահայտվածության մակարդակները	121
Անձ, անհատ, անհատականություն.....	122
Անձի հոգեբանական կառուցվածքը	123
Խառնվածք.....	124
16. Բնավորություն.....	129
Բնավորության շեշտվածություն	131
Դաստիարակություն և բնավորություն.....	136
17. Ընդունակությունների բնութագիրը.....	138

18. Անձի տեսություններ	140
Դասական հոգեվերլուծություն.....	140
Անալիտիկ հոգեբանություն	145
Ալֆրեդ Ադլերի տեսությունը.....	148
Կարեն Հորնիի անձի տեսությունը. հիմնական դրույթները.....	149
Էրիխ Ֆրոմ	151
Էրիք Էրիքսոն	153
19. Հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմներ.....	155
20. Հոգեմարմնական ուղղությունը.....	161
Հոգեմարմնական և մարմնահոգեկան փոխհարաբերությունները	161
«Չիկագոյի յոթնյակ»	163
Սոմատոֆորմ խանգարումներ	165
Անձի հակազդեցությունները հոգեմարմնական հիվանդությունների դեպքում ..	170
Բուժման հանձնարարականներ.....	172
21. Հոգեկան առողջություն	173
Հոգեկան առողջության խնդիրների տարածվածությունը	175
Հոգեկանի բազմակողմանի գնահատումը.....	176
Խարան.....	178
Առողջության հոգեբանություն.....	178
22. Հոգեհիգիենա, հոգեկան խարգելում (հոգեպրոֆիլակտիկա), դեոնթոլոգիա ...	180
Հոգեհիգիենա և հոգեպրոֆիլակտիկա	180
Դեոնթոլոգիա.....	182
Բժիշկ-հիվանդ հաղորդակցման հոգեբանական սկզբունքները.....	183
Բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների հիմնական մոդելները	185
Հուզական այրման համախտանիշ.....	185
23. ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ.....	188

24. ՀՈԳԵԹԵՐԱՊԵՎՏԻԿ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ.....	192
Վարքաբանական հոգեբանություն.....	192
Հումանիստական հոգեբանություն.....	195
Գեշտալտ հոգեբանություն.....	202
Կոգնիտիվ հոգեբանություն.....	204
Նյարդալեզվաբանական ծրագրավորում (ՆԼԾ).....	206
Հոգեթերապիայի սուզեստիվ (ներշնչման) ուղղությունը.....	208
Տրանսակտ վերլուծություն.....	209
ՄԱՍՆԱՎՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐ.....	216
1. Ցավային համախտանիշի հոգեբանական ասպեկտը.....	216
2. Պլացեբո.....	219
3. Կոնֆլիկտ.....	222
4. Հոգեբանությունը ստոմատոլոգիական կլինիկայում.....	226
Արդյունավետ հաղորդակցման հիմնական բաղադրիչները.....	229
Ստոմատոլոգիական օգնության դիմելու և ստանալու խոչընդոտները.....	235
5. Վշտի հոգեբանություն.....	243
6. Հասուն անձի և մեծահասակի վարքի խանգարումներ.....	248
7.Ռազմական հոգեբանության հիմնախնդիրներ.....	257
Գրականություն.....	263
Հավելված 1. Դիցաբանական տերմիններ հոգեբանության մեջ.....	267
Հավելված 2. Կարճատև հիշողության ծավալ, մենմոտեխնիկաներ.....	272
Հավելված 3. Սթրեսի եթարկվածության մակարդակի ինքնագնահատման թեստ Սպիլբերգ-Խանին. Անձնային և իրավիճակային տագնապայնության թեստ Անձնային ֆրուստրացիայի ախտորոշում (Վ. Վ. Բոյկո).....	275
Հավելված 4. Ալեքսիթիմիա, SKL 90.....	280
Հավելված 5. Հոգեկան ակտիվության և հուզական տոնուսի գնահատում.....	282

Հավելված 6. Էմպաթիայի թեստ.....	284
Հավելված 7. Այգենկի խառնվածքի թեստ, Կետել 101, MMPI, TEMS-A, Շմիշեկ՝ շեշտվածություն.....	289
Հավելված 8. Այգենկի ինքնագնահատման թեստ, Միջանձնային հարաբերություններ, Դեմքո-Ռուբինշտեյն.....	326
Հավելված 9. Մարդու հոգեբանական տարիք.....	331
Հավելված 10. Հոգեկան առողջությունը գնահատող թեստ.....	333
Հավելված 11. Հաղորդակցման դիրքորոշումների ախտորոշման մեթոդիկա.....	333
Հավելված 12. Անավարտ նախադասությունների մեթոդիկա.....	340

1. Հոգեբանությունը՝ որպես գիտություն

Հոգեբանական գիտության կայացումը

Հոգեբանությունը՝ որպես գիտություն, կայացման երկարատև ուղի է անցել, սակայն համեմատաբար կարճ պատմություն ունի: Հոգեկան երևույթները բացատրելու առաջին փորձերը դեռևս ձեռնարկվել էին Հին Հունաստանում, որտեղ հոգին դիտվում էր որպես շարժման ու զարգացման աղբյուր: Ըստ անտիկ մտածողների՝ այն գոյություն ունի մարդու մարմնից անկախ և կարող է իր ազդեցությունը թողնել մարդու ճակատագրի, հաջողության, առողջության վրա: Հոգու բնույթի դիտարկման այս տեսակետը կոչվում է **անիմիզմ** (լատ. *anima* — հոգի): Հոգեկանի հետագա զարգացումը կապված է Դեմոկրիտի և Պլատոնի անունների հետ: **Դեմոկրիտի** մատերիալիստական տեսանկյունը ենթադրում էր, որ հոգին ատոմներից բաղկացած միասնություն է, և որ բոլոր երևույթներն ունեն պատճառահետևանքային կապեր: Հոգու էության մասին այլ պատկերացում էր զարգացնում **Պլատոնը**: Նա պնդում էր, որ ամեն ինչի հիմքում գաղափարներն են, որոնք գոյություն ունեն ինքնուրույն: Գաղափարները կազմում են անձի սեփական աշխարհը, որին հակադրվում է մատերիալի աշխարհը, իսկ համաաշխարհային ոգին միջնորդ է այդ երկուսի միջև: Ըստ Պլատոնի՝ մարդը ոչ այնքան ճանաչում է, որքան վերհիշում է այն, ինչը ոգին արդեն գիտեր (որքան ավելի վառ են հիշողությունները, այնքան ավելի հարուստ գիտելիքներ նա կարող է ստանալ): Ոգին անմահ է. մարդու մահից հետո նա թողնում է մարմինը և գնում «գաղափարների աշխարհ»:

Ըստ նրա՝ հոգու մասնիկներից յուրաքանչյուրը մարմնի տարբեր մասերում է՝

- ա) գաղափարը՝ գլխում,
- բ) արիությունը՝ կրծքավանդակում,
- գ) կիրքը՝ որովայնախոռոչում:

Պլատոնը նշում էր, որ հոգու մասնիկներն անհավասարաչափ են բաշխված մարդկանց շրջանում, և նրանցից մեկի գերակշռումը կարող է որոշիչ լինել անձի այս կամ այն խմբին պատկանելու հարցում: Օրինակ՝ *սովորական աշխատավորների* դեպքում գերակշռում է ստորին մասը՝ կիրքը, իսկ *փիլիսոփաների* դեպքում՝ գաղափարականը, բարձրագույն մասը: Այսպիսով, Պլատոնը հոգեբանության մեջ դուալիզմի հիմնադիրն է: Շարունակելով Պլատոնին՝ նրա աշակերտը՝ **Արիստոտելը**, հեղինակել է «Հոգու մասին» տրակտատը, որն առաջին հոգեբանական աշխատությունն է հոգու մասին: Այս աշխատության մեջ Արիստոտելը տալիս է հոգու և մարմնի միասնության գաղափարը: Ըստ Արիստոտելի՝ գոյություն ունի հոգու 3 ձև՝ բուսական, կենդանական և մտածող: Ընդ որում, բուսականը ապահովում է աճը, կենդանականը՝ շարժումը, մտածողը՝ մարդու բանականությունը:

Անտիկ ժամանակաշրջանի բժիշկները, փիլիսոփաները և գիտնականները հոգին կապում էին ուղեղի հետ, կապ էին տեսնում հոգեկանի և շրջակա միջավայրի միջև, առաջ էին քաշում տեսակետներ մարդու հոգեկանի կայուն անհատական առանձնահատկությունների մասին: Այս իմաստով հատկապես կարելի է

առանձնացնել խառնվածքի վերաբերյալ ստեղծված բազմաթիվ ուսմունքները: Եթե միջին դարերում կրոնը արգելում էր ուսումնասիրել մարդուն, ապա սկսած 15-րդ դարից հոգեբանական մտքի զարգացման վրա մեծ ազդեցություն ունեցան ֆիզիկայի, մեխանիկայի և այդ ժամանակ իրենց ծաղկման շրջանում գտնվող կոնկրետ այլ գիտությունների վերելքը:

Դեկարտը օրգանիզմի աշխատանքը համեմատեց տեխնիկական սարքի հետ՝ մեխանիկորեն համարելով, որ կենդանիները հոգի չունեն, իսկ նրանց վարքը հակազդումներ են արտաքին աշխարհի ազդակների նկատմամբ: Դեկարտը առաջինը բացատրեց ռեֆլեքսի և գիտակցության հասկացությունները, սակայն նա ռեֆլեկտոր մեխանիզմներով բացատրում էր կենդանիների վարքն ու մարդու վարքի պարզագույն ակտերը, իսկ գիտակցությունը միայն ինքնադիտարկման գործիք էր համարում: Նա հակադրեց հոգին ու մարմինը. մարմինը միայն կարող էր շարժվել, իսկ հոգին՝ լոկ մտածել: Այս մոտեցումը ևս կարելի է դասել դուալիստական ուսմունքների շարքին:

Դուալիզմը հաղթահարելու և մարդու՝ որպես միասնական ամբողջության մասին ուսմունք ստեղծելու փորձ կատարեց **Սպինոզան**: Նա ենթադրում էր, որ մարդն ունի երեք հիմնական շարժիչ ուժ՝ թախիծը, ուրախությունը, մղումը, որոնցից սկիզբ են առնում հուզական բազմազան վիճակներ:

19-րդ դարում նյարդային համակարգի ֆիզիոլոգիայի և անատոմիայի զարգացումը նախադրյալ դարձավ հոգեբանության՝ որպես գիտության ձևավորման համար: Գիտական միտքը կենտրոնացվեց գլխուղեղի ուսումնասիրության և հոգեկան գործունեության մեջ ԿՆՀ-ի ունեցած դերի վրա: Գրվեցին բազմաթիվ աշխատանքներ՝ նվիրված գլխուղեղում բազմաբնույթ ֆունկցիաների տեղայնացմանը (լոկալիզացիա) (Ֆրիտչն ու Գիսցիգը բացահայտեցին շարժման և զգայունակության կենտրոնները, իսկ Բրոկան և Վերնիկեն՝ խոսքի մոտորային և վերբալ կենտրոնները):

Կարևոր նշանակություն ունեցան նաև հոգեբուժության մեջ տեղի ունեցած զարգացումները, մասնավորապես հոգեկան հիվանդների նկատմամբ ունեցած վերաբերմունքի փոփոխությունը: Մինչ այդ հոգեկան հիվանդը համարվում էր սատանայի գերի, և նրան ոչ միայն չէին բուժում, այլև նրա նկատմամբ կիրառում էին չափից դուրս դաժան ներգործության միջոցներ: Գաղափարը, որ հոգեկան խազարումը հիվանդություն է և բուժելու կարիք ունի, հիմք դարձավ ձեռնարկելու հոգեկանի համեմատական ուսումնասիրություններ նորմայում և ախտաբանության մեջ:

Այսպիսով, 19-րդ դարի երկրորդ կեսին կենսաբանության, ֆիզիոլոգիայի, բժշկության մեջ կուտակված գիտելիքները նպաստեցին գիտական հոգեբանության ստեղծմանը: Գիտական հոգեբանության կարևորագույն առանձնահատկություններից է փորձարարական մեթոդների ներմուծումը, որոնց մինչ այդ փոխարինում էր ինտրոսպեկցիայի մեթոդը:

Փորձարարական հոգեբանության սկիզբը 1879 թվականն է, երբ Վունդտը Լեյպցիգում բացեց փորձարարական հոգեբանության առաջին լաբորատորիան: Այստեղ սկսեցին համակարգված ուսումնասիրել զգայությունը, ընկալումը, հակազդման, գուգորությունների և զգացմունքների որակները:

Հին հունարենից բառացի թարգմանությամբ «հոգեբանություն» բառը նշանակում է հոգու մասին գիտություն (psyche-հոգի, logos-ուսմունք): Դեռևս 16-րդ դարում, երբ «հոգեբանություն» տերմինը նոր էր կիրառվում, այն ուսումնասիրում էր հոգեկան երևույթները, ինչպիսիք են յուրաքանչյուր մարդու ինքնադիտարկման արդյունքում բացահայտված անձնային առանձնահատկությունները: Ավելի ուշ՝ 17-19-րդ դարերում հոգեբանության ուսումնասիրման ոլորտը ընդլայնվում է՝ բացի գիտակցականից ներառելով նաև անգիտակցական ոլորտը: Այսպիսով, որպես ինքնուրույն գիտություն հոգեբանությունը ձևավորվել է 19-րդ դարի վերջում: Գիտական հոգեբանության հիմնադիրը գերմանացի հետազոտող Վիլհելմ Վունդտն է, որը 1879թ Լեյպցիգում բացեց հոգեբանական առաջին փորձարարական լաբորատորիան: Նա հիմնադրեց հոգեբանության առաջին ամսագիրը, բացեց Փորձարարական հոգեբանության ինստիտուտը, հիմնադրեց իր գիտական դպրոցը:

Այսպիսով, **հոգեբանությունն ուսումնասիրում է հոգեկանի ծագման ու զարգացման օրենքներն ու օրինաչափությունները:** Մեկ այլ սահմանմամբ՝ հոգեբանությունը գիտություն է մարդու հոգեկանի ծագման և զարգացման վերաբերյալ: Ինչ խոսք, հոգեկանի դրսևորումները խիստ բազմազան են, հանդես են գալիս միաձույլ և միաժամանակ: Այդ երևույթները լոկ քանակական գումար չեն, այլ միասնական հոգեկան գործունեություն են կամ նրա կողմնորոշման հիմքը:

Հոգեբանական գիտության զարգացման փուլերը

Ինչպես նշվում է նախորդ գլխում, հոգու մասին պատկերացումներ եղել են դեռևս անտիկ ժամանակներում, սակայն դրանք գիտական բնույթ չունեին: Այնուամենայնիվ, այդ շրջանը հոգեբանական գիտության **զարգացման առաջին փուլն է**, որն ընդունված է անվանել «**նախագիտական փուլ**» (որոշ դեպքերում հանդիպում է նաև ոչ գիտական անունով): Այդ փուլում հոգեբանությունը կարելի է կարճ բնութագրել՝ գիտություն հոգու մասին:

Հոգեբանության զարգացման II փուլը կարելի է համարել 17-րդ դարի սկիզբը, որը նշանակալից էր մաթեմատիկայի, մեխանիկայի, ֆիզիկայի, քիմիայի և ընդհանրապես բնական գիտությունների աննախադեպ զարգացմամբ: Հոգեբանության մեջ առաջ քաշվեց այն միտքը, որ մարդը և մարդկային ուղեղն օժտված են մտածելու, զգալու և ցանկանալու ունակությամբ: Այդ ամենն անվանեցին գիտակցություն: Այսպիսով, հոգեբանության զարգացման II փուլում հոգեբանության առարկան դարձավ մարդկային գիտակցությունը և դրա ուսումնասիրությունը: Հետազոտման հիմնական մեթոդը ինտրոսպեկցիան էր (ինքնադիտում, ներհայեցողություն):

Հոգեբանության զարգացման III փուլում (XX դարի սկիզբ) հոգեբանությունը գիտություն է վարքի մասին: Հոգեբանության խնդիրն էր գիտափորձերի և դիտարկման միջոցով ուսումնասիրել վարքը, արարքները (վարքի դրդապատճառները հաշվի չէին առնվում): Ամերիկացի գիտնական Ջեյմս Ուոթսոնը վարքի հոգեբանության կամ բիհևիորիզմի¹ հիմնադիրն է: Իհարկե, բիհևիորիզմի հիմքում նաև աշխարհահռչակ ռուս գիտնական Ի. Պ. Պավլովի պայմանական ռեֆլեքսի մասին տեսությունն է:

IV փուլում հոգեբանության՝ որպես գիտության ուսումնասիրության առարկան հոգեկանն է: Այսինքն՝ հոգեբանությունը գիտություն է հոգեկանի և դրա օբյեկտիվ օրինաչափությունների, դրսևորումների և մեխանիզմների մասին, ինչպես նշված է սկզբնական սահմանման մեջ:

Հոգեբանական ուսումնասիրությունների հիմնական մեթոդները

Քանի որ հոգեբանությունը՝ որպես առանձին գիտություն, ձևավորվեց միայն 19-րդ դարի 60-ական թվականներին, մինչ այդ այն շատ հաճախ հիմնվում էր այլ՝ առավել «հին» գիտությունների՝ փիլիսոփայության, մաթեմատիկայի, ֆիզիկայի, բժշկության մեթոդների վրա: Ինչպես յուրաքանչյուր գիտություն, այնպես էլ հոգեբանությունն ունի լոկ իրեն հատուկ մեթոդները:

Հոգեբանության մեջ ուսումնասիրություններ կատարելու հիմնական մեթոդներն են *դիտումը, զրույցը և գիտափորձը*: Սրանցից յուրաքանչյուրն ունի իր մոդիֆիկացիաները, որոնք ճշգրտում, սակայն չեն փոխում դրա բնույթը:

Դիտման մեթոդի եռությունը մարդկանց գործունեությանը պլանավորված և հաջորդական հետևելն է, որը կատարվում է առօրյա պայմաններում և դիտողի կողմից ոչ մի ներազդեցություն չունի: Դիտման նպատակը դիտված երևույթների ամբողջական և մանրամասն նկարագրի հիման վրա հոգեբանական բովանդակության բացահայտումն է: Առանձնացնում են դիտման հետևյալ տարբերակները՝ կարճատև դիտում, *լոնգիտյուր* (երկարատև, երբեմն տարիների ընթացքում), *ընտրողական, շարունակական և միակցված* (երբ դիտողը դառնում է փորձարկվող խմբի անդամ):

Դիտումը՝ որպես բաղկացուցիչ մաս, հանդես է գալիս նաև մյուս երկու մեթոդների՝ գիտափորձի և զրույցի համար:

Բժշկական հոգեբանության շատ խնդիրներ առաջ են քաշվել առանձին դիտումների հիման վրա: Հոգեբանն սկանատես է լինում որևէ դեպքի և իր մասնավոր դիտման հիման վրա վարկած է առաջադրում դիտված երևույթի բնույթի պատճառական կապերի վերաբերյալ: Այնուհետև իր վարկածը ստուգելու նպատակով նա կարող է նոր, ավելի կազմակերպված դիտումներ կատարել կամ հարցաթերթիկ օգտագործել: Երևույթի բնույթն ավելի խորությամբ ուսումնասիրելու նպատակով նա կարող է կիրառել նաև այլ մեթոդներ:

Հետաքրքրական և շատ ուսանելի հետազոտությունները սկսվում են առօրյա դիտումների հիման վրա: Դիտում կատարելիս անհրաժեշտ է հստակորեն որոշել, թե ինչ երևույթ է դիտվելու, միաժամանակ գրանցել

¹ «Բիհևիորիզմ» բառը (անգլերեն “behavior”) նշանակում է վարք:

դիտման ընթացքն ու արդյունքները: Պետք է նկատի ունենալ մի շատ կարևոր հանգամանք. երբ մարդը կամ սոցիալական խումբը գիտի, որ դիտման կենտրոնն է, ապա ինքնաբերաբար կամ գիտակցորեն կարող է փոխել վարքը՝ այն համապատասխանեցնելով որոշակի օրենքների կամ սպասելիքների: Այդ երևույթն անվանում են «դիտման ռեակտիվ էֆեկտ»:

Դիտման միջոցով հետազոտություն կատարելիս անհրաժեշտ է հնարավորինս նվազեցնել այդ ազդեցությունը: Այդ նպատակով օգտվում են լրացուցիչ 2 միջոցներից՝

ա) դիտողները կարող են թաքնվել այնպես, որ դիտվողները չիմանան, թե դիտման օբյեկտ են դարձել. այս դեպքում նրանց վարքը բնական կլինի,

բ) մյուս եղանակն այն է, երբ հոգեբանն ինքն է դառնում գործող սոցիալական խմբի անդամ, գերծունեության մասնակից, և այնքան բնական, որ մյուս մասնակիցները չեն էլ կասկածում, թե իրենց մեջ հետազոտող կա, որն ուշադրությամբ հետևում է իրենց վարքին և խոսքին՝ գրանցելով դրանք:

Իհարկե, հեշտ է ասել, թե դիտման ընթացքում արդյունքները պետք է գրի առնել: Դիտման ընթացքն ամբողջությամբ և մանրամասնորեն գրի առնել անհնար է առանց տեխնիկական միջոցների: Սովորաբար իրադարձությունը գրանցվում է համառոտ, հիմնական գծերով:

Դիտումն այնքան ավելի ճշգրիտ է, որքան նույն երևույթի վերաբերյալ մեծ է տարբեր դիտողների ներկայացրած հաշվետվությունների նմանությունը: Իհարկե, սխալվելու հավանականությունը միշտ առկա է, քանի որ յուրաքանչյուր դիտող ունի իր սուբյեկտիվ պատկերացումները, նախապաշարմունքները:

Դիտման մեթոդի մյուս առանձնահատկությունն այն է, որ այն հնարավորություն է տալիս նկարագրելու երևույթը, բայց ոչ պատճառը: Մինչդեռ գիտության հիմնական խնդիրներն են՝ նկարագրել երևույթները, տալ դրանց պատճառական բացատրություններն ու կապերը, հասկանալ դրանք, կանխատեսել նոր իրադրություններում դրանց երևան գալը, վերահսկել և փոխել դրանք:

Այսպիսով, դիտումն ապահովում է գիտական հետազոտության միայն առաջին աստիճանը:

Դիտման տարատեսակներից մեկը *ինքնադիտումն*² է, որն անվանում են նաև ինտրոսպեկցիա: Ինքնադիտումը հոգեբանության յուրահատուկ մեթոդներից է, որը կիրառվում է միայն հոգեբանության մեջ: Այն կարող է լինել *անմիջական* կամ *հետաձգված* (հիշողություններում, օրագրերում, հուշագրություններում մարդ վերլուծում է, թե ինչ է նա մտածել, զգացել, ապրել): Այս մեթոդի առավելությունը մարդու մտքերի, ապրումների և ձգտումների անմիջական ուսումնասիրման հնարավորությունն է: Մեթոդը, սակայն, առավելություններից բացի ունի նաև մի շարք թերություններ: Նախ և առաջ շատ դժվար է հետևել սեփական ապրումներին, քանի որ վերջիններս դիտման ազդեցությամբ կա՛մ փոփոխվում են, կա՛մ առհասարակ վերանում: Ինքնադիտման դեպքում առհասարակ շատ դժվար է խուսափել սուբյեկտիվության գործոնից:

Ջրույցը՝ որպես հոգեբանության մեջ կիրառվող մեթոդ, օգնում է փորձարկվողից ստանալու նրա գործունեության վերաբերյալ անմիջական կամ միջնորդավորված, բանավոր կամ գրավոր

² Որոշ մասնագետներ «ինտրոսպեկցիան» թարգմանում են «ներհայեցողություն»:

տեղեկատվություն: Զրույցի տարատեսակներն են *հարցազրույցը, հարցաշարերը* և *հոգեբանական անկետաները*:

Բժշկական հոգեբանության շրջանակներում զրույցի տարատեսակ է նաև *անամնեզի հավաքումը* նրան լավ ճանաչող անձանց կողմից:

Մեծաքանակ խմբերից տեղեկատվություն ստանալու համար հարմար է կիրառել **անկետաների** մեթոդը: Անկետաները լինում են *բաց* և *փակ*: Բաց անկետաներում պատասխանը ձևակերպում է հենց հարցվողը, իսկ փակ անկետաներում հարցվողը ընտրում է նախապես տրված պատասխաններից որևէ մեկը: Զրույցի հիմնական տարատեսակներից է *կառուցվածքային* կամ ուղղորդված զրույցը տվյալների հավաքագրման մեթոդ է, որ կիրառվում է նախապես մշակված հարցերի հերթականությամբ: Հետազոտության բոլոր մասնակիցներին հարցերը տրվում են միևնույն ձևով և հերթականությամբ: Այսինքն կառուցվածքային զրույցի դեպքում հետազոտության մասնակիցը տրված հարցերին պատասխանում է որոշակի ձևով՝ առանց հարցի տիրույթից նշանաալիորեն շեղվելու: Տարբերում են նաև *ոչ կառուցվածքային* (չուղղորդված) զրույցը, որն ազատ է և գերծ նախնական դիրքորոշումներից: Այսպիսի զրույցի դեպքում հետազոտության մասնակցին տրված է հարաբերական ազատություն, թե ինչպես պատասխանել հարցին, ավելին՝ նա նույնիսկ հնարավորություն ունի զրույցի ընթացքում անցնել նոր թեմաների:

Հոգեբանության առավել օբյեկտիվ մեթոդը **գիտափորձն է**, որի դեպքում ուսումնասիրվող հատկանիշն առանձնացվում, դրսևորվում և գնահատվում է առավել լավ: Տարբերում են *բնական* և *լաբորատոր* գիտափորձեր: Սրանք իրարից տարբերվում են անցկացման պայմաններով:

Լաբորատոր գիտափորձը ուսումնասիրվող հատկանիշը ուսումնասիրելու և գնահատելու համար ստեղծված արհեստական պայմանն է: Բնական գիտափորձը կազմակերպվում և իրականացվում է առօրյա կենսական պայմաններում, որտեղ ուսումնասիրողը չի միջամտում իրադարձությունների ընթացքին՝ դրանք ամրագրելով այնպես, ինչպես կան: Լաբորատոր գիտափորձը կարողանում է վերահսկել տարատեսակ գործոնների ազդեցությունը ուսումնասիրվող հատկանիշի կամ երևույթի վրա, մինչդեռ բնական գիտափորձը առավել համապատասխանում է կյանքի իրական պայմաններին:

Թեստերի մեթոդն ուսումնասիրում է անձի կառուցվածքը, մարդու անհատական առանձնահատկությունները՝ ինտելեկտուալ զարգացվածությունը և ստեղծագործականությունը: Թեստերը լինում են *պրոյեկտիվ*, որոնց հիմքում պաշտպանական մեխանիզմներից մեկը սեփական ցանկությունների և ապրումների տեղափոխումն է այլ մարդկանց վրա: Թեստերը կարող են լինել *կանխատեսումային* (*պրոգնոստիկ*) և *ախտորոշումային* (*դիագնոստիկ*): Թեստեր են նաև *հարցաշարերը*: Վերջինս անկետայից տարբերվում է նրանով, որ հարցվողը չպետք է պատկերացում ունենա, թե ինչ կոնկրետ որակ է ուսումնասիրում այս կամ այն հարցը:

2. Հոգեկանի հասկացությունը

Հոգեկանի էությունը

Հայտնի, որ լայն իմաստով հոգեկան ունեն նաև կենդանիները: Կենդանի մատերիայի այս ձևերն իրարից տարբերվում են հոգեկան որակների զարգացման մակարդակներով:

Մարդու հոգեկանը որակապես շատ ավելի բարձր մակարդակ է, քան կենդանիներինը: Մարդու գիտակցությունը և ուղեղը զարգացել են աշխատանքային գործունեության ընթացքում: Աշխատանքային գործունեությունն արդյունավետ բնույթ ունի. աշխատանքը, իրականացնելով արտադրության գործընթացը, ամրապնդվում է իր արտադրանքի մեջ, այսինքն՝ կատարվում է փոխակերպման գործընթաց. արտադրանքների մեջ առարկայանում են մարդու գործունեությունը, հոգևոր ուժերը և ունակությունները:

Մարդկանց և կենդանիների հոգեկանների տարբերությունները

Խորհրդային հանրահայտ հոգեբան Ա. Ն. Լեոնտևի կարծիքով հոգեկանի սկզբնավորման փուլը պայմանավորված է զգայության առաջացման հետ: Արդեն աղեխորշավորների դեպքում հանդիպում է վարքի բնագոյային ձևը: Բարձրակարգ կենդանիներին հատուկ է նաև, այսպես կոչված, «բանական վարքը»: Դա այն դեպքում է ի հայտ գալիս, երբ կենդանին ունի ուղեղ, գլխուղեղի կեղև: Որոշելու համար, թե ինչ ֆունկցիա է կատարում գլխուղեղի կեղևը տարբեր կենդանիների դեպքում, այն հետաքննել են: Պարզվում է, որ այդ դեպքում թռչունը կարողացել է թռչել, շունը կանգնել է 24 ժամ, իսկ կապիկները նույնիսկ չեն կանգնել: Այսինքն՝ կարելի է նկատել, որ էվոլյուցիոն սանդղակում որքան բարձր մակարդակում է տեսակը, այնքան նրա կենսագործունեության մեջ կարևորվում է գլխուղեղի կեղևի դերը:

Մարդկանց և կենդանիների հոգեկանների միջև կան մի շարք տարբերություններ.

ա) Բոլոր կենդանիները միմյանց հետ հաղորդակցվում են «լեզվի» միջոցով: Կենդանական լեզուն սահմանափակ է, քանի որ հնարավորություն չի տալիս կենդանուն իր փորձը փոխանցելու ուրիշներին կամ նրանցից յուրացնելու այլ փորձ:

բ) Ի տարբերություն մարդու՝ կենդանին չի կարող մտածել տվյալ իրադրությունից դուրս այլ իրադրության մասին:

գ) Կենդանին իր նմաններից դուրս մնում է նույնը: Եթե, օրինակ, շանը իր ծննդյան պահից տեղափոխենք կատուների մոտ, նրա վարքը հետագայում չի նմանվի կատվի վարքին, կամ շունը չի սկսի մլավել: Մինչդեռ մարդը չի կարող մնալ նույնը մարդկային հասարակությունից դուրս: Մարդու զարգացումը, հիմնվելով կենսաբանականի վրա, առավել չափով ենթարկվում է զարգացման սոցիալական օրենքներին, իսկ կենդանու զարգացումը՝ հիմնականում կենսաբանական օրենքներին:

Էվոյուցիայի հիմնական պարադոքսները

Հայտնի է, որ էվոյուցիոն գործընթացն ուղղված է տեսակի՝ շրջապատի փոփոխվող պայմաններին հարմարվելուն, ուստի և էվոյուցիոն սանդղակի ամենաբարձր մակարդակներում այն տեսակներն են, որոնք առավելագույնս են հարմարված արտաքին փոփոխվող պայմաններին: Մակայն էվոյուցիոն սանդղակի տարբեր մակարդակներում գտնվող տեսակների ուսումնասիրությունը հանգեցնում է որոշակի պարադոքսալ եզրակացությունների: Առաջին պարադոքսն այն է, որ էվոյուցիոն սանդղակում որքան բարձր մակարդակում է տեսակը, այնքան ավելի անպաշտպան են այդ տեսակի նորածին առանձնյակները: Օրինակ՝ որոշ ձկներ ձկնկիթից դուրս գալուն պես կարող են ինքնուրույն կենսագործունեություն սկսել, իսկ եղնիկի նորածին ձագին հարկավոր է մոտ մեկ շաբաթ՝ ինքնուրույն կյանք վարելու համար: Էվոյուցիայի ամենաբարձր մակարդակում գտնվող մարդկային նորածինը ամենաանպաշտպանն է, և նրան ինքնուրույն կյանքի անցնելու համար տարիներ են անհրաժեշտ: Երկրորդ պարադոքսը վերաբերում է մանկության երկարացման միտումին: Քաղաքակրթության զարգացմանը զուգընթաց նկատվում է, որ մանկությունն ավելի երկարաձգվում է: Եթե ամուսնությունը դիտենք որպես անհատի ինքնուրույն կյանքի անցնելու կամ հասունացման /մանկությանը հրաժեշտ տալու/ չափանիշ, ապա ընդամենը 70-80 տարի առաջ տարբեր մշակույթների դեպքում ամուսնության ընդունված տարիքը 14-18 տարեկանն էր, որն այսօրվա տեսանկյունից հազվադեպ երևույթ է:

Հոգեկանի կառուցվածքը և գործառույթները

Հոգեկանը (հին հունարեն՝ *ψυχή* - *շունչ*, *հոգի*) բնութագրվում է որպես փոխկապակցված հոգեկան երևույթների համակարգ, որոնք ունեն որոշակի կառուցվածք, ձև և բովանդակություն, որոնք ակտիվորեն արտացոլում են օբյեկտիվ իրականությունը, ստեղծում դրա պատկերը և վերահսկում ու կարգավորում անհատի վարքն ու գործունեությունը (Ռ.Ս. Նեմով, Հոգեբանություն, գիրք1, հոգեբանության ընդհանուր հիմունքներ, Մոսկվա, 2003): Հոգեկանը օբյեկտիվ իրականության սուբյեկտիվ արտացոլումն է: Հոգեկանը ի հայտ է գալիս էվոյուցիոն զարգացման որոշակի մակարդակում: Մարդուն բնորոշ է հոգեկանի բարձրագույն ձևը՝ **գիտակցությունը**: Համաձայն մատերիալիստական տեսակետի՝ հոգեկանը բարձրագույն կենդանի նյութի ինքնազարգացման և ինքնաճանաչման հատկությունն է: Ըստ իդեալիստական աշխարհայացքի՝ աշխարհում գոյություն ունեն երկու սկիզբ՝ նյութական և իդեալական: Դրանք անկախ են միմյանցից, հավերժ և զարգանում են ըստ իրենց կանոնների: Զարգացման բոլոր փուլերում իդեալականը նույնացվում է հոգեկանի հետ:

Հոգեկանի կառուցվածքի մեջ են մտնում հոգեկան երևույթները՝ իմացական (հոգեկան) գործընթացները, հոգեկան վիճակները և հոգեկան առանձնահատկությունները: Հոգեկանը կատարում է երեք հիմնական գործառույթ (ֆունկցիա)՝ ճանաչողական, վերահսկող և դրդող: Այս գործառույթները գոյության ամենատարբեր պայմաններում ապահովում են կենդանի օրգանիզմի բնականոն կենսագործունեությունը և վարքը:

Հասարակության պատմական զարգացման ընթացքում մարդը փոփոխել է իր վարքի միջոցներն ու ձևերը, ի ծնե նախադրյալներն ու ֆունկցիաները փոխել է «Բարձրագույն հոգեկան ֆունկցիաների»։ Բարձրագույն հոգեկան ֆունկցիաների ամբողջությունը պայմանավորում է մարդու գիտակցությունը։

Ամփոփելով հոգեկանի զարգացման փուլայնությունը՝ այլ մասնագետների կողմից դասակարգվել են հետևյալ հոգեկան ֆունկցիաները.

ա) Ռեակտիվություն. տարրական ունակություն է ընտրողաբար հակազդելու արտաքին միջավայրի ազդեցությունների վրա։ Թե ինչպիսին կլինի այս կամ այն ազդակին ունեցած հակազդեցությունը, առավելապես առնչվում է հոգեկանին՝ հիմնվելով նրա կամ գիտակցված կամ չգիտակցված բնույթի վրա։

բ) Զգայունակություն. զգայունակության առաջացմամբ կենդանի օրգանիզմները հնարավորություն են ստանում հակազդելու ոչ միայն միջավայրի կենսաբանորեն կարևոր գործոնների, այլև կենսաբանորեն չեզոք գործոնների վրա։ Այսինքն հոգեկանի միջոցով բոլոր գործոններն ազդում են մարդու վրա՝ փոխելով նրա զգայունակությունը։

գ) Ազդանշանային ֆունկցիա. հոգեկանը կատարում է նաև ազդանշանային ֆունկցիա։ Նշանակում է, որ հոգեկանի շնորհիվ ստացվում է իրավիճակի սուբյեկտիվ գնահատականը, որն էլ իր հերթին կարող է պատճառ հանդիսանալ ազդանշելու ասենք վտանգավորությունը, ապահովությունը և այլն։ Ընդ որում հոգեկանի կողմից ազդանշաններ վերծանվում են՝ ելնելով ինչպես ներքին, այնպես էլ արտաքին ազդակներից։

դ) Կողմնորոշիչ (հոգեկանն անհրաժեշտ է քայլի նախապատրաստվելու համար), այն կատարում է կատարողական, վերահսկողական ֆունկցիա։ Հոգեկանի միջոցով մենք կողմնորոշվում ենք իրավիճակում, ցանկացած գործողություն կատարելու ընթացքում շարունակում ենք նրա վերահսկումը։

ե) Կանխատեսումային. անհրաժեշտ է սեփական վարքը կառավարելու համար։ Կատարողական և վերահսկողական ֆունկցիաների հետ միասին հոգեկանի մյուս կարևոր ֆունկցիան կանխատեսումայինն է, որի շնորհիվ մենք ի վիճակի ենք կատարելագործել գործունեությունը, գնահատել ապագայի զարգացման տենդենցները։

Թերևս գոյություն չունի հոգեկանի վերջնական և ամբողջական սահմանում, սակայն ժամանակակից տարբեր տեսություններ առաջարկում են այնպիսի նկարագրեր, ինչպիսիք են հոգեկանը՝ որպես ինքնապաշտպանական համակարգ կամ գործունեության կողմնորոշիչ հիմք։ Ամեն դեպքում հոգեկանը մարդու ուղեղի հատկանիշն է կամ ավելի կոնկրետ ԿՆՅ-ի վերացական հատկանիշը։

Հոգեկանի զարգացումը ֆիլոգենեզում

Այն հարցի վերաբերյալ, թե ում է բնորոշ հոգեկանը, տարբեր մոտեցումներ կան։

1. *Անթրոպոպսիխիզմ* (Դեկարտ). հոգեկանը բնորոշ է միայն մարդուն։
2. *Պանպսիխիզմ* (Ֆրանսիացի մատերիալիստներ). բնության համընդհանուր ոգեղենություն, ողջ բնությանը, ողջ աշխարհին բնորոշ է հոգեկանը (այդ թվում նաև քարին)։

3. *Քիոպսիսիզմ*. հոգեկանը կենդանի բնության հատկանիշ է (բնորոշ է նաև բույսերին):
4. *Նեյրոպսիսիզմ* (Դարվին). հոգեկանը բնորոշ է միայն նյարդային համակարգ ունեցող օրգանիզմներին:
5. *Մոզգոպսիսիզմ* (Պլատոնով). հոգեկան ունեն միայն խողովակային նյարդային համակարգով օրգանիզմները, որոնք ունեն գլխուղեղ:

Հոգեկանի պայմանական բաժանումները

<p>Հոգեկան գործընթաց</p> <p><u>Ճանաչողական ձևեր</u></p> <p>զգայություն ըմկալում հիշողություն ուշադրություն մտածողություն խոսք երևակայություն (պատկերացում)</p> <p><u>Հուզականային ոլորտ</u></p> <p>կամք հույզեր զգացմունքներ</p>	<p><u>Հոգեկան վիճակներ</u></p> <p>տրամադրություն գերհույզ (աֆեկտ) կիրք սթրեսածին վիճակներ ֆրոստրացիա</p>	<p><u>Հոգեկան առանձնահատկություններ</u></p> <p>ընդունակություններ խառնվածք բնավորություն <u>Հոգեկան ձևավորումներ</u> <u>(ուղղվածություն)</u> պահանջմունքներ արժեքներ հետաքրքրություններ հորբի, իմաստ մոտիվներ</p>
---	--	---

Հոգեկան երևույթների կառուցվածքի վերաբերյալ պատկերացումները տարբեր են: Ըստ հոգեբանների՝ նույն հոգեկան երևույթները կարող են հայտնվել կառուցվածքային տարբեր համակարգերում:

Պայմանականորեն հոգեկանը բաժանվում է 3 կամ 4 մեծ խմբերի:

1. **Հոգեկան գործընթացները** հանդես են գալիս որպես մարդու վարքի առաջնային կարգավորիչներ: Սրանք ունեն որոշակի սկիզբ, ընթացք և ավարտ: Հոգեկան գործընթացների հիման վրա ձևավորվում են հոգեկան որոշակի վիճակներ, կատարվում է գիտելիքների, կարողությունների և հմտությունների ձևավորում: Հոգեկան գործընթացները տարաբաժանվում են 3 խմբի՝ ճանաչողական /կամ իմացական/, հուզական և կամային, իսկ որոշ մասնագետներ վերջին երկուսը միացնում են որպես հուզականային:

ճանաչողական կամ իմացական ոլորտը ներառում է զգայությունը, ըմբռնումը, մտապատկերը, հիշողությունը, ուշադրությունը, երևակայությունը, մտածողությունը, խոսքը: Սրանց շնորհիվ մարդ տեղեկություն է ստանում իր և շրջապատող աշխարհի մասին: Սակայն զուտ տեղեկատվությունը մարդու համար անեական է, եթե այն չի ուղեկցվում հուզականային երանգավորումամբ: Հուզականային ոլորտը ներառում է հույզերը, զգացմունքները, կամքը:

2. **Հոգեկան վիճակները** բնորոշում են յուրաքանչյուրի հոգեկան ընդհանուր վիճակը: Սրանք ևս ունեն որոշակի դինամիկա՝ տևողություն, ուղղվածություն, կայունություն և ինտենսիվություն: Բացառություն են կազմում այն հոգեկան վիճակները, որոնք պայմանավորված են անձի գերակշռող բնորոշիչներով և առանձնահատկություններով:

3. **Հոգեկան առանձնահատկությունները (ձևավորումներ)** բնորոշվում են առավել կայունությամբ: Ընդունված է այս դեպքում դիտարկել անձի առավել էական հատկությունները, որոնք ապահովում են մարդու վարքի և գործունեության քանակական և որակական որոշակի մակարդակներ: Այս առանձնահատկությունների զարգացվածության մակարդակները կանխորոշում են մարդու անկրկնելիությունը, նրա անհատականությունը: Սրանցում ներառված են, ընդունակությունները, խառնվածքը, բնավորությունը:

4. **Հոգեկան ձևավորումներ (ուղղվածություն).** կան տեսաբաններ, ովքեր հոգեկան ուղղվածությունը չեն ընդունում որպես առանձին խումբ, այլ միացնում են հոգեկան առանձնահատկություններին: Ուղղվածությանը վերաբերում են պահանջմունքները, արժեքները, հետաքրքրությունները, հոբբին, իմաստը, դրդապատճառները և այլն:

Գրականություն

1. Айсмонтас, Б.Б., (2003). *Общая психология: Схемы*, Москва.
2. Гамезов, М.В., Домашенко, И.А., (2004). *Атлас по психологии*. Москва.
3. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т1*, Мир, Москва.
4. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т2*, Мир, Москва.
5. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология*, Москва.
6. Петровский, А.В., (1997). *Введение в психологию /Изд. "Академия"*, Москва.
7. Столяренко, Л.Д., (2000). *Основы психологии /Издание третье, переработанное и дополненное*, Ростов-на-Дону.

3. Բժշկական (կլինիկական) հոգեբանություն

Գիտական կլինիկական հոգեբանությանը հիմք է դրվել XIXդ. վերջում Վ. Վունդտի շնորհիվ, որը հիմնադրել է առաջին հոգեբանական փորձարարական լաբորատորիան: Այստեղ սովորել և աշխատել են այն հոգեբանները, որոնք ներկայումս կլինիկական հոգեբանության հիմնադիրներն են: Այսպես Լ. Ուիթմերը ներմուծեց «կլինիկական հոգեբանություն» հասկացությունը: Նա հիմնեց «Հոգեբանական կլինիկա» ամսագիրը (1907թ.), որի առաջին հրատարակման մեջ առաջարկեց հոգեբանների համար նոր մասնագիտացում՝ կլինիկական հոգեբանություն: XIXդ. 90-ական թթ. Է. Կրեյելինը հոգեբուժական պրոբլեմները լուծելու համար փորձեց օգտագործել հոգեբանության մեջ կիրառվող փորձարարական մոտեցումները, որն էլ հզոր ազդակ դարձավ կլինիկական հոգեբանության զարգացման համար: Կլինիկական հոգեբանության առաջխաղացման մեջ մեծ ավանդ ունեցավ Զ. Ֆրոյդը՝ զարգացնելով հոգեկան խանգարումների առաջացման հոգեբանական տեսությունները:

1922թ. գերմանացի հոգեբույժ Է. Կրեյմերը, որը հայտնի է որպես խառնվածքի դասական տեսակների ևս մեկ դասակարգման հեղինակ /ըստ մարմնակազմվածքի/, նաև «Բժշկական հոգեբանություն» վերնագրով առաջին դասագրքի հեղինակն է:

Ներկայումս բժշկական հոգեբանության ընդհանրական սահմանում գոյություն չունի, քանի որ խնդիրները, որոնք լուծվում են բժշկական հոգեբանության շրջանակներում, բազմաբնույթ են և վերաբերում են բժշկական բոլոր նեղ մասնագիտություններին:

Է. Կրեյմերի և Կ. Յունգի կարծիքով բժշկական հոգեբանությունը «հոգեբանություն է բժշկի պրակտիկայից բժշկի պրակտիկայի համար»՝ դեպի հոգեթերապիա ուղղվածությամբ: Այն ուսումնասիրում է հիվանդի հոգեբանությունը, անձի, վարքի և հակումների խանգարումները, ինչպես նաև ներոզները (նյարդախտ):

Գերմանացի հոգեբույժ Կ. Բիրնբաումի մոտեցմամբ բժշկական հոգեբանությունը գիտության բնագավառ է, որը դիտում է հոգեկան երևույթները հոգեկան հիվանդությունների դեպքում: Այս մոտեցումը բժշկական հոգեբանությունը հանգեցնում է հոգեախտաբանությանը՝ դրանով իսկ նեղացնելով այդ գիտության սահմանները:

Կլինիկական հոգեբանության մեկ այլ ձեռնարկում /Մ. Պերե, Ու. Բաուման/ առաջարկվում է հետևյալ սահմանումը. «Կլինիկական հոգեբանությունը մասնավոր հոգեբանական «առարկա» է, որն ուսումնասիրում է հոգեկան խանգարումները և մարմնական խանգարումների հոգեկան առանձնահատկությունները: Այն ներառում է հետևյալ բաժինները՝ էթիոլոգիա /ծագումնաբանություն/, խանգարման առաջացման պայմանների վերլուծություն, դասակարգում, ախտորոշում, էպիդեմիոլոգիա, ինտերվենցիան /միջամտություն/՝ կանխարգելում /պրոֆիլակտիկա/, հոգեթերապիա, վերականգում /ռեաբիլիտացիա/, առողջության պահպանում, արդյունքների գնահատում»: Ամերիկյան հոգեբանական ասոցիացիան կլինիկական

հոգեբանությունը սահմանում է որպես «հոգեբանության ճյուղ, որը ներառում է մարմնական /սոմատիկ/ և հոգեթերապևտիկ մոտեցումների ամբողջությունը, հուզական, կոգնիտիվ, վարքային դժվար վիճակներն աշխատանքում»:

Ժամանակակից մոտեցմամբ բժշկական հոգեբանությունը բժշկահոգեբանական հիմնովին գիտելիքների, բժշկի և հիվանդների կապի մեթոդական մոտեցումների և հիվանդների հետ փոխազդեցության հոգեբանական ուղղությունների ամբողջությունն է:

Մյուս կողմից բժշկական հոգեբանությունը հոգեբանության բնագավառ է, որն ուսումնասիրում է հիվանդ մարդու հոգեկանը, նաև բուժաշխատողի մասնագիտական գործունեության հոգեբանական առանձնահատկությունները և հիվանդների ու նրանց ընտանիքների հետ փոխհարաբերությունները: Հետևաբար բժշկական հոգեբանության կարևորագույն խնդիրն է հիվանդի հոգեկանի ուսումնասիրությունը տարբեր պայմաններում: Այն պետք է դրսևորվի առողջապահական համակարգի բոլոր հիմնական օղակներում: Բժշկական հոգեբանության առարկան հիվանդ մարդու անձն է լայն իմաստով, բուժաշխատողի հոգեբանական առանձնահատկությունները, հաղորդակցման տարբեր փուլերում բուժաշխատողի և հիվանդի փոխհարաբերությունները:

Կլինիկական հոգեբանությունը շեշտադրում է գիտական մոտեցման երկու կարևոր կողմերը՝
ա) Դետերմինիզմ՝ բացահայտել դեպքերի/իրադարձությունների/դրսևորումների պատճառները:
բ) Էմպիրիզմ՝ ուսումնասիրել և նույնիսկ չափել դեպքերի/իրադարձությունների/դրսևորումների այս կամ այն կողմերը:

Այս ոլորտի շրջանակներում կորևորվում է նաև անհարմարվողականությունը, որը կապված է ոչ նորմալ վարքի և հուզական տառապանքի գիտական հասկացողության հետ:

Կլինիկական հոգեբանությունը կիրառում է խմբերից ստացված հետազոտությունների տեղեկությունները՝ անհատների հետ աշխատանքի և ուղղորդման նպատակով:

Կլինիկական հոգեբանի աշխատանքի հիմնական գործառնություններն են.

- Հետազոտություն
- Ուսուցում
- Հոգեթերապիա
- Գնահատում
- Խորհրդատվություն
- Դեպքի քննարկում/սուպերվիզիա

Հետևաբար՝ կլինիկական հոգեբանությունը միավորում է գիտությունը, տեսականը և գործնականը՝ անհատական զարգացումը հասկանալու, կանխատեսելու և ապահարմարվողականությունը նվազեցնելու նպատակով:

Բժշկական հոգեբանության ընդհանուր և մասնավոր բաժինները

Բժշկական հոգեբանությունն ընդգրկում է հետևյալ բաժինները՝

- ◆ հիվանդի հոգեբանություն,
- ◆ բուժման փոխներգործության հոգեբանություն,
- ◆ հոգեկան գործունեության նորմայի և ախտաբանություն սահմանները,
- ◆ ախտահոգեբանություն,
- ◆ անհատական առանձնահատկությունների հոգեբանություն,
- ◆ տարիքային հոգեբանություն,
- ◆ ընտանեկան հոգեբանություն,
- ◆ դեվիանտ վարքի հոգեբանություն,
- ◆ հոգեբանական խորհրդատվություն, հոգեկարգավորում և հոգեթերապիա,
- ◆ հոգեմարմնական և մարմնահոգեկան դրսևորումները և դրանց փոխազդեցությունը:

Այսպիսով, բժշկական հոգեբանությունն ունի ընդհանուր և մասնավոր բաժիններ:

Ընդհանուր բաժինների մեջ մտնում են՝

- ա) ժամանակավոր փոփոխության ենթարկված հիվանդների հոգեբանության հիմնական օրինաչափությունները, հոգեկանի նորմայի և ախտաբանության չափանիշները, բժշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունը, բուժկամխարզելիչ միավորման հոգեբանական մթնոլորտը,
- բ) հոգեմարմնական (պսիխոսոմատիկ) և մարմնահոգեկան (սոմատոպսիխիկ) դրսևորումները և դրանց փոխազդեցությունը,
- գ) անհատականության մասին ուսմունքը, անձ-անձնավորություն, անհատ-անհատականություն շրջանակը, խառնվածքի տեսակը, բնավորությունը, տարիքային առանձնահատկությունները և հուզականային գործընթացները,
- դ) բժշկական դեոնթոլոգիան՝ բժշկի պարտքի զգացումը, բարոյականությունը, գաղտնապահությունը և այլն,
- ե) հոգեհիգիենան և հոգեկամխարզելումը, որոնց հետ սերտ կապված է նաև հոգեթերապիան:

Բժշկական հոգեբանության մասնավոր բաժիններն են՝

- ա) նյարդա-հոգեկան խանգարումներով հիվանդների հետ աշխատանքի առանձնահատկությունները,
- բ) մարմնական /սոմատիկ/ տարբեր հիվանդությունների դեպքում դրսևորվող հոգեկան առանձնահատկությունները /օր.՝ ստամոքսային, վարակիչ, գինեկոլոգիական, մաշկային, վիրաբուժական միջամտության և հետվիրահատական ժամանակաշրջանի հոգեբանությունը/,
- գ) համակարգային կամ օրգանական արատներով հիվանդների հետ աշխատանքի ինքնատիպությունը /օր.՝ տեսողության, լսողության խանգարումների դեպքում, սապատավորների, անդամալուծների հետ աշխատանքի դեպքում/,

դ)աշխատանքի, դատական և գինվորական փորձաքննության բժշկա-հոգեբանական առանձնահատկությունները:

Կլինիկական հոգեբանի հիմնական ֆունկցիաներն են գնահատումը, ախտորոշումը, միջամտությունը, հետազոտությունը, որոշ դեպքերում նաև սուպերվիզիան, ուսուցումը և կառավարումը: Գնահատումն իրականացվում է հարցազրույցի, դիտման, հոգեչափման թեստերի միջոցով: **Գնահատումը** պայմանավորված է անհատի, խմբերի միջանձնային հարաբերություններով, իմացական գործընթացներով, հաղորդակցության հմտություններով և այլն: Բժշկական հոգեբանը պետք է կողմնորոշվի՝ ինչ մեթոդով և մեթոդիկայով կատարի գնահատումը: **Ախտորոշումն** իրականացվում է հոգեկանի տարբեր բաժինների ֆունկցիոնալությունը պարզելու համար: Կլինիկական հոգեբանը կարող է ախտորոշումն իրականացնել՝ համաձայն հոգեբուժական չափանիշների, օրինակ՝ ինտելեկտի ախտորոշումը, և կարող է իրականացնել տեղեկատվական մակարդակում, օրինակ՝ ընտանիքի դինամիկայի ախտորոշումը: **Միջամտությունը** ենթադրում է խորհրդատվական և հոգեթերապևտիկ աշխատանք՝ հոգեշտկում, կանխարգելում, վերականգնում: **Հետազոտությունն** իրականացնելը կլինիկական հոգեբանի կարևոր հմտություններից է: Հետազոտությունը բժշկական հոգեբանության մեջ ենթադրում է տեսական, ակադեմիական գիտելիք կիրառելը: Այսինքն՝ կլինիկական հոգեբանները սովորաբար կարող են իրականացնել նաև հետազոտական աշխատանք: Որոշակի մասնագիտական պատրաստվածության դեպքում կլինիկական հոգեբանն իրականացնում է նաև **խորհրդատվություն մասնագետի հետ /սուպերվիզիա/, ուսուցում և վերապատրաստում**: Այս դեպքում կլինիկական հոգեբանը պետք է տիրապետի բժշկական հոգեբանության տարբեր ոլորտների:

Գրականություն

1. Государев, Н.А., (2007). *Клиническая психология: Учебное пособие*, Москва
2. *Клиническая психология* /Под ред. М.Пере, У.Бауманна. (2003), СПб.
3. *Клиническая психология: учебник* (2007). /Под ред. Б.Д. Карвасарского, СПб.
4. Лакосина, Н.Д., Ушаков, Г.К., (1981). *Медицинская психология*, Москва
5. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология*, Москва
6. Столяренко, Л.Д., (2000). *Основы психологии* /Издание третье, переработанное и дополненное. - Ростов-на-Дону.
7. Творогова, Н.Д., (1998). *Психология. Лекции для студентов медицинских вузов*, Москва.
8. Carson, R. C., Coleman, J. C., Butcher, J. N., (1988). *Abnormal Psychology and Modern Life* Eighth Edition. (8, 8th). Published by Scott, Foresman and Company, Glanview, Illinois, Boston, London.

4. Իմացական (ճանաչողական կամ կոգնիտիվ) գործընթացներ

Զգայություն, հասկացություն զգայության մասին

Մարդու ճանաչողական գործընթացներից պարզագույնը զգայությունն է: Զգայության գործընթացն առաջանում է զգայության օրգանների վրա տարաբնույթ գործոնների ազդեցության հետևանքով, որոնք կոչվում են գրգռիչներ, իսկ ազդեցության բուն գործընթացը կոչվում է գրգռում: Երբ գրգռոն առաջանում է, աֆերենտ նյարդերով այն տեղափոխվում է գլխուղեղի կեղև, որտեղ և առաջանում են զգայությունները: Այսպիսով, զգայությունը օբյեկտիվ իրականության զգայական արտացոլումն է:

Զգայության էությունը առարկայի առանձին որակների արտացոլումն է: Յուրաքանչյուր գրգռիչ ունի իր բնութագրիչները, որոնցով պայմանավորված՝ այն կարող է ընկալվել զգայության որոշակի օրգանի կողմից: Օրինակ՝ մենք կարող ենք լսել մոծակի տոգոցը և զգալ ծակոց նրա խայթելուց: Այս դեպքում ձայնը և ծակոցը գրգռիչներ են, որոնք ազդում են զգայարանների վրա: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել, որ զգայության գործընթացը գիտակցության մեջ արտացոլում է միայն ձայն և միայն ծակոց, որոնք ոչ մի կերպ իրար չեն միավորվում, հետևաբար չեն միավորվում նաև մոծակի հետ: Հենց սա էլ առանձին որակների արտացոլումն է:

Զգայությունը տվյալ պահին զգայարանների վրա ազդող առարկաների կամ երևույթների առանձին հատկանիշների արտացոլումն է:

Զգայության ֆիզիոլոգիական հիմքը նյարդային գործընթացն է, որն առաջանում է համապատասխան անալիզատորի վրա գրգռիչի ազդեցության հետևանքով: Անալիզատոր հասկացողությունը ներմուծել է Պավլովը: Յուրաքանչյուր անալիզատոր կազմված է երեք մասերից՝

1. ծայրամասային (պերիֆերիկ մաս)՝ ռեցեպտոր (անալիզատորի ընկալող հատված, որն էներգիայի որոշակի տեսակը վերածում է նյարդային գործընթացի),
2. հաղորդիչ նյարդային ուղիներ՝ աֆերենտ (կենտրոնաձիգ) և էֆերենտ (կենտրոնախույս),
3. ենթակեղևային և կեղևային պրոյեկտիվ գոտիներ կամ անալիզատորի կենտրոնական հատվածներ, որոնցում կատարվում է ծայրամասային (պերիֆերիկ) հատվածներից եկող նյարդային իմպուլսների մշակում: Գլխուղեղի կեղևի որոշակի հատվածներին համապատասխանում են որոշակի ռեցեպտորներ:

Զգայության տեսակները

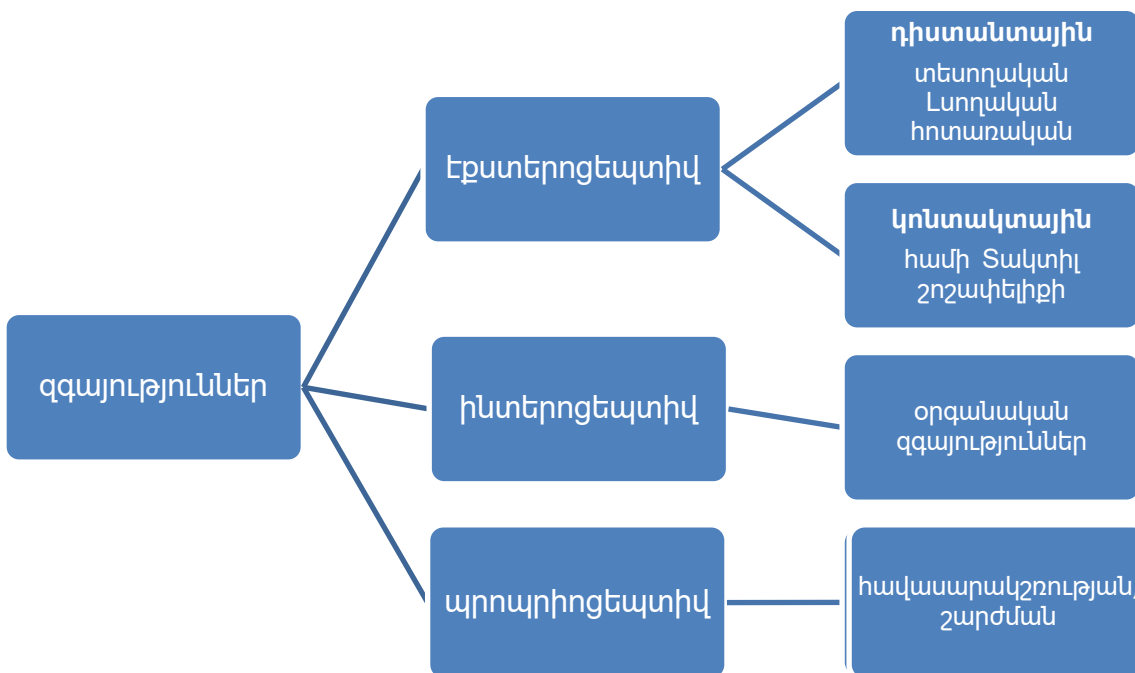
Կան զգայության դասակարգման տարբեր մոտեցումներ: Վաղուց ի վեր ընդունված է առանձնացնել զգայությունների հինգ տեսակ (ըստ զգայության օրգանների՝ տեսողական, լսողական, համի, հոտի, շոշափելիքի):

Դիտարկենք զգայությունների համակարգված դասակարգումը (սխեմա 1): Այս դասակարգումն առաջարկել է անգլիացի ֆիզիոլոգ Չ. Շերինգտոնը: Նա զգայությունները բաժանելն է երեք հիմնական տեսակների՝ ինտերոցեպտիվ, էքստերոցեպտիվ և պրոպրիոցեպտիվ: Առաջինը միավորում է ազդակները,

որոնք մեզ են հասնում օրգանիզմի ներքին միջավայրից, երկրորդն ապահովում է արտաքին աշխարհից եկող ազդակների ստացումը և հիմք է ստեղծում գիտակցված վարքի համար, իսկ երրորդը տեղեկություն է տալիս տարածության մեջ մարմնի դիրքի և հենաշարժիչ համակարգի մասին, ապահովում է մեր շարժումների կարգավորումը:

Ինտերոցեպտիվ զգայությունները տեղեկացնում են օրգանիզմի ներքին գործընթացների վիճակի մասին: Առաջանում են ստամոքսի և աղեստամոքսային ուղու, սրտի և արյունատար համակարգի և ներքին այլ օրգանների պատերին եղող ռեցեպտորների շնորհիվ: Ռեցեպտորները, որոնք ընկալում են ներքին օրգանների, մկանների մասին ինֆորմացիան, կոչվում են ներքին ռեցեպտորներ: Ինտերոցեպտիվ զգայությունները քիչ գիտակցված և առավել դիֆուզ (ոչ պարզորոշ) զգայություններից են և մոտ են հուզական վիճակների: Հաճախ այս զգայություններն անվանում են նաև օրգանական:

Մխենա 1. Զգայության տեսակները.



Պրոպրիոցեպտիվ զգայություններն ազդանշաններ են հաղորդում տարածության մեջ մարմնի դիրքի մասին և միաժամանակ կարգավորիչ դեր կատարում շարժման ընթացքում: Այս խմբին են դասվում ստատիկ (հավասարակշռության) և կինեստետիկ (շարժման) զգայությունները: Պրոպրիոցեպտիվ զգայությունների ծայրամասային (պերիֆերիկ) ռեցեպտորները մկաններում են և հողերում: Հավասարակշռության զգայության ծայրամասային (պերիֆերիկ) ռեցեպտորները դասավորված են ներքին ականջի կիսաշրջանաձև ուղիներում:

Զգայությունների մյուս՝ ամենամեծ խումբը էքստերոցեպտիվ զգայություններն են, որոնց միջոցով մարդը տեղեկատվություն է ստանում արտաքին աշխարհից: Այս խմբի բոլոր զգայություններն ընդունված է պայմանականորեն բաժանել երկու ենթախմբի՝ շփումային և դիստանտային զգայությունների:

Կոնտակտային զգայություններն առաջանում են զգայության օրգանների վրա օբյեկտի անմիջական ազդեցության հետևանքով: Այս զգայության օրինակներից են համն ու շոշափելիքը:

Դիստանտային զգայություններն արտացոլում են օբյեկտների որակները, որոնք զգայության օրգաններից որոշակի հեռավորության վրա են: Այս զգայություններից են լսողությունն ու տեսողությունը: Անհրաժեշտ է նշել, որ հոտառությունը շատ մասնագետների կարծիքով միջանկյալ տեղ է գրավում կոնտակտային և դիստանտային զգայարանների միջև, քանի որ հոտը զգում ենք հեռավորության վրա, սակայն մոլեկուլները, որոնք ապահովում են հոտը զգալ, պատկանում են կոնկրետ օբյեկտին:

Դասակարգման նշված տեսակները չեն ընդգրկում բոլոր զգայությունները: Որպես օրինակ կարելի է նշել տատանման (վիբրացիայի) զգայությունը, որը բավականին արդիական է գիտատեխնիկական այսպիսի առաջընթացի ժամանակաշրջանում:

Հատուկ զգայություններ են շոշափելիքի և ցավի զգայությունները: Շոշափելիքի զգայությունը մաշկային և շարժողական զգայությունների համադրությունն է:

Ցավի զգայություններին բնորոշ է այնպիսի ներգործություն, որը կարող է հանգեցնել օրգանիզմի ամբողջականության խախտմանը, որն էլ իր հերթին ուղեկցվում է բացասական հուզական երանգներով և վեգետատիվ փոփոխություններով, ինչպիսիք են սրտի աշխատանքի արագացումը, բիբերի լայնացումը: Ցավի զգայության դեպքում զգայական հարմարումը գործնականորեն բացակայում է: Ցավի ազդակները ողնուղեղի միջոցով փոխանցվում են դեպի տեսաթմբի (թալամուսի) կենտրոն, որտեղից էլ դեպի գլխուղեղ և լիմբիկ համակարգ:

Ըստ Ցավի ուսումնասիրման միջազգային ասոցիացիայի (IASP)՝ «ցավը զգայական և հուզական տհաճ ապրում է, որը պայմանավորված է հյուսվածքների իրական կամ պոտենցիալ վնասվածքով»: Այսինքն՝ ցավը ավելին է, քան զգայությունը, որը պայմանավորված է առկա կամ հնարավոր օրգանական վնասվածքով, քանի որ սովորաբար ուղեկցվում է հուզական ապրումներով:

Ցավի տեսակները

Ցավի բոլոր տարատեսակները այս կամ այն չափով դրսևորվում են մարդու հոգեկան տարբեր մակարդակներում:

Բոլոր դեպքերում ցավը օրգանիզմին զուշացնում է տվյալ պահին գոյություն ունեցող վտանգի կամ հիվանդության մասին: Տարբեր մասնագետներ (Գ. Գեդ, Ջ. Գոլդշեյդեր, Գ. Կրիթանովսկի) առանձնացնում են ցավի տարբեր տեսակներ՝ **սուր, քրոնիկական, մաշկային, սոմատիկ կամ մարմնական, ներքին և այլն:**

Հոգեբանական տեսանկյունից հատկապես կարևորում ենք ցավի հետևյալ տեսակները.

ա) Ֆանտոմային ցավ, որը թվացյալ ցավի զգացումն է կորցրած վերջույթների հատվածում: Տվյալ երևույթը գրեթե միշտ պայմանավորված է անդամահատության և անդամալուծության դեպքերով:

բ) Ներուպաթիկ ցավը (ներալգիա /նյարդացավ/) կարող է առաջանալ որպես նյարդային հյուսվածքների հիվանդության կամ վնասվածքների հետևանք (ատամի ցավ): Սա կարող է խախտել զգայական նյարդերի կողմից տեսաթմբին ճշգրիտ ինֆորմացիա փոխանցելու ունակությունը, և ուղեղը սկսում է սխալ մեկնաբանել ցավի խթանները, նույնիսկ եթե բացակայում են ակնհայտ ֆիզիոլոգիական պատճառները:

գ) Փսիխոգեն ցավն ախտորոշվում է օրգանական հիվանդության բացակայության կամ էլ այն դեպքում, երբ վերջինս չի կարող բացատրել ցավի բնույթն ու արտահայտվածությունը: Այն միշտ ունի քրոնիկական բնույթ, որի հիմնական բնութագրիչներն են տևականությունը և տեղայնացման բացակայությունը: Փսիխոգեն ցավի պատճառ կարող են լինել անձնային առանձնահատկությունները, ցավի նկատմամբ ունեցած վերաբերմունքը, հոգեկան վիճակը, հոգեկան տրավման, արտամղված կոնֆլիկտները: Փսիխոգեն ցավը հանդիպում է նաև սոմատոֆորմ խանգարումների դեպքում, կարող է առաջանալ հոգեկան խանգարումների՝ դեպրեսիայի, տագնապի, հիպոխոնդրիայի, հիպերիայի, ֆոբիայի զուգակցմամբ:

դ) Պաթոլոգիական ցավը ցավի խթանների խեղաթյուրված ընկալումն է, որն առաջանում է կենտրոնական նյարդային համակարգի կեղևային և ենթակեղևային հատվածներում խախտումների հետևանքով:

ե) Հոգեկան ցավը³ պայմանավորված չէ ցավի ֆիզիկական զգացողության հետ: Այն մեծամասամբ կապված է կյանքի իմաստի կորստի, միայնակության զգացումի, հարազատի կորստի հետ: Հոգեկան ցավին կարող են ուղեկցել տարբեր հոգեկան խանգարումներով:

Կլինիկական հեգեբանության համար սկզբունքային նշանակություն ունեն ցավի զգացողության դրսևորումները, անձնային առանձնահատկությունները, ինչպես նաև դրանց փոփոխությունները ախտաբանական տարբեր իրավիճակներում և հիվանդությունների դեպքում: Հայտնի են Ա.Կ.Սանգալոյի կողմից ներկայացված ցավի նկատմամբ վերաբերմունքի 4 հիմնական տեսակներ.

³ Ցավի հիմնական դասակարգումներում հոգեկան ցավը չի առանձնացվում, սակայն որոշ հոգեթերապևտիկ ուղղություններում՝ մասնավորապես էքզիստենցիալ և գեշտալտ թերապիաներում, արևդրադարձ է լինում այս հասկացությանը:

	Ցավի շեմ	Ընդհանուր զգայունակություն	Դիմացկունության
<u>1-ին տեսակ</u>	ցածր	Բարձր	ցածր
<u>2-րդ տեսակ</u>	ցածր	Բարձր	բարձր
<u>3-րդ տեսակ</u>	բարձր	Ցածր	ցածր
<u>4-րդ տեսակ</u>	բարձր	Ցածր	բարձր

Զգայության հիմնական հատկանիշները

Զգայությունները կարող են նկարագրվել ըստ հատկանիշների: Հատկանիշները կարող են լինել սպեցիֆիկ և ընդհանուր՝ բոլոր զգայությունների համար: Զգայությունների հիմնական հատկանիշների մեջ նշում են որակը, ինտենսիվությունը, տևողությունը, տարածական տեղայնացումը (լոկալիզացիա), զգայության համեմատական և բացարձակ շեմերը:

Որակը այնպիսի հատկություն է, որը բնութագրում է զգայության տվյալ տեսակի միջոցով արտացոլվող հիմնական ինֆորմացիան, որը նրան տարբերում է զգայության մյուս տեսակներից: Օրինակ՝ համի զգայությունը ինֆորմացիա է տալիս առարկայի քիմիական որակների մասին՝ քաղցր, կծու, դառը, աղի:

Զգայության **ինտենսիվությունը** քանակական նկարագիր է և պայմանավորված է գրգռիչի ներազդման ուժով ու ռեցեպտորի ֆունկցիոնալ վիճակով: Օրինակ՝ հիվանդ ժամանակ հոտառական զգայությունը կարող է աղավաղվել:

Զգայության **տևողությունը** ժամանակային նկարագիր է: Այն ևս որոշվում է օրգանների ֆունկցիոնալ վիճակով, բայց գլխավորապես գրգռիչի ազդման տևողությամբ և վերջինիս ինտենսիվությամբ:

Տարածական **տեղայնացումը** (լոկալիզացիա) ռեցեպտորի կողմից իրականացվող վերլուծությունն է, որը մեզ ինֆորմացիա է տալիս տարածության մեջ գրգռիչի տեղայնացման մասին, այսինքն՝ մենք կարող ենք ասել, թե որտեղից է գալիս լույսը, ջերմությունը, կամ մարմնի որ հատվածի վրա է ազդում գրգռիչը:

Բացարձակ և տարբերակման զգայություններ: Բացարձակ զգայությունը թույլ գրգռիչներն ընկալելու կարողությունն է, իսկ տարբերակման զգայությունը գրգռիչների միջև թույլ տարբերություններն ընկալելու կարողությունն է: Մենք չենք լսում հարևան սենյակի ժամացույցի սլաքների աշխատանքը: Զգայություն առաջացնելու համար գրգռիչը պետք է ունենա որոշակի ուժգնություն:

Որոշ մասնագետներ առանձնացնում են զգայությունների «բացարձակ վերին և բացարձակ ստորին շեմեր» հասկացությունները:

Գրգռիչի նվազագույն ուժգնությունը, որի դեպքում առաջանում է հազիվ զգալի զգայություն, կոչվում է զգայության բացարձակ ստորին շեմ: Չնայած ավելի թույլ գրգռիչները զգայություն չեն առաջացնում, սակայն ունենում են իրենց ազդեցությունը:

Եթե ձեռքում կա 100-գրամանոց առարկա, հետո սրան ավելացնենք ևս մեկ գրամ, ապա այս ավելացումը ոչ ոք զգալ չի կարող:

Զգայության բացարձակ վերին շեմը գրգռիչի առավելագույն ուժգնությունն է, որի հետագա մեծացումն առաջացնում է ցավի զգայություն կամ զգայության վերացում:

Գրգռիչների միջև նվազագույն տարբերությունը, որն առաջացնում է զգայության հազիվ նկատելի փոփոխություն, կոչվում է տարբերակման շեմ:

Զգայության օպերատիվ շեմը գրգռիչի երկու մեծությունների միջև տարբերակման նվազագույն չափն է, որը կարող է տատանվել իրավիճակից կախված: Օրինակ միևնույն սենյակում երբեմն ժամացույցի սլաքի ձայնը լսելի է, երբեմն՝ ոչ: Այս դեպքում կարևորվում է նաև ճանաչելու ճշգրտությունն ու արագությունը:

Զգայական հարմարվողականություն

Մթության մեջ տեսողությունը սրվում է, իսկ ուժեղ լուսավորման պայմաններում տեսողական զգայությունը թուլանում է: Այս երևույթը կարելի է դիտարկել, երբ ուժեղ լուսավորված տեղից մտնում ես մութ սենյակ և հակառակը: Երկու տարբերակում էլ մարդը կարծես կարճատև «կուրանում» է, և պահանջվում է որոշակի ժամանակ, որ մարդու աչքերը հարմարվեն մթությանը կամ ուժեղ լույսին: Սա վկայում է այն մասին, որ, պայմանավորված շրջապատող իրավիճակով, մարդու տեսողական զգայությունը կտրուկ փոփոխվում է:

Զգայության նկարագրված փոփոխությունները պայմանավորված են զգայական հարմարվողականության (սենսորային ադապտացիայի) երևույթի հետ: Զգայական հարմարվողականություն (սենսորային ադապտացիա) է կոչվում զգայության փոփոխությունը, որը կատարվում է զգայության օրգանների վրա ազդող գրգռիչներին հարմարվելու հետևանքով: Սովորաբար հարմարվողականության ժամանակ զգայարանների վրա ուժեղ գրգռիչների ազդեցությունը զգայությունը թուլացնում է, իսկ թույլ գրգռիչների ազդեցությամբ կամ գրգռիչի բացակայության դեպքում զգայությունն ուժեղանում է: Զգայության նման փոփոխությունը միանգամից չի կատարվում, քանի որ դրա համար որոշակի ժամանակ է պահանջվում:

Զգայության տեսակներն իրարից մեկուսացված չեն: Հենց այս պատճառով զգայության ինտենսիվությունը պայմանավորված է ոչ միայն գրգռիչի ուժով և ռեցեպտորի հարմարվողականության մակարդակով, այլև տվյալ պահին այլ օրգանների վրա ազդող գրգռիչներով: Այսպես, օրինակ՝ ձայնային գրգռիչները կարող են ուժեղացնել տեսողական զգայության աշխատանքը: Այս դեպքում ընդհանուր օրինաչափությունն այն է, որ անալիզատորների փոխներգործության դեպքում թույլ գրգռիչները մեծացնում, իսկ ուժեղները թուլացնում են մյուս զգայարանների զգայունակությունը:

Մենսիբիլիզացիա

Մենսիբիլիզացիան (լատ. *Sensibilis* - զգայուն) գրգռիչի ազդեցությամբ նյարդային կենտրոնների զգայունակության բարձրացումն է: Այն մշտապես զգայունակության բարձրացում է, որում էական դեր է կատարում անալիզատորների փոխներգործությունը: Որոշակի պայմաններում մեծանում է զգայության օրգաններից մեկի զգայունակությունը մյուսի համատեղ գործունեության ազդեցությամբ: Այս երևույթը հրաշալիորեն ներկայացված է փորձում մեծ լսարանի առջև Պ.Պ.Լազարևի: Լսարանում հնչում էր միևնույն ինտենսիվության ցածր տոնայնություն: Երբ միանում է ռիթմը և միաժամանակ անջատվում լույսը, ձայնը թվում է վիբրացիոն, փոփոխվող ռիթմով: Ձայնի զգայության նման փոփոխությունը կատարվում է այն բանի շնորհիվ, որ լույսի ազդեցությամբ լսողության օրգանի զգայունակությունը բարձրանում է, և ձայնն ընկալվում է ավելի բարձր: Նմանօրինակ փաստեր են դիտարկվել Կրավկովի, Կեկչենի, Շվարցի հետազոտություններում: Բացահայտվել է, որ թեթև մկանային աշխատանքը, դեմքի շփումները սառը ջրով, ձայնային երկրորդական թույլ գրգռիչները մեծացնում են տեսողության զգայունակությունը (երկրորդական ուժեղ գրգռիչները, ընդհակառակը, նվազեցնում են այն): Զգայության օրգանների սենսիբիլիզացիա կարող են առաջացնել որոշ դեղաբանական նյութեր: Կարելի է առանձնացնել կենսազորոնեության երկու ոլորտներ, որոնք նպաստում են զգայարանների զգայունակության բարձրացմանը՝ 1) սենսիբիլիզացիա, որն առկա է զգայական (սենսորային) թերությունների (կուրության, խլության) անհրաժեշտ և տարերային փոխհատուցման պատճառով, 2) սենսիբիլիզացիա, որը գործունեության բովանդակության, սուբյեկտի մասնագիտության առանձնահատուկ պահանջների հետևանք է:

Մենսիբիլիզացիայի հատուկ տեսակ է զգայությունների փոխհատուցումը, որը դիտվում է զգայական օրգանների որոշ թերությունների, օրինակ՝ կուրության և խլության դեպքում: Տեսողության կամ լսողության կորուստը հանգեցնում է նրան, որ մարդու հիմնական պահանջումների բավարարումը և շրջակա միջավայրի արտացոլումն ապահովելու համար ավելի բարձր զարգացման են հասնում մյուս՝ առողջ մնացած զգայարանները:

Մի անալիզատորի զգայունակության նվազումը մյուս անալիզատորների ուժեղ գրգռման արդյունքում կոչվում է դեսենսիբիլիզացիա: Օրինակ՝ գործարանի ուժեղ աղմուկը նվազեցնում է տեսողական զգայունակությունը, այսինքն՝ կատարվում է տեսողական զգայության դեսենսիբիլիզացիա: **Դեսենսիբիլիզացիա** (լատ. *sensibilis* - զգայուն, *de* - հեռացում, թուլացում, նվազում). հոգեբանության մեջ դեսենսիբիլիզացիայի մեթոդը, որն առաջարկել է գիտնական Ջ. Վոլպեն, արդյունավետ է ֆոբիաները բուժելու համար: Մեթոդի էությունն այն է, որ վախը, տագնապը, ֆոբիան պայմանավորված են լարվածությամբ, հետևաբար եթե չկա լարվածություն, ապա չի կարող լինել և վախ: Այլ կերպ, եթե մարդը կարողանա իրեն թուլացնել ֆոբիա առաջացնող իրավիճակում, ապա ֆոբիան կանհետանա:

Մինէսթեզիա

Անալիզատորներից մեկի գրգռման ազդեցությամբ մյուս անալիզատորին բնորոշ յուրահատուկ զգայության առաջացումը կոչվում է սինէսթեզիա (հուն. Synaesthesia միաժամանակյա զգացում, զգայություն): Օրինակ՝ երաժշտությունը լսելու ընթացքում առաջանում են որոշակի տեսողական պատկերներ: Մինէսթեզիայի հայտնի օրինակ է «գունային լսողությունը», որով օժտված էր երգահան Ա. Ն. Սկրյաբինը: Մեծաթիվ մարդիկ ունենում են տարրական սինէսթեզիաներ: Նման ունակության առկայության դեպքում բարձր ձայներն ընկալվում են որպես «պայծառ» կամ «լուսավոր», իսկ ցածր ձայները՝ «մութ»: Մինէսթեզիայի երևույթը կարելի է դիտարկել՝ պայմանավորված զգայությունների ամենատարբեր տեսակներով:

Զգայության թեմայի համապատասխան գործնականի օրինակ տե՛ս հավելված 2-ում:

5. Ընկալման բնութագիրը

Շրջապատող աշխարհում գոյություն ունեցող առարկաները, երևույթները, հատկանիշներն ինքնուրույն, առանձին և անկախ չեն: Այդ երևույթների արտացոլումն ընթանում է ճանաչողության առավել բարձր մակարդակում, որը կոչվում է ընկալում: Ընկալումն օբյեկտիվ աշխարհի առարկաների, երևույթների ամբողջական արտացոլումն է, որն առաջանում է զգայության օրգանների ռեցեպտորային հարթությունների վրա զրգոյիչների անմիջական ազդեցության ժամանակ: Կարևոր է ընդգծել, որ ընկալումը տարբեր զգայությունների մեխանիկական գումար չէ, այլ որակական մի նոր աստիճան է:

«Զգայություն» և «ընկալում» հասկացությունները փոխկապակցված են, սակայն դրանց միջև գոյություն ունեն արմատական տարբերություններ: Ընկալումը ներառում է զգայությունը և հիմնվում է դրա վրա: Ի տարբերություն զգայության՝ ընկալման ժամանակ մարդը ճանաչում է առարկայի կամ երևույթի ոչ թե առանձին հատկանիշները, այլ առարկան կամ երևույթն ամբողջությամբ: Ընկալման հատուկ օրգաններ գոյություն չունեն: Ընկալմանը մասնակցում են զգայարանները, որոնց միջև գոյություն ունեցող կապերն էլ ընկած են ընկալման գործընթացի հիմքում: Հենց այդ կապերն էլ հնարավորություն են տալիս մարդուն առարկան կամ երևույթը ընկալելու ամբողջությամբ: Ընդ որում, յուրաքանչյուր «պերցեպտիվ» պատկեր միավորում է զգայությունների մի ամբողջ շարք, քանի որ ցանկացած առարկա կամ երևույթ ունի բազմաթիվ տարատիպ հատկություններ, որոնցից յուրաքանչյուրը կարող է մյուս հատկություններից անկախ զգայություն առաջացնել: Գիտության մեջ ընկալումը հաճախ դրսևորվում է նաև «պերցեպցիա» (լատ. perceptio-ընկալում) անունով: Իրականում ամբողջական առարկաների կամ իրավիճակների ընկալումը (կամ արտացոլումը) բարդ գործընթաց է:

Ընկալման գործընթացում բացի զգայությունից ներառված է նախկին փորձը, այսինքն՝ այն, ինչը մարդն արդեն նախկինում ընկալել է: Մարդը տվյալ պահին տեսածը կարծես համադրում է հիշողության մեջ արդեն

իսկ պահպանված պատկերի հետ: Եթե այդ երկու պատկերները համընկնում են, ապա մարդը ճանաչում է առարկան: Այս ամենը մեզ հուշում է, որ ընկալման գործընթացում ներառվում են ավելի բարձր մակարդակի հոգեկան գործընթացներ, ինչպիսիք են հիշողությունը և մտածողությունը:

Ընկալումն ակտիվ գործընթաց է: Այն պայմանավորված է անձի հոգեկան առանձնահատկություններով, հայացքներով, հետաքրքրություններով, ունակություններով: Այսպիսով, ընկալում է ոչ թե առանձին զգայարանը, այլ մարդը, անհատականությունը:

Ընկալման հիմնական հատկություններն ու տեսակները

Ընկալման հիմնական հատկություններն են առարկայականությունը, ամբողջականությունը, համակարգվածությունը, հաստատունությունը (կոնստանտություն), ապերցեպցիան, իմաստավորվածությունը, ընտրողականությունը, գիտակցվածությունը:

Ընկալման **առարկայականությունն** իրական աշխարհի օբյեկտների և երևույթների արտացոլման կարողությունն է ոչ թե իրար հետ կապ չունեցող զգայությունների հանրագումարի, այլ առանձին, կոնկրետ առարկաների կամ երևույթների տեսքով:

Ընկալման **ամբողջականությունը** դրսևորվում է նրանում, որ անգամ, երբ ընկալվող օբյեկտի առանձին հատկություններն ամբողջությամբ չեն արտացոլվում, միևնույն է, կատարվում է ստացած ինֆորմացիայի մտավոր կառուցում մինչև կոնկրետ առարկայի ամբողջական պատկեր ստանալը: Ընկալման օբյեկտներն ամբողջական, ավարտված և ձևավորված կառույցներ են:

Ընկալման **համակարգվածությունը** կամ կառուցվածքայնությունն այն է, որ առարկան ընկալվում է գիտակցության կողմից արդեն իսկ զգայություններից վերացարկված, մոդելավորված կառուցվածքով: Ընկալումը մեր՝ պահի տակ ստացած զգայությունների պրոյեկցիան չէ և ոչ էլ դրանց տարրական գումարն է: Մենք ընկալում ենք այն որպես զգայություններից վերացարկված, ընդհանրացված կառույց, որը ձևավորվում է ժամանակի ընթացքում: Օրինակ՝ միևնույն երաժշտությունը տարբեր գործիքներով նվագելիս կամ տարբեր տոնայնությամբ վերարտադրելիս, միևնույն է, ընկալվում է և ճանաչվում կառուցվածքայնության շնորհիվ:

Ընկալման **հաստատունություն** է անվանվում առարկաների որոշ հատկությունների հարաբերական հաստատունությունը ընկալման պայմանների փոփոխության դեպքում: Հաստատուն ենք ընկալում առարկաների չափերը, գույները, ձևերը: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ հարթավայրերում և հիմնականում միահարկ տներում ապրող մարդիկ չեն կարողանում հստակ պատկերացնել օբյեկտները, երբ նայում են բարձրահարկ շենքի բարձր հարկերից, իսկ շինարարները նույն օբյեկտները տեսնում են առանց չափերի աղավաղման: Այս փաստն ապացուցում է, որ ընկալման հաստատունությունը ոչ թե ի ծնե, այլ ձեռքբերովի հատկանիշ է:

Ընտրողականությունը մի օբյեկտի առանձնացումն է մյուս օբյեկտներից: Ընկալման ակտիվությունը կամ ընտրողականությունն այն է, որ ժամանակի ցանկացած պահին մենք ընկալում ենք միայն մեկ առարկա կամ առարկաների կոնկրետ խումբ, այն դեպքում, երբ իրական աշխարհի մյուս առարկաները մեր ընկալման ֆոնն են, այսինքն՝ չեն արտացոլվում մեր գիտակցության մեջ: Անգամ անծանոթ առարկային նայելիս մենք փորձում ենք նմանություն գտնել այլ առարկաների հետ: Ընկալումը չի նկարագրվում առանձին զգայությունների հավաքով, այլ մշտապես փնտրում է եղած տվյալների լավագույն բացատրություն: Ընկալման այս հատկությունը կոչվում է **իմաստավորվածություն** (գիտակցվածություն):

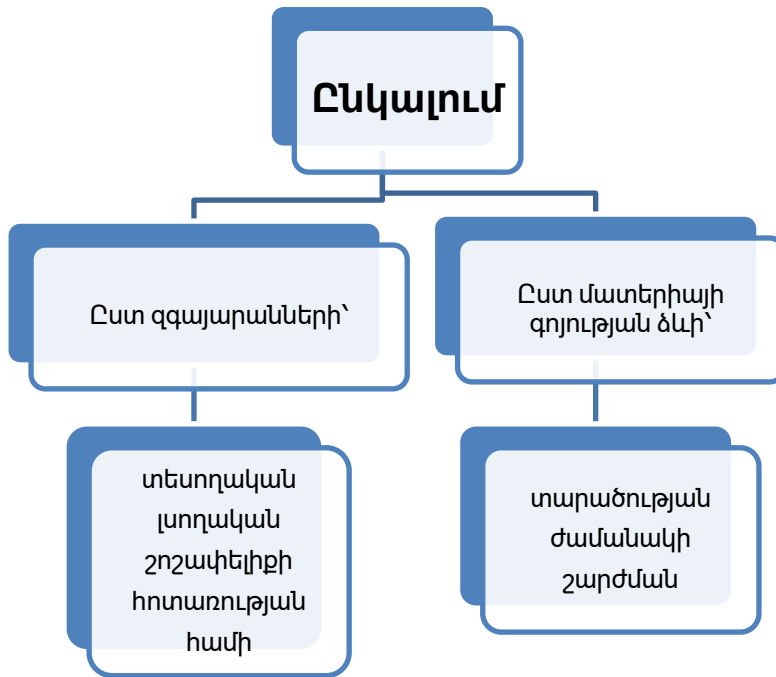
Ընկալման **իմաստավորվածությունը** (գիտակցվածությունը) կոնկրետ առարկայի գիտակցված ընկալումն է, մտովի անվանումը և որոշակի դասին պատկանելությունը: Այն բաղկացած է երեք փուլից՝

1. սելեկցիա կամ ընտրողականություն. ընկալման օբյեկտի առանձնացումը տեղեկատվական հոսքից,
2. կազմակերպում. օբյեկտը նույնականանում է հատկանիշների ամբողջականությամբ,
3. կատեգորիզացիա. օբյեկտին վերագրվում են տվյալ դասին բնորոշ հատկանիշներ:

Ընկալումը պայմանավորված է ոչ միայն զրգոյիչի բնույթով, այլև սուբյեկտով: Ընկալում են ոչ թե աչքն ու ականջը, այլ կոնկրետ մարդը: Հետևաբար ընկալման մեջ միշտ մեծ դեր ունի կոնկրետ մարդու անձը: Ընկալման պայմանավորվածությունը հոգեկան աշխարհի բովանդակությամբ, մարդու հետաքրքրություններով, դիրքորոշումներով, գիտելիքներով և անցյալի փորձով կոչվում է **սպերցեպցիա**:

Ընկալումը հիմնականում անալիզատորների փոխազդեցության արդյունքն է: Ընկալման տարբեր տիպեր շատ հազվադեպ են հանդիպում մաքուր վիճակում: Հիմնականում զգայությունները զուգակցվում են, և արդյունքում առաջանում են ընկալման բարդ տեսակներ:

Ընկալման մեկ այլ դասակարգման հիմք են մատերիայի գոյության ձևերը՝ տարածությունը, ժամանակը և շարժումը: Այս դասակարգման համապատասխան՝ առանձնացնում են տարածության, ժամանակի և շարժման ընկալումներ:



Զգայության և ընկալման խանգարումներ

Անէսթեզիան (անզգայունություն) տարբեր տեսակի գրգիռներ զգալու ունակության կորուստն է: Սովորաբար տարածվում է տակտիլ, ցավի և ջերմային զգայունակությունների վրա:

Հիպոնէսթեզիան (թերզգայունություն) տարբեր տեսակի գրգիռներ զգալու ունակության նվազումն է:

Հիպերնէսթեզիան (զերզգայունություն) տարբեր տեսակի գրգիռներ զգալու ունակության բարձրացումն է:

Ընկալման (պերցեպցիայի) որակական խանգարումները հիմնականում արտահայտվում են պսիխոսենսոր (հոգեզգայական) խանգարումներում, պատրանքներում, ցնորքներում և ազնոզիաներում:

Պսիխոսենսոր (հոգեզգայական) խանգարումները հանգեցնում են սեփական մարմնի կառուցվածքի, «եսի» և շրջապատող աշխարհի ընկալման խախտումների: **Դեպերսոնալիզացիայի** դեպքում սեփական անձն օտար է ընկալվում, մարդիկ ևս ընկալվում են օտար, անկենդան, ռոբոտանման: Սեփական ձայնն անձանոթ, փոփոխված է թվում, լսվում է դրսից: Այլ մարդկանց ձայներն ընկալվում են անհրական, իլացած: Սեփական մարմինը շոշոփելիս կա՛մ չի ընկալվում, կա՛մ թվում է անկենդան, երբեմն էլ առաջանում է մարմնի կորստի զգացողություն: **Դեռեալիզացիայի** դեպքում աշխարհը հիվանդներին թվում է անկենդան, անհրական, օտարացած, երազանման, անբնական: Միայն է ընկալվում ժամանակը. այն կա՛մ շատ արագ է ընթանում, կա՛մ կանգ է առնում: Հիվանդները դժվարությամբ են կողմնորոշվում տեղանքում, քանի որ առարկաները, դրանց դիրքը, չափերը փոփոխված են ընկալվում: Դեռեալիզացիայի և դեպերսոնալիզացիայի խանգարումներից են **դեժավյուն** (նախկինում տեսած), երբ անձանոթ իրավիճակը թվում է ծանոթ, կարծես այդ ամենն արդեն եղել է,

Ժամե վյուն (երբեք չտեսած) ծանոթ տեղանքը, բնակավայրը ընկալվում է անծանոթ, կարծես մարդն առաջին անգամ է տեսնում:

Պսիխոսենսոր խանգարումների ամենահաճախ հանդիպող և պարզ ձևը **մետամորֆոզիան** (**մետամորֆոպսիան**) է, երբ խանգարվում են կոնկրետ ժամանակահատվածում իրականության մեջ գոյություն ունեցող առարկաների ձևի, չափի և դրանց տարածության մեջ տեղակայման ընկալումները: Առարկայի չափերը կարող են ընկալվել մեծացած (մակրոպսիա) և փոքրացած (միկրոպսիա), ձևը՝ աղավաղված: Առարկաները թվում են ավելի մոտ կամ հեռու, շենքերը՝ թեքված, այնպիսի զգացողություն կարող է առաջանալ, թե փողոցը չի վերջանում: Համախոսանիշը շարունակվում է նույնիսկ այն դեպքում, երբ աչքերը փակ են:

Աուտոմետամորֆոպսիաները (այլ կերպ կարելի է անվանել մարմնի սխեմայի խանգարում, սոմատոպսիխիկ խանգարում) սեփական մարմնի ընկալման խանգարումներն են, որի դեպքում խախտվում է մարմնի քաշի, ձևի, չափերի, վերջույթների և այլ մասերի՝ տարածության մեջ տեղակայման ընկալումը:

Մենեստոպաթիաները տարօրինակ, տհաճ, անսովոր զգացողություններ են մարմնի տարբեր հատվածներում, տարբեր օրգաններում, որոնք իրար հետ ոչ մի ֆունկցիոնալ կապ չունեն: Դրանք ի հայտ են գալիս այրոցի, ծակծկոցի, սառնության, ջերմության, տարատեսակ ցավերի, ծանրության, քորի, թմրածության, փայտացման զգացողությունների տեսքով: Հիվանդին կարող է թվալ, որ մարմնի վրայով միջատներ են սողում:

Պատրանքներն իրական առարկաների և երևույթների աղավաղված, սխալ ընկալումներն են: Դրանք տարբերվում են ցնորքներից նրանով, որ ցնորքներում ընկալվող օբյեկտն իրականում գոյություն չունի, այդ պատճառով հաճախ պատրանքները չեն դիտվում որպես խանգարումներ: Պատրանքները կարող են նաև առաջանալ աֆեկտիվ լարվածության, գիտակցության նեղացման, հյուծվածության հետևանքով: **Աֆեկտիվ պատրանքներն** առաջանում են ուժեղ վախի, տագնապի, լարվածության դեպքում, որի հետևանքով իրական օբյեկտները սխալ են ընկալվում: Օրինակ՝ ճանապարհի թփերը մթության մեջ կարող են ընկալվել որպես շներ, սենյակի անկյունում կախված վերարկուն՝ որպես մարդ, տերևների խշռոցը՝ որպես շշուկներ: **Վերբալ պատրանքների** դեպքում մարդկանց իրական գրույցը սխալ է ընկալվում: Հիվանդն անծանոթների գրույցներում լսում է հայհոյանքներ, սպառնալիքներ, մեղադրանքներ իր հասցեին: Վառ երևակայություն ունեցող անձանց շրջանում երբեմն կարող են ի հայտ գալ պատրանքային խանգարումներ՝ **պարելոլիաներ**: Օրինակ՝ պատի պաստառները, ձեղքերը. գորգերի նախշերը կարող են ընկալվել որպես թռչող թռչուններով ամպեր կամ կերպարներ:

Միրածը մթնոլորտում օպտիկական երևույթ է, որն առաջանում է երկու կտրուկ տարբեր խտությամբ օդային շերտերի սահմանագծին լույսի արտացոլումից: Դիտողի համար այդ արտացոլումն ընկալվում է այնպես, որ հեռավոր օբյեկտի (կամ երկնքի) հետ միասին երևում է դրա իսկ թվացյալ արտացոլումը՝ առարկայի

հետ խառնված: Որոշ դեպքերում պատրանքները առօրյա-խոսակցականում թյուրիմացաբար մեկնաբանվում են որպես միրաժ:

Ցնորքներն ամենաբարդ և ծանր հոգեախտաբանական խանգարումներից են և մի շարք հոգեկան հիվանդությունների ախտանիշ են: Ցնորքները իրականում գոյություն չունեցող առարկայի ընկալումն են, որոնք առաջանում են հիվանդագին հիմքի վրա: Ցնորքները մարդու համար ունեն իրական բնույթ: Հիվանդն իրականում տեսնում, լսում, համ ու հոտ է առնում, և ոչ թե պատկերացնում:

Ցնորքներն ըստ անալիզատորների: Տեսողական ցնորքները կարող են ձև չունենալ, այսինքն՝ հանդիպել կրակի, մառախուղի, ծխի տեսքով (ֆոտոպսիաներ, ֆոսֆեններ) կամ ունենալ հստակ ուրվագիծ (ուրվագծային ցնորքներ): Մեծ մասամբ համընկնում են բնական գույներին, կարող են նաև վառ գունավորված լինել (հիմնականում կարմիր, կապույտ): Տեսիլքը կարող է լինել առանձին, ինչպես նաև բազմաքանակ (օրինակ՝ միջատներ, մկներ...): Չափսերը կարող են լինել իրական, մեծացված (մակրոպսիա), փոքրացված (միկրոպսիա):

Լսողական ցնորքների դեպքում հիվանդները լսում են ձայներ, որոնք կարող են իմաստ չունենալ, այսինքն՝ չունենալ խոսքային բնույթ, օրինակ՝ զանգեր, աղմուկ, սուլոց, կրակոց և այլն. այդպիսի ձայները կոչվում են ակուազմներ: Իսկ խոսքային բնույթ ունեցող, իմաստավորված ձայները կոչվում են ֆոնեմներ: Ձայները կարող են լինել բարձր, ցածր, խլացնող, շշուկներ: Կարող է լսվել միայն մեկ ձայն, կամ զրույցներ՝ երկխոսություններով: Հանդիպում են քննադատող ձայներ, որոնք քննարկում են հիվանդի անձը, նրա անցյալը, ներկան, ապագան, բարոյական հատկանիշները: Մեկնաբանող ձայները կարծիք են հայտնում հիվանդի գործողությունների վերաբերյալ, իմպերատիվ ցնորքները ստիպում են հիվանդին կատարել որոշակի քայլեր (երբեմն վտանգավոր հիվանդի անձի և շրջապատի համար), մարգարեական ցնորքները «կանխագուշակում» են հիվանդի և մարդկության ապագան:

Հոտառական ցնորքների դեպքում հանդիպում են հիմնականում նեխած, աղբի, ծխի, գազի հոտեր: **Համային ցնորքները** հանդիպում են կերակրին և հեղուկներին ոչ բնորոշ, անսովոր համի զգացողությամբ՝ հիմնականում տհաճ ու զզվելի: **Մաշկային ցնորքների** դեպքում հիվանդները նշում են մարմնի վրայով միջատների սողալու, օտար մարմինների հպման, էլեկտրական հոսանքի զգացողություններ:

Ցնորքներն ըստ դրսևորման ձևի: Իսկական ցնորքներն ունեն պարզություն և ֆիզիկական «եսից» դուրս են, մարդու կամքից անկախ են: **Կեղծ ցնորքները** (պսևդոհալյուցինացիաները) իսկական առարկաներին և երևույթներին նման չեն, դրանք չեն պրոյեկտվում դեպի «դուրս»՝ իրական աշխարհ, այլ առաջանում են «զլխում», «մարմնում», «տարբեր օրգաններում», «գետնի տակ»: Կեղծ ցնորքի տեսակներից է էքստրակամային ցնորքը, որի դեպքում հիվանդը կարողանում է «տեսնել» պատերից այն կողմ, լսել ձայներ հարյուրավոր կիլոմետրեր հեռու:

Յնորքներն ըստ կառուցվածքի: **Պարզ ցնորքների** դեպքում դիտվում է միայն մեկ զգայարանի խանգարում, **բարդ ցնորքների** դեպքում՝ միաժամանակ երկու և ավել զգայարանների ցնորքներ:

Հիպնոզոզիկ ցնորքներն առաջ են գալիս հանգիստ վիճակում, փակ աչքերով, նախորդում են քնին, իսկ հիպնոպոմպիկ ցնորքները՝ արթնանալու ժամանակ, օրինակ՝ հոգնածության, մարմնական ծանր հիվանդությունների և հոգեկան հիվանդությունների սկզբնական շրջանում ցնորքները դրսևորվում են կանչերի (оклик) ձևով, դրանք կարող են արտահայտվել քնելիս կամ էլ արթնանալիս:

Ազնոզիաներն ընկալման տարբեր տեսակների խախտումներ են՝ գիտակցության և զգայունակության պահպանումով: Սա մի վիճակ է, երբ ուղեղը չի կարողանում վերծանել ինֆորմացիան, որն ընդունվում է նորմալ գործող ռեցեպտորներից: Ազնոզիաներն առաջանում են ուղեղի ախտահարումների դեպքում: Տարբերակվում են տեսողական, շոշափելիքի, լսողական, օպտիկատարածական ազնոզիաներ, ժամանակի և շարժման ընկալման խախտումներ, սոմատոազնոզիաներ:

Տեսողական ազնոզիաներ. տեսողական անալիզատորի միջոցով ընդունվող ինֆորմացիան ճանաչելու անընդունակությունը:

Լսողական ազնոզիաներ. ձայները և խոսքը ճանաչելու խախտումներ, լսողության անալիզատորի ֆունկցիայի պահպանման դեպքում:

Օպտիկատարածական ազնոզիաներ. տարածական տարբեր չափանիշները որոշելու խախտումներ:

Ժամանակի և շարժման ընկալման խանգարումներ. կապված են օբյեկտների շարժման (ակինետոպսիա) և ժամանակի արագության ընկալման հետ: Բավականին հազվադեպ են հանդիպում:

Սոմատոազնոզիաներ. սեփական մարմնի մասերը ճանաչելու, միմյանց հանդեպ դրանց տեղայնացման գնահատման խանգարումներ: Խախտումներն առաջանում են աջ կիսագնդի տարբեր հատվածների ախտահարումների դեպքում: Առանձնանում են սոմատոազնոզիաների երկու հիմնական տեսակ՝

1) **անոզոզնոզիա՝** հիվանդության գիտակցման բացակայություն:

2) **աուտոտոպազնոզիա՝** մարմնի մի կեսի, մասնավորապես նրա առանձին մասերի արհամարհում: Հիվանդները չեն կարողանում տարբերակել և ցույց տալ իրենց մարմնի առանձին մասերը:

6. Հիշողություն

Մտապատկեր

Հայերեն տերմինաբանության մեջ հաճախ նույնացվում են «մտապատկեր» և «պատկերացում» հասկացությունները, չնայած շատ մասնագետներ կարծում են, որ մտապատկերը պատկերացման մի մասն է:

Շրջապատող աշխարհի մասին առաջնային ինֆորմացիան մենք ստանում ենք զգայության և ընկալման միջոցով: Գրգիռը, որն առաջանում է մեր զգայության օրգաններում, չի վերանում այն պահին, երբ գրգռիչները

դադարում են նրանց վրա ազդել: Դրանից հետո որոշ ժամանակ պահպանվում են հաջորդական պատկերները: Առարկայի կամայական ընկալումից բավական երկար ժամանակ անց այդ առարկայի պատկերը կարող է կրկին պատահաբար կամ դիտավորյալ առաջանալ: Այս երևույթը ստացել է «մտապատկեր» անվանումը: Մտապատկերը զգայական արտացոլման արդյունք է, այն «հետքը», որը մնում է հոգեկանում, երբ համապատասխան օբյեկտը բացակայում է կամ էլ ընկալման համար մատչելի չէ:

Այսպիսով, մտապատկերը տվյալ պահին չընկալվող և նախորդ փորձի հիման վրա վերարտադրվող առարկաների կամ երևույթների արտացոլումն է: Մտապատկերների և ընկալման պատկերների առաջացման ժամանակ պատկերներն էապես փոփոխության են ենթարկվում մի քանի ներքին գործոնների՝ պահանջմունքների, մոտիվացիաների, դիրքորոշումների, կյանքի փորձի ազդեցությամբ: Մտապատկերները նման են հայուցինացիաներին: Թե՛ մեկը, թե՛ մյուսը առաջանում են իրական օբյեկտների ազդեցությամբ, որոնց արտացոլումն են վերջիններիս բացակայության ժամանակ: Տարբերությունն այն է, որ հայուցինացիաների դեպքում մարդն առաջացող պատկերը համարում է իրական աշխարհի մի մասը: Մտապատկերներն ավելի աղոտ են, ընդհանրական, պատկերի երկրորդական կողմերը հաճախ բաց են թողնվում, անկայուն են: Մտապատկերն ավելի խեղաթյուրված է, քան ընկալվող պատկերը: Լեզվի և ներքին խոսքի ազդեցությամբ մտապատկերից անցում է կատարվում դեպի վերացական հասկացություն:

Գոյություն ունեն մտապատկերները նկարագրող մի քանի բնութագրումներ: Առաջին հերթին դա ակնբերությունն է: Մտապատկերները շատ նման են ընկալման պրոցեսին: Մակայն պերցեպտիվ պատկերները նյութական աշխարհի այն օբյեկտների արտացոլումներն են, որոնք ընկալվում են տվյալ պահին, մինչդեռ մտապատկերները օբյեկտների վերարտադրված և վերամշակված պատկերներն են, որոնք ընկալվել են նախկինում:

Մտապատկերի հաջորդ նկարագիրը վերջինիս դրվագայնությունն է: Մտապատկերները հստակ, հաջորդական ու պայծառ պատկերներ չեն: Մրա առանձին մասերը վառ են դրսևորվում, մյուսները քիչ ավելի խամրած են, մինչդեռ երրորդները կարող են առհասարակ բացակայել:

Մտապատկերների ոչ պակաս կարևոր բնութագիր է վերջինիս անկայունությունը: Այսպիսով, ցանկացած մտապատկեր կորչում է գիտակցության դաշտից, որքան էլ ջանանք այն պահպանել: Բացի դրանից, մտապատկերները շատ փոփոխական ու հոսուն են: Յուրաքանչյուր անգամ առաջին պլան են մղվում առարկայի կամ երևույթի մեկ, ապա մյուս հատկանիշները:

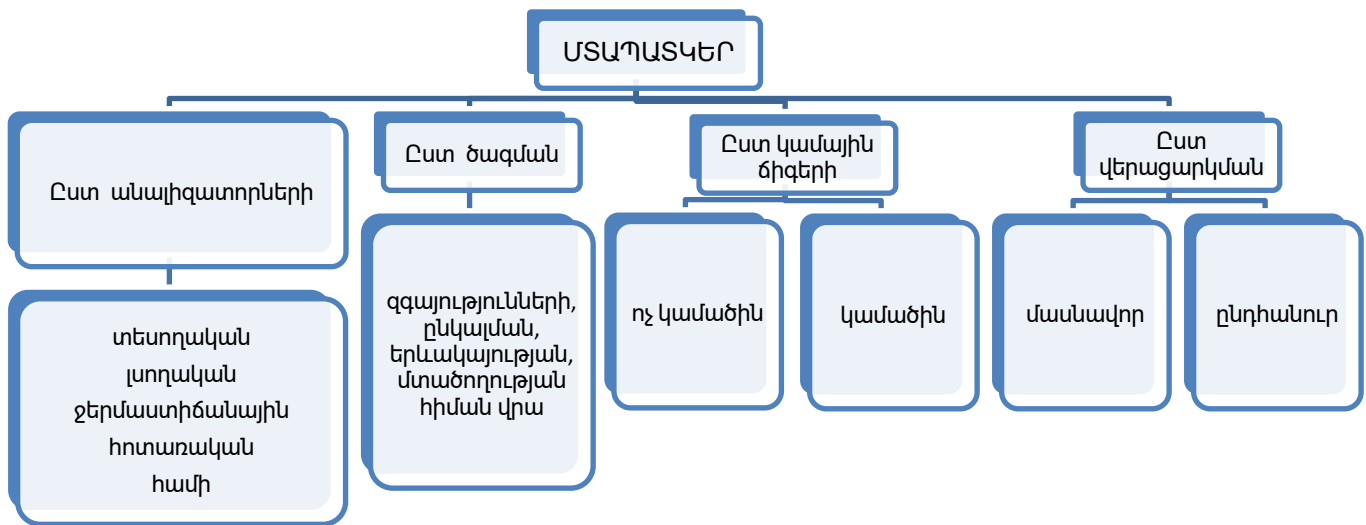
Հարկ է նշել, որ մտապատկերներն իրականության ոչ թե պատկերավոր, այլ վերացարկված արտացոլումներն են: Վերացարկման մակարդակը կարող է տարբեր լինել: Այս տեսանկյունից մտապատկերները մոտ են հասկացությանը: Այսպիսով, մտապատկերները անցումային տեղ ունեն զգայական, պերցեպտիվ պատկերների և հասկացության միջև:

Մտապատկերները, ինչպես ցանկացած այլ գործընթաց, մի շարք գործառույթներ է իրականացնում մարդու վարքի կարգավորման մեջ: Հիմնականում առանձնացնում են հետևյալ գործառույթները՝ ազդանշանային, կարգավորող:

Մտապատկերների տեսակները

Ներկայումս մտապատկերի դասակարգման հարցում գոյություն ունեն տարբեր մոտեցումներ: Քանի որ մտապատկերի հիմքում նախկին պերցեպտիվ փորձն է, ուստի մտապատկերի հիմնական դասակարգումը կառուցվում է զգայության և ընկալման տեսակների դասակարգման հիման վրա: Ըստ այս դասակարգման՝ ընդունված է առանձնացնել մտապատկերների հետևյալ տեսակները՝ տեսողական, լսողական, կինեթետիկ, շոշափելիքի, հոտառության, համի, ջերմաստիճանի և օրգանական: Սակայն դասակարգման այս մոտեցումը չի կարող դիտվել որպես ամփոփ և ամբողջական: Ըստ մտապատկերների բովանդակության՝ առանձնացնում են մաթեմատիկական, աշխարհագրական, տեխնիկական, երաժշտական և այլ մտապատկերներ, ըստ վերացարկման մակարդակի՝ կարելի է խոսել մասնավոր և ընդհանուր մտապատկերների մասին: Դրանք նաև դասակարգվում են համաձայն կամային ճիգերի գործադրման մակարդակի:

Սխեմա 2.



Հիշողություն, հիմնական բնութագիրը

Հիշողությունն առանձնահատուկ տեղ է գրավում հոգեկանի ճանաչողական պրոցեսների շարքում: Հիշողությունն ասելով՝ հասկանում ենք նախկին փորձի տպավորում, պահպանում, հետագա ճանաչում և վերարտադրում: Հիշողության մեջ արտացոլվում է մարդու անցյալի փորձը: Մեր զգայարանների վրա ներգործող առարկաների պատկերները չեն անհետանում այդ ներգործության դադարից հետո: Դրանք հիշողության շնորհիվ մտապատկերների ձևով պահպանվում են նույնիսկ այդ առարկաների կամ երևույթների

բացակայության դեպքում: Այդ մտապատկերները դասակարգվում են ըստ զգայարանների: Հիշողությունը զարգացնում և հարստացնում է մեր գիտելիքները, ընդունակությունները, հմտությունները: Մարդն ավելի լավ մտապահում է այն, ինչն իր համար մեծ կարևորություն ունի:

Հիշողությունը գիտակցության, հոգեկան կյանքի հիմքն է: Այն պահպանում է մեր անցյալը մեր ապագայի համար: Յուրաքանչյուր գործողություն, լինի պարզ կամ բարդ, հիշողության մեջ պահպանվում է առնվազն մի քանի վայրկյան: Չլինեք հիշողությունը՝ մենք չէինք հասկանա մեկ նախադասություն անգամ, քանի որ հասնելով մինչև վերջ՝ կմոռանայինք սկիզբը: Զգայություններից եկող ինֆորմացիան անօգուտ կլինեք, եթե հիշողությունը չպահպաներ առանձին փաստերի և իրադարձությունների միջև եղած կապը:

Գոյություն ունի բառերի, տեղեկությունների, հասկացությունների, պատկերների որոշակի պաշար, որը պահպանվում է հիշողության մեջ ողջ կյանքի ընթացքում. դրանք են՝ անձնանունը, հոր և մոր կերպարները, մայրենի լեզուն, այն տեղանքը և նրա առանձնահատկությունները, որտեղ մարդ ծնվել է և այլն... Այս ամենը երկարատև հիշողության մեջ են: Սակայն կան նաև առօրյա, կենցաղային բաներ, որոնք շատ արագ մոլվում են հետին պլան: Սա կարճատև հիշողության ինֆորմացիան է: Կարճատև հիշողությունը կարող է վերածվել երկարատևի:

Մենք ինֆորմացիա ենք ստանում զգայության տարբեր օրգանների շնորհիվ: Ըստ այդմ՝ առանձնանում են տեսողական, լսողական, շոշափելիքի, հոտառության և համային հիշողությունները: Բացի դրանից, ինֆորմացիայի տեսակով պայմանավորված՝ տարբերվում են բառային կամ վերբալ, պատկերավոր, շարժողական, հուզական, զգացմունքային, տարածության մեջ իրերի դիրքերի և տեղակայման, ժամանակահատվածի, թվերի, անունների, դեմքերի հիշողություններ և այլն: Սակայն հիշողության այս բազմազանությունը կարող է շփոթեցնել, և վերջապես մեր նպատակն է հասկանալ հիշողության բուն էությունը, պարզել նրա առանձնահատկությունները: Հիշողության հիմքը տպավորվելու՝ գենետիկորեն պայմանավորված ընդունակությունն է, որը կոչվում է բնական հիշողություն: Բնական հիշողության հնարավորություններն առավելագույնս դրսևորվում են նախադպրոցական տարիքում: Նյարդային հիվանդությունների կամ երեխայի գերհոգնածության դեպքում այդ ընդունակությունը թուլանում է: Սակայն բնությունն իմաստուն է: Որքան էլ մարդու այդ ընդունակությունը թուլանա, նա կարող է այն կատարելագործել տարբեր ոճաձևերի միջոցով: Այդ ոճաձևերը յուրահատուկ վերնաշենք են բնական հիշողության համար. դա մշակութային կամ կուլտուրական հիշողությունն է: Որքան ուժեղ է բնական հիշողությունը և զարգացած կուլտուրականը կամ մշակութայինը, այնքան ամուր, ճշգրիտ, արագ և հուսալի է ինֆորմացիայի մտապահումը մարդու կողմից:

Հիշողությունը բարդ հոգեկան գործընթաց է, որը կազմված է փոխկապակցված մի քանի մասնակի պրոցեսներից:

Դեռևս Արիստոտելն է փորձել վեր հանել սկզբունքներ, որոնց համաձայն՝ մեր պատկերացումները կարող են փոխկապակցվել միմյանց: Այս սկզբունքները հետագայում, կոչվելով զուգորդության սկզբունքներ, լայնորեն կիրառվեցին հոգեբանության մեջ: Զուգորդություններ՝

1. ըստ ընդհանրության, երբ ընկալման պատկերներն առաջ են բերում այն մտապատկերները, որոնք անցյալում ապրվել են դրանց գուգահեռ կամ անմիջապես դրանցից հետո,

2. ըստ նմանության, երբ ընկալման պատկերները մեր գիտակցության մեջ առաջ են բերում այն մտապատկերները, որոնք որոշակի ցուցանիշներով նման են վերջիններիս,

3. ըստ հակասության, երբ ընկալման պատկերները մեր գիտակցության մեջ առաջ են բերում այն մտապատկերները, որոնք որևէ կերպ հակասում և դրանց հակառակն են:

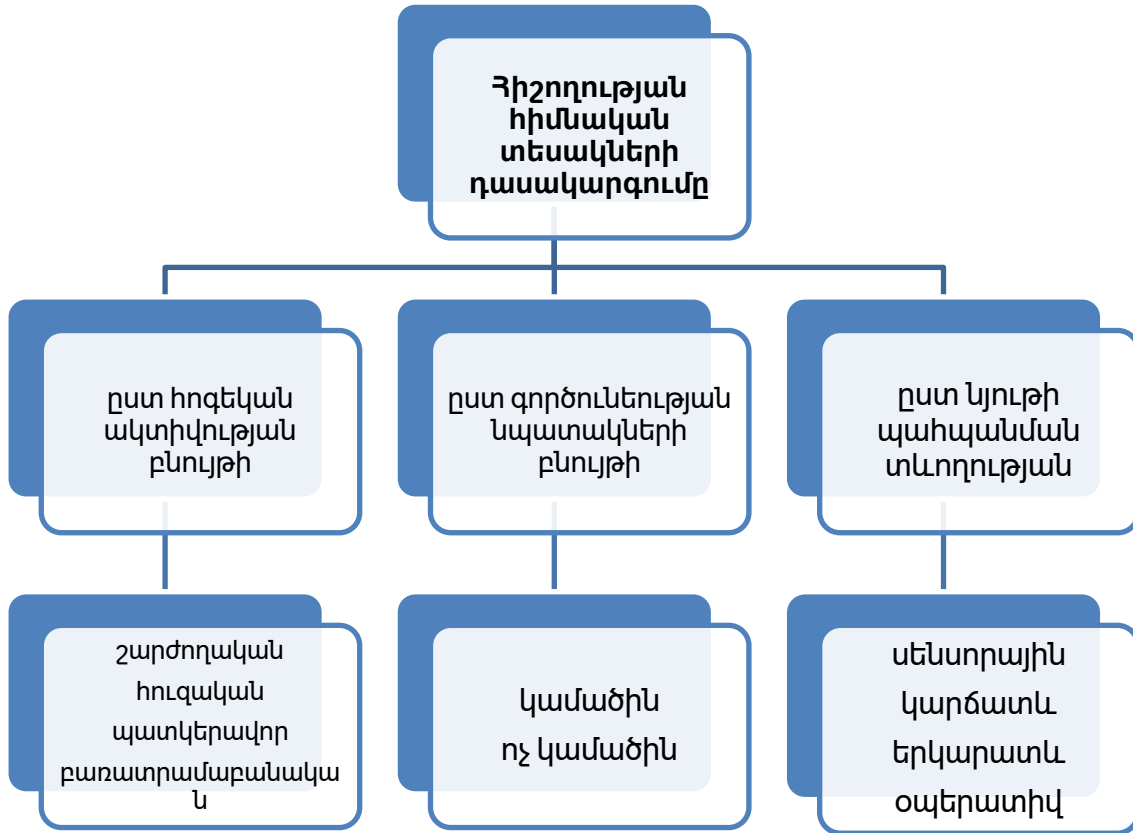
Հիշողությունը հնարավորություն է տալիս գիտակցելու մեր սեփական անհատականությունը և ուրիշների անձը: Զրկվելով հիշողությունից՝ մարդը կորցնում է սեփական «եսը», դադարում է գոյություն ունենալ: Ահա թե ինչու են անսահման հետաքրքիր և վախեցնող հիշողության կորստի կլինիկական դեպքերը:

Հիշողության հիմնական տեսակները

Ըստ ծագման՝ հիշողությունը լինում է ֆիլոգենետիկական և օնոտոգենետիկական: Ֆիլոգենետիկական հիշողության մեջ մտնում է այն ինֆորմացիան, որ մարդը ժառանգական մեխանիզմների միջոցով ստանում է իր ծնողներից: Հիշողության այս տեսակը ծածկագրված է գեներում (օրգանիզմի գենոտիպում) և պայմանավորված է վարքի բնածին մեխանիզմներով: Օնոտոգենետիկական հիշողության բովանդակությունը մարդը ձեռք է բերում իր անհատական՝ օնոտոգենետիկ զարգացման ընթացքում: Հիշողության այս ոլորտում պահվում են կյանքի առաջին օրվանից մինչև մահ ձեռք բերվող գիտելիքները:

Հիշողության տեսությունների մեջ կան մի քանի հիմնական մոտեցումներ: Հիշողության տեսակներն առանձնացնելու համար առավել ընդհանուր հիմք է հիշողության բնութագրերի պայմանավորվածությունը մտապահման և պահպանման գործունեության առանձնահատկություններով: Հիշողության տեսակները բաժանվում են երեք հիմնական ցուցանիշների (սխ. 3 ա)

Մխենա 3.



1. Ըստ գործունեության մեջ գերակշռող հոգեկան ակտիվության բնույթի՝ հիշողությունը լինում է շարժողական, հուզական, պատկերավոր և բառատրամաբանական

Շարժողական հիշողությունը տարատիպ շարժումների մտապահում, պահպանում և վերարտադրումն է: Սա գործնական և աշխատանքային, ինչպես նաև քայլքի, գրի և շատ այլ հմտությունների ձևավորման հիմքն է: Շարժողական հիշողության շնորհիվ է, որ մարդ յուրաքանչյուր անգամ ստիպված չի լինում կրկին սովորել համապատասխան շարժումները:

Հուզական հիշողությունը սեփական հուզական վիճակների, զգացմունքների և աֆեկտների տպավորումն է: Եթե, օրինակ, մարդը վախեցել է շենքի մուտքից հանկարծակի դուրս վազող շնից, ապա դեռ երկար ժամանակ մուտք մտնելիս նա կունենա նման զգացողություն (վախի, ամոթի, զայրույթի հիշողություն և այլն):

Պատկերավոր հիշողությունը մտապատկերների, կյանքի և բնության պատկերների, ինչպես նաև ձայների, հոտերի, համերի և այլնի հետ կապված հիշողությունն է: Վերջինիս էությունն այն է, որ նախկինում ընկալվածը հետագայում վերարտադրվում է պատկերացումների տեսքով:

Բառատրամաբանական հիշողությունն արտահայտվում է մարդկանց մտքերի մտապահման և վերարտադրման մեջ: Մարդ հիշում և վերարտադրում է մտքերը, որոնք առաջացել են մտորելու,

տրամաբանելու ընթացքում, հիշում են կարդացած գրքի, ընկերների հետ խոսակցության բովանդակությունը: Հիշողության այս տեսակի առանձնահատկությունն այն է, որ մտքերը լեզվից առանձին գոյություն չունեն, այստեղից էլ բխում է անվանումը՝ խոսքային-տրամաբանական:

Հիշողության տեսակները փոխկապակցված են և իրարից անկախ գոյություն չունեն:

2. Ըստ նյութի ամրապնդման և պահպանման տևողության՝ կարճատև, երկարատև և օպերատիվ:

Որոշ տեսություններում կարելի է հանդիպել հիշողության մեկ այլ նկարագրության, ըստ որի՝ հիշողությունը կազմված է երեք բաղադրիչից՝ զգայական (սենսորային) հիշողություն, կարճատև հիշողություն և երկարատև հիշողություն: **Զգայական հիշողությունը** տեղեկատվությունը պահպանում է շատ կարճատև և ունի յուրահատուկ մոդալություն (սահմանափակված է մեկ զգայական մոդալության մեջ): **Կարճատև հիշողությունը** բնութագրվում է երկու հիմնական հատկությամբ՝ ունի շատ սահմանափակ տարողունակություն (միայն մոտ 7±2 միավոր կարող է հիշվել), և պահպանումն անկայուն է. ցանկացած շեղում կարող է մոռացման պատճառ դառնալ: Կարճատև հիշողությունը բնութագրվում է ընկալվող ինֆորմացիայի շատ կարճաժամկետ պահպանմամբ: Կարճատև հիշողության ծավալը յուրաքանչյուր մարդու համար անհատական է: **Երկարատև հիշողությունը**, սակայն, ունի անսահմանափակ տարողունակություն և տեղեկատվությունը պահպանում է շատ երկար ժամանակ: Առանց կարճատև հիշողության անհնար է երկարատև հիշողության նորմալ ֆունկցիոնալությունը: Վերջինիս մեջ կարող է ներթափանցել և երկարատև ամրապնդվել միայն այն, ինչ երբևէ եղել է կարճատև հիշողության մեջ: Այս պատճառով կարճատև հիշողությունը հանդես է գալիս որպես ինքնատիպ գտիչ, որը միայն անհրաժեշտ, արդեն ընտրված ինֆորմացիան անցկացնում է երկարատև հիշողության մեջ:

Առանձնացնում են նաև **օպերատիվ հիշողության** տեսակը: Օպերատիվ հիշողությունը սպասարկում է մարդու կողմից անմիջականորեն իրականացվող գործողությունները: Մաթեմատիկական որևէ հաշվարկի ընթացքում մենք այն կատարում ենք մաս առ մաս, տարբեր թվեր հիշողության մեջ ենք պահում, որից օգտվում ենք: Կամ օրինակ, որոշ դեղեր նշանակելիս օպերատիվ հիշողության մեջ բժիշկը պահում է պացիենտի մարմնի զանգվածը, որին համապատասխան ընտրվում է դեղաչափը: Ինսուլին ներարկելուց առաջ անհրաժեշտ է մտապահել գլյուկոզայի քանակը արյան բաղադրության մեջ:

3. Ըստ գործունեության նպատակների բնույթի լինում են **ոչ կամաձին** և **կամաձին**: Առաջին դեպքում խոսքը մտապահման և վերարտադրման մասին է, որը կատարվում է ինքնաբերաբար, առանց կամային ճիգերի գործադրման, և գիտակցության կողմից չկա վերահսկողություն: Այս դեպքում ինչ-որ բան հիշելու հատուկ նպատակ չկա: Երկրորդ դեպքում այս նպատակը առկա է, և վերահսկողություն է իրականացվում գիտակցության կողմից:

Կամաձին հիշողության արդյունավետությունը պայմանավորված է.

1. Հիշելու նպատակներով (որքան մարդ երկար և ամուր է ուզում հիշել ինֆորմացիան): Օրինակ՝ եթե մարդ նպատակադրվել է սովորել, որ հանձնի քննությունը, ապա քննությունից հետո շատ բան կմոռացվի, իսկ եթե նպատակադրվել է երկար ժամանակ հիշել մասնագիտական հետագա գործունեության համար, ապա ինֆորմացիան քիչ է մոռացվում:

2. Սովորելու եղանակներով, որոնք ներառում են.

- Մեխանիկական բառացի բազմաթիվ կրկնողություններ. ծախսվում են շատ ժամանակ, էներգիա, բայց արդյունքը քիչ է, հիշելու այս եղանակը հիմնված է նյութի կրկնողության վրա՝ առանց այն իմաստավորելու:

- Տրամաբանական վերարտադրում, որը ներառում է նյութի տրամաբանական իմաստավորում, համակարգում, ինֆորմացիայի հիմնական բաղադրիչների ընդգծում, սեփական բառերով վերարտադրում: Տրամաբանական հիշողության արդյունավետությունը 20 անգամ ավելի մեծ է, քան մեխանիկականը:

- Յուրացրած նյութի հետագա կրկնողություն. ըստ Էբինհաուզի՝ սովորած նյութը անհրաժեշտ է ամրապնդել կրկնողություններով, որպեսզի ավելի երկար պահպանվի:

- Հիշելու պատկերավոր եղանակներ, այսինքն՝ ինֆորմացիայի վերածումը պատկերների, գրաֆիկների, սխեմաների, նկարների: Այս դեպքում գործում է պատկերավոր հիշողությունը:

- Մենտոտեխնիկաներ, որոնք բաղկացած են հատուկ հնարներից և հեշտացնում են հիշելու գործընթացը: Այն նպաստում է հիշողության ծավալի մեծացմանը: Մենտոտեխնիկա կարելի է անել ասոցիացիաների ձևավորման միջոցով, որի դեպքում ինֆորմացիան, փաստերը փոխարինվում են վառ տեսողական, լսողական պատկերներով, խորհրդանիշներով, ուժեղ ապրումներով:

Էյդետիզմը (հուն. էյդոս-պատկեր, արտաքին տեսք) հիշողության հատուկ, հիմնականում դիտողական տպավորությունների արտահայտչաձև է, որը հնարավորություն է տալիս պահպանելու և վերարտադրելու ընկալած առարկայի կամ երևույթի կենդանի պատկերը: Էյդետիկ պատկերները կարող են ամբողջանալ ընկալման այլ տեսակների (լսողական, տակտիլ, շարժողական, համի, հոտի և այլն) միջոցով: Էյդետիզմն այս կամ այն չափով բնորոշ է յուրաքանչյուրին, հատկապես մանկության, դեռահասության շրջանում:

Էյդետիկ հիշողությունն առարկայի վերարտադրումն է իր բոլոր մանրամասնություններով, որոնք տվյալ պահին չեն ներգործում տեսողական անալիզատորների վրա: Էյդետիկ պատկերները սովորականներից տարբերվում են նրանով, որ մարդը կարծես շարունակում է ընկալել առարկան նույնիսկ այն դեպքում, երբ այդ առարկան բացակայում է:

Էյդետիկ պատկերների ֆիզիոլոգիական հիմքը անալիզատորի մնացորդային գրգռումն է:

Իմպրինտինգը տպավորվելու մեխանիզմ է, այսինքն՝ հիշողության մեջ որոշակի ինֆորմացիայի ամրակցում: Իմպրինտինգ երևույթը բացահայտել է Կոնրադ Լորենցը՝ ուսումնասիրելով մոխրագույն սագերին, և այդ տերմինը ներկայացրել է զիտության մեջ: Իմպրինտինգն իրականանում է կյանքի կոնկրետ փուլերում՝ մանկության և դեռահասության շրջաններում: Հիշողության մեջ ամրակցվում են օբյեկտները և

դրանց հատկանիշները: Այդ օբյեկտներն են ծնողների, քույրերի, եղբայրների, թշնամիների կերպարները, ծննդավայրն իր բնորոշ առանձնահատկություններով:

Ռեմինիսցենցիան հիշողության ամենահետաքրքիր արդյունքներից է: Այն ինչ-որ բանի պատահական, ոչ կամաձին մտաբերումն է: Մի բանի, որը վաղուց մոռացվել է, և որը երկար ժամանակ մարդը չէր կարողանում հիշել:

Ռեմինիսցենցիան իրականանում է հետևյալ դեպքերում՝

- 1) երբ մարդը վաղուց սովորել, մտապահել է և գիտի համապատասխան նյութը,
- 2) երբ մարդն առաջին անգամ չէ, որ փորձում է վերհիշել նյութը,
- 3) երբ սովյալ նյութը հիշելու պահանջը պահպանվում է:

Հիշողության հիմնական բնութագրերը և գործընթացները

Հիշողությունը մյուս բոլոր հոգեկան ճանաչողական գործընթացների նման ունի որոշակի բնութագրեր: Հիշողության հիմնական բնութագրերն են ծավալը, տպավորվելու արագությունը, վերարտադրման հստակությունը, պահպանման տևականությունը, պահպանված ինֆորմացիայի օգտագործման պատրաստակամությունը:

Հիշողության ծավալը նկարագրում է ինֆորմացիան մտապահելու և պահպանելու հնարավորությունները: Ծավալի՝ որպես ցուցանիշի մասին խոսելիս օգտագործում են հիշվող ինֆորմացիայի միավորների քանակը:

Վերարտադրման արագության ցուցանիշը բնութագրվում է մարդու գործնական գործունեության մեջ ինֆորմացիան կիրառելու կարողությամբ:

Վերարտադրման հստակությունն արտացոլում է հիշողության մեջ պահպանված ինֆորմացիան հստակ պահպանելու և, ամենակարևորը, հստակ վրարտադրելու կարողությունը:

Հիշողության կարևորագույն նկարագրերից մեկը երկարատևությունն է. այն արտացոլում է անհրաժեշտ ինֆորմացիան որոշակի ժամանակ պահպանելու մարդու կարողությունը: Հաճախ մարդ կարողանում է հիշել անհրաժեշտ ինֆորմացիան, սակայն չի կարողանում այն պահպանել երկար ժամանակ: Օրինակ՝ քննությանը պատրաստվելու ժամանակ ուսանողը նյութը կարծես հիշում է, սակայն անհրաժեշտ պահին չի կարողանում վերարտադրել:

Հիշողության վերոնշյալ բնութագրերը այս կամ այն չափով նկարագրում են բոլոր գործընթացները, որոնք միավորում է «հիշողություն» հասկացությունը:

Հիշողության գործընթացներ: Հիշողությունը միավորում է նաև մի շարք հոգեկան պրոցեսներ, որոնք են մտապահումը, պահպանումը, վերարտադրումը, ճանաչումը և մոռացումը:

Մտապահումն ընկալված ինֆորմացիայի տպավորման ու հետագա պահպանման գործընթացն է: Ըստ այս գործընթացի ակտիվության մակարդակի՝ ընդունված է առանձնացնել մտապահման երկու տեսակ՝ դիտավորյալ (կամածին) և պատահական (ոչ կամածին): Ոչ կամածին մտապահման դեպքում չկա մտապահելու հատուկ նպատակ, չեն գործադրվում հատուկ հնարներ և կամային ճիգեր: Մտապահման մյուս առանձնահատկությունը հիշվող նյութի գիտակցվածության մակարդակն է: Առանձնացնում են մեխանիկական և գիտակցված մտապահում:

Ընկալված ողջ ինֆորմացիան մենք ոչ միայն մտապահում ենք, այլև որոշ ժամանակ պահպանում: **Պահպանումը**՝ որպես հիշողության գործընթաց, ունի իր օրինաչափությունները: Պահպանումը՝ կարող է լինել **դինամիկ** և **ստատիկ**: Դինամիկ պահպանումը դրսևորվում է օպերատիվ հիշողության մեջ, իսկ **ստատիկը**՝ երկարատև: Դինամիկ պահպանման դեպքում նյութը պարտադիր ենթարկվում է վերակառուցման և որոշակի վերամշակման, ստատիկի դեպքում, ընդհակառակը, այն քիչ է փոփոխվում: Վերակառուցումը կատարվում է մեր զգայարանների միջոցով անընդհատ ստացվող նոր ինֆորմացիայի շնորհիվ:

Հիշողությունից նյութի դուրսբերումը կատարվում է երկու գործընթացների՝ ճանաչման և վերարտադրման շնորհիվ: Ինչ-որ մի առարկայի **ճանաչումը** կատարվում է այն ընկալելու պահին, որի մասին պատկերացումը ձևավորվել է կա՛մ անձնական տպավորությունների, կա՛մ բառացի նկարագրերի հիման վրա: Օրինակ՝ մենք ճանաչում ենք շենքը, որում երբեք չենք եղել, սակայն որի մասին մեզ մանրամասն պատմել են:

Վերարտադրումը մեր կողմից ընկալված առարկայի պատկերի վերաստեղծման գործընթացն է: Մտապահման նման պահպանումը դասակարգում ենք կամածին և ոչ կամածին նկարագրերով: Հարկ է նշել, որ ճանաչման գործընթացներն իրարից տարբերվում են որոշակիության մակարդակով: Առավել թույլ որոշակիությունը նշվում է որպես օբյեկտի ծանոթ լինելու զգացում, առավել մեծ որոշակիությունը՝ լրիվ ճանաչմամբ:

Մոռացումն արտահայտվում է նախկինում ընկալված ինֆորմացիայի վերարտադրման անհնարությամբ: Մոռացումը դրսևորվում է երկու հիմնական տարբերակով՝ ա) վերհիշելու կամ ճանաչելու անհնարինությամբ, բ) սխալ վերհիշմամբ կամ սխալ ճանաչմամբ: 1885-ին գերմանացի գիտնական Էբինգհաուզը ստացավ մոռացման կորը, որի վրա երևում է, թե մարդը կարդացածի որ մասն է հիշում տարբեր ժամանակամիջոցներ անց: Առաջին ժամերին յուրացված տեղեկատվության ծավալը արագ նվազում է՝ 10 ժամ հետո կազմելով յուրացվածի 35 %-ը:

Զեյգարնիկի էֆեկտ

Խորհրդային հոգեբան Բ. Վ. Զեյգարնիկը պարզեց, որ երբ մարդը որոշում է որևէ գործողություն կատարել, ապա նրանում առաջ է գալիս այդ գործողությունն ավարտին հասցնելու միտում: Եթե

Հիպերմնեզիան հիշողության ոչ կամաձին ակտիվացումն է: Դա անցյալի մոռացված իրադարձությունների և ներկայի ոչ նշանակալի փաստերի ակտիվ վերարտադրման ընդունակությունն է: Ընդ որում, շատ է տուժում կամաձին մտապահումն ու վերարտադրումը: Հիպերմնեզիայի դեպքում նկատվում է մեխանիկական հիշողության սրացում և տրամաբանական-իմաստային ցուցանիշների վատթարացում: Հիշողության նման խախտում է հանդիպում գիտակցության հատուկ վիճակներում, հիպնոտիկ քնի ժամանակ, խմիչք, թմրանյութեր օգտագործելիս և հոգեկան տարբեր հիվանդությունների դեպքում:

Ամնեզիան (a+ հուն. mnesis-հիշողություն) մասնակի կամ ամբողջական հիշողության խանգարում է, որն առաջանում է ուղեղի տարբեր տեղային ախտահարումների դեպքում: Ամնեզիան (հիշակորուստ) կարող է տևել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի տարի: Տարբերում են մի քանի հիմնական ձևեր՝ **ռետրոգրադ, անտերոգրադ, անտերոռետրոգրադ, պսիխոզեն, վերարտադրողական (ռեպրոդուկցիոն), ֆիքսացիոն, պրոգրեսիվ**:

Ռետրոգրադ ամնեզիայի դեպքում մոռացվում են այն դեպքերն ու իրադարձությունները, որոնք նախորդում են հիվանդությանը կամ տրավմային:

Անտերոգրադ ամնեզիայի դեպքում մոռացվում են այն դեպքերն ու իրադարձությունները, որոնք կատարվել են հիվանդության կամ տրավմայի պահից հետո:

Անտերոռետրոգրադ ամնեզիան անտերոգրադ և ռետրոգրադ ամնեզիաների համակցությունն է:

Պսիխոզեն ամնեզիայի դեպքում խանգարվում են այն հիշողությունները, որոնք դրսևորվում են տհաճ, սթրեսային, տրավմայի ենթարկող անցյալի փորձի մոռացության դեպքում:

Վերարտադրողական ամնեզիան կոնկրետ պահին անհրաժեշտ տեղեկությունների, անունների, թվերի, տարեթվերի, ամսաթվերի, ձևակերպումների վերարտադրման դժվարությունը կամ անհնարինությունն է:

Ֆիքսացիոն ամնեզիան ընթացիկ դեպքերն ու իրադարձությունները հիշելու անհնարինությունն է, որի ժամանակ անցյալի իրադարձությունների հիշողությունները պահպանվում են:

Պրոգրեսիվ ամնեզիան հաճախ հանդիպող հիվանդություն է, որի դեպքում հիշողությունը դանդաղ ու անվերադարձ կորչում է:

Պարամնեզիաները հիշողության ախտաբանական արդյունքներն են: Հաճախ հանդիպող պարամնեզիաներից են կոնֆաբուլյացիան, պսևդոռեմինիսցենցիան, կրիպտոմնեզիան, էխոմնեզիան:

Կոնֆաբուլյացիան հիշողության խանգարման դեպքում դիտարկվող ոչ ճշգրիտ հիշողությունն է: Հիվանդը խոսում է հորինված դեպքերի և իրադարձությունների մասին, որոնք երբեք չեն եղել իր կյանքում: Սրանք սովորաբար վերաբերում են առօրյա, կենցաղային հարցերին, սակայն երբեմն արտահայտվում է ախտաբանական երևակայություն: Կոնֆաբուլյացիաները սովորաբար համադրվում են մտածողության խանգարումներին, ամնեզիաներին:

Պսևտոեմինիսցենցիաները սխալ մտապատկերներն են, հիշողության պատրանքները: Ճշգրիտ իրադարձությունները հիշվում են մեկ այլ ժամանակային հատվածում, հաճախ անցյալից տեղափոխում են ներկա: Երբ անցած իրադարձություններն ապրվում են ներկայում, դրսևորվում է մարդկանց սուտ, ոչ ճշգրիտ ճանաչում: Նման տարբերակը երբեմն ունենում է այնպիսի էլք, երբ մարդը իրեն հայելու մեջ չի ճանաչում:

Կրիպտոմնեզիան հիշողության խեղաթյուրումն է, որի դեպքում տեսածը, լսածը հիվանդին թվում են իրականում ապրված, ուրիշի մտքերն ու գաղափարները իր սեփականը, կամ անձնական դեպքերն ու իրադարձություններն ընդունվում են որպես օտար: Օրինակ՝ ֆիլմում տեսածը կամ գրքում կարդացածը ընդունվում է որպես սեփական կյանքում ապրված: Գոյություն ունեն նաև **էխոմնեզիաներ**, որոնց դեպքում ներկա պահին կատարվող դեպքերը թվում են նախկինում արդեն կատարված: Սա նման է դեժավյուին, սակայն դրանք նույնը չեն:

Հիշողության թեմայի համապատասխան գործնական օրինակ տե՛ս հավելված 3-ում:

7. Ուշադրություն

Ուշադրության բնութագիրը

Մարդու հոգեկան գործընթացների կարևորագույն յուրահատկություններից է ընտրականությունը: Ոչ ոք չի կարող միաժամանակ և այն էլ հստակ ու գիտակցորեն ընկալել այն ամենը, ինչ մատչելի է մեր զգայարաններին: Ուշադրություն դարձնել ինչ-որ բանի, նշանակում է հոգեկան գործունեությունն ուղղել դեպի այդ առարկան: Ի տարբերություն իմացական գործընթացների՝ ուշադրությունը իր սեփական, հատուկ բովանդակությունը չունի, արտահայտվում է այդ գործընթացների ներքո և անբաժան է նրանցից: Ուշադրությունը բնութագրում է հոգեկան գործընթացների դինամիկան:

Ուշադրությունը գիտակցության կենտրոնացումն ու ուղղվածությունն է դեպի որևէ առարկա կամ երևույթ, որն այս կամ այն նշանակությունն ունի մարդու համար:

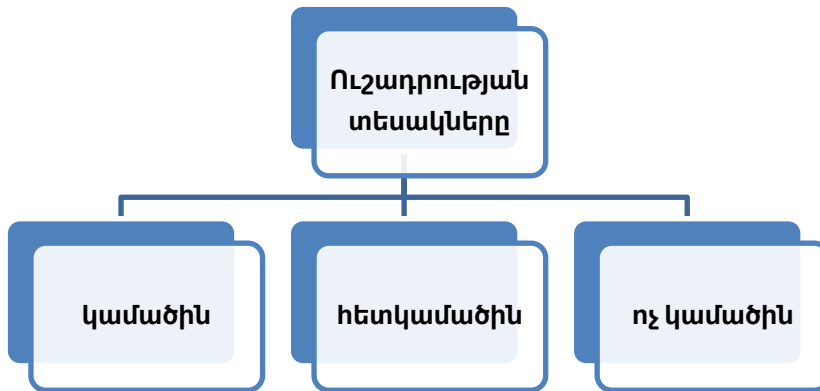
Իսկ ինչո՞ւ է մարդն իր հոգեկան գործունեությունը կենտրոնացնում և ուղղորդում կոնկրետ այդ օբյեկտի կամ երևույթի վրա: Ինչո՞ւ է մարդն ուշադիր մի հարցում, իսկ մյուսում՝ ոչ: Այն, ինչը որևէ նշանակություն ունի, ինչը բավարարում է պահանջմունքները կամ խոչընդոտում է դրանց բավարարմանը, ինչը պատասխանում է հետաքրքրություններին և հակումներին, ինչը ազդանշանում է մարդու համար առավել կամ պակաս կարևորը, ինչը ստիպում է նրան անհրաժեշտ կերպով կողմնորոշվելու շրջապատում, առաջացնում է գիտակցության կենտրոնացում և ուղղվածություն դեպի համապատասխան օբյեկտը: Այսպիսով, գիտակցության ուղղվածությունն ու կենտրոնացումը որոշվում է մարդու համար որևէ օբյեկտի նշանակությամբ:

Ուշադրության ֆունկցիաներն են՝

1. նշանակալի (կարևոր) ազդեցությունների ընտրում՝ համապատասխան տվյալ գործունեության պահանջներին,
2. ուրիշ, ոչ էական, մրցակից ազդեցությունների աքիամարիում,
3. կարևոր (տվյալ) գործունեության պահպանում, մինչև նպատակին հասնելը (գործունեության ավարտը), այսինքն՝ գործունեության ընթացքի կարգավորում և հսկում:

Ուշադրության տեսակները

Լինելով գիտակցության անհրաժեշտ կողմ՝ ուշադրությունը սերտորեն պայմանավորված է մարդու կամային ակտիվությամբ: Կենտրոնանալիս, ըստ կամքի մասնակցության աստիճանի, ընդունված է տարբերակել ուշադրության հետևյալ տեսակները՝ ոչ կամաձին, կամաձին և հետկամաձին:



Ոչ կամաձին ուշադրությունն առաջանում է ոչ կանխամտածված, առանց հատուկ ջանքերի: Սակայն դա չի նշանակում, որ այն առանց պատճառի է: Պատճառները, որոնք առաջացնում են մարդու ոչ կամաձին ուշադրությունը, պայմանավորված են արտաքին ներգործիչների՝ գրգռիչների առանձնահատկություններով: Ոչ կամաձին ուշադրությունը ծագումով սերտորեն կապված է «կողմնորոշիչ ռեֆլեքսների» հետ: Այդ պատկերավոր ձևակերպման հեղինակն է Ի. Պ. Պավլովը: Կողմնորոշիչ ռեֆլեքսներն առաջանում են ամեն մի նոր, անսպասելի գրգռման ժամանակ և առաջ են բերում այնպիսի հարմարվողական շարժումներ, որոնք ապահովում են գրգռիչի առավել ամբողջական և հստակ արտացոլում: Ոչ կամաձին ուշադրության պատճառ են ուժը, մեծությունը, գրգռիչների անսպասելիությունը, դրանց շարժումը և փոփոխությունը: Հատուկ նշանակություն ունի գրգռիչների հակասականությունը, նրանց տարբերությունը մեկը մյուսից: Օրինակ՝ հանկարծ վրա հասնող լռությունը լարում է ուշադրությունը, իսկ քար լռության դեպքում անգամ ամենաթույլ շշուկն անմիջապես ուշադրություն է գրավում: Օբյեկտները, որոնք կապված են տվյալ պահին մարդու ունեցած պահանջմունքների, զգացմունքների և ցանկությունների հետ, առաջացնում են ոչ կամաձին ուշադրություն: Օրինակ՝ երբ վիրահատվող հիվանդի հարազատները սպասում են վիրահատության ավարտին, կարող են ցանկացած շարժում կամ անցուդարձ բուժանձնակազմի կողմից մեկնաբանել որպես վիրահատվող հիվանդին առնչվող լուր:

Ոչ կամաձին ուշադրությունը պայմանավորված է մարդու գիտելիքներով, աշխարհայացքով, կայուն հետաքրքրություններով, տրամադրությամբ և անցած փորձի ողջ հարստությամբ: Բժիշկը նույնիսկ հիվանդի հետ պատահական հանդիպման ժամանակ էլ ակամայից սկսում է առանձնացնել նշանները, որոնք վկայում են հիվանդության բնույթի մասին: Մինչդեռ այն մարդու համար, ով հեռու է բժշկությունից, այդ նշաններն ակնառու չեն:

Կամաձին ուշադրությունն ունի հստակ արտահայտված, գիտակցական, կամային բնույթ և ի հայտ է գալիս որևէ գործունեություն կանխամտածված կատարելու դեպքում:

Մարդու աշխատանքային գործունեության մեջ արտահայտվող կամաձին ուշադրությունը գործի, ուսումնական պարապմունքների և ընդհանրապես աշխատանքի պարտադիր պայման է: Յուրաքանչյուր աշխատանքի ընթացքում միշտ էլ հարկավոր է նպատակահարմար կամքը, որն արտահայտվում է ուշադրությամբ, սպասվող արդյունքը ստանալու համար անհրաժեշտ է գիտակցության կենտրոնացումը, ուղղվածությունը և կազմակերպվածությունը, մինևույն ժամանակ էլ կարողությունը շեղվել երկրորդականից, ոչ էականից:

Կամաձին ուշադրության շնորհիվ մարդիկ կարող են զբաղվել ոչ միայն նրանով, ինչն անմիջապես հուզում, հետաքրքրում, գրավում է նրանց, այլև անմիջական գրավչություն չունեցող ինչ-որ գործով. զբաղվել ոչ այն պատճառով, որ «ցանկալի է», այլ այն պատճառով, որ «պետք» է: Եվ մարդուն որքան քիչ է գրավում աշխատանքը, այնքան ավելի մեծ կամային ջանքեր են պահանջվում ուշադրությունը պահելու համար:

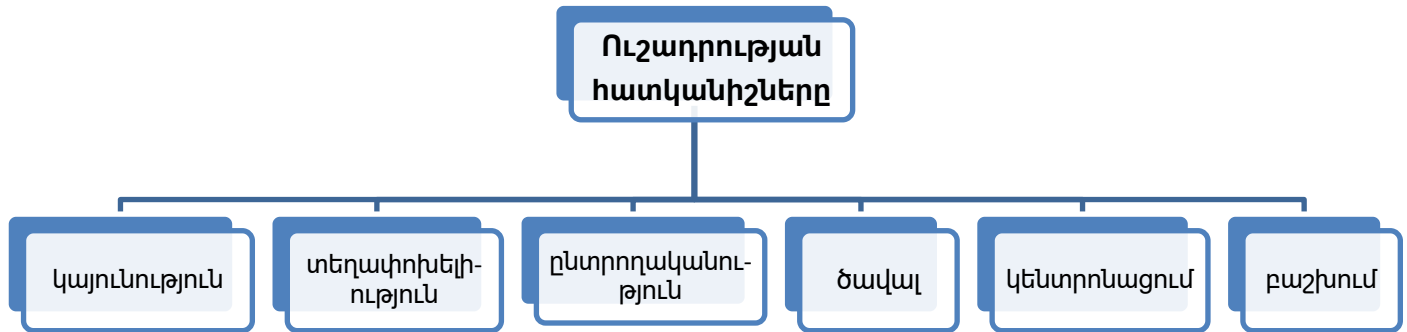
Կամաձին ուշադրությունն առաջացնող և պահպանող պատճառներից է ուշադրության օբյեկտի նշանակալիության գիտակցումը տվյալ գործունեությունը կատարելու, պահանջմունքները բավարարելու համար, մինչդեռ ոչ կամաձին ուշադրության դեպքում օբյեկտի նշանակալիությունը կարող է չգիտակցվել: Ստեղծագործական աշխատանք կատարող մարդուն բնորոշ է ուշադրության կամաձին ձևը, որի դեպքում կամային լարման նվազումը կարող է աշխատանքային հմտությունների ձեռքբերման և մշակման արդյունք լինել:

Հետկամաձին ուշադրությունը գիտակցության ակտիվ, նպատակաուղղված կենտրոնացումն է, որի դեպքում անհրաժեշտ չեն կամային ջանքեր, քանի որ գործունեության հանդեպ մեծ ոգևորություն կա: Ետկամաձին ուշադրությունն առաջանում է գործում ներգրավվելու միջոցով և դրա հետևանքով հետաքրքրության առաջացմամբ, և արդյունքում երկար ժամանակ պահպանվում է նպատակաուղղվածությունը, վերանում է լարվածությունը, և մարդը չի հոգնում: Աշխատանքն այնքան է կլանում մարդուն, որ ընդմիջումները սկսում են նյարդայնացնել նրան: Հետկամաձին ուշադրությունն առաջանում է այն իրավիճակներում, երբ գործունեության թիրախը պահպանվում է, սակայն ետ է մղվում կամային ջանքերի անհրաժեշտությունը: Օրինակ՝ կլինիկական նոր առարկայի դասընթացի յուրացումը սկզբնական շրջանում ուսանողից պահանջում է կամային մեծ ջանքեր, սակայն աստիճանաբար ծանոթանալով տեսությանը և իմացությունն ամրապնդելով

գործնական դասընթացի ժամանակ՝ նա կարող է այնպես տարվել աշխատանքով, որ այլևս հարկավոր չլինեն կամային ջանքեր:

Ուշադրության հատկանիշները

Ուշադրությանը բնորոշ են մի շարք հատկանիշներ՝ կայունությունը, տեղափոխելիությունը, բաշխումը, կենտրոնացումը (ապակենտրոնացում), ընտրողականությունը և ծավալը:



Յուրաքանչյուր անհատ առանձնանում է որոշակի հատկության հատակությամբ և վատ արտահայտչականությամբ: Սրա հիման վրա էլ մենք կարող ենք խոսել ուշադրության անհատական առանձնահատկությունների մասին: Ուշադրության **կայունությունը** գիտակցության կենտրոնացման աստիճանն ու երկարատևությունն է, որի ցուցանիշը զգալի տատանումների (կենտրոնացման ժամանակավոր թուլացման) բացակայությունն է: Ուշադրության կայունությունը ֆիզիոլոգիապես բացատրվում է երկրորդական գրգռիչների ազդեցության արգելակմամբ:

Կայունությունը պայմանավորված է իրականացվող գործունեության բովանդակությամբ, դժվարությամբ, մարդու անձնական և հասարակական պահանջմունքների բավարարման նշանակության գիտակցումով: Ուշադրությունը կայուն է մինչ այն պահը, քանի դեռ կատարվող աշխատանքն ակտիվացնում է մարդու հոգեկան գործունեությունը, սնում է մտածողությունը, երևակայությունը, զգացմունքները: Այս դեպքում էական դեր են կատարում պատասխանատվության զգացումն ու կարգապահությունը: Ակտիվ գործունեության ավարտի և տվյալ օբյեկտի նշանակալիության կորստի հետ մեկտեղ ուշադրությունը շեղվում և տեղափոխվում է այլ օբյեկտների վրա: Կայունությունը ուշադրության ամենաարժեքավոր հատկանիշներից է, որն անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր գործունեության ընթացքում:

Տեղափոխելիության դեպքում կանխամտածված անցում է կատարվում ուշադրության մի օբյեկտից մյուսին, որը տվյալ պահին սերտորեն կապված է տվյալ անհատի պահանջմունքների, սովորությունների հետ, հասարակական կյանքի պայմանների կողմից նրան ներկայացվող պահանջների հետ: Տեղափոխելիությունը հարկավոր է տարբերակել շեղումից, երբ գիտակցության ուղղվածության փոփոխությունը կատարվում է անկանխամտածված: Օրինակ՝ մի հիվանդի գնումից մյուս հիվանդին անցնելը ուշադրության տեղափոխում է:

Ուշադրության **բաշխման** դեպքում հնարավոր է մի քանի գործ անել միաժամանակ: Այս հատկանիշը չափազանց կարևոր է կյանքում: Ուշադրության բաշխման հնարավորությունը պայմանավորված է սովորությունն դարձած գործողությունների ավտոմատացման աստիճանով: Եթե միևնույն ժամանակահատվածում իրականացվում են երկու կամ մի քանի գործողություններ, որոնք նախկինում միաժամանակ չէին կատարվում, ապա ուշադրության բաշխումը բավականին բարդանում է:

Գիտափորձական ուսումնասիրության ժամանակ հաշվի է առնվում նաև ուշադրության **ծավալը**, որը բնութագրվում է միաժամանակ ընկալվող օբյեկտների քանակով (5-9 միավոր): Որքան մեծ է ուշադրության ծավալը, այնքան ավելի շատ ինֆորմացիա է ընկալվում: Ուշադրության ծավալը պայմանավորված է նյութին ծանոթ լինելով, շահագրգռվածությամբ, ինչպես նաև միաժամանակ ընկալվող օբյեկտների միջև կապի առկայությամբ կամ բացակայությամբ: Արագ կարդացող մարդը կարող է մի հայացքով, այսինքն՝ 1/20 վրկ. կարդալ միանգամից մինչև 20-30 տառ, որոնք նրան քաջ ծանոթ մի քանի բառ են: Այդ նույն ժամանակահատվածում նա դժվարությամբ է ըմբռնում միմյանց հաջորդող 4 կամ 5-ից ավելի բաղաձայն տառեր:

Ուշադրության **կենտրոնացումն** այն երևույթն է, երբ մարդու հոգեկան ակտիվությունը վերաբերում է միայն այն առարկային կամ գործունեությանը, որով զբաղված է տվյալ պահին: Ուշադրության կենտրոնացումը կարող է տևել 15-20 րոպե:

Քանի որ ուշադրության կարևորագույն հատկանիշ է գիտակցության կենտրոնացումը, ուստի բազմաթիվ գրգռիչներ հստակ չեն ընկալվում, որն էլ **ցրվածության** առաջացման պատճառ է դառնում: Ցրվածությունը լինում է մի քանի տեսակ.

1.Իրական ցրվածություն, որն առաջին անգամ նկարագրել է Ու. Ջեյմսը: Այս դեպքում մարդը կտրվում է կարևոր գործից և չի կարողանում ոչ մի կերպ կենտրոնանալ ինչ-որ բանի վրա: Սովորաբար առաջանում է անքնությունից, հոգնածությունից, գլխացավից, միօրինակ աշխատանքից:

2.Կեղծ ցրվածություն. առաջանում է ուշադրության բաշխման դժվարության հետևանքով: Դիտարկվում է որպես խոր ներքին կենտրոնացման բացասական արդյունք: Մարդն այնքան է տարված սեփական զգացմունքներով ու մտորումներով, որ չի նկատում այն, ինչ կատարվում է իր շուրջը:

3.Աշակերտական ցրվածություն. դրսևորվում է ծայրահեղ շարժունության և ուշադրության շեղման դեպքում: Ոչ կամաձին ուշադրությունը տեղափոխվում է մի օբյեկտից մյուսին՝ չմնալով ո՛չ մեկի, ո՛չ էլ մյուսի վրա: Շատ հաճախ է հանդիպում այն երեխաների շրջանում, ովքեր գերակտիվության հետ միասին հոգեախտաբանական խնդիրներ և ուշադրության դեֆիցիտի (պակասուրդի) համախտանիշ ունեն:

4.Ծերունական ցրվածություն. դժվար, վատ տեղափոխելիություն անբավարար կենտրոնացումով: Ուշադրությունը քարանում է որևէ բանի վրա, ընդ որում, ուշադրության աստիճանը ցածր է և անարդյունավետ:

5. 20-րդ դարի սկզբում **գեշտալտ** հոգեբանները ցրվածությունը ներկայացնում էին որպես որոշակի գործողությունների, մտքերի, զգացմունքների նկատմամբ լարված անուշադրություն: Օրինակ՝ դժվար է կենտրոնանալ **ցաաման** վրա:

6. **Մոտորային, իմացական անուշադրություն.** սովորական դարձած իրադրության, սրտի, ժամացույցի աշխատանքի նկատմամբ:

7. **Մոտիվացիոն անուշադրություն.** մարդը չգիտակցելով խուսափում է որոշակի մարդկանցից, վայրերից, թեմաներից (Չ. Ֆրոյդ):

Ուշադրության հոգեախտաբանության մեջ ներկայացված են.

1. *Ցրվածություն*՝ ուշադրությունը ընտրված կամ թելադրված ուղղությամբ կենտրոնացնելու ունակության խախտում: Այն դառնում է անկայուն:
2. *Հյուծվածություն*՝ ուշադրության ինտենսիվության հարաճուն նվազում որևէ գործունեության ընթացքում՝ ի սկզբանե բարձր աստիճանից:
3. *Ուշադրության նեղացում*՝ ախտաբանական կենտրոնացում որևէ գործունեության վրա, որը պայմանավորված է ուշադրությունը բաշխելու թուլությամբ: Ուշադրության ծավալը սահմանափակվում է իրավիճակային և անձնային նշանակություն ունեցող օբյեկտներով:
4. *Դժվարաշարժություն*՝ ուշադրության դանդաղ և դժվար շարժողականություն մի օբյեկտից մյուսն անցնելու ընթացքում: Արտահայտվում է նրանով, որ հիվանդի ուշադրությունը շարունակում է կենտրոնացած մնալ իր արդիականությունը կորցրած օբյեկտների վրա:

8. Մտածողություն

Մտածողության բնույթը և հիմնական տեսակները

Մտածողությունը բարձրագույն ճանաչողական, իրականության միջնորդավորված ու ընդհանրացված, սոցիալապես պայմանավորված, էապես նորի որոնումների և բացահայտումների հոգեկան գործընթաց է: Մտածողության էությունը ստեղծագործական արտացոլման և մարդու կողմից իրականության փոխակերպման հիման վրա նոր գիտելիքի առաջացումն է: Այն օբյեկտիվ իրականության առարկաների և երևույթների, կապերի ու հարաբերությունների արտացոլման հոգեկան ճանաչողական գործընթաց է: Մտածողությունը նոր գիտելիքների, ստեղծագործական վերակերպավորումների աղբյուր է:

Մտածողության միջոցով մարդը դուրս է գալիս զգացողական ճանաչողության սահմաններից և ձեռք բերում իր գործունեությունը ծրագրելու և կանխատեսելու ունակություն: Մտածել, նշանակում է բացահայտել այն օրինաչափություններն ու հատկանիշները, որոնք ակնհայտ չեն, այլ «թաքնված են»

երևույթների կամ առարկաների խորքային հարաբերություններում: Մտածողության տարրական դրսևորումներ ունեն նաև կենդանիները: Այն տարբերվում է հոգեբանական մյուս գործընթացներից նրանով, որ համարյա միշտ կապված է խնդրահարույց իրավիճակների հետ, որոնք պահանջում են լուծում, պայմանների ակտիվ փոփոխություն: Մտածողությունը, ի տարբերություն ընկալման, դուրս է գալիս զգայականի սահմաններից՝ ընդլայնելով ճանաչողության սահմանները: Այս դեպքում զգայական ինֆորմացիայի հիման վրա կատարվում են տեսական և գործնական եզրահանգումներ: Այն արտացոլում է կեցությունը ոչ միայն առանձին իրերի, երևույթների և դրանց հատկությունների ձևով, այլև տալիս է դրանց միջև գոյություն ունեցող կապերը, որոնք անմիջապես ընկալման մեջ չկան: Մտածողության մեջ այդ կապերը հանդես են գալիս որպես օրենքներ, ճշմարտություններ:

Մտածողությունը առանձին հոգեկան գործընթաց է, սակայն այն անտեսանելիորեն առկա է ճանաչողական մյուս գործընթացների՝ ընկալման, երևակայության, հիշողության, ուշադրության, խոսքի մեջ: Այս գործընթացների բարձրագույն ձևերը անպայմանորեն կապված են մտածողության հետ, որն էլ որոշում է այդ գործընթացների զարգացման մակարդակը:

Մտածողությունը մտքերի շարժում է, որը բացահայտում է իրերի էությունը: Մրա արդյունքը ոչ թե պատկերն է, այլ որոշակի միտքը, գաղափարը: Մտածողության յուրահատուկ արդյունք է հասկացությունը, որն առարկաների դասի, դրանց ընդհանուր և էական առանձնահատկությունների ընդհանրացված արտացոլումն է:

Մտածողության հիման վրա մարդը ճանաչում է աշխարհը, որի օգնությամբ առանձին դեպքերն ու երևույթները կարող է կապել տրամաբանական կապերով: Ընդ որում, այն ընդհանրացնում է զգայական փորձի արդյունքները և արտացոլում է իրերի ընդհանուր հատկանիշները: Այդ ընդհանրացված հիմքի վրա մարդը լուծում է տալիս կոնկրետ ճանաչողական խնդիրներին: Օրինակ՝ մենք գիտենք, որ չի կարելի ծխել գազալցակայանում և նույնիսկ չենք էլ փորձում դա անել: Մեր գիտակցությունը կառուցել է տրամաբանական կապ գազի պայթյունավտանգության ու ծխելու միջև և կանխավ զգուշացրել, թե ինչ կարող է կատարվել տեխնիկական անվտանգության կանոնները խախտելու դեպքում:

Որպես առանձնահատուկ հոգեկան գործընթաց՝ մտածողությունն ունի մի շարք առանձնահատկություններ և ցուցանիշներ: Նման ցուցանիշ է իրականության ընդհանրացված արտացոլումը, քանի որ մտածողությունը ընդհանուրի արտացոլումն է իրական աշխարհի առարկաների և երևույթների մեջ, ինչպես նաև ընդհանրացումների տարածումն ու կիրառումը առանձին առարկաների և երևույթների վրա:

Երկրորդ՝ մտածողության ոչ պակաս կարևոր ցուցանիշ է օբյեկտիվ իրականության միջնորդավորված ճանաչումը: Վերջինիս էությունն այն է, որ մենք ի վիճակի ենք առարկաների և երևույթների որակների և բնութագրերի մասին դատողություններ անելու առանց դրանց հետ անմիջական շփման մեջ մտնելու՝ տեղեկատվության վերլուծության միջոցով:

Մտածողության հաջորդ կարևորագույն բնութագիրն այն է, որ մտածողությունը միշտ պայմանավորված է այս կամ այն խնդրի լուծմամբ, որ առաջանում է պրակտիկ գործունեության կամ ճանաչման գործընթացում: Մտածողության գործընթացն առավել հստակ սկսում է դրսևորվել այն դեպքում, երբ առաջանում է խնդրահարույց իրավիճակ, որը լուծման կարիք ունի: Մտածողությունը միշտ սկսվում է հարցից, որի պատասխանն էլ հենց մտածողության նպատակն է:

Մտածողության բացառիկ առավելությունը խոսքի հետ անբախտելի կապն է: Մտքերը միշտ ունեն խոսքային ձև, անգամ, երբ խոսքը ձայնային չէ: Մենք մտածում ենք բացառապես բառերով:

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել այն հանգամանքը, որ չնայած մտածողությունը և խոսքը սերտորեն կապված են, սակայն ամենևին նույնը չեն: Վերջինիս ապացույց կարող է լինել նույն միտքը տարբեր բառերով արտահայտելու կարողությունը, կամ երբ բառեր չենք գտնում արտահայտելու մեր միտքը:

Մտածողության ուսումնասիրությունը բարդ գործընթաց է, քանի որ մտածողությունը՝ որպես առանձին հոգեկան գործընթաց, գոյություն չունի: Մտածողությունն առկա է մնացած բոլոր հոգեկան գործընթացներում, այդ թվում ընկալման, երևակայության, հիշողության, խոսքի մեջ: Այս գործընթացների բոլոր բարձրագույն ձևերը որոշակի չափով, իրենց զարգացման մակարդակով պայմանավորված, կապված են մտածողության հետ:

Մտածողության տեսակները

Մտածողության հիմնական տեսակների դասակարգումը	
<ul style="list-style-type: none"> • ըստ մտածողության բովանդակության 	<ul style="list-style-type: none"> • ակնառու-գործնական ակնառու-պատկերավոր • բառատրամաբանական (հասկացութային կամ վերացական)
<ul style="list-style-type: none"> • ըստ խնդրի լուծման բնույթի 	<ul style="list-style-type: none"> • տեսական • գործնական
<ul style="list-style-type: none"> • ըստ մտածողության ուղղվածության 	<ul style="list-style-type: none"> • իրական (ռեալիստիկ) • աուտիստիկ
<ul style="list-style-type: none"> • ըստ նորույթի աստիճանի 	<ul style="list-style-type: none"> • վերարտադրող • ստեղծագործական
<ul style="list-style-type: none"> • ըստ գործընթացի ժամանկի, կառուցվածքի և մակարդակի 	<ul style="list-style-type: none"> • տրամաբանական (անալիտիկ կամ դիսկուրսիվ) • ինտուիտիվ

Ըստ մտածողության բովանդակության՝ առանձնացնում են ակնառու-գործնական, ակնառու-պատկերավոր և բառատրամաբանական (հասկացութային) տեսակները:

Ակնառու-գործնական մտածողության էությունը իրական առարկաների գործնական փոխակերպման գործունեությունն է: Խնդրի լուծման հիմնական պայմանն է ճշգրիտ գործողությունը համապատասխան առարկայի հետ: Նման մտածողությունը հիմնականում հատուկ է արտադրական աշխատանք կատարող մարդկանց, ում աշխատանքի արդյունքը որևէ նյութական բարիք ստանալն է:

Ակնառու-պատկերավոր մտածողությունը հիմնվում է պատկերացումների և պատկերների վրա: Այս մտածողության դեպքում խնդիրներ լուծելու համար օգտագործվում են ոչ թե հասկացություններ, դատողություններ, եզրահանգումներ, այլ պատկերներ: Այս պատկերները դուրս են բերվում անմիջականորեն հիշողությունից կամ վերարտադրվում են երևակայության միջոցով: Մտավոր խնդիրները լուծելու գործընթացում այս պատկերները մտովի փոխակերպվում են այնպես, որ դրանց մանիպուլյացիայի արդյունքում մենք կարող ենք գտնել մեզ հետաքրքրող հարցերի պատասխանները:

Բառատրամաբանականը (հասկացութային կամ վերացական) իրականացվում է տրամաբանական գործողությունների և հասկացությունների միջոցով: Խնդրի լուծման ընթացքում մարդը դիմում է որոշակի հասկացությունների, գործողությունը կատարում է մտքում՝ անմիջապես գործ չունենալով այն փորձի հետ, որը ձեռք է բերում զգայական օրգանների միջոցով: Ընդ որում, այս կամ այն մտավոր խնդիրները լուծելիս մենք չենք դիմում նոր տեղեկատվություն հայթայթելուն, այլ օգտվում ենք պատրաստի, ուրիշների կողմից ստացած գիտելիքներից, որոնք արտահայտվում են հասկացություններով, դատողություններով և եզրահանգումներով: Բառատրամաբանական (ըմբռնողական կամ հասկացութային) մտածողությունը կիրառվում է գիտական տեսական հետազոտությունների դեպքում:

Ըստ խնդրի լուծման բնույթի՝ մտածողությունը լինում է տեսական և գործնական: **Տեսական մտածողությունը** օրենքների, կանոնների իմացությունն է: Կարևոր բնութագիրը ընդհանրացումն է. մի դեպքում դրանք գիտական հասկացություններն են, մյուս դեպքում՝ կենցաղային, իրադրային ընդհանրացումները, օրինակ՝ Մենդելեևի պարբերականության աղյուսակի, մաթեմատիկական, փիլիսոփայական օրենքների բացահայտումները: **Գործնական** մտածողության դեպքում կատարվում է իրականության գործնական, ֆիզիկական փոխակերպում, այսինքն՝ նպատակադրում, պլանի, պրոյեկտի, սխեմայի կառուցում: Մտածողության տեսական և գործնական տեսակների միջև տարբերությունն ըստ Բ. Մ. Տեպլովի այն է, որ դրանք տարբեր ձևերով են կապված գործնական գործունեության հետ: Գործնական մտածողության աշխատանքը հիմնականում ուղղված է մասնավոր կոնկրետ խնդիրների լուծմանը, իսկ տեսականինը՝ հիմնականում ընդհանուր օրինաչափություններ գտնելուն: Թե՛ տեսական, թե՛ գործնական

մտածողությունները կապված են գործնականի հետ, բայց գործնականի դեպքում այդ կապն անմիջական և ուղղակի բնույթ ունի:

Նշենք, որ մտածողության այս բոլոր տեսակները դիտարկվում են նաև որպես դրա զարգացման մակարդակներ: Տեսական մտածողությունն ավելի կատարյալ է, քան գործնականը, իսկ հասկացութայինը զարգացման ավելի բարձր մակարդակ է, քան պատկերավորը: Նման եզրակացություններն իրական հիմք ունեն, քանի որ մտածողության ըմբռնողական և տեսական տեսակներն իսկապես ավելի ուշ են ի հայտ գալիս ֆիլոգենետիկում և օնտոգենետիկում, քան գործնականն ու պատկերավորը: Սակայն մյուս կողմից էլ նշվածներից յուրաքանչյուրն ինքնուրույն, մյուսներից հարաբերականորեն անկախ կարող է զարգանալ և հասնել այնպիսի բարձրության, որ ակներևաբար կգերազանցի ֆիլոգենետիկորեն ավելի ուշ, բայց օնտոգենետիկորեն պակաս զարգացած ձևը: Օրինակ՝ լավ վերապատրաստված բանվորի ակնառու-գործնական մտածողությունը կարող է ավելի զարգացած լինել, քան տեսական թեմաների վրա խորհող ուսանողի ըմբռնողականը: Նկարչի ակնառու-պատկերավոր մտածողությունն ավելի կատարյալ կարող է լինել, քան միջակ գիտնականի բառատրամաբանականը:

Տարբերում են նաև տրամաբանական (դիսկուրսիվ կամ անալիտիկ) և ինտուիտիվ մտածողության տեսակները: **Ինտուիտիվ** մտածողությունը բնութագրվում է արագությամբ, հստակ արտահայտված փուլերի բացակայությամբ, քիչ գիտակցվածությամբ: Իսկ **տրամաբանական կամ դիսկուրսիվ** մտածողությունն ընթանում է փուլ առ փուլ, պահանջում է ժամանակ, գիտակցված է:

Ըստ մտածողության ուղղվածության՝ առանձնացնում են իրական (ռեալիստիկ) և աուտիստիկ տեսակները: **Ռեալիստիկ** մտածողությունն ուղղված է դեպի արտաքին աշխարհ, կարգավորվում է տրամաբանական օրենքներով, իսկ **աուտիստիկը**՝ դեպի սեփական ներաշխարհ, կապված է մարդու ցանկությունների իրականացման հետ: Եթե մտածողությունը դիտարկենք նորույթի, լուծվող խնդրի օրիգինալության տեսանկյունից, ապա կարող ենք տարաբաժանել **ստեղծագործական** (պրոդուկտիվ, դիվերգենտ, կրեատիվ) և **վերարտադրող** (ռեպրոդուկտիվ, կոնվերգենտ) տեսակների: Ստեղծագործական մտածողության արդյունք է խնդրի լուծման սկզբունքորեն նոր կամ կատարելագործված տարբերակը:

Այսպիսով, մտածողության թվարկած բոլոր տեսակները համագոյակցում են, կարող են ներկայանալ միևնույն գործունեության մեջ, սակայն պայմանավորված այդ գործի բնույթով և վերջնական նպատակներով՝ գերիշխում է մտածողության այս կամ այն տեսակը: Մրա հիման վրա էլ դրանք տարբերվում միմյանցից: Ըստ բարդության աստիճանի, ըստ պահանջների, որոնք ներկայացվում են մարդու ինտելեկտուալ և մյուս ընդունակություններին, մտածողության այս բոլոր տեսակները չեն զիջում միմյանց:

Մտածողության գործընթացները կամ մտավոր գործողությունների հիմնական տեսակները

Ի տարբերություն մյուս գործընթացների՝ մտածողությունն իրականանում է որոշակի տրամաբանության համապատասխան: Մտածել, նշանակում է ոչ թե արտացոլել կամ արձագանքել արտաքինի ազդեցությանը, այլ հիմնվելով նախկին փորձի, զգացողական ճանաչողության արդի փորձի վրա ստեղծել նոր տրամաբանական ձևեր (ինդուկտիվ և դեդուկտիվ բնույթի)՝ հասկացություններ, դատողություններ, եզրահանգումներ (կամ մտահանգումներ): Այս պրոցեսը կոչվում է ասոցիատիվ և կատարվում է մի շարք փուլերով՝ համեմատում, վերլուծություն, համադրում, ընդհանրացում, կոնկրետացում, վերացարկում: Սրանց արդյունքում էլ ձևավորվում են վերը նշված տրամաբանական կամ մտածողական ձևերը:

Համեմատում: Շրջապատող աշխարհի առարկաների և երևույթների միջև նմանությունների և տարբերությունների բացահայտումը կոչվում է **համեմատում**: Երկու առարկաներին նայելիս մենք միշտ նկատում ենք՝ ինչով են դրանք նման և ինչով են տարբեր: Համեմատումը կատարում ենք ըստ որոշակի որակների, դրանով պայմանավորված՝ միևնույն առարկաները մի դեպքում նմանեցնում ենք իրար, մեկ այլ դեպքում չենք տեսնում ոչ մի նմանություն: Համեմատելու գործողությունը մենք միշտ կարող ենք իրականացնել երկու ճանապարհով՝ անմիջականորեն և միջնորդավորված: Երկու առարկա կամ երևույթ կարող ենք համեմատել՝ դրանք միաժամանակ ընկալելով. համեմատումն իրականացվում է անմիջականորեն: Երբ համեմատումը կատարում ենք մտահանգումների ճանապարհով, կիրառում ենք միջնորդավորված համեմատում: Համեմատելու հաջողությունը պայմանավորված է այն փաստով, թե որքան ճիշտ են ընտրված համեմատման ցուցանիշները:

Վերլուծություն (անալիզ) և համադրում (սինթեզ): Վերլուծությունն ինչ-որ բանի մտովի մասնատումն է կամ առանձին հատկանիշների մտովի առանձնացումը: Այն հնարավորություն է տալիս ամբողջականը մասնատելու բաժինների, այսինքն՝ հնարավորություն է տալիս հասկանալու մեր ընկալածի կառուցվածքը: Վերլուծության հակադիր գործողությունը համադրումն է: Համադրումը առարկաների կամ երևույթների մասերի և դրանց առանձին որակների մտավոր միավորումն է մեկ ամբողջության մեջ: Այն կարող է իրականացվել ինչպես ընկալման, այնպես էլ հիշողությունների և մտապատկերների հիման վրա:

Վերացարկում (աբստրակցիա): Առարկայի որոշակի մասերի կամ հատկությունների էական ցուցանիշների առանձնացումն ու դրանց ընդգծումը կոչվում է վերացարկում: Վերացարկման իմաստն այն է, որ, ինչ-որ առարկա ընկալելիս և դրա մեջ որոշակի մաս առանձնացնելով, մենք պետք է առանձնացված հատվածը կամ հատկությունը դիտարկենք տվյալ առարկայի այլ հատվածներից և հատկություններից անկախ: Այսպիսով, վերացարկման միջոցով մենք կարող ենք առանձնացնել մի հատվածը կամ հատկությունն

ընկալվող տեղեկատվության ողջ հոսքից, այսինքն՝ հեռանանք կամ վերացարկվենք ստացվող տեղեկատվության այլ ցուցանիշներից:

Կոնկրետացումը վերացարկման հակառակ գործընթացն է: Վերջինս ինչ-որ եզակիի պատկերացումն է, որ համապատասխանում է այս կամ այն հասկացությանը կամ ընդհանուր դրվածքին: Այն հիմնականում հանդես է գալիս որպես օրինակ կամ որպես ինչ-որ ընդհանուրի նկարագիր: Օրինակ՝ «սեղան» հասկացության կոնկրետացումներ են «գրասեղանը», «ճաշի սեղանը», «աշխատանքային սեղանը» և այլն:

Ինդուկցիա և դեդուկցիա: Մտավոր գործողություններում ընդունված է դասակարգել մտահանգումների երկու հիմնական տեսակ՝ դեդուկտիվ և ինդուկտիվ: Ինդուկցիան մասնավոր դեպքերից անցումն է ընդհանուր դրույթի:

Կատարվում է **ընդհանրացում**՝ առարկաների և երևույթների միջև ընդհանուրի մտավոր առանձնացում, և դրա հիման վրա էլ կատարվում է այդ առարկաների միմյանց հետ միավորումը: Ընդհանրացման անհրաժեշտ նախադրյալ է առարկաների համեմատումը: Հակառակ գործընթացը դեդուկցիան է: Վերջինս մտահանգումն է, որ արված է մասնավոր դեպքի վերաբերյալ ընդհանուր դրության հիման վրա:

Դասակարգումը կամ համակարգումը առարկաների խմբերի և ենթախմբերի միջև մտովի համակարգումն է՝ պայմանավորված դրանց նմանություններով և տարբերություններով:

Մտածողության ձևերը երեքն են՝ հասկացողություն, դատողություն, մտահանգում:

Հասկացությունը մտածողության դրսևորման այն ձևն է, որում արտացոլվում են առարկաների և երևույթների ընդհանուր և միաժամանակ էական հատկությունները:

Դատողությունը մտածողության դրսևորման այն ձևն է, որն առարկաների, երևույթների և նրանց հատկությունների վերաբերյալ հաստատումը կամ ժխտումն է: Դատողությունը հենց այն հիմնական գործողությունն է, որով իրականացվում է մտածողությունը, քանի որ մտածել, նշանակում է առաջին հերթին դատել: Դատողությունները լինում են ընդհանուր, մասնավոր և եզակի: Այլ կերպ ասած, դատողությունը մտածողության այլ ձևն է, երբ մեկ հասկացությունից գալիս ենք նոր հասկացության:

Մտահանգումը մտածողության դրսևորման այն ձևն է, երբ մարդը, համադրելով և վերլուծելով զանազան դատողություններ, հանգում է նոր դատողության: Մտածողության գործընթացում մարդը կիրառում է մտահանգման երկու ձև՝ ինդուկտիվ և դեդուկտիվ:

Մտածողության խանգարումները

Մտածողության խանգարումները բազմազան են և դասակարգվում են ըստ տեմպի, ըստ կառուցվածքի և ըստ բովանդակության:

1. Մտածողության խանգարումներն ըստ տեմպի լինում են արագացում (մենտիզմ), դանդաղում (մուտիզմ), ընդհատում (շպերունգ): **Մենտիզմի** դեպքում արագ և անընդհատ մտքեր են առաջանում: Չնայած

մտքի նպատակասլացությունը պահպանվում է, սակայն մտքերի առատության և արագ հերթափոխման պատճառով մնում են անավարտ, անհասկանալի: Մտածողության դանդաղեցման (**մուտիզմ**) դեպքում մտքերի քանակը նվազում է, միտքն աղքատանում է, սակայն պահպանվում է նպատակայնությունը: Ըստ երևույթին, հիվանդը հասկանում է հարցը, սակայն չի պատասխանում դրանց: Մուտիզմը շատ հաճախ ուժեղ ապրումների հետևանք է (օրինակ՝ վախի), բայց հանդիպում է նաև դեպրեսիայի, գիտակցության խանգարումների, թուլամտության դեպքում: Առավել արտահայտված դեպքերում միտքն առհասարակ բացակայում է (**շպերունգ**):

2. Մտածողության խանգարումներն ըստ կառուցվածքի:

Հանգամանության դեպքում մարդն այնքան է մանրամասնում իր միտքը, կենտրոնանում երկրորդական մասնիկների վրա, որ կորցնում է կարևոր էական իմաստը: Օրինակ՝ այն հարցին, թե հիվանդը իրեն ինչպես է զգում, նա սկզբից վերհիշում է իր ամբողջ օրը, ինչպես է արթնացել, ում հետ է հանդիպել, ինչ է արել, և ի վերջո պատասխանում է հարցին: Հանգամանությունը հիմնականում հանդիպում է էպիլեպսիայով և շիզոֆրենիայով հիվանդների շրջանում:

Մտքի դանդաղաշարժության (մածուցիկությունը) դեպքում հիվանդը դժվարությամբ է արտահայտում միտքը, ընդ որում, մտքի վերջը չի համապատասխանում տվյալ մտքի սկզբին: Մածուցիկ խոսքը հագեցած է մանրամասնումներով, միջանկյալ բառերով: Հիվանդները չեն կարողանում պահպանել զրույցի թեման:

Ճեղքվածության դեպքում խախտվում է երկու մտքերի միջև կապը, որի հետևանքով կորչում է մտքի իմաստը:

Անկապությունը մեկ մտքի շրջանակներում բառերի միջև տրամաբանական կապերի բացակայությունն է: Դա չփոխկապակցված բառերի կույտ է, որը հնարավոր չէ հասկանալ: Արտահայտված ձևը կոչվում է ինկոհերենցիա:

Խոսքային ստերեոտիպիաները պատահական բառերի կամ արտահայտությունների անիմաստ կրկնությունն են: Հիվանդները կարող են անընդհատ պատմել միևնույն պատմվածքները, անեկդոտները: Նման խանգարումներ դիտվում են շիզոֆրենիայով, էպիլեպսիայով, օրգանական խանգարումներով հիվանդների շրջանում: Տարբերում են՝

- *պերսևերացիա*. հիվանդն ինքնաբերաբար անընդհատ կրկնում է առաջին միտքը՝ ի պատասխան հնչած հաջորդ հարցերի,
- *վերբիզերացիա*. հիվանդն անընդհատ կրկնում է առանձին բառեր կամ վանկեր:

Նեոլոգիզմները հիվանդների կողմից հորինված նոր բառեր են, որոնք կազմվում են տարբեր բառերից համակցված վանկերով, օրինակ՝ ծաղկար (ծաղիկ և կարմիր բառերից):

3. Մտածողության խանգարումներն ըստ բովանդակության:

Սևեռուն մտքերը կամ օբսեսիվ մտածողությունը (լատ. obsido – օբսեսիա՝ զավթել, տիրանալ) բնորոշվում է մտքերի (ինչպես նաև պատկերացումների, հիշողությունների, ցանկությունների, վախերի) պարբերաբար կրկնություններով, որոնք առաջանում են հիվանդի կամքից անկախ: Սևեռուն երևույթների էությունը կայանում է նրանում, որ ա) հիվանդի մոտ պարզ գիտակցության պայմաններում առաջանում են երեւույթներ (մտքեր, պատկերացումներ, հիշողություններ, վախեր եւ այլն), որոնք անընդհատ կրկնվում են եւ տանջում հիվանդին. բ) նրա կողմից գիտակցվում են որպես հիվանդագին. գ) նրանից հնարավոր չէ կամային կերպով ազատվել եւ սրանց ծագումը հիվանդի ցանկություններից կախված չէ. դ) սևեռուն մտքերը (երեւույթները) զուգորդվում են բացասական հուզական ապրումներով, դիսկոմֆորտի զգացումով:

Այսպիսով, ի տարբերություն գերաբժեք մտքերի և գառանցանքների՝ կաչուն մտքերի դեպքում պահպանվում է քննադատական վերաբերմունքը: Հիվանդը տանջվում է օբսեսիաներից, բայց չի կարողանում ազատվել դրանցից: Կաչուն մտքերը կարող են արտահայտվել կրկնվող հիշողություններով, կասկածներով, օրինակ՝ անընդհատ հիշում է վիրավորանքները, լսած երաժշտությունը կամ վերստուգում՝ արդյոք գազը, արդուկը անջատա՞ծ է, դուռը փա՞կ է: Կաչուն մղումները հիվանդը անպայման փորձում է իրականացնել, օրինակ՝ կաչուն գողություն /կլեպտոմանիա/, այրում /պիրոմանիա/, ինքնասպանություն /սուիցիդոմանիա/ և այլն: Ընդունված է առանձնացնել կաչուն վախերի /ֆոբիաների/ չորս տեսակ՝

- նոզոֆոբիաներ /վախ հիվանդությունից/. հանդիպում են՝ կարդիոֆոբիա /սրտի հիվանդության վախ/, միզոֆոբիա /աղտոտվելու վախ/, լիսոֆոբիա /խելագարվելու վախ/ և այլն,
- սոցիոֆոբիաներ /սոցիալական վախեր/. առաջանում են միջանձնային զանազան հարաբերություններում եւ վերջիններս էլ կազմում են այդ վախերի բովանդակությունը: Լինում են՝ լալոֆոբիա /լսարանում ելույթ ունենալու վախ/, անթրոպոֆոբիա /անձանոթ մարդկանց հետ շփվելու վախ/, կոիտոֆոբիա /վախ սեռական հարաբերություններից/ և այլն,
- տարածության վախերի շարքում հաճախ հանդիպում են ագորաֆոբիան /բաց տարածություններից և հրապարակներից վախ/, կլաուստրաֆոբիան /փակ տարածություններից վախ/, գիպսոֆոբիան /վախ բարձրությունից/ և այլն,
- այլ վախեր՝ գոտֆոբիա /կենդանիներից վախ/, հեմատոֆոբիա /վախ արյունից/, արախնոֆոբիա /վախ սարդերից/, ակվաֆոբիա /վախ ջրից/ և այլն:

Գերաբժեք գաղափարներ են համարվում այն մտքերը, որոնք առաջանում են իրական հանգամանքների հիման վրա, սակայն հետագայում աճող հուզական լարվածության արդյունքում հիվանդի համար ձեռք են բերում գերիշխող եւ կարեւոր նշանակություն: Այսպես, օրինակ, որեւէ անարդարության նկատմամբ շատ բնական ռեակցիան ժամանակի ընթացքում ներքին վերապրումների եւ վերագնահատումների հիման վրա ոչ թե հանգուցալուծվում է եւ անցնում, այլ ընդհակառակն՝ ուժեղանում, ձեռք բերում նոր իմաստ ու

նշանակություն: Հիվանդն անընդհատ վերադառնում է այդ հանգամանքներին, տառապանքն ավելի ու ավելի է աճում, քանի որ հիվանդի ողջ գիտակցությունը լեցուն է զանազան մանրամասների եւ մանրուքների վերագնահատմամբ: Գերարժեք գաղափարներ միշտ չէ, որ կեղծ մտահանգումներ են, ունեն իրական հիմքեր, բայց մարդիկ հափշտակվում են դրանցով՝ կորցնելով քննադատությունը: Ի տարբերություն կաշուն մտքերի, սրանք չեն ընկալվում հիվանդի կողմից որպես օտար, տանջող, այլ, ընդհակառակն, դառնում են հիվանդի աշխարհայացքի մի մասը: Հիվանդը ոչ թե պայքարում է դրանց դեմ, այլ աստիճանաբար զարգացնում եւ խորացնում է այդ ապրումները: Ի տարբերություն զառանցանքային մտքերի, դրանք ունեն իրական հիմք եւ պատճառ, եւ չնայած գերիշխող բնույթին գերարժեք մտքերն այնուամենայնիվ չեն բերում անձի փոփոխմանը, ինչը բնորոշ է զառանցանքին: Գերարժեք գաղափարների օրինակներ են՝ աշխարհի հեղափոխական վերակառուցումը, հավերժ երիտասարդության գաղտնիքը, ֆիզիկական և բարոյական կատարելությունը:

Զառանցանքներն այնպիսի մտքեր են, որոնք չունեն իրական հիմքեր, աղավաղված են, չեն ենթարկվում փոփոխման, հիվանդի կողմից բացակայում է քննադատությունը, չնայած այդ մտքերն ակնհայտորեն հակասում են իրականությանը: Զառանցանքն ունի որոշ բնութագրեր եւ հատկություններ, դրանցից են անասան համոզվածություն, շտկման անհնարինություն, կեղծ տրամաբանություն (պարալոգիա), հաստատված կարծիքի անփոփոխություն, բացարձակ անդրովելիություն՝ ի պատասխան տրամաբանական փաստարկներին, ուղղվածություն՝ դեպի սեփական “ես”-ը, ձեւավորվում են հիվանդագին ֆոնի վրա:

Հաճախ հանդիպող զառանցանքներն են.

Հիպոխոնդրիկ զառանցանք. հիվանդը համոզված է, որ տառապում է անբուժելի հիվանդությամբ:

Նիհիլիստական զառանցանք. հիվանդը համոզված է, որ իր ներքին օրգանները չեն գործում, սիրտը փտել է և ընկել որովայն, երակներով արյան փոխարեն կեղտ է հոսում, ողջ մարմինն անկենդան է, շուրջն ամեն ինչ ոչնչացած է, ամեն ինչ մահացել է:

Ինքնամեղադրման զառանցանք. հիվանդը մեղադրում է ինքն իրեն թույլ տված սխալների համար: Սա լինում է ծանր դեպրեսիաների դեպքում և կարող է ավարտվել ինքնասպանությամբ (սուիցիդով):

Մեծամոլական զառանցանք. հիվանդը ախտաբանական մակարդակի գերկարևորում է ինքն իրեն, սեփական արժանիքները՝ համարելով իրեն հանճարեղ պոետ և այլն:

Խանդի զառանցանք. հիմնականում հանդիպում է հարբեցող տղամարդկանց շրջանում: Հիվանդը համոզված է լինում, որ իր կինն իրեն դավաճանում է:

Այլտրուիստական զառանցանք. հիվանդագին միտք է սեփական անձի քաղաքական, կրոնական առաքելության մասին, որը հիվանդի վրա է դրված «ի վերուստ»:

Թունավորման զառանցանք. միտք, որ իրեն սպանելու կամ վնասելու նպատակով թունավորել են կերակուրը կամ ջուրը:

Վերաբերմունքի զառանցանք. հիվանդագին միտք, որ շրջապատող մարդիկ բացասական վերաբերմունք ունեն իր անձի նկատմամբ:

Ազդեցության զառանցանք. համոզմունք, որ ինքը հիպնոսի, տիեզերական ճառագայթման, լազերային ճառագայթման ազդեցության տակ է:

Հակվածության /դիվահարության/ զառանցանք. սատանաներով, չար ուժերով համակված լինելու համոզմունք:

Խոսք

Նորմալ զարգացած մարդու մտածողությունը սերտորեն կապված է խոսքի հետ, բայց դրանք նույնական չեն: Խոսքը հաղորդակցման գործընթացում լեզվի գործածումն է՝ մտքերը, կամքը, զգացմունքները փոխանցելու նպատակով: Ի տարբերություն կենդանիների հնչյունային ազդանշանային համակարգի՝ խոսքի բովանդակությունը ներքին վիճակի արտահայտումը չէ, այլ վերջինիս իմաստավորումը:

Խոսքի հիմնական ֆունկցիաներն են **սիգնիֆիկատիվ** և **հաղորդակցման** ֆունկցիաները:

Խոսքի կարևորագույն ֆունկցիաներից է սիգնիֆիկատիվ (լատ. signum-նշան) ֆունկցիան: Մարդկանց միջև շփումը հնարավոր է դառնում, երբ բոլորն օգտագործում են միևնույն խոսքային նշանները և նույն իմաստն են դնում օգտագործած բառերի մեջ: Առարկաները, երևույթները նշանակություն են ստանում՝ արտահայտվելով բառերի միջոցով:

Հաղորդակցման ֆունկցիայի հիմնական 3 ուղղություններն են.

- 1) ինֆորմացիոն,
- 2) արտահայտչական,
- 3) գործողության մղող:

Խոսքը փոխանցում է մտքերը, իսկ տարբեր լեզուներ արտացոլում են տարբեր մտածողության միջոցներ:

Խոսքը կարող է լինել արտաքին և ներքին: Արտաքին խոսքը **էքստերիորգացված** խոսքն է, որի հիմնական ֆունկցիան հաղորդակցումն է: Արտաքին խոսքն իր հերթին լինում է գրավոր և բանավոր, ինչպես նաև կարող է արտահայտվել մենախոսությամբ և երկխոսությամբ:

Ներքին խոսքը **ինտերիորգացված** (ներքնայնացված) խոսքն է, որի հիմնական ֆունկցիան կարգավորումն է, որն իրականանում է խորհելու, գործողությունները պլանավորելու, ինքն իր հետ երկխոսության, երևակայական զրուցակցի /զրուցակիցների/ հետ զրույցի միջոցով:

Հաղորդակցման ֆունկցիան կարևոր նշանակություն ունի. կարգավորում է մարդկանց փոխազդեցությունը /խոսքով կարելի է սպանել, փրկել, առաջնորդել./: Բժշկի խոսքը կարող է կտրուկ փոխել հիվանդի հուզական վիճակը, հիվանդության հանդեպ նրա վերաբերմունքը, կենտրոնացնել ուժերը, ինչպես նաև կարող է առաջացնել յատրոգեն, ներշնչված հիվանդություններ:

Հաղորդակցվելու համար մարդիկ, բացի լեզվից ունեն մի շարք ոչ լեզվական միջոցներ: Դրանք են՝ խոսքի *հարլեզվական /պարալինգվիստիկ/* միջոցները՝ խոսքի արագությունը, հուզական երանգավորումը, ձայնի ուժը, տեմբրը, մարմնային միջոցները (դիմախաղը, ժեստերը, մարմնի դիրքը, կեցվածքը): Այս միջոցները, անձի կամքից ու գիտակցությունից անկախ, արտահայտում են տվյալ մարդու կամ թեմայի հանդեպ ունեցած վերաբերմունքը:

Լեզու սովորելու ընդհանուր նախադրյալները երեխան ժառանգում է, սակայն դրանց իրագործումն ու զարգացումը պայմանավորված են միջավայրի ներգործություններով: Լեզվական ընդունակությունների նախադրյալները կապված են խոսքի ուղեղային կենտրոնների հետ: Արդեն 6 ամսական երեխան կարող է հասկանալ պարզագույն արգելող բառերը և պահանջները: Ընդ որում, երեխան հասկանում է ոչ այնքան նախադասության իմաստը, որքան նրա հարլեզվական կողմը, այսինքն՝ ոչ լեզվական հաղորդակցման նշանները:

Անձի խոսքային հատկանիշներն են շփվողականությունը, շատախոսությունը, ինքնամփոփությունը, ճարտասանությունը, սեղմությունը:

9. Երևակայություն

Երևակայության բնութագիրը

Երևակայությունը մարդու հոգեկանի յուրահատուկ կողմն է: Այն առանձնանում է հոգեկան այլ գործընթացներից, բայց միաժամանակ միջակա դիրք է գրավում ընկալման, մտածողության և հիշողության միջև: Երևակայությունը բնորոշ է միայն մարդուն: Դրա շնորհիվ է մարդը ստեղծագործում, պլանավորում և վարում իր գործունեությունը: Թե՛ նյութական, թե՛ հոգևոր մշակույթը մարդու երևակայության և ստեղծագործության արդյունքն են: Այն մարդուն հիշեցնում է անցյալը և ուղիներ բացում ապագայի համար: Ունենալով հարուստ երևակայություն՝ մարդը կարող է «ապրել» տարբեր ժամանակներում: Երևակայությունը իրականությունն արտացոլող պատկերների փոխակերպման գործընթաց է և այդ պատկերացումների հիման վրա նոր պատկերացումների ստեղծումն է:

Այսպիսով, *երևակայությունը հիշողության մեջ կուտակված մտապատկերների հետ կատարվող իմացական գործընթաց է, որի շնորհիվ ստացվում են որակապես նոր պատկերներ կամ հիշողության մտապատկերների նոր, ինքնատիպ գույզները:*

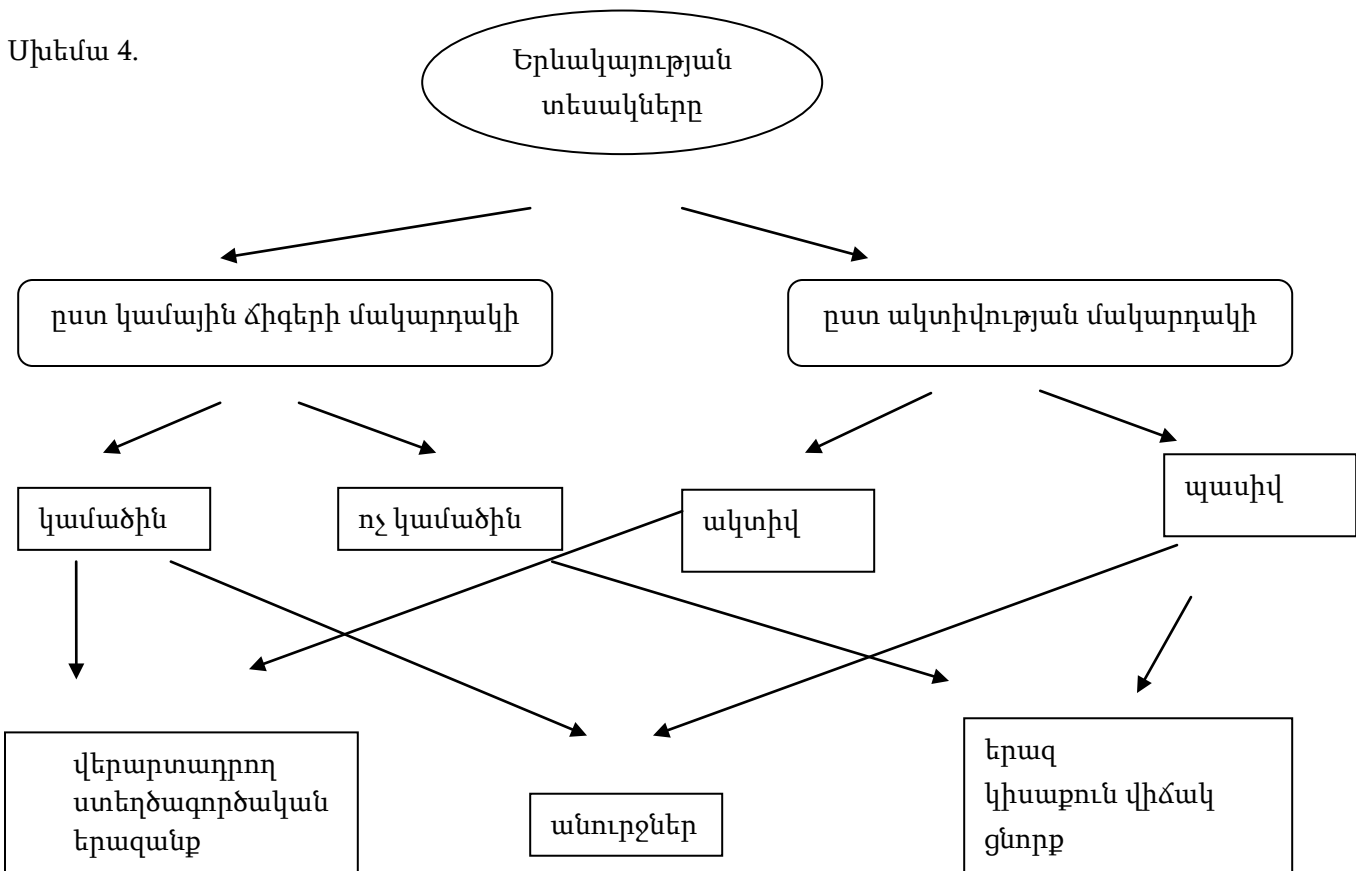
Գործունեության սուբյեկտ լինելով՝ մարդը ոչ միայն ճանաչում և ուսումնասիրում է, այլև վերափոխում է աշխարհը, բնությունը, ստեղծում նորություններ, որոնք չկան բնության մեջ: Երևակայությունն ուղղված է գործնական գործունեությանը: Առօրյա կյանքը մարդու առջև մի շարք խնդիրներ է դնում: Որևէ գործ սկսելուց առաջ մարդը պատկերացնում է ինչ և ինչպես է պետք անել՝ դրանով իսկ տարբերվելով կենդանիներից: Այդ խնդիրները լուծելու համար երբեմն գիտելիքները բավարար չեն: Եվ հենց այստեղ օգնության է հասնում երևակայությունը: Այն լրացնում է այդ բացթողումը՝ ստեղծելով ունեցած տվյալների նոր համակցություններ: Որևէ բան վերափոխելու համար գործնականում մարդը դա անում է մտովի:

Երևակայությունը սերտորեն պայմանավորված է կենսագործունեության բոլոր կողմերով՝ թե արհեստներում, թե արվեստում, թե գիտական և կենցաղային ոլորտներում: Կյանքն ավելի բովանդակալից և հուզական է, երբ առկա է երևակայությունը: Երևակայության գործընթացը միշտ ընթանում է մյուս հոգեկան գործընթացների՝ ընկալման, հիշողության և մտածողության հետ սերտորեն կապված: Երբ մարդու առաջ խնդիր է դրված վերարտադրել իր նախկին փորձում եղած առարկաների և իրադարձությունների պատկերացումները, ապա գործ ունենք հիշողության գործընթացների հետ: Սակայն երբ այդ նույն պատկերացումները վերարտադրվում են, որպեսզի ստեղծվեն այդ պատկերացումների նոր համադրություններ (կամ դրանցից ստեղծվեն նոր պատկերացումներ), ապա գործ ունենք երևակայության գործընթացի հետ: Մտածողության և երևակայության կապը վառ կերպով դրսևորվում է խնդրահարույց իրավիճակներում: Հանդիպելով անհայտին՝ մարդը սկսում է վերլուծել, սինթեզել (համադրել), համեմատել նախկին տեսածի հետ՝ փորձելով թափանցել համապատասխան փաստերի և երևույթների էության մեջ: Այստեղ նրան օգնում են ոչ միայն մտածողությունն ու հիշողությունը, այլև երևակայությունը, որը վերստեղծում է ամբողջական պատկերը:

Երևակայության տեսակները

Գոյություն ունեն երևակայության տարբեր տեսակներ (սխեմա 4):

Սխեմա 4.



Երևակայության տեսակները տարբերվում են **ըստ մարդու կողմից նոր կերպարներ ստեղծելու ակտիվության մակարդակի**: Ըստ այդմ՝ տարբերում են երևակայության ակտիվ և պասիվ տեսակներ: **Ակտիվ երևակայության** դեպքում ստեղծվում են պատկերներ, որոնք հետագայում իրականանում են գործնական գործունեության մեջ: Հակառակ դեպքում ընդունված է համարել, որ **երևակայությունը պասիվ** է: Երբեմն մարդուց շատ մեծ ջանքեր և ժամանակ են պահանջվում դրանք իրականացնելու համար: Ակտիվ երևակայությունը բարձրացնում է ստեղծագործական բովանդակությունը, աշխատանքային արդյունավետությունը:

Երևակայությունը կապված է մարդու կամքի հետ: Այս առումով, **ըստ կամային ճիգերի մակարդակի**, տարբերակվում են կամածին և ոչ կամածին երևակայության տեսակները: Եթե պատկերները ստեղծվում են երևակայության թույլ գործունեության դեպքում, ապա երևակայությունը կոչվում է **ոչ կամածին**:

- *Ոչ կամածին պասիվ* երևակայության դեպքում նոր պատկերներն առաջանում են չգիտակցվող պահանջմունքների, դիրքորոշումների ազդեցությամբ: Երևակայության այս տեսակը սկսում է ակտիվանալ, երբ մարդը **քնած է կամ կիսաքուն վիճակում** է, ինչպես նաև գիտակցության որոշ խանգարումների դեպքում: Նման երևակայության օրինակ է **երազը**, որը հատուկ հետաքրքրություն է առաջացրել և շարունակում է առաջացնել: Ներկայումս ընդունված է այն համոզմունքը, որ երազներում կարող են արտացոլվել ինֆորմացիայի վերամշակման գործընթացները, ընդ որում, երազների բովանդակությունը ոչ միայն ֆունկցիոնալ կապվածություն ունի այդ գործընթացների հետ, այլև կարող է ներառել արժեքավոր նոր գաղափարներ և նույնիսկ բացահայտումներ: Ոչ կամածին պասիվ երևակայության տեսակ է նաև **ցնորքը**՝ երևակայության այն արդյունքը, որն առաջանում է անձի գիտակցության փոփոխված կամ ոչ նորմալ վիճակում: Այդ վիճակների մեջ մարդը կարող է հայտնվել հիվանդության, հիպնոսի, խմիչքի, թմրադեղերի և այլ հանգամանքներից դրդված:

Կամածին երևակայությունը գործում է, երբ կա նպատակ՝ պայմանավորված այս կամ այն գործունեությամբ: Այն մարդու համար շատ ավելի մեծ նշանակություն ունի: Երևակայության այս տեսակը առաջ է գալիս այն դեպքում, երբ մարդն ունի որոշակի կերպարներ ստեղծելու խնդիր: Այս դեպքում երևակայության գործընթացը կառավարվում և ուղղորդվում է հենց մարդու կողմից: Երևակայական նման աշխատանքի հիմքում անհրաժեշտ պատկերացումները կամային ջանքերով ստեղծելու և փոփոխելու կարողությունն է: Երևակայության ակտիվությունն ու կամային լինելը կարող են համադրվել տարբեր միջոցներով:

- *Կամաձին պատիվ երևակայության* օրինակ են **անուրջները**, երբ մարդ հատուկ այնպիսի բաներ է երևակայում, որոնք հազիվ թե իրականանան: Անուրջները յուրօրինակ երազանքներ են, որոնք սովորաբար կտրված են իրականությունից և անիրականանալի են: Անուրջները միջակա դիրք են գրավում երազանքների և ցնորքների միջև, սակայն ցնորքներից տարբերվում են նրանով, որ անուրջները մարդու առողջ գիտակցության ակտիվության արդյունք են: Անուրջներում առավել պայծառ դուրս է բերվում երևակայության կապը անձի պահանջմունքների հետ: Մարդու կյանքում անուրջների գերակշռությունը կարող է նրան կտրել իրական աշխարհից, տեղափոխել հորինված աշխարհ, որն իր հերթին արգելափակում է այդ մարդու սոցիալական և հոգեկան զարգացումը:
- *Կամաձին ակտիվ երևակայությունն* արտահայտվում է անհրաժեշտ պատկերի երկարատև, նպատակաուղղված որոնումներում, որը մասնավորապես բնորոշ է գրողներին, նորարարներին, նկարիչներին: Կամաձին ակտիվ երևակայությունն ի հայտ է գալիս վաղ հասակում և զարգանում մանկական խաղերում: Երևակայության այս տեսակի մեջ կարելի է առանձնացնել **վերարտադրող երևակայությունը, ստեղծագործական երևակայությունը և երազանքը:**

Վերարտադրող (ռեպրոդուկտիվ) երևակայությունը դրսևորվում է այն դեպքում, երբ մարդուն անհրաժեշտ է վերականգնել օբյեկտի պատկերը, որը գրեթե ամբողջովին համապատասխանում է դրա նկարագրությանը: Առավել հաճախ այս տեսակին առնչվում ենք, երբ կարիք կա բառացի նկարագրությամբ վերարտադրելու ինչ-որ պատկեր: Սակայն լինում են դեպքեր, երբ մենք վերարտադրում ենք պատկերներ առանց բառերի՝ սխեմաների և գծագրերի հիման վրա: Այս դեպքում պատկերի վերարտադրման հաջողությունը մեծ մասամբ որոշվում է տարածական երևակայության նկատմամբ մարդու ունակությամբ, այսինքն՝ պատկերը եռաչափ տարածության մեջ վերարտադրելու կարողությամբ: Հետևաբար վերարտադրող երևակայության գործընթացը սերտորեն պայմանավորված է մարդու մտածողությամբ և նրա հիշողությամբ: **Այսպիսով, ռեպրոդուկտիվ** է այն երևակայությունը, որի արդյունքում գերակշռում է արդեն հայտնին, չնայած կան նաև նորի տարրեր: Երևակայության այս տեսակը հանդիպում է սկսնակ բանաստեղծների, գրողների, նկարիչների, ինժեներների շրջանում, որոնք սկզբում իրենց աշխատանքները ստեղծում են ընդունված նմուշներին համապատասխան, որոնցով ձեռք են բերում մասնագիտական հմտություններ:

Կամաձին ակտիվ երևակայության մյուս տեսակը **ստեղծագործական (սյրոդուկտիվ, արդյունավետ) երևակայությունն է:** Այն բնութագրվում է նրանով, որ մարդ փոխակերպում է հին պատկերացումները նորերով, որոնց նախատիպ օրինակներ գոյություն չունեն՝ ինքնուրույն այն ուրվագծելով և ընտրելով դրանց համար ցանկացած նյութեր: Այս տեսակի արդյունքները ոչնչի նման չեն կամ էլ շատ քիչ են նման արդեն հայտնի երևույթներին, առարկաներին և այլն: Ստեղծագործական երևակայությունը, ինչպես

վերարտադրողը, սերտորեն պայմանավորված է հիշողությամբ, քանի որ դրա դրսևորման համար մարդ կիրառում է իր նախկին փորձը:

Երազանքները երևակայության այն արդյունքներն են, որոնք ուղղված են դեպի ցանկալի ապագա: Դրանք քիչ թե շատ իրական և իրականանալի պլաններ են: Երազանքները բնորոշ են հատկապես երիտասարդներին, որոնց կյանքի մեծ մասը դեռևս առջևում է: Այս տեսակի էությունը նոր կերպարների ինքնուրույն արարումն է, երբ մարդ միշտ ստեղծում է ցանկալի պատկեր, այն ինչին նա ձգտում է: Այն կերպարները, որոնք մարդ ստեղծում է իր երազանքներում, տարբերվում են վառ և կենդանի բովանդակությամբ, հուզական հագեցվածությամբ: Սակայն երազանքն օգտակար է միայն այն դեպքում, երբ ցանկալի ապագան կապվում է ներկայի հետ: Եթե այդ կապը բացակայում է, ապա երազանքը կարող է վերածվել ֆանտազիայի:

Այսպիսով, երևակայության տեսակները դասակարգելիս ելնում ենք երկու հիմնական բնութագրերից՝ կամային ճիգերի դրսևորման մակարդակից և գիտակցվածության կամ ակտիվության մակարդակից:

Երևակայության մեջ ստեղծելով տարբեր պատկերներ՝ մարդը միշտ գնահատում է դրանց իրականացման հնարավորությունը: **Ռեալիստական երևակայությունը** այն է, երբ մարդը հավատում է ստեղծվող պատկերների իրական և հնարավոր լինելուն: Եթե այդ հնարավորությունը մարդը չի տեսնում, ապա գործ ունենք **ֆանտաստիկ երևակայության** հետ: Այս երկու տեսակների միջև հստակ սահման չկա, քանի որ շատ են այն դեպքերը, երբ ֆանտաստիկը դարձել է իրական: Ֆանտաստիկ երևակայությունը առկա է երեխաների դերային խաղերում: Այն հիմք է ծառայում որոշակի ժանրի գրական ստեղծագործությունների համար: Դրանցից են հեքիաթները, գիտական ֆանտաստիկ ստեղծագործությունները:

Երևակայության տեսակների բազմազանությանն առնթեր՝ դրանց բնորոշ է մեկ ընդհանուր ֆունկցիա (գործառույթ), որն էլ որոշում է մարդու գործունեության մեջ դրանց հիմնական նշանակությունը: Խոսքը ապագան կանխորոշելու մասին է, այսինքն՝ գործունեության արդյունքի հստակ պատկերացումը մինչև դրա իրականացումը: Սրա հետ կապված են նաև երևակայության այլ ֆունկցիաներ՝ խթանող և պլանավորող: Երևակայության մեջ ստեղծված պատկերները կոնկրետ գործողությունների միջոցով խթանում են մարդուն դեպի դրանց իրականացում:

Երևակայության ներթափառողական հիմքն են ժամանակավոր նյարդային կապերի գոյացումներն առաջին և երկրորդ ազդանշանային համակարգերի ոլորտում, դրանց դիստրոֆիան (առանձին տարրերի բաժանվելը)՝ կազմելով նոր համակարգեր տարբեր մոտիվացիաների ազդեցությամբ: Երևակայությունը կապված է հույզերի, գլխուղեղի ենթակեղևային գոյացումների գործունեության հետ: Սակայն վերջին

տարիների ուսումնասիրություններն ապացուցում են, որ երևակայության ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները տեղակայված են ոչ միայն ենթակեղևում, այլև ավելի խորքում՝ հիպոթալամոլիմբիկ համակարգում:

Երևակայության բազան միշտ ընկալումն է, որը նյութ է տրամադրում, ինչից էլ կառուցվում է նորը: Այնուհետև այդ նյութը վերամշակվում է, որի մաս են կազմում ընկալվածի վերլուծությունն ու համադրությունը (սինթեզը):

Երևակայական պատկերների փոխակերպման մեխանիզմները

Երևակայության գործընթացում վերարտադրվող պատկերները չեն կարող ստեղծվել ոչնչից: Սրանք ստեղծվում են մեր նախկին փորձի հիման վրա և անցնում են երկու հիմնական փուլ: Առաջին փուլում կատարվում է տպավորությունների կամ եղած պատկերացումների մասնատում հատվածների: Այս փուլը անվանում են վերլուծություն (**անալիզ**): Այս հատվածների հետագա փոխակերպումները կարող են լինել երկու տեսակ: Նախ այս հատվածները կարող են միավորվել նոր գույքությունների և կապերի մեջ: Նաև այս հատվածներին կարող է լրիվ նոր իմաստ հաղորդվել: Ամեն դեպքում գործընթացը, որ կատարվում է վերլուծությունից (անալիզից) հետո, կոչվում է համադրություն (**սինթեզ**):

Ինչպես արդեն նշեցինք, երևակայության հիմնական գործընթացներն են վերլուծությունը և համադրությունը: Առարկաների կամ երևույթների մասին պատկերացումները վերլուծության միջոցով բաժանվում են մասերի, իսկ սինթեզի միջոցով դրանք կրկին ձևոք են բերում ամբողջականություն: Մակայն, ի տարբերություն մտածողության, երևակայության մեջ մարդն ավելի ազատ է իր գործողություններում՝ վերստեղծելով նոր ամբողջական պատկերներ: Դրանք իրականանում են այն գործընթացների միջոցով, որոնցից են չափազանցումը կամ հիպերբոլիզացիան, խիստ նվազեցումը (հսկաների կամ Մատնաշափիկի կերպարները, այս մեթոդը կիրառել է նաև Ջ. Սվիֆթը «Գուլիվերի ճանապարհորդությունը» հայտնի գրքում), շեշտադրումը՝ իրականում գոյություն ունեցող օբյեկտների կամ դրանց առանձին մասերի **ընդգծում** կամ **չափազանցում** (Բուրատինոյի երկար քիթը, Մավլինայի երկնագույն մազերը), ազյուտինացիան՝ օբյեկտների իրականում գոյություն ունեցող տարբեր մասերի և հատկանիշների միացումն անսովոր համադրություններում (ջրահարս, մարդածի): Երևակայական գործընթացի յուրահատկությունն այն է, որ այդ պատկերները չեն վերարտադրվում այն ձևերով, որոնցով ընկալվել ու պահպանվել են, այլ դրանցից կառուցվում են նոր համադրություններ: Սա վկայում է երևակայության և ստեղծագործության ներքին խոր կապի մասին, որն ուղղված է դեպի նորի՝ նյութական արժեքների, գիտական գաղափարների կամ էլ գեղարվեստական կերպարների ստեղծում: Համադրության (սինթեզի) պարզագույն ձևն **ազյուտինացիան** է, այսինքն՝ երևակայության մեջ մի օբյեկտի մասերի կամ հատկությունների միացումը մյուս օբյեկտին, որը նոր կերպար է ստեղծում: Ազյուտինացիայի օրինակ է կենտավրոսի կերպարը:

Սինթեզի այլ տեսակներ են **սխեմավորումն ու շեշտադրումը**:

Մխենավորում կարող է կատարվել տարբեր պայմաններում: Առաջին հերթին սխենավորում կարող է առաջանալ օբյեկտի ոչ լրիվ, մակերեսային ընկալման հետևանքով: Այս դեպքում պատկերացումները սխենավորվում են պատահական կարգով, ընդ որում, դրանց մեջ երբեմն առանձնանում են երկրորդային մասեր: Արդյունքում առաջանում են խեղաթյուրումներ, որոնք հանգեցնում են երևակայական կերպարների ստեղծման: Նման երևույթներ հաճախ հանդիպում են երեխաների շրջանում: Երկրորդ դեպքում, երբ օբյեկտը լիովին ընկալված է, կարող է կատարվել դրա անհական մասերի և մանրուքների մոռացում: Այս դեպքում պատկերացումներում առաջ են մղվում էական մասեր և գծեր: Այս տարբերակում պատկերացումը կորցնում է իր որոշակի յուրահատկությունը և դառնում է ընդհանրացված: Երրորդ դեպքում սխենավորման հիմք կարող է լինել օբյեկտի երկրորդային, ոչ էական կողմերից գիտակցված շեղումը: Մարդ գիտակցաբար ուղղում է իր ուշադրությունը օբյեկտի էական կողմերի վրա և արդյունքում պատկերացումը հասցնում է պարզ սխենայի:

Շեշտադրումը (ակցենտավորումը) պատկերի առավել տիպական, էական կողմերի ընդգծումն է: Ծաղրանկարների հիմքում ակցենտավորումն է:

Գրականություն

1. Սուքիասյան, Ս.Հ., Մարգարյան, Ս.Պ., (2006). *Հոգեբուժություն*: Մաս I, Աստղիկ Երևան:
2. Айсмонтас, Б.Б., (2003). *Общая психология: Схемы*, Москва.
3. Гамезов, М.В., Домашенко, И.А., (2004). *Атлас по психологии*. Москва.
4. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т1*, Мир, Москва.
5. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т2*, Мир, Москва.
6. Карвасарский, Б.Д., (2002). *Психотерапия*: учеб. для вузов /Изд. 2-е, перераб., СПб.
7. Карвасарский, Б.Д., (2008). *Клиническая психология*. Учебник для вузов. 4-ое издание. Питер, СПб.
8. Комер, Р., (2007). *Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики*. 4-е изд. Прайм-Евроснак, СПб.
9. Маклаков, А.Г., (2007). *Общая психология*, Питер, СПб.
10. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология*. Москва.
11. Менделевич, В.Д., (2008). *Клиническая и медицинская психология*: учебное пособие. 6-е изд., МЕДпресс-информ, Москва.
12. Петровский, А.В., (1997). *Введение в психологию*, «Академия», Москва.
13. *Психология памяти* /Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтера и В.Я.Романовой. (1998), Москва.
14. *Современная психология*: Справочное руководство, (1999), Москва.
15. Солсо, Р.Л., (1996). *Когнитивная психология*. Москва.
16. Столяренко, Л.Д., (2000). *Основы психологии* /Изд. третья, «Феникс», Ростов-на-Дону.
17. Творогова, Н.Д., (1998). *Психология. Лекции для студентов медицинских вузов*. Москва
18. Урываев, В.А., (2005). *Психология личности*: Учебное пособие, Ярославл

10. Ինտելեկտ

Ինտելեկտը վերացական մտածողության ընդունակությունն է, ինչպես նաև նպատակասլաց գործելու և շրջապատող աշխարհի հետ նպաստավոր կապեր ստեղծելու ունակության ամբողջությունը:

Ինտելեկտուալ գործունեության միջուկը (կորիզը) մտածողությունն է, այսինքն՝ իրադրության մեջ էականը առանձնացնելու և դրան համապատասխան վարք ցուցաբերելու ունակությունը: Բազմակողմանի գիտելիքները վկայում են ինտելեկտի բազմակողմանիության մասին (Էրուդիցիա):

Մարդու ինտելեկտն անհատական է, այն բնութագրվում է ընդարձակությամբ, խորությամբ և ինքնուրույնությամբ:

Ինտելեկտի *ընդարձակությունն* արտահայտվում է լայն շրջանակի հարցեր ընդգրկելու ունակությամբ: *Խորությունը* բնութագրվում է հարցի մեջ խորամուխ լինելու, երևույթների ներքին պատճառները բացահայտելու, փաստերի հիմքերը տեսնելու, իրադարձությունների իմաստը հասկանալու, երևույթների և դեպքերի հեռու գնացող հետևանքները կանխատեսելու ընդունակությամբ: *Ինքնուրույնությունն* արտահայտվում է ինքնուրույն հարցեր բարձրացնելու և դրանք լուծելու կարողությամբ: Ինքնուրույն միտքը պատրաստի որոշումներ չի փնտրում, չի խարսխվում ուրիշի դատողությունների վրա, այլ իրականությանը վերաբերում է ստեղծագործաբար, որոնում դրա ուսումնասիրման նոր ուղիներ, նոր փաստեր և օրինաչափություններ:

Քննելով անձի ինտելեկտուալ առանձնահատկությունները՝ հարկ է նշել մի երևույթի մասին, որը կոչվում է *ինտուիցիա*: Փիլիսոփայության տեսնակյունից՝ ինտուիցիան առանց փաստարկների, անմիջականորեն ճշմարտությանը հասնելու ունակությունն է: Այլ կերպ ասած՝ ինտուիցիան գիտելիք է, երբ մարդը չի գիտակցում դրա ծագման և ստացման ուղիներն ու պայմանները: Ըստ հոգեբանական մոտեցման՝ ինտուիցիան իրական աշխարհի իրերի և երևույթների միջև առկա կապերի անմիջական արտացոլումն է:

Ինտուիցիան մեկնաբանվում է թե՛ որպես հատուկ ընդունակություն (գիտական և գեղարվեստական ինտուիցիա), թե՛ որպես ստեղծագործական գործունեության մեխանիզմ և թե՛ պրոբլեմային իրադրության պայմանների «ամբողջական ընդգրկում»:

Ըստ ինտուիտիվիզմի կոնցեպցիայի՝ ինտուիցիան համարվում է անգիտակցականի խորքում թաքնված ստեղծագործական ակտի սկզբնապատճառն է: Գիտական հոգեբանությունը ինտուիցիան դիտում է որպես ստեղծագործական գործընթացի էությանը հատուկ երևույթ՝ հաղթահարելով վարքի ընդունված ստերեոտիպերը, մասնավորապես խնդիրներ լուծելու ժամանակ ընդունված տրամաբանության սխեմայի սահմաններից դուրս գալու հնարավորությունը:

Հուզական ինտելեկտ

Հուզական ինտելեկտի գաղափարը մշակվել է 70-80ական թթ. հիմնականում երեք գիտնականների՝ Գարդների, Սուլվեյի, Մայերի կողմից: Հուզական ինտելեկտ հասկացությունը ունի հիմնական երկու կողմ՝

- հասկանալ ինքդ քեզ, քո նպատակները, ձգտումները, զգացումները,
- հասկանալ ուրիշին, նրա զգացումները:

Գովմենն առանձնացնում է հուզական ինտելեկտի հինգ ոլորտ.

1. Ճանաչել սեփական զգացումները:
2. Կարգավորել սեփական զգացումները:
3. Մոտիվացնել ինքդ քեզ:
4. Ճանաչել և հասկանալ ուրիշների զգացումները:
5. Կարգավորել հարաբերությունները:

Բար-Օնը (1999) հուզական ինտելեկտի համար մշակեց բազմատարածականության ձևաչափը: Նա հավատում էր, որ հուզական ինտելեկտը ներառում է հարմարվողականության մի շարք կարողություններ և ընդունակություններ: Այն կարող է կիրառվել բարգավաճման և նորանոր ձեռքբերումների համար, և այդ մեթոդներով մարդիկ հաջողություններ կունենան շրջապատի հետ շփումներում: Ըստ Բար-Օնի՝ հուզական ինտելեկտի ոլորտներն են հուզական ինքնագիտակցությունը, ինքնավստահությունը, եսասիրությունը, ինքնադրսևորումը, անկախությունը, կարեկցանքը, ներանձնային հարաբերությունը, սոցիալական պատասխանատվությունը, խնդիրների հարթումը, իրականության փորձարկումը, ձկունությունը, սթրեսային հանդուրժողականությունը, ազդակների վերահսկումը, երջանկությունը և լավատեսությունը:

Վերլուծության և համադրելու ունակությունը որոշելու համար կիրառվում են տարբեր թեստեր՝ առաջարկում լուծել մի շարք խնդիրներ, վերծանել ասացվածքների փոխաբերական իմաստը և այլն: Կիրառվում են ինտելեկտի հետազոտման տարբեր պսիխոմետրիկ մեթոդներ (Վեքսլերի թեստը, Բինե-Սիմոնի սանդղակը, Ռավենի թեստը և այլն):

Ինտելեկտի զարգացում

Ինտելեկտի զարգացումը պայմանավորված է **բնածին գործոններով՝**

- Ժառանգական գործոններ,
- քրոմոսոմային անոմալիաներ, օրինակ՝ Դաունի հիվանդությունը, որն ուղեկցվում է երեխայի մտավոր զարգացման խանգարմամբ, առաջանում է հետևյալ գործոններից. 21-րդ գույգ քրոմոսոմում երրորդ՝ ավելորդ քրոմոսոմի առկայություն,

- ծնողների մեծահասակությունը՝ ոչ լիարժեք սնունդով և մոր հղիության ժամանակ որոշակի հիվանդությունների առկայություն: Մոր սննդի ռացիոնի մեջ յոդի անբավարար քանակը կարող է երեխայի դեպքում պայմանավորել կրեոտինիզմ, կամ եթե մայրը հղիության սկզբում հիվանդացել է կարմրախտով, դա կարող է հանգեցնել երեխայի տեսողության, լսողության, ինտելեկտուալ ֆունկցիաների անդառնալի դեֆեկտների: Հղիության առաջին ամիսներին անտիբիոտիկների, հելենիում տիպի տրանկվիլիզատորների կամ նույնիսկ ասպիրինի չարաշահումը, ալկոհոլի և ծխախոտի օգտագործումը կարող են հանգեցնել երեխայի զգալի մտավոր հապաղման:

Սոցիալական գործոններ: Անկախ երեխայի բնածին ներուժից՝ ակնհայտ է, որ գոյությունը պահպանելու համար անհրաժեշտ ինտելեկտուալ վարքը կարող է զարգանալ և կատարելագործվել միայն այն միջավայրում, որի հետ նա փոխազդելու է ամբողջ կյանքում: Նորածնի հուզական շփումը մոր և մեծահասակների հետ մեծ նշանակություն ունի երեխայի ինտելեկտուալ զարգացման համար: Սերտ կապ կա երեխայի ինտելեկտուալ զարգացման և նրա՝ մեծերի հետ բավարար երկար ժամանակ շփման հնարավորությունների միջև (որքան քիչ է շփումը մեծահասակների հետ, այնքան դանդաղ է կատարվում ինտելեկտուալ զարգացումը):

Ինտելեկտի խանգարում

Ինտելեկտի խանգարում ասելով՝ սովորաբար նկատի ունենք խնդիրները լուծելու կարողության անկման տարբեր մակարդակներ, իմացական գործունեության բոլոր կողմերի թուլացում, երբեմն էլ կոնկրետ ընդունակությունների և կարողությունների հետ կապված խնդիրներ: Առանձնացնում են թուլամտության բնածին (օլիգոֆրենիա, սակավամտություն) և ձեռքբերովի (դեմենցիա, թուլամտություն) ձևերը: Օլիգոֆրենիայի դեպքում դիտվում է ինտելեկտի և հոգեկան գործունեության կայուն հապաղում և թերզարգացվածություն: Ըստ օլիգոֆրենիայի արտահայտվածության աստիճանի՝ տարանջատում են 3 ձև՝ դեբիլություն, իմբեցիլություն, ապուշություն:

Դեբիլությունը մտավոր հետամնացության առավել թեթև ձևն է, որի դեպքում դեբիլությամբ տառապող անձինք դժվարությամբ են լուծում ինտելեկտուալ խնդիրներ, կենտրոնացնում ուշադրությունը, կատարում բարդ ֆիզիկական աշխատանքներ: Սակայն կարողանում են որոշ չափով կատարել ձեռքի աշխատանքներ, սոցիալական ադապտացիան բավարար մակարդակում է: Հիմնականում այստեղ դիտվում են դատողությունների, ընդհանրացումների, վերացարկման և եզրակացությունների խաթարումներ մտածողության պահպանման պայմաններում: **Իմբեցիլությունը** մտավոր հետամնացության միջին աստիճանն է, որի դեպքում բացակայում է վերացական մտածողությունը, տրամաբանությունը, գիտելիքների ձեռքբերման ընդունակությունը, բառապաշարը աղքատ է, խոսքը կառուցում են քերականական սխալներով: Կարող են ձեռք բերել ինքնասպասարկման որոշ հմտություններ:

Իմբեցիությունն ունեցող մարդկանց մեծ մասը խնամքի կարիք ունի: Կարող են արտահայտել կապվածություն և հուզական դրսևորումներ: **Ապուշությունը** մտավոր հետամնացության առավել խոր աստիճանն է: Բացակայում են իմացական պահանջումները, խոսքը և դրա հասկացումը, հույզերը և արտահայտչաձևերը: Զգայունակությունը թույլ է, այդ թվում նաև ցավայինը, շարժողական զարգացումը կտրուկ հապաղում է (ուղղահայաց կանգնելը, քայլելը): Կարող են հասկանալ առանձին բառեր, սակայն հիմնականում ընկալում են ինտոնացիան: Ինքնասպասարկման հմտությունները չեն ձևավորվում, չեն կարողանում հոգավ սեփական պահանջները, ուստի մշտական հսկողության և խնամքի կարիք ունեն: Համաձայն ՀՄԴ-10-ի՝ առանձնացնում են մտավոր հետամնացության չորս աստիճան՝ թեթև, չափավոր, ծանր, խոր:

Մտավոր հետամնացության վերոնշյալ երեք ձևերը դիտվում են տարբեր հիվանդությունների ժամանակ: Դրանք կարող են լինել. 1) գենետիկական ախտահարումներ, 2) գանգուղեղի ներարգանդային վնասվածքներ, որպես տրավմայի, հիպոքսիայի, ինֆեկցիայի, թունավորման հետեւանք, 3) պերինատալ ախտահարումը (ասֆիքսիա, ծննդաբերական տրավմա, ինֆեկցիա), 4) հետնատալ ազդեցությունները գլխուղեղի վրա մինչև 3 տարեկանը (զանազան մենինգիտներ, էնցեֆալիտներ, թունավորումներ եւ այլն): Դեմենցիան (ձեռք բերովի հոգեկան արատը) բնորոշվում է նախկինում լավ զարգացած ինտելեկտի նվազմամբ, քայքայմամբ: Դիտվում է կոգնիտիվ ֆունկցիաների, հուզականային ոլորտի, սոցիալական ադապտացիայի, կյանքի ընթացքում ձեռք բերված անձնային և մասնագիտական հմտությունների աստիճանական թուլացում:

11. Գիտակցություն

Հնագույն ժամանակներից ի վեր մարդիկ փորձել են բացահայտել գիտակցության բնույթը: Գիտության մեջ չկա սպառիչ սահմանում, սակայն կան մի քանիսը, որոնց համադրումը կարող է պատկերացում տալ գիտակցության մասին: Դրանցից ամենահինը նույնացնում է գիտակցությունը և մարդու հոգեկանը, այսինքն՝ գիտակցությունը հենց հոգեկանն է: Այս սահմանման կողմնակիցները հոգեբանության շրջանակներում ուսումնասիրում էին մարդու գիտակցությունը և ոչ թե հոգեկանը: Մյուս տեսակետը գիտակցությունը դիտում է որպես սեփական մտքերը, զգացումներն ու պատկերացումները մյուսներին հաղորդելու կարողություն, ընդ որում, դա կարող է կատարվել տարբեր միջոցներով /խոսքով, մարմնի լեզվով/: Մեկ այլ տեսակետի համաձայն՝ գիտակցությունը նույնացվում է լեզվի և խոսքի հետ: Գիտնականների մեկ այլ խումբ գիտակցությունը դիտարկում է որպես մարդու հոգեկան վիճակ՝ այն կապելով արթունության, շրջապատող աշխարհը համընդհանուր նորմալ համարվող չափանիշներով ընկալելու կարողության հետ: Ամփոփելով վերը ասվածը, նշենք, որ գիտակցության կատեգորիան հոգեբանության ոլորտում դիտվում է մի քանի տեսանկյունից.

- 1) որպես օբյեկտիվ իրականության ճանաչողության բարձրագույն ձեւ,
- 2) որպես սեփական “ես”-ի առանձնացնելու հնարավորություն,
- 3) որպես կամային, նպատակասլաց եւ քննադատական գործունեություն :

Այսպիսով, գիտակցությունը մարդու՝ շրջապատող աշխարհը և իր ներաշխարհը ճանաչելու և փոփոխության ենթարկելու կարողությունն է: Այն իրականության արտացոլման բարձրագույն աստիճանն է, որը դրսևորվում է նրանով, որ անձնավորությունն իրեն պարզորոշ կերպով հաշիվ է տալիս շրջապատի, ներկա և անցյալ ժամանակի վերաբերյալ և կարողանում է կառավարել իր վարքը իրավիճակին համապատասխան: Գիտակցությունն արտացոլման նպատակառոտ դրված ձև է, որը հատուկ է միայն մարդուն և մշտապես կապված է ակտիվության ամենաբարձր մակարդակի, այն է՝ մարդու հոգեկան բոլոր գործառույթների միասնական դրսևորման հետ: Գիտակցությունը ոչ թե ինքնուրույն հոգեկան գործընթաց է, այլ հոգեկանի բարձրակարգ (ինտեգրատիվ) մակարդակ է՝ իր հասարակական-պատմական պայմանավորվածությամբ: Գիտակցությունը բնութագրվում է մի քանի չափանիշներով՝ պարզություն, արթնմնիության աստիճանը, ծավալ, բովանդակություն, անընդհատություն. կապը անցյալի, ներկայի եւ ապագայի միջեւ:

Առանձնացնում են գիտակցության փոխկապակցված հինգ հիմնական գործառույթներ՝

1. ճանաչում (ճանաչողություն),
2. ապրում,
3. վերաբերմունքը աշխարհի, մարդկանց հանդեպ,
4. ռեֆլեքսիա,
5. վարքի և գործունեության կարգավորում:

Գիտակցության անբաժանելի մասն են խոսքը, մտածողությունը և շրջապատող աշխարհի համապարփակ պատկերի ստեղծման կարողությունը՝ մտապատկերներով և հասկացություններով:

Գիտակցության կառուցվածքի մեջ կան մի շարք տարրեր.

1. Իմացական գործընթացներ (զգայություն, ընկալում, մտածողություն, հիշողություն և այլն), որոնց հիման վրա ձևավորվում է շրջապատող աշխարհի մասին գիտելիքների ամբողջությունը:
2. Սուբյեկտի և օբյեկտի տարբերակում (սեփական անձի հակադրումը շրջապատող աշխարհին, Ես-ի և ոչ Ես-ի տարանջատումը), որի շնորհիվ հնարավոր է դառնում ինքնագիտակցումը, ինքնաճանաչումը և ինքնագնահատականը:
3. Մարդու վերաբերմունքն ինքն իրեն և շրջապատող աշխարհի հանդեպ, որին վերաբերում են զգացմունքները, հույզերը, ապրումները:
4. Ստեղծագործականությունը, երբ գիտակցությունը մտածողության, երևակայության և ինտուիցիայի շնորհիվ ստեղծում է նոր պատկերներ և պատկերացումներ, որոնք նախկինում չեն եղել:

5. Աշխարհի ժամականային պատկերի ստեղծում, այսինքն՝ անցյալի, ներկայի և ապագայի գիտակցում:

6. Գործունեության նպատակների ձևավորում. ելնելով պահանջմունքներից և դրանց գիտակցումից՝ մարդը ձևավորում է իր գործունեությունը և ուղղորդում ինքն իրեն դեպի իր գործունեության նպատակը:

Նշվում է, որ գիտակցության հիմնական հատկանիշներն են երևակայությունն ու ռեֆլեքսիան: **Ռեֆլեքսիան** ինքնաճանաչումն է, որի ընթացքում մարդ խորհրդածում է սեփական ապրումների, մտքերի մասին, իրեն հաշիվ է տալիս իր կատարած գործողությունների մասին և վերլուծում դրանք: Դրանով իսկ ներհոգեկան պայմաններ են ստեղծվում ինքնակատարելագործման, վարքագիծն ու մտածելակերպը հետագայում ցանկալի փոփոխությունների ենթարկելու համար:

Կիրառական հոգեբանության մեջ կարևորվում է անձի ինքնագիտակցությունը, որ նշանակում է ինքնանույնականացում, տարածության և ժամանակի գիտակցում, թե երբ և որտեղ է ինքը: Ինքնագիտակցությունը գիտակցության կենտրոնն է:

Ինքնագիտակցումը

Ինքնագիտակցումը հոգեկան առողջության (նորմայի) պարտադիր նշան է: Խանգարումներից շատերի դեպքում մարդը չի ընկալում ինքն իրեն այնպիսին, ինչպիսին նա կա, այսինքն խաթարվում է ինքնագիտակցությունը: Մարդը կարող է սեփական անձը ընկալել իրական պատկերից հեռու կամ օտար կամ էլ բազմակի: Յասպերսը ինքնագիտակցությունը հակադրում էր առարկայական գիտակցությանը՝ առանձնացնելով չորս հիմնական չափանիշներ: Առաջին հերթին ինքնագիտակցությունը ենթադրում է գործունեության մեջ լինելու զգացում, այսինքն՝ սեփական անձը ընկալել որպես ակտիվ, գործող: Երկրորդը՝ սեփական անձի՝ որպես «մի ամբողջականության» գիտակցումն է ամեն վայրկյան: Երրորդը սեփական նույնության գիտակցումն է: Այսինքն՝ մարդը գիտակցում է, որ սա հենց ինքն է, հենց այնպիսին, ինչպիսին նա կա: Իսկ վերջինը այն գիտակցումն է, որ նա առանձին է և տարբեր շրջապատող աշխարհից: Ինքնագիտակցությունը մարդու հոգեկան գործունեության մեջ ինքնաճանաչման միջնորդավորված բարդ գործընթաց է, որի արդյունքում ձևավորվում է «ես-կոնցեպցիան»:

Կարելի է առանձնացնել «ես» կոնցեպցիայի հետևյալ հիմնական մակարդակները.

1. Նկարագրողական, որը կազմում է «ես» պատկերը, այլ կերպ անվանում են կոգնիտիվ բաղադրիչ:
2. Ինքնագնահատական, որը կապված է ինքն իր և սեփական հատկությունների նկատմամբ վերաբերմունքի հետ. անվանում են հուզական բաղադրիչ:
3. Վարքային հակադրումը, որն առաջ է գալիս «ես» պատկերի և ինքնավերաբերմունքի միջոցով՝ վարքային բաղադրիչ:

Ինքնագիտակցությունը կատարում է ինքնաճանաչման, ինքնավերահսկողության, ինքնակարգավորման և ինքնակազմավորման կարևոր գործառույթներ: Ինքնագիտակցության հուզական բաղադրիչն է նաև ինքնավերաբերմունքը, ինքնահարգանքը և ինքնագնահատականը: Գրեթե բոլոր հոգեկան խանգարումների դեբյուտը խախտված է լինում ինքնագիտակցությունը, հետևաբար նաև վերը նշված բոլոր գործառույթները:

Առանձնացնում են գիտակցության երկու շերտ. կենցաղային գիտակցություն, որը ենթադրում է շարժման բիոդինամիկ հատկությունների գիտակցումը, գործողությունների փորձը և զգայական պատկերները: Ռեֆլեկտիվ գիտակցությունը ներառում է գիտակցածի նշանակությունը և իմաստը: Նշանակությունը հասարակական գիտակցությունն է, որը կարող է լինել առարկայական, վերբալ, կենցաղային, գիտական և այլն: Իմաստը իրավիճակի և ինֆորմացիայի սուբյեկտիվ գնահատումն ու հասկացումն է կամ, կարող ենք ասել, անհատական նշանակություն տալը:

Ժամանակակից հոգեբանության մեջ առանձնահատուկ հետաքրքրություն ունեն գիտակցության փոփոխված /հոլոնտրոպ, տրանսպերսոնալ/ վիճակները: Գիտակցությունը տրանսպերսոնալ կամ հոլոնտրոպ վիճակներում որակապես հիմնովին և խորքային փոփոխության է ենթարկվում, սակայն չի վնասվում կամ թուլանում, ինչպես օրգանական վնասվածքների դեպքում: Մարդու մեջ կատարվում են հետաքրքիր փոփոխություններ զգայարանների մակարդակում, մտածողության մեջ: Սովորաբար տարածության և ժամանակի կողմնորոշումը պահպանվում է, և մարդը առօրյա իրականության հետ չի կորցնում կապը: Միաժամանակ գիտակցության համար կարծես բացվում են միջանցքներ այլ չափումներից:

Հոլոնտրոպ վիճակները ինքնատիպ ազդեցություն են ունենում զգայարանների վրա: Մարդն այդ վիճակում տեսնում է գույներ, պատկերներ, որոնք կարող են շարունակվել աչքերը բացելուց հետո էլ: Առաջ են գալիս բուսական և կենդանական աշխարհի պատկերներ: Հոլոնտրոպ վիճակը մարդու առջև բացում է կոլեկտիվ անգիտակցականը: Հայտվում են արքետիպային կերպարներ: Այս տեսողական պատկերներն առաջացնում են նաև այլ զգայություններ: Մարդը զգում է ձայներ, բույրեր: Առաջ են գալիս նաև լայն սպեկտր ունեցող հույզեր՝ սկսած բացարձակ հանգստի, երանության, էյֆորիայի զգացումներից մինչև անսահման հուսահատության և տխրության զգացումները:

Հետաքրքրական է այս վիճակների ազդեցությունը մտածողության վրա: Առօրյա կյանքում մենք հակված են ռացիոնալ դատողությունների, և հանկարծ ի հայտ են գալիս զարմանալի մտքեր և բացահայտումներ: Կարող է բացվել ինֆորմացիա տիեզերքի, բնության մասին, կարող են առաջանալ խոր փիլիսոփայական և մետաֆիզիկական մտքեր: Չարլզ Տարտը գիտակցության փոփոխված վիճակներում, չնայած դրանց տարատեսակներին, առանձնացնում է ընդհանրությունների խումբ:

1. փոփոխություններ մտածողության մեջ,
2. ժամանակի զգացողության խանգարում,
3. վերահսկողության կորուստ,
4. հուզական արտահայտման փոփոխություններ,
5. մարմնի պատկերի փոփոխություն,
6. ընկալման աղճատում,
7. իմաստի և նշանակության փոփոխություններ,
8. աննկարագրելիության զգացում,
9. վերածնունդի զգացում,
10. գերներշնչվողականություն:

Գիտակցության փոփոխված վիճակները ծառայում են մարդու չարտահայտված զգացումների և անգիտակցական բովանդակությունների արտահայտմանը, այսինքն՝ դրանք կարող են դրսևորվել ոչ ադապտիվ և ադապտիվ ձևերով.

- Ոչ ադապտիվ են հուզական կոնֆլիկտների լուծումը ամնեզիայի, փախուստի, դեպերսոնալիզացիայի միջոցով, պաշտպանական ռեակցիաներ թերապիայի ժամանակ հիպնոտիկ վիճակում հայտնվելով, արգելած իմպուլսների ազատում սուր պսիխոտիկ ռեակցիաներով, պատասխանատվությունից փախուստ թմրամոլության միջոցով, անգիտակցական կոնֆլիկտների սիմվոլիկ ազատումը կախարդությամբ զբաղվելով:
- Ադապտիվ արտահայտումներ են, երբ մարդը գիտակցության փոփոխված վիճակներն օգտագործում է նոր գիտելիքի և փորձի ձեռքբերման, կոնֆլիկտները արտահայտելու համար՝ առանց վնասելու իրեն և շրջապատին:

Գիտակցության խանգարումները

Գիտակցության խանգարումը իրական աշխարհի ներքին եւ արտաքին կապերի արտացոլման խախտում է: Առանձնացնում են գիտակցության խանգարման երկու տեսակ՝ *գիտակցության անջատում* և *գիտակցության աղճատում*: **Գիտակցության անջատումները** հոգեկանի ճանաչողական գործունեության տարածված խանգարումներ են՝ ֆունկցիայի թուլությունից մինչեւ բացակայություն, ֆունկցիայի խորություն, ծավալի նվազագույն մակարդակ: **Գիտակցության աղճատումը (մթագնումը)** կարելի է սահմանել որպես հոգեկան գործունեության տոտալ դեզինտեգրացիա, որը բերում է գիտակցության բովանդակության որակական փոփոխությունների և աղավաղումների

Գիտակցության անջատումներն են օբնիբոլյացիան (ուշաթափությունը), սուպորը և կոման: **Ուշաթափությունը** (շնչաթուրություն, օբնոբիլյացիա) գիտակցության պարզության աստիճանի նվազումն

ու վերացումն է: Մա ամենաթեթև աստիճանն է: Հիվանդները շրջապատին անմասնակից են, անուշադիր, շփումներին դժվար մատչելի են, մտածում եւ խոսում են շատ դանդաղ, խոսքը աղքատիկ է, շարժումները՝ ոչ ճկուն: Ուշաթափության շրջանը, մեծ մասամբ, ենթարկվում է ամնեզիայի:

Սոսորը դիտարկվում է որպես ախտաբանական (հիվանդագին) քուն: Հիվանդն անշարժ պառկած է, աչքերը՝ փակ, դեմքն ամիմիկ: Ջրույցն անհնար է: Ուժեղ արտաքին գրգիռները (լույսը, ձայնը), առաջացնում են ստերեոտիպ շարժողական պաշտպանողական հակազդումներ:

Կոման գիտակցության լրիվ կորուստն է, հակազդումների բացակայությամբ:

Իսկ աղճատումներից են դելիրիումը, ամենցիան, օնեխրոխը և գիտակցության մթագնած խանազրումը:

Դելիրիումը (դելիրիոզ համախտանիշը) գիտակցության խանգարման մասնավոր ձեւն է, որը բնութագրվում է գիտակցության ցնորապատրանքային երեւոյթներով, անկայուն աֆեկտով (վախ եւ տագնապ), շարժական գրգռվածությամբ: Սկզբում գանգատներն արտահայտվում են երեկոյան ժամերին: Սկսում են առաջանալ պատրանքներ՝ պարզ առօրեականից մինչեւ պարեյդոլիկ բնույթի: Գիշերային ժամերին ի հայտ են գալիս վառ տեսիլքներ: Դելիրիումի հաջորդ փուլում տեսիլքները դառնում են հիմնական խանգարումը՝ հնարավոր են իսկական տեսողական ցնորքների բոլոր տեսակները՝ շարժուն եւ անշարժ, գունեղ եւ անգույն, մակրո եւ միկրոպտիկ բնույթի, ամենատարբեր բովանդակությամբ եւ թեմայով: Դելիրիոզ վիճակների ժամանակ ցնորքները տարածվում են իրականության մեջ: Դելիրիումը տեւում է 3-ից 7 օր: Այն նահանջում է, հիմնականում, կրիտիկական ձեւով: Հիվանդները հիշում են իրենց ապրումների բովանդակությունը, չեն հիշում իրականությունը:

Օնեյրոիդը մի խանգարում է, երբ հիվանդը արթուն վիճակում երազներ է տեսնում: Երազներն, ինչպես քնած, այնպես էլ արթուն վիճակում, կարող են լինել ամենատարբեր բովանդակության՝ կենցաղային եւ մասնագիտական, իրական եւ ֆանտաստիկ, հեքիաթային եւ խճճված: Օնեյրոիդ վիճակում հիվանդը լիովին “անջատված է” իրականությունից, ինքնագիտակցությունը բացակայում է կամ կերպարանափոխվում իր ապրումների հերոսներից մեկին: Հիվանդները “մասնակցում են” միջնուլորակային ճանապարհորդությունների, շփվում են այլնուլորակայինների հետ, մասնակցում են “աստղային պատերազմներին”, թափառում հին աշխարհում, նախապատմական անտառներով, հայտնվում են դրախտում կամ դժոխքում, զրուցում սրբերի եւ մարգարեների հետ, ականատես լինում զանազան արհավիրքների, պատերազմների եւ այլն:

Եթե դելիրիումի ժամանակ հիվանդի վարքն ու դեմքի արտահայտությունը լիովին պայմանավորված են ցնորքների եւ զառանցանքների բովանդակությամբ, ապա օնեյրոիդի ժամանակ հիվանդները մնում են անշարժ կամ ստերեոտիպ անիմաստ գրգռված վիճակում այն դեպքում, երբ իրենց երեւակայությունում նրանք մասնակից են զանազան հուզականորեն հագեցած իրադարձությունների: Դեմքն արտահայտում է քարացած “բացակայություն” կամ ոգեւորություն:

Ամենցիան գիտակցության մթազնման ամենածանր ձեւերից է, որի ժամանակ դիտվում են արտահայտված շփոթվածություն, մտածողության անկապություն (ինկոհերենցիա), միջավայրի ամբողջական փոխկապակցված ճանաչման խանգարում, ինքնագիտակցության կորուստ: Զիվանդների խոսքը բաղկացած է անկապ եւ անհիմաստ բառերից, վանկերից, որ արտահայտվում են ցածրաձայն կամ բարձրաձայն միեւնույն ինտոնացիաներով: Զիվանդների տրամադրությունը փոփոխական է, մերթ-տխուր-տագնապային, մերթ-անտարբեր, մերթ-ոգելորված եւ հիացական: Շարժողական գրգռվածությունը դրսևորվում է սովորաբար հիվանդի մահճակալի սահմաններում: Գիտակցության պարզեցում չի դիտվում: Զիվանդների հետ գրեթե անհնար է կապ հաստատել: Ցնորքները եզակի են, իսկ զառանցանքները՝ կցկտուր եւ անավարտ բնույթի: Ամենցիան կարող է տեսել մինչեւ մի քանի շաբաթ: Ամենտիվ շրջանի մասին հիվանդների մոտ որեւէ հիշողություն չի պահպանվում:

Գիտակցության մթազնմած (մթնշաղային) խանգարումներ: Այս խանգարումների դեպքում էլ գիտակցության պարզությունն անսպասելի կորչում է, ուղեկցվում է դեռեալիզացիայով, ապակողմնորոշմամբ, զառանցանքներով և ցնորքներով: Գիտակցության առավել տարածված մթնշաղային խանգարումներից են ամբուլատոր ավտոմատիզմը, ֆուզան, սոմնամբուլիզմը (լուսնոտություն, գիշերաշրջություն):

Ամբուլատոր ավտոմատիզմը դրսևորվում է նրանով, որ գիտակցության մթազնմած վիճակում մարդը կատարում է ավտոմատիզացված գործողություններ: Օրինակ՝ հիվանդը կարող է տնից գնալ խանութ և հանկարծ հայտնաբերել, որ մեկ այլ անձանթ վայրում է: Իր գործողությունների հաջորդականությունը հիվանդը չի հիշում, սակայն այդ ընթացքում կարողանում է կատարել որոշ գործողություններ՝ օգտվել տրանսպորտից, անցնել փողոցը և այլն:

Ֆուզայի դեպքում ևս գիտակցությունը մթազնմում է, սակայն կարճաժամկետ, տևում է 1-2 րոպե, այդ ընթացքում հիվանդը հանկարծակի, կտրուկ գործողություններ է կատարում, հիմնականում ագրեսիվ՝ հարձակվում, իրեր կոտրում, ինքն իրեն վնասում: Այդ վիճակը ավարտվում է նույնպես անսպասելի, որ ից հետո հիվանդը կատարվածի մասին ոչինչ չի հիշում:

Քնի մեջ առաջացող ամբուլատոր ավտոմատիզմը անվանում են **սոմնամբուլիզմ** (կամ լուսնոտություն, գիշերաշրջություն): Սոմնամբուլիզմը նաև քնի խանգարում է: Մարդը գիշերն արթնանում է, որոշ գործողություններ կատարում, երբեմն նաև իր կյանքի համար վտանգավոր: Շարժողական, հակազդեցության հմտությունները թույլ են դրսևորվում, այդ ընթացքում գործողությունները գիտակցված չեն: Շրջելուց հետո վերադառնում է անկողին և նորից պառկում, արթնանալուց հետո ոչինչ չի հիշում:

Գրականություն

1. Մուքիասյան, Ս.Ն., Մարգարյան, Ս.Պ., (2006). *Հոգեբուժություն*: Մաս I, Աստղիկ Երևան:
2. Бернс, Р., (2003). *Что такое Я-концепция. Психология самосознания*: Хрест. Ред. Д.Я. Райгородский. Бахрах-М, Самара.

3. Карвасарский, Б.Д., (2008). *Клиническая психология. Учебник для вузов. 4-ое издание.* Питер, СПб.
4. Столин, В.В., (1983). *Самосознание личности*, Издательство Московского Университета, Москва.
5. Чеснокова, И.И., (1977). *Проблема самосознания в психологии*, Москва.

12. Հուզականային ոլորտ

Պահանջմունք, դրդապատճառ

Մարդուն ակտիվ գործունեության են մղում նրա պահանջմունքները: Պահանջմունքն ինչ-որ բանի կարիքն է, առանց որի մարդու կենսագործունեությունն ու զարգացումն արդյունավետ չէր լինի: Պահանջմունքների գիտակցումը կատարվում է աստիճանաբար, անձի զարգացմանը զուգընթաց:

Պահանջմունքների բնորոշ գծերից է վերարտադրությունը, այսինքն՝ մեկ անգամ բավարարվելուց հետո պահանջմունքը չի անհետանում:

Պահանջմունքներն ըստ ծագման լինում են բնածին և մշակութային, ըստ պահանջմունքն ապահովող առարկայի՝ նյութական, հոգևոր: Տարբերում են նաև սոցիոգեն /շփվելու/, ֆիզիոլոգիական և հոգեբանական պահանջմունքներ:

Պահանջմունքը, առաջանալով մարդու մեջ, ծնում է նաև իր բավարարումն ապահովող միտում: Պահանջմունքի ակտիվացած վիճակն անվանում են դրդապատճառ: Դրդապատճառները մարդու այն մտքերն են, հույզերը, որոնք, ակտիվանալով տվյալ ժամանակահատվածում և որոշակի իրադրության մեջ, մարդուն մղում են նպատակի ընտրության և դրան հասնելու անհրաժեշտ գործողությունների ստեղծման: Յուրաքանչյուր դրդապատճառ իր հիմքում ունի անձի որևէ պահանջմունք և ինչ-որ չափով համապատասխանում է իրադրությանը:

Ըստ հոգեկանի տիրություն դրդապատճառների գոյության մակարդակի՝ լինում են՝ գիտակցված, որոնք դրսևորվում են հետաքրքրություններով, համոզմունքներով, ձգտումներով, և չգիտակցված /ֆիզիոլոգիական պահանջմունքներից շատերը/: Անձը փորձում է պատճառաբանել իր չգիտակցված դրդապատճառները, բայց նրա բացատրությունները կարող են չհամապատասխանել իրականությանը:

Որոշ դրդապատճառներ կյանքի որոշակի փուլում ծագում են որպես գիտակցված ակտիվացնող ուժեր, բայց բարոյական կամ այլ տեսակետից անընդունելի լինելու պատճառով արտամղվում են անգիտակցականի ոլորտ:

Ա. Մապրուի կարծիքով մարդու պահանջմունքները կազմում են հիերարխիա, որի հիմքում ֆիզիոլոգիական պահանջմունքներն են:

Տրանսցենդենտալ

տիեզերական գաղտնիքներն

իմանալու պահանջմունքներ

Ինքնաիրականացման

ինաստալի նպատակներ ունենալու և
սեփական հնարավորություններն
իրականացնելու պահանջումներ

Գեղագիտական

գեղեցկության և ներդաշնակության պահանջումներ

Իմացական (ինտելեկտուալ) պահանջումներ

Ինքնասիրության, ինքնահարգանքի պահանջումներ

հարգված լինելու պահանջումներ

Միտք և կապվածության

որևէ խմբին պատկանելու, սիրելու և սիրված լինելու պահանջումներ

Անվտանգության

ապահով, տազնապից ազատ լինելու պահանջումներ

Ֆիզիոլոգիական

սննդի, ջրի, թթվածնի, հանգստի, քնի, սեռական և այլ պահանջումներ

Մասլոուն նշում էր, որ ֆիզիոլոգիական պահանջումներն բավարարելուց անմիջապես հետո մարդու մեջ արթնանում են այլ մակարդակի պահանջումները: Որոշ ժամանակահատվածում և տվյալ իրադրության մեջ մարդու վարքը որոշվում է ոչ թե բավարարված, այլ չբավարարված ցանկություններով, քանի որ բավարարված ցանկությունն այլևս ցանկություն չէ: Թեև Մասլոուի հիերարխիայի հիմքում ֆիզիոլոգիական դրդապատճառներն են, բայց կան նաև բացառություններ /ինքնագոհաբերման դեպքեր/, երբ առաջատար են դառնում հայրենասիրական, գեղագիտական և այլ դրդապատճառներ:

Մասլոուն նշում էր, որ այս հիերարխիան կոշտ չէ, թեև հիմնական գծերով կա բոլորի մեջ, սակայն հնարավոր է, օրինակ, ոմանց մեջ սեփական անձի արժանապատվության պահանջումն ավելի ուժեղ է, քան սիրելու պահանջումները:

Մարդու ամեն մի գործողություն, վարքի յուրաքանչյուր դրսևորում դետերմինացված է մի կողմից ներքին դրդապատճառներով, մյուս կողմից՝ արտաքին հանգամանքներով:

Ժամանակակից մասնագիտական գրականության մեջ գոյություն ունի գործունեության մոտիվացիաների փոխկապվածության մի քանի կոնցեպցիա: Դրանցից է «կաուզալ ատրիբուցիայի / պատճառական վերագրման» տեսությունը: «Կաուզալ ատրիբուցիան» ենթադրում է հետևյալը. սուբյեկտը միջանձնային ընկալման արդյունքում մեկնաբանում է այլ մարդկանց վարքի մոտիվներն ու պատճառները և դրա հիման վրա սկսում է կանխատեսել նրանց հետագա վարքագիծը: «Կաուզալ ատրիբուցիայի» փորձարարական հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ՝

- մարդն իր վարքը բացատրում է ոչ այնպես, ինչպես ուրիշներինը,
- «կաուզալ ատրիբուցիայի» գործընթացները չեն ենթարկվում տրամաբանական նորմերին,
- մարդը հակված է բացատրելու իր գործունեության արդյունքները արտաքին, իսկ հաջողությունները՝ ներքին գործոններով:

Հույզեր, զգացմունքներ, ապրումներ

Հույզերն ու զգացմունքները շրջակա միջավայրի օբյեկտների և երևույթների, այլ մարդկանց և ինքն իր նկատմամբ մարդու վերաբերմունքի սուբյեկտիվ արտացոլման գործընթացն են՝ անմիջական ապրումներով: Հույզերը տարբերվում են ճանաչողական հոգեկան գործընթացներից և ունեն որոշակի տարբերակիչ ցուցանիշներ: Առաջին հերթին հույզերը տարբերվում են բևեռայնությամբ՝ դրական կամ բացասական (ուրախություն-տխրություն): Երկրորդ տարբերակիչ առանձնահատկությունը դրանց էներգետիկ հագեցվածությունն է: Տարբերակում են սթենիկ հույզեր, որոնք բնորոշվում են ակտիվության աճով (ցնծություն, ցասում), և ասթենիկ հույզեր՝ ակտիվության նվազմամբ (թախիծ, տխրություն): Հույզերի ևս մեկ կարևոր բնութագիր է դրանց ամբողջականությունը. հուզական ապրումին մասնակցում է մարդու ողջ հոգեֆիզիոլոգիական համակարգը, հույզերը ակնթարթորեն ներգրավում են ողջ օրգանիզմը և մարդու ապրումներին հատուկ երանգավորում են տալիս: Հույզերի մեկ այլ առանձնահատկություն է նաև դրանց փոխկապակցվածությունը հոգեկան այլ գործընթացների հետ:

Այսպիսով, հույզերի կենսաբանական, հոգեֆիզիոլոգիական եւ սոցիալական իմաստը դրանց՝ օրգանիզմի վրա մոբիլիզացնող եւ կազմակերպող (կազմավորող) ազդեցության մեջ է, որի նպատակը միջավայրում հարմարվելն է: Այն ամենը, ինչին մենք առնչվում ենք առօրյայում, որոշակի վերաբերմունք է առաջացնում: Որոշ օբյեկտներ և երևույթներ համակրանք են առաջացնում, մյուսները, հակառակը, հակակրանք, մի քանիսը հետաքրքրություն են արթնացնում, մյուսները՝ անտարբերություն, երբորդները՝ ուրախություն և այլն: Ուրախություն, թախիծ, հիացմունք, բարկություն, ցասում, վախ՝ բոլորը իրականության հանդեպ մարդու սուբյեկտիվ վերաբերմունքի տարբեր դրսևորումներ են:

Հույզը սուբյեկտի վերաբերմունքի արտացոլումն է շրջապատող աշխարհի նշանակալի օբյեկտների նկատմամբ, պահանջմունքների գոյության սուբյեկտիվ ձև է: Հույզերը սուբյեկտին ազդանշում են օբյեկտների պահանջմունքային նշանակալիության մասին: Այն ամենը, ինչը նպաստում է պահանջմունքների

բավարարմանը, առաջացնում է դրական հույզեր, իսկ այն ամենը, ինչը խոչընդոտում է պահանջմունքների բավարարմանը, առաջացնում է բացասական հույզեր:

Այսպիսով, կարելի սահմանել, որ հույզերը այն հաճելի կամ տհաճ զգացումներն են, որ առաջանում են յուրաքանչյուրիս մոտ շրջակա միջավայրը ճանաչելու, ինքնաճանաչելու, որեւէ գործունեություն ծավալելու, միջանձնային կապեր կամ հարաբերություններ հաստատելու ընթացքում կամ արդյունքում:

Ուղեղի հուզական ակտիվության համար պատասխանատու է լիմբիկ համակարգը, որով պայմանավորված են նաև խոր զգացմունքների և բնագոյային վարքի դրսևորումները:

Հույզը ամբողջ օրգանիզմի հակազդումն է, որ ներառում է ֆիզիոլոգիական գրգռում, էքսպրեսիվ վարք և գիտակցական փորձ: Բոլորին հայտնի վիսցերալ փոփոխությունները, որոնք ուղեկցում են հուզական գրգռումը՝ սրտի զարկերի, շնչառության, աղեստամոքսային ուղու փոփոխությունները, ղեկավարվում են գլխուղեղի կողմից, իսկ թե ինչպես են այդ փոփոխություններն առաջանում և ինչպես են դրանք կապված հույզերի հետ, վիճարկելի է: Ֆրոյդի կարծիքով գլխուղեղում նյարդային տարրերի գրգռման ցածր աստիճանը անհարմարության ենթագիտակցական զգացողություն է առաջացնում: Ենթակեղևին փոխանցվող այդ զգացողությունը կարող է առաջացնել արտաքին աշխարհի հետ փոխներգործության պահանջմունք, ինչպիսին են սնվելու կամ սեռական պահանջմունքները: Այդ փոխներգործությունն իր հերթին հանգեցնում է սկզբնական անհարմարության զգացողության նվազմանը, որի արդյունքում էլ հաճույքի զգացում է առաջանում:

Ընդունված է տարբերակել բուն հույզեր (հույզեր՝ բառի նեղ իմաստով) և զգացմունքներ: Բուն հույզերը արտահայտում են անձի սուբյեկտիվ ապրումները, որոնք պայմանավորված են բնագոյային հակումների եւ պահանջների բավարարմամբ, այսինքն՝ սննդի, ջրի, սեռական հակումների, ինքնապաշտպանման բնագոյ պահանջներով պայմանավորված: Զգացմունքները պայմանավորված են այն պահանջներով, որոնք առաջանում են մարդու զարգացման ընթացքում եւ պայմանավորված են միջանձնային հարաբերություններով ու շփումներով: Այլ կերպ ասած՝ սրանք “մարդկայնացված” հույզերն են: Այս շարքին են դասվում բարոյաէթիկական, էսթետիկական եւ ինտելեկտուալ հակումները՝ սերը, հարգանքը, պատիվը, բարեկամությունը, կարեկցանքը, համակրանքը եւ այլն:

Հույզերի տեսություններ

Ջեյմս-Լանգեի տեսություն: Այս տեսությունը վերաբերում է հուզական վիճակների և մարմնային գործընթացների, հակազդումների կապին: Ենթադրվում է, որ հուզական վիճակներն առաջանում են օրգանիզմի կողմից արտաքին գրգռիչին տրվող ավտոմատ, բնագոյային մարմնային հակազդումների շնորհիվ: Ջեյմսը (1890) գրել է. «Իմ տեսությունն այն է, որ գրգռ առաջ բերող գործոնի ազդեցությանը անմիջապես հետևում են մարմնային փոփոխություններ, իսկ այդ փոփոխությունների առաջ բերած զգայությունները մեր հույզերն են»: Օրինակ՝ մեզ վիրավորեցին, մենք հարվածեցինք, այդ պատճառով էլ չարացած ենք: Այսպիսով, ըստ այս տեսության՝ մարմնային գործընթացների համեմատությամբ հոգեկան գործընթացները երկրորդային են: Ջեյմս-Լանգեի տեսությունն անվանում են հույզերի պերիֆերիկ (ծայրամասային) տեսություն, քանի որ նրանում հույզերի առաջացումը վերագրվում է ծայրամասային վիսցերալ հակազդումներից ստացվող հետադարձ կապերին, որոնք և հուզական ապրումների աղբյուրներ են:

Քենն-Բարդի տեսություն: Այս տեսությունն անվանում են «կենտրոնական», քանի որ նա հույզերի առաջացումը կապում էր ուղեղում կատարվող գործընթացների հետ: Նա նշում էր, որ զգայարանների վրա ազդող գրգռիչները առաջ են բերում իմպուլսներ (ազդանշաններ), որոնք գալիս են տեսաթումբ (թալամուս), որի աշխատանքի հետևանքով էլ առաջանում են ինչպես հույզեր, այնպես էլ մարմնային հակազդումներ: Այսինքն՝ ըստ այս տեսության՝ մարմնային գործընթացները և հույզերը միաժամանակ են առաջանում:

Շախտեր-Ջինզերի տեսություն: Շախտերը ձևակերպեց հույզերի «իմացական-ֆիզիոլոգիական» տեսությունը: Ըստ այս տեսության՝ հույզերն առաջանում են հետևյալ կերպ. արտաքին գրգռիչները հարուցում են ֆիզիոլոգիական հակազդումներ, սրանք՝ հուզական վիճակներ, որոնց մարդը պետք է որևէ անուն տա: Այդ անելու համար նա սկսում է իր վիճակի մասին տեղեկություններ հավաքել: Նախկին և նոր տեղեկությունների հիման վրա իր հետ կատարվող գործընթացների և իր վարքի գիտակցումը նրան մղում է որևէ անուն տալ իր հույզին: Այդ անունը կանխորոշում է նրա հետագա վարքագիծը: Հուզական ապրումները, այսպիսով, առաջանում են զգայությունների և իմացական գործընթացների կապի շնորհիվ: Մա Ջեյմս-Լանգեի տեսության հետագա զարգացումն է՝ «կոնգնիտիվիզացիան»: Բայց Շախտերը շեշտում է նաև մոտիվացիայի դերը՝ հուզական գրգռվածությունը համարելով տեղեկություններ ստանալու ուժեղ մոտիվացիայի արտահայտություն:

Հույզերի բաղադրիչները

- 1. Ապրումներ:** Մուրյեկտի կողմից սեփական հոգեկան վիճակի արտացոլումն է:
- 2. Ֆիզիոլոգիական բաղադրիչ:** Այն ունի հետևյալ դրսևորումները՝

- վեգետատիվ ցուցանիշների փոփոխություն (սրտի կծկումների հաճախականություն, զարկերակային ճնշում, շնչառության հաճախականություն, մաշկի դիմադրողականության փոփոխություն, անոթների նեղացում ու լայնացում, մաշկի ջերմաստիճան և այլն),

- սեկրետոր (արտազատող) հակազդեցություններ (արցունքներ, քրտնարտադրություն, թթարտադրություն, սեռական գեղձերի ներքին սեկրեցիա),

- մարսողական համակարգի խանգարումներ, սֆինկտերների (սեղմամկանների) կրճատում և թուլացում և այլն:

3. Մկանային բաղադրիչ: Մկանային լարվածությունը, մկանների գերլարվածությունը (հիպերտոնուսը) կարող են վկայել լուծում չստացած հույզերի առկայության մասին: Վեգետատիվ և մկանային հակազդեցությունների միջև գոյություն ունի որոշակի հավասարակշռություն, ինչպես օրինակ՝ ցասումը ճնշելու դեպքում վեգետատիվ հակազդեցությունները շատ ավելի ուժեղ կլինեն, քան մկանային լիցքաթափությամբ արտահայտվող աֆեկտիվ պոռթկման դեպքում:

4. Էքսպրեսիվ (արտահայտչական) բաղադրիչ: Արտահայտչական միջոցները լինում են դիմաշարժողական /միմիկա/, հոգեմոտորային և ձայնային:

Դիմաշարժողականը կարող է լինել սպոնտան (ինքնաբուխ) և կամաձին:

Արտահայտչականության հոգեմոտորային միջոցներից են թռչկոտելը, ողջագուրվելը, շոյելը, իսկ ձայնային միջոցներից են ծիծաղն ու լացը:

5. Ընթացիկ իրադարձությունների օգտակարության կամ վնասակարության իմացական բաղադրիչ: Իմացական գնահատականով է պայմանավորված հույզերից բխող վարքի ընտրությունը:

Հույզերի ֆունկցիաները

1. Գնահատման ֆունկցիա: Հույզերն անմիջականորեն գնահատում են արտացոլված առարկաների պահանջմունքային նշանակալիությունը և սուբյեկտին ազդանշանում դրա մասին:

2. Մղման ֆունկցիա: Մարդու հուզական ապրումների շնորհիվ առաջանում է օգտակարը յուրացնելու և վնասակարից ազատվելու մղում: Ընդ որում, օրգանիզմի համար կարևոր է ոչ թե միօրինակ դրական հույզերի պահպանումը, այլ հույզերի դինամիկական օպտիմալ ինտենսիվությամբ, որոնք չեն հասնում շատ բարձր աստիճանի:

3. Կարգավորող ֆունկցիա: Մա ֆունկցիաների ամբողջությունն է: Դա ճանաչողական պրոցեսների կենտրոնացումն է հուզական երանգ ունեցող առարկայական բովանդակության վրա (անհատական փորձի կուտակում և արդիականացում, նախապես կռահելու, համադրելու և փոխհատուցելու ֆունկցիաներ):

4. Ակտիվացման ֆունկցիա: Հույզերն էներգիայի աղբյուր են: Հուզական այս կամ այն վիճակում նյարդային կենտրոնները և ողջ օրգանիզմն ակտիվանում են:

5. Արտահայտչական ֆունկցիա: Պանտոմիմիկայի, միմիկայի, ձայնային հակազդեցությունների յուրահատուկ փոփոխություններն օգտագործում են շփման մեջ՝ որպես ինֆորմացիան փոխանակելու միջոց:

Հիմնական հույզեր: Հույզերի դասակարգումը և ֆունկցիաները

Վ. Ն. Մյասիշչևն առաջարկում է հույզերի հետևյալ դասակարգումը.

1. Հուզական հակազդեցություններ, որոնք դրանք առաջացնող խթանների պատասխան ապրումներն են:

2. Հուզական վիճակներ, որոնք բնութագրվում են նյարդահոգեբանական լարվածության փոփոխությամբ:

3. Հուզական հարաբերություններ (զգացմունքներ), որոնք բնութագրվում են հուզական ընտրողականությամբ կամ էլ որոշակի օբյեկտների և գործընթացների հետ կոնկրետ հույզերի կապվածությամբ:

Գոյություն ունեն տասը հիմնական հույզեր, որոնք ինքնուրույն նշանակություն ունեն: Դրանք են՝ հետաքրքրությունը, ուրախությունը, թախիծը, զայրույթը (ցասումը), զզվանքը կամ նողկանքը, արհամարհանքը, վախը, ամոթը, մեղքի զգացում, զարմանքը:

1. Վախը պաշտպանական հակազդեցությունն է իրական կամ թվացյալ վտանգի հանդեպ: Վախը կազմակերպում է վարքը, որն ուղղված է վտանգի չեզոքացմանը:

2. Թախիծը արժեքների կամ այլ անձանց հետ նշանակալի հարաբերությունների կորստի հուզական հակազդեցությունն է:

3. Չզվանքը հույզ է, որը հնարավորություն է տալիս խուսափելու ցավից, տհաճությունից և վտանգից:

4. Արհամարհանքը անարժան և անընդունելի արարք գործած որևէ մեկի նկատմամբ սեփական գերազանցության հուզական ապրումն է:

5. Չայրույթը (ցասումը) նպատակին հասնելու խոչընդոտի, սահմանափակ ֆիզիկական կամ հոգեբանական ազատության, վիրավորանքի, խաբվածության հուզական ապրումն է: Այն կենտրոնացնում է էներգիան ակտիվ ինքնապաշտպանության համար, նվազեցնում վախը վտանգի առկայության դեպքում:

6. Ամոթը սեփական անկարողության և սոցիալական պահանջներին անհամապատասխանության հուզական ապրումն է: Հյուսթոնի համալսարանի պրոֆեսոր Բրենե Բրաունը, իր՝ «Կատրյալ չլինելու պարզեր» հայտնի գրքում ամոթի մասին գրում է. «այն համընդհանուր է, մեզանից ոչ ոք անմասն չէ դրանից: Միայն ամոթի զգացում չունեցող մարդիկ են, որ ունակ չեն շփման և կարեկցանքի: Բոլորս վախենում ենք խոսել ամոթից և որքան քիչ ենք խոսում այդ մասին, այդքան ավելի է արմատավորվում այն»: Հեղինակը տալիս է ամոթի հետևյալ սահմանումը. «Ամոթը ցավոտ հույզ է կամ հուզական ապրում, որի հիմքում ընկած է «ես այքան էլ

լավը չեմ» սկզբունքը և դրանից բխող միտքը՝ արժանի չլինելու սիրո և կարեկցանքի»: Չնայած հուզերի դասակարգումների մեջ ամոթը մեծամասամբ դիտվում է որպես բացասական, սակայն այս կարծիքը միշտ չէ, որ միանշանակ է:

7. Մեղքի զգացումը խղճի՝ որպես վարքի և համոզմունքների նկատմամբ պատասխանատու վերաբերմունքի հուզական արտացոլումն է: Մեղավորությունն ուղղորդում է մարդու վարքը կատարածը ուղղելու և ուրիշին վնաս հասցնելու փոխհատուցման:

8. Զարմանքը անսպասելի, տարօրինակ, անհասկանալի տպավորության հանդեպ հուզական հակազդեցությունն է:

9. Հետաքրքրությունը հույզ է, որը խթանում է աշխատունակությունը, ստեղծագործականությունն ու աշխարհաճանաչումը:

10. Ուրախությունն առաջանում է սպասվող կամ անսպասելի հաջողության արդյունքում՝ ամրապնդելով պահանջմունքների բավարարման արդյունավետ միջոցները:

Մրանցից յուրաքանչյուրն ունի իր ֆունկցիաները, տարբեր է ապրվում և տարբեր է ազդում մարդու վարքի վրա: Զարմանքը **չեզոք** հույզ է, հետաքրքրությունն ու ուրախությունը՝ **դրական**, մնացածները՝ **բացասական** (Իզարդ, 2003):

Հայտնի է, որ բացասական հույզերը (վախ, ցասում, զզվանք, արհամարհում, ամոթ, մեղավորություն, թախիծ և այլն) զգալիորեն գերազանցում են դրական հույզերին: Ի տարբերություն դրականների՝ բացասական ապրումներն առավել տարաբնույթ, կոնկրետ են և պակաս ընդհանրացված:

Բացասական հույզերի դրական դերը օրգանիզմի համար տազնապի ազդանշանն է: Բացասական հույզերն ավելի երկար են տևում, քան դրականներն այն պատճառով, որ տազնապի ազդանշանը պետք է հնչի այնքան ժամանակ, քանի դեռ վտանգը ոչնչացված չէ: Դրական հույզը վերադարձած բարեկեցության ազդանշանն է, որի պատճառով էլ այն կարճ է տևում:

Բացասական հույզերն ազդարարում են պահանջմունքի չբավարարված լինելը և օրգանիզմն ուղղորդում դեպի նոր միջոցների որոնումների, որոնք ցանկալի արդյունքներ կտան:

Հույզերի և զգացմունքների յուրօրինակությունը սահմանվում է անձնային հատկանիշներով, անձի ուղղվածությամբ, մոտիվներով, ձգտումներով, մտադրություններով, անհատական հոգեկան առանձնահատկություններով /բնավորությամբ և հուզականային բաղադրիչներով/:

Ըստ մարդու կենսագործունեության վրա ազդեցության՝ հույզերը կարելի է բաժանել երկու խմբի՝

- **սթենիկ**. բարձրացնում են օրգանիզմի կենսագործունեությունը (կոնստրուկտիվ հույզ),
- **ասթենիկ**. ընդհակառակը, օրգանիզմում ճնշում են բոլոր կենսական գործընթացները (դեստրուկտիվ հույզ):

Սթենիկ հույզերի օրինակ է ուրախության զգացումը: Ուրախությունն ապրող մարդու օրգանիզմում արյունատար մանր անոթները լայնանում են, որի հետևանքով ուժեղանում է կենսական բոլոր օրգանների,

հատկապես ուղեղի սնուցումը: Նման մարդը չի զգում հոգնածություն, այլ, ընդհակառակը, շարժման և գործողությունների խիստ պահանջ է զգում:

Ասթենիկ հույզերի օրինակ է թախիծը, որի դեպքում արյունատար անոթները կրճատվում են, և առաջանում է մաշկի, ներքին օրգանների և, ամենակարևորը, ուղեղի անեմիա (սակավարյունություն): Դեմքը գունատվում է, իջնում է մարմնի ջերմաստիճանը, ի հայտ է գալիս դողի զգացողություն: Արյան շրջանառությունը դանդաղելու հետևանքով դժվարանում է շնչառությունը՝ առաջացնելով հեղուկ: Ուղեղի վատ սնուցումը նվազեցնում է կամաձին շարժողական ապարատի գործունեությունը: Շարժումները դանդաղում են, դժվարանում, որի հետևանքով ընկնում է աշխատանքի արդյունավետությունը: Կտրուկ ընկնում է մկանային լարվածությունը, մարդն իրեն զգում է թույլ և չափազանց հոգնած:

Հուզական ոլորտի խանգարումներ

Հույզերի խանգարումները բավականին բազմազան են. դրանք կապված են հույզերի ընկալման և արտահայտման դժվարությունների հետ: Հանդիպում են հոգեկան տարբեր խանգարումների, սահմանային վիճակների, գլխուղեղի տեղային ախտահարումների դեպքում:

Հուզական խանգարումների դեպքում հուզական սպեկտրը տեղափոխվում է դեպի որևէ բևեռ՝ դրական (հիպերթիմիաներ, էֆորիա, մանիա) կամ բացասական (հիպոթիմիաներ, դիսֆորիա, դեպրեսիա):

Հիպոթիմիաների շարքում առավել հաճախ հանդիպող հուզական խանգարումներից է **դեպրեսիան**: Դեպրեսիայի դեպքում դիտվում է իմացական գործընթացների, շարժողական համակարգի, կամային ոլորտի անկում, արգելակում: Գերակշռում են հոռետեսական, ինքնասպանության (սուիցիդալ) մտքերը: Հիվանդը կորցնում է կյանքի իմաստը, հետաքրքրությունը: Կորչում է ախորժակը և քունը: **Դիսֆորիան** նյարդայնության, չմտիվացված բարկության և ագրեսիայի վիճակն է, որը համադրվում է անկումային տրամադրությանը:

Մյուս բևեռային հուզական վիճակը **մանիան** է՝ հիպերթիմիաների շարքում հանդիպող արտահայտված խանգարում, որի դեպքում մշտական գերիշխում է բարձր տրամադրությունը, գերակտիվությունը: Բնորոշվում է շատախոսությամբ, ուշադրության անկայունությամբ, գերինքնագնահատականով, անհիմն լավատեսությամբ: **Էյֆորիան** այնպիսի հուզական վիճակ է, երբ մարդ ունենում է բարձր տրամադրություն, երջանկության զգացում, որը չի համապատասխանում իրավիճակին: Մարդը ոչ համապատասխան է գնահատում իր անձը:

Պարաթիմաներից է **ամբիվալենտությունը**, երբ միաժամանակ ի հայտ են գալիս որոշակի օբյեկտի նկատմամբ երկու կամ մի քանի իրարամերժ, հակասական հույզեր և զգացմունքներ: Օրինակ՝ մարդը կարող է միաժամանակ ունենալ սիրո և ատելության զգացումներ: **Հուզական անհամապատասխանության**

դեպքում մարդը ոչ համապատասխան հուզական հակազդումներ է ցուցաբերում տեղի ունեցող իրադարձություններին, օրինակ՝ ուրախանում է հարազատի մահվան մասին լուրն իմանալիս:

Հուզական լաբիլությունը (անկայունությունը) հույզերի արագ և հաճախակի տատանումներն են, որոնք կապված չեն արտաքին գրգռիչների հետ: Հույզերը առանց էական պատճառի կարող են կտրուկ փոխվել հակառակ վալենտականության:

Ապաթիան (հուզական բթությունը) կարելի է բնութագրել որպես հույզերի բացակայություն, անտարբերություն: Ապաթիայի դեպքում հույզերը խամրում, աղքատանում են, դատարկվում են, առավել հաճախ հանդիպում է շիզոֆրենիայի և գլխուղեղի օրգանական ախտահարումների դեպքում:

Զգացմունքներ

Զգացմունքը մարդու կայուն վերաբերմունքն է իր համար նշանակալի օբյեկտի կամ իրադարձության նկատմամբ: Դրանք կապված են ոչ թե մարդու ֆիզիոլոգիական պահանջմունքների, այլ ավելի բարդ դրդապատճառների հետ՝ իրականացնելով ինքնակարգավորման ֆունկցիա անձնային և սոցիալ-հոգեբանական մակարդակի վրա: Զգացմունքներն ունեն հասարակական բնույթ, այսինքն՝ պայմանավորված են մարդու հասարակական կեցությամբ: Զգացմունքները բնութագրվում են կայունությամբ, երկարատևությամբ, իսկ հույզերը կարճաժամկետ են, անմիջականորեն ապրվում են կոնկրետ պահին:

Միևնույն առարկայի նկատմամբ մարդը միաժամանակ կարող է ունենալ և՛ դրական, և՛ բացասական զգացմունքներ: Դա զգացմունքների երկարժեքությունն է՝ ամբիվալենտությունը: Նույն մարդու նկատմամբ հնարավոր չէ միաժամանակ և՛ սեր, և՛ անտարբերություն տածել: Բայց նույն մարդուն կարելի է և՛ սիրել, և՛ ատել: Զգացմունքների ամբիվալենտությունը հավանաբար կապված է այն փաստի հետ, որ գլխուղեղում՝ հիպոթալամուսում, հաճույքի և տհաճության կենտրոնները շատ մոտ են և կապված են նյարդային թելիկներով: Զգացմունքների ամբիվալենտությունը բախումային վիճակ է և մարդուց հարմարվողական գործողություններ է պահանջում:

Հիմնական զգացմունքներն են՝ համակրանքը, կապվածությունը, ընկերասիրությունը, սիրահարությունը, սերը, երջանկությունը, հպարտությունը, թշնամությունը, նախանձը, խանդը, կարոտը:

Զգացմունքների դասակարգումը

Զգացմունքները լինում են **ինտելեկտուալ, գեղագիտական, գործնական և բարոյական**:

Բարոյական զգացմունքներն առաջանում են բարոյական սկզբունքների կատարման նկատմամբ անձի վերաբերմունքի արդյունքում (բարեխղճություն, անկեղծություն, գթասրտություն, կարգապահություն): Բարոյականության նորմերի և օրենքների խախտումը, բարոյական պարտքը, հասարակական պարտավորությունները չկատարելը կարող են ամոթի և խղճի զգացումներ առաջացնել:

Ինտելեկտուալ զգացմունքները կապված են մարդու մտավոր գործունեության հետ և դրսևորվում են որպես իմացասիրություն, հետաքրքրասիրություն, վստահություն կամ կասկածանք: Ինտելեկտուալ զգացմունքները կապված են պահանջմունքների և հետաքրքրությունների ձևավորման, ճանաչողության հետ, սակայն դրանք ոչ միայն ուղեկցում են մտավոր գործընթացները, այլև խթանում ստեղծագործական գործունեությունը:

Գեղագիտական զգացմունքները գեղեցկության կամ տգեղության, ողբերգության կամ կատակերգության, վեհության կամ ստորության զգացմունքներն են: Գեղագիտական զգացմունքներն առաջանում են շրջապատի, բնության, կյանքի, արվեստի, մարդկանց և նրանց գործունեության միջոցով:

Գործնական զգացմունքները մարդու գործունեության հետ կապված զգացմունքներն են: Օրինակ՝ մարդն ինչպե՞ս է վերաբերվում իր աշխատանքային գործունեությանը, բավարարվա՞ծ է արդյոք, ինչպե՞ս է վերաբերվում ուսման գործընթացին: Որպես օրինակ կարելի է դիտարկել աշխատասիրությունը:

Զգացմունքները կարելի է դաստիարակել, որի էությունը անպետք զգացմունքները ճնշելը և սոցիալապես արժեքավոր ու անձի դրական կայուն հատկանիշներն ամրապնդելն է: Հուզականային և հոգեկարգավորիչ մարզումները կարող են նպաստել հուզական գրգռման զարգացմանը և հանդես գալ որպես հոգեկանխարգելիչ մեթոդ ոչ պիտանի հուզական գրգռվածության, շփոթվածության և սթրեսային գործոնների՝ ֆրոստրացիայի (լարվածության), վախի և այլնի բացասական գործողություն:

13. Կամք

Մեփական գործողությունները գիտակցորեն կազմակերպելու ու կարգավորելու և այդ ճանապարհով դրված նպատակին հասնելու ընդունակությունն անվանում են կամք: Այն կարելի է սահմանել որպես մարդու գիտակցված, նպատակասլաց, պատճառաբանված (մոտիվացված) եւ ակտիվ հոգեկան գործունեություն, որն ուղղված է արտաքին եւ ներքին խոչընդոտների հաղթահարմանն ու մարդու պահանջների բավարարմանը:

Կամքի գլխավոր գործառույթը կենսագործունեության դժվարին պայմաններում ակտիվությունը կարգավորելն է: Կարգավորման հիմքում գրգռման և արգելակման պրոցեսների փոխազդեցությունն է:

Մարդու գործողությունները բխում են որոշակի դրդապատճառներից և ուղղված են որոշակի նպատակի: Դրդապատճառն այն է, ինչը մարդուն մղում է գործունեության, իսկ նպատակը՝ ինչին մարդը ձգտում է այդ գործունեության ընթացքում: Մարդուն գործունեության մղող ելքային ուժը պահանջմունքն է, այսինքն՝ ինչ-որ բանի հանդեպ կարիքը: Պահանջմունքները այն նախադրյալներն են, որոնց հիման վրա ձևավորվում են մարդկու գործունեության դրդապատճառները:

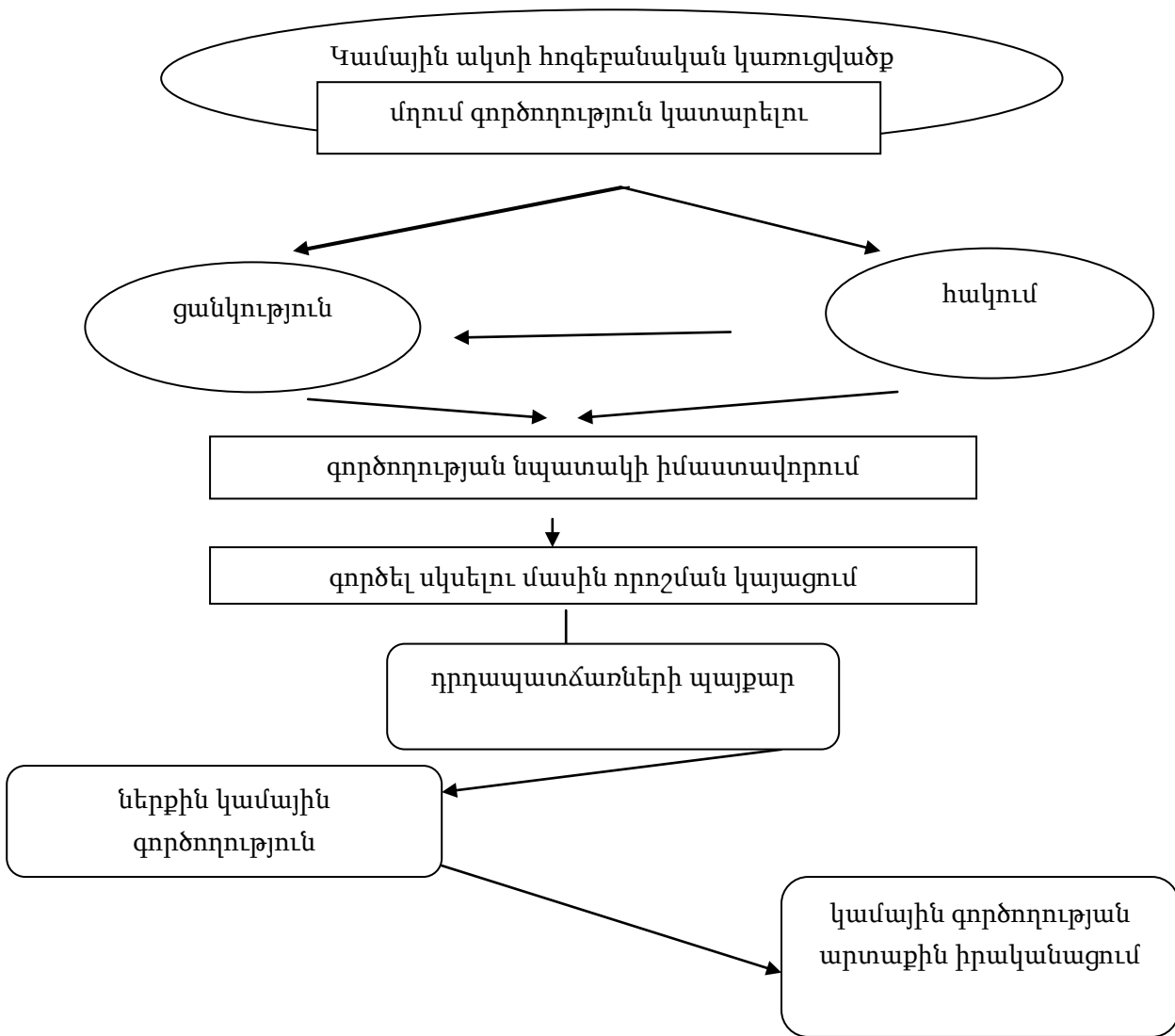
Պահանջմունքներն առաջ են բերում դրանք բավարարելու ձգտում, որն էլ արտահայտվում է հակումներով կամ ցանկություններով: Հակումը չգիտակցված, մշուշոտ ձգտում է, որն ուղղված չէ դեպի

որոշակի օբյեկտ և չի ուղեկցվում նպատակի պարզորոշ պատկերացմամբ: Հակումները ծագում են բնագոյների ոլորտից (սնվելու, պաշտպանական, սեռական և այլն):

Բնագոյները բնածին բարդ գործողություններ են, որոնց շնորհիվ բավարարվում են պահանջումները:

Երբ հակումները թափանցում են գիտակցության մեջ և պարզ են դառնում դրանց բավարարման ուղիները, կոչվում են ցանկություններ: Անորոշ հակումների վերածվելը գիտակցված ցանկությունների անհրաժեշտ պայման է գիտակցական և նպատակասլաց գործունեության համար, որում էլ դրսևորվում է մարդու կամքը:

Ցանկությունը միշտ չէ, որ անհապաղ կյանքի է կոչվում: Երբեմն առաջանում են մի քանի իրար հակասող ցանկություններ, և մարդը հայտնվում է դժվար կացության մեջ՝ չիմանալով, թե դրանցից որն ընտրել: Դրդապատճառների պայքարը ներառում է իրավիճակի գնահատում, որն էլ նպաստում է որոշման կայացմանը:



Այսպիսով, կամքը մարդու կողմից իր վարքի և գործունեության գիտակցական կարգավորումն է, որն արտահայտվում է նպատակասլաց գործողությունների կատարման ժամանակ, ներքին և արտաքին դժվարությունները հաղթահարելու կարողության միջոցով:

Կամքի ձևավորումը երկարատև գործընթաց է: Դեռ վաղ մանկությունից մարդու մեջ ամենից առաջ ձևավորվում են ամենապարզ ընդունակությունները, որոնք, անհատի զարգացմանը զուգընթաց, բարդանում են: Արդեն ձեռք բերված ընդունակությունները մարդու գործողությունները դարձնում են ավելի գիտակցված: Դրանք արդեն կամային գործողություններ են: Մարդու անհատական զարգացման գործընթացում (օնտոգենեզ) կամային գործողությունները բարդանում և կատարելագործվում են: Բոլոր բարդ կամային գործողություններն անցնում են սկզբնական, պարզագույն գործողությունների փուլով: Ամեն մի գործունեության և առավել ևս կամային գործունեության համար անհրաժեշտ պայման է ուշադրության առկայությունն ու մասնակցությունը: Շրջապատում մարդն առանձնացնում է իր համար հետաքրքրություն ներկայացնող, իր պահանջմունքներին և ծրագրերին համապատասխանող օբյեկտները:

Կամային գործողությունները բնութագրվում են նրանով, որ նախապես գիտակցվում են նպատակը և դրան հասնելու միջոցները, այսինքն՝ ունեն գիտակցական նպատակասլացություն: Սա վերաբերում է այն բոլոր դեպքերին, երբ մենք խոսում ենք կամային գործընթացների մասին (կամային ուշադրություն, մտապահում և այլն): Կամային գործողություններ կատարելը կամքի պարզագույն դրսևորումն է:

Կամային գործողությունները մեկը մյուսից տարբերվում են առաջին հերթին դրանց բարդության աստիճանով: Գոյություն ունեն բարդ կամային գործողություններ, որոնք ներառում են մի շարք ավելի պարզ կամային գործողություններ:

Բարդ կամային գործունեության փուլերն են՝

1. նպատակի գիտակցում և դրան հասնելու ձգտում,
2. նպատակին հասնելու մի շարք հնարավորությունների գիտակցում,
3. այդ հնարավորությունների հաստատման կամ մերժման դրդապատճառների ի հայտ գալը,
4. դրդապատճառների պայքար և ընտրություն,
5. մեկ հնարավորության ընտրությունը՝ որպես լուծում,
6. ընդունված լուծման իրականացում,
7. արտաքին արգելքների հաղթահարում և նպատակի իրականացում:

Կամային գործողության համար անհրաժեշտ է գիտակցել նպատակի դժվարությունը: Բացի դժվարության աստիճանից, կամային գործողությունները տարբերում ենք նաև գիտակցվածության մակարդակով:

Կամքը կապված է մտածողության և զգացմունքների հետ: Կան դեպքեր, երբ մարդը գիտակցում է, թե ինչ է անում, սակայն չի կարող բացատրել, թե ինչի համար է անում: Առավել հաճախ սա լինում է այն դեպքերում, երբ մարդ ամբողջովին տարված է ինչ-որ ուժեղ զգացմունքով: Նման գործողություններն ընդունված է անվանել իմպուլսիվ: Դրանց գիտակցման մակարդակը ցածր է: Իմպուլսիվ արարքներից հետո մարդ հակված է զղջալու իր արարքների համար, իսկ կամքը զերծ է պահում չմտածված գործողություններ կատարելուց:

Արգելքներ, խոչընդոտներ հաղթահարելը պահանջում է ջանք՝ նյարդահոգեկան լարվածության յուրահատուկ մի վիճակ, որը կենտրոնացնում է մարդու ֆիզիկական, մտավոր և բարոյական ուժերը:

Մարդու կամքն արտահայտվում է նրանով, թե նա որքանով է ունակ հաղթահարելու նպատակի ճանապարհին ընկած արգելքներն ու դժվարությունները:

Հարկ է նշել, որ արգելքների հաղթահարմանն ուղղված բոլոր գործողությունները չէ, որ կամային են: Օրինակ՝ վտանգից փախչող մարդը շատ արգելքներ կհաղթահարի իր ճանապարհին, որոնք ի վիճակի չէր լինի անել, եթե հայտնված չլիներ վտանգավոր իրավիճակում: Ամեն մի կամային գործողության մեջ պետք է առանձնացնել երկու փուլ՝ նախապատրաստական և կատարման: Առաջինը մտովի գործողության, խորհելու, նպատակը գիտակցելու փուլն է, երբ քննության են ենթարկվում ուղիներն ու միջոցները, և որոշում է կայացվում:

Բնութագրելով մարդու կամային հատկանիշները՝ սովորաբար դրանք բաժանում են երեք խմբի. 1) հատկանիշներ, որոնք վերաբերում են կամային գործողությունների դրդապատճառներին, 2) հատկանիշներ, որոնք դրսևորվում են որոշում կայացնելում, 3) հատկանիշներ, որոնք կապված են ընդունած որոշումն իրականացնելու հետ:

Մարդու կամային վարքի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ անձը հիմնականում բնութագրվում է հետևյալ կամային հատկանիշներով.

Անձի կամային հատկանիշները

Անձի կամային հատկանիշները	
կամքի ուժ	Արտահայտվում է կամային ողջ գործընթացում՝ ձգտումների հայտնում, վճռականություն, ինքնակառավարում:
նպատակասլացություն	Մարդու կարողությունը, սեփական գործողությունները ենթարկել դրված նպատակներին:
Համառություն	Մարդու կարողությունը, սեփական հնարավորությունները

	կենտրոնացնել դժվարությունների դեմ երկարատև պայքարին:
Կամակորություն	Որոշումների իրականացման ճանապարհին չհիմնավորված ցուցաբերում:
Համբերատարություն	ընդունված որոշումը իրականացնելուն խանգարող գործողությունները, մտքերը և զգացմունքները դիմադրելու կարողություն
Վճռականություն	արագ, հիմնավորված և հստակ որոշում կայացնելու և կյանքի կոչելու կարողություն
Նախաձեռնություն	ստեղծագործաբար աշխատելու կարողություն՝ սեփական նախաձեռնությամբ գործողություններ և արարքներ իրագործելով
Ինքնուրույնություն	տարատեսակ ազդեցությունների չենթարկվելու կարողություն, որոնք կարող են նպատակից շեղել, այլ մարդկանց կողմից խորհուրդների և առաջարկների քննադատական գնահատում, գործել սեփական հայացքների և համոզմունքների հիման վրա
կազմակերպվածություն	սեփական գործունեության գիտակցական պլանավորում և կարգավորում
Կարգապահություն	սեփական վարքի՝ նորմերին և սահմանված կանոններին գիտակցված ենթարկում
Համարձակություն	նպատակին հասնելու ճանապարհին վախը հաղթահարելու և արդարացված ռիսկի գնալու կարողություն՝ չնայած անձնական բարվոքության և նույնիսկ կյանքին սպառնացող վտանգներին
կատարողականություն	ջանասիրություն, հանձնարարությունների և սեփական պարտականությունների ժամանակին կատարում

Կամային ոլորտի խանգարումներ

Կամային գործընթացն ընթանում է երեք փուլով՝

1. հակումների, մոտիվացիոն մակարդակ,
2. նպատակադրման, ինտելեկտուալ մակարդակ,
3. նպատակն իրականացնելու մակարդակ:

Այս ոլորտի խանգարումները կարող են ի հայտ գալ նշված յուրաքանչյուր մակարդակում:

1. **Հակումների, մոտիվացիոն մակարդակի** խանգարումներն են.

- **Հակումների ճնշվածություն (արգելակում).** ներառում է հիպոբուլիան, անոռեքսիան, սեռական մղման նվազումը և պասիվ պաշտպանական հակազդումը:

- **Հիպոթուլիան** գործունեությունն իրականացնելու մղման թուլացումն է, երբ հիվանդը պասիվ է, ոչնչով չի զբաղվում, երկար ժամանակ մնում է նույն դիրքում: Սրա արտահայտված ձևը արուլիան է (կամագրկություն), բնորոշվում է անգործությամբ և անտարբերությամբ: **Անոռեքսիան** սնվելու բնագրի թուլացումը կամ ախորժակի կորուստն է: Կերակուրից հրաժարվելով՝ հիվանդները սովորաբար հյուծվում են, որոշ դեպքերում էլ մահանում: **Սեռական մղման նվազումը** սեռական ցանկության, բնագրի թուլացումն է կամ արգելակումը, տղամարդկանց դեպքում այն կոչվում է իմպոտենցիա, կանանց դեպքում՝ ֆրիգիդություն: **Պասիվ պաշտպանական հակազդում** ինքնապաշտպանման բնագրի ճնշվածությունն է, որը կարող է արտահայտվել անշարժությամբ ի պատասխան արտաքին վտանգի: Այս հակազդումներից է *ինքնասպանությունն ու ինքնավնասումը*:

- **Հակումների ուժեղացում.** ներառում է հիպերբուլիան, բուլիմիան, սեռական բնագրի ուժեղացումը (հիպերսեքսուալություն) և ակտիվ պաշտպանողական հակազդումը:

Հիպերբուլիան գործունեությունն իրականացնելու բնագրի հիվանդագին ակտիվացումը և ուժեղացումն է, հիվանդները միաժամանակ տարբեր գործունեություն են ծավալում, ուշադրությունը լինում է անկայուն, ուստի աշխատանքի արդյունավետությունը նվազում է: **Բուլիմիան (շատակերություն)** սնունդ ընդունելու բնագրի ուժեղացումն է, որի դեպքում մարդը չի կարողանում կառավարել իր ախորժակը, դիտվում է շատակերություն: Անընդհատ ունենալով սովի զգացում՝ ծայրահեղ շատ ուտում են, այնուհետև կարող են փսխումներ լինել, ապա նորից սով զգալ և այլն: **Հիպերսեքսուալության** դեպքում սեռական բնագրի կտրուկ ուժեղացում է դիտվում, հիվանդը չի կարողանում զսպել, ազատվել այդ ցանկությունից, այն դառնում է գերիշխող, եւ պայմանավորում է հիվանդի ողջ գիտակցությունն ու վարքը: Տղամարդկանց դեպքում անվանում են սատիրիազիս, կանանց դեպքում՝ նիմֆոմանիա: **Ակտիվ պաշտպանողական հակազդումը** ինքնապաշտպանական բնագրի ուժեղացում է, որն արտահայտվում է ագրեսիայի ձեւերով:

Հակումների աղավաղում. դրանք բազմազան են, անհաղթահարելի և չունեն օբյեկտիվ պատճառներ, հիմնականում հանդիպում են հետևյալ հակումները՝ *պիրոմանիա* (այրելու, կրակին նայելու), *դրոմոմանիա* (թափառելու, տեղից տեղ գնալու), *օնիոմանիա* (զնումներ կատարելու), *կլեպտոմանիա* (անպիտան իրեր գողանալու), *դիպսոմանիա* (ակոհոլ ընդունելու), *նարկոմանիա* (թմրանյութեր օգտագործելու), *խաղամոլություն* (ազարտային խաղեր խաղալու), *սուիցիդոմանիա* (ինքնասպանություն կատարելու), *հոսիցիդոմանիա* (մարդ սպանելու), *կոպրոֆագիա* (ախորժակի աղավաղում, անպիտան նյութեր ուտելու ցանկություն, օրինակ՝ արտաթորանք): Այս շարքի խանգարումներից են նաև **պերվերզիաներ**, որոնք բնութագրվում են որպես սեռական հակման բավարարման աղավաղված ձեւ, նորմալ սեռական կյանքի բացակայության պայմաններում: Իրենց հերթին պերվերզիաները եւ շատ բազմազան են, և ներկայացված են հիմնականում հետևյալ տարբերակներով՝

- *Ֆետիշիզմ* սեռական բավարարում հակառակ սեռի ինտիմ բնույթի զգեստների եւ իրերի միջոցով, *էքսիբիցիոնիզմ*՝ սեռական օրգանների մերկացում հակառակ սեռի ներկայությամբ՝ սեռական բավարարում ստանալու նպատակով, հաճախ ուղեկցվելով ձեռնաշարժությամբ (օճանհիզմով),
- *տրանսսվեստիզմ*՝ հակառակ սեռի զգեստները հագնելու, նրան բնորոշ իրերն օգտագործելու մղում, որի ժամանակ տվյալ անձը լիովին բավարարում է իր սեռական հակումը,
- *հոմոսեքսուալիզմ*՝ նույն սեռի հանդեպ սեռական հակման դրսեւորում, որը լիովին բավարարում է այդ անձի սեռական հակումները: Այն կանանց մոտ կոչվում է լեսբիականություն, իսկ տղամարդկանց մոտ՝ արվամոլություն:
- *վուայերիզմ*՝ սեռական գործողությամբ զբաղվող կամ մերկացած մարդկանց գաղտնի դիտելու պարբերական կամ մշտական հակում, որը հարուցում է սեռական գրգռվածության:
- *պեդոֆիլիա*՝ դեռահասության կամ վաղ հասունության շրջանի երեխաների նկատմամբ սեռական նախընտրություն:
- *սադոմազոֆիզմ*՝ սեռական նախընտրության աղավաղում, երբ բավարարվածության զգացում է առաջանում ցավ եւ նվաստացում պատճառելու միջոցով: Եթե անձը գերադասում է ենթարկվել նման ներգործության, կոչվում է մազոֆիզմ, եթե գերադասում է ինքը լինել դրա աղբյուրը՝ սադիզմ (հաճախ այս երկու ձեւերը համատեղվում են):
- *գերոնտոֆիլիա*՝ սեռական նախընտրություն տարեցների եւ ծերերի հանդեպ:
- *զոոֆիլիա*՝ սեռական նախընտրություն կենդանիների հանդեպ:
- *նեկրոֆիլիա* սեռական նախընտրություն դիակների հանդեպ
- *պիզմալիոնիզմ*՝ սեռական հակում արձանների, լուսանկարների, նկարների հանդեպ:
- *ֆրոստերիզմ* սեռական գրգռներ ստանալու նպատակով հասարակական վայրերում կամ տրանսպորտում մարդկանց դիպչելու կամ հպվելու հակում:

2. **Նպատակադրման, ինտելեկտուալ մակարդակում** հաճախ հանդիպող խանգարումներից են.

- **Ամբիտենդենտությունը.** առկա են երկու իրար հակասող մղումներ և նպատակներ:
- **Կայուն գործողություններ.** այնպիսի գործողություններ են, որոնցից մարդ չի կարողանում ազատվել, դրանք ծիսակարգային բնույթ ունեն, հանդիպում են նյարդային խանգարումների դեպքում:

3. **Նպատակի իրականացման մակարդակում** կամային խանգարումներ արտահայտվում են կամային ճնշվածությամբ, ուժեղացմամբ, աղավաղումներով (պառակիներզիաներով):

- **Կամային ճնշվածություն,** որը ներառում է.

Հիպոկինեզիան շարժումների դանդաղումը և արգելակումն է, ծայրահեղ ձևը ակինեզիան է, որը հանդիպում է ստուպորի, դեպրեսիայի դեպքում: **Հիպոմիմիան** դեմքի արտահայտչականության նվազումն է, դեմքը դառնում է անշարժ, անկենդան: **Մուտիզմը** խոսքի արգելակումն է:

- **Կամային ուժեղացում**, որն արտահայտվում է շարժողական գրգռվածությամբ (**հիպերկինեզիա**): Հաճախ հանդիպում է կատատոնիկ հիպերկինեզիան, որի դեպքում հիվանդն անընդհատ կրկնում է անիմաստ, քառասային որևէ շարժում:
- **Կամային աղավաղումներ**, շարժողական խանգարումներն են.

Էխոպրաքսիայի դեպքում մարդն անիմաստ կրկնօրինակում է այլոց դիմախաղը, մարմնի դիրքը, շարժումները, **Էխոլալիայի** դեպքում՝ մարդկանց խոսքը, ը ձայները, բառերը, բառակապակցություններ: **Նեգատիվիզմը** անհիմն բացասական վերաբերմունքն է շրջապատի նկատմամբ, կարող է արտահայտվել դիմադրությամբ, մերժմամբ, չենթարկվելով: **Մոմանման ճկունության** դեպքում հիվանդը երկար ժամանակ մնում է որևէ անհարմար դիրքում: Այս խանգարման տարատեսակներից է **օդային բարձի ախտանիշը**. մարդու գլխի տակից բարձր հանելուց հետո, նրա գլուխը դեռ երկար ժամանակ մնում է նույն դիրքով, կարծես գլխի տակ բարձ լինի:

Գրականություն

1. Սուքիասյան, Ս.Հ., Մարգարյան, Ս.Պ., (2006): *Հոգեբուժություն*: Մաս I, Աստղիկ Երևան:
2. Ռոբերտս Ա. (2012): *Ամբողջական մարդու օրգանիզմ*: «Տեխնոմարկետ դիզայն», Երևան:
3. Гамезов, М.В., Домашенко, И.А., (2004). *Атлас по психологии*. Москва.
4. Иванников, В.А., (1998). *Психологические механизмы волевой регуляции*. Москва.
5. Изард, К.Э., (2008). *Психология эмоций*. Питер, СПб.
6. Менделевич, В.Д., (2008). *Клиническая и медицинская психология*: учебное пособие. 6-е изд., МЕДпресс-информ, Москва.
7. Петровский, А.В., (1997). *Введение в психологию*, “Академия”, Москва.
8. Саенко, Ю.В., (2010). *Регуляция эмоций: тренинги управления чувствами и настроениями*, СПб.
9. Творогова, Н.Д., (1998). *Психология. Лекции для студентов медицинских вузов*. Москва.
10. Brown B., (2010). *The Gifts of Imperfection*, Hazelden; 1 edition.

14. Հոգեկան վիճակներ

Հոգեկան վիճակը տվյալ պահին սահմանված համեմատաբար կայուն հոգեկան գործունեության դրսևորման մակարդակն է, որն արտահայտվում է անձի ակտիվության բարձրացմամբ կամ նվազմամբ: Յուրաքանչյուր մարդ ամեն օր ապրում է տարբեր հոգեվիճակներ: Մի դեպքում հոգեկան վիճակին զուգընթաց մտավոր և ֆիզիկական աշխատանքը ընթանում է հեշտ և արդյունավետ, մյուս դեպքում՝ դժվար և անարդյունավետ: Հոգեկան վիճակներն ունեն ռեֆլեկտոր բնույթ, նրանք առաջանում են միջավայրի, ֆիզիոլոգիական գործոնների, աշխատանքի ընթացքի, ժամանակի և խոսքի (խրախուսանք, դիտողություններ և այլն) ազդեցության տակ:

Հույզերի հետևանքով առաջացած առավել հաճախ հանդիպող հոգեկան վիճակներն են՝ տրամադրություն, աֆեկտ, սթրես, հուսախաբություն, կիրք և այլն:

Հոգեկան վիճակները պայմանականորեն կարելի է բաժանել երկու մասի.

Օպտիմալ և սթրեսային /ոչ օպտիմալ/: Նկատի ունենալով հոգեկան վիճակի սուբյեկտիվությունը՝ այնուամենայնիվ, կարելի է առաջարկել հետևյալ դասակարգումը:

Հոգեկան վիճակը օպտիմալ է, եթե՝

ա) բավարարված են հիմնական պահանջումները,

բ) կան նախադրյալներ առաջիկայում ևս դրանք բավարարելու համար: Այսինքն՝ եթե տվյալ պահին անհատին հաջողվում է բավարարել հիմնական պահանջումները, սակայն առկա է կասկածը, որ հետագայում հնարավոր կլինի բավարարել, ապա վիճակը գնահատվում է որպես ոչ օպտիմալ կամ սթրեսային:

Ֆրուստրացիա (*լատ. frustratio*-խաբեություն, անօգուտ, իզուր սպասում, հուսախաբություն):

Ֆրուստրացիան դիտվում է որպես արգելք նպատակին հասնելու ճանապարհին: Ֆրուստրատորները՝ արգելքները, կա՛մ անհաղթահարելի են, կա՛մ տվյալ իրավիճակում թվում են այդպիսին: Ֆրուստրացիայի⁴ վիճակին հատուկ է հուսահատությունը, անբավարարվածությունը, զայրույթը և տագնապը⁵:

Ավելի պարզ ձևակերպմամբ ֆրուստրացիան առաջանում է այն դեպքում, երբ հանգամանքները խանգարում են ցանկությունների իրականացմանը: Իհարկե, հանգամանքները կարող են լինել նաև օբյեկտիվ. մարդը ծարավ է, բայց շրջակայքում ջուր չկա: Սակայն ավելի հաճախ ֆրուստրացիան առաջանում է որպես մարդու անձնական ցանկությունների և հասարակության կողմից պարտադրված արգելքների միջև եղած հակասությունների հետևանք: Սոցիալական գոյացությունների հիմքում անհատի պահանջումների և սոցիալական խմբերի կարիքների միջև եղած հավասարակշռությունն է: Այսպիսով, առաջ եկած հակասությունը և դրան զուգորդող ֆրուստրակցիայի զգացումը կարող է անցնել անհատի ներքին աշխարհը, իսկ հոգեկան գործընթացները կուղղվեն այն հաղթահարելուն: Սովորաբար բախումը և ֆրուստրացիան դիտվում են որպես մարդու համար վնասակար երևույթներ: Բայց պետք է նկատել, որ բախումի կամ ֆրուստրացիայի հետևանքով առաջացած լարվածությունը կարող է նպաստել նպատակի իրագործմանը. չէ՞ որ այդ դեպքում մոտիվներն ավելի վառ են արտահայտված և «մրցակցող» մյուս պահանջումները,

⁴ Ֆրուստրացիան և բախումը կարող են նպաստել նպատակի իրագործմանը, քանի որ այդ դեպքում մեծանում է մոտիվացիան: Բախումները դիտարկվում են ըստ 3 բնույթի /Կ. Լևին, 1935 թ./՝ ա/ երբ անհատը պետք է ընտրություն կատարի 2 ցանկալի նպատակների միջև. այս դեպքում որոշումը ցավ չի պատճառում և արագ է կայացվում, բ/ ավելի դժվար իրավիճակ է /բախումային/, երբ ընտրությունը պետք է կատարվի 2 անցանկալի որոշումների միջև, մարդը պետք է ընտրի չարյաց փոքրագույնը, գ/ ամենատանջալից բախումը առաջանում է, երբ միևնույն նպատակն ունի թե՛ դրական և թե՛ բացասական կողմեր:

⁵ Տագնապը անհանգստության վիճակ է, երբ մարդը հստակորեն չի գիտակցում դրա պատճառները /ի տարբերություն վախի/: Տագնապը հաճախ ծագում է ապագա սպառնալիքի կանխագագումից: Սովորաբար տագնապը պատճառ է դառնում պաշտպանական մեխանիզմների առաջացման համար:

ցանկություններն ու հետաքրքրությունները համեմատաբար թուլանում են: Որոշ սահմաններում որքան շատ են արգելքները, այնքան ավելի մեծ ուժեր են ներդրված դրանք հաղթահարելու համար: Ֆրուստրացված անհատը կարող է նաև փոխել իր հայացքները տվյալ իրավիճակի նկատմամբ և վերանայել իր նախկին հայացքները: Եթե նոր միջոցների օգտագործումը կամ նպատակի փոխարինումը չեն հանգեցնում սպասված արդյունքին, հնարավոր է նաև ֆրուստրացիոն իրավիճակի վերագնահատում:

Աֆեկտը (լատ. affectus – հոգեկան անհանգստություն, կիրք) բուռն հուզական, բայց կարճատև վիճակ է, որը հսկայական եռանդ է խլում մարդուց և արագ հոգնեցնում: Աֆեկտը հիմնականում առաջանում է կրիտիկական իրավիճակներում, երբ սուբյեկտը չի կարողանում ելք գտնել վտանգավոր, հաճախ անսպասելի իրադարձություններից: Փոխվում են մարդու ընկալումները, հիշողությունը, մտածողությունը, նյարդային համակարգի տարբեր բաժինների աշխատանքը, գիտակցությունը մթագնում է: Աֆեկտն ուղեկցող գիտակցության խանգարումները կարող են նպաստել աֆեկտ առաջացնող առանձին դրվագների մոռացմանը, իսկ առավել ուժեղ աֆեկտը կարող է ավարտվել գիտակցության անջատումով և ամբողջական ամնեզիայով: Որքան էլ կարճատև լինի, այն ունենում է երեք փուլ՝ *Նախապատրաստական, պայթյունի և ավարտի*: Նախապատրաստական փուլում գիտակցությունը միշտ պահպանվում է: Բայց հույզը սկսում է ուժեղանալ, և մարդու ուշադրությունը կենտրոնանում է որոշակի օբյեկտի կամ մտապատկերի վրա, իսկ մյուս առարկաների և իրադարձությունների ընկալումներն արդեն աղճատվում են: Առաջանում է որևէ մտադրություն անպայման իրագործելու ուժեղ ներքին մղում:

Պայթյունի փուլին բնորոշ են գերուժեղ հույզը և անկազմակերպ գործողությունները: Անձը կորցնում է ինքնատիրապետումը, կամածին ինքնակառավարման ընդունակությունը:

Որոշ աֆեկտիվ վիճակներում մարդը ոչ թե բուռն ու անկանոն շարժումներ է կատարում, այլ քարանում է /ստուպոր/: Այդպես է պատահում, օրինակ, հանկարծահաս վտանգի հանդեպ խիստ սարսափ ապրելիս:

Աֆեկտիվ վիճակի նկատմամբ դիմադրողականությունը պայմանավորված է անձի բարոյական մոտիվացիայի զարգացման աստիճանով:

Ակումուլյացիոն (կամ կումուլյատիվ, կուտակված) աֆեկտը ոչ ուժեղ բացասական հույզերի շարունակական կուտակման գործընթաց է, որն ավարտվում է բուռն և անվերահսկելի աֆեկտիվ պայթյունով: Շրջապատի մարդիկ չեն հասկանում, թե ինչն առաջացրեց այդպիսի ուժեղ հուզական վիճակ, քանի որ ամենաչնչին բացասական իրավիճակն էլ կարող է «լցնել մարդու համբերության բաժակը»: Օրինակ՝ ակումուլյացիոն աֆեկտ հանդիպում է այն մարդկանց դեպքում, ում երկարատև (ամիսներ, տարիներ) ենթարկում են ծաղրի, և արտաքուստ հանգիստ, հավասարակշռված, ներողամիտ մարդը կարող է բոլորի համար անսպասելի, հանկարծակի սպանություն կատարել:

Տարբերում են նաև **ֆիզիոլոգիական** և **ախտաբանական աֆեկտներ**: Ֆիզիոլոգիական աֆեկտի առաջացման պատճառներն են մարդու կյանքի համար վտանգ ներկայացնող պայմանները և մարդու

ինքնագնահատականի վրա ազդող, տրավմա հարուցող իրավիճակները և մարդիկ: Ֆիզիոլոգիական աֆեկտը ախտաբանական աֆեկտից տարբերվում է նրանով, որ մեծ ազդեցություն է ունենում գիտակցության և գործունեության վրա, սակայն այդպիսի վիճակում սուբյեկտը կարողանում է վերահսկել և գիտակցել իր գործունեությունը: Ախտաբանական աֆեկտի դեպքում դիտվում են գիտակցության խորքային հիվանդագին խանգարումներ:

Կիրքը ուժեղ, կայուն մարդու հոգեկանում երկար ժամանակ պահպանվող զգացմունք է և ուղղված է դեպի որոշակի նպատակ կամ առարկա: Կրքերի օբյեկտ կարող է լինել հակառակ սեռի ներկայացուցիչը, գործունեության որևէ բնագավառ, հարստությունը: Կարող են լինել դրական և բացասական՝ պայմանավորված սոցիալական նշանակությամբ: Կիրքը զգացմունքի, մտքի և կամքի համաձուլվածք է, այն միշտ դրդում է մարդուն ակտիվ գործունեության:

Կրքի առաջացման պատճառները տարբեր են. կարող են որոշվել գիտակցված համոզմունքներով, պայմանավորված լինել մարմնական հակումներով, ունենալ ախտաբանական բնույթ (օրինակ՝ պարանոյալ դրսևորումների դեպքում):

Յրասպորանքը տարբերվում է կրքից նրանով, որ այն պակաս կայուն է, պայմանավորված չէ անձի հիմնական կենսական դիրքորոշումներով, ավելի շատ գերակշռում է հուզական բաղադրիչը՝ ի վնաս ինտելեկտուալի: Յրասպորանքն առավել արտահայտված է դեռահասության տարիքում: Այն կարող է վերածվել կրքի, կարող է նաև ժամանակի ընթացքում թուլանալ և ընդհանրապես անհետանալ:

Կրքի դրսևորման ձևերից է **Ֆանատիզմը**, որն անսասան և այլընտրանքները հերքող որոշակի համոզմունքների հակվածությունն է: Ֆանատիզմով մարդը պատրաստակամ է զոհաբերել, անտեսել իր նպատակին խոչընդոտող էթիկական սկզբունքները: Ֆանատիկներին բնորոշ է ուժեղ հուզականությունը, անքննադատողական վերաբերմունքը իրենց հայացքներն ապացուցող ինֆորմացիայի նկատմամբ, քննադատության մերժումը: Ֆանատիզմը հաճախ գաղափարախոսական, այդ թվում նաև կրոնական բնույթ ունի:

Կիրքը մարդու կողմից կարող է ընդունվել, քննադատվել, ընկալվել որպես անցանկալի, կաչուն երևույթ:

Տրամադրությունն ընդհանուր, ողջ անձն ընդգրկող երկարատև թույլ կամ միջին ուժի հուզական վիճակ է և ազդում է բոլոր իմացական պրոցեսների, մարդու վարքի վրա: Տրամադրությունն իր հետքն է թողնում տվյալ պահի մտքերի, հարաբերությունների, գործողությունների վրա: Օրինակ՝ մի տրամադրությամբ կատարված աշխատանքը թվում է հաճելի, հեշտ, մարդը բարյացակամ է մարդկանց նկատմամբ, այլ տրամադրությամբ նույն աշխատանքը դառնում է բարդ, տհաճ և ձանձրալի, մարդկանց արարքներն էլ ընկալվում են տգեղ, վիրավորական: Տրամադրության վրա ազդող պատճառներն են՝ կենսական, սոցիալական (օրինակ՝ հասարակության մեջ մարդու զբաղեցրած դիրքը) բավարարվածությունը, առողջական վիճակը, միջանձնային փոխհարաբերությունները, անհատական հետաքրքրությունների և պահանջմունքների բավարարվածության աստիճանը: Երբեմն տրամադրությունը կարող է կապված լինել այլ ուժեղ հուզական

ցնցումների հետ. որպես այդպիսին կարող են լինել ֆիլմը, ստեղծագործական որևէ գործ և այլն: Տրամադրությունն այս ամենի ենթագիտակցական և ինքնաբերական գնահատականն է: Տրամադրությունը կարող է կոնկրետ արտահայտվել՝ տխրությամբ, ճանձրույթով, թախիծով, վախով, անվստահությամբ, հուսահատությամբ, հույսով, ուրախությամբ, որոնք իրենց տարբեր համադրումներով կազմում են մարդու ընդհանուր հուզական վիճակը:

Տարիքին զուգընթաց՝ տրամադրության կախվածությունը պատահական հուզական տպավորություններից թուլանում է: Դրական տրամադրությունը կարևոր է ոչ միայն ընդհանուր դրական հուզական վիճակը պահպանելու համար, այլև տարբեր տեսակի գործունեության արդյունավետությունը բարձրացնելու համար:

Տրամադրության (աֆեկտիվ) խանգարումներ

Մարդկանց տրամադրությունը հաճախակի փոփոխվում է: Ուրախության կամ տխրության զգացումները բնական ռեակցիաներ են առօրյա իրադարձություններին և մեծ ազդեցություն չեն թողնում կյանքի վրա: Իսկ տրամադրության խանգարումներով անձանց դեպքում այն երկար ժամանակ մնում է անփոփոխ, որի հետևանքով խաթարվում են աշխարհի հետ փոխհարաբերությունները և մարդու գործունեությունը: Տարբերում են տրամադրության խանգարումների հետևյալ տեսակները՝ դեպրեսիվ էպիզոդ, մանիակալ էպիզոդ և բիպոլյար խանգարում (մանիակալ դեպրեսիվ պսիխոզ):

Անհրաժեշտ է անտրամադիր ընկճված վիճակը տարբերել կլինիկական դեպրեսիայից: Վերջինս պայմանավորված է ծանր երկարատև հոգեբանական ցավով, որը ժամանակի ընթացքում կարող է ուժգնանալ: Դրանով տառապող մարդիկ կարող են կորցնել պարզ կենցաղային պարտականություններ կատարելու ունակությունը, շատերն էլ ինքնասպանության փորձեր են կատարում:

Դեպրեսիվ էպիզոդի կլինիկական պատկերը

Ախտանիշները բազմաբնույթ են, հանդիպում են հետևյալ մակարդակներում՝ հուզական, մոտիվացիոն, վարքային, կոգնիտիվ, ֆիզիկական:

Հուզական ախտանիշներն են տրամադրության անկումը, տխրությունը, ճնշվածությունը: Մարդիկ հաճախ իրենց զգում են դժբախտ, դատարկված, նսեմացված: Նրանք կորցնում են հումորի զգացումը, ունենում են մեղքի զգացում: Տառապանքի ուժեղ զգացումը վերածվում է լացի նուպայի:

Մոտիվացիոն ախտանիշներ: Մարդիկ կորցնում են իրենց սովորական աշխատանքով զբաղվելու ցանկությունը: Թուլանում են քնելու, սնվելու, սեռական պահանջումները: Այսպիսի փախուստի ծայրահեղ ձևը ինքնասպանությունն է: Դեպրեսիայով տառապող անձը կորցնում է ապրելու ցանկությունը: Նրանցից 6-15%-ը ինքնասպանություն է կատարում:

Վարքային ախտանիշներ: Մարդիկ դառնում են ավելի պասիվ և անգործունյա: Նրանք ժամանակի մեծ մասն անցկացնում են մենակության մեջ և ևրկար ժամանակ կարող են մնալ անկողնում:

Կոզնիտիվ ախտանիշներ: Այսպիսի մարդիկ ծայրահեղ բացասաբար են գնահատում իրենց, նրանց թվում է, թե իրենք անցանկալի են, չսիրված, անլիարժեք, մեղսունակ: Կարևոր ախտանիշներից է վատատեսությունը, հուսահատությունը: Կյանքն իմաստազրկվում է: Նրանք դժվարանում են ինտելեկտուալ աշխատանք կատարել, քանի որ մտքերը խառնվում են, հիշողությունը թուլանում է, ուշադրությունը՝ շեղվում:

Ֆիզիկական ախտանիշներ: Ի հայտ են գալիս գլխացավեր, մարսողության խանգարումներ, գլխապտույտ, թուլություն, հոգնածության զգացում, անգամ եթե լավ հանգստացել են և այլն:

Մանիակալ էպիզոդի կլինիկական պատկերը

Ի տարբերություն դեպրեսիայի՝ մանիայի դեպքում մարդիկ զգում են չպատճառաբանված տրամադրության բարձրացում: Մանիակալ էպիզոդի ախտանիշներն ընդգրկում են նույն ուրտոները:

Մանիակալ փուլը հիմնականում բնորոշվում է ախտանշանների երրորդությամբ՝ տրամադրության բարձրացումով, մտածողության տեմպի արագացմամբ, հոգեշարժողական գրգռվածությամբ:

Հիվանդների տրամադրությունը բարձր է: Նրանք ուրախ են, ժպտերես, ինքնագոհ են ու երջանիկ: Բնորոշ է լավատեսությունը, անհոգությունը: Աշխատանքային ինչ-որ պլաններ են մշակում, ոչ ոքի ոչինչ չեն մերժում, հաճախ անհեթեթության հասնող խոստումներ են տալիս: Հիվանդների ուշադրությունը սրված է ու անկայուն, նրանց ուշադրությունից ոչինչ չի վրիպում, բայց միաժամանակ որևիցե հարցի շուրջ դժվար են կենտրոնանում: Նշվում է նաև հիշողության սրացում (հիպերմնեզիա): Նախորդ տարիներին հիշողությունից դուրս մղված դեպքերը նորից վերականգնվում են:

Հիվանդների ասոցիացիաներն արագացած են: Խոսում են առանց դադարի, բարձր ձայնով: Շատ խոսելուց ձայնը խոպոտում է: Խոսում են ամեն ինչի մասին, հաճախ մի միտքը չվերջացրած անցնում են մյուսին («մտքերի թռիչք»): Արտահայտում են իրենց անձի գերագնահատման մտքեր, խոսում են իրենց արտակարգ ֆիզիկական ուժի, բացառիկ ընդունակությունների մասին: Իրենց համարում են ամենագետ, տաղանդավոր, համոզված են, որ կարող են զբաղվել բոլոր մասնագիտություններով, գյուտարարությամբ, հայտնագործությամբ և այլն:

Վերոհիշյալ բոլոր ախտանիշները զուգորդվում են հիվանդների հոգեշարժական գրգռվածությամբ: Նրանք անընդհատ ոտքի վրա են, շարժման մեջ: Շփման մեջ են մտնում բոլորի հետ, ծանոթություններ հեշտ են ստեղծում: Ապարզելակված են նաև հակումները:

Բիպոլյար (երկբևեռ) խանգարումներ

Բիպոլյար խանգարումներ ունեցող մարդկանց շրջանում նկատվում է թե՛ տրամադրության անկում (դեպրեսիվ էպիզոդ), թե՛ կտրուկ բարձրացում (մանիակալ էպիզոդ): Նրանց տրամադրությունը տատանվում է երկու ծայրահեղությունների միջև: Այս խանգարմամբ տառապում են թե՛ կանայք, թե՛ տղամարդիկ

հավասարապես: Բիպոլյար խանգարումը հաճախ սկսվում է 15-44 տարեկանում: Աֆեկտիվ փուլերը կարող են լինել տարբեր խորության և տևողության: Միջփուլային շրջանում հոգեախտաբանական ախտանշանները լիովին նահանջում են, հիվանդը լինում է հոգեպես առողջ: Հիվանդությունն անձի անկում չի առաջացնում, նույնիսկ այն դեպքում, երբ հոգեկան խանգարման փուլերը հաճախ են կրկնվում:

Սթրեսը (անգլ. stress-ճնշում, լարվածություն) կյանքի հիմնական դրսևորումներից է, քանի որ հնարավորություն է տալիս օրգանիզմին նյարդահումորալ հակազդումների հաշվին հարմարվելու միջավայրի տարբեր գործոններին: Այս տերմինը XX դարի բժշկության խորհրդանիշներից մեկն է, որը հետագայում, դուրս գալով բժշկության սահմաններից, հայտնվեց կենսաբանության, հոգեբանության, սոցիոլոգիայի բնագավառներում և որպես ժամանակակից տերմին՝ թափանցեց առօրյա կյանք:

Ինչպես նշել է ռուս հոգեֆիզիոլոգ Յու. Ի. Ալեքսանդրովը, սթրեսը բժշկահոգեբանական ժամանակակից ախտորոշումներից մեկն է: Այս ախտորոշումը նշանակում են այն մարդուն, որն իր անձնական կյանքում, կենցաղում կամ գործունեության մեջ ունի խնդիրներ, որոնք հանգեցնում են նրա հոգեկան և ֆիզիկական առողջության վատթարացմանը:

Մասնավորապես վերջին տասնամյակում սթրեսը դարձել է մի շարք գիտությունների (բժշկություն, հոգեբանություն, կենսաբանություն, սոցիոլոգիա) ուսումնասիրության արդի առարկան: Սթրեսը հասկանալու համար անհրաժեշտ է նախ և առաջ անդրադառնալ դրա սկզբնական տեսությանը:

Սթրեսի տեսությունը մշակել և զարգացրել է կանադացի ֆիզիոլոգ Հանս Սելյեն XX դարի 30-ական թվականներին, որը, կարելի է ասել, հեղափոխություն էր գիտության մեջ: Այդ ժամանակաշրջանում կենսաբանների և բժիշկների շրջանում գերիշխում էր այն կարծիքը, որ օրգանիզմի հակազդումը միջավայրի գործոնների նկատմամբ յուրահատուկ բնույթ ունի, և գիտնականների խնդիրն էր պարզել արտաքին աշխարհի բազմազան ազդակներին տրվող հակազդումների տարբերությունները: Հ. Սելյեն սկսեց փնտրել կենսաբանական հակազդումների ընդհանուր օրինաչափությունները, որի արդյունքում հայտնաբերեց օրգանիզմի կենսաքիմիական փոփոխությունների ոչ յուրահատուկ բաղադրիչ՝ ի պատասխան տարբեր ազդեցությունների: Օրգանիզմի ոչ յուրահատուկ հակազդման ֆենոմենը, ի պատասխան վնասակար ազդեցությունների, նա անվանեց ադապտացիայի համախտանիշ կամ սթրես: Հ. Սելյեն «սթրես» եզրույթն առաջին անգամ կիրառել է 1936-ին՝ օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ հակազդման վիճակն ընդգծելու նպատակով:

Սթրես առաջացնող գործոնները կոչվում են սթրեսորներ: Չնայած սթրեսորները տարբեր են, սակայն դրանք առաջացնում են նույն կենսաբանական հակազդումը: Սթրեսորները կարող են լինել ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական: Դրական են կյանքում կատարված դրական և հաճելի փոփոխությունները, որոնք անհատի համար մեծ արժեք ունեն, իսկ բացասական՝ առօրյա զանազան դժվարությունները, առողջական

խնդիրները և այլն: Անկախ սթրեսորի ուժգնությունից՝ սթրեսը կարելի է հաղթահարել երկու տեսակի հակազդման միջոցով՝ 1) ակտիվ կամ պայքար, 2) պասսիվ կամ փախուստ դժվարություններից:

Սթրեսն օրգանիզմի ոչ յուրահատուկ արձագանքն է ցանկացած ազդակին: Այլ կերպ ասած, սթրեսը հոգեֆիզիոլոգիական լարվածության վիճակ է, ֆիզիոլոգիական պաշտպանական հակազդեցությունների համադրություն գոյության նոր պայմաններին հարմարվելու ճանապարհին:

Հ. Սելյեն առանձնացնում է ադապտացիայի համախտանիշի երեք հիմնական փուլեր.

1. Տագնապի փուլ: Այս փուլում օրգանիզմը բախվում է սթրեսորի հետ և սկսում է նախապատրաստվել հարմարվողական պատասխաններ տալու համար, տեղի է ունենում օրգանիզմի պաշտպանական ուժերի կենտրոնանում են: Անկախ սթրեսորի բնույթից՝ սրտի զարկերը հաճախանում են, շնչառությունը՝ արագանում, մկանների լարվածությունը՝ ուժեղանում և այլն: Այս հակազդումները նյարդային համակարգի սիմպաթիկ բաժնի ակտիվացման դրսևորումներն են:

2. Դիմադրության փուլ: Այս փուլում օրգանիզմը հարմարվում է նոր գրգռիչին, որը նրանից պահանջում է էներգիայի մեծ ծախս և հակասթրեսային հորմոններ:

3. Հյուսվածության փուլ: Այս փուլը կապված է «ադապտացիայի էներգիայի» հյուսվածության հետ:

Սթրեսի պատասխան հակազդեցությունները պայմանավորված են հետևյալ հինգ գործոններով՝

1. ֆիզիկական կամ մարմնական հակազդեցություններ,
2. վարքային, որ կարող է հատկապես դրսևորվել վարքի կամ գործողությունների մեջ,
3. հուզական, որ կարող է կապված լինել զգացմունքների հետ,
4. կոգնիտիվ, որ կարող է կապված լինել ճանաչողության կամ իմացության հետ,
5. հոգևոր, որ կարող է կապված լինել համոզմունքների և արժեքների հետ:

Սթրեսի **ֆիզիկական** դրսևորումներն առնչվում են մարդու գրեթե բոլոր օրգան-համակարգերին (օրինակ՝ մարսողական, սիրտ-անոթային, շնչառական): Սակայն հետազոտությունների ուշադրության կենտրոնում հաճախ հայտնվում է սիրտ-անոթային համակարգը, որն առավել զգայունակ է սթրեսի նկատմամբ, և որի միջոցով (սրտի զարկերի արագացում, արյան ճնշման բարձրացում և այլն) կարելի է հեշտությամբ նկատել սթրեսի առկայությունը: Հոգեբանական լարվածության մեջ գտնվող մարդը սովորաբար զգում է տարբեր բացասական ապրումներ՝ ցավեր սրտի կամ այլ օրգանների շրջանում, շնչառության դժվարություններ, լարվածություն մկաններում, տհաճ զգացողություններ մարսողական օրգանների շրջանում: Առանձին օրգանների և դրանց համակարգերի նորմալ գործունեության խանգարումը մի կողմից, մյուս կողմից այդ խանգարումների արտացոլումը գիտակցության մեջ հանգեցնում է ֆիզիոլոգիական և կենսաքիմիական համալիր խանգարումների (իմունիտետի անկում, արագ հոգնելիություն, մարմնի քաշի փոփոխություն և այլն):

Մթերեսի **հուզական** դրսևորումներն ընդգրկում են հոգեկանի տարբեր կողմերը: Առաջին հերթին այն վերաբերում է ընդհանուր հուզականությանը, որը ստանում է բացասական, մռայլ, վատատեսական երանգ: Տեսական սթրեսի դեպքում մարդը դառնում է ավելի տագնապալի իր նորմալ վիճակի համեմատությամբ, կորցնում է հավատը հաջողության նկատմամբ և ձգձգվող սթրեսի դեպքում կարող է հայտնվել ընկճախտի (դեպրեսիա) մեջ: Մթերեսի մեջ գտնվող մարդու տրամադրության նման փոփոխությունները կարող են հանգեցնել ուժեղ հուզական պոռթկումների, որոնք հաճախ բացասական բնույթ ունեն (նյարդայնության, գայրույթի, ագրեսիայի, նույնիսկ աֆեկտիվ վիճակների հուզական հակազդումներ): Բացասական հուզական վիճակը (վախ, տագնապ, բացասականություն, ագրեսիվություն) կարող է լինել սթրեսների զարգացման և՛ պատճառ, և՛ հետևանք: Հետազոտություններով պարզվել է, որ ապագայի նկատմամբ վախը (որպես սթեսային վիճակ առաջացնող գործոն) նպաստում է սթրեսի այնպիսի դրսևորումների զարգացմանը, ինչպիսիք են բարձր տագնապայնությունը, դեպրեսիվ տրամադրությունը, կաշուն բացասական մտքերը, անինքնավստահությունը:

Մթերեսի **իմացական** դրսևորումները: Մթերեսը սովորաբար անդրադառնում է ինտելեկտուալ գործունեությանը՝ մասնավորապես ուշադրությանը և հիշողությանը: Ուշադրության ցուցանիշների խանգարումը առաջին հերթին պայմանավորված է նրանով, որ մեծ կիսագնդերի կեղևում ձևավորվում է դոմինանտ սթրեսոր, որի շուրջ ձևավորվում են բոլոր մտքերն ու ապրումները: Արդյունքում այլ առարկաների վրա ուշադրության կամածին կենտրոնացումը դժվարանում է և նկատվում է ցրվածություն: Հիշողության դժվարությունները հիմնականում կապված են անհրաժեշտ տեղեկատվության վերարտադրման հետ, նվազում է օպերատիվ հիշողության արդյունավետությունը: Նկատելի են դառնում որոշում կայացնելու դժվարությունները, թուլանում է ստեղծագործական պոտենցիալը:

Մթերեսի **վարքային** դրսևորումները մեծ մասամբ պայմանավորված են սթրեսորի ուժով և դրան տրված անձի գնահատականով: Թույլ սթրեսի ազդեցությամբ վարքը կարող է ավելի ադապտիվ դառնալ: Այսպիսի դեպքերում մարդն ավելի զգոն է դառնում վտանգի նկատմամբ, կարողանում է անհրաժեշտ տեղեկատվություն հավաքել, ձեռք է բերում օգտակար դիրքորոշումներ և հմտություններ: Իհարկե, թույլ սթրեսների կուտակումը ևս ժամանակի ընթացքում կարող է դեգադապտիվ հետևանքներ ունենալ: Ուժեղ սթրեսների դեպքում մարդու վարքը կարող է ճնշվել և արգելակվել: Մթերեսի ազդեցությամբ հնարավոր վարքի ձևերից են՝ ստերեոտիպ վարքը (կրկնվող գործողություններ, օրինակ՝ օրորվելը, ճոճվելը), շատակերությունը, ագրեսիան, ռեժիմի փոփոխությունները և այլն:

Որպես սթրեսի պատասխան՝ հակազդեցության **հոգևոր** դրսևորումներ հիմնականում դրսևորվում են՝ հիմնվելով անհատի համոզմունքների, արժեքների և կողմնորոշիչ համակարգի վրա: Հոգևոր հակազդեցության չափանիշներին կարող են վերաբերել այնպիսի բացասական երևույթներ, ինչպիսիք են անտարբերությունը կամ դատարկության զգացումը: Հայտնի է, որ սթրեսը երբեմն կարող է հուսահատության, հիասթափության կամ ֆրուստրացիայի պատճառ դառնալ, որն էլ իր հերթին ուղեկցվում է նպատակի բացակայությամբ,

ինքնագնահատականի փոփոխությամբ և կյանքի պայքարին մասնակցելու անկարողությամբ: Որպես սթրեսի հոգևոր հակազդման դրսևորում է դիտարկվում նաև մեկուսացման ձգտումը, պայքարելու ցանկության բացակայությունը, իմաստի կորուստը, հավատի բացակայությունը կամ վերագնահատումը: Որոշ մասնագետներ նշված չափանիշներին ավելացնում են անտարբերությունը, ամոթի զգացումը, հույզերի և վերաբերմունքների փոփոխականությունը և այլն:

Այսպիսով, սթրեսից պետք չէ խուսափել, և դա անհնար է: Սթրեսը, թեև բառացի նշանակում է լարվածություն, սակայն ոչ միայն ինքնին հաղթահարելի, այլև մարդու կեցության համար բնականոն, որոշ դեպքերում անգամ ցանկալի վիճակ է:

«Սթրեսը կյանքի համն ու հոտն է,- պատկերավոր ասում է Հ. Սելյեն ու բացատրում,-քանի որ սթրեսը կապված է ցանկացած գործունեության հետ, ուստի դրանից կարող է խուսափել միայն նա, ով ոչինչ չի անում»: Անձին դնելով ծայրահեղ լարված վիճակի մեջ՝ սթրեսը հարկադրում է նրան գործել, հակազդել, դիմադրել դժվարություններին և փորձություններին, որի շնորհիվ հայտնաբերվում և գործադրվում են անձի, հասարակության թաքնված կարողությունները, որոնք առօրյայում, բնականոն պայմաններում չեն դրսևորվում: Այլ կերպ ասած, սթրեսը անձին և հանրությանը ընձեռում է ինքնաճանաչման, ուրեմն նաև ինքնագարգացման, ինքնակատարելագործման հնարավորություն և պարտադրում է իրականացնել դա: Սակայն որոշակի սահմանակետից այն կողմ սթրեսը դադարում է օգտակար լինել և սկսում է մեծ վնաս պատճառել մեր առողջությանը, տրամադրությանը, արդյունավետությանը, հարաբերություններին և անգամ կյանքի որակին:

Սթրեսի տեսակները

Հ. Սելյեն մարդու առօրյա կյանքում առանձնացրել է սթրեսի երկու տեսակ՝ էուսթրես և դիսթրես: Էուսթրեսը /դրական սթրեսը/ նորմալ սթրես է, որը նպաստում է կյանքի պահպանմանը և աջակցությանը: Այն գրեթե միշտ կապված է դրական հույզերի հետ /օրինակ՝ ամուսնություն, երեխայի ծնունդ/:

Դիսթրեսը կամ բացասականը ախտաբանական սթրես է, որը դրսևորվում է հիվանդագին ախտանիշներով: Դիսթրեսը միշտ տհաճ է և կապված է վտանգավոր հետևանքների հետ:

Ըստ Ռ. Լազարուսի՝ սթրեսը լինում է ֆիզիոլոգիական և հոգեբանական /հուզական/:

Ֆիզիոլոգիական սթրեսներ են առավել անբարենպաստ ֆիզիկական պայմանները, որոնք առաջացնում են օրգանիզմի ամբողջականության և ֆունկցիաների խանգարումներ (օրինակ՝ շատ բարձր կամ ցածր ջերմաստիճանը):

Հոգեբանական սթրեսներ են այն ազդակները, որոնք անձը գնահատում է վնասակար և վտանգավոր իր բարեկեցության համար: Այդ գնահատականը պայմանավորված է անձի փորձով, կյանքի հանդեպ դիրքորոշումներով, բարոյական գնահատականներով, վիճակը ադեկվատ /համարժեք/ գնահատելու

ունակությամբ: Հոգեբանական սթրեսն ուղեկցվում է չափից ավելի բարձր հուզական լարվածությամբ: Մթերասային ռեակցիայի հանդեպ բնույթը պայմանավորված է ոչ միայն սթրեսորի գնահատականով, այլև արձագանքելու ունակությամբ:

Հոգեբանական սթրեսը ներառում է հուզական և տեղեկատվական սթրեսները:

Տեղեկատվական սթրեսն առաջանում է տեղեկատվական ծանրաբեռնվածության իրավիճակներում, երբ որոշումներ կայացնելու պատասխանատվությունը շատ մեծ է, և անձը չի հասցնում ճիշտ որոշումներ ընդունել և չի կարող հաղթահարել խնդիրները:

Հուզական սթրեսը պայմանավորված է հուզական ապրումներով, որոնք ուղեկցում են սթրեսը: Ստորև թվարկված են հուզական սթրեսի նախազգուշացման որոշ ընդհանուր նշաններ և ախտանիշներ: Որքան շատ նշաններ և ախտանիշներ ենք նկատում, այնքան սթրեսը սուր է արտահայտված:

Իմացական ախտանիշներ` հիշողության խնդիրներ, կենտրոնանալու անկարողություն, վատ տրամաբանություն, միայն բացասականը տեսնելու ունակություն, անհանգիստ կամ սրընթաց մտքեր:

Հուզական ախտանիշներ` վատ տրամադրություն, զրգրվածություն կամ բռնկումներ, հուզմունք, հանգստանալու անկարողություն, ճնշվածություն, միայնակության զգացում, դեպրեսիա կամ ընդհանուր առմամբ դժբախտ լինելու զգացում, մշտական խուճապի զգացում:

Ֆիզիկական ախտանիշներ` քրոնիկական ցավեր և ցավի նոպաներ, լուծ կամ փորկապություն, սրտխառնոց, գլխապտույտ, սեռական ակտիվության նվազում, հաճախակի մրսածություն:

Վարքային ախտանիշներ` շատակերություն կամ ախորժակի բացակայություն, երկարատև կամ կարճատև քուն, մեկուսացում, հանգստանալու համար ակոհոլի, ծխախոտի կամ թմրանյութերի օգտագործում, նյարդային սովորություններ (օրինակ` կրծել եղունգները, անհանգիստ քայլել):

Մթերսին դիմադրելու մեր ունակությունը` սթրեսակայունությունը, պայմանավորված է շատ գործոններով` մեր հարաբերությունների որակով, կյանքի նկատմամբ ունեցած ընդհանուր աշխարհայացքով, հուզական կարողություններով և անգամ գենետիկայով:

Քոփինգ վարքը. ստրատեգիաները վարքի այն ձևերն են, որոնք արտացոլում են խնդիրը լուծելու անձի պատրաստակամությունը: Այս տեսությունը առաջացել է 20-րդ դարի 2-րդ կեսին, և « քոփինգ » տերմինի հեղինակը Աբրահամ Մասլոնն է:

Քոփինգ վարքի օգնությամբ անձը փորձում է հաղթահարել հուզական սթրեսը: Առանձնացնում են քոփինգ վարքի հետևյալ միջոցները`

1. խնդրի լուծում,
2. սոցիալական աջակցության որոնում,
3. փախուստ:

Քուփինգ վարքը իրագործվում է՝ հիմնվելով անձի ռեսուրսների և միջավայրի վրա: Միջավայրի կարևորագույն ռեսուրսն է սոցիալական աջակցությունը, իսկ անձինը՝ աղեկվատ «ես» կոնցեպցիան, դրական ինքնագնահատականը, ցածր նեյրոտիզմը, լավատեսությունը և այլն: Մթրեսի ազդեցության ժամանակ անձը առաջնային գնահատական է տալիս ստեղծված իրավիճակին, և այդ գնահատականի հիման վրա բնորոշվում է իրավիճակի տեսակը՝ վտանգավոր կամ բարենպաստ: Հենց այս պահից ձևավորվում են անձի պաշտպանական մեխանիզմները, որոնք, ըստ Ռ. Լազարուսի, ստեղծված իրավիճակը դեկավարելու անձի ընդունակություններն են: Չնայած սթրեսի ժամանակ գոյություն ունեն բազմաթիվ վարքի ձևեր, սակայն Լազարուսի կարծիքով կան հակազդման երկու հիմնական տեսակներ.

- Դեպի խնդիր կողմնորոշված տեսակ. ուղղված է խնդրի ռացիոնալ վերլուծությանը, բարդ իրավիճակը գնահատելուն և գիտակցելուն, մյուսներից օգնություն հայցելուն, լրացուցիչ ինֆորմացիայի որոնմանը:
- Սուբյեկտիվ կողմնորոշված տեսակ. հուզական հակազդեցությունն է իրավիճակին, չի ուղեկցվում կոնկրետ գործողությամբ և արտահայտվում է խնդրի մասին ընդհանրապես չմտածելու փորձով՝ սեփական հուզական ապրումների մեջ մյուսներին ընդգրկելով:
- Քուփինգ վարքի ուսումնասիրության առարկան է վարքի հուզական և ռացիոնալ մեխանիզմների կարգավորումը:

Բացասական իրավիճակներ

հակազդման ոճեր

պաշտպանություն	քուփինգ
հիվանդություն, տագնապ	ուրախություն, ոգևորվածություն
դեզադապտացիա	հաջողություն

Պաշտպանական մեխանիզմների և քուփինգ ստրատեգիաների միջև գոյություն ունեն որոշակի տարբերություններ: Դիմելով պաշտպանական մեխանիզմներին՝ մարդը հրաժարվում է խնդրի լուծման

կոնկրետ գործողություններից, որպեսզի պահպանի հարմարավետության վիճակը: Իսկ քոֆինգ ստրատեգիաները ենթադրում են կառուցողական ակտիվություն:

Հիմնականում սթրեսի հակազդեցության և հաղթահարման համար կարևոր նշանակություն ունեն մասնագիտական գրականության մեջ առանձնացված հետևյալ գործոնները՝

- տարիքը և զարգացման փուլը,
- խառնվածքը կամ անձի տիպը,
- էթնիկ առանձնահատկությունները,
- կորստին կամ վնասվածքին առնչությունը և նախկին փորձը,
- ճկունությունը, խոցելիությունը:

Տրավմայի հասկացությունը հոգեբանության մեջ

«Տրավմա» բառը ծագել է անտիկ հունարենից (traumatismos) և նշանակում է վնասվածք: «Տրավմա» եզրույթը բնորոշում էր հյուսվածքի կամ օրգանի ամբողջականության խախտումը արտաքին միջավայրի ազդեցությունից: Հոգեկան ախտաբանության մեջ այս եզրույթը նշանակում է հոգեկան ցնցում (շոկ), որն առաջացնում է խախտումներ հոգեկանի ներսում: Փորձը ցույց է տալիս, որ հանկարծակի և լրջորեն սպառնալից իրավիճակներին անհատների 75%-ը պատասխանում է պարզ ադապտիվ սթրեսի հակազդմամբ, մինչդեռ կոնստիտուցիոնալ ավելի փխրուն անձինք՝ 25%-ը, խոցելի իրավիճակին տալիս են տևական սթրեսի հակազդում՝ դրսևորելով ոչ ադապտիվ և հոգեկանի վրա տևական բացասական հետևանքներ թողնող խանգարումներ: Առաջինները իրադարձությունը չեն վերապրել որպես ցնցում, մյուսները դա որպես ցնցում են վերապրել:

«Հոգեկան տրավմա» հասկացությունն առաջին անգամ մասնագիտական գրականության մեջ ներկայացվել է XIXդ. վերջում:

■ Կոլեկտիվ տրավմաներ

Ըստ սահմանման՝ տրավման անհատական է: Եվ հավաքական պատահարների կամ աղետների դեպքում հաճախ հակված ենք մտածելու, որ գործ ունենք բազմաթիվ անհատական տրավմաների համակցման հետ, որ յուրաքանչյուր անձ տրավմա հարուցող իրադրությունը վերապրում է անհատական ձևով: Բայց այնուամենայնիվ, այդ պայմաններում բոլոր վերապրողները կամ զոհերն ապրում են որոշ առումով ընդհանուր արտաքին բովանդակություններ՝ դիակների սարսափելի տեսարաններ, վիրավորվածներ, ավերածություններ և այլն, այսինքն՝ հանդիպում են սովորական խաղաղ գոյության և առկա մղձավանջային իրականության սուր հակադրմանը: Կարևոր է նաև իր սեփական կամ դիմացինի հոգեկան տառապանքի հետ առձակատվելը, ինչպես նաև իրավիճակի ծայրահեղ լրջության գիտակցումը: Այս իրավիճակում անձն ավելի սուր է գիտակցում իր պատկանելությունը հանրությանը: Սովորական պայմաններում անձը, ապրելով հասարակության մեջ, ունի

երկակի «ես»՝ էգոցենտրիկ «ես», որ հարաբերվում է մեր անհատական նկարագրին, և հավաքական, համայնքային «ես», որը այս կամ այն խմբին, համայնքին պատկանելու չտարբերակված, միջին զգացողությունն է: Հավաքական պատահարի կամ աղետի մեջ, որքան էլ ուժեղ լինի վերապրողի անձնական տառապանքը, ակտիվանում է համայնքային «եսը»: Տրավման պատասխան է ոչ այնքան իրադարձությանը, որքան իրադարձությանը տրվող իմաստին:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարում

Այս խանգարման էությունը սովորական մարդկային փորձառության սահմաններից դուրս եկող, հոգեբանական դիսթրեսոր իրադարձության հետևանք հանդիսացող առանձնահատուկ զարգացումն է: Այդ համախտանիշն առաջացնող սթրեսորը դիսթրեսային ազդեցություն է թողնում գրեթե բոլոր մարդկանց վրա: Հետտրավմային սթրեսային խանգարումները կարող են ունենալ ինչպես անհատական, այնպես էլ զանգվածային բնույթ: Օրինակ՝ առօրյա կյանքում հարազատի կորստի դեպքում առաջացած ռեակցիան անհատական բնույթ ունի, իսկ երկրաշարժի հետևանքով կամ պատերազմի /եղեռնի/ ժամանակ առաջացած խանգարումները կարող են զանգվածային բնույթ ունենալ: Այս համախտանիշի բնորոշ գծերն են սաստիկ վախը, սարսափը, անօգնականությունը: Կարևորագույն ախտանիշներից են վնաս պատճառող իրադարձության վերապրումը, իրադարձության հետ կապված գրգիռների առկայությունը:

Հետտրավմային վիճակը ներառում է արտահայտված վախ որևէ մեկի կամ սեփական «եսի» կյանքի և ֆիզիկական առողջության համար, վախ երեխաների և մոտիկ հարազատների ու ընկերների վիճակի համար: Տրավման կարելի է վերապրել միայնակ /օրինակ՝ բռնաբարություն, հարձակում/ կամ խմբով /պատերազմական գործողություն, երկրաշարժ/: Այս խանգարումն առաջացնող սթրեսորներն են բնական աղետները և դժբախտ պատահարները /ավտովթար, օդային աղետ, մեծ մասշտաբի հրդեհ, կանխամտածված աղետներ, ջարդ և այլն/: Հոգեկան ապրումները և խանգարումը սովորաբար ավելի լուրջ և երկարատև են, եթե սթրեսը կանխամտածված գործունեության հետևանք է /սպանություն, դավադրություն, դավաճանություն և այլն/:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարումների ախտորոշման չափանիշները

(ըստ DSM V-ի, 309.81 (F43.10))

Հետևյալ չափանիշները վերաբերում են մեծահասակներին և վեց տարեկանից մեծ երեխաներին: Վեց տարեկան և ավելի փոքր երեխաների համար տե՛ս ներքևում նշված համապատասխան չափանիշները:

ա. Մահվան իրական կամ սպառնալիք հանդիսացող իրավիճակի հետ առճակատում, լուրջ վնասվածքի կամ սեռական բռնության դեպքերի հետևյալ ձևերը (մեկ կամ ավելի)։

1. Տրավմատիկ իրադարձության (ների) ուղղակի փորձ։

2. Ուրիշներին պատահած իրադարձության (ների) անմիջական ականատես լինելը։

3. Մոտ բարեկամներին կամ ընկերներին պատահած տրավմատիկ իրադարձությունների մասին տեղեկացում։ Ընդ որում, ընտանիքի անդամների կամ բարեկամների մահվան իրական կամ սպառնալիք պարունակող դեպքերը պետք է տեղի ունեցած լինեն բռնի կերպով կամ պատահականորեն։

4. Տրավմատիկ իրավիճակի կրկնվող կամ չափազանց վառ մանրամասների ականատես լինելու փորձ, (օր. արձագանքողները, ովքեր առաջինն են տեսնում զոհված մարդկանց մարմնի մասեր, ոստիկանության աշխատակիցներ, ովքեր բազմիցս ականատես են լինում երեխաների հանդեպ կատարվող բռնությանը)։

Նկատի ունենալ, որ ա.4 չափանիշը չի վերաբերում հեռուստատեսության, ֆիլմերի կամ նկարների միջոցով ցուցադրմանը, բացի այն դեպքերից, որոնք կապված են աշխատանքի հետ։

բ. Տրավմատիկ իրադարձությունից հետո սկսված պատահարին առնչվող հետևյալ ոչ կամաձին, պարբերաբար կրկնվող ախտանիշներից մեկ կամ ավելիի առկայություն.

1. Տրավմատիկ իրադարձության հաճախակի, ոչ կամաձին և կաշուն դիսթրես առաջացնող հիշողություններ։

Նկատի ունենալ, որ մինչ վեց տարեկան երեխաների շրջանում կարող են ի հայտ գալ խաղեր, որոնցում արտահայտվում են տրավմատիկ իրադարձության թեմաները կամ առանձնահատկությունները։

2. Կրկնվող ճնշող երազներ, որոնց բովանդակություն և կամ հուզական ապրումը պայմանավորված է տրավմատիկ իրադարձությամբ։

3. Դիսոցիալացված հակազդումներ (վերհուշ⁶), որոնցում անձը զգում է կամ պահում է իրեն այնպես, ասես տրավմատիկ իրադարձությունները կրկնվում են։ Այս հակազդումները կարող են շարունակվել առավել ծայրահեղ դրսևորմամբ՝ ներկա իրականության գիտակցման լրիվ կորուստով։

Նկատի ունենալ, որ երեխաների շրջանում տրավմային բնորոշ վարքը կարող է արտահայտվել խաղի միջոցով։

4. Ինտենսիվ կամ երկարաձգված հոգեբանական դիսթրեսն արտահայտվում է ներքին կամ արտաքին դրսևորումների միջոցով, որոնք խորհրդանշում են կամ հիշեցնում տրավմատիկ իրադարձության այս կամ այն կողմերը։

5. Ընդգծված ֆիզիոլոգիական հակազդումներ ներքին կամ արտաքին դրսևորումներին, որոնք խորհրդանշում են կամ հիշեցնում տրավմատիկ իրադարձությունը։

⁶ Flashback բառը հայերեն տերմինը մենք փորձել ենք թարգմանել որպես «վերհուշ»։

գ. Տրավմատիկ իրադարձության (ների) հետ կապված ազդակներից համառոտ են խուսափում, տրավմատիկ իրադարձություն(ներ)ից հետո սկսվող՝ սովորաբար ներքոնշյալներից մեկի կամ երկուսի ձևով.

1. Տրավմատիկ իրադարձության (ների) վերաբերյալ կամ դրանց հետ սերտ կապված, դիսթրես առաջացնող հիշողություններից, մտքերից կամ զգացողություններից խուսափում կամ խուսափելու ջանքեր:

2. Խուսափում կամ խուսափելու ջանքեր՝ տրավմատիկ իրադարձությունը հիշեցնող արտաքին գործոններից (մարդիկ, վայրեր, խոսակցություններ, գործողություններ, առարկաներ, իրավիճակներ), որոնք խթանում են տրավմատիկ իրադարձության(ների) հետ սերտ կապված, դիսթրես արթնացնող հիշողություններ, մտքեր կամ զգացողություններ:

դ. Տրավմատիկ իրադարձություն(ներ)ից հետո սկսվող կամ վատթարացող, ճանաչողության և տրամադրության մեջ տրավմատիկ իրադարձության(ների) հետ կապված բացասական փոփոխություններ, որոնք դրսևորվում են ներքոնշյալներից մեկի կամ երկուսի ձևով.

1. Տրավմատիկ իրադարձության(ների) որևէ կարևոր կողմ հիշելու անկարողություն (սովորաբար դիստոցիատիվ ամնեզիայի պատճառով և ոչ թե այլ գործոնների, ինչպես օրինակ՝ գանգուղեղային վնասվածքների, ակոհոլի կամ թմրանյութերի):

2. Մշտական և չափազանցված բացասական համոզմունք կամ սպասումներ ինչ-որ մեկի, այլոց կամ աշխարհի նկատմամբ (օր.՝ «Ես վատն եմ», «Ոչ ոքի պետք չէ վստահել», «Աշխարհը միանգամայն վտանգավոր է», «Իմ նյարդային համակարգը մշտականորեն քայքայված է»):

3. Տրավմատիկ իրադարձության(ների) պատճառի կամ հետևանքների մասին մշտական, աղճատված համոզմունքներ, որոնց պատճառով անձը մեղադրում է իրեն կամ ուրիշներին:

4. Մշտական բացասական հուզական վիճակ (օր.՝ վախ, սարսափ, գայրույթ, մեղավորության, ամոթի զգացումներ):

5. Զգալիորեն նվազած հետաքրքրություն կամ մասնակցություն նշանակալից գործունեությանը:

6. Ուրիշներից կտրված և օտարացած լինելու զգացում:

7. Դրական հույզեր ապրելու մշտական անկարողություն (օր.՝ անկարողություն ապրելու ուրախության, բավարարվածության կամ սիրո զգացումներ):

ե. Տրավմատիկ իրադարձություն(ներ)ից հետո սկսվող կամ վատթարացող արթնության և ռեակտիվության նկատելի խանգարումներ՝ պայմանավորված տրավմատիկ իրադարձությամբ(ներով), որոնք դրսևորվում են ներքոնշյալներից առնվազն երկուսի ձևով.

1. Դյուրագրգիռ վարք և գայրույթի պոռթկումներ (առանց պատճառի կամ աննշան առիթով), որոնք սովորաբար արտահայտվում են մարդկանց կամ առարկաների նկատմամբ վերբալ կամ ֆիզիկական ագրեսիայով:

2. Անպատասխանատու կամ ինքնառչնչացնող վարք:

3. Գերզգոնություն:

4. Չափազանցված անսպասելի հակազդումներ:

5. Կենտրոնացման դժվարություններ:

6. Քնի խանգարում (Օր., քուն մտնելու կամ քնած մնալու դժվարություն, կամ անհանգիստ քուն):

զ. Խանգարման (բ, գ, դ, ե չափանիշների) տևողությունը մեկ ամսից ավելին է:

է. Խանգարումը պատճառում է սոցիալական, զբաղվածության կամ այլ կարևոր ոլորտներում գործառության կլինիկորեն նշանակալի ճնշվածություն կամ վատթարացում:

ը. Խանգարումը վերագրելի չէ որևէ նյութի (օր.՝ դեղերի, ալկոհոլի) կամ այլ բուժական վիճակի ֆիզիոլոգիական հետևանքի:

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումն ըստ ՀՄԴ-10 -(F43.10))

Սպառնացող, աղետալի սթրեսային դեպքից կամ իրավիճակից (կարճատև կամ տևական) հետո բարձիթողի արված կամ ձգձգվող խանգարումներ են: Դեմքը կամ իրավիճակն այնպիսի ուժգնություն ունի, որ ցանկացած մարդու դեպքում կարող են առաջացնել դիսթրես (օրինակ՝ բնական կամ արհեստական աղետ, պատերազմ, դժբախտ պատահար, սպանության ակնառտես լինել, տանջանքների ենթարկվել, բռնարություն և այլ հանցագործություններ): Նախատրամադրող գործոններն են անձի բնավորության յուրահատկությունները (ասթենիկ, կոմպուլսիվ) կամ նախորդած նյարդային հիվանդությունները, որոնք կարող են նվազեցնել դիմադրողականությունն այդ համախտանիշի առաջացման համար կամ ծանրացնել դրանց ընթացքը, այնուամենայնիվ այդ գործոնները պարտադիր, բայց բավարար չեն ախտանիշների ի հայտ գալը բացատրելու համար:

Բնորոշ է հոգեկան տրավմայի ապրումների կրկնման էպիզոդը օբսեսիվ հիշողությունների ձևով (ռեմինիսցենցիա), երազներ, մղձավանջ, որոնք առաջանում են քրոնիկական «ընդարմացման» և զգացմունքային «բթացման» զուգակցման, մարդկանցից օտարացում, շրջապատի նկատմամբ անտարբերություն, իրավիճակից, գործունեությունից խուսափողականություն, հատկապես այն ամենից, ինչ հիշեցնում է հոգեկան տրավման: Սովորաբար հիվանդը խուսափում է և վախենում տրավման հիշեցնող ամեն ինչից: Հազվադեպ լինում են դրամատիկ, վախի սուր բռնկում, խուճապ, ագրեսիվ վարք, որոնք դրդվում են հոգեկան վնասվածքի մասին անսպասելի հիշեցնելիս կամ առաջին օրերի ռեակցիայի մասին խոսելիս: Հաճախ նկատվում են վեգետատիվ գրգռվողականություն, արթուն մնալու ժամանակի երկարում, անքնություն, վախին ուժեղ հակազդում: Նկարագրված ախտանիշներին ուղեկցում են տագնապն ու դեպրեսիան, երբեմն ինքնասպանության մտքերով, որոնք բարդանում են ոգելից խմիչքի կամ թմրադեղերի օգտագործումից:

Այս խանգարումները սկսվում են՝ անմիջապես հոգեկան տրավմայից հետո թաքնված շրջանն անցնելով, որը կարող է տևել մի քանի շաբաթից մինչև մի քանի ամիս (հազվադեպ 6 ամսից ավելի): Ընթացքն ալիքաձև է, բայց մեծ մասամբ վերջանում է առողջացմամբ: Դեպքերի փոքր մասը կարող է քրոնիկական ընթացք ունենալ երկար տարիներ և հանգեցնել անձի քրոնիկական փոփոխությունների (F62.0):

Ախտորոշման ցուցումներ

Այս խանգարումը չպետք է ախտորոշել, եթե չկա ապացույց, որ այն սկսվել է հոգեկան տրավմայի հասցնող դեպքից վեց ամսվա ընթացքում:

Հոգեկան տրավմայի ապացույց են նաև կրկնվող սնեռուն հիշողությունները դեպքի մասին, երևակայություններն ու պատկերացումները ցերեկվա ժամերին: Նկատելի զգացմունքային օտարացումը, հույզերի շղթայված լինելը և ազդակներից խուսափելը, որոնք կարող են հիշեցնել վտանգավոր դեպքեր, հաճախ հանդիպող, բայց ախտորոշման համար անպայման, պարտադիր նշաններ չեն: Վեգետատիվ խանգարումները, տրամադրության և վարքի փոփոխությունները կարող են արտացոլվել ախտորոշման մեջ, բայց առաջնակարգ նշանակություն չունեն:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարման ախտանշանները

1. Քնի խանգարումներ՝ անքնություն, նոր ցնցումների սպասում, պատկերացումներ այն մասին, թե ինչպես են փախչելու մարդիկ, գիշերային մղձավանջներ /ճիչեր/, չկապակցված բառեր, ինչպես նաև՝
 - ա) տարբեր մկանախմբերի կամ մարմնի այս կամ այն մասերի կծկումներ /նիրհած կամ քնած վիճակում/,
 - բ) պաշտպանական շարժումներ /նիրհած կամ քնած վիճակում/,
 - գ) անհանգիստ շարժումներ անկողնու մեջ, անկողնուց փախչելու փորձեր, կարծես մեծ վտանգ է սպառնում,
 - դ) արցունքներ, տառապալից հոգոցներ,
 - ե) մղձավանջային երազներ /հաճախ երազում տեսնում են զոհված ազգականներին, տեսնում են սարսափելի բովանդակությամբ, սպառնացող, տխուր պատկերներ/:
2. Դյուրագրգռություն, գերզգայունություն՝ զայրույթ բարձր ձայնից, երեխաների աղմուկից, անհանդուրժելի արված դիտողություններից, երեխաների շրջանում՝ բնավորության և վարքի ծայրահեղության հասնող դրսևորումներ, ընտանեկան հաճախակի բախումներ, ընդհուպ մինչև ընտանիքի փլուզում:
3. Վախեր՝ վախ մթությունից, կենդանիներից, փակ կամ բաց տարածությունից և այլն, որոնց հիմքում չգիտակցված մահվան վախն է:

Ի տարբերություն մեծահասակների՝ երեխաների շրջանում վախերը հաճախ համակցվում են, օրինակ՝ մթության հանդեպ առաջացած վախին հաճախ միանում է մենակության վախը:

Վերոհիշյալից բացի, երեխաների շրջանում կարող են առաջանալ գիշերամիզություն և կակազում, ինչպես նաև ջղաձգություններ, կծկանքներ, եղունգները կրծելու և մատը ծծելու սովորություններ: Երեխաների շրջանում հազվադեպ չէ նաև սովորելու նկատմամբ հետաքրքրության կորուստը:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարումները բնորոշվում են ախտանշանների 3 փուլերով.

ա) Վերապրման փուլ, որն արտահայտվում է կամքից անկախ առաջացող մտքերով, մղձավանջային երազներով, վառ բնույթի պատկերացումներով և կատարվածի հաճախակի վերհուշով:

բ) Բացասման կամ անզգայության փուլ, երբ մարդը ջանում է փախչել, հերքել այն մտքերը և զգացումները, որոնք կապված են տրավմատիկ վիճակի հետ: Այս փուլում, փաստորեն, գործում են պաշտպանական հոգեբանական մեխանիզմները:

գ) Գրգռվածության փուլ, որն արտահայտվում է դյուրագրգռությամբ, ուշադրության ցրվածությամբ, քնի խանգարմամբ, ինչպես նաև սոմատովեգետատիվ մի շարք խանգարումներով:

Սովորաբար տրավմայից հետո տխրությունը, մտավախությունը պահպանվում են երկար ժամանակ:

Տխրությունը կարող է արտահայտվել՝

- տրամադրության անկումով,
- ինքնասպանության մտքերով,
- մեղքի զգացումով,
- հոգեկան կամ մարմնական մտավախությամբ,
- հետաքրքրությունների կորստով:

Մտավախությունը կարող է արտահայտվել՝

- շնչառության դժվարություններով,
- սիրտ-անոթային համակարգի խանգարումներով,
- մահից կամ խելագարվելուց վախով,
- անզգայացմամբ,
- խեղդվելու զգացումով:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարումների հոգեթերապիայի ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել ինչպես կոնկրետ իրավիճակը, այնպես էլ առանձնահատկությունները: Օրինակ՝

նախադպրոցական տարիքի երեխաների համար անհրաժեշտ է ստեղծել հնարավորություններ, որ նրանք կարողանան արտահայտել սեփական «եսը» խաղի, նկարների միջոցով, ներշնչել ապահովության զգացում, ինքնավստահություն, ապահովել քնելու ժամանակն ու տեղը, երբեմն թույլատրել քնելու ժամանակն ու տեղը, երբեմն թույլատրել քնել ծնողի ննջասենյակում, բայց ոչ երբեք նույն անկողնում:

Մինչպատանեկան հասակի երեխաներին անհրաժեշտ է քաջալերել, որ արտահայտեն իրենց մտքերը, զգացմունքները, ներշնչել ինքնավստահություն, լինել համբերատար, առանց ավելորդ պահանջկոտության:

Ինչպես արդեն նշվեց, հետտրավմային սթրեսային խանգարումները կարող են զանգվածային և անհատական բնույթ ունենալ: Մեծ աղետներից հետո հաճախ դիտվում են՝

ա) անորոշություն ապագայի նկատմամբ /վերաբերում է աշխատանքին, բնակավայրին/, նոր աղետի սպասում,

բ) հեռանկարի բացակայություն, երբ մարդիկ ամբողջովին կառչում են անցյալից,

գ) կենսական նպատակների իրագործմանը ձգտելու բացակայություն,

դ) անելանելիության զգացում «աշխարհի կործանման» ներշնչանքով՝ հիմնված ռեալ իրականության կամ սուբյեկտիվ ապրումների վրա,

ե) ստեղծված իրավիճակը վերահսկելու անկարողություն:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարումներին սերտորեն առնչվում են նաև վշտի հակազդեցությունները: Նկատի ունենալով այն հանգամանքը, որ խորհրդային ժամանակաշրջանում հոգեբանության գրականության մեջ վիշտը գրեթե չի քննարկվել ժամանակակից հոգեվերլուծողների տեսանկյունից, մենք նպատակահարմար գտանք ներկայացնել այդ մոտեցման համառոտ բովանդակությունը:

Հուզականային ոլորտի և հոգեվիճակների թեմաների համապատասխան գործնական օրինակ տե՛ս հավելված 4-ում, հավելված 5-ում, հավելված 6-ում, հավելված 7-ում:

Գրականություն

1. Гамезов, М.В., Домашенко, И.А., (2004). *Атлас по психологии*. Москва.
2. Ганзен, В.А., Юрченко, В.Н., (2005). *Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека*. Москва.

3. Генкин, А.А., Медведев, В.И., (1973). *Прогнозирование психофизиологических состояний*. Ленинград
4. Китаев – Смык, Л. А., (1983). *Психология стресса*. Москва.
5. Левитов, Н.Д., (1964). *О психических состояниях человека*. Москва.
6. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология*. Москва.
7. Менделевич, В.Д., (2008). *Клиническая и медицинская психология: учебное пособие*. 6-е изд. МЕДпресс-информ, Москва.
8. Петровский, А.В., (1997). *Введение в психологию* /Изд. “Академия”, Москва.
9. Саенко, Ю.В., (2010). *Регуляция эмоций: тренинги управления чувствами и настроениями*, СПб.
10. Тадевосян А., (2002). *Стрессология*, Гитуюн, НАН РА, Ереван.
11. Творогова, Н.Д., (1998). *Психология. Лекции для студентов медицинских вузов*. Москва.

15. Անձի հոգեբանություն

Անձը. սահմանումը և բնութագիրը

Անձի ուսումնասիրությունը հոգեբանության մեջ միշտ եղել և մնում է ամենահետաքրքիր և դժվարին խնդիրներից մեկը: Իրականում հոգեբանական բոլոր դպրոցները յուրովի են բացատրում «անձ» հասկացությունը և տարբեր պատասխաններ են տալիս այն հարցերին, թե ինչն է ձևավորում անձը, ինչով են պայմանավորված անհատական տարբերությունները, ինչպես է կատարվում անձի զարգացումը և փոփոխումը: Հոգեբանության մեջ այսօր էլ չկա միասնական կարծիք ոչ միայն անձի տեսության, այլև նրա սահմանման մասին: Դեռևս 1937 թ. Գ. Օլպորտը հաշվել է անձի սահմանման 50 տարբերակ, որոնք վերցված են փիլիսոփայությունից, աստվածաբանությունից, իրավաբանությունից, սոցիոլոգիայից ու հոգեբանությունից:

Սահմանումների այդպիսի բազմազանություն կարելի է նկատել նաև ավելի ուշ կատարված հետազոտություններում:

Օրինակ՝ «Անձի հասկացությունը ընդգրկում է անհատի համեմատաբար կայուն հատկանիշների և հատկությունների ընդհանրությունը, որոնցով նա տարբերվում է մյուսներից» (Ի. Սարնոֆֆ, 1962):

«Անձը կարող է սահմանվել որպես կայուն անհատական հատկանիշների համադրություն, որոնք ենթակա են որոշակի չափումների» (Դ. Բիրն, 1966) և «Անձի հիմնախնդրի տրամաբանական բանալին մենք գտնում ենք հենց անհատականությունների տարբերության մեջ: Այսպիսով, անհատի անձը նրա հատկանիշների առանձնահատուկ հավաքածուն է» հոգեբան Ջ. Գիլֆորդ, նա մասնագիտանում էր անհատականությունների տարբերության դասակարգման հարցերում):

Ելնելով վերոնշյալից՝ կարելի է պնդել, որ ոչ մի սահմանում անձի մասին չի կարող ամբողջական պատկերացում տալ, սակայն նրանցից յուրաքանչյուրը կարող է պարզաբանել միայն այդ բարդ հասկացության որոշակի կողմերը: Մի շարք հեղինակներ նշում են անձի ուսումնասիրության 4 հիմնական մոտեցումներ՝ կենսաբանական, փորձնական, սոցիալական և պսիխոմետրիկ:

1. **Կենսաբանական մոտեցում:** Անձի ուսումնասիրությունը կատարվում է նախկինում ձեռք բերված փորձի, գենետիկական զարգացման տեսակետից: Կենսաբանական հիմքի և վարքագծի փոխհարաբերությունը կենսաբանական մոտեցման հատուկ ուշադրության առարկան է:

2. **Փորձարարական մոտեցում:** Անձի ուսումնասիրության հիմքը ըմբռնման գործընթացների, ուսուցման և բարձրակարգ նյարդային գործունեության ուսումնասիրությունն է: Այս գործընթացների ըմբռնումը հանգեցնում է այն հասկացությանը, թե կոնկրետ դեպքերը ինչպես են ազդում անհատի հետագա վարքի վրա:

3. **Սոցիալական մոտեցում:** Ուսումնասիրվում է անհատի սոցիալական շրջապատը և նրա ազդեցությունը անձի զարգացման վրա՝ մոդելների, սոցիալական դերերի և, ամբողջությամբ վերցրած, մշակույթի ազդեցությունը:

4. **Պսիխոմետրիկ մոտեցում:** Անձի ուսումնասիրումը հիմնվում է անձի ներքին կառուցվածքների հատկություններն արտացոլող նշաններն ուսումնասիրելու վրա: Անհատական հատկությունների չափումը հիմնվում է անհատի վարքագիծը ուսումնասիրելու վրա:

Անձի ընդհանուր սահմանումը պարունակում է անհատական հատկանիշներ, արժեքներ, հայացքներ և վերաբերմունք: Սակայն սահմանումը պետք է պարունակի նաև բազմաթիվ այլ հարցեր: Չարգացման սխեման պետք է հնարավորություն տա հետազոտելու անձի զարգացման վրա ազդող բազմաթիվ գործոններ: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել նախկինում ունեցած հիվանդությունները, գենետիկական նախապայմանները, որոնք հաճախ ուղղակիորեն չեն ազդում անձի ձևավորման վրա, մշակութային տարբերությունները, որոնցից ամենամեծ ազդեցությունն ընտանեկան մթնոլորտն ունի: Վերջապես, չի կարելի հաշվի չառնել մարդու կյանքի շրջադարձային կետերը՝ դժբախտ պատահար, մտերիմ մարդու մահ, վտանգի վերապրում կամ որևէ այլ արտակարգ դեպք: Անձի սահմանումը բավականին ծավալուն պետք է լինի, որպեսզի արտացոլի բոլոր այս ուղղությունները:

Անկախ այն բանից, թե անձը ինչքան ամբողջական և բացառիկ է մեր պատկերացման մեջ, գիտական մոտեցումը պահանջում է անհատի ամբողջականության և բացառիկության նկարագրություն և վերլուծություն: Գոյություն ունի անձի նկարագրության երկու հիմնական մոտեցում՝ նրա որակավորման տերմիններով և հիմնական տիպերի տերմիններով: Ենթադրենք, խնդրել ենք նկարագրել որևէ մեկին, և թվարկում են բնութագրերը. «Նա անհանգիստ է, կրթված, շատախոս, իր գործին նվիրված»: Փաստորեն, արտահայտված է հատկանիշների որոշ քանակ, որոնք հատկանշական են տվյալ անհատին: Սակայն եթե նույն հարցին պատասխանում ենք՝ «Նա ավելի շատ կրթված մարդու տեսակ է» կամ «նրան բնորոշ է հրամայական ոճը», ապա կիրառում ենք անձի նկարագրության տիպաբանական մոտեցում: Այս դեպքում ենթադրությունը հիմնվում է այն բանի վրա, որ մարդիկ, ըստ իրենց բնորոշ առանձնահատկությունների, բաժանվում են որոշակի խմբերի (տեսակների): Այս երկու մոտեցումները, իհարկե, սերտ կապված են միմյանց, սակայն դրանք առանձին քննարկման կարիք ունեն:

Որակ: Անձի որակ կոչվում է երկարաժամկետ գործող այն բնութագիրը, որն արտահայտվում է անհատի վարքի մեջ տարբեր իրավիճակներում: Եթե նշում ենք կարգապահության հատկությունը, ապա դա նշանակում է խոսել նրա՝ ժամանակին ամեն տեղ հայտնվելու ունակության մասին: Մենք մարդուն կոչում ենք ճշտապահ ոչ այն պատճառով, որ նա բոլոր դեպքերում ճշգրիտ է վայրկյանի ճշտությամբ, այլ որովհետև ճշտապահ է մյուս մարդկանց համեմատ:

Համեմատելով մարդկանց միմյանց հետ և ձգտելով որոշել նրանց անհատականությունների տարբերությունը՝ մենք, բնականաբար, մեր ուշադրությունը կենտրոնացնում ենք վարքի այն առանձնահատկությունների վրա, որտեղ անհատական տարբերություններն առավել ցայտուն են: Սակայն այս դեպքում մենք անտեսում ենք այլ հատկանիշներ, որոնցով տվյալ խմբի անդամները շատ չեն տարբերվում մեկը մյուսից: Մարդու (անձի) կառուցվածքի գլխավոր հատկանիշները հաճախ չնկատելու պատճառը հասարակության կամ մշակույթի սահմանափակվածությունն է:

Հատկությունների արտահայտվածության մակարդակները

Անձի հատկությունները կարող են ներկայացվել որպես տեսակներ կամ դասեր. դրանց մի մասը կապված է խառնվածքի, մյուսները՝ տիպիկ հարմարվողական ռեակցիաների, երրորդը՝

ընդունակությունների, հետաքրքրությունների, արժեքների, չորրորդը՝ հասարակական փոխհարաբերությունների հետ:

Անձի դրսևորման առանձնահատկությունների մեջ կարևոր դեր է կատարում նաև սոցիալական վիճակը: Մեզանից յուրաքանչյուրն օգտվում է տարբեր դերերից, դիմակներից՝ ելնելով իրավիճակից: Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ մարդու վարքը պայմանավորված է նրանով, թե ում հետ է նա մտնում շփման մեջ: Օրինակ՝ շփվելով եսակենտրոն մարդու հետ՝ անձը փորձում է հասնել առավել ինքնահաստատման, մինչդեռ հանդիպելով բարձր ինքնաքննադատության տեր մարդկանց՝ անձը հաճախ կարող է նշել սեփական բացասական գծերը:

Մի շարք տեսություններ ենթադրում են, որ մեծ մասամբ անձը հաստատուն է և միաժամանակ պայմաններից կախված, կարող է դրսևորել փոփոխական գծեր: Մեծ կարևորություն է տրվում նաև անձի և սոցիալական միջավայրի փոխազդեցությանը:

Անձ, անհատ, անհատականություն

Հոգեբանության մեջ առանձնացվում է «անհատ», «անձ», «անհատականություն» հասկացությունները:

1. Անհատ ասելով՝ սովորաբար առանձնացվում են երկու հիմնական բացատրություններ.

- Մարդը որպես յուրահատուկ, առանձին տեսակ կենդանական աշխարհում, որը մյուս կենդանիներից տարբերվում է և տեսակին հատուկ գծերի կրողը, ֆիզոգենետիկական և օնոտոգենետիկական զարգացման արդյունք է:

- Մարդկության առանձին ներկայացուցիչ, որն օգտագործում է մարդ տեսակին բնորոշ միջոցները, գործիքները և նշանները՝ տնօրինելով սեփական վարքն ու հոգեկան գործընթացները:

Անհատի ընդհանուր նկարագրերն են հոգեֆիզիոլոգիական կառուցվածքի ամբողջականությունն ու յուրահատկությունը, շրջապատող աշխարհի հետ փոխներգործության կայունությունը, ակտիվությունը:

2. Մարդը որպես **անձ**: Անձը կոնկրետ մարդն է, որը պատկանում է սոցիալական որոշակի խմբի, հասարակության, զբաղվում է որոշակի գործունեությամբ: Անձը այն մարդն է, որը գիտակցում է իր վերաբերմունքը շրջապատի նկատմամբ և ունի անհատական հոգեբանական որոշակի հատկություններ:

Անձ ասելով՝ առաջին հերթին նկատի են ունենում մարդու սոցիալական էությունը: Առանց հասարակության մարդը չի կարող դառնալ անձ: Այսինքն՝ ստացվում է, որ մարդուն ստեղծում է բնությունը, իսկ որպես անձ՝ ձևավորում է հասարակությունը: Այլ կերպ ասած, լինել անձ (կամ դառնալ անձնավորություն) նշանակում է՝

ա) զբաղեցնել որոշակի միջմարդկային բարոյական դիրք,

բ) բավարար չափով գիտակցել այդ դիրքը և նրա համար պատասխանատվություն կրել,

գ) այն սեփական արարքներով հաստատել ամբողջ կյանքի ընթացքում:

3. Մարդը՝ որպես անհատականություն: Երբ ասում են անհատականություն, նկատի ունեն անձի յուրօրինակությունը: Սովորաբար անհատականություն ասելով՝ մատնանշում են անձի հիմնական հատկանիշները, որոնք նրան առանձնացնում են մյուսներից: Ցանկացած մարդ անհատականություն է, սակայն ոմանց դեպքում այն վառ է արտահայտված:

Անհատականությունը կարող է դրսևորվել ինտելեկտուալ, հուզական, կամային ոլորտներում, նաև նշված բոլոր ոլորտներում միաժամանակ: Անհատականությունը անձին բնութագրում է ավելի հստակ և մանրամասն, այսինքն՝ ավելի ամբողջական: Անանը նշում էր, որ անհատականությունը մարդու զարգացման նոր, ավելի բարձր մակարդակ է: Ենթադրվում է, որ անհատականությունը այն մարդն է, որը ներդաշնակ է անհատի / հոգեֆիզիոլոգիական և նեյրոհոգեբանական կողմերը/ և անձի /սոցիալական-հոգեբանական կողմը/ մակարդակներում:

Անհատականության զարգացման և ձևավորման ընթացքում մեծ նշանակություն է տրվում անձնային գործոններին:

1. Առաջինը կոչվում է **ստեղծագործական** բնորոշման գործոն: Կյանքի ամեն մի պահի մարդը զբաղված է՝ որոշակի խնդիրներ լուծելով, որն էլ իր հերթին միշտ պահանջում է ստեղծագործական մոտեցում:

2. Երկրորդը **ազատություն** գործոնն է, որն ունի 2 ենթամաս՝

ա) ազատ լինել ինչ-որ սահմաններից, արգելքներից, մասնակի ազատություն (հաճախ բացասական բնույթ ունի), օրինակ՝ եթե ուսանողը ազատ է լինում դասից, չի նշանակում, որ նրա անձը ամբողջովին ազատ է,

բ) ընդհանրապես և միշտ ազատ լինել (հաճախ դրական է), որը հաճախ դիտարկվում է որպես ներքին ազատություն /տե՛ս Ֆրոմի տեսությունը/:

3. **Հավատի** գործոնը կարևոր նախապայման է նոր նախագծեր իրագործելու, մեծ նպատակներ իրականացնելու համար:

4. **Մերը** այլ մարդու նկատմամբ որոշակի վերաբերմունք է որպես արժեք, որը չի կարելի փոխանակել, վաճառել: Մերը ճանապարհ է ուրիշներին և սեփական եսը ճանաչելու⁷ համար: Մարդկանց մեծամասնության համար կարևոր խնդիր է ոչ թե սիրելը, այլ սիրված լինելը:

Ակնհայտ է, որ ըստ էության, սերը երբեմն հասկանում ենք որպես արտաքին գեղեցկության և սեռական գրավչության միասնություն: Տարբերում են սիրո հետևյալ տեսակները.

ա) **մայրական /հայրական/** սեր,

բ) **եղբոր /քրոջ/** սեր,

գ) **էրոտիկ սեր**, որտեղ կա նախապատվություն⁸,

դ) սեր **սեփական ես-ի** նկատմամբ, որը չի կարելի շփոթել էգոիզմի հետ,

ե) սեր **Աստծո** նկատմամբ:

5) **Պատասխանատվություն** այն բանի նկատմամբ, որ կյանքը անցավոր է, ընդհատվող է: Կյանքի անցավոր լինելու հանգամանքը առաջ է քաշում նաև կյանքի իմաստի հարցը: Իմաստը սահմանելու համար հարկավոր է դուրս գալ նրա սահմաններից: Կյանքի իմաստը մեծ չափով պայմանավորված է մահվան իմաստով: Առաջին անգամ դեռևս դեռահասության շրջանում երեխան սկսում է խորհել մահվան շուրջ: Առանց այդ խնդիրը լուծելու հնարավոր չէ նորմալ ապրել, քանի որ մահը միշտ ցնցում է մարդկային եսը:

Փորձենք ընդհանրացնել անձի գործնական սահմանումը:

Լինել անձ (կամ դառնալ անձնավորություն) նշանակում է՝

ա) զբաղեցնել որոշակի միջմարդկային բարոյական դիրք,

բ) բավարար չափով գիտակցել այդ դիրքը և նրա համար պատասխանատվություն կրել,

գ) այն սեփական արարքներով հաստատել ամբողջ կյանքի ընթացքում:

Անձի հոգեբանական կառուցվածքը

Ինչպես արդեն նշել ենք, մարդու բնույթը հասարակական է: Ուրեմն՝ մարդը անձնավորություն է դառնում իր հասարակական զարգացման որոշակի աստիճաններում: Սակայն բացի արտաքին ազդակներից, անձնավորության հոգեբանական կառուցվածքում կարևոր են ընդունակությունները, խառնվածքը և բնավորությունը:

Ռուբինշտեյնը ընդհանրացնում է անձի ուսումնասիրության խնդիրը՝ ըստ 3 հարցերի.

1) Ի՞նչ է ուզում մարդը (պահանջումք, հետաքրքրություն, արժեքներ, իդեալներ):

⁷ «Հնարավոր չէ ճանաչել ուրիշին առանց նրան սիրելու», - Վ. Ֆրանկլ:

⁸ «էրոտիկ սերը երկու մարդկանց մենակությունը հաղթահարելու զգացումն է», - Է. Ֆրոմ:

2) Ի՞նչ կարող է անել մարդը (խնդիրներ, ընդունակություններ, տաղանդ):

3) Ո՞վ է նա (խառնվածքը և բնավորությունը):

Անձը օժտված է նաև մի շարք մակարդակներով.

1) Անձնային-իմաստային մակարդակ, որով պայմանավորված են որոշակի կենսական խնդիրներ, կյանքի իմաստը, աշխարհընկալումը...

2) Անհատական-հոգեբանական (հրականացման) մակարդակ. սա ինքնադրսևորման մակարդակն է, որը ներառում է նաև կոնկրետ մակարդակներ:

3) Հոգեֆիզիոլոգիական մակարդակ, որը պայմանական է, քանի որ մարդու մարմնի ջերմության 2-3° փոփոխությունն անգամ ներգործում է անձի վրա:

Խառնվածք

Մարդկության պատմության ընթացքում փիլիսոփաները, մանկավարժները, հոգեբանները, առնչվելով մարդկային բազմազանության և բարդության հետ, փորձել են առանձնացնել որոշակի տիպեր՝ անձը բնութագրելու համար: Առաջարկվել են տարբեր դասակարգումներ, որոնց մի մասը հիմնվում էր տեսական, իսկ մյուս մասը՝ փորձնական ենթադրությունների վրա: Հայտնի են նաև տիպերի այլ մեկնաբանություններ, որոնք շեշտը դնում են կենսաբանական գործոնների վրա կամ ամեն ինչի պատճառը տեսնում են վաղ մանկության շրջանի փորձառության մեջ: Չնայած տարբեր են մոտեցումները, սակայն յուրաքանչյուրը նշում է այն սահմանները, որոնց մեջ է անհատը: Տեսակները միշտ կազմվում են անձնային առանձին որակների ամբողջությունից և պետք է օժտված լինեն որոշակի հաստատունությամբ: Օրինակ՝ ավտորիտար անձնավորությունը իր դրսևորումներով հասարակության համար միշտ խնդրահարույց է եղել: Ավտորիտարության առավել աչքի ընկած ձևերից է քաղաքական դիկտատուրան (բռնադատումը):

Մարդու վարքի առանձնահատկությունները պայմանավորված են ինչպես նրա ներքին դրդապատճառներով (գիտակցված՝ հետաքրքրությամբ, համոզումներով, ձգտումներով, չգիտակցված՝ դիրքորոշմամբ, հակումներով), այնպես էլ արտաքին գործոններով: Սակայն մարդու ակտիվության վրա էական ազդեցություն են ունենում նաև խառնվածքի և բնավորության առանձնահատկությունները:

Այսպիսով, խառնվածքը մարդու անհատական առանձնահատկությունների ամբողջությունն է, որը պայմանավորում է նրա հոգեկան գործունեությունը և վարքի դինամիկան:

Խառնվածքով է պայմանավորված հոգեկանի գործունեության բնույթը.

1. հոգեկան գործընթացների ծագման արագությունը (օրինակ՝ ըմբռնման արագությունը, ուշադրության կենտրոնացման երկարատևությունը, մտքի արագությունը),

2. հոգեկան գործընթացների տեմպը և ռիթմը,

3. հոգեկան գործընթացների ինտենսիվությունը (օրինակ՝ հույզերի ուժը, կամքի ակտիվությունը),

4. հոգեկան գործունեության ուղղվածությունը որոշակի օբյեկտի վրա (օրինակ՝ մարդու մշտական ձգտումը նոր մարդկանց հետ շփվելու, նոր տպավորություններ ստանալու՝ էքստրավերտություն, կամ էլ մարդու ուղղվածությունը դեպի իր ներսը, իր գաղափարները և պատկերները ինտրովերտություն): Դինամիկ առանձնահատկություններին են վերաբերում հոգեկան գործընթացների և վիճակների ինտենսիվությունը, արագությունը, ռիթմը...

Խառնվածքի համար խիստ կարևոր են ակտիվությունը և հուզականությունը:

Ակտիվությունն արտահայտվում է գործունեության տարբեր ձևերում սեփական եսը դրսևորելու ձգտումով, ինչպես նաև հոգեկան գործընթացների տարբեր արագությամբ և ուժով:

Խառնվածքի առաջին տեսության հիմնադիրը Հին Հունաստանի հռչակավոր բժիշկ Հիպոկրատն է (մ.թ.ա. 5-րդ դարի սկզբին): Փորձելով բացատրել մարդկանց միջև վարքի դինամիկ առանձնահատկությունների տարբերությունները՝ նա առաջ քաշեց մի տեսակետ, ըստ որի՝ յուրաքանչյուր մարդու օրգանիզմում գոյություն ունեն չորս տեսակի հեղուկների որոշակի քանակական

հարաբերակցություն: Այդ հեղուկներն են արյունը (լատ.՝ սանգվիս), ավիշը (հուն.՝ ֆլեգմա), լեղին (հուն.՝ խոլե) և սև լեղին (հուն.՝ մելան խոլե), որից և հետագայում առաջացան խառնվածքի 4 տիպերի անվանումները՝ սանգվինիկ, խոլերիկ, մելանխոլիկ, ֆլեգմատիկ:

Սանգվինիկ. ունի ուժեղ, հավասարակշռված, շարժուն նյարդային համակարգ: Ապրումների արտաքին դրսևորումները ցայտուն են՝ լավ արտահայտված միմիկայով: Շարժումները եռանդուն են, սակայն անհրաժեշտության դեպքում կարողանում է դրանք լավ զսպել: Ապրումները ներքին էությամբ խոր և տևական չեն, սակայն վառ են և հարուստ: Բնորոշ է արագ և թեթև անցում տարաբևեռ ապրումների՝ լացից ծիծաղ և ծիծաղից լաց: Նրան հետաքրքրում է ամենից առաջ այն, ինչ իրեն հաճելի է: Իրեն հետաքրքրող գործը կատարում է մեծ եռանդով այնքան ժամանակ, քանի դեռ այդ հետաքրքրությունը պահպանվում է: Հեշտությամբ և արագորեն ծանոթանում է, բարեկամանում, մտերմանում, սակայն մեծ մասամբ այդ փոխհարաբերությունները մակերեսային են, անցողիկ: «Փոփոխականությունն ու անկայունությունը հատուկ են սանգվինիկին», - շեշտել է Պավլովը:

Խոլերիկ. ուժեղ, անհավասարակշռված, շարժուն տիպ է: Ապրումների արտաքին դրսևորումները շատ վառ են, հարուստ է թե՛ միմիկան և թե՛ պանտոմիմիկան: Ներքին էությամբ այդ ապրումները խորն են, թեպետ մեծ մասամբ աղեկվատ չեն: Հետաքրքրություններին բնորոշ է սերտ կապը զգացմունքների հետ: Խոլերիկին դժվար է համոզել, հետ բերել իր որոշումից: Ոգևորվում է շատ առաջ՝ իր ոգևորությամբ վարակելով ուրիշներին: Նրանից սպասելի են ծայրահեղություններ՝ բուռն ոգևորության դրսևորումներ, բռնկումներ, նույնիսկ աֆեկտ: Նա ակտիվ է, եռանդուն, կրքոտ, մոլի, տաքարյուն, դյուրաբորբոք: «Բացահայտ մարտական տիպ է, անհանգիստ, հեշտ և արագ գրգռվող»։ Պավլովը:

Ֆլեգմատիկ. ուժեղ, հավասարակշռված, իներտ: Արտաքուստ խիստ տարբերվում է սանգվինիկից, սակայն շատ ընդհանուր բան կա նրանց միջև, քանի որ երկուսն էլ հավասարակշռված և ուժեղ նյարդային համակարգ ունեն: Ֆլեգմատիկ խառնվածքի տեր մարդու ապրումների արտաքին դրսևորումները ցայտուն չեն և ազատ են ծայրահեղություններից: Նրա շարժումները զսպված են, չափված-ձևված, դանդաղ, սակայն ոչ ալարկոտ: Վերջինս, սակայն, մեծ մասամբ արտաքնապես չի արտահայտվում: Ապրումները աչքի չեն ընկնում իրենց ներքին էությամբ, խոր և տևական բնույթով: Հետաքրքրությունները խոր են և հաստատուն: Ծանոթների և մանավանդ բարեկամների ընտրությունը կատարվում է դժվարությամբ, առանց շտապելու: Սակայն ընտրությունից հետո այդ կապը շատ հաստատուն է լինում: Անտարբերություն. ահա ֆլեգմատիկին բնորոշ գիծը, որը շեշտել է Պավլովը:

Մելանխոլիկ. ի տարբերություն նախորդ երեք տիպերի, որոնք ուժեղ տիպեր են, մելանխոլիկը թույլ տիպ է: Ապրումների արտաքին դրսևորումն արտահայտում է նրա ներքին անհանգստությունը: Ներքին էությամբ այդ արտահայտվածությունները տագնապալից բովանդակություններ ունեն: Աշխատում է աննկատ մնալ նույնիսկ այն ժամանակ, երբ լավ գործի հեղինակ է: Դա համեստություն չէ, այլ այս խառնվածքին բնորոշ աննկատ մնալու միտում: Հետաքրքրությունները բազմակողմանի չեն, ոչ էլ հարուստ: Նեղացկոտ է, անվճռական: Խուսափում է շփվել այլ մարդկանց հետ: «Մելանխոլիկը ոչնչի չի հավատում, ոչնչի վրա հույս չի դնում, ամեն ինչի մեջ տեսնում է և սպասում միայն վատը, վտանգավորը», - գրել է Պավլովը: Նա նշել է, որ ամենից հաճախ հանդիպում են մելանխոլիկները, հետո խոլերիկները, ամենից քիչ ֆլեգմատիկները:

Խառնվածքի ուսումնասիրման պատմության մեջ փոփոխվում էր նրա ֆիզիոլոգիական հիմքերի հասկացությունը՝ սկսած հումորալ համակարգի աշխատանքից, արյան մեջ հորմոնների քանակությունից (լատ.humor -հյուր, խոնավություն): XIX դարի վերջում սկսեցին ձևավորվել կառուցվածքային (կոնստիտուցիոնալ) տեսությունները: Մարդու մարմնի կառուցվածքային տիպերի և հոգեբանական տիպի միջև կապերի հետևողական հետազոտությամբ առաջինը զբաղվել է գերմանացի հայտնի հոգեբույժ Կրեչմերը, ապա այն զարգացվեց ամերիկացի հոգեբան Շելդոնի հետազոտություններում, Կ.Միգոյի աշխատանքներում (օրինակ՝ խառնվածքի տիպերը ըստ Միգոյի՝ A - շնչառական, Բ - մարտողական, Թ - մկանային, Թ - ուղեղային):

Պավլովը նշում էր, որ խառնվածքի հիմքում բարձրագույն նյարդային համակարգի տիպն է՝

1. գրգռման և արգելակման գործընթացի ուժը, որը պայմանավորված է նյարդային բջիջների աշխատունակությամբ,
2. նյարդային համակարգի հավասարակշռությունը, այսինքն՝ գրգռման ուժի համապատասխանության աստիճանը արգելակման ուժին (նրանց հաշվեկշիռը),
3. նյարդային պրոցեսների շարժունակությունը, գրգռումից արգելակման փոփոխման արագությունը:

Այսպիսով, Պավլովը խառնվածքի տիպերը բնութագրում էր հետևյալ կերպ.

- ուժեղ, հավասարակշռված, շարժուն՝ սանգվինիկ,
- ուժեղ, հավասարակշռված, իներտ՝ ֆլեգմատիկ,
- ուժեղ, անհավասարակշռված, շարժուն՝ խոլերիկ,
- թույլ, անհավասարակշռված, իներտ՝ մելանխոլիկ,

Բացի խառնվածքի չորս տիպերից, Պավլովն առանձնացրել է նաև երկու տիպ՝ գեղարվեստական և մտածող: Այստեղ ևս մաքուր տարբերակներ չեն լինում, մարդկանց մեծամասնությունը պատկանում է խառը (միջին) տիպին:

Անձի տիպերն ըստ Կրեչմերի

Մարդու մարմնի կառուցվածքային տիպի և հոգեբանական տիպերի միջև կապերի հետևողական հետազոտությամբ առաջինը զբաղվել է գերմանացի հոգեբույժ և հոգեբան Է.Կրեչմերը: Նա առանձնացրել է մարմնի երեք հիմնական տիպեր՝ ասթենիկ, ատլետիկ, պիկնիկ:

Ասթենիկ (հուն. astenos – թույլ) տիպն ունի միջին կամ բարձր հասակ, նիհար է, նրբակազմ: Դեմքը երկարավուն է, երկար ու նուրբ քիթ ունի, ուսերը նեղ են, կուրծքը՝ ներս ընկած, ոտքերը՝ երկար և նիհար: Մաշկը չոր է և գունատ: Ասթենիկ տիպին համապատասխանում է շիզոֆրենիա խառնվածքը: Նրանք ունեն մեկուսանալու հակում, համառ են, դժվարությամբ են հարմարվում սոցիալական իրականությանը, հաճախ էլ ունենում են ադապտացիայի լուրջ դժվարություններ, կոնֆլիկտներ:

Աթլետիկ (հուն. athlon– պայքար, կռիվ) տիպն ունի ուժեղ զարգացած կմախք և մկաններ, միջին կամ բարձր հասակ, լայն ուսեր, նեղ կոնքեր, գեղեցիկ և համաչափ կառուցվածք: Նրանց բնորոշ է հիքստոթիմիկ խառնվածքը՝ զուսպ դիմախաղ և ժեստեր: Մտածողությունն աչքի չի ընկնում ճկունությամբ: Մանրախնդիր են: Ըստ Կրեչմերի՝ աթլետիկ տիպը համապատասխանում է էպիլեպսիայով հիվանդի նկարագրին:

Պիկնիկ (հուն. pykos– գեր) տիպն ունի թույլ զարգացած մկաններ, ուսերն ու վերջույթները կլորավուն են: Հիմնականում միջահասակ են, լայն դեմքով, ունեն գիրանալու հակում: Այս տիպի անձինք շփվող են, բարեհոգի, սիրալիր, կենսախիղ: Համապատասխանում է ցիկլոթիմությունը: Նրանց հույզերը տատանվում են ուրախության և տխրության միջև: Կրեչմերը նկատեց, որ մանիակալ-դեպրեսիվ պսիխոզով մարդը ցածրահասակ է, գեր և ունի տակառածն կուրծք, որն էլ համապատասխանում է պիկնիկ տիպին:

Կրեչմերն ընդհանրացրեց այս դասակարգումը հոգեպես առողջ մարդկանց համար՝ հաստատելով, որ գոյություն ունեն հստակորեն արտահայտված բարդություններ, որոնք կենսաբանորեն կապված են մարմնի կազմվածքի հետ: Ասթենիկ տիպի մարդը ամաչկոտ է, զգայուն, մի կողմ քաշված, ինքն իր հետ մնալուն հակված:

Այս տեսությունը հիմք դրեց մարմնի կազմվածքի և անձի կառուցվածքի միջև առկա կապի ուսումնասիրությանը: Հայտնի են նաև ինտրովերտ և էքստրավերտ տիպերը, որ առաջադրել է Կ. Յունգը (1923): **Ինտրովերտը** բնութագրվում է որպես սուբյեկտիվ կողմնորոշված, առավելապես երևակայությամբ և ներքին կյանքով հետաքրքրված, զգայուն և իդեալական հայացքներով օժտված մարդ: **Էքստրավերտը** դեպի դուրս կողմնորոշված, առավելապես օբյեկտիվ աշխարհով հետաքրքրված, սոցիալական է և պրակտիկ:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ինտրովերտ-էքստրավերտ բաժանումը փոքր-ինչ արհեստական է, քանի որ հնարավոր չէ առանձնացնել մաքուր տիպեր: Համենայն դեպս այսպիսին է ներկայիս գիտական մոտեցումը, և այս կարծիքին է Կ. Յունգը. «Յուրաքանչյուր անհատ օժտված է թե՛ ինտրովերտիայի և թե՛ էքստրավերտիայի մեխանիզմներով և միայն հարաբերականորեն է անջատում

մեկը մյուսից: Հետևաբար չեն կարող գոյություն ունենալ մաքուր տիպեր, քանի որ մի մեխանիզմը չի կարող լինել այն աստիճան գերիշխող, որ ամբողջովին արտամղի մյուսին»:

Հետագայում կատարված ուսումնասիրությունները (Գիլֆորդ, 1940) հնարավորություն տվեցին առանձնացնելու հետևյալ հինգ անկախ բաղադրիչները՝

ա) սոցիալական ինտրովերսիա, բ) մտային ինտրովերսիա, գ) դեպրեսիա, դ) տրամադրության անկման հակում, ե) անհոգություն:

Մյուս կողմից Այզենկը ավելացրեց կայունություն-ոչ կայունություն բնորոշումը (որ հիմնականում արտացոլում էր աղապտացիայի աստիճանը): Օրինակ՝ ինտրովերտ և ոչ կայուն անհատը օժտված է հիվանդագին ամաչկոտությամբ, իսկ ոչ կայուն էքստրավերտը հակված է դեպի կոնֆլիկտը (բախում) և ավերածությունը:

Օլպորտի կարծիքով «ամեն մի դասակարգում առանձնացնում է անձի ամբողջական կառուցվածքի ինչ-որ հատված և այդ հատվածին առանձնահատուկ նշանակություն վերագրում...»: Մնում է ավելացնել, որ յուրաքանչյուր մարդ ինչ-որ բանով նման է բոլորին, ինչ-որ բանով նման է մի քանիսին և ինչ-որ բանով ոչ ոքի նման չէ: Հետևաբար որևէ տիպին պատկանելը միշտ կարող է հարաբերական բնույթ ունենալ: Այս է պատճառը, որ, սահմաններ դնելով տիպերի բնորոշման հարցում, սահմանումները միշտ էլ քննադատվել են:

Ժամանակակից ուսումնասիրություններում տիպերը դիտվում են որպես անհատների խմբեր, որոնք միավորված են մի քանի անընդհատ փոփոխվող չափանիշներով:

Կառուցվածքային այլընտրանքը Կելլիի կողմից առաջադրված անձի հասկացության վերաբերյալ ընդհանուր մատեցումն է, որի համաձայն՝ ոչ մի տեսակետ առավելություն չունի մյուսների նկատմամբ, անհրաժեշտ է մոտեցումների բազմազանություն, քանի որ նրանցից յուրաքանչյուրը նոր ինֆորմացիա է տալիս և հնարավորություն է ստեղծում ավելի մոտենալու «անձի» հասկացությանը:

Խառնվածքի և գենի փոխկապակցվածությունը

Հայտնի է, որ D4DR գենը, որը տեղակայված է 11-րդ քրոմոսոմում և հաճախ անվանվում է անձի քրոմոսոմ (Մարկ Ռիդլի⁹), ազդում է խառնվածքի վրա: D4DR գենը ազդում է միջնորդանյութ դոպամինի վրա, որն էլ կարգավորում է մարդու վարքագիծը և հուզական ոլորտը: Ըստ նույն աղբյուրի՝ էքստրովերտները ունեն ավելի երկար D4DR գեն, և նրանք պակաս զգայուն են միջնորդանյութ դոպամինի նկատմամբ: Նրանց անընդհատ պետք են նոր, ուժգին տպավորություններ և սուր զգացողություններ, որպեսզի նրանց օրգանիզմը արտադրի ավելի շատ դոպամին:

Ի տարբերություն էքստրովերտների՝ ինտրովերտների մոտ D4DR գենը կարճ է, և նրանք բավական զգայուն են դոպամինի նկատմամբ: Քանի որ նրանք հանգիստ գործունեությունից ստանում են բավարար դոպամին, նրանց պետք չէ այդքան «ջանք թափել»:

Խառնվածքի հուզական տիպերը

Ժամանակակից մոտեցումները ընդհանրացնում են խառնվածքի հուզական տիպեր, որոնցից 5 առավել տարածվածներն են՝ դիսֆորիկ, ցիկլոիդ, հիպերթիմ, դյուրագրգիռ, տագնապային:

Դիսֆորիկը չի սիրում մեծ փոփոխություններ, սովորաբար զիջող է, ինքն իրեն մեղադրում է այնպիսի հարցերում, որոնք ուրիշների համար կարևոր չեն, ուրիշների կարիքները սեփական կարիքներից բարձր է դասում, հեշտությամբ կարող է խոցվել քննադատության կամ մերժվելու պատճառով: Նոր մարդկանց հետ հանդիպելիս ունենում է շփման դժվարություն:

⁹ հղումը ըստ Մ. Օ. Լեյնի գրքի (տես գրականության ցանկում)

Ցիկլոդի տրամադրությունը, էներգիան և մտածելու կարողությունը հաճախ փոփոխվում են առանց պատճառի: Երբեմն ինքնավստահ է, երբեմն չափից ավելի անինքնավստահ, կարող է լինել շփվող և մեկուսացած, ուրախ և տխուր: Սիրում է արտառոց արարքներով աչքի ընկնել, երազում է այնպիսի բաների մասին, որոնց հասնելը հնարավոր չէ:

Հիպերթիմը ուրախ և բարձր տրամադրությամբ անձ է, սիրում է վայելել կյանքը, լավատես է, ինքնավստահ, միշտ պատրաստ է գործելու, միաժամանակ շատ գործեր կարող է նախաձեռնել, հանգիստ շփվում է նույնիսկ անձանոթ մարդկանց հետ և միշտ շրջապատված է մարդկանցով:

Դյուրագրգիռը էությամբ դժգոհ մարդ է, հեշտությամբ է բորբոքվում, երբեմն բարկությունը այնքան մեծ է, որ կարող է ձեռքն ընկածը շարտել, ջարդել, նույնիսկ հարվածել մարդկանց: Թերահավատ մարդ է, խանդոտ՝ սիրած էակի նկատմամբ:

Տագնապային անձին անսպասելի ձայները հեշտությամբ կարող են վախեցնել, անընդհատ համակված է վախով, որ շուտով վատ լուր պետք է ստանա իր համար կարևոր մարդկանց վերաբերյալ: Տագնապայնությունն արտահայտվում է մարմնական ոլորտում՝ մարսողական խանգարումներ, աղիքային գալարումներ, փորլուծություն, սրտխառնոց, հաճախամիզություն, գլխացավ և այլն:

Խտունվածքի /հիմնական/ չափանիշները

1. Պայմանավորված չէ գործունեության և վարքի բովանդակությամբ, այսինքն՝ արտացոլում է գործունեության և վարքի ձևական /ֆորմա/ կողմը, անկախ է իմաստից, դրդապատճառից, նպատակից և այլն:
2. Բնութագրում է դինամիկ/էներգետիկ/ լարվածության չափը և մարդու վերաբերմունքը աշխարհին, մարդկանց, ինքն իրեն, գործունեությանը:
3. Համամարդկային է և դրսևորվում է մարդու գործունեության և կենսագործունեության բոլոր ոլորտներում:
4. Արտահայտվում է վաղ մանկությունից:
5. Կայուն է մարդու կյանքի երկարատև ժամանակահատվածում:
6. Խիստ փոխկապակցված է նյարդային համակարգի և կենսաբանական այլ ենթահամակարգերի հատկանիշների հետ:
7. Ժառանգական է:

Խտունվածքի դրսևորման հիմնական ձևերը և դրանց ցուցանիշները

Ընդհանուր ակտիվություն

Ցուցանիշներն ու դրանց բնութագրերն են՝

1. ներգրավվողականություն - արագությունը, որով սուբյեկտը հանձն է առնում ցանկացած գործունեություն,
2. նախաձեռնողականություն - որոշակի ժամանակահատվածում սուբյեկտի նախաձեռնությունների, առաջարկությունների, մտքերի քանակը,
3. հոգեկան գործընթացների արագություն՝ ա/ հակազդման արագությունը, որը դրսևորվում է հարցերին և նկատողություններին տրվող պատասխանների և ռեակցիաների արագության մեջ. բ/ մտավոր գործընթացների արագությունը՝ հնարամտությունը, ուշադրության տեղափոխման արագությունը, հիշողության և այլնի արագությունը:

Հուզականություն

Ցուցանիշներն ու դրանց բնութագրերն են՝

1. տպավորվող - հուզական գրգռում առաջացնող հուզական գրգռիչի ուժի աստիճանը,
2. հուզական շարժունություն- հուզական հակազդումների առաջացման, դադարի, փոփոխման արագությունը,
3. իմպուլսիվություն – արագությունը, որով հույզերը դառնում են վարք առաջացնող ուժ:

Գրականություն

1. Նալչաջյան Ա.Ա., (1991). *Ընդհանուր հոգեբանության հիմունքներ*: Ուսումնական ձեռնարկ, Լույս, Երևան
2. Марти Ольсен Лэйни , (2013). *Преимущества интровертов*. Пер. с англ., Манн, Иванов и Фербер
3. Хьелл Л., Зиглер Д. (2001). *Теории Личности: Основные положения, исследования и применение*. Изд. Питер, СПб.

16. Բնավորություն

Խառնվածքի հիման վրա, բայց դաստիարակության որոշիչ ազդեցությամբ ձևավորվում է մարդու բնավորությունը:

Բնավորությունն անձի էական հատկանիշների ամբողջությունն է, որը բնութագրում է մարդու վերաբերմունքը շրջապատող աշխարհի նկատմամբ և դրսևորվում նրա վարքում, արարքներում: Դա ոչ թե տվյալ մարդու առանձին հատկանիշների պարզ գումարն է, այլ ընդհանրությունը: «Բնավորություն» բառի լատիներենը տարբերակը «խարակտերն» է, որ բառացի նշանակում է հատկանիշ, նշան, առանձնահատկություն: Բնավորությունը որոշակի վերաբերմունք է, որն ամրապնդվում է վարքի սովորական դարձած ձևերում: Երբ մենք ասում ենք, որ տվյալ մարդն ունի այսպիսի բնավորություն, ապա նկատի ունենք իրականության նկատմամբ նրա հարաբերությունների համակարգը և միաժամանակ ամրապնդված, սովորական դարձած նրա վարքը որոշակի իրադրության մեջ, որի միջոցով էլ իրականանում են այդ հարաբերությունները: Բնավորությունը պայմանավորված է անձի խառնվածքով և ընդունակություններով:

Ամբողջությամբ վերցրած՝ բնավորությունը չի ժառանգվում և բնածին չէ, այն անձի համար կայուն և անփոփոխ չէ: Այն ձևավորվում և զարգանում է շրջապատող միջավայրի, կենսափորձի, դաստիարակության ազդեցությամբ, այսինքն՝ պայմանավորված է հասարակական, պատմական և անհատական գործոններով: Բնավորությունը դրդապատճառների (մոտիվների) համակարգի հետ միասին կանխորոշում է անձի ուղղվածությունը և հոգեկան կերտվածքը, իր հետքն է թողնում գործունեության և այլ մարդկանց հետ ունեցած փոխհարաբերության վրա:

Յուրաքանչյուր մարդ, բացի իրեն հատուկ առանձնահատկություններից, օժտված է այնպիսի կողմերով և հատկություններով, որոնք արտահայտվում են նրա գործունեության և փոխհարաբերությունների մեջ և բնութագրում են նրա անձը: Այս առանձնահատկությունների ամբողջությունն է, որ կոչվում է բնավորություն:

Բնավորությունն անձի ընդհանուր հատկությունն է, որոշակի գծերի ամբողջություն, որոնցում առավել ընդգծված է նրա ինքնատիպությունը:

Մարդու փոխհարաբերությունների մեջ ձևավորվում և արտահայտվում են անհատական-հոգեբանական զանազան առանձնահատկություններ: Դրանց մի մասը ոչ էական է, մյուսները կարող են լինել կարճատև (օր. դանդաղաշարժությունը հիվանդությունից հետո): Երրորդ խումբը (օրինակ՝ մեխանիկական վատ հիշողությունը) կարող է չանդրադառնալ շրջապատի հետ ունեցած փոխհարաբերություններին:

Ընդհանուր գծերի մեծ մասն անմիջականորեն կապված է այս կամ այն չափով դրսևորվող հոգեկան գործընթացների հետ: Այդպիսիք են ուշադրությունը, ցրվածությունը, դիտողականությունը, քննադատությունը, դանդաղկոտությունը, ճարպկությունը, վախկոտությունը, սկզբունքայնությունը

Բնավորության գծերը անձը բնութագրող հատկություններ են, սակայն անձի հատկանիշները միայն այն դեպքում են դառնում բնավորության գծեր, եթե նրանք առավել ընդգծված են:

Յուրաքանչյուր մարդու մեջ խիստ մեծ է առանձին բնութագրիչ գծերի թիվը: Օրինակ՝ միևնույն բնավորության գիծը կարող է ունենալ բազմաթիվ երանգներ: Այս ամենից բացի, պետք է նշել, որ բնավորության կարևորագույն և բնորոշող մասը կամային որակն է: Հաճախ ենք հանդիպում «մեծ կամքի տեր մարդ», «ուժեղ բնավորության տեր մարդ» արտահայտություններին: Այնուամենայնիվ կամքն ու բնավորությունը չեն նույնանում: Կամքը կապված է բնավորության վառ արտահայտվածության, ամրության և սկզբունքայնության հետ:

Մարդու բնավորության մեջ միշտ կան գծեր, որոնք արտահայտում են նրա ունեցած կյանքի ինքնատիպությունը:

Ինքնուրույնությունը նույնպես դարձել է բնավորության գիծ, բայց չի նշանակում, որ մարդը լրիվ ազատ է այլ օրինակներից:

Բնավորության ձևավորումը հնարավոր չէ միմիայն դաստիարակչական օրենքների, հրամանների միջոցով: Բնական է հաշվի առնել կյանքի օբյեկտիվ պայմանները:

Չէ՞ որ բնավորությունը ի ծնե տրված չէ մարդուն, այլ ձևավորվում և ձևափոխվում է ողջ կյանքի ընթացքում:

ա/ Բնավորության հատկանիշները

Ընդհանուր / գլոբալ/

Ազդում են վարքային դրսևորումների լայն ոլորտի վրա /Շմելյով և համահեղինակներ/՝

- ինքնավստահություն կամ անվստահություն,
- համաձայնություն, ընկերասիրություն կամ թշնամանք,
- գիտակցականություն կամ իմպուլսիվություն,
- հուզական կայունություն կամ տագնապայնություն,
- ինտելեկտուալ ճկունություն կամ ռիզիդություն:

Մասնավոր /տեղային/՝

- շփվողություն կամ ինքնամփոփություն,
- գերիշխողություն կամ ենթարկվողություն,
- լավատեսություն կամ հուսահատություն,
- գթասրտություն կամ անգթասրտություն,
- վստահություն կամ կասկածամտություն,
- ինքնուրույնություն կամ հարմարվողություն,
- ինքնավերահսկում կամ իմպուլսիվություն,
- գործնական ակտիվություն կամ պասիվություն,
- խաղաղասիրություն կամ ագրեսիվություն,
- նրբանկատություն կամ կոպտություն,
- համարձակություն կամ զգուշություն,
- ճկունություն կամ ռիզիդություն և այլն:

բ/ Բնավորության գծերը

Բնավորության գծերը դրսևորվում են ինքն իր, ուրիշների, աշխատանքի /գործունեության/, հանրային և անձնական սեփականության նկատմամբ մարդու վերաբերմունքով:

- ❖ **Ինքն իր նկատմամբ վերաբերմունքի գծերն են**
- պահանջկոտությունը,
- ինքնաքննադատությունը,
- ինքնասիրությունը,
- համեստությունը,
- ինքնավստահությունը:
- ❖ **Ուրիշների նկատմամբ վերաբերմունքի գծերն են՝**

- ինդիվիդուալիզմը կամ կոլեկտիվիզմը,
- էգոիզմը (էսասիրությունը) կամ ալտրուիզմը (այլասիրությունը),
- դաժանությունը կամ բարությունը,
- անտարբերությունը կամ նրբանկատությունը,
- կոպտությունը կամ քաղաքավարությունը:
- ❖ **Գործի հանդեպ վերաբերմունքի գծերն են՝**
- կազմակերպվածությունը կամ անկազմակերպությունը,
- ծուլությունը կամ աշխատասիրությունը,
- կոկիկությունը կամ թափթփվածությունը,
- նախաձեռնողականությունը կամ պասիվությունը,
- պատասխանատվությունը կամ անպատասխանատվությունը:
- ❖ **Սեփականության հանդեպ վերաբերմունքի գծերն են՝**
- կոկիկությունը,
- զգուշությունը,
- տնտեսումը,
- թափթփվածությունը,
- ազահությունը և այլն:

Բնավորության շեշտվածություն

«Բնավորության շեշտվածություն» (ակցենտուացիա) հասկացությունը հոգեբանության մեջ մտցրել է XX դարի գերմանացի ակննավոր հոգեբույժ Կարլ Լեոնհարդը: Ըստ նրա՝ անհատի մեջ որևէ անձնային գիծ կարող է արտահայտված լինել այս կամ այն չափով, ուստի, ըստ յուրաքանչյուր գծի, մարդիկ ունեն անհատական տարբերություններ: Ըստ հոգեկան գծերից յուրաքանչյուրի՝ մարդկանց կարելի է բաշխել պայմանական առանցքի վրա, որում բաշխումը գրեթե միշտ նորմալ է՝ Գաուսյան. այսինքն՝ առանցքի ձախ և աջ ծայրամասերում քիչ թվով մարդիկ են ընկած, իսկ հիմնական զանգվածը զբաղեցնում է միջին կամ միջինին մոտ դիրքեր: Օրինակ՝

մաքրասիրություն

բծախնդրություն

թափթփվածություն

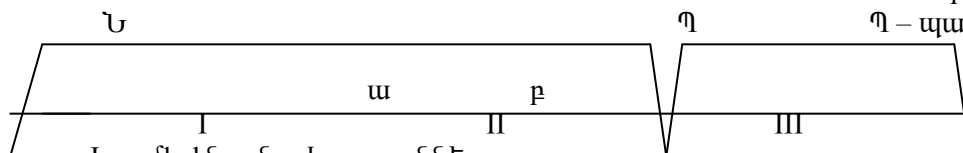
Սակայն լինում են դեպքեր, երբ անհատի բնավորության այս կամ այն գիծը չափազանց արտահայտված է դառնում: Նման դեպքերում ասում են, որ անձն ունի բնավորության որոշակի գծի շեշտվածություն կամ ընդգծվածություն (ակցենտուացիա):

Բնավորության շեշտվածություն նշանակում է բնավորության առանձին գծերի կամ դրանց համադրությունների չափազանց ընդգծված արտահայտվածությունը, որը նորմայի ծայրահեղ տարբերակ է՝ սահմանակցելով փսիխոպաթիաներին: Եթե բնավորության որևէ գիծ դառնում է ընդգծված ու առաջատար, ապա մյուս գծերն ու դրանց կապերը ևս որոշակի փոփոխություններ են ունենում: Արդյունքում ստացվում են անձնային, բնավորության տիպեր: Դրանք անվանում են բնավորության ընդգծված տիպեր:

Բնավորության արտահայտվածության աստիճանի առանցք.

Ն - նորմա

Պ - պաթոլոգիա



I - «միջին» բնավորություններ

II - բնավորության շեշտվածություններ՝ ա) թաքնված (քողարկված), բ) բացահայտ

III – պսիխոպաթիա

Անդրադառնալով բնավորության նորմայի և պաթոլոգիայի տարբերություններին՝ նշենք, որ բնավորության պաթոլոգիայի կամ պսիխոպաթիաների (հուն. թարգմ.՝ հոգեկան տառապանք) ախտորոշումը հիմնվում է ռուս գիտնականներ Պ. Բ. Գաննուշկինի և Օ.Վ. Կեբրիկովի առաջարկած մի քանի չափանիշների վրա: Գաննուշկինը նշում է, որ պսիխոպաթիան բնավորության այնպիսի անոմալիա է, որը «որոշում է անձի ամբողջ հոգեկան դիմագիծը՝ իր գերիշխող դրոշմը դնելով նրա ողջ հոգեկան կառույցի վրա», «կյանքի ընթացքում չի կրում որևէ կտրուկ փոփոխություն» և «խանգարում է հարմարվել շրջակա միջավայրին»: Այս երեք չափանիշները Կեբրիկովի կողմից սահմանվել են որպես բնավորության ախտաբանական գծերի տոտալություն, հարաբերական կայունություն և դրանց արտահայտվածության այնպիսի աստիճան, որ խախտում է սոցիալական հարմարվողականությունը:

Բնավորության շեշտվածություններ, ըստ Կ. Լեոնհարդի, առկա են մարդկանց 20-50%-ի շրջանում: Շեշտվածությունները ենթադրում են անձի խոցելիություն, բայց այդ խոցելիությունը դրսևորվում է ոչ թե բոլոր, այլ միայն որոշակի հոգետրավմատիկ ազդեցությունների նկատմամբ: Շեշտվածություն ունեցող անձը պահպանում է ամբողջական հոգեկան կայունությունն այնքան ժամանակ, մինչև հանդիպում է որոշակի յուրատիպ ներգործությունների, որոնք ուղղված են, այսպես կոչված, անձի «ամենաթույլ դիմադրության տեղին»: Բնավորության շեշտվածությունները կարող են ազդել հոգեծին խանգարումների, նկրոզների, պսիխոզների զարգացման վրա, բայց ոչ մի դեպքում չենք կարող դրանք նույնացնել որևէ հոգեկան ախտաբանության հետ:

Կարլ Լեոնհարդը «Շեշտավորված անձինք» աշխատության առաջին մասում մանրամասն ներկայացնում է շեշտվածություն ունեցող անձանց հոգեբանական և կլինիկական առանձնահատկությունները, իսկ երկրորդ մասում փորձում է հիմնավորել իր առաջադրած դրույթները՝ բնութագրական վերլուծություն կատարելով երեսունից ավելի դասական գրողների երկերում գործող հերոսների վերաբերյալ (Տոլստոյ, Դոստոևսկի, Գոգոլ, Շեքսպիր, Սերվանտես, Բալզակ, Գյոթե, Ստենդալ և այլն):

Բնավորության շեշտվածությունների դինամիկայի մասին

Բնավորության շեշտվածությունների դեպքում կարելի է առանձնացնել դինամիկ փոփոխությունների երկու հիմնական խմբեր: Առաջին խումբը տեղաշարժվող (տրանզիտոր) փոփոխություններն են: Դրանցից առաջնային են սուր աֆեկտիվ ռեակցիաները.

- Ինտրապոնիտիվ ռեակցիաներ. աֆեկտի դրսևորումներն են՝ ինքնագրեսիայի ճանապարհով վնասելով սեփական անձը, մեծ արժեք ունեցող անձնական իրերը (սենզիտիվ, էպիլեպտոիդ տիպի շեշտվածություններ):

- Էքստրապոնիտիվ ռեակցիաներ՝ աֆեկտի լիցքաթափումը՝ ագրեսիան ուղղելով ուրիշների վրա (հիպերտիմ, լաբիլ և էպիլեպտոիդ):

- Իմունիտիվ ռեակցիաներ՝ փախուստ աֆեկտածին իրավիճակից, չնայած այդ փախուստը ոչ թե օգնում է այդ իրավիճակը ուղղելուն, այլ շատ ժամանակ նույնիսկ խանգարում է (անկայուն, շիզոիդ):

- Ցուցադրական ռեակցիաներ, երբ աֆեկտը լիցքաթափվում է «թատերախաղի» միջոցով, բուռն դերային խաղարկման միջոցով, ինքնասպանության փորձի ձևացմամբ (բնորոշ է հիստերոիդ, էպիլեպտոիդ և լաբիլ շեշտվածություններին):

Դինամիկ փոփոխությունների երկրորդ խմբին են պատկանում համեմատաբար կայուն փոփոխությունները՝ «բացահայտ» շեշտվածության անցումը քողարկվածի (լատենտ): Հասունացման և փորձ ձեռք բերելու ազդեցությամբ բնավորության շեշտված գծերը հաճախ հարթվում են, փոխհատուցվում:

Լեոնհարդի կարծիքով անձի շեշտվածությունները նախևառաջ դրսևորվում են այլ մարդկանց հետ հարաբերություններում: Ուստի՝ գնահատելով շփման ոճերը կարելի է առանձնացնել շեշտվածությունների որոշակի տիպեր: Լեոնհարդի առաջարկած դասակարգման մեջ հետևյալ շեշտվածություններն են՝

1. հիպերթիմ,
2. դիսթիմ,
3. ցիկլոիդ,

4. գրգռվող,
5. խցանվող,
6. պեղանտ,
7. տազնապային,
8. էմոտիվ,
9. ցուցադրական (դեմոնստրատիվ),
10. էքզալտացված,
11. էքստրավերտ,
12. ինտրովերտ,

1. **Հիպերթիմ տիպին** հատուկ է չափազանց շփվողականությունը, խիստ արտահայտված են ժեստերը, միմիկան, պանտոմիմիկան: Այսպիսի մարդը հաճախ ինքնաբերաբար շեղվում է խոսակցության սկզբում քննարկվող թեմայից: Նա հաճախ ոչ այնքան լուրջ վերաբերմունքի պատճառով կոնֆլիկտներ է ունենում շրջապատող մարդկանց հետ աշխատանքային և ընտանեկան հարցերում: Այս տիպի մարդիկ հաճախ հենց իրենք են սկսում կոնֆլիկտը, բայց վիրավորվում են, երբ շրջապատողները նրանց նկատողություն են անում այդ առիթով: Նրանք շատ եռանդուն են, գործունյա, լավատես, նախաձեռնող, սակայն հաճախ թեթևամիտ են, հակված են հակաբարոյական արարքների, դյուրագրգիռ են, խուսափում են պատասխանատվությունից: Դժվար են ընդունում խիստ կարգապահությունը, միապաղաղ աշխատանքը, հարկադրված միայնակությունը:

2. **Դիսթիմ տիպը** բնութագրվում է ցածր շփվողականությամբ: Այս տիպի մարդիկ քախոս են, նրանցում գերիշխում է հոռետեսական տրամադրությունը: Նրանք շատ են փակվում տանը, խուսափում են աղմկոտ միջավայրից, հազվադեպ են շրջապատողների հետ մտնում կոնֆլիկտի մեջ, պարփակված կյանք են վարում: Նրանք բարձր են գնահատում այն մարդկանց, ովքեր ընկերանում են իրենց հետ, և հակված են ենթարկվելու վերջիններիս: Դիսթիմ շեշտվածությամբ մարդիկ լուրջ են, բարեխիղճ, շատ զգայուն են անարդարության նկատմամբ, բայց շատ պասիվ են, դանդաղկոտ, ճկուն չեն, հակված են ինդիվիդուալիզմի:

3. **Ցիկլոիդ տիպի** անձանց հատուկ են տրամադրության փուլային հաճախակի փոփոխություններ, որի հետևանքով նույնքան հաճախ էլ նրանցում փոխվում է շրջապատի մարդկանց հետ շփման ձևը: Այս անձանց դեպքում հուզական ապրումները խոր են, նրանք հեշտությամբ կարող են ցնծություն ապրել ցանկացած ուրախալի իրադարձությունից, իսկ տխուր իրավիճակներում խորապես վշտանալ: Բարձր տրամադրության առկայության պահին այս տիպի մարդիկ շատ շփվող են, անմիջական, իսկ ճնշված տրամադրության ժամանակ նրանք դառնում են ինքնամփոփ ու պարփակված: Հոգեկան վերելքի պահին նրանք իրենց պահում են ինչպես հիպերթիմ շեշտվածությամբ անձինք, իսկ անկման ժամանակ դիսթիմ շեշտվածությամբ անձանց են նմանվում:

4. **Գրգռվող տիպ.** տվյալ տիպի անձանց այլ մարդկանց հետ հարաբերություններում հատուկ է ցածր շփվողականություն, վերբալ և ոչ վերբալ շփման մեջ հակազդումների դանդաղություն: Հաճախ նրանք կպչուն են, մռայլ, հակված են խարդախության, կոնֆլիկտների, որոնցում իրենք են շատ ակտիվ, կամ էլ սադրում են առանց մասնակցելու: Նրանք կոլեկտիվում երկար չեն դիմանում, իսկ ընտանիքում իշխող են: Հուզական հանգիստ վիճակում այս տիպի մարդիկ բարեխիղճ են, մաքրասեր, սիրում են կենդանիներին, երեխաներին: Բայց հուզական գրգռված վիճակում նրանք շատ բարկացկոտ են, պոռթկուն, դժվար են վերահսկում իրենց վարքը:

5. **Խցանվող տիպ.** նրանց հատուկ է չափավոր շփվողականությունը, կպչունությունը, հակված են շրջապատի մարդկանց բարոյախրատական դասեր տալու, քախոս են: Կոնֆլիկտներում սովորաբար այս մարդիկ նախաձեռնողներն են, ակտիվ կողմը: Նրանց հիմնական առանձնահատկություններից է այն, որ աֆեկտիվ հոգեվիճակները նրանցում կայուն պահպանվում են հարաբերականորեն երկար ժամանակ: Խցանվող տիպը ձգտում է հասնել բարձր արդյունքների ցանկացած գործում, ունի չափազանցված պահանջներ ինքն իր անձի նկատմամբ, հատկապես զգայուն է սոցիալական անարդարության նկատմամբ, դրա հետ մեկտեղ շուտ վիրավորվող է, խոցելի, երբեմն ինքն

իր վրա չափազանց հույս դնող, պատվասեր, խանդոտ, կասկածամիտ, վրեժխնդիր, շատ բարձր պահանջներ է ունենում մտերիմների և ենթակա աշխատակիցների նկատմամբ:

6. **Պեղանտ տիպ.** այս շեշտվածությամբ անձը հազվադեպ է կոնֆլիկտ ունենում, իսկ եթե դա պատահում է, ապա նա ավելի հաճախ պասիվ կողմում է: Աշխատանքի մեջ նա իրեն պահում է բյուրոկրատի պես՝ շրջապատին ներկայացնելով շատ ձևական պահանջներ: Դրա հետ մեկտեղ նա հաճույքով զիջում է առաջնորդի դերը այլ մարդկանց: Երբեմն նա ընտանիքի անդամներին հոգնեցնում է մաքրասիրությանն ուղղված չափազանց շատ պահանջներով: Այս տիպի մարդիկ մեծ դժվարությամբ են հաղթահարում տրավմատիկ իրադարձությունները, հաղթահարման դեպքում էլ երկար ժամանակ դրանք պահում են հիշողության մեջ: Պեղանտ շեշտվածությամբ անձինք բարեխիղճ են, կոկիկ, լուրջ, գործի մեջ հուսալի են, միևնույն ժամանակ հակված են ձևականության (ֆորմալիզմ), կաչունության:

7. **Տազնապային տիպի** շեշտվածությամբ մարդիկ բնութագրվում են քիչ շփվողականությամբ, ամաչկոտությամբ, անինքնավստահությամբ, մշտական թախծոտ տրամադրությամբ: Նրանք հազվադեպ են կոնֆլիկտ սկսում շրջապատի մարդկանց հետ և կոնֆլիկտում հիմնականում պասիվ դերում են: Նրանք կոնֆլիկտային իրադրության մեջ փնտրում են աջակցություն և հենարան: Տազնապային շեշտվածությամբ անձինք հակված են վախերի, խոցելի են, ունեն տազնապայնության բարձր մակարդակ: Նրանք ունեն մի շարք դրական կողմեր՝ ընկերասիրություն, ինքնաքննադատություն, կատարողականություն: Իրենց անպաշտպանության պատճառով նրանք հաճախ հայտնվում են «քավության նոխազի» դերում կամ շրջապատի մարդկանց կատակների առարկա են դառնում:

8. **Էմոտիվ տիպ.** այս մարդիկ նախընտրում են շփման նեղ շրջանակ, որտեղ նրանց հասկանում են «կես բառից»: Այստեղ նրանք ունակ են հաստատելու կայուն հարաբերություններ: Հազվադեպ են նրանք կոնֆլիկտ նախաձեռնում, որոնցում հիմնականում պասիվ դեր են կատարում: Վերավորանքները չեն արտահայտում: Նրանց դրական կողմերից են բարությունը, ապրումակցումը, պարտքի ընդգծված զգացումը, կատարողականությունը: Նրանք նաև չափազանց զգայուն են ու երբեմն՝ լացկան:

9. **Ցուցադրական** (դեմոնստրատիվ) տիպ. շեշտվածության այս տիպի մարդիկ շատ դյուրին են շփում հաստատում այլ մարդկանց հետ, ձգտում են լիդերության, փառքի և գովեստի ծախսով ունեն: Նրանցում առկա է արտամղման մեծ կարողություն: Այս մարդիկ բարձր հարմարվողականություն են ցուցաբերում շրջապատում, շփման փափուկ ոճ ունեն և դրա հետ մեկտեղ նաև հակված են ինտրիգների: Այս շեշտվածության մարդիկ շրջապատին նյարդայնացնում են իրենց չափազանց ինքնավստահությամբ և բարձր հավակնություններով, պարբերաբար կոնֆլիկտներ են սաղորտում և դրանցում շատ ակտիվ պաշտպանվում: Նրանց դրական կողմերից են ճկունությունը, թատերականությունը, զրուցակցին զբաղեցնելու կարողությունը, մտածողության և արարքների յուրօրինակությունը: Բայց ունեն նաև վանող գծեր, ինչպես օրինակ՝ էսասիրությունը, երկերեսանիությունը, ինքնագովեստի հակումը, աշխատանքում ծուլությունը:

10. **Էքզալտացված** շեշտվածությամբ մարդիկ ունեն բարձր շփվողականություն, շատախոս են, սիրառատ: Այսպիսի մարդիկ հաճախ վիճում են, բայց գործը չեն հասցնում բաց կոնֆլիկտի, որում նրանք լինում են ինչպես ակտիվ, այնպես էլ պասիվ կողմում: Միաժամանակ այս տիպի մարդիկ կապված են իրենց մտերիմ ընկերների, հարազատների հետ և շատ ուշադիր են նրանց նկատմամբ: Նրանք այլասեր (ալտրուիստ) են, ունեն ապրումակցման բարձր ունակություն, լավ ճաշակ, ցուցաբերում են վառ և անկեղծ զգացմունքներ, բայց նաև շատ խուճապային են, գործում են՝ համաձայն տվյալ պահի տրամադրության:

11. **Էքստրավերտացված տիպ.** այս մարդիկ առանձնանում են բարձր շփվողականությամբ, ունեն ընկերների, ծանոթների մեծ շրջանակ, նրանք շատախոս են, բաց են ցանկացած ինֆորմացիայի հանդեպ, հազվադեպ են կոնֆլիկտ սկսում շրջապատող մարդկանց հետ, իսկ ընդհարվելիս պասիվ դերում են: Ընկերների, աշխատակիցների, ընտանիքի անդամների հետ շփման մեջ նրանք հաճախ ուրիշին են զիջում առաջնորդի դերը, նախընտրում են ենթարկվել և մնալ ստվերում: Նրանք ունեն այնպիսի գրավիչ հատկանիշներ, ինչպեսիք են ուշադիր լսելու ունակությունը,

պատրաստակամությունը անելու այն, ինչ խնդրում են, կատարողականությունը: Նրանց վանող կողմերից են ուրիշի ազդեցությամբ գործելը, թեթևամտությունը, չմտածված արարքները, զվարճությունների նկատմամբ մեծ կիրքը, բամբասանքներ տարածելու մեջ վարպետությունը:

12. Ինտրովերտացված տիպին, ի տարբերություն նախորդի, բնորոշ է շատ ցածր շփվողականությունը, ինքնամիտությունը, իրականությունից կտրվածությունը, փիլիսոփայելու հակվածությունը: Այսպիսի մարդիկ սիրում են միայնությունը, ընդհարվում են, երբ ուրիշներն առանց թույլտվության մտնում են իրենց անձնական կյանքի մեջ: Նրանք հաճախ ներկայանում են որպես հուզապես սառը իդեալիստներ՝ մարդկանց հետ հարաբերականորեն թույլ կապվածությամբ: Ունեն այնպիսի գրավիչ գծեր, ինչպիսիք են զսպվածությունը, հաստատուն համոզմունքների առկայությունը, սկզբունքայնությունը: Նրանք ունեն նաև վանող գծեր, ինչպես օրինակ՝ համառությունը, մտածողության ռիզիկոսությունը, սեփական գաղափարները համառորեն առաջ տանելը: Այսպիսի մարդիկ ունեն իրենց տեսակետը, որը կարող է սխալ լինել կամ կտրուկ տարբերվել մյուսների կարծիքից, բայց, դրանով հանդերձ, նրանք շարունակում են պնդել՝ ոչինչ հաշվի չառնելով:

Ավելի ուշ բնավորության գծերի դասակարգման հիման վրա շեշտվածությունների այլ դասակարգում առաջարկեց Ա. Ե. Լիչկոն: Այդ դասակարգումը հիմնված էր դեռահասների վարքը դիտարկելու արդյունքների վրա: Դեռահասների շեշտվածությունների դասակարգումը, ըստ Լիչկոյի, մասամբ համապատասխանում է Կ. Լեոնհարդի առաջարկած դասակարգմանը: Այսպիսով, Լիչկոն առանձնացնում է հետևյալ շեշտվածությունները. հիպերթիմ, որ համապատասխանում է Լեոնհարդի դասակարգման հիպերթիմ շեշտվածությանը, ցիկլոթիդ (ցիկլոթիդ), լաբիլ, ապթենոննրոտիկ, սենզիտիվ (տագնապային), պսիխասթենիկ (պեղանտ), շիզոիդ (ինտրովերտ), էպիլեպտոիդ (գրգռվող), հիստերոիդ (դեմոնստրատիվ), անկայուն, կոնֆորմ:

Կ. Լեոնհարդի տեսության հիման վրա Ա. Լիչկոն զարգացրեց բնավորության շեշտվածությունների վերաբերյալ եղած պատկերացումները՝ հավելելով նոր տերմիններ և բացատրություններ:

Ապթենոննրոտիկ տիպ

Հանդիպում է միայն բնավորության շեշտվածության տեսքով: Ախտաբանական մակարդակը դրսևորվում է մեծ մասամբ ներապթենիայի զարգացումով: Գլխավոր առանձնահատկություններն են գերհոգնածությունը, դյուրագրգիռությունը: Հատկապես շուտ է հոգնում մտավոր աշխատանքի ժամանակ և մրցակցության պայմաններում: Աֆեկտիվ (գերհուզային) բռնկումներն առաջանում են չնչին պատճառներով:

Միախառնված տիպեր

Բավականին հաճախ հանդիպում են ինչպես բնավորության շեշտվածության, այնպես էլ պսիխոպաթիաների դեպքում: Սակայն ոչ բոլոր տիպերի զուգորդություններն են հնարավոր:

Միջանկյալ տիպեր

Այս զուգորդությունները պայմանավորված են ներծին (էնդոգեն), առաջին հերթին գինետիկական գործոններով և, հնարավոր է, վաղ մանկության զարգացման առանձնահատկություններով: Դրանցից են լաբիլ-ցիկլոթիդ, կոնֆորմ-հիպերթիմ, լաբիլապթենո-նրոտիկ և սենզիտիվ զուգորդությունները: Միջանկյալ կարող են լինել նաև այնպիսի տիպեր, ինչպիսիք են շիզոիդ-սենզիտիվ, շիզոիդ-պսիխասթենիկ, շիզոիդ-էպիլեպտոիդ, շիզոիդ-հիստերոիդ, էպիլեպտոիդ-հիստերոիդ: Ներծին (էնդոգեն) օրինակափոխությունների հետևանքով է հիպերթիմ տիպի ձևափոխումը ցիկլոթիդ տիպին:

Ամալգամ տիպեր

Այս միախառնված տիպերը կարող են առաջանալ սխալ դաստիարակության կամ ուրիշ անբարենպաստ գործոնների երկարատև ազդեցությունից: Ամալգամ տիպերը ձևավորվում են որևէ տիպի բնորոշ գծերը մյուս տիպի ներծին (էնդոգեն) միջուկի վրա շերտավորվելու հետևանքով: Օրինակ՝ հիպերթիմ միջուկի վրա կարող են շերտավորվել անկայունություն և հիստերոիդ տիպերը: Լաբիլին

կարող են միանալ սենզիտիվը կամ հիստերոիդը: Դաժան փոխհարաբերությունների պայմաններում կոնֆորմ հիմքի վրա հեշտությամբ շերտավորվում է էպիլեպտիդը:

Դաստիարակություն և բնավորություն

Բնավորության գծերի ձևավորման և կայացման գործում կարևորագույն նշանակություն ունի դաստիարակման ձևը:

Վ. Յ. Գուդկինը և Վ. Ա. Գուրևան նկարագրել են բնավորության ախտաբանական գծերի զարգացմանը նպաստող դաստիարակման որոշ ձևեր.

1. **«Ընտանիքի կուռք».** այս դաստիարակման ձևն արտահայտվում է երեխայի գովաբանման, նրա մեջ բացառիկության զգացողությունն արմատավորելու մեջ, ինչպես նաև բոլոր տիպի հոգսերից, զանցանքների համար պատասխանատվությունից ազատելու մեջ, առկա է նրա յուրաքանչյուր քմահաճույք կատարելու հակում:

2. **Գերխնամակալություն.** այսպիսի դաստիարակումն ընդգրկում է մեծերի կողմից գերուշադրություն և վերահսկում, յուրաքանչյուր հարցում նրանց կարծիքի պարտադրումը, երեխայի ամեն մի քայլի կառավարումը, վտանգներից պաշտպանումը, զգուշավորության արմատավորում երեխայի մեջ:

3. **Թերխնամակալություն.** դաստիարակման այս ձևը ենթադրում է ծնողների կողմից ոչ բավարար ուշադրություն երեխայի նկատմամբ, նպատակասլաց դաստիարակման արհամարհում: Թերխնամակալության ծայրահեղ արտահայտումը ներկայացվում է *խնամագրկություն* տիպի դաստիարակմամբ:

4. **«Մոխրոտիկ».** ընդգրկում է մեծերի կողմից երեխային քնքշանքից և ուշադրությունից զրկումը, ստորացումը, հակադրումը ուրիշ երեխաներին, մշտապես երեխային արհամարհանքով վերաբերվելը, հաճույքներից զրկելը:

5. **«Ոզնե ձեռնոցներ».** այսպիսի դաստիարակման մեջ դրսևորվում է երեխային անընդհատ ծեծելու հակում, հրամայական վերաբերմունք նրա նկատմամբ, ջերմության, կարեկցանքի և խրախուսանքի բացակայություն:

6. Թվարկածների հետ մեկտեղ ամերիկացի հոգեբանների կողմից առանձնացվել է նաև **«պարադոքսալ հաղորդակցում»**-ն օգտագործող դաստիարակումը: Դրա էությունը պահանջների ներկայացման անհետևողականության հետ մեկտեղ հուզական շփման բացակայությունն է: Երեխան երկակի իրավիճակում չի կարողանում ձևավորել մեծերի կողմից խրախուսվող վարքի ձևը: Նա չի հասկանում է՝ որ արարքը համարել ճիշտ, իսկ որը՝ ոչ: Օրինակ՝ մայրը, գնելով երեխայի համար, երկու մեքենա (մեկը՝ կանաչ, մյուսը՝ կապույտ), հարցնում է, թե որն է երեխային առավել դուր գալիս: Պատասխանելով կանաչը՝ մայրը վիրավորված ասում է. «Ուրեմն կապույտը քեզ դուր չեկա՞ վ»: Այստեղ ակնհայտորեն երևում է պարադոքսալ հաղորդակցումը: Երեխայի ցանկացած պատասխան առաջացնում է մոր կողմից բացասական ռեակցիա և հանգեցնում խառնաշփոթի, որը չի նպաստում ներդաշնակ բնավորության ձևավորմանը:

	Հ	Շ	Է-Գ	Պս	Ա	Պ	Մ
«Ընտանիքի կուռք»	**						*
Գերխնամակալություն	*	*	*		**		*
Թերխնամակալություն	*	**	**		*		*
Խնամագրկություն		*	*				
«Մոխրոտիկ»					*		
«Ոզնե ձեռնոցներ»		*	**	*	*		*
«Պարադոքսալ հաղորդակցում»		**				*	*

Հ – հիստերոիդ, Շ – շիզոիդ, Է - էպիլեպտոիդ, Պս – պսիխոասթենիկ, Ա –աաթենիկ, Պ- պարանոյալ, Մ- մոզաիկ:

Հայտնի են բնավորության շեշտվածության այլ մոտեցումներ, որոնք տարբեր տեսանկյուններից փորձում են դասակարգել շեշտվածության տիպերը՝ լրացնելով մեկը մյուսին կամ երբեմն կրկնելով տիպերի նկարագրությունը տարբեր անվանումներով: Ստորև ներկայացվել է Վ. Դ Մենդելեևիչի կողմից մշակված դասակարգումը:

Հիստերոիդ տիպ: Ցուցաբերում է մեծ սեր սեփական անձի նկատմամբ: Շրջապատողների կողմից մեծ ուշադրություն, հիացմունք և կարեկցանք է պահանջում: Ձգտում է իրեն լավագույն կողմերով ներկայացնել: Բացակայում են խոր զգացմունքները, վարքում թատերականություն է նկատվում: Անընդունակ է մեծ ջանասիրության և բարձր նվաճումների, բայց հաջողության հասնելու բարձր ցուցանիշներ ունի: Հակում ունի նաև դատարկ երևակայությունների նկատմամբ: Մարդկային հարաբերություններում անկայուն է և անվստահելի:

Շիզոիդ տիպ: Բնութագրվում է ներամփոփվածությամբ և այլ մարդկանց վիճակը հասկանալու անկարողությամբ: Մարդկանց հետ նորմալ փոխհարաբերություններ կազմակերպելու գործում մեծ դժվարություններ ունի: Հաճախ է ուղևորվում իր սեփական և այլ մարդկանց համար անհասկանալի աշխարհը: Ունի ուժեղ, կայուն հետաքրքրություններ որևէ երևույթի նկատմամբ:

Էպիլեպտոիդ (գրգռված) տիպ: Հակված ընկնելու չար, թախձալի վիճակների մեջ և գրգռվածության աճին զուգահեռ՝ փնտրում է օբյեկտ՝ իր զայրույթն արտահայտելու համար: Ունի աֆեկտիվ, բռնկուն բնավորություն: Խանդոտ է, ագրեսիվ, լիդերության նկատմամբ ձգտում է ցուցաբերում, ընդ որում, խիստ կարգապահության և ենթականերին պատժելու պահանջով: Հանդես է բերում պեդանտություն, անսահման կատարողականություն, անվերապահորեն ենթարկվում է հրամաններին:

Պսիխոասթենիկ տիպ: Անվճռական է, մեծ մտավախություն ունի իր և իր բարեկամների ապագայի հանդեպ: Հակված է խոր ինքնավերլուծության և կաշուն մտքերի: Ի վիճակի չէ սեփական արարքների համար պատասխանատվություն կրելու:

Աաթենիկ տիպ: Բնութագրվում է բարձր գրգռվածությամբ, ձանձրանալու, հիպոխոնդրիայի խիստ հակվածությամբ, հատկապես իր բարոյական և կամային որակները գնահատելիս: Ներամփոփվածությունը, ամաչկոտությունը, կաշկանդվածությունը այս տիպին բնորոշ գծերից են, որոնք դրսևորվում են անձանոթ մարդկանց հետ շփվելիս: Ձգտում է լինել ինչպես բոլորը՝ սեփական պահանջումները ենթարկելով ուրիշների պահանջումներին: Շփվողականություն և անկեղծություն արտահայտում է միայն ամենամոտ մարդկանց շրջանում:

Պարանոյալ տիպ: Հակված է կասկածամտության, ինչ-որ գաղտնիքներ փնտրելուն: Շրջապատող մարդկանց վարքում միշտ փնտրում է վտանգի սպառնալիք:

Մոզաիկ (խառը) տիպ: Բնութագրվում է վերոհիշյալ տիպերի տարաբնույթ համադրությամբ կամ այլ կերպ ասած՝ խառը տիպ:

Գրականություն

1. Նալչաջյան, Ա., (1997), *Հոգեբանության հիմունքներ*, Լույս, Երևան
2. Гамезов, М.В., Домашенко, И.А., (2004). *Атлас по психологии*. Москва.
3. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т1*, Мир,Москва.
4. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т2*, Мир,Москва.
5. Кречмер, Э., (2001). *Строение тела и характер*, Москва.
6. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология*. Москва.
7. Петровский, А.В., (1997). *Введение в психологию /Изд. “Академия”*, Москва.

8. Столяренко, Л.Д., (2000). *Основы психологии* /Издание третье, переработанное и дополненное, Ростов-на-Дону.
9. Урываев, В.А., (2005). *Психология личности: Учебное пособие*, Ярославль.

17. Ընդունակությունների բնութագիրը

Ընդունակությունները մարդու անհատական հոգեբանական առանձնահատկություններն են, որոնք արտահայտվում են նրա գործունեության մեջ և հանդես գալիս որպես այդ գործունեության արդյունավետությունն ապահովող պայմաններ:

Ընդունակություններն ի ծնե պատրաստ չեն տրվում: Դրանք զարգացման արդյունք են, ձևավորվում են անձի անհատական, օնտոգենետիկական, ֆիզիոլոգիական և հոգեբանական հասունացման ընթացքում: Ընդհանուր առմամբ ընդունակությունների բնական նախադրյալներ ասելով՝ հասկանում են ուղեղի, զգայարանների և շարժողական համակարգի, այդ թվում նաև խոսքի օրգանների այն բնածին կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ առանձնահատկությունները, որոնք ընդունակությունների զարգացման հիմքում են. դրանք ընդունված է անվանել ձիրքեր: Ձիրքերը պայմանավորված են ժառանգականությամբ և հնարավորություն են տալիս զարգացնելու հոգեկան կողմերը անատոմաֆիզիոլոգիական հիմքի վրա: Ձիրքերի իրական զարգացումը պայմանավորված է շրջապատի հետ համագործակցությամբ: Անձի բարոյական կողմերը չունեն նախնական ձիրքեր, այլ ձևավորվում են դաստիարակության ընթացքում:

Ընդունակությունները դասակարգվում են ըստ տարբեր չափանիշների: Տարբերում են, օրինակ, իրական և պոտենցիալ ընդունակություններ:

Ուտենցիալ անվանում են այն ընդունակությունները, որոնց բնական նախադրյալները մարդու մեջ կան, բայց ուսուցման, վարժությունների և աշխատանքի միջոցով դեռևս չեն զարգացել և ձևավորվել:

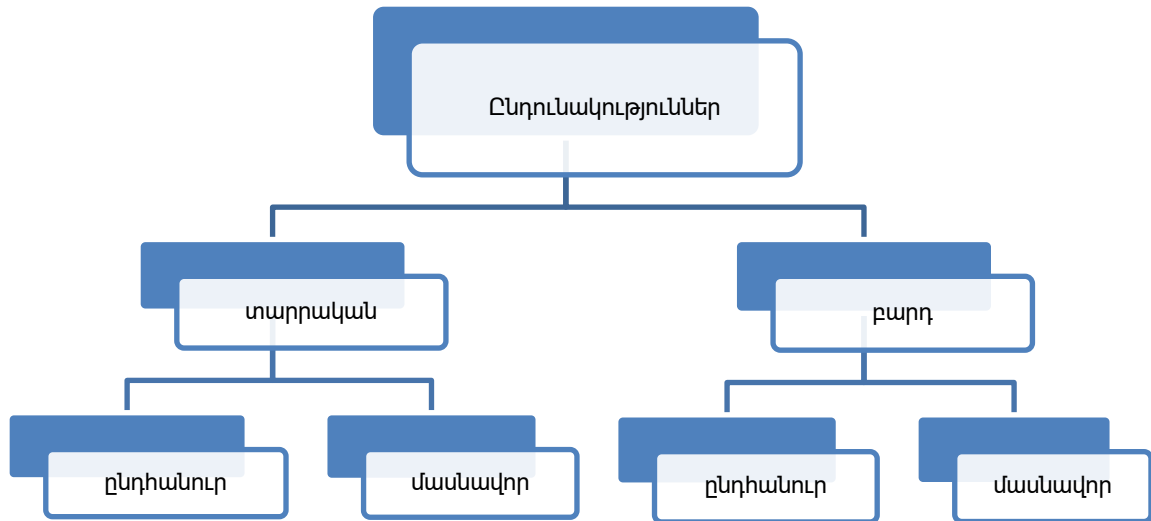
Իրական անվանում են արդեն ձևավորված ընդունակությունը, որը մարդուն թույլ է տալիս արդյունավետ գործունեություն կատարել:

Առանձնացնում են նաև ընդհանուր և հատուկ ընդունակություններ:

Ընդհանուր են կոչվում այն ընդունակությունները, որոնք ապահովում են մարդու համեմատաբար հեշտ և արդյունավետ գործունեությունը: Դրանց շնորհիվ մարդն առանց էական դժվարությունների յուրացնում է համարժեք գիտելիքներ և ունակություններ և դրանք իրականացնում գործունեության տարբեր ձևերում (մտածելու, խոսելու ընդունակություններ):

Հատուկ ընդունակություններն անձի ձևավորված և կայուն որակների այն համակարգն է, որը նրան օգնում է հասնելու բարձր արդյունավետության գործունեության որևէ բնագավառում (երաժշտական բացարձակ լսողություն):

Որոշ մասնագետների կողմից ընդունակությունները բաժանվում են 4 խմբի, որը ներկայացված է գծապատկերում.



Ընդհանուր տարրական ընդունակությունները հատուկ են բոլոր մարդկանց, թեև տարբեր աստիճաններով են արտահայտվում: Դրանց մեջ մտնում են զգալու, ըմբռնելու, մտածելու, որոշումներ ընդունելու և իրագործելու, մտապահելու ընդունակությունները:

Տարրական մասնավոր ընդունակությունները հատուկ են ոչ բոլոր մարդկանց, անձի առավել բարդ կողմեր են, օրինակ՝ երաժշտական լսողությունը:

Բարդ ընդհանուր ընդունակությունները նույնպես այս կամ այն չափով հատուկ են բոլոր մարդկանց: Դրանց են վերաբերում համամարդկային գործունեության ձևերը՝ աշխատանքը, խաղը, շփումը, գեղագիտական և բարոյական գործունեությունը:

Բարդ մասնավոր ընդունակությունները հատուկ են ոչ բոլոր մարդկանց: Դրանց են վերաբերում մասնագիտական առանձնակի, յուրահատուկ ընդունակությունները: Անընդունակ լինելը դիտվում է որպես բացասական ընդունակություն, որը նույնպես անձի որոշակի առանձնահատկություն է:

Հարկ է նշել նաև ընդունակությունների քանակական և որակական բնութագրերի մասին: Ընդունակությունների քանակական բնութագիրը (ուժը, արտահայտվածությունը, զարգացման մակարդակը և այլն) ցույց է տալիս, թե ինչ չափով են դրանք զարգացած տվյալ մարդու դեպքում՝ այլ մարդկանց համեմատությամբ: Իսկ որակական բնութագիրը ենթադրում է մարդկանց միջև տարբերությունների բացահայտում գործունեության տարբեր ոլորտներում: Որակական տարբերություններն արտահայտվում են ոչ միայն նրանում, որ մի մարդ օժտված է մի բնագավառում, մյուսը՝ մեկ այլ բնագավառում, այլ, ասենք, երաժշտական ընդունակությունները տարբեր են լինում տարբեր մարդկանց դեպքում, երկու տաղանդավոր դաշնակահարներից յուրաքանչյուրն օժտված է յուրովի:

Այսպիսով, ընդունակությունը բնածին նախադրյալների և միջավայրի պայմանների փոխներգործության արդյունք է, ընդ որում, յուրաքանչյուր ընդունակության ձևավորման ընթացքում այդ գործոններից յուրաքանչյուրի ներդրումը տարբեր կշիռ ունի:

Առանձնացնում են ընդունակությունների երկու մակարդակ՝

ա. վերարտադրողական /ռեպրոդուկտիվ/՝ գիտելիքներ ձեռք բերելու կարողություն, գործունեության տիրապետում,

բ. ստեղծագործական՝ նորի, յուրահատուկի ստեղծում:

Ինչ խոսք, մարդու ընդունակություններով են պայմանավորված գիտելիքների, ունակությունների և հմտությունների յուրացման գործընթացի արագությունը, խորությունը, կայունությունը:

Հոգեբանության մեջ ընդունակությունները ըստ զարգացման աստիճանի, դասակարգվում են հետևյալ կերպ՝

✓ **Օժտվածություն.** ընդունակությունները, յուրահատուկ միասնություն, որն ապահովում է այս կամ այն գործունեության հաջող կատարում:

✓ **Տաղանդ.** հատուկ ընդունակությունների զարգացման բարձր մակարդակ, բնութագրվում է ընդունակությունների որոշակի համախմբվածությամբ, որը մարդուն հնարավորություն է տալիս իրականացնելու արդյունավետ, ինքնուրույն և յուրօրինակ որևէ գործունեություն:

✓ **Հանձարեղություն.** ընդունակությունների բարձրագույն մակարդակ, երբ մարդու ստեղծագործական ձեռքբերումը պատմական նշանակություն է ունենում հասարակության կյանքում:

Ստեղծարարությունը (կրեատիվություն, լատ. creatio - ստեղծում) մտավոր փոխարկումներ կատարելու և ստեղծագործելու ընդունակությունն է: Ստեղծարարությունը նաև գործընթաց է՝ իրեն նախորդող, ուղեկցող և հաջորդող բնութագրիչներով, որի արդյունքում անձը կամ խումբը ստեղծում է նախկինում գոյություն չունեցող որևէ նոր բան: Ստեղծարարությունը մարդու ընդունակությունն է նոր, յուրահատուկ գաղափարներ ստեղծելու և գտնելու՝ շեղվելով մտածողության ընդունված սխեմաներից և առկա խնդիրը լուծելու ոչ ստանդարտ եղանակով: Այսինքն՝ դա խնդիրը այլ անկյան տակ տեսնելու ու դրան ինքնատիպ լուծում տալու ունակությունն է: Ստեղծարար մտածողությունը «հեղափոխական» և նորարար մտածողությունն է, որ կառուցողական բնույթ ունի: Ստեղծարարության հիմնական գործոններն են յուրօրինակությունը, սեմանտիկ (իմաստային) ճկունությունը, թերությունները և առավելությունները, չափազանցված ընկալելու ընդունակությունը, աններդաշնակության նկատմամբ ընկալունակությունը և այլն:

Ըստ Պ. Թորենսի՝ ստեղծարարության կառուցվածքի մեջ մտնում են՝ խնդրի նկատմամբ զգայունակության բարձրացումը, տվյալ իրավիճակում գիտելիքի պակասուրդը (դեֆիցիտ) կամ գիտելիքների միջև հակասականությունը, խնդրի որոշակիացումը, խնդիրը լուծելու համար վարկածի առաջադրումը, վարկածի ստուգումը (կամ փոփոխում) գործողություններ իրականացնելու միջոցով, խնդրի լուծման ձևակերպումը:

Արտասահմանցի որոշ հետազոտողներ ստեղծարարությունը կապում են անձնային գծերի հետ: Ստեղծարարությունը մտնում է օժտվածության կառուցվածքի մեջ և դրա առանձին գործոնն է: Ստեղծարարության աստիճանը կարելի է որոշել թեստային և հարցարանային մի շարք մեթոդներով, կիսատ թողնված պատկերների կամ պատմությունների մեթոդիկաներով:

Անձի հոգեբանության, բնավորության թեմաների գործնականի օրինակ տե՛ս հավելված 8-ում, հավելված 9-ում:

Գրականություն

1. Гамезов, М.В., Домашенко, И.А., (2004). *Атлас по психологии*. Москва.
2. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т1*, Мир, Москва.
3. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология /Т2*, Мир, Москва.
4. Кречмер, Э., (2001). *Строение тела и характер*, Москва.
5. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология*. Москва.
6. Петровский, А.В., (1997). *Введение в психологию /Изд. “Академия”*, Москва.
7. Столяренко, Л.Д., (2000). *Основы психологии /Издание третье, переработанное и дополненное*, Ростов-на-Дону.
8. Урываев, В.А., (2005). *Психология личности: Учебное пособие*, Ярославль.

18. Անձի տեսություններ

Դասական հոգեվերլուծություն

Պատմական ակնարկ

Հոգեվերլուծությունը 1890-ական թթ. հիմնադրել է Ջիզմունդ Ֆրոյդը: Նա ավստրիացի գիտնական է, նյարդաբան: Հոգեվերլուծության գաղափարը Ֆրոյդը առաջադրել է, այդ ժամանակաշրջանի

տերմիններով ասած, ներտոյի կամ հիստերիկ խանգարում ունեցող հիվանդների հետ աշխատելիս: Նա նկատեց, որ այս հիվանդների հետ կատարվում են հոգեկան երևույթներ, որոնք չեն գիտակցվում նրանց կողմից: Այսպիսով, 1895թ. հրատարակվեց Ֆրոյդի առաջին աշխատանքը Իոսիֆ Բրեյերի համահեղինակությամբ, որը կոչվում էր «Հիստերիայի մասին ակնարկ»»: Այնուհետև Բրեյերը սկսեց աշխատել հայտնի հիվանդ «Աննա Օ.-ի» հետ, աշխատանքը շարունակեց Ֆրոյդը: Այս հիվանդի հետ աշխատանքի արդյունքում սկիզբ դրվեց հոգեվերլուծությանը և, այսպես կոչված, «խոսքով բուժմանը»»: Հետագա հետազոտությունները Ֆրոյդը շարունակեց մենակ 1899թ. հրատարակելով իր ամենահայտնի և աղմուկ բարձրացրած աշխատանքը՝ «Երագատեսությունների մեկնաբանությունը», որում նա շարադրեց հոգեվերլուծության հիմնական գաղափարները: Հոգեվերլուծությունը զարգացման ընթացքում լուրջ փոփոխությունների է ենթարկվել առաջին հերթին հենց Ֆրոյդի կողմից: Նրա առաջին տեսությունը մղումների տեսությունն է: Նա առանձնացնում է երկու մղումներ կամ բնագոյներ: Դրանք են սեռական մղումները և Ես-ի բնագոյները: Սեռական մղումները կոչվում են libido (լիբիդո): Ես-ի բնագոյները ինքնապահպանման բնագոյներ են, որոնք Ֆրոյդը անվանել է «հետաքրքրություններ»»: Մարդու բնավորությունը, որը ձևավորվում է հոգեսեռական զարգացման փուլերի հիման վրա, նույնպես կապված է լիբիդոյի հետ, մինչդեռ Ես-ի բնագոյները, երկար ժամանակ անբացատրելի էին հոգեվերլուծության համար: Սակայն շուտով նկատվեցին երևույթներ, որոնց բացատրությունն անհնար կլիներ առանց Ես-ի բնագոյների: Ես-ը ձևավորվում է ծնողների, շրջապատող կենդանի աշխարհի հետ նույնականացման արդյունքում: Վիտելը՝ Ֆրոյդի աշակերտներից մեկը, լիբիդոյի այս ընթացքը համեմատում է մեղվի հետ. լիբիդոն դուրս է գալիս արտաքին աշխարհ, գրավում է այն և հայթայթած «նեկտարով» վերադառնում է և վերածվում Ես-ի:

Հետագայում իր կյանքի վերջին տարիներին Ֆրոյդը առաջ քաշեց բնագոյների նոր տեսություն, որի համաձայն՝ հոգեկանի հիմնական երկու ուժերը կամ բնագոյները մահվան և կյանքի բնագոյներն են՝ էրոսը /լիբիդո էներգիայով/ և թանաթոսը /դեստրուկտ էներգիայով/: 1920 թ. Ֆրոյդը հրատարակեց «Հաճույքի սկզբունքից այն կողմ» աշխատանքում, որում խոսում է մահվան բնագոյի մասին: Կյանքի և մահվան բնագոյները հակադիր բևեռներ են, միաժամանակ չի կարելի ենթադրել մեկի գոյությունը առանց մյուսի: Հետագայում այս գաղափարը զարգացրին Ֆրոյդի աշակերտները: «Թանաթոս» տերմինը առաջին անգամ օգտագործեց Վիլիելմ Շտեկելը և մշակեց մահվան բնագոյի էներգիայի /մորթիդո/ տեսությունը: Այնուհետև Մեննինգերը սկսեց հետազոտել այս երևույթը վարքի տարբեր ինքնակործանարար դրսևորումներում, մասնավորապես ինքնասպանության տարբեր տեսակներում: Այսպիսով, մարդու հոգեկան կառուցվածքը հոգեվերլուծության մեջ ձևավորվել է նշված տեսությունների հիման վրա:

Իր տեսությամբ Ֆրոյդը հեղաշրջում կատարեց հոգեբանության մեջ: Նա գիտական աշխարհի ուշադրությունն ուղղեց այնպիսի կարևոր երևույթների վրա, ինչպիսիք են անգիտակցականը, մանկության դերը մեծահասակի կյանքում, երագատեսությունները, ախտանիշների նշանակությունը և այլն: Նրա տեսության հիման վրա զարգացան կարևոր դպրոցներ՝ ինքնության հոգեբանությունը, օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանությունը, էգո հոգեբանությունը և հոգեվերլուծական բազմաթիվ այլ ուղղություններ:

Հոգեկանի կառուցվածքը

Ֆրոյդը առանձնացնում էր հոգեկանի երկու մոդելներ՝ տոպիկական /տարածական/ և դինամիկ:

Ըստ հոգեկանի տոպիկական մոդելի՝ գոյություն ունեն հոգեկան երեք շերտեր՝ գիտակցական, ենթագիտակցական և անգիտակցական: **Գիտակցականը** տվյալ պահին մարդու շրջապատող աշխարհի ընկալումն է, այն ինֆորմացիան, որ հիշվում է, ակտիվ է տվյալ պահին, մտքերը, հիշողությունները, որոնց մասին գիտի մարդը: **Ենթագիտակցականը** տվյալ պահին ոչ ակտիվ հիշողությունն է, գիտելիքները, ինֆորմացիան, որ հասանելի է գիտակցությանը գիտակցականի և անգիտակցականի միջև միջանկյալ շերտը: **Անգիտակցականը** հոգեկան այն ոլորտն է, որտեղ մեր բնագոյներն են, իրացիոնալ ցանկությունները, անցանկալի հուշերը, մանկության տրավմաները, վախերը և այլն: Ֆրոյդը առանձնացնում էր անգիտակցականի երկու տեսակ՝ լատենտ, որը հետագայում վերանվանեց

ենթագիտակցական, և արտամղված անգիտակցական, որի ինֆորմացիան անհասանելի է գիտակցությանը: Ֆրոյդը նշում էր, որ անգիտակցականը ակտիվ դինամիկ էրևույթ է, որի ազդեցությունը մարդու վարքի վրա շատ ավելին է, քան թվում է: Անգիտակցականն ունի ներքին տրամաբանություն և պատճառականություն: Անգիտակցական դաշտում պրոցեսները կատարվում են ժամանակից դուրս, այնտեղ չկան հակասություններ: «Տոտեմ և տաբու» աշխատանքում Ֆրոյդը անգիտակցականը դիտարկում է և՛ օնտոգենետիկ, և՛ ֆիլոգենետիկ տեսանկյունից: Նա համեմատում է արխաիկ մարդու և ժամանակակից ներոտիկի հոգեկանը՝ որպես անգիտակցականի իշխանությանը ենթակա: Նա գրում է, որ մարդն ունի «անգիտակցական կորիզ», «արխաիկ ժառանգություն», որը մինչ այժմ մեծ ազդեցություն ունի ժամանակակից մարդու վրա:

Ըստ հոգեկանի դինամիկ մոդելի՝ մարդն ունի երեք կառույցներ՝ id /այն/, ego /ես/, super-ego/գեր-ես/: Մարդը զարգացման ընթացքում, կարելի է ասել, լինում է իդ, հետագայում դառնում է էգո, իսկ սուպեր - էգոն ձևավորվում է վերջինը:

Իդ կամ Այն

Ֆրոյդը այս կառույցը անվանել է Այն, քանի որ այն չունի դեր, սեռ կամ մարդկային բնույթ: Այնը մարդու բնագոյային, անկառավարելի մղումներով կողմն է: Այնը առաջնորդվում է հաճույքի սկզբունքով, չի ճանաչում ոչ մի արգելքներ: Այնի մղումը բնագոյային պահանջները բավարարելն է: Մինչև երեք տարեկանը մարդը Իդի իշխանության տակ է: Սա բնագոյային մակարդակն է, որը հոգեկան ապրումների և գործունեության հիմքն է: Այս ոլորտում կատարվող գործընթացները ի վերջո կազմակերպում են անձի ողջ գործունեությունը, ապրումները, վարքագիծը, պահանջումները և հակումները: Այնը ենթարկվում է բավարարության սկզբունքին՝ ոչ մի տեղեկություն չունի իրականության և հասարակության մասին: Այնի ողջ բովանդակությունն անգիտակցական է, դրա համար էլ այն դիտվում է որպես հոգեկանի ամենացածր, բայց նաև խոր ենթակառուցվածք: Այնի մեջ են նաև անզայելի սեռական և ագրեսիվ հակումները: Այնի պահանջները պետք է բավարարվեն Ես-ի կողմից:

Էգո կամ Ես

Ես-ն առաջնորդվում է իրականության սկզբունքներով՝ ստեղծելով միջավայրին և նրա պահանջներին համապատասխան հարմարվողական (ադապտիվ) մեխանիզմներ: Ես-ը միջնորդ է միջավայրից բխող ազդակների և օրգանիզմի բնագոյային պահանջումների միջև: Ես-ի ֆունկցիաներից են ինքնապաշտպանությունը, սպառնացող ազդեցություններից խուսափելը, նա-ից եկող բնագոյային պահանջումների վերահսկումը: Ես-ը համապատասխանում է հոգեկանի գիտակցական մակարդակին, այսինքն՝ ընդգրկում է գիտակցված պահանջները, ցանկությունները, վերաբերմունքը, որոնց հիմքում ընկած են նա-ն կամ նա-ից եկող գրգիռները: Ես-ը առողջ բանականության, խելամտության մարմնավորումն է մարդու մեջ, նրա ներաշխարհի ներկայացուցիչը արտաքին աշխարհում: Առաջնորդվում է իրականության սկզբունքով: Էգոյի մասին Ֆրոյդը գրում է. «Ես-ը Այնից հիմնականում տարբերվում է նրանով, որ ձգտում է իր բովանդակության սինթեզին, իր հոգեկան գործընթացների ընդհանրացմանն ու միասնականացմանը, որը բացարձակապես բացակայում է Այնի դեպքում»: Ֆրոյդը կարևորում է Էգոյի սինթետիկ ֆունկցիան: Դրա մեջ են մտնում հիմնական երեք ենթաֆունկցիաները՝

1. հարմարումը արտաքին աշխարհին,
2. Իդի և Սուպեր - Էգոյի միջև կոնֆլիկտի լուծումը,
3. Իդի և արտաքին աշխարհի միջև կոնֆլիկտի լուծումը:

Տարածված է այն կարծիքը, որ Էգոյի ձևավորումը սկսվում է վաղ տարիքում, սակայն այն ի հայտ է գալիս երեք տարեկանում:

Սուպեր էգո /Գերես/

Առանձնահատուկ նշանակություն է տրվում Գերեսին, որը ծառայում է որպես բարոյական և կրոնական հայացքների աղբյուր և ղեկավարվում է կամ վերահսկվում «ցենզորի», «ներքին դատավորի» կողմից: Եթե նա-ն կանխորոշված է գենտիկական ծրագրերով, իսկ Ես-ը անհատական փորձի արդյունքն է, ապա Գերեսը այլ մարդկանց ազդեցության արդյունքն է: Այն ծագում է վաղ մանկության հասակում (ըստ Ֆրոյդի՝ կապված է Էդիպյան բարդույթի հետ) և պայմանավորված է երեխայի՝ հոր հետիդենտիֆիկացիայի մեխանիզմով: Գերեսը ծնողների ինտերիորիզացիան է: Էգոն ձևավորում է Մուպեր էգո: Այս կառույցը վերահսկիչ միջակայք է: Մուպեր էգոն և Իդը մշտական հակասության և կոնֆլիկտի մեջ են:

Հիմնական հասկացությունները

Լիբիդո

«Լիբիդո» տերմինը օգտագործում է սեռական էներգիան նկարագրելու համար: Սեռականություն ասելով՝ Ֆրոյդը հասկանում էր ստեղծող մղում՝ սկսած բազմացումից մինչև արվեստի գլուխգործոցներ, գիտական գյուտեր: Լիբիդոն օժտված է որոշակի հատկանիշներով: Այն էներգիա է, որըը ենթադրում է շարժ: Այն կարող է մի ձևից փոխարկվել մյուսի: Լիբիդոյի այս հատկանիշը կոչվում է *սուբլիմացիա*: Առանձնանալով սեռական օբյեկտից՝ այն ծավալում է նոր գործունեություն՝ սկսած ինչ-որ հավաքածուներ կազմելուց մինչև արվեստի գլուխգործոցները: Ստացում է, որ չկա մարդկային գործունեության մի ոլորտ, որը կապված չլինի լիբիդոյի հետ: Այս հայտնագործությամբ Ֆրոյդը դուրս է գալիս սեռականության նեղ շրջանակներից:

Նարցիսիզմ կամ նարցիզականություն

Ֆրոյդը առանձնացնում էր «առաջնային նարցիսիզմ» և «երկրորդային նարցիսիզմ հասկացությունները»: Առաջնային նարցիսիզմը մարդու մինչէգոյական վիճակն է, երբ մարդը ինքն իրեն ընկալում է որպես ամբողջություն արտաքին աշխարհի հետ, նա դեռ չի տարբերում իրեն օբյեկտից: Այս վիճակը Ֆրոյդը անվանեց օվկիանյան զգացում: Երկրորդային նարցիսիզմը ձգտումն է օվկիանյան զգացմանը, այն դրսևորվում է քնի, հոգնածության, սիրահարվածության, մեկանխուլիայի դեպքում, երբ կարծես ձգտում կա ես-ի սահմանները ջնջելու և ամբողջանալու օբյեկտի հետ:

Ֆրոստրացիա, ֆիքսացիա, ռեգրեսիա

Այս երեք երևույթները խիստ փոխկապակցված են: Ֆրոյդը նշում էր, որ ամեն անգամ, երբ խոչընդոտ է առաջանում բնագոյային պահանջումները բավարարելիս, կամ անհնար է ցանկության իրականացումը, մարդը ենթարկվում է ֆրոստրացիայի: Մտնելով մեծահասակների աշխարհ, սոցիալական նորմերի դաշտ՝ մարդը ենթարկվում է բազմաթիվ ֆրոստրացիաների, որի հետևանքով նա կարծես սևեռվում է ցանկության, իրավիճակի, անգամ դեպքի վայրի վրա, և այս սևեռումների հետևանքով կատարվում է ռեգրեսիա դեպի տրավմա կամ տարիքը /զարգացման փուլը/՝ ախտանիշների և վարքաձևերի դրսևորումով:

Էդիպյան բարդույթ

Էդիպյան բարդույթն առաջանում է, երբ երեխայի լիբիդոն ուղղորդվում է դեպի հակառակ սեռի ծնողը, և առաջանում են թշնամական զգացումներ նույն սեռի ծնողի նկատմամբ: Երեխան կարծես ցանկանում է զբաղեցնել նույն սեռի ծնողի տեղը և անհաջողության մատնվելով՝ առաջանում է բարդույթը: Այս վիճակին բնորոշ է զգացումների ամբիվալենտությունը, երեխան և՛ սիրում է, և՛ ատում է նույն սեռի ծնողին: Ենթադրվում է, որ Էդիպյան բարդույթի լուծումը նույնականացումն է նույն սեռի ծնողի հետ, որի միջոցով երեխան ընդունում է իր սեռական դերը:

Հոգեսեռական զարգացման փուլերը

Ֆրոյդն առանձնացնում է զարգացման 5 փուլեր, որոնք անվանում է հոգեսեռական, քանի որ հոգեկան զարգացումը կապում է սեռական էներգիայի՝ լիբիդոյի և սեփական մարմինը ճանաչելու հետ: Ըստ նրա՝ ամեն մի փուլ ունի իր էրոգեն գոտին, այսինքն՝ մարմնի այն հատվածը, որը երեխան ճանաչում է այդ պահին և ինչից ստանում է բավարարում: Հոգեսեռական զարգացումը նկարագրելիս նա

առաջ է քաշում «աուտոէրոտիզմի» հասկացությունը, որը նշանակում է լիբիդոյի ուղղվածությունը սեփական մարմնին: Ֆրոյդը նաև, ելնելով փուլերի սևեռումներից, առանձնացնում էր անձի տիպերը:

1. Օրալ կամ օրալային փուլ

Տևողությունը՝ 0-18 ամսական,

էրոզեն գոտին՝ բերանը, շուրթերը, լեզուն, կոկորդը:

Բնորոշվում է մայրական կրծքին կապվածությամբ, ամբողջականության օվկիանյան զգացումով, էգոյի բացակայությամբ: Այս փուլով պայմանավորված՝ Ֆրոյդն առանձնացնում էր երկու տիպի սևեռում՝ օրալային պասիվ և օրալային ագրեսիվ տիպեր: Օրալային պասիվ տիպը գերխնամքի արդյունք է: Այս մեծահասակները սթրեսային իրավիճակներում օգնություն և հենարան են փնտրում, նրանք ցանկանում են անընդհատ խրախուսանք ստանալ: Օրալային ագրեսիվ ֆիքսացիան պայմանավորված է այս փուլի երկրորդ հաստվածով, երբ ծկթում են երեխայի ատամները: Այս տիպի մարդիկ հակված են շահագործելու ուրիշներին: Ձգտում են ցույց տալ իրենց գերազանցությունը և ագրեսիվ կերպով պահանջում են իրենց կարիքների բավարարում: Ֆրոյդը նշում էր, որ հետագայում ծխելը, ոգելից խմիչքների չարաշահումը, շատակերությունն ու բերանի միջոցով բավարարվածությունն ստանալու այլ ձևերը կապված են մանուկ հասակում (օրալ շրջանում) լիբիդոյի անբավարարվածության հետ:

2. Անալ կամ անալային փուլ

Տևողությունը՝ 1,5-3 տարեկան,

էրոզեն գոտին՝ հետանցքը:

Այս փուլի կենտրոնական գործողությունը դեֆեկացիայի (կղման) պրոցեսն է: Բնորոշվում է սեփական կղանքի հանդեպ հետաքրքրասիրությամբ: Կարևորվում է դաստիարակությունը և վարժեցումը մարքասիրությանը: Հիմնականում հանդիպում են երեխաներին վարժեցնելու ծնողական երկու մոտեցումներ: Առավել վնասակար է այն մոտեցումը, երբ ծնողը երեխային ստիպում է կառավարել դեֆեկացիայի պրոցեսը, օրինակ՝ կարող են հրամայել, որ գնա զուգարան կամ շտապեցնել: Այս դեպքում ձևավորվում է անալային պահող տիպը: Նման մեծահասակները պեղանտիկ են, ժլատ, ճշտապահ: Նրանց համար խիստ դժվար է հանդուրժել թափափվածությունը, անորոշությունը: Երկրորդը տիպը անալային տիպն է, որը ձևավորվում է ծնողների չափազանց խստության դեպքում: Այս մարդիկ հակված են կործանարարության, իմպուլսիվ են: Միրային հարաբերություններում դիմացինին դիտարկում են որպես սեփականության:

3. Ֆալիկ կամ ֆալոսային փուլ

Տևողությունը՝ 3-6 տարեկան,

էրոզեն գոտին՝ սեռական օրգանները:

Այս փուլում երեխաների շրջանում ի հայտ է գալիս ինքնաբավարարման երևույթը /մաստուրացիա/: Նաև երեխայի սեռական էներգիան առաջին անգամ ուղղորդվում է դիմացինի վրա, որը բնորոշվում է էգիպյան բարդույթի առաջացմամբ, օբյեկտի ճանաչմամբ և էգոյի ի հայտ գալով: Տղաների շրջանում այս փուլում առաջանում է հակում դեպի մայրը և մրցակցություն կամ ատելություն դեպի հայրը, միաժամանակ տղան զգում է իր ցածր դիրքը հոր նկատմամբ: Տղան իր երևակայությունների համար ենթագիտակցաբար վախենում է հոր վրեժից կամ պատժից, ու առաջանում է կաստրացիայի վախը, որը երեխային ստիպում է հրաժարվել իր ցանկություններից: Աղջկա դեպքում այս փուլն առանձնանում է «առնանդամի հանդեպ նախանձի» երևույթով: Աղջիկը առնանդամի բացակայությունը ընկալում է որպես արատ և մեղադրում է մորը այդ հարցում: Սակայն ձգտելով գրավել հորը՝ նա նույնականանում է մոր հետ: Այս փուլի սևեռման դեպքում Ֆրոյդի կարծիքով տղամարդկանց շրջանում ձևավորվում է հաջողության հասնելու մեծ ձգտում, նրանք կանանց հետ լինում են չափազանց համարձակ և համառ: Կանայք, որոնք ունենում են ֆալիկ ֆիքսացիա, հակված են լինում չափազանց սեթևեթանքի, տղամարդկանց գայթակղելու: Ֆրոյդը շատ ներտոխիկ դրսևորումներ, ինչպես նաև իմպոտենցիան և ֆրիգիդությունը կապում էր այս փուլի սևեռման հետ:

4. Լատենտ կամ գաղտնի փուլ

Տնտեսությունը՝ 6-ից մոտավորապես 12 տարեկան:

Եթե նախորդ փուլերը հաղթահարված են լինում, այսինքն՝ չեն լինում սևեռումներ, ապա այս փուլում սեռական վարքն անցնում է ընդհատակ: Երեխան կարծես կենտրոնանում է իր հասակակիցների հետ շփման և ընկերական հարաբերություններ ստեղծելու վրա: Առավել զարգանում են Էգոն և Մուպերեգոն:

5.Գենիտալ կամ գենիտալային փուլ

Տնտեսությունը սկսվում է դեռահասությունից և համարվում է վերջնական զարգացման վիճակ: Հիմնական վարքը հետաքրքրությունն է, սերը հակառակ սեռի նկատմամբ, սակայն ի տարբերություն նախորդ փուլերի՝ այն հասուն է և այլասիրական: Այս փուլում դինամիկ գործընթացները կարծես հանդարտվում են, հաշվեկշռվում: Կարելի է ասել, նախորդ բոլոր փուլերը սիթեզվում են, և մարդը դառնում է հասուն և վերջին հաշվով պատրաստ բազմանալու:

Անալիտիկ հոգեբանություն

Պատմական ակնարկ

Անալիտիկ հոգեբանության հիմնադիրը Քարլ Յունգն է՝ շվեյցարացի հոգեբույժ և գիտնական: Նա աշխատում էր Ցյուրիխի հոգեբուժարանում՝ որպես հայտնի հոգեբույժ Բլեյլերի ընթերակա: Հոգեկան հիվանդների հետ աշխատանքի ընթացքում նա ծանոթացավ Ֆրոյդի «Երագատեսությունների վերլուծություն» աշխատանքին, որից հետո սկսվեց նրանց ակտիվ նամակագրությունը: Ֆրոյդը բարձր էր գնահատում Յունգին՝ անգամ իր վաղեմի աշակերտներից նախապատվությունը տալով նրան: Յունգը եղել է Միջազգային հոգեվերլուծական ասոցիացիայի առաջին նախագահը: Այնուհետև Յունգը սկսեց տեսական տարաձայնություններ ունենալ Ֆրոյդի տեսական գաղափարների, մասնավորապես լիբիդոյի վերաբերյալ: Այս շեղումը դասական հոգեվերլուծությունից Յունգն արտահայտեց հայտնի աշխատանքներից մեկում՝ «Լիբիդոն և դրա սիմվոլները»: Բախումը հատկապես ընդգծվեց աշխատանքի երկրորդ մասի հրատարակումից հետո: 1913թ. Մյունխենում Յունգը իր շվեյցարացի գործընկերոջ՝ Մեդենի հետ ներկայացրեց «Լիբիդոն և դրա սիմվոլները» աշխատության երկրորդ մասը, որում խոսվում է մարդու ոչ միայն կենդանական, այլև աստվածային տարրի մասին: Խնդիրը այս երկու գիտնականների սկզբունքորեն տարբեր աշխարհայացքներն էին: Եթե Ֆրոյդը իր տեսությունը կառուցել էր՝ մարդու կենդանական բնույթին կարևորություն տալով, և կարծում էր, որ ցանկացած մարդկային այլ դրսևորում մարդու սոցիալիզացիայի հետևանքն է, ապա Յունգը նշում էր, որ մարդու մեջ կա ի սկզբանե բնագոյային բարձր բարոյականություն: Այնուհետև Ֆրոյդը պահանջեց Յունգից հրաժարվել հոգեվերլուծական տերմինաբանությունից և իր աշխատանքները որպես հոգեվերլուծական ներկայացնելուց: Այսպիսով, Յունգը սկսեց աշխատել իր նոր տեսության վրա և հիմնեց անալիտիկ հոգեբանությունը:

Անալիտիկ հոգեբանությունը հետագայում ստացել է հիմնական երեք ճյուղավորում՝ դասական, արքետիպային և զարգացման հոգեբանությունները, որոնց հիմնական տարբերությունը Էգոյի սահմանումն է, ինքնության դերը և թերապևտիկ շեշտադրումները: Դասական անալիտիկ հոգեբանության մեջ կենտրոնական գաղափար է «ինքնության» հասկացությունը, «արքետիպերի» հասկացությունը և ապա՝ անձի զարգացումը: Դասական դպրոցում Ես-ը դիտարկվում է որպես գիտակցական դաշտ, կապող կամուրջ գիտակցականի և անգիտակցականի միջև, այնինչ արքետիպային դպրոցում Ես-ը ընդամենը արքետիպերից մեկն է: Արքետիպային դպրոցում ընդգծվում են հենց արքետիպերը, դրանց խորհրդանիշները, այնուհետև միայն զարգացումը և այլն: Իսկ զարգացման դպրոցում ուսումնասիրում են մանկան հոգեկանը և կոլեկտիվ անգիտակցականի, արքետիպերի դերը մանկության տարիներին:

Հոգեկանի կառուցվածքը

Յունգը «Հոգու կառուցվածքը» աշխատանքում առանձնացնում է «հոգու» երեք հիմնական աստիճաններ՝ գիտակցական, անհատական անգիտակցական, կոլեկտիվ անգիտակցական: Իրականում

իր տարբեր աշխատություններում Յունգը տալիս է կարծես բազմաբնույթ կառուցվածք, հոգեկանը կամ հոգին դիտարկում է տարբեր տեսանկյուններից:

Գիտակցություն /եզո/

Գիտակցության մասին խոսելիս Յունգը այն սահմանում է որպես անգիտակցական մակերեսային շերտ, որը չափազանց կարևոր է մարդու համար որպես կողմնորոշիչ ինչպես արտաքին, այնպես էլ ներքին աշխարհում: Յունգը նշում էր, որ անհնար է պատկերացնել գիտակցությունն առանց էզոյի: <<էզոն բարդույթ է, սակայն, ինչ խոսք, ամենակարևորն ու թանկը մեզ համար>>,- ընդգծել է Յունգը թևիսթոքյան դասախոսություններում: Ըստ Յունգի՝ էզոն մեր գիտակցության կենտրոնն է, որն էլ հենց կատարում է կողմնորոշման ֆունկցիան: Նա օրինակ է բերում շիզոֆրենիայով հիվանդներին, ովքեր կորցրել են իրենց էզոն, այսինքն՝ կողմնորոշումը, և այդ է պատճառը, որ նրանք այդքան արագ անցնում են մի անձից մյուսին:

Անհատական անգիտակցական

Անհատական անգիտակցականը Յունգի տեսության մեջ համապատասխանում է Ֆրոյդի տեսության անգիտակցականին: Այստեղ են, ըստ Յունգի, այն բոլոր բովանդակությունները, որոնք կա՛մ դրանց ինտենսիվության թուլացման, կա՛մ արտամղման պատճառով անցել են անգիտակցական դաշտ: Յունգը նաև կարծում էր, որ այստեղ են մեր այն ընկալումները, որոնք չափազանց թույլ են գիտակցության միջով անցնելու համար /օրինակ՝ ձայներ, որոնք մենք ընկալում ենք, բայց չենք էլ նկատում, որ դրանք հնչում են/:

Կոլեկտիվ անգիտակցական

Կոլեկտիվ անգիտակցականը հոգեբանական գիտության մեջ Յունգի ամենախոշոր ներդրումներից է: Այս հասկացությամբ Յունգը բացատրում է մարդու հոգեկանի այն շերտը, որն ավելի հին է, քան ինքը՝ անհատը: Այս շերտի գոյությունը նա նկատեց հիվանդների, մասնավորապես շիզոֆրենիկների զառանցանքներում և այլ հիվանդների հետ աշխատանքի ընթացքում, նաև հենց սեփական երազատեսությունների մեջ: Յունգը նկատեց, որ կան համընդհանուր սցենարներ, կամ օրինաչափ հակազդումներ արտաքին աշխարհին: Ընդ որում, այս հակազդումները կան մարդկային հնագույն ստեղծագործություններում՝ առասպելներում, ավանդապատումներում, հեքիաթներում և այլն: Նախ՝ Յունգը նկատեց, որ այդ հնագույն գիտելիքը, որը տվյալ հիվանդը չի ստացել իր կյանքի ընթացքում, հանկարծ դրսևորվում է զառանցանքներում կամ երազներում: Երկրորդ՝ քաջատեղյակ լինելով հնագույն տարբեր ազգերի մշակույթներին՝ նա նկատեց, որ տարածական տեսանկյունից իրարից բավականին հեռու ազգեր կամ ցեղեր կարող են ունենալ լիովին կրկնվող սցենարով առասպելաբանություն կամ ֆունկցիոնալ տեսանկյունից նույնական կերպարներ: Այսպիսով, կոլեկտիվ անգիտակցականը համամարդկային ինֆորմացիա պարունակող ոլորտ է, որը, ըստ Յունգի, անհատական հոգեկանի հիմքն է: Կոլեկտիվ անգիտակցականի բովանդակությունը, այսպես կոչված, արքեստիպերն են:

Հիմնական հասկացությունները

Արքեստիպեր

«Արքեստիպ» տերմինը Յունգը վերցրել է սուրբ Օգոստոսից, որը նշանակում է հետք: Սրանք որոշակի գոյացություններ են, որոնք և՛ վարքի ձևեր են, և՛ հույզեր, կերպարների տեսքով ներկայանում են հնագույն առասպելներում, օրինակ՝ հերոսի կերպարը, փրկչի կամ հրեշի կերպարները և այլն: Արքեստիպերը համընդհանուր մտածողության ձևեր են, որոնք ոչ միայն համամարդկային են, այլև բնորոշ են ցանկացած գոյի:

Յունգը առանձնացրել է հիմնական հինգ արքեստիպեր կամ արքեստիպային փուլեր.

Մտվեր. բնավորության և հոգեկան պետենցիալի չգիտակցված հատվածը: Մովորաբար այն անընդունելի, տհաճ բովանդակություններով է լի:

Միմվոլներ. սատանան, վիուկները, սատիրները և այլն:

Անիմա (անիմուս)

Հոգի (ոգի)

Անիմա. կանացի սկիզբը մարդու մեջ, այսինքն՝ զգացմունքային, ինտուիտիվ, հուզական կողմը: Յունգը անիման սահմանում է որպես իռացիոնալ զգացմունքայնություն:

Անիմուս. տղամարդկային սկիզբը մարդու մեջ, այսինքն՝ մտավոր, տրամաբանական կողմը: Անիմուսը իռացիոնալ մտածողությունն է:

Միմվոլներն են դիցաբանական աստվածներն ու աստվածուհիները:

Պերսոնա

Էգոյի և անգիտակցականի միջև հաշտության կերպարը, այն դերը, որով ներկայանում ենք հասարակությանը: Պերսոնան կարծեցյալ ինքնությունն է: Ինչ-որ առումով այն ընտրված հայացքն է արտաքին աշխարհին, ինքն իրեն և այլոց: Արքետիպային հոգեբանության մեջ դիմակը և պերսոնան առանձին արքետիպեր են: Դիմակը սոցիալական պահանջներին համապատասխանելու միտումն է, իսկ պերսոնան հենց բուն անձնավորությունը, որը զարգացման մակարդակով մի աստիճան է ցածր ինքնությունից: Կարելի է ասել, մարդկային զարգացման զագաթն է, որից հետո մարդն այլևս մարդ չէ, այլ Աստված է:

Միմվոլներն են դիմակը, կերպարը:

Ինքնություն

Մարդկային բնույթի բարձրագույն կողմը, զարգացման արքետիպն է: Յունգը կարծում էր, որ ինքնությունը <<Աստծո գոյությունն է մարդու մեջ>>: Նա ինքնությունը ներկայացնում է և՛ որպես հոգու առանցք, և՛ որպես ոլորտ: Ինքնությունն ամբողջականացման վիճակն է, որի մեջ մարդը լիարժեք հարմարված է և՛ ներքին, և՛ արտաքին աշխարհներին: Նա նշում էր, որ էգո-կոմպլեքսը մյուս կոմպլեքսների հետ զարգանում է, և վերջնակետը հենց ինքնությունն է:

Միմվոլներն են Քրիստոսը, Բուդդան, Մանդալան և այլն:

Բարդույթ

Բարդույթը, ըստ Յունգի, զգացմունքների կծիկ է: Միաժամանակ այն հստակ մի զգացմունք է՝ պայմանավորված որևէ տրավմատիկ կամ պարզապես ցավոտ իրավիճակով: Բարդույթները ինքնուրույն գոյացություններ են, կարծես առանձին փոքր անձեր մարդու մեջ: Դրանք կարող են լինել գիտակցված և չգիտակցված: Գիտակցված մակարդակում դրանք ռեֆլեքսիայի են հանգեցնում, իսկ չգիտակցված մակարդակում դրանք պահպանում են իրենց ինքնուրույնությունը: Բարդույթը, ըստ Յունգի, կապված է և՛ անհատական, և՛ կոլեկտիվ անգիտակցականի հետ: Որպես օրինակ կարելի է դիտարկել անալիտիկ հոգեբանության մեջ հայտնի մայրական Բարդույթը, որը իրական մոր և մայրական արքետիպի հանդեպ ունեցած զգացումների ձուլվածքն է:

Ինտրովերսիա, էքստրավերսիա և 4 ֆունկցիաներ

Յունգը առանձնացնում էր հոգեկան երկու հակվածություններ՝ մեկը՝ դեպի դուրս՝ էքստրավերսիա, մյուսը՝ դեպի ներս՝ ինտրովերսիա:

Էքստրավերսիան արտաքին աշխարհին ուղղված հետաքրքրությունն է և էներգիայի հակվածությունը դեպի այն: Ինտրովերսիան հակադիր մղումն է. այն ուղղված է դեպի ներքին բովանդակությունները և պրոցեսները:

Բացի այս երկու դրվածքներից, Յունգն առանձնացնում է չորս ֆունկցիաներ՝ մտածողություն, զգայություն, զգացմունք, ինտուիցիա: Մտածողությունն ու զգայությունը ուղղված են արտաքին աշխարհին, դրանց դերը կարծես արտաքին աշխարհի ճանաչումն է: Զգացմունքը և ինտուիցիան հակված են դեպի ներս: Ավելի ուշ Յունգն ավելացրել է, այսպես ասած, տրանսցենդենտ ֆունկցիան, որի նշանակությունը միակողմանիությունից և վերոնշյալ ֆունկցիաների զուգականությունից ազատվելն է:

Ինդիվիդուացիա

Մարդն անցնում է արքետիպերի միջով՝ հաղթահարելով ամեն արքետիպի խնդիր և հասնում է ինքնությանը, բարձրագույն Ես-ին՝ տարբերակվելով կոլեկտիվից:

Ինդիվիդուացիան համընկնում է գիտակցության զարգացման նախնական /կոլեկտիվ/ վիճակից դեպի անհատականը: Մրա շնորհիվ գիտակցությունն ընդլայնվում և խորանում է: Լինելով

առանձնացման պրոցես՝ դա ոչ թե օտարացում է կոլեկտիվից, այլ կոլեկտիվի ամփոփումն է անհատականի մեջ:

Ունի երկու հիմնական փուլ. առաջին փուլը մարդու մուտքն /ինիցիացիան/ է դեպի արտաքին աշխարհ, այսինքն՝ պերսոնալի և էգոյի կառուցվածքի ձևավորումը: Բնորոշվում է՝ մորից կտրվելով և երեխայի դիրքից հրաժարումով, մեծահասակի դիրքի ընդունումով:

Երկրորդ փուլը մարդու մուտքն /ինիցիացիան/ է դեպի ներքին աշխարհ, այսինքն՝ անհատական հոգու տարբերակվելը, առանձնապես կոլեկտիվից:

Ալֆրեդ Ադլերի տեսությունը

Ա.Ադլերը (1870-1937) Ջ. Ֆրոյդի հետևորդներից էր, սակայն անձի ձևավորման գործում ավելի մեծ նշանակություն էր տալիս սոցիալական ազդեցություններին: Ըստ նրա՝ մարդու վարքի մոտիվացիայի առաջնային աղբյուրը ուրիշների նկատմամբ առավելության, գերակայության և կատարելության հասնելու ձգտումն է: Այդ ձգտումն է առկա կյանքի բոլոր խնդիրների լուծման հիմքում, այդ ձգտումը կյանքի անհրաժեշտությունն է: Ա. Ադլերի տեսության հիմնական գաղափարներից է փոխհատուցումը: Յուրաքանչյուր անձ դեռևս իր կյանքի վաղ շրջանում գիտակցում է, որ ունի այս կամ այն թուլությունը կամ թերությունը: Նման թերությունների գիտակցումը առաջացնում է փոխհատուցման, հաղթահարման ձգտում: Ընդ որում, փոխհատուցումը կարող է լինել ուղղակի /օրինակ՝ թլվատ պատանին, համառորեն պարապելով, դառնում է մեծ հոեստոր/ և անուղղակի /ֆիզիկապես թույլ երեխան մեծ նվաճումների է հասնում մտավոր գործունեության մեջ: Այս դեպքում փաստորեն Ա. Ադլերը նշում է փոխհատուցող աղապտացիայի մասին, որը, իսկապես, զգալի տեղ է գրավում մարդկանց կյանքում: Այսպիսով, ըստ Ադլերի՝ յուրաքանչյուր անձ ունի թերարժեքության բարդույթ, հետևաբար փոխհատուցման ձգտելու համար միշտ էլ ներքին աղբյուր կա: Թերարժեքության զգացումը, ըստ հոգեբանի, անձի հոգեկան զարգացման անհրաժեշտ պայմանն է: Եվ յուրաքանչյուր անձ յուրօրինակ է, որը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ յուրաքանչյուրը գերազանցության հասնելու և թերարժեքությունը հաղթահարելու իր ուրույն ուղիներն է որոնում: Այդ յուրահատուկ ուղղվածությունը ձևավորվում է դեռևս մանկության տարիներին և պայմանավորված է այն առանձնահատուկ թերություններով, որ երեխան տեսնում է իր մեջ, և դրանց հաղթահարման այն յուրահատուկ եղանակներից, որ նա ընտրում է: Հենց դա էլ ուղղություն է տալիս նրա վարքին և առաջադրում որոշակի նպատակներ, հետաքրքրություններ ու արժեքներ, որոնք բնորոշ են միայն նրան: Դեպի կատարելության տանող ուղիները տարբեր անձանց կյանքում տարբեր են: Ամեն ոք կատարելությունն իր ձևով է հասկանում. մեկը՝ գիտության որոշակի ոլորտում գիտակ լինելու, մյուսը՝ մարզական կատարելության մեջ, երրորդը՝ գեղանկարչության և այլն: Ադլերը կարծում է, որ զարգացման օպտիմալ պայմանների դեպքում գերազանցության հասնելու մարդկային ձգտումը ընդունում է դրական, կառուցողական ձևեր:

Ադլերի անհատական հոգեբանության մեջ առանձնացվում են 7 հիմնական գաղափարներ՝

1. **Թերարժեքության զգացում և փոխհատուցում (կոմպենսացիա).** որոշակի օրգանի թերարժեքությամբ տառապող հիվանդները փորձում են փոխհատուցնել այդ թերարժեքությունը պարապմունքների կամ վարժությունների միջոցով:

2. **Գերարժեքության ձգտում.** արտահայտվում է սեփական ֆիզիկական, ինտելեկտուալ, սոցիալական կարողությունների և հմտությունների չափազանցման մեջ:

3. **Կյանքի ոճ.** կարգավորում և որոշում է մարդու կյանքի փորձը: Կյանքի ոճը սերտորեն կապված է ընդհանրության զգացումի հետ՝ երեք ամենակարևոր բնածին զգացումներից մեկի հետ, ձևավորում են անձի «ես»-ը: Այդ ընդհանրության զգացումը (խուլիզմ) որոշում է կյանքի ոճի ամբողջական կառուցվածքի պարունակությունը և որոշում նրա ուղղվածությունը:

4. **Սոցիալական հետաքրքրություն.** ձևավորվում է սոցիումի հետ շփման ընթացքում, հատկապես ընտանիքի այն անդամների միջոցով, որոնք հենց ծնված օրվանից շրջապատում են երեխային, առավելապես մորը:

5. **Ստեղծագործ ես.** ես-ը սուբյեկտիվ, անհատականացված համակարգ է, որը կարող է փոխել անձի զարգացման ուղղությունը՝ մեկնաբանելով մարդու կյանքի փորձը և դրան տալով տարբեր իմաստներ: Ավելին՝ նման «ես»-ը ինքն է ձեռնարկում փորձի որոնումը տվյալ անձի համար, որը ավելի է հեշտացնում կոնկրետ անձի խնդիրը՝ սեփական յուրօրինակ կյանքի ոճը որոշելու գործում:

6. **Ծննդյան հաջորդականություն.** անխուսափելիորեն ազդում է երեխայի կյանքի ոճի վրա:

7. **Ֆիկցիոն ֆինալիզմ.** անձի արարքների դրդապատճառները որոշվում են հիմնականում դեպի ապագա կողմնորոշմամբ, և ոչ թե անցյալի փորձով: Այն ֆիկցիաները, որոնք հնարավոր չէ իրականացնել, իրենց իրական ազդեցությունն են թողնում անձի ձգտումների տարաբնույթ դրսևորումների մեջ:

Կարեն Հորնիի անձի տեսությունը. հիմնական դրույթները

Զգտելով ընդլայնել օրթոդոքսալ հոգեվերլուծության շրջանակները՝ Հորնին վերանայում է Ֆրոյդի տեսության որոշ դրույթներ: Նա եկավ այն եզրակացության, որ հասարակությունը և սոցիալական միջավայրը մեծ ազդեցություն են ունենում անձի զարգացման վրա: Հորնին պնդում էր, որ զարգացումը պայմանավորված է ոչ միայն բնածին բնագոյներով, այլև կյանքի ընթացքում մարդու փոխվելով /փոփոխվել/ և զարգանալով:

Ըստ Հորնիի՝ անձի կառուցվածքի մեջ գերիշխող են ոչ թե անգիտակցական բնագոյները, այլ անհանգստության անգիտակցական զգացումը, որը Հորնին կոչում է **բազային տազնապի զգացում**: Արմատային տազնապի զգացումը կապված է երեխայի պոտենցիալ թշնամական միջավայրում /աշխարհում/ առկա միայնակության և անօգնականության զգացումների հետ: Հորնին կարծում էր, որ տազնապի զարգացման պատճառները կարող են լինել և՛ ծնողների օտարացումը, և՛ ավելորդ խնամակալությունը, որը ճնշում է անձին, ինչպես նաև գերիպսոզները երեխայով կամ որևէ խտրական վերաբերմունք: Բացատրելով այս գործոնների դերը տազնապի զարգացման մեջ՝ Հորնին նշում է տազնապի երկու տեսակ՝ ֆիզիոլոգիական և հոգեբանական:

Ֆիզիոլոգիական տազնապը պայմանավորված է երեխաների շրջանում ֆիզիոլոգիական պահանջմունքները բավարարելու ձգտմամբ: Երեխաների շրջանում կյանքի առաջին օրերից առկա է ֆիզիոլոգիական տազնապ, սակայն ժամանակի հետ եթե բավարարվում են նրա բոլոր պահանջմունքները, և երեխայի մասին հոգ են տանում, ապա այդ տազնապն անցնում է: Իսկ եթե պահանջմունքները չեն բավարարվում, ապա տազնապն ուժեղանում է, և ստեղծվում է ներոտիկ գուրակցում:

Ի տարբերություն ֆիզիոլոգիական տազնապի՝ **հոգեբանական տազնապից** ազատվելը բարդ գործընթաց է, որը կապված է «Ես-պատկեր» ադեկվատ զարգացման հետ: «Ես-պատկեր» հասկացությունը Կարեն Հորնիի կարևորագույն բացահայտումն է հոգեբանության մեջ: Հորնին կարծում էր, որ այդ պատկերը բաղկացած է երկու մասերից՝ գիտելիքներ ես-ի մասին և ես-ի հանդեպ վերաբերմունքը: Նա նշում էր, որ գոյություն ունեն մի քանի «Ես-պատկերներ»՝ «իրական ես», «իդեալական ես» և «ես ուրիշի աչքերով»: Իդեալում այս երեք «ես կերպարները» պետք է համընկնեն, որը կնվազեցնի հոգեբանական տազնապի զգացումը և թույլ կտա, որ անձը ներոզների նկատմամբ ավելի դիմացկուն լինի:

Տազնապի զգացումից ազատվելու համար մարդը հաճախ դիմում է հոգեբանական պաշտպանությանը: Ըստ Հորնիի՝ հոգեբանական պաշտպանությունն ուղղված է հաղթահարելու հասարակության և մարդու միջև եղած հակասությունը, քանի որ պաշտպանության խնդիրն է համապատասխանեցնել անձի և հասարակության կարծիքները իր մասին:

Զգտելով խուսափել թշնամական աշխարհից եկող տազնապից՝ մարդիկ ընտրում են պաշտպանական երեք մարտավարություններից մեկը.

- Մարդկանցից առանձին, երբ անհատը չի ցանկանում ո՛չ պատկանել մնացածին, ո՛չ էլ մրցակցել նրանց հետ և մնում է հեռացած դիրքում:

- Ընդդեմ մարդկանց. անհատը կարծում է, որ շրջապատողների թշնամանքը ակնհայտ է և ապացուցելու կարիք չկա ու սկսում է պայքարել նրանց դեմ:

- Դեպի մարդիկ. անհատն ընդունում է իր անօգնականությունը և ամբողջությամբ հույսը դնում դիմացիների վրա:

-

Նշված յուրաքանչյուր համակարգում շեշտը դրված է բազային տազնապի հետևյալ երեք բաղադրիչներից որևէ մեկի վրա՝ մեկուսացում, թշնամանք, անօգնականություն:

Ըստ այսմ՝ Գորնին առանձնացրեց անձանց երեք տիպեր՝

1. *մեկուսացված,*

2. *ազրեսիվ,*

3. *գիջող:*

Մեկուսացած տիպ: Այս տիպի հիմնական կոնֆլիկտը մեկուսացումն է: Նրա ամենաբնորոշ գիծը մարդկանցից հեռու մնալն է: Մյուս յուրահատուկ գիծն առանձնացումն է նույնիսկ սեփական անձից, այսինքն՝ անզգայունակությունը սեփական հույզերի և ապրումների հանդեպ, անորոշությունը այն հարցում, թե ով է ինքը, ինչ է սիրում, ինչ է ուզում, ինչից խուսափում, ինչին է հավատում: Նրանք գիտակցորեն թե անգիտակցորեն իրենց մեջ որոշում են չխառնվել և թույլ չտալ իրենց հուզական ներգրավվածությունն այլ անձանց գործերին՝ լինի սեր, պայքար, մրցակցություն թե համագործակցություն: Բոլոր այն որակները, որ նրանք ձեռք են բերում, ծառայում են հենց ադ նպատակին: Նրանց գերակայող պահանջմունքներից մեկը ինքնագոհունակությունն է, որի ամենադրական արտահայտումը ստեղծագործականությունն է: Մյուս ամենաարտահայտված պահանջմունքը մեկուսացման ծայրահեղ արտահայտված պահանջն է: Ե՛վ ինքնագոհունակությունը, և՛ մեկուսացումը նրանց ապահովում են անկախությամբ: Իրենց անկախության մեջ նրանք տեսնում են դրական արժեքներ, քանի որ ընդունված օրենքներին, արժեքներին ու ավանդույթներին հետևելու անհրաժեշտությունը նրանցում հակակրանք է առաջացնում: Թեկուզ շատերն արտաքուստ ցույց են տալիս, որ համամիտ են առկա արժեքներին, որպեսզի խուսափեն բախումից, բայց սրտի խորքում ատում են այդ ամենը: Իսկ ցանկացած խորհուրդ նրանք համարում են ճնշում իրենց անձի նկատմամբ և սկսում հակազդել նույնիսկ այն դեպքում, երբ դա համընկնում է իրենց ներքին ցանկություններին:

Մեկուսացված տիպի դեպքում գերիշխելու պահանջը յուրատիպ ձև է ստանում: Մրցակցության և պայքարի հանդեպ հակակրանք զգալով՝ նրանք չեն պայքարում և մտածում են, որ իրենց այդ ամենը պետք է հասանելի լինի առանց ջանքերի և ուրիշների ճանաչման, քանի որ նրանք մշտապես զգում են իրենց յուրատիպությունը: Դրա հետևանքով նրանք իրենց առանձին են պահում մնացածից՝ մտածելով, որ այնպիսին չեն, ինչպիսին մնացածը:

Դակված են ցանկացած հույզի ճնշմանը, դրա գոյության ժխտմանը: Ինչքան ավելի շատ են ճնշվում հույզերը, այնքան ավելի շատ պատասխանատվությունն ընկնում է ինտելեկտի վրա: Սկսում են բոլոր խնդիրները լուծել գիտակցական ձևով:

Այս անձանց ամենազարմանալի գիծն այն ուժն է, որով նրանք սկսում են պաշտպանել սեփական անձի մեկուսացումը, երբ այն փորձում են խախտել:

Ազրեսիվ տիպը հակառակ է մարդկանց: Այս տիպը մտածում է, որ բոլոր մարդիկ թշնամիներ են և ժխտում է հակառակ ցանկացած փաստ: Նրա համար կյանքը պայքար է. բոլորը բոլորի դեմ: Նրա համար կյանքի պատկերը մարտի դաշտ է, որտեղ անընդհատ պայքարի ընթացքում գոյատևում են միայն նրանք, ովքեր ավելի ուժեղ են, ավելի հարմարվող, իսկ ուժեղները վերացնում են թույլերին: Այստեղից էլ գլխավոր պահանջմունք է դառնում բոլորին կառավարելը: Նրանք կարիք ունեն հեղինակության, իշխանության և ճանաչման ցանկացած ձևի, քանի որ կարծում են, որ միայն դա նրանց հնարավորություն կտա սիրելու և սիրվելու:

Նրանց մյուս արտահայտված պահանջմունքը դիմացիներին շահագործելն ու օգտագործելն է սեփական նպատակների համար: Ցանկացած իրավիճակում մտածում են, թե ինչ կարող են ստանալ:

Քանի որ նրանց առաջ է մղում ամենաուժեղ, ամենահայտնի, ամենաճանաչված կամ ամենասիրված մարդ լինելու ցանկությունը, ուստի նրանք փորձում են իրենց մեջ զարգացնել համպատասխան ունակություններ ու ստեղծագործականություն:

Թվում է, թե ագրեսիվ տիպը չունի ներքին արգելքներ, բայց իրականում դրանք նույնքան շատ են, որքան և զիջող տիպի դեպքում:

Զիջող տիպը համապատասխանում է մարդկանց հակված ուղղությամբ: Այս տիպն արտահայտում է սիրո, զուգընկերոջ և հավանության բարձր պահանջներ: Ցանկությունը «ինչ-որ մեկին պատկանելու» այնքան մեծ է, որ ինչ անում են այս մարդիկ, անում են հենց այդ ցանկությունը իրականացնելու համար: Այդ գործընթացում նրանք դառնում են ավելի զիջող, հոգատար, գերշնորհակալ, առատաձեռն:

Զգտում են խուսափել վեճերից, մրցակցությունից, սովորաբար հաշտեցնողի և ամեն ինչ հարթեցնողի դեր են ստանձնում, երբեք անբարյացակամություն չեն արտահայտում: Ցանկացած վրեժի կամ հաղթանակի գաղափար այնքան է դուրս մղված նրանցում, որ նրանք ինքներն էլ զարմանում են, թե որքան հեշտ են հաշտվում բոլորի հետ ու ինչքան շուտ է անցնում վիրավորվածության զգացումը: Նրանք մեքենայաբար իրենց վրա են վերցնում մեղքը:

Ինչ-որ մի բան անել սեփական անձի համար և դրանից հաճույք ստանալը նրանք լրիվ արգելում են իրենց: Դրա հետ մեկտեղ ուժեղ անօգնականության զգացում ունեն: Մշտապես մտածում են, որ մնացած բոլորն ավելի խելացի, ավելի գրավիչ և ավելի կրթված են իրենցից ու արժանի, դրա համար էլ անգիտակցաբար իրենց անձը ենթարկեցնում են մնացածին: Մյուս յուրահատկությունն այն է, որ իրենց ինքնագնահատականը կառուցում են շրջապատողների՝ իրենց անձի մասին ունեցած կարծիքի հիման վրա: Նրանց ինքնագնահատականն ընկնում և բարձրանում է շրջապատողների հավանությանը և քննադատությանը զուգընթաց:

Զիջող տիպի խառնվածքի գծերից մեծ մասն ունի երկակի դրդապատճառ: Օրինակ՝ երբ նա թույլ է տալիս դիմացիններին օգտագործել իրեն, զիջողության և բարության արտահայտումն է, բայց դրա հետ մեկտեղ դա փորձ է փախչելու այլ մարդկանց շահագործելու սեփական ցանկությունից:

Զիջող տիպի համար սերը միակ ճանապարհն է, որի միջոցով նա կարող է բավարարել իր ներքին պահանջները: Այն թույլ կտա և՛ սիրված լինել, և՛ գերիշխել սիրո միջոցով:

Էրիխ Ֆրոմ

Էրիխ Ֆրոմը (Erich Fromm) ծնվել է 1900թ. Ֆրանկֆուրտում: Նա հումանիստական հոգեվերլուծության տեսության հիմնադիրն է: Ֆրոմը Ֆրոյդի աշակերտն էր, սակայն ի տարբերություն Ֆրոյդի՝ անձի ձևավորման մեջ կարևորում էր սոցիալական դերը: Մեր ժամանակներում մարդու գոյության անբաժանելի մասն են *մենակությունը, մեկուսացվածությունը և օտարացումը*: Արևմտյան ժամանակակից հասարակության մեջ մարդիկ պայքարում են ազատության և ինքնավարության համար, սակայն այդ պայքարն առաջացնում է օտարացման զգացում բնությունից, հասարակությունից: Մարդիկ ցանկանում են ունենալ իշխանություն սեփական կյանքի վրա և ընտրության իրավունք, բայց մարդուն անհրաժեշտ է ունենալ նաև կապվածություն այլ մարդկանց հետ:

Ֆրոմը «Փախուստ ազատությունից» գրքում նկարագրում է, թե մարդիկ ինչպես են հաղթահարում ազատությանն ուղեկցող մենակության, օտարացվածության զգացումը: Ֆրոմը մատնանշում է մի քանի ռազմավարություն, որոնք մարդիկ օգտագործում են, որպեսզի «փախչեն ազատությունից»: Դրանցից մեկը Ֆրոմն անվանեց **ավտորիտարիզմ**: Ավտորիտարիզմը նա բնորոշում է որպես սեփական անձն արտաքին ինչ-որ բանի կամ մեկի հետ միաձուլելու հակում՝ ես-ի կորցրած ուժը վերականգնելու համար: Ավտորիտարիզմը դրսևորվում է թե՛ մագոլիստական և թե՛ սադիստական հակումներում: Ավտորիտարիզմի *մագոլիստական ձևի* դեպքում մարդիկ շրջապատի հետ հարաբերություններում ցուցաբերում են չափազանց կախվածություն, անօգնականություն, ենթակայություն: Դա սեփական թերաթեթության զգացումն է, ինքնամեղադրանքի և ինքնախարազանման հակումը: Այս ամենն օգնում է մարդուն ազատվելու անտանելի մենակության զգացումից: *Սադիստական ձևը*, հակառակը, արտահայտվում է՝ այլ մարդկանց շահագործելով, իշխելով և վերահսկելով: Այսպիսի հակում ունեցող մարդիկ ձգտում են կախվածության մեջ գցել մարդուն, որպեսզի լիարժեք և անսահման իշխանություն ունենան նրա վրա: Սադիստականը կարող է դրսևորվել նաև ուրիշներին տառապանք պատճառելու, ուրիշների ցավից, տանջանքից հաճույք ստանալու միջոցով:

Փախուստի երկրորդ մեխանիզմը **կործանարարությունն է /դեստրուկտիվիզմ/**: Եթե առաջին մեխանիզմի դեպքում մարդն իրականում ուզում է կապեր ստեղծել, ապա այս դեպքում վտանգից խուսափելու համար մարդն ուզում է վերացնել, ոչնչացնել այդ կապերը:

Եվ վերջապես, **ավտոմատիզացված կոնֆորմիզմի** դեպքում մարդիկ սոցիալական նորմերին լիարժեք ենթարկվելու միջոցով կարող են ազատվել մենակությունից և օտարացվածությունից: Մարդը դառնում է այնպիսին, ինչպիսին բոլորն են, պահում է իրեն, ինչպես ընդունված է: Այս մեխանիզմի դեպքում մարդը փորձում է ձուլվել միջավայրի հետ: Մարդը դադարում է լինել ինչպիսին նա կա, դառնում է այնպիսի մարդ, որին ցանկանում է տեսնել հասարակությունը:

Համաձայն Ֆրոմի՝ բացի փախուստի նշված մեխանիզմներից, գոյություն ունի **դրական ազատություն**, որի շնորհիվ կարելի է ազատվել մենակության և օտարացվածության զգացումից:

Մարդը կարող է լինել ինքնուրույն և յուրահատուկ՝ չկորցնելով մարդկանց հետ միասնության զգացումը: Դրական (պոզիտիվ) ազատության կարելի հասնել ինքնաբուխ (սպոնտան) ակտիվության միջոցով, այն կարելի է դիտել հաճախ երեխաների շրջանում, որոնք գործում են ոչ թե համաձայն նորմերի և արգելքների, այլ իրենց ներքին բնությանը համապատասխան: «Միբելու արվեստը» հայտնի գրքում Ֆրոմն ընդգծում է, որ սերը և աշխատանքը ելակետային բաղադրիչներն են, որի միջոցով մարդը ևս ձեռք է բերում դրական ազատություն:

Մարդու էկզիստենցիալ պահանջումները

Ֆրոմի կարծիքով մարդու բնության մեջ գոյություն ունեն յուրահատուկ էկզիստենցիալ պահանջումներ: Ազատության և անվտանգության ձգտման միջև կոնֆլիկտը անխուսափելի փաստ է մարդու կյանքում՝ պայմանավորված էկզիստենցիալ պահանջումներով: Ֆրոմն առանձնացնում է 5 հիմնական էկզիստենցիալ պահանջումներ.

1. **Կապեր հաստատելու պահանջումներ**: Որպեսզի մարդը հաղթահարի բնությունից օտարացվածության և մեկուսացվածության զգացումը, մարդուն հարկավոր է հոգ տանել ինչ-որ մեկի մասին, ունենալ մասնակցություն և նրա համար պատասխանատվություն ունենալ:

2. **Հաղթահարման և արարման պահանջումներ**: Մարդը, օժտված լինելով բանականությամբ և երևակայությամբ, չի կարող բավարարվել պասիվ արարածի դերով: Նա ձգտում է դառնալ ակտիվ և սեփական կյանքի ստեղծագործող: Այդպիսի արարման ձև է արվեստը, գաղափարները, երեխայի ծնունդը, նրան խնամելը, դաստիարակելը, նյութական արժեքներ ստեղծելը:

3. **Արմատներ ունենալու պահանջումներ**: Մարդիկ կարիք ունեն զգալու, որ իրենք այս աշխարհի անբաժանելի մասն են: Այս պահանջումները ի հայտ է գալիս մարդու ծնվելու պահից: Ամբողջ կյանքի ընթացքում մարդիկ զգում են արմատներ, հիմքեր ունենալու, հաստատունության, կայունության պահանջումներ, որը նման է անվտանգության զգացմանը:

4. **Նույնականության պահանջումներ**: Ֆրոմը կարծում էր, որ բոլոր մարդիկ զգում են ինքն իր հետ նույնականացման ներքին պահանջումներ, որի շնորհիվ մարդը զգում է, որ նման չէ այլոց և գիտակցում, թե ով է իրականում իրենք: Մարդիկ, որոնք հստակ գիտակցում են իրենց անհատականությունը, ընկալում են իրենց որպես սեփական կյանքի տնօրեն, այլ ոչ ուրիշների հրահանգների հետևող:

5. **Հայացքների համակարգի և նվիրվածության պահանջումներ**: Մարդկանց անհրաժեշտ է բարդ աշխարհը բացատրելու համար կայուն և ամուր համոզումներ, հայացքներ, աշխարհայացք: Մարդիկ նաև նվիրվածության օբյեկտի կարիք ունեն /բարձրագույն նպատակ, Աստված/: Այդպիսի նվիրվածությունը հնարավորություն է տալիս հաղթահարելու մեկուսացված գոյությունը և կյանքն իմաստով լցնելու:

Ֆրոմը, դիտարկելով մարդու էկզիստենցիալ պահանջումները, դրանց բավարարումը կապում էր սոցիալական պայմանների հետ: Այդ պայմաններն էլ ձևավորում են անձի կառուցվածքը, այն, ինչ Ֆրոմն անվանում էր «սոցիալական բնավորություն»:

Էրիք Էրիքսոն

Հայտնի նեոֆրոյդիստ Է. Էրիքսոնը, հարազատ մնալով իր ուսուցչի հայացքներին, հատուկ ուշադրություն դարձրեց անձի ես-ի զարգացմանը՝ ավելի շեշտելով անձի ձևավորման գործում սոցիալական պայմանների նշանակությունը: Թեև նա դիտում է իդ-ը որպես անձի կենսաբանական հենք, շեշտը այնուհանդերձ դնում է ես-ի ինքնավար համակարգի վրա, անձի գիտակցության և բանականության վրա, որը զգալի փոփոխություններ է կրում կյանքի ընթացքում: Ի տարբերություն Ֆրոյդի՝ Էրիքսոնը չի կարծում, որ մարդու անձն ամբողջովին ձևավորվում է փոքր հասակում ունեցած փորձի ազդեցությամբ, թեև չի ժխտում նաև դրա ազդեցությունը: Նա պնդում էր, որ մարդու զարգացումը սահմաններ չունի, այն կատարվում է ողջ կյանքի ընթացքում:

Ըստ Էրիքսոնի՝ անձի զարգացման հոգեբանական փուլերը սեփական անձի և ուրիշների նկատմամբ մարդու կողմնորոշումների շարք է: Յուրաքանչյուր նոր փուլում անհատն անցնում է փոխհարաբերությունների նոր մակարդակի: Յուրաքանչյուր փուլում ձեռք բերած հաջողությունը կամ կրած անհաջողությունը կարող է փոխել հետագա զարգացման ուղիները՝ դրական կամ բացասական իմաստով:

Իր կյանքիական դիտարկումներից ելնելով՝ Էրիքսոնը եկավ այն եզրակացությանը, որ անձի զարգացումն ու փոփոխությունը շարունակական պրոցես է և չի դադարում ողջ կյանքի ընթացքում:

Էրիքսոնն առանձնացնում է զարգացման հոգեբանական 8 փուլեր: Յուրաքանչյուր փուլ բնութագրվում է իրեն հատուկ ճգնաժամով, որը պետք է բավարար լուծում ստանա՝ հաջորդ փուլի ճգնաժամի հաջող լուծմանը հասնելու համար:

1) **0-1,5 տարեկան.** կոնֆլիկտնը վստահություն-անվստահությունն է: Դիշտ լուծումն այն է, երբ երեխան ձեռք է բերում հիմնավոր վստահություն մարդկանց և աշխարհի նկատմամբ: Ոչ ճիշտ լուծման դեպքում երեխան դառնում է տագնապախոռով, սեփական ուժերին չի վստահում: Այս փուլում նորածինը խնամքի, իր պահանջմունքների բավարարման, ջերմ վերաբերմունքի կարիք ունի: Վստահություն առաջացնելու դեպքում փոքրիկը հուզական կապի մեջ է մտնում ծնողների հետ, որոնք նրան տալիս են սնունդ, ջերմություն, ապահովություն: Բայց եթե երեխայի հիմնական պահանջմունքները չեն բավարարվում, եթե նրա հետ ջերմ չեն վարվում, ծնողները հաճախ են բացակայում, ապա նա ձեռք է բերում անվստահություն, տագնապախոռվություն, վախ ու կասկածամտություն աշխարհի, մասնավորապես մարդկանց հանդեպ: Այս ամենը նա իր հետ տանում է զարգացման հաջորդ փուլ: Նա այլևս չի կարող այնպիսի համարձակություն դրսևորել, որը պահանջվում է հաջորդ փուլերի խնդիրները լուծելու և հարմարվելու համար:

Հարկ է նշել, որ այս 2 բևեռների հարցը վերջնական լուծում չի ստանում կյանքի 1-ին տարում, այլ կրկին ու կրկին ի հայտ է գալիս հաջորդ փուլերում: Երեխան, որը դպրոց է գալիս զգուշավորության զգացումով, նրբանկատ ուսուցչուհու ճիշտ վերաբերմունքի շնորհիվ կարող է վստահություն ձեռք բերել և, հակառակը, փոքրիկը, որը վստահ դիրքորոշմամբ է մտնում կյանքի հաջորդ փուլ, կարող է կորցնել վստահությունը, եթե, օրինակ, ծնողների ամուսնալուծության դեպքում ընտանիքում ստեղծվում է մեղադրանքներով ու վեճերով լի մի իրավիճակ:

2) **1,5-3 տարեկան:** Հիմնական կոնֆլիկտն է՝ ինքնուրույնություն-անվստահություն-կախվածությունն է: Քայլել սովորելու և խոսելու հետ միասին երեխան ընդլայնում է իր հետազոտությունների ոլորտը, ձգտում է գործողություններ կատարել առարկաների հետ: Եթե այս ամենը հաջող է ընթանում, ապա երեխան սկսում է ինքն իրեն ընկալել որպես կարող, արժեքավոր մարդ: Բայց եթե այս փուլում երեխային չափից ավելի են քննադատում և սահմանափակում են նրա ակտիվությունը, ապա նա կարող է կասկածել իր հնարավորություններին: Երբ երեխային այնպիսի պահանջներ են ներկայացնում, որոնք նրա ուժերից վեր են, ապա դրանով իսկ նրա մեջ թուլանում է նոր խնդիրներ լուծելու ցանկությունը: Դա կարող է հանգեցնել նաև երեխայի և ծնողների միջև կոնֆլիկտների, մինչդեռ երեխան դեռ զգում է ծնողների ջերմ վերաբերմունքի կարիքը: Եթե երեխան ինչ-որ բան ցանկանում է ինքնուրույն անել, ապա դրանով ձգտում է հաստատել իր անկախությունն ու կարողությունը:

3) **3-6 տարեկան.** Կոնֆլիկտ նախաձեռնության և մեղավորության զգացման միջև: Դիշտ լուծման դեպքում երեխան վստահ է լինում իր ուժերին, դառնում նախաձեռնող և ստեղծագործող: Միայն լուծման հետևանքով ունենում է սեփական անձի թերաթեքության բարդույթ: Նախադպրոցականները սկսում են իրենց համար զբաղմունքներ գտնել, վազվզում են, մրցում են, նախաձեռնություն են զարգացնում, որը ամրապնդվում է նաև, երբ ծնողները պատրաստակամությամբ պատասխանում են երեխայի հարցերին և չեն խանգարում նրա երևակայության դրսևորմանը: Սակայն երբ ծնողները երեխային ցույց են տալիս, որ նրա գործունեությունը

ցանկալի չէ, իսկ հարցերը հոգնեցնող են, խաղերն էլ՝ ձանձրալի, նա սկսում է իրեն մեղավոր զգալ, որն էլ իր հետ զարգացնում է հաջորդ փուլը:

4) **6-12 /մինչև սեռական հասունացման շրջան/.** Կոնֆլիկտ է առաջանում կարողությունների և թերարժեքության միջև: Արդեն դպրոցի կրտսեր դասարաններում իր նախորդ ճգնաժամերը հաջողությամբ հաղթահարող երեխան աշխարհի անկազմակերպ ու պատահական հետազոտությունից անցնում է իր իրազեկության հետևողական ձևավորման: Այս տարիքում ընտանիքի հետ մեկտեղ կարևոր դեր են ստանձնում դպրոցը և այն վերաբերմունքը, որը երեխան գտնում է այնտեղ: Դպրոցը թույլ է տալիս զարգացնել իմացական կարողությունները, մարզական կյանքը՝ ֆիզիկական հմտությունները: Շփվելով մարդկանց հետ՝ նա ձեռք է բերում սոցիալական հմտություններ: Բայց շատ դեռահասներ մնում են դիտողների դերում, նրանք ակտիվ գործողներ չեն դառնում, կաշկանդված և թերարժեքության բարդությամբ ներթափանցված են լինում կյանքի հաջորդ փուլին անցնելու համար: Դասերից հետ մնալը ծնում է թերարժեքության զգացում: Մյուս դեպքում էլ երեխան, որի գործունեությունը տանը անընդհատ ծաղրի առարկա է լինում, դպրոցում նրբանկատ ուսուցչի շնորհիվ կարող է հաղթահարել իր թերարժեքության զգացումը:

5) **12-19 դեռահասներ.** կոնֆլիկտ դերային նույնականացման և դերային անորոշության միջև: Այս փուլի սկզբում անհատը դեռ ապրում է ծնողների խնամքի տակ և, ըստ էության, երեխա է, ֆինանսական և հուզական տեսակետից կախված է ծնողներից: Բայց այս փուլի վերջում նա դառնում է բավականաչափ անկախ և հոգեբանորեն գրեթե պատրաստ՝ ինքնուրույն կյանքով ապրելու համար: Նա ավելի ու ավելի շատ ժամանակ է անցկացնում դրսում, նոր արժեքներ է յուրացնում, նոր հարաբերությունների մեջ մտնում: Նա տարեկիցների ուժեղ ազդեցության տակ է, որոնք նրանից կոնֆորմիզմ են պահանջում և՛ վարքում, և՛ հագուստներում: Տարբեր իրադրություններում նա տարբեր դերեր է փորձում: Բայց կոնֆլիկտային դերեր կատարելիս նա կարող է հայտնվել անորոշության, շփոթվածության մեջ և ապրել այն վիճակը, որին Էրիքսոնը տալիս է «դերային անորոշություն» անունը: Նա ուզում է պարզել, թե ով է ինքը և ինչի է ընդունակ: Դեռահասներն ու պատանեկության շրջան թևակոխած անձինք հաճախ լինում են կամակոր, հակասական, եսակենտրոն, խռովարար: Նրանք ձգտում են ինքնուրույնության, բայց միաժամանակ կախված են մնում ծնողներից:

6) **20-35 տարեկան երիտասարդներ.** Կոնֆլիկտ մտերմության և մեկուսացման միջև: Հաջող լուծման դեպքում անձն ընդունակ է դառնում մտերմության և ուրիշի առջև կարողանում է պարտավորություններ ստանձնել: Հակառակ դեպքում իրեն մեկուսացված է զգում: Ժխտում է մտերմացման պահանջը: Պատանեկությունից հասունության փուլին անցնելիս անհատը պետք է վճիռներ կայացնի իր հետագա ուսման, մտերիմ փոխհարաբերությունների, ամուսնության, դրամ վաստակելու վերաբերյալ: Եթե մինչ այդ նա ձգտում է սիրելի լինել շրջապատողներին, դուր գալ նրանց, ապա այժմ նրա մեջ արթնանում է մեկին սիրելու և նրա կողմից սիրված լինելու ցանկություն: Մտերմությունն անձից պահանջում է համարձակություն, բարոյական ուժ, որոշ գոհողություններ: Մտերմության հակադարձ երևույթը մեկուսացումն է, միայնակության զգացումը: Հանգիստ և վստահելի հարաբերություններ հաստատելու դժվարությունը հանգեցնում է մեկուսացման, միայնակության:

7) **36-64 տարեկան միջին հասուն տարիք.** Կոնֆլիկտ ստեղծագործելու և լճացման միջև: Անձին այս փուլում մտահոգում են ընտանիքը, աշխատանքը, հասարակությունը, ապագա սերունդների ճակատագիրը: Եթե 20-30 տարեկանը հույսերի, լավատեսության, նոր կյանք սկսելու տարիք է, ապա 30-40 տարեկան անձը կարող է կրկին ստուգել ու փորձարկել իրեն, նոր նպատակներ դնել: Բայց ընդհանուր առմամբ այս փուլը հոգեկան կայունության և գոհունակության փուլ է: 40-50 տարեկանում կարող է դիտվել միջին տարիքի ճգնաժամ, երբ նախկին արժեքներն ու նպատակները, ինչպես նաև նվաճումները հարցականի տակ են դրվում: Կյանքի կեսից ավելին անցել է և ծագում են «արդյոք անձնական ազատությունը չի՞ գոհաբերվել հանուն ապահովության» կամ «արդյոք հանուն կարիերայի մտերիմ կապերը չեն՞ գոհաբերվել» հարցերը:

8) **65-ից մինչև մահ. ծերություն.** Կոնֆլիկտ ամբողջական ես-ի և հուսահատության միջև: Երկու լուծման դեպքում ունենում է ամբողջականության զգացում և կյանքից գոհ է լինում: Հակառակ դեպքում իրեն ավելորդ և անօգուտ է զգում, հիասթափված է ու հուսահատված: Ծերության տարիների հիմնական խնդիրներն են կյանքի իմաստի որոնումը և անխուսափելի մահվան սպասելը: Եթե մարդն իր կյանքի բոլոր փուլերի խնդիրները հաջողությամբ է լուծել, ապա ծերության փուլ է անցնում որպես հասուն և անձնային որոշակիություն ունեցող անձ: Նա հիմնականում գոհ է իր անցած կյանքից և համարձակ հայացքով է նայում

մահվանը: Իսկ նրանք, ովքեր հետ նայելով իրենց անցած կյանքը գնահատում են որպես սխալ ապրած տարիներ, ունենում են հուսահատության և սեփական անձի ավելորդության զգացում:

Գրականություն

1. *Психотерапевтическая энциклопедия* (1998), под ред. Б.Д. Карвасарского, изд. Питер Санкт-Петербург.
2. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология* /Т1, Мир, Москва.
3. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология* /Т2, Мир, Москва.
4. Столяренко, Л.Д., (2000). *Основы психологии* /Издание третье, переработанное и дополненное, Ростов-на-Дону.
5. Стюарт, Я., Джойнс В., (1996). *Современный Транзактный Анализ*, СПб.
6. Урываев, В.А., (2005). *Психология личности: Учебное пособие*, Ярославль.
7. Фромм, Э., (1990). *Искусство любить. Исследование природы любви (1956)*. Пер. Л. А. Чернышёвой. Педагогика, Москва.
8. Фромм, Э., (2009). *Человек для самого себя*. Пер. Э. Спировой. АСТ, Москва.
9. Фромм, Э., (2010). *Иметь или быть? (1976)*. Пер. Э. М. Телятниковой. АСТ, Москва.
10. Фромм, Э., (2011). *Бегство от свободы (1941)*. Пер. Г. Ф. Швейника. АСТ, Москва.
11. Хьелл Л., Зиглер Д. (2001). *Теории Личности: Основные положения, исследования и применение*. Изд. Питер, СПб.
12. Ярошевский М.Г., (1997). *История психологии: учеб. для вузов, Изд. 2-е, Академия, Москва.*

19. Հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմներ

Հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմներն առաջին անգամ նկարագրել է Զիգմունդ Ֆրոյդը 1894թ. «Պաշտպանական նեյրոպսիխոզներ» աշխատության մեջ: Ավելի ուշ դրանք մանրամասն նկարագրվեցին 1936թ. «Էգո և հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմներ» աշխատանքում իր դասեր՝ Աննա Ֆրոյդի կողմից:

Հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմները գործում են յուրաքանչյուր մարդու մեջ և օգնում են, որ անձը խուսափի (նաև պաշտպանվի) տխուր և տհաճ հիշողություններից և զգացմունքներից: Գործադրելով պաշտպանական տարբեր միջոցներ՝ մարդը կարողանում է թեթևացնել հոգեկան լարվածությունը:

Անձի Ես-ը նրա գոյության և ամբողջականության հիմքն է, բոլոր հոգեկան երևույթները միավորող, ինտեգրող կենտրոնը: Հենց որ Ես-ին որևէ վտանգ է սպառնում, անմիջապես գործի են դրվում նրա պաշտպանական մեխանիզմները, որոնք ձևավորվել են հոգեկան զարգացման ընթացքում:

Պաշտպանական մեխանիզմները կոչված են ազատելու մարդուն տագնապից, կոնֆլիկտներից, իմացական աններդաշնակությունից, ինքնագնահատականի նվազումից, հոգեբանական տրավմաներից, թերաբժեքության զգացումից և բացասական այլ ազդեցություններից: Դրանք «հոգու վերքերը» բուժելու միջոցներ են, հարմարվողականության նորմալ մեխանիզմներ, բայց նաև հոգեկան առողջության ու վարքի համար վտանգավոր են դառնում, հենց որ սկսում են օգտագործվել ծայրահեղ հետևողականությամբ, չափազանցվածությամբ և թույլ չեն տալիս ճիշտ ընկալել ու գնահատել ոչ միայն սեփական անձն ու արարքները, այլև արտաքին իրականությունը, անձի սոցիալական կապերը: Պաշտպանական մեխանիզմները պարունակում են ինքնախաբեություն և իրականության պատկերի աղճատման մեծ բաժին:

Սակայն պաշտպանական մեխանիզմների օգտագործումը անձին թույլ է տալիս ժամանակ շահել նոր խնդրի լուծման կողմնորոշված միջոցներ ստեղծելու կամ յուրացնելու համար:

Անձի տեսության մեջ պաշտպանական հոգեբանական մեխանիզմները դիտվում են որպես անհատի անբաժանելի և կարևորագույն առանձնահատկություններ: Եթե պաշտպանական մեխանիզմները ինչ-որ պատճառով չեն կարողանում կատարել իրենց ֆունկցիաները, ապա այդ հանգամանքը կարող է նպաստել հոգեկան խանգարումների առաջացմանը:

Պաշտպանական հոգեբանական մեխանիզմները ծառայում են տարբեր պատճառներով առաջացած տագնապները, ֆրուստրացիան և հոգեկան հակասությունները (կոնֆլիկտները) վերացնելուն: Անձի տարբեր տեսություններ տարբեր կերպ են մեկնաբանում կոնֆլիկտները, որոնցից էլ առաջանում են տագնապները: Ըստ Ֆրոյդի՝ կոնֆլիկտն առաջանում է «նա»-ի, «ես»-ի և «գերես»-ի միջև գոյություն ունեցող փոխազդող հակադիր ուժերից: Բացի այդ, Չ. Ֆրոյդը այն կարծիքին էր, որ պաշտպանական մեխանիզմները առանձնանում են հետևյալ հինգ հատկանիշներով.

ա. կառավարում են բնագոյները, մղումները և տրամադրությունը

բ. անգիտակցական են

գ. դիսկրետ են

դ. դինամիկ են և դարձելի

ե. հարմարողական են կամ անհարմարողական:

Ըստ Ադլերի՝ կոնֆլիկտներն առաջանում են կատարելության ձգտման և թերարժեքության բարդույթի միջև եղած հակասությունից: Ըստ Մալիվենի՝ պատճառը բարդ, կոնֆլիկտային պահանջներն են միջանձնային կապերի միջև: Ըստ Հորնիի՝ անհամատեղելի ներոտիկ պահանջումները ստիպում են ձգտել դեպի ուրիշները և միաժամանակ մնալ նրանցից անկախ: Ըստ Էրիքսոնի՝ հոգեառաջնական ճգնաժամներն առաջանում են՝ կապված անձի իդենտիֆիկացիայի (նույնացման) գործընթացների հետ: Այսպիսով, պաշտպանական մեխանիզմներն անգիտակցական գործողություններ են (հակազդեցություններ), որոնք ուղղված են մարդու հոգեկանը (էգոն) պաշտպանելու շրջապատող իրականությունից կամ սեփական ներաշխարհից եկող վտանգներից:

Պաշտպանական մեխանիզմներն արդեն երկար ժամանակ են ուսումնասիրվում, կան բազմաթիվ նկարագրված տեսակներ, սակայն մինչ օրս չկա համընդհանուր դասակարգում: Հոգեբանական յուրաքանչյուր ուղղություն տալիս է իր դասակարգումը՝ հենվելով տարբեր չափանիշների վրա:

Հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմների գոյություն ունեցող հիմնական դասակարգումները հետևյալն են.

Նարգիզական կամ նարցիստիկ պաշտպանություն, օրինակ՝ հերքում, պրոյեկցիա և այլն:

Ոչ հասուն կամ ոչ լիակատար պաշտպանություն, օրինակ՝ ռեգրեսիա, կոնվերսիա կամ սոմատիզացիա, պասիվ ագրեսիվ վարք և այլն:

Նյարդային կամ ներոտիկ պաշտպանություն, օրինակ՝ փոխադրում, հակազդեցության ձևավորում, ռեպրեսիա և այլն:

Հասուն կամ լիակատար պաշտպանություն, օրինակ՝ հումոր, ակտրուիզմ, սուբլիմացիա և այլն:

1. **Արտամղում (ռեպրեսիա):** Արտամղումը առաջին մեխանիզմն է, որի մասին գրել է Ֆրոյդը: Այս պաշտպանական մեխանիզմը անձի հոգեբանական ինքնապաշտպանության շատ գործընթացների հիմքում է: Արտամղման խնդիրն է անձի գիտակցական ոլորտից հեռացնել իր համար տհաճ, անցանկալի կամ ֆրուստրացիա առաջացնող տպավորությունները:

Արտամղման դեպքում գիտակցության ոլորտից անընդունելի, բարոյական տեսակետից անթույլատրելի մտքերի հեռացումը կատարվում է ինքնաբերաբար, անգիտակցորեն: Չի գիտակցվում նաև գիտակցությունից դրանց հեռացման ընթացքը: Արտամղված տպավորություններն ու ապրումներն իրականում չեն մոռացվում, այլ տեղափոխվում են հոգեկանի ենթագիտակցական ոլորտ: Հաճախ այն կարող է դրսևորվել սիմվոլիկ վարքով, որը կապված է «ենթագիտակցական հիշողության» հետ:

Ֆրոյդը նշում էր, որ դուրս մղված մտքերը և իմպուլսները անգիտակցականում ևս չեն կորցնում իրենց ակտիվությունը, և որպեսզի կանխվի նրանց պոռթկումը դեպի գիտակցություն, պահանջվում է

մշտական հոգեկան էներգիայի ծախս, որը կխանգարի տվյալ անձին օգտագործելու այն իր սեփական աճի, ստեղծագործական վարքի մեջ: Մակայն քանի որ դուրս մղված ինֆորմացիան մշտական ձգտում է բացահայտ արտահայտվել, կարող է ժամանակավորապես բավարարվել երազների, բանավոր և գրավոր վրիպումների միջոցով:

Բացի դրանից, համաձայն Ֆրոյդի տեսության՝ արտամղումը նպաստում է ներոտիկ վարքի, հոգեմարմնական հիվանդությունների, հոգեւեռական խանգարումների ձևավորմանը:

- **Ներմղում (սուպրեսիա):** Այս մեխանիզմի օգնությամբ մարդը գիտակցորեն և նպատակաուղղված փորձում է մոռանալ ցավ պատճառող, տհաճ հիշողությունները: Այն նպաստում է, որ մարդը թեթևացնի դժվարին վիճակը, և ոչ թե խուսափի դրանից:

- **Հերքում (ժխտում):** Հերքելիս մարդն իր համար անցանկալի իրադարձությունները (ներկայի կամ անցյալի) չի ընդունում որպես իրականություն, այսինքն՝ մարդը հերքում է իրականության փաստերը: Հերքելով այդ ինֆորմացիան՝ նա խուսափում է տագնապից, լարվածությունից, հոգեկան ցավ պատճառող իրականությունից:

Մարդը չգիտակցված է կիրառում այս մեխանիզմը: Հերքման մեխանիզմը խոչընդոտում է արտաքին իրականության ճանաչումն ու աղեկվատ գնահատումը:

Հիվանդը, որը շատ է վախենում լուրջ հիվանդություններից, չի նկատի իր հիվանդության ախտանիշները: Օրինակ՝ կինը, որն ամիսներ շարունակ բացասում է կրծքագեղձում աճող կոշտ գունդը, կամ կորցնելով իր մտերիմին՝ մարդը հաճախ է դիմում հերքման մեխանիզմին. «Չեմ հավատում, կարծում եմ, որ դուրը կբացվի, և նա ներս կմտնի»:

- **Հոգեբանական նահանջ (ռեգրեսիա):** Կոնֆլիկտներից, տրավմատիկ ապրումներից խուսափելու նպատակով անձը վերադառնում է ավելի վաղ տարիքին բնորոշ հուզական և վարքային ձևերին և հակադրմանը: Նահանջը պարզունակ միջոց է, որն օգնում է հաղթահարելու դիսկոմֆորտը: Տագնապը թուլանում է, քանի որ մարդը վերադառնում է այնպիսի փուլ, որտեղ իրեն պաշտպանված և անհոգ է զգացել: Օրինակ՝ ուսանողը, որը քննության ժամանակ կրծում է եղունգները կամ գրիչը, անգիտակցորեն վերադառնում է հոգեւեռական զարգացման օրալ փուլ, որտեղ իրեն զգացել է ապահով, անվրդով՝ այդպիսով իսկ թուլացնելով իր ներկա պահի լարվածությունը: Կամ, օրինակ, երկրաշարժից հետո ավելի մեծ տարիքի երեխաները պահանջում էին իրենց մայրերից իրենց կերակրել, հագցնել, ինչպես փոքր տարիքում:

- **Պաշտպանական երևակայություն:** Ֆրոյստրացիայի դեպքում հաճախ ինքնաբերաբար գործի է դրվում անձի երևակայությունը, որը պաշտպանական ֆունկցիաներ է կատարում: Երևակայական պատկերների ստեղծումը հնարավոր է նաև գիտակցորեն, կամաձին: Պաշտպանական երևակայության դինամիկական սկզբնական փուլում կարող է թվալ արդյունավետ, չնայած ֆրոյստրացված պահանջումն քրավարարված է մնում: Պատճառը պաշտպանական երևակայության հետևանքով առաջացած հույսն է կամ ցանկությունը, որ մի օր, հնարավոր է, երևակայությունն իրականություն դառնա: Աստիճանաբար հույսը նահանջում է, իսկ երևակայությունն իր հերթին կարող է ժամանակի ընթացքում աղքատանալ: Մշտապես ֆրոյստրացնող պահանջումն քն ի վերջո կարող է այնքան թուլանալ, որ անտարբերության հանգեցնի պահանջումն քնի բավարարություն պահանջող օբյեկտների նկատմամբ: Այս դեպքում անտարբերությունը պատրանք է ստեղծում, թե իբր օբյեկտները մատչելի են: Որոշ մասնագետներ պաշտպանական ֆանտազիան բաժանում են երկու տեսակի՝ ա) նվաճումների հասնող հերոսի երևակայություն, բ) տառապող հերոսի երևակայություն:

- **Ձևացում (դերի խաղ):** Մարդը կիրառում է ձևացում, երբ ներքին պաշտպանության համար շարժվում է համապատասխան նույնականացված դերին՝ առանց այն փոփոխելու նոր պայմաններում: Այլ կերպ ասած, մարդը թաքնվում է դիմակի ներքո՝ անընդհատ խաղալով, ձևացնելով: Օրինակ՝ ուսուցիչը, որը դաստիարակում է և սովորեցնում է իր աշակերտներին, շարունակում է նույն դերն իրականացնել դպրոցից դուրս՝ մարդկանց խրատելով, դաստիարակելով, քարոզելով կարգուկանոն և այլն: Ձևացման մեխանիզմը խոչընդոտում է մարդկանց միջև ջերմ, փոխվստահելի հարաբերությունների ստեղծումը:

- **Պրոյեկցիա:** Պրոյեկտումն այնպիսի պաշտպանական մեխանիզմ է, որի դեպքում մարդն իր համար անընդունելի զգացումները, բնավորության գծերը, հակումները, ձգտումները անգիտակցորեն վերագրում է այլ մարդկանց: Այսպիսով, Ես-ը պաշտպանվում է՝ իրենից հեռացնելով և ուրիշի վրա տեղափոխելով իր համար բացասական կողմերը: Մարդու համար շատ ցավոտ է հոգեկանի անցանկալի բովանդակությունների գիտակցումը: Պրոյեկցիան սովորաբար ուղղվում է այն մարդուն, ում իրավիճակը, հատկանիշները նման են պրոյեկտողի իրավիճակին: Ք. Հորնին ասում է, որ ելնելով նրանից, թե մարդն ինչպես է կշտամբում մարդկանց, կարելի է հասկանալ, թե ով է ինքը: Օրինակ՝ նախանձ մարդը տառապում է այն մտքից, որ իրեն նախանձում են, գողության հակումներ ունեցող մարդը վախենում է, որ իրեն կթավանեն:

- **Ագրեսիա:** Երբ մարդը ֆրուստրացվում է, հաճախ դիմում է ագրեսիվ քայլերի՝ ոչնչացնելու նպատակը խոչընդոտող արգելքները: Ագրեսիան կարող է ուժեղանալ, եթե չի հաջողվում հաղթահարել արգելքը, և նպատակը դեռևս արդիական է: Տարբերում են ագրեսիայի տարբեր տեսակներ. *ուղիղ ագրեսիա*. մարդիկ դիմում են բացահայտ ագրեսիվ գործողությունների, *անուղղակի ագրեսիա*. ագրեսիան ունի լատենտ բնույթ, արտահայտվում է անմիջականորեն (ագրեսիան կարող է ուղղել այլ մարդու վրա, որը չի պատասխանի, մարդու ետևից բամբասանքներ տարածել), վերբալ (խոսքային) ագրեսիան, խոսքի միջոցով ագրեսիայի դրսևորումն է (վիրավորանքներ, հայհոյանք, ծաղրանք), *ֆիզիկական ագրեսիա*. ֆիզիկական վնաս, ցավ պատճառելն է, *մեղքի զգացում*. ագրեսիա, որն ուղղված է ինքն իրեն (հաճախ հանդիպում է սուիցիդալ հակումներով մարդկանց շրջանում): Կարելի է տարբերել ագրեսիայի ուղղվածության ձևեր՝ ագրեսիա՝ ուղղված մարդկանց (հետերոագրեսիա), դեպի սեփական անձը (աուտոագրեսիա) և դեպի առարկաները:

- **Բանականացում (ռացիոնալիզացիա).** անընդունելի գործողությունների, մտքերի, հակումների համար ընդունելի, արդարացող պատճառների և բացատրությունների որոնում: Իր համար կամ սոցիալապես անընդունելի վարքի, զգացմունքների համար մարդը ներկայացնում է տրամաբանական, համոզիչ բացատրություններ: Ռացիոնալիզացիան դրսևորվում է հիմնականում երկու ձևով. չհասնելով ցանկալի օբյեկտին՝ մենք համոզում ենք մարդկանց և մեզ, որ չէինք էլ ցանկանում կամ արժեգրկում ենք տվյալ օբյեկտը (կանաչ խաղողի էֆեկտ), օրինակ՝ չստանալով քննությունը՝ ուսանողը վատաբանում է դասախոսին, կամ չկարողանալով սիրաշահել աղջկան՝ երիտասարդը պնդում է, որ իրեն պետք էլ չէին այդ հարաբերությունները: Մյուս ձևի դեպքում կատարված անսպասելի բացասական դեպքերը մեկնաբանում ենք որպես դրական (քաղցր կիտրոն), օրինակ՝ հարաբերությունների ընդհատումը կարող է մեկնաբանվել որպես դրական փորձի ձեռքբերում. «Չկա չարիք առանց բարիքի»:

- **Ինտելեկտուալիզացիա:** Ինտելեկտուալիզացիայի դեպքում հույզերն անջատվում են մտածողությունից, մարդ կարող է խոսել իր ծանր ապրումների մասին առանց հուզական պոռթկման, գիտական տերմիններով: Այնպիսի տպավորություն է ստեղծվում, որ այդ ապրումները մարդ չի վերապրում, կամ բացակայում են հույզերը: Այս մեխանիզմը մարդուն օգնում է զսպելու հուզական պոռթկումները. դա կարող է, իրոք, օգտակար լինել սթրեսային իրավիճակներում, երբ մարդուց պահանջվում է սառը դատողություն: Մակայն կյանքում խոչընդոտում է փոխհարաբերությունները, ապրումները զգալը, ռեֆլեքսիան:

- **Գերհույզի մեկուսացում (աֆեկտի իզոլյացիա):** Մարդկանց շրջանում հաճախ ի հայտ են գալիս գաղափարներ՝ ուղեկցվող տհաճ, ճնշող զգացումներով: Մեկուսացումը թույլ է տալիս գիտակցականից դուրս մղել նման զգացումները: Այս մեխանիզմն օգտակար է առողջապահության բնագավառի մասնագետների համար, քանի որ առչվելով ֆիզիկական և հոգեկան տառապանքներ ունեցող մարդկանց հետ՝ մարդը կարող է ունենալ սթրեսներ, հուզական լարվածություն, ճնշվածություն, վշտի և տառապանքի զգացում, կարող է կորցնել աշխատունակությունը: Օրինակ՝ եթե վիրաբույժը չկիրառի գերհույզի մեկուսացման մեխանիզմը, նա ունակ չի լինի բարեհաջող ավարտել վիրահատությունը, չի վերահսկի ձեռքերի դողը, քրտնարտադրությունը, յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո անընդհատ կիիշի հիվանդին և վիրահատությունը, կունենա անհարմարավետության զգացում:

- **Փոխադրում:** Զգացումները իրական օբյեկտից տեղափոխվում են ավելի քիչ վտանգավոր օբյեկտի վրա: Մարդ գայրանալիս չի կարող ագրեսիան ուղղել այն մարդուն, ում ուղղված է ագրեսիան, փոխարենը գայրույթն ուղղվում է այնպիսի մարդու, ով ավելի թույլ է և անվտանգ: Օրինակ՝ պատժված երեխան չի կարող նույն կերպ պատասխանել ծնողին, ուստի նա բարկանում է իր տիկնիկի վրա, կոտորում խաղալիքը կամ հարվածում կենդանուն: Իր դեկավարի վրա գայրացած և վիրավորված մարդը ուղղում է իր գայրույթը ստորադասին կամ ընտանիքի անդամներին:

- **Հակազդեցության ձևավորում (ռեակտիվ գոյացություն):** Հոգեկանի անցանկալի բովանդակությունները հերքվում են, և ձևավորվում են հակառակ դրսևորումներ՝ մտքեր, ցանկություններ, վարք և այլն, ընդ որում՝ զուգորդելով դրանք ուժեղ հուզականությամբ: Օրինակ՝ իր սեռական մղումները ճնշած աղջիկը զգվանքով է արտահայտվում սեռական հարաբերությունների մասին: Աղջկա մեջ անգիտակցորեն ձևավորվել է հակազդեցություն՝ ճնշված սեռական ցանկության փոխարեն տազնապը թուլացնելու նպատակով: Կամ դեռահաս տղան, սիրահարված լինելով աղջկան, անընդհատ հարվածում է նրան, մազերը քաշում: Քանի որ նրբության արտահայտումը այդ տարիքում ընկալվում է որպես ամոթալի երևույթ, տղան դրսևորում է ճիշտ հակառակ վարք:

- **Կոնվերսիա:** Այս մեխանիզմի դեպքում անգիտակցական կոնֆլիկտները, տազնապները, արտամղված ցանկությունները և ագրեսիան ստանում են արտաքին մարմնական սիմվոլիկ արտահայտում, այսինքն՝ ներքին լարվածությունը փոխարինվում է մարմնական (սոմատիկ) ախտանիշների ձևով: Օրինակ՝ դպրոց հաճախել չցանկացող երեխան ճանապարհին սրտխառնոց և փսխումներ է ունենում, բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը:

- **Նույնականացում (իդենտիֆիկացիա):** Նույնականացումը այլ մարդու հետ հուզական կապի մեջ մտնելն է, ձգտումն է նմանվել իր համար նշանակալի, պաշտելի, ազդեցիկ մարդուն: Մարդը կարող է կրկնօրինակել դիմացինի խոսելաձևը, քայլվածքը, վարվելակերպը: Սկզբում երեխան նմանակում է ծնողներին, այնուհետև ուսուցիչներին: Դեռահասության տարիքում նմանակում են բակի, դպրոցի ազդեցիկ անձանց, ֆիլմի հերոսներին, գրական հերոսներին: Վաղ տարիքում նույնականացումը նույն սեռի ծնողի հետ կարևոր է սեռադերային նույնականացման ձևավորման համար: Դրա տարատեսակներից է նույնականացումը ագրեսորի հետ, երբ մարդ անհիմն կրկնօրինակում է սպառնացող, վախ, տազնապ առաջացնող օբյեկտին:

- **Այլասիրություն (ալտրոիզմ):** Այս մեխանիզմի էությունը ուրիշներին գոհացուցիչ ծառայություն մատուցելն է: Աննա Ֆրոյդի կարծիքով ծառայությունները մատուցվում են՝ ներքին բնագոյային մղումներից ելնելով, որոնցից են նաև ագրեսիվ և սեռական մղումները: Այլասիրություն ֆրանսիացի փիլիսոփա Կոնտի կողմից դիտվում է որպես էգոիզմի հակադարձ հասկացություն: Ֆրոյդի հոգեվերլուծության տեսության մեջ այլասիրություն դիտվում է որպես սուբյեկտի ներքին պահանջմունք, որը բավարարելով, անձը թուլացնում է սեփական մեղքի զգացումը, կամ էլ այլասիրությունը մեկնաբանվում է որպես արտամղված էգոիզմի փոխհատուցում:

- **Հումոր:** Այս մեխանիզմն առաջանում է տազանապային իրավիճակում, երբ մարդը կարողանում է հումորի, կոմիկության միջոցով թուլացնել ներքին լարվածությունը, տհաճ զգացմունքները:

- **Ակնկալում (կանխատեսում):** Այս մեխանիզմի էությունն է ապագայում սպասվելիք անհանգիստ և տհաճ իրավիճակների նախօրոք ծրագրումը, որը կարող է ազատել տազնապի զգացումից: Կանխատեսելով ապագայում սպասվող տհաճ դեպքերը՝ մարդ իրեն պատրաստում է այդպիսով հետագայում պաշտպանելով էգոն տրավմայից, սթրեսից: Օրինակ՝ նախօրոք հնարավոր է նախապատրաստել սիրած էակի մոտալուտ բաժանմանը կամ ծնողի մահվանը:

- **Սուբլիմացիա:** Անցանկալի ապրումների, մղումների, բնագոյների (լիբիդոյի, թանատոսի) վերափոխումն է (տրանսֆորմացիան) սոցիալապես ընդունելի ձևերի: Որպես այդպիսին կարող են հանդես գալ արվեստը, սպորտը: Գեղարվեստական ստեղծագործությունը ստեղծագործողի համար չբավարարված և իրական կյանքում չիրականացած պահանջմունքների բավարարման անուղղակի

միջոց է: Սուբլիմացիան ամենացանկալի և ամենաառողջ միջոցն է, որի օգնությամբ կարելի է ազատվել անընդունելի իմպուլսներից:

- **Փախուստ վիրտուալ իրականություն:** Վիրտուալ իրականության միջոցով մարդը կարողանում է փախչել ռեալ իրականությունից: Այն իրականության սուբյեկտիվ մոդել է, կարող է դրսևորվել թե՛ նյութական ձևով (համակարգչային աշխարհներ՝ խաղեր, սոցկայքեր, հեռուստաֆիլմեր), թե՛ արտաքին դիտմանն անհասանելի սուբյեկտիվ պատկերներ (ֆանտազիա, երագ) և թե՛ գիտական գործունեության և տերմինների ձևով: Վիրտուալ իրականությունը միջանկյալ իրականություն է, որի միջոցով մարդը հաղթահարում է ներհոգեկան, ընտանեկան, միջանձնային կոնֆլիկտները, պաշտպանվում է տագնապից, խնդիրներից, լարվածությունից, անհաջողություններից առաջացած անհարմարավետությունից: Վիրտուալ աշխարհը տալիս է արաքների, մտքերի, զգացումների ազատություն, որը իրական աշխարհում հնարավոր չէ ձեռք բերել:

- **Երկփեղկում:** Պաշտպանական այս մեխանիզմն օգնում է անձին իր ստացած բացասական տպավորություններն ու տեսակետները համեմատել դրականի հետ և բաժանել երկու մասերի՝ «լավ» և «վատ» կամ «սև» և «սպիտակ»: Մարդիկ, ովքեր օգտագործում են երկփեղկման պաշտպանական մեխանիզմը, կարծես լավ ու վատ մասերի բաժանելով, մեղմացնում են իրենց ներքին տագնապը որևէ երևույթի կամ մարդու նկատմամբ:

- **Փոխհատուցում (կոմպենսացիա):** Փոխհատուցումը պաշտպանական բարդ մեխանիզմ է, որի ժամանակ մարդ կորստի, անբավարարվածության, անլիարժեքության պակասի դեպքում գտնում է լրացնող կամ փոխարինող միջոցներ: Փոխհատուցման պաշտպանական մեխանիզմները նկարագրել է Ա.Ադլերը: Նա կարծում էր, որ յուրաքանչյուր մարդու առանձին օրգաններ ավելի թույլ են մյուսներից, որը նրան դարձնում է ավելի խոցելի և նախատրամադրված տարբեր հիվանդությունների նկատմամբ: Նա պնդում էր, որ արտահայտված օրգանական թուլությամբ կամ թերությամբ մարդիկ հաճախ ձգտում են փոխհատուցել այդ թերությունները տարբեր միջոցներով, որի շնորհիվ հասնում են այդ ոլորտում բարձր արհեստավարժության: Փոխհատուցման գործընթացը կատարվում է նաև հոգեկան ոլորտում: Երբ մարդն ունենում է թերարժեքության սուբյեկտիվ զգացում, նա ձգտում է զարգացնել այն սովյալները, որոնք նրանում թույլ են զարգացած: Օրինակ՝ վատ լսողություն ունեցող մարդը կարող է մեծ հաջողությունների հասնել երաժշտական ասպարեզում: Տարբերում են նաև անուղղակի փոխհատուցման մեխանիզմ, որի դեպքում թերի հատկանիշի փոխարեն մարդ զարգացնում է այլ հատկանիշ՝ հասնելով այդ ոլորտում բարձր մակարդակի, օրինակ՝ ֆիզիկապես թույլ երեխան շախմատում հասնում է մեծ արհեստավարժության:

Յուրաքանչյուր մարդ տարբեր մեխանիզմներից օգտվում է տարբեր չափով: Ընդհանրացնելով կարելի է ասել, որ պաշտպանական մեխանիզմներն օգնում են մարդուն չկորցնելու իր ինքնագնահատականը, ինքնահարգանքը, հաղթահարելու կենսական դժվարությունները, նպաստում են ադապտացիային (հարմարվողականությանը): Սակայն պաշտպանական մեխանիզմների բացասական ազդեցությունն այն է, որ մարդ ինչ-որ չափով հերքում է իրականությունը, իսկ դա ևս հանգեցնում է դժվար հետևանքների: Ուստի պաշտպանական մեխանիզմները կարող են գնահատվել որպես և՛ հարմարվողական, և՛ ոչ հարմարվողական համակարգեր:

Գրականություն

1. Միքայելյան, Վ.Հ., (2007). *Հոգեվերլուծություն*. Ուսումնական ձեռնարկ, Արվա-Փրես, Երևան
2. *Защитные механизмы личности: Методические рекомендации*, (2004). Сост. В.В. Деларю. Волгоград.
3. Киршбаум, Э.И., Еремеев, А.И. (2000). *Психологическая защита*. Москва.
4. Кружкова, О.В., Шахматова, О.Н., (2006). *Психологические защиты личности: учебное пособие*. Екатеринбург.

5. Урываев, В.А., (2006). *Социальная психология личности: Учебное пособие*, Ярославль.
6. Фрейд, А., (1993). *Психология Я и защитные механизмы*. Педагогика, Москва.
7. Cramer, Ph., (2006). *Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action*. The Guilford Press.
8. Grohol, J., (2007). *15 Common Defense Mechanisms*. *Psych Central*. Retrieved on June 26, 2014, from <http://psychcentral.com/lib/15-common-defense-mechanisms/0001251>.
9. Kramer, U., (2010). *Coping and defence mechanisms: What's the difference?* Second act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 207-221.
10. Larsen, A., Bøggild, H., Mortensen, J., Foldager, L., Hansen, J., Christensen, A., Munk-Jørgensen, P., (2010). *Psychopathology, defence mechanisms, and the psychosocial work environment*. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), 563-577.
11. Olson, T. R., Perry, J., Janzen, J. I., Petraglia, J., & Presniak, M. D., (2011). *Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations*. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(2), 142-165.
12. Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O., (1986). *An empirically validated hierarchy of defense mechanisms*. *Archives of General Psychiatry*.

20. Հոգեմարմնական ուղղությունը

Հոգեմարմնական և մարմնահոգեկան փոխհարաբերությունները

Հոգեմարմնական մոտեցումը /պսիխոսոմատիկան/ ընդհանուր բժշկության և բժշկական հոգեբանության ուղղություն է, որն ուսումնասիրում է հոգեբանական գործոնների ազդեցությունը մի շարք մարմնական հիվանդությունների առաջացման և դրանց ընթացքի վրա: Բժշկության մեջ հոգեմարմնական (հուն. psyche-հոգի, soma-մարմին) տերմինը գործածել է գերմանացի բժիշկ Ս. Ա. Հեյնտորը (1818թ.), որից շուրջ 100 տարի անց բժշկության բառապաշարը հարստացել է «հոգեմարմնական բժշկություն» հասկացությամբ: Սակայն հոգու և մարմնի փոխկապվածության, ինչպես նաև բուժման բարոյական և հոգևոր կողմերի հարցերը ուշադրության է արժանացրել Հիպոկրատը դեռևս մ.թ.ա 400 տարի առաջ: Հոգեմարմնական հարաբերությունները ներառում են կիրառական բժշկության այն ճյուղը, որը զբաղվում է հոգեծին բնույթի մարմնական հիվանդություններով:

Ընդհանուր առմամբ հոգեմարմնական բժշկությունը կենտրոնանում է ուղեղի, մտքի, մարմնի և վարքի փոխհարաբերությունների, հետևաբար նաև հուզական, հոգեկան, սոցիալական, հոգևոր և վարքային գործոնների վրա, որոնք ուղղակի կարող են ներգործել առողջության վրա: Բժշկության պատմության մեջ հոգու և մարմնի միասնության խնդիրը երկար ժամանակ եղել է իշխող մոտեցումներից մեկը: 16-17-րդ դարերում Վերածննդի ժամանակաշրջանում ճշգրիտ գիտությունների զարգացմանը զուգընթաց մարդկային հոգևոր կամ հուզական ոլորտը առանձնացվում էր ֆիզիկական մարմնից: Թե՛ արվեստի և գրականության, թե՛ գիտության մեջ նկատելի էր վերոնշյալ միտումը:

Մասնագիտական գրականության մեջ հեղինակները հաճախ են նշում հոգեմարմնական հիվանդությունների, այսպես կոչված, «Չիկագոյի յոթնյակը», որի մեջ մտնում են՝ **Էսենցիալ հիպերտոնիան, 12-մատնյա աղիքի խոցը, բրոնխային ասթման, շաքարային դիաբետը, նեյրոդերմիտը (կյարդամաշկաբորբ), հոդաբորբ (ոնմատոիդ արթրիտը), խոցային կոլիտը**: Իհարկե, ժամանակակից հոգեմարմնական բժշկությունը չի սահմանափակվում միայն նշված հիվանդություններով:

Ներկայումս հոգեմարմնական բժշկության մեջ առանձնացնում են հետևյալ հիմնական տեսությունները.

Անձի տիպաբանության տեսություն: Հիպոկրատը, այնուհետև Գալենը նկարագրել են մարդկանց խառնվածքի չորս հիմնական տիպերը: Հետագայում այդ դրույթը զարգացրել են Կրեչմերը և Շելդոնը՝ դրանով իսկ ընդգծելով հոգու և մարմնի փոխկապվածությունը: Սակայն որպես դասական հոգեմարմնական անձնային տեսություն ընդունված է համարել Ֆ. Դանբարի «անձի պրոֆիլի» տեսությունը: Ըստ նրա՝ հոգեմարմնական հիվանդությունների զարգացումը պայմանավորված է անձի տիպով: Նրա կողմից նկարագրվել են հիպերտոնիկ, ալերգիկ, կորոնար և այլ տիպեր: Օրինակ՝ հիպերտոնիկ տիպին, ըստ հեղինակի, բնորոշ է կոնֆլիկտը ագրեսիվության և մեղքի զգացումի միջև, նրանք փառասեր են, բայց ոչ այնքան ինքնավստահ, շրջապատող մարդկանց (հատկապես հեղինակավոր մարդկանց) կողմից խրախուսանքի մեծ պահանջունք ունեն: Անձի ալերգիկ տիպին բնորոշ են բարձր տազնապայնությունը, սիրո և պաշտպանվածության զգացումի անբավարարությունը և այլն: Մեծ հետաքրքրության է արժանացել անձի կորոնար տիպը, որը հակված է սրտանոթային հիվանդությունների զարգացմանը: Նրանց բնորոշ հիմնական գծերից են՝ ներքին լարվածությունը, անհամբերությունը, նյարդայնությունը, մրցակցությունը, ագրեսիվությունը, հավակնությունների բարձր մակարդակը: Հետագայում ամերիկացի սրտաբաններ Ռ. Ռոզենմանը և Մ. Ֆրիդմանը կորոնար անձի վարքն անվանեցին «A տիպի վարք»: Գոյություն ունի նաև «B տիպի վարք», որը բնութագրվում է հավասարակշռությամբ, զուշավորությամբ, հանգստությամբ:

Հոգեվերլուծական տեսություն: Հոգեմարմնական հետազոտությունների զարգացման համար գիտական հիմք է եղել Զ. Ֆրոյդի կողմից առաջ քաշված կոնվերսիայի մոդելը, համաձայն որի՝ ճնշված զգացումներն առաջացնում են մարմնական ախտանիշներ: Հոգեվերլուծական դպրոցի ժամանակակից ներկայացուցիչները փորձում են հոգեմարմնական բժշկությունը բացատրել հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմների շրջանակներում: Այսպես, օրինակ՝ չբավարարված պահանջունքը կարող է ծնել ագրեսիվություն, իսկ վերջինս կարող է արտահայտվել ինչպես ինքնաագրեսիայով /աուտոագրեսիա/, այնպես էլ ուրիշներին ուղղված ագրեսիայով /հետերոագրեսիա/: Չարտահայտված ագրեսիան, որ ամենայն հավանականությամբ նույն ինքնաագրեսիան է, կարող է հոգեմարմնական դրսևորումների հիմք դառնալ:

Հոգեմարմնական տեսությունների շարքում կարևորություն ունի նաև «Փարիզի հոգեմարմնական դպրոցի» հիմնադիր **Պիեր Մարթիի** (1918-1993) հայեցակարգը, ըստ որի՝ հոգեկան հոմեոսթազը կարգավորելու համար մարմինը կարող է «դիմել» ախտաբանական միջոցների: Ըստ հեղինակի՝ «բնագոյին գրգռման» էներգիայի մի մասը, չկարողանալով մշակվել և չեզոքացվել հոգեկան մակարդակում, լիցքաթափվում է մարմնի միջոցով: Բնագոյին էներգիայի այսպիսի պարպումները կարող են դրսևորվել մարմնական հիվանդությունների ձևով, որոնք մեծ մասամբ կրում են խորհրդանշային բնույթ (այս գաղափարի հիման վրա հոգեվերլուծական մոտեցման մեջ հոգեմարմնական դրսևորված ապրումների ամբողջությունը կոչում են նաև «մարմնի խորհրդանշային լեզու»): Ըստ Պ. Մարթիի՝ հոգեկանում ամենակարևոր գործընթացներից է «մենթալիզացիան», որը հոգեկան «ռեպրեզենտացիաների» (արտաքին միջավայրի միավորների մասին մտավոր պատկերացումների) ստեղծման գործընթացն է: Մենթալիզացիայի քանակական և որակական առանձնահատկություններով է պայմանավորված նաև հոգեկան խնդիրների առաջացումը: Ըստ նրա՝ հոգեկան համակարգը կազմակերպվում է կյանքի և մահվան բնագոյների համահարաբերակցությամբ, բայց այդ համակարգի հիմնական առանցքը և պաշտպանական հնարավորությունները հիմնված են մահվան բնագոյի վրա: Պ. Մարթին մեծ ավանդ ունի նաև ալեքսիթիմայի ուսումնասիրության մեջ, որը նա անվանում էր «հուզական կուրություն» և կապում սիմվոլիկ մենթալիզացիայի անկարողության հետ:

Սպեցիֆիկության տեսություն: Համաձայն այս տեսության՝ հոգեմարմնական հիվանդությունները զարգանում են սպեցիֆիկ սթրեսորների ազդեցությանն ի պատասխան: Եթե Ֆ. Դանբարը կարևորում էր անձի տիպի դերը, ապա Ֆ. Ալեքսանդերն ընդգծեց սպեցիֆիկ հոգեդինամիկ կոնֆլիկտի նշանակալի դերը հոգեմարմնական հիվանդությունների զարգացման գործում: Օրինակ՝ բրոնխիալ ասթման

դիտարկվեց որպես ճնշված լացի էկվիվալենտ՝ «թոքերի լաց»: «Լացելու արգելքը» հանգեցնում է ներքին լարվածության և սթրեսի, որոնք էլ առաջացնում են շնչառության խանգարումներ և նպաստում ասթմատիկ նոպայի առաջացմանը: Հաճախ այս հիվանդությունը նաև ներընտանեկան խնդիրների դրսևորման արդյունք է:

Ալեքսիթիմիայի տեսություն: Վերջին ժամանակներս որպես հոգեմարմնական հիվանդությունների առաջացման ռիսկային գործոն մեծ ուշադրության է արժանացել ալեքսիթիմիան: «Ալեքսիթիմիա» տերմինը ներմուծել է Սիֆնետսը 1973թ., որը բառացիորեն նշանակում է «չկան խոսքեր զգացմունքի համար»: Այս տեսության համար հիմք են դարձել նախապես իրականացված դիտումները, որոնք վկայում էին, որ բազմաթիվ հիվանդներ, որոնք գանգատվում էին դասական հոգեմարմնական հիվանդություններից և բնութագրվում էին որպես «ինֆանտիլ անձինք», դժվարություններ էին դրսևորում իրենց զգացմունքները վերբալ արտահայտելու ժամանակ:

Սթրեսի տեսություն (Չ. Սելյե): Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ցանկացած տևական սթրես հանգեցնում է հոգեֆիզիոլոգիական փոփոխությունների, որոնց պատճառով խանգարվում է նաև մարդու հարմարվողականությունը, ապա և ծագում է հոգեմարմնական հիվանդություն: Ընդ որում, յուրաքանչյուր մարդ ունի գենետիկորեն պայմանավորված կամ ձեռքբերովի «նվազագույն դիմադրության տեղ»¹⁰, «խոցելի կամ վերջավոր» օրգան, որն ընկալունակ է սթրեսի նկատմամբ: Մեկի դեպքում այն սիրտն է, մյուսի դեպքում՝ աղեստամոքսային ուղին, երրորդի դեպքում՝ մաշկը և այլն:

Կենսահոգեազդեցիչական մոդել (Ջ. Էնգել), որն ընդգծում է կենսաբանական, հոգեբանական և սոցիալական գործոնների դերը հիվանդության առաջացման և զարգացման գործում: Ընդ որում, կենսահոգեազդեցիչական մոդելը դիտվում է որպես դինամիկ միասնություն, որի բաղադրիչները մշտապես փոփոխվում են և ներգործում միմյանց վրա: Այս մոդելի շրջանակում կարևորվում է ոչ թե առաջնային գործոնի հարցը, այլ այդ գործոնների (կենսաբանական, հոգեբանական, սոցիալական) փոխներգործության բնույթը:

Անձնական գործոնը ևս կարևոր դեր է կատարում հոգեմարմնական փոփոխությունների շրջանակում:

Այսպիսով, հոգեմարմնական խանգարումների սկզբնական պատճառը պայմանավորվում է որոշակի հոգեկան վիճակներով կամ դժվարություններով, որոնք առաջացնում են մարմնական կամ ֆիզիոլոգիական բնույթի հակազդեցություններ:

Հոգեմարմնական խանգարումների հետևանքով կարող են փոփոխվել կամ հակազդել հետևյալ օրգան – համակարգերը՝

- ա) կենտրոնական նյարդային,
- բ) սիրտ - անոթային,
- գ) շնչառական,
- դ) մարսողական,
- ե) միզասեռական,
- զ) Էնդոկրին, ինչպես նաև կարող են լինել չճշտված՝ խառը բնույթի, օրինակ՝ հենաշարժական:

«Չիկագոյի յոթնյակ»

Էսենցիալ հիպերտոնիան հաճախ սկսվում է այն ժամանակ, երբ մարդը հայտնվում է քրոնիկական լարված սպաստղական իրավիճակում: Նպաստող գործոններից կարելի է առանձնացնել նաև երկարատև վախը, մեծացող լարվածությունը և ժամանակի պակասը: Հիպերտոնիայով հիվանդներին նկարագրում են տիպական ներոտիկ անձնային կառուցվածքով՝ կաշուն վիճակների գերակշռությամբ, որի արդյունքում հաճախ առաջանում են ներքին և արտաքին կոնֆլիկտներ, որը դժվարացնում է հուզական լիցքաթափումը: Ըստ Ալեքսանդերի՝ Էսենցիալ հիպերտոնիայով հիվանդներին բնորոշ է մշտական պայքարը թշնամական-ազդեցիվ զգացողության հետ: Բարի համբավը կորցնելու վախը

¹⁰ լատիներենով՝ locus minoris resistentiae

նրանց ստիպում է վերահսկել թշնամանքի դրսևորումները: Մինևույն ժամանակ նկատելի են ինքնահաստատման դժվարություններ: Հանուն ուրիշների նրանք պատրաստ են հրաժարվել սեփական պահանջմունքներից՝ ցանկանալով այդ կերպ արժանանալ նրանց խրախուսանքին: Այսպիսի հիվանդները մշտապես նյարդայնություն են դրսևորում, եթե բախվում են անհաղթահարելի հակադրության հետ: Հիպերտոնիկների շրջանում հանդիպող անձնային գծերից են հատկապես աշխատասիրությունը, պարտքի զգացումը, շփոթականությունը, բարձր պատասխանատվությունը:

Շաքարային դիաբետի առաջացման հոգեմարմնական սահմանման մասին մասնագիտական գրականության մեջ նշվում է հետևյալը.

➤ Կոնֆլիկտը մեղմանում է, և ոչ օրալ պահանջմունքները (այն պահանջմունքները, որոնք կապված չեն ուտելու պահանջմունքի հետ) բավարարվում են սննդի միջոցով:

➤ Միրո անբավարարության դեպքում առաջանում է քաղցի զգացում, քանի որ սերը անգիտակցորեն փոխարինվում է սննդի միջոցով:

➤ Ողջ կյանքի ընթացքում պահպանվող վախը հանգեցնում է պայքարի կամ փախուստի մշտական պատրաստվածության համապատասխանաբար առաջացնելով հիպերգլիկեմիա՝ առանց հոգեֆիզիոլոգիական լարվածության թուլացման:

Ըստ Ալեքսանդերի՝ այսպիսի հիվանդներն ունեն իրենց մասին հոգ տանելու և ուրիշներից կախվածության մեծ ցանկություն: Որոշ մասնագետներ դիաբետիկների շրջանում հայտնաբերել են ամբիվալենտ հակվածություններ, որ դրսևորվում են տազնապի, անհանգստության, վախի և հանգստի ձգտման և պաշտպանվածության միջև հակասությունների ձևով:

Ունմատոիդ արթրիտով (հողաբորբով) հիվանդները նախահիվանդագին (պրեմորբիդում) բնութագրվում են հանգստությամբ, տարբերվում են բարեխղճությամբ, հաճախ՝ այլասիրական վարքով: Այսպիսի հիվանդների շրջանում ընդունված է առանձնացնել բնավորության գծերի 3 խումբ.

1. Գերբարեխղճության, պարտքի զգացումի, արտաքին զիջողականության կայուն դրսևորումներ, որոնք զուգակցվում են ագրեսիվ և թշնամական ազդակների ճնշման հակվածությամբ:

2. Մազոխիստական-դեպրեսիվ դրսևորում անձնագոհության և օգնություն ցույց տալու ուժեղ պահանջմունքով, որն ուղեկցվում է գերբարոյական վարքով և տրամադրության դեպրեսիվ խանգարումներով:

3. Ֆիզիկական ակտիվության արտահայտված պահանջմունք նախքան հիվանդության զարգացումը (պրոֆեսիոնալ սպորտ, ինտենսիվ աշխատանք այգում, տանը և այլն):

Կետտելի թեստով այսպիսի հիվանդների շրջանում հայտնաբերվել է արտահայտված համեստություն, հնազանդություն, զիջողականություն, ուժեղ գեր-ես: Որոշ մասնագետների կարծիքով ունմատոիդ արթրիտով (հողաբորբով) հիվանդները քիչ ուշադրություն են դարձնում սեփական մարմնին, տարբերվում են թույլ ինքնաընկալմամբ և ինքնաճանաչմամբ:

Բրոնխիալ ասթման բազմագործոնային հիվանդություն է, որի դեպքում փոխներգործում են հիմնականում հոգեմարմնական, ինֆեկցիոն և ալերգիկ բաղադրիչները: Դժվար է ասել, որ հուզական գործոնը ինքնուրույն կարող է բավարար պայմաններ առաջացնել հիվանդության առաջացման համար, սակայն կենսաբանական նախատրամադրվածության դեպքում այն լիովին ունակ է հանգեցնելու ասթմատիկ պրոցեսի դրսևորմանը: Մինչև հիվանդության սկիզբը շատերի մոտ նկատվում է առանց պատճառի տազնապայնություն: Անձնային հակասությունը մի կողմից պեղանտ (բժաղնդիր) համառության, մյուս կողմից՝ հաստատունության և ենթարկվող բնավորության գծերի միջև: Բրոնխիալ ասթմայով հիվանդների անձնային տիպի հիմնական բնութագրիչներից են՝

- դեպրեսիայի և ագրեսիայի ճնշման հակվածությունը,
- ֆրուստրացնող ազդեցության նկատմամբ հակազդման զսպումը,
- չափազանց զրգովածությունը կամ թուլությունը,
- բարձր տազնապայնությունը,
- քնքշության, մտերմության թաքնված ցանկությունը:

Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդություն: Մասնագիտական գրականության մեջ տարբերում են խոցային հիվանդների պասիվ և գերակտիվ տիպեր:

Պասիվ խոցային տիպը հակված է սուրբերակային տրամադրության զուգակցմանը և անմիջականորեն արտահայտում է իր կախվածության պահանջունքները: Խոցային նոպան առաջանում է, «երբ կախվածության անգիտակցական կամ գիտակցական ցանկությունը մերժվում է»: Պասիվ տիպի դեպքում լքված լինելու անգիտակցական վախը առաջնային է և հանգեցնում է մշտական լարվածության: Այսպիսի անհատները փնտրում են հանգամանքներ և մարդիկ, որոնք «չեն կարող լքել» իրենց: Ցանկացած կասկած, սիրալիր հայացքի բացակայություն կարող է առաջացնել խուճապային հակազդում: Կյանքի մարտավարությունը պաշտպանված լինելն է: Պասիվ խոցային տիպը հաճախ հանդիպում է այն ընտանիքներում, որտեղ մայրը գերհոգատարություն է դրսևորել:

Գերակտիվ խոցային տիպի դեպքում կախվածության ցանկությունը շատ ուժեղ է, սակայն ժխտվում է հիվանդի կողմից: Այս տիպը կարելի է ասել գրկված է հանգստությունից: Ագրեսիվ կերպով հետևում է իր նպատակին, ձգտում անկախության և մշտապես ապացուցում իր ուժը: Այդպես փորձում է ապահովել սեփական պաշտպանվածության զգացումը: Այսպիսով, նրանք միաժամանակ ակտիվ են և անինքնավստահ:

Խոցային կոլիտով¹¹ հիվանդների դեպքում հաճախ հենց հիվանդության սկզբնական շրջանում նկատելի են անձի այնպիսի առանձնահատկություններ, որոնք հիմք են դառնում հիվանդության զարգացման համար: Նրանք ունեն ցածր ինքնագնահատական, չափազանց զգայուն են սեփական անհաջողությունների նկատմամբ, ձգտում են խնամակալության: Հետևաբար նախընտրում են միջանձնային հարաբերություններ, որոնք հենարան են իրենց համար: Հիվանդությունը դիտարկվում է նաև որպես թախիծի չափանիշ: Ֆրեյբերգերի կարծիքով խոցային կոլիտով հիվանդներին բնորոշ են ինֆանտիլությունը, դեպրեսիվ ռեակցիաները, նարցիսիզմը, արգելափակված ագրեսիան: Մի շարք մասնագետների տվյալներով, այսպիսի հիվանդներին հատուկ են անալային բնավորության գծեր՝ մաքրասիրություն, ճշտապահություն, պարտքի զգացում: Հետազոտությունների հիման վրա պարզվել է, որ խոցային կոլիտով հիվանդների 60%-ի դեպքում մարմնական դրսևորմանը նախորդել է դեպրեսիվ երանգավորված կյանքի իրավիճակ՝ կապված օբյեկտի իրական կամ երևակայական կորստի հետ:

Նեյրոդերմիտ (նյարդամաշկաբորբ): Մաշկը հնարավորություն է տալիս անմիջականորեն ճանաչելու մարդու հոգեկան վիճակը: Այն մարդու հույզերի արտահայտման կարևորագույն օրգանն է: Պատահական չէ, որ ասում են՝ մաշկը հոգու հայելին է: Կան նաև այլ տեսակետներ, որոնց համաձայն՝ մաշկը ներքին կոնֆլիկտների դրսևորման լոկուսն է, սահմանագիծ է սեփական և օտար աշխարհների միջև: Նեյրոդերմիտով հիվանդին բնորոշ են ֆիզիկական և սոցիալական անլիարժեքության զգացումը, մեկուսացման հակվածությունը, քնքշանքի արտահայտված պահանջունքը, պասիվությունը: Հիվանդների մեծամասնության շրջանում սթրեսածին գործոն է իրենց անձին ուղղված քննադատությունը, ինչպես նաև պլանավորված գործունեության մեջ անհաջողությունը: Նեյրոդերմիտով հիվանդներին հատկանշական է նաև դժվարությունները միջանձնային ոլորտում, հատուկ է լարվածության զգացումը շփման մեջ, որը թուլանում է միայն հարազատ մարդկանց միջավայրում: Կարևորագույն դեր են կատարում նաև վախի և մեղքի զգացումը:

Սոմատոֆորմ խանգարումներ

Սոմատոֆորմ խանգարումների վերաբերյալ նյութը ներկայացված է ամերիկյան DSM-IV և DSM-V դասակարգման, ինչպես նաև եվրոպական ՀՄԴ-10 հիման վրա:

Սոմատոֆորմ խանգարումների գլխավոր ախտանիշներն են ֆիզիկական կրկնվող զանգասները՝ բժշկական հետազոտման մշտական պահանջով՝ առանց հաշվի առնելու այդ հետազոտությունների արդեն հաստատված բացասական պատասխանները, որ այդ ախտանիշների համար որևէ ֆիզիկական հիմք չկա: Եթե անգամ ինչ-որ ֆիզիկական խանգարում կա, ապա դրանց բնույթն ու

¹¹ հանդիպում է նաև «ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտ» տարբերակով:

արտահայտվածությունը կամ դիսթրեսը և հիվանդի մտահոգությունը պայմանավորված չեն ախտանիշներով: Իսկ երբ ախտանիշներ առաջանալն ու պահպանվելը սերտորեն կապված են կյանքի տհաճ դեպքերի, դժվարությունների և բախումների հետ, հիվանդը ժխտում է հոգեբանական պայմանավորվածությունն ու մերժում՝ այդ հնարավորությունը քննարկելու ամեն փորձ. այս հանգամանքը առկա է նաև դեպրեսիվ և տագնապի ախտանիշների դեպքում:

Այս խանգարումների դեպքում հաճախ դիտվում են հիսթերիկ վարքի որոշ նշաններ՝ ուղղված ուշադրություն գրավելու, հատկապես այն հիվանդների շրջանում, ովքեր դժգոհում են, թե չեն կարողանում ապացուցել բժշկին իրենց հիվանդության ֆիզիկական բնույթը և անհրաժեշտ են համարում շարունակել հետազոտություններն ու հետազոտությունները:

Չնայած հիվանդի սևեռուն մտքերը տևական են և հակասում են առողջ մտածելակերպին, բայց և փաստարկներով հնարավոր է նվազեցնել համոզվածության աստիճանը, ինչ-որ չափով հանգստացնել ու շարունակել հետազոտությունը: Բացի այդ, տհաճ, սարսափեցնող ֆիզիկական զգացողությունները երբեմն բացատրվում են սոցիալ-մշակութային միջավայրում հիվանդի կենցաղով և համոզմունքներով:

Հոգեմարմնական փոխհարաբերություններում հատուկ ուշադրության են արժանացել սոմատոֆորմ խանգարումները, որոնք ներառում են՝

- սոմատիզացված խանգարումներ,
- հիպոխոնդրիկ խանգարումներ,
- սոմատոֆորմ վեգետատիվ դիսֆունկցիան,
- քրոնիկական սոմատոֆորմ ցավի խանգարումներ:

Սոմատիզացված խանգարումների հիմնական նշանները բազմաթիվ, կրկնվող և հաճախ փոփոխվող, ձևափոխվող սոմատիկ ախտանիշներն են, որոնք սովորաբար տևում են երկար տարիներ՝ մինչև հիվանդը՝ հոգեբույժի դիմի: Հիվանդների մեծ մասն անցնում է երկար ու բարդ ճանապարհ՝ առաջնային և մասնագիտացված բժշկական ծառայությունից (հետազոտությունների արդյունքները բացասական են) մինչև անօգուտ վիրահատություններ: Ախտանիշները կարող են վերաբերել մարմնի տարբեր հատվածների կամ համակարգերի, բայց ավելի հաճախ հանդիպում են աղեստամոքսային ուղիներին վերաբերող զգացողություններ (ցավ, գկոտոց, սրտխառնոց, փսխում և այլն), ինչպես նաև անկանոն մաշկային զգացումներ (քոր, այրոց, ծակծկոց, թմրածություն, ցավոտություն և այլն): Հազվադեպ չեն նաև դաշտանային և սեռական գանգատները: Հաճախ հայտնաբերվում է հստակ արտահայտված դեպրեսիա և տագնապ, որը կարող է արդարացնել յուրահատուկ բուժում իրականացնելը: Հիվանդության ընթացքն ալիքաձև, քրոնիկական բնույթ ունի, այն ուղեկցվում է սոցիալական, միջանձնային և ընտանեկան վարքի երկարատև խանգարումներով: Առավել հաճախ հանդիպում է կանանց շրջանում, և սովորաբար սկսվում է երիտասարդ տարիքում: Դեղորայքային (հանգստացնող, ցավազրկող) երկարատև հաճախակի բուժումները և դրանց չարաշահումը կարող են հանգեցնել այդ նյութերից օրգանիզմի կախվածության:

Ախտորոշման ցուցումներ

Ճիշտ ախտորոշումը պահանջում է ստորև թվարկվող նշանների առկայություն.

ա) Ոչ պակաս, քան 2 տարվա ընթացքում բազմաթիվ և տատանվող սոմատիկ ախտանիշների առկայություն, որոնք համապատասխան սոմատիկ բացատրություն չեն գտել:

բ) Տարբեր բժիշկների, որոնք հիվանդին ջանացել են համոզելու օրգանական պատճառների բացակայության մասին, չհավատալը և նրանց խորհուրդներն արհամարհելը:

գ) Սոցիալական և ընտանեկան գործունեության խանգարումների մի մասը կարող է վերաբերել ախտանիշների բնույթին և դրանցով պայմանավորված վարքին:

Ներառում է բազմաթիվ գանգատների համախտանիշը և բազմակի հոգեմարմնական խանգարումներ:

Հիպոխոնդրիկ խանգարումների հիմնական նշանները մեկ կամ մի քանի ծանր սոմատիկ խանգարումներով հիվանդանալու հնարավորության մտահոգությունն է: Հիվանդները մշտապես ներկայացնում են սոմատիկ գանգատներ կամ մտահոգվում են իրենց մարմնական առողջությամբ: Նորմալ կամ սովորական երևույթներն ու զգացողությունները հաճախ մեկնաբանվում, ընկալվում են որպես ոչ նորմալ, տհաճ, ընդ որում, ուշադրությունը կենտրոնանում է օրգանիզմի մեկ կամ երկու օրգանի, համակարգի վրա: Հիվանդը կարող է ներկայացնել ենթադրվող սոմատիկ հիվանդությունը կամ մարմնական արատը: Այնուամենայնիվ, բժշկի բազմակի խորհուրդներից համոզվածությունն աստիճանաբար նվազում է, չնայած հիվանդն ավելի հավանական է համարում մերթ այս, մերթ այն հիվանդությունը: Երբեմն հիվանդը ենթադրում է, որ բացի հիմնական հիվանդությունից, առկա է մեկ ուրիշ հիվանդություն ևս: Այս վիճակը հաճախ ուղեկցվում է դեպրեսիայով և տագնապով, որոնք կարող են արդարացնել լրացուցիչ ախտորոշումը: Խանգարումները հազվադեպ են սկսվում 50-ից բարձր տարիքում, իսկ ախտանիշներն ու արդյունավետության խանգարումներն ունեն քրոնիկական, ալիքաձև ընթացք: Մարմնի ձևի մասին կայուն գառանցանք չպետք է լինի: Այստեղ կարևոր է մեկ կամ մի քանի հիվանդության առկայության մասին վախը:

Այս համախտանիշը հավասարապես հանդիպում է տղամարդկանց և կանանց շրջանում, իսկ ժառանգականության խնդիրը բացակայում է (ի տարբերություն սոմատիզացված խանգարումների):

Շատ հիվանդներ այս խանգարումների թեթևակի արտահայտված ձևերով երկար ժամանակ մնում են առաջին բժշկական օգնության շրջանակներում՝ հոգեբուժական ծառայության տեսադաշտից դուրս: Եթե հիվանդության սկզբնական շրջանում չի հաջողվում բժշկի և հոգեբույժի նրբանկատ փոխադարձ պայմանավորվածությամբ հիվանդին մասնագիտական բուժում ցույց տալ, ապա հետագայում հոգեբույժի դիմելը մերժում է հիվանդը: Արդյունավետության աստիճանի խանգարումը խիստ բազմազան է: Ունեցած ախտանիշների շնորհիվ որոշ հիվանդներ ընտանիքում գլխավորում են իրավիճակը և սեփական կամքը թելադրում սոցիալական կառույցներում, նրանցից մի մասը գործում է նորմալ:

ՀՄԴ 10-ում դիսմորֆոֆոբիան հիպոխոնդրիկ խանգարման ենթախումբ է: **Դիսմորֆոֆոբիան** սոմատոֆորմ խանգարում է, որը բնութագրվում է ուժեղ անհանգստությամբ արտաքինի երևակայական կամ չնչին թերություններից: Հիմնականում կենտրոնանում են կնճիռների, մաշկի բծերի, մազերի, քթի, շուրթերի, կրծքերի, սեռական օրգանների վրա: Դիսմորֆոֆոբիան, ի տարբերություն արտաքինի վերաբերյալ սովորական անհանգստությունից, կարող է հասնել ծայրահեղ աստիճանի, օրինակ՝ մարդիկ չեն կարողանում նայել մարդկանց այքերի մեջ, աշխատում են ամեն գնով կոծկել, թաքցնել իրենց «թերությունը», դիմում են պլաստիկ վիրաբույժների:

Ախտորոշման ցուցումներ

Ճիշտ ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է ստորև ներկայացվող երկու չափանիշների գուրակցում.

ա) Մեկ կամ մի քանի սոմատիկ ծանր հիվանդությունների գոյության մասին մշտական մտքեր, որոնք բացատրում են ախտանիշի կամ ախտանիշների առկայությունը կամ ենթադրվող արատին կենտրոնանալը, ըստ որում, այդ մտքերը պահպանվում են անկախ այն հանգամանքից, որ հետազոտությունը չի հայտնաբերում համապատասխան սոմատիկ հիմք:

բ) Տարբեր բժիշկներին մշտապես չհավատալը, որոնք փորձում են համոզել հիվանդին ախտանիշներին համապատասխանող սոմատիկ հիվանդության բացակայությունը:

Սոմատոֆորմ վեգետատիվ դիսֆունկցիա ունեցող հիվանդները այս խանգարումների ժամանակ գանգատներն այնպես են ներկայացնում, կարծես թե դրանք պայմանավորված են վեգետատիվ նյարդային համակարգի ազդեցությամբ օրգանի կամ համակարգի խանգարումներով, այսինքն՝ սիրտ-անոթային, աղեստամոքսային կամ շնչառական համակարգերի (երբեմն ներառվում է նաև միզասեռական համակարգը): Հաճախ վառ ախտանիշների օրինակները վերաբերում են սիրտ-ա-

նոթային (սրտի ներքո), շնչառական (հոգեծին շնչարգելություն, գլոտոց), աղեստամոքսային (ստամոքսի ներքո, նյարդային լուծ) համակարգերին: Ախտանիշները լինում են երկու տեսակ, և դրանցից ոչ մեկը չի հենվում նշված օրգանի կամ համակարգի ֆիզիկական խանգարումների վրա: Առաջին տեսակը, որով սովորաբար հիմնավորվում է ախտորոշումը, բնորոշվում է վեգետատիվ գրգռվածության օբյեկտիվ նշաններով պայմանավորված գանգատներով՝ սրտխփոցով, խիստ քրտնարտադրությամբ, կարմրությամբ, դողով:

Երկրորդ տեսակը բնորոշվում է անհատական, ոչ յուրահատուկ իդիոսինկրազիայի ախտանիշներով, ինչպիսիք են ցավի թեթևակի զգացողությունը, այրոցի, ծանրության, լարվածության, ձգվածության կամ ուռչելու զգացումը: Հիվանդներն այս գանգատները վերագրում են որոշակի օրգանի կամ համակարգի, որին կարող են վերաբերել նաև վեգետատիվ ախտանիշները: Այս ամենի հիմքով ձևավորվում է բնորոշ կլինիկական պատկեր:

Այս խանգարումներով շատ հիվանդներ մատնանշում են հոգեբանական սթրեսի, ծանր իրադրության, չլուծվող խնդիրների առկայությունը՝ դրանք կապելով խանգարման հետ: Այնուամենայնիվ, այս չափանիշներին համապատասխանող խանգարումների դեպքում ծանրացնող հոգեբանական գործոններ չեն հայտնաբերվել: Որոշ հիվանդներ կարող են ունենալ ֆիզիոլոգիական գործունեության աննշան խանգարումներ՝ գլոտոց, գազեր աղիքներում, շնչարգելություն, բայց դրանք չեն խանգարում տվյալ օրգանի կամ համակարգի ֆիզիոլոգիական հիմնական գործունեությանը:

Ախտորոշման ցուցումներ

Հավաստի ախտորոշման համար պահանջվում է հետևյալ նշանների առկայությունը.

ա) Վեգետատիվ գրգռվածության ախտանիշներ՝ սրտխփոց, քրտնարտադրություն, դող, շիկնանք, որոնք քրոնիկական բնույթ ունեն և անհանգստացնում են հիվանդին:

բ) Որոշակի օրգանի կամ համակարգի լրացուցիչ անհատական գանգատների ախտանիշներ:

գ) Այդ օրգանի կամ համակարգի հնարավոր լուրջ հիվանդությամբ (հաճախ անորոշ) մտահոգություն, ըստ որում, բժշկի բազմակի բացատրությունն ու համոզելը մնում է անարդյունք:

դ) Տվյալ օրգանի կամ համակարգի կառուցվածքային կամ գործունեության խանգարումների տվյալների բացակայություն:

Քրոնիկական սոմատոֆորմ ցավի խանգարման հիմնական գանգատը մշտական, ուժեղ և հոգեպես ճնշող ցավն է, որը չի բացատրվում ֆիզիոլոգիական կամ մարմնական խանգարումներով, արտահայտվում է հուզական բախումներով կամ սոցիալ-հոգեբանական չլուծվող խնդիրներով զուգորդված, որոնք կարող են գնահատվել որպես հիմնական պատճառ: Արդյունքի կարելի է հասնել հիվանդի նկատմամբ ուշադրություն և նրան օգնելու ցանկություն ցուցաբերելով:

Հայտնի կամ ենթադրվող հոգեֆիզիոլոգիական մեխանիզմից առաջացած ցավը, ինչպիսիք են մկանային լարվածության ցավը, միգրենը (անգար), որի հիմքում ենթադրվում է հոգեծին գործոն, ներառում է հոգեծին (պսիխոգեն) գլխացավ կամ մեջքի ցավ, սոմատոֆորմ ցավային խանգարում:

Այս խանգարումը հաճախ անհրաժեշտ է տարբերել օրգանական ցավի հիստերիկ արտահայտությունից: Օրգանական ծագման ցավի զգացողություն ունեցող հիվանդները, որոնք դեռ չունեն մարմնական հիվանդության ախտորոշում, երբեմն դառնում են վախկոտ, շուտ վիրավորվող, որ հանգեցնում է շրջապատի ուշադրությանն արժանանալու միջոցների փնտրտուքի: Սոմատիզացված խանգարումների դեպքում նույնպես հաճախակի են տարբեր ցավազգացողությունները, սակայն դրանք ուժգնությամբ և կայունությամբ մյուս գանգատներից չեն տարբերվում:

Խոսելով հոգեմարմնական հիվանդությունների մասին՝ կարևոր է անդրադառնալ նաև DSM-IV-ում նկարագրված **սիմուլյատիվ խանգարումներին**:

Մարդիկ, երբ ունենում են առողջական որոշ խնդիրներ, դիմում են բժշկի, բայց երբեմն բժիշկը ֆիզիոլոգիական ոչ մի պատճառ չի կարողանում գտնել: Ի տարբերություն սոմատոֆորմ խանգարումների, երբ հիվանդը գիտակցաբար չի ուզում հիվանդ լինել և մտադրված արհեստականորեն հիվանդություն չի առաջացնում, սիմուլյատիվ խանգարումների դեպքում հիվանդը մտադրված

առաջացնում է ախտանիշներ՝ ուղղակի հիվանդի կարգավիճակ ստանալու նպատակով: Այս անձինք հիվանդ ձևանալու ձգտումով հասնում են ծայրահեղության: Նրանցից շատերը թաքուն դեղամիջոցներ են ընդունում, ներարկումներ են կատարում, որ առաջացնեն հիվանդագին ախտանիշներ: Արյունահեղության, ուշաթափության նույնիսկ են փորձում առաջացնել: Միմուլյատիվ խանգարում ունեցող անձինք լավ ուսումնասիրում են բժշկություն, ինֆորմացիա են ստանում իրենց հիվանդագին վիճակների մասին: Շատերը ծանր փորձությունների՝ ախտորոշումների, թերապիայի, անգամ վիրահատությունների են ենթարկում իրենց:

«Միմուլյատիվ խանգարումներ» ախտորոշելու համար անհրաժեշտ նախապայմանները՝ համաձայն DSM-IV-ի՝

1. մարմնական ախտանիշների մտադրված առաջացումը կամ ձևացումը,
2. այդ գործողությունները պայմանավորված են հիվանդի դերի մեջ մտնելու ցանկությամբ,
3. նման վարք ցուցաբերելու համար ֆինանսական և այլ պատճառների բացակայություն:

Մյունխաուզենի համախտանիշը սիմուլյատիվ խանգարման երկարատև և ծայրահեղ ձևն է: Հաճախ հանդիպում է նաև դելեգատացված Մյունխաուզենի համախտանիշը, որի դեպքում ծնողները երեխաների մեջ միտումնավոր առաջացնում են ֆիզիկական հիվանդություններ: Նրանք կարող են դիմել ցանակացած քայլի, որպեսզի ստանան ցանկալի արդյունք, օրինակ՝ երեխային տալիս են քիմիական դեղամիջոցներ, աղտոտում են արհեստական շնչառության կամ կերակրման սարքերը, խեղդում են: Երեխաների շրջանում հանդիպող հիմնական հիվանդություններն են՝ արյունահեղությունը, կոման, ուշաթափությունը, փորլուծությունը (դիարեա), փսխումները, ինֆեկցիաները, «պատահական թունավորումներ», «հանկարծակի» մահը քնի մեջ: Դա կարող է հանգեցնել նրան, որ երեխաները պարբերաբար բժշկական միջամտությունների ենթարկվում են, ընդհուպ վիրահատություններ: Մայրն այնքան հոգատար և նվիրված է երևում, որ բոլորը խղճում և հիանում են նրանով: Բայց երբ երեխաներին այլ ծնողների խնամակալությանն են տալիս, նրանց հիվանդությունները և ախտանիշներն անհետանում են:

Հիվանդության ներքին և արտաքին պատկերը

Ընդհանրապես հիվանդությունների հոգեբանական կողմը խորությամբ պատկերացնելու համար առաջ են քաշվել հիվանդության «արտաքին պատկեր» և «ներքին պատկեր» հասկացությունները: Ռ. Ա. Լուրիայի կարծիքով, հիվանդության ներքին պատկեր ասելով, հասկանում ենք այն ամենը, ինչ զգում և ապրում է հիվանդը. ոչ միայն տեղային զգացողությունները, այլև ընդհանուր ինքնազգացողությունը, ինքնադիտումը, պատկերացումը հիվանդության, նրա պատճառների մասին, հիվանդի ներաշխարհն ամբողջությամբ, որը կազմված է զգայությունների, ընկալումների, հույզերի, աֆեկտների, կոնֆլիկտների, հոգեկան ապրումների և տրավմաների բարդ զուգակցումներից: Իսկ հիվանդության «արտաքին պատկեր» ասելով՝ Լուրիան հասկանում էր ոչ միայն հիվանդի արտաքին տեսքը, այլև այն ամենը, ինչը հաջողվում է բժշկին ստանալ հետազոտության մեթոդների կիրառման արդյունքում՝ ամրագրելով դրանք թվերով, գրաֆիկներով և այլն:

Ժամանակակից հոգեբանական հետազոտությունների մեծամասնության մեջ առանձնացնում են հիվանդության ներքին պատկերի մի քանի մակարդակներ՝

1. զգայական (ցավ, թուլություն, ջերմություն),
2. հուզական (տագնապ, վախ),
3. ինտելեկտուալ (մտավոր) (պատկերացում, գիտելիքներ հիվանդության մասին),
4. կամային կամ մոտիվացիոն (փոխել կենսակերպը, վարքը առողջության հանդեպ):

Իհարկե, հիվանդության արտաքին և ներքին պատկերները միահյուսված են, ուստի անհրաժեշտ է այն ուսումնասիրել միասնության մեջ: Հետևաբար ժամանակակից բժշկի արվեստը հիվանդությունն ախտորոշելիս և բուժելիս այն է, որ ներդաշնակորեն կարողանա համակցել հիվանդի ներաշխարհի վիճակը կլինիկական հետազոտություններից ստացված օբյեկտիվ փաստերի արդյունքների հետ:

Անձի հակազդեցությունները հոգեմարմնական հիվանդությունների դեպքում

Մարմնական հիվանդությունների հետևանքով առաջացած անձի հակազդեցությունները նույնպես բժշկական հոգեբանության ուսումնասիրության խնդիրներից են: Անձի հակազդեցությունները կարող են ունենալ ախտաբանական բնույթ և արտահայտվել պսիխոզեն (հոգեծիմ), ներքին, տագնապային-դեպրեսիվ հակազդեցություններով կամ հիվանդության փաստի ընկալման հոգեբանորեն ադեկվատ (համապատասխան) ապրումներով:

Հոգեկան խանգարումները, որոնք առաջանում են մարմնական հիվանդություններից, հոգեկան և սոմատոզեն փոփոխություններից, ինչպես նաև հիվանդության նկատմամբ անձի ցուցաբերած հակազդեցությունից, պայմանավորված են հիվանդությունների՝

ա. զարգացման դինամիկայով և սրությամբ,

բ. այդ հիվանդության մասին հիվանդի պատկերացմամբ,

գ. բուժման բնույթով և հոգեթերապևտիկ մթնոլորտով,

ե. հիվանդի անձով,

զ. հիվանդության նկատմամբ հարազատների և մյուսների ունեցած վերաբերմունքով:

Հոգեբանների կողմից առանձնացված է հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունքի 13 տարբերակներ, որոնք պայմանավորված են հիվանդի անձի առանձնահատկություններով: Այս տիպաբանությունը ստեղծվել է Ա. Լիչկոյի և Ն. Իվանովի կողմից 3 գործոնների գնահատման հիման վրա՝

- ◆ հիվանդության բնույթ,
- ◆ անձի տիպ, որում կարևորագույն մասը բնավորության շեշտվածության տիպն է,
- ◆ հիվանդության նկատմամբ հարազատների և մտերիմների ունեցած վերաբերմունք:

Տիպերը համախմբված են հետևյալ բաժիններում.

I բաժինն ընդգրկում է հիվանդության նկատմամբ անձի այն հակազդեցությունները, որոնց դեպքում սոցիալական հարմարվողականությունն էապես չի խանգարվում (հարմոնիկ, էրգոպաթիկ և անոզոգնոզիկ տիպեր): II և III բաժիններն ընդգրկում են անձի հակազդման այնպիսի տիպեր, որոնք բնութագրվում են հիվանդության հետևանքով հոգեբանական դեզադապտացիայով (անհարմարվողականությամբ), ըստ որի՝ II բաժինն ընդգրկում է հակազդման ներհոգեկան (ինտրահոգեկան) ուղղվածությամբ տիպեր (տագնապային, հիպոխոնդրիկ, ներասթեմիկ, մելանխոլիկ և ապաթիկ): Այդպիսի հակազդման տիպ ունեցող հիվանդների փոխհարաբերությունների հուզական ոլորտն արտահայտվում է դեզադապտիվ վարքով՝ ճնշված, ընկճված վիճակ, փախուստ դեպի «հիվանդություն», հրաժարում պայքարից: III բաժնում ընդգրկվում են հակազդման ինտերհոգեկան /միջհոգեկան/ ուղղվածությամբ տիպեր: Բնութագրվում է հիվանդության նկատմամբ զգայունության բարձրացումով (սենզիտիվ, էզոցենտրիկ, պարանոյիկ և էյֆորիկ):

Յարմոնիկ. սթափ է գնահատում իրավիճակը՝ չթերագնահատելով և չբարդացնելով հիվանդությունը: Ձգտում է ամեն ինչով նպաստել բուժման արդյունավետությանը՝ առանց շրջապատողներին իր խնամքով ավելորդ հոգս պատճառելու: Հիվանդության անբարենպաստ զարգացման դեպքում (հաշմանդամության իմաստով) հետաքրքրությունները փոխարկում է կյանքի այն ոլորտներով, որոնք հասանելի են իրեն: Հիվանդության զարգացման անբարենպաստ ախտորոշման դեպքում ուշադրությունն ու հետաքրքրությունները կենտրոնացնում է աշխատանքի, հարազատների վրա:

Տագնապային. մշտական անհանգստություն և կասկածատվություն հիվանդության անբարենպաստ ընթացքի, հնարավոր բարդությունների, ոչ արդյունավետ և նույնիսկ վտանգավոր բուժման վերաբերյալ: Անընդհատ փնտրում է բուժման նոր մեթոդներ, պահանջում է հիվանդության մասին լրացուցիչ տեղեկատվություն: Ի տարբերություն հիպոխոնդրիայի՝ տագնապային հակազդեցությունն դրսևորող անձին ավելի շատ հետաքրքրում են հիվանդության մասին օբյեկտիվ

տվյալները (մասնագետների եզրակացությունը), քան սեփական զգացողությունները: Այդ պատճառով նախընտրում են ավելի շատ լսել ուրիշներին, քան անվերջ ներկայացնել սեփական բողոքները: Տրամադրությունը նախ և առաջ տազնապային է, ընկճված:

Հիպոխոնդրիկ. կենտրոնացում սեփական տհաճ զգացողությունների վրա: Ձգտում է շրջապատողներին միշտ պատմել դրանց մասին: Դրանց հիման վրա ուռճացնում է իրական տառապանքները, դեղերի կողմնակի ազդեցությունը և որոնում իրենում գոյություն չունեցող հիվանդություններ: Բուժման ցանկության հետ մեկտեղ չի հավատում հաջողությանը:

Մելանխոլիկ. հիվանդությամբ ընկճված, չի հավատում բուժման արդյունավետությանը, հնարավոր առողջացմանը: Վատատես է, կարող է ունենալ ինքնասպանության մտքեր: Նույնիսկ օբյեկտիվորեն բարենպաստ տվյալների դեպքում թերահավատ է բուժման հաջողության նկատմամբ:

Ապաթիկ. անտարբեր է բուժման ընթացքի, սեփական ճակատագրի նկատմամբ: Պասիվ ենթարկվում է պրոցեդուրաներին: Նկատվում է հետաքրքրության կորուստ ամեն ինչի նկատմամբ, ինչը մինչ այդ հետաքրքրում էր:

Նկրասթենիկ. ունենում է պրոթկլուններ, հատկապես ցավերի, տհաճ զգացողությունների, անհաջող բուժման, հետազոտման անբարենպաստ տվյալների դեպքում: Չի դիմանում ցավին, անհամբեր է: Հետագայում զղջում է անզսպվածության և անհանգստության համար:

Օբսեսիվ-ֆորիկ. նկատվում է տազնապային կասկածամտությամբ: Երևակայական վտանգներն անհանգստացնում են ավելի, քան իրականը: Տազնապից պաշտպանվելու համար դիմում է սնահավատության (օրինակ՝ իր առողջացման հնարավորությունը գնահատում է՝ ելնելով այն փաստերից, թե բուժանձնակազմից ով առաջինը կմտնի իր պալատը՝ բժի՞շկը, թե՞ բուժքույրը, կամ որ ավտոբուսը առաջինը կգա կանգառ):

Սենզիտիվ. չափազանց մտահոգված է շրջապատի վրա վատ տպավորություն թողնելու մասին: Վախենում է, որ շրջապատողները, հիվանդության մասին իմանալով, կսկսեն խուսափել իրենից, կհամարեն անլիարժեք, արհամարհանքով կվերաբերվեն, անհանգստանում է, որ բեռ կդառնա հարազատների համար և այդ պատճառով նրանց կողմից կարժանանա անբարյալացական վերաբերմունքի:

Էոզոցենտրիկ. փախուստ դեպի հիվանդություն», սեփական տառապանքների և ապրումների ցուցադրումը շրջապատողներին և հարազատներին, որպեսզի ամբողջովին գրավի նրանց ուշադրությունը: Դրսևորում է բացարձակ խնամքի պահանջ. բոլորը պետք է մոռանան և թողնեն ամեն ինչ և զբաղվեն միայն հիվանդի խնամքով:

Էլֆորիկ. անհիմն բարձր տրամադրություն, հաճախ դերային: Արհամարհական, թեթևամիտ վերաբերմունք հիվանդությանը և բուժմանը: Հույս, որ ամեն ինչ «ինքն իրեն կանցնի»: Հեշտությամբ խախտում է անհրաժեշտ ռեժիմը, չնայած դա կարող է բարդացնել հիվանդության ընթացքը:

Անոզոցնոզիկ. հեռացնում է հիվանդության մասին մտքերը, հերքում է հիվանդության ախտանիշները, վերագրում դրանք պատահականությանը կամ էլ ոչ լուրջ հիվանդությանը: Հրաժարվում է հետազոտությունից և բուժումից:

Էրոզպատիկ. «փախուստ հիվանդությունից դեպի աշխատանք»: Նույնիսկ ծանր հիվանդությունների և տառապանքների դեպքում ձգտում են շարունակել աշխատել: Աշխատում են ավելի եռանդով, քան մինչ հիվանդությունը, աշխատանքին են տալիս ամբողջ ժամանակը: Աշխատում են բուժվել և հետազոտվել այնպես, որ հնարավոր լինի շարունակել աշխատանքը:

Պաքանոյալ. համոզված է, որ հիվանդությունը ինչ-որ մեկի չար դիտավորությունն է: Ծայրահեղ կասկածամտություն է դրսևորում բուժման նկատմամբ: Հիվանդության ընթացքի հնարավոր բարդությունները վերագրում է բժիշկների և բուժաշխատողների չար դիտավորությանը: Դրա հետ կապված մեղադրանքներ կարող է ներկայացնել և պատիժ պահանջել:

Բուժման հանձնարարականներ

Ինչպես ցույց են տալիս վերլուծությունները, հոգեմարմնական բնույթի հիվանդությունների բուժումը, բացի դեղորայքային միջամտությունից, պահանջում է նաև հոգեբանական որոշակի մեթոդների կիրառում: Արևմտաեվրոպական մի շարք երկրներում առաջնային բուժառայության մասնագետներն անցնում են հոգեբանական մեթոդների ուսուցում, որի շնորհիվ տիրապետում են հոգեբանական գնահատման տարրական մեթոդներին: Ամենօրյա պրակտիկայում բժիշկները կարող են օգտվել անձի սոմատիկ, իրավիճակային և ընդհանուր տազնապը, դեպրեսիայի աստիճանը որոշող թեստերից, համապատասխանաբար գնահատել հիվանդի տրամադրությունը և տազնապայնության աստիճանը՝ հետագա արդյունավետ բուժման ծրագիր կազմելու համար: Բացի այդ, ընտանեկան բժիշկների մեծամասնությունը նաև նախապատրաստվում է իմացական վարքային թերապիայի մեթոդով աշխատանքին: Հոգեթերապիայի այս ճյուղը զարգացել է ռացիոնալ թերապիայի հիմքի վրա և ժամանակակից առավել կայացած մեթոդներից մեկն է: Հնարավոր է մոտեցման երկու տարբերակ:

Առաջին տարբերակ. եթե թեստավորման արդյունքում պարզվում է, որ տազնապի կամ տրամադրության խանգարման աստիճանը միջին է կամ միջինից ցածր, ապա բժիշկը ինքը կարող է զուգակցել դեղորայքային և հոգեթերապևտիկ բուժումները: Ընդ որում, բժիշկները, ովքեր չունեն հատուկ մասնագիտական հատուկ պատրաստվածություն հոգեկան առողջության ոլորտում, խուսափում են միաժամանակ մի քանի հակադեպրեսիվ դեղեր գործածելուց, այսինքն՝ ախտորոշումը հստակեցնելուց հետո խորհուրդ է տրվում օգտվել մեկ անուն դեղից:

Երկրորդ տարբերակ. եթե հակադեպրեսիվ դեղեր և թերապևտիկ զրույցի զուգացված բուժման 4-8 շաբաթների ընթացքում ցանկալի արդյունք չկա, թեստավորման արդյունքում պարզում է, որ տազնապի, տրամադրության խանգարման աստիճանը միջին է կամ միջինից բարձր, ապա խորհուրդ է տրվում դիմել հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետի: Որոշ բնորոշումների նկարագրությունն արդեն իսկ ցույց է տալիս հոգեբուժական խորհրդատվության անհրաժեշտությունը:

Բժշկի գործունեության առանձնահատկությունները հոգեմարմնական հիվանդությունների դեպքում.

ա/ Ունենալ բավարար գիտելիքներ և ունակություններ՝ հոգեմարմնական հարաբերությունները ճանաչելու և գնահատելու համար:

բ/ Փորձել դիտարկել հոգեմարմնական բնույթի ախտանիշները՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով վախի, տազնապի, տրամադրության փոփոխություններին, խուճապային և նման գործոններին:

գ/ Նկատի ունենալ, որ մարմնական բնույթի ախտանիշը խորհրդանշական կերպով համեմատվում է դիմակի հետ, որի տակ անպայման թաքցված են որոշակի հոգեբանական խնդիրներ:

դ/ Ճշտել հիվանդության ներքին պատճառը՝ հիվանդի վերաբերմունքը հիվանդության նկատմամբ, կամ, այլ կերպ, ինչպես է նա ընկալում հիվանդությունը, և արտաքին դրսևորմանը՝ հիվանդի շրջապատի վերաբերմունքը հիվանդությանը, ինչպես նաև հնարավոր դրական գործոնները, որոնք կարող են աջակցել կամ խոչընդոտել բուժման պատկերները և հաշվի առնել դրանք հետագա բուժման ընթացքում:

ե/ Փորձել դիտարկել հիվանդի վիճակը ներընտանեկան և սոցիալական բնույթի այլ հարաբերությունների շրջանակներում: Օգտվել «Ընտանիքը որպես պացիենտ» մոտեցումից, որը դիտարկում է ընտանիքը՝ որպես առանձին համակարգ, և նրա յուրաքանչյուր անդամի դժվարություն փորձում վերլուծել այդ համակարգի համատեքստում:

զ/ Փորձել հասկանալ հիվանդի անձի առանձնահատկությունները:

Հոգեմարմնական ուղղությունը ժամանակակից բժշկության մեջ թեմայի գործնական օրինակ տե՛ս հավելված 4-ում, հավելված 5-ում:

Գրականություն

1. Александер, Ф., (2002). *Психосоматическая медицина*, Эксмо, Москва.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., (1999). *Психосоматическая медицина*. Геотар Медицина, Москва.
3. Елисеев, Ю.Ю., (2003). *Психосоматические заболевания*, Эксмо, Москва.
4. *Клиническая психология* /Под ред. М.Пере, У.Бауманна. (2003), СПб.
5. *Клиническая психология: учебник* /Под ред. Б.Д. Карвасарского, СПб.
6. Любан - Плоцца Б., Пелдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К., (2000). *Психосоматические расстройства в общей медицинской практике*. СПб
7. Малкина-Пых, И.Г., (2005). *Психосоматика: Справочник практического психолога*. Москва.
8. *Медицинская психология. – (Методические указания)*. (1996). /Сост. Т. П. Пушкина. Новосибирск.
9. Менделевич, В.Д., (2008). *Клиническая и медицинская психология: учебное пособие*. 6-е изд. МЕДпресс-информ, Москва.
10. Филиппов, А.В., Романова, Н.Н., Леонтьев, Т.В., (2011). *Тысяча состояний души. Краткий психолого-филологический словарь*. Флинта, Москва.
11. Щербатых, Ю.В., (2006). *Психология стресса и методы коррекции*, Питер, СПб.
12. Marty, P., (2011). *La psychosomatique de l'adulte -Que sais-je?*, PUF, Paris.

21. Հոգեկան առողջություն

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) առանձնացրել է հոգեկան առողջությունը (ՀԱ) բնորոշող հետևյալ չափանիշները՝

- ա) սեփական ֆիզիկական և հոգեկան Ես-ի միասնության մշտական գիտակցումը,
- բ) հաստատուն ապրումներ միանման իրավիճակներում,
- գ) սեփական հոգեկան գործունեությունը, նրա արդյունքները և ինքն իրեն համապատասխան գնահատելու կարողություն (ինքնաքննադատություն),
- դ) հոգեկան հակազդեցությունների համապատասխանությունն արտաքին ազդակների և իրավիճակների ուժին,
- ե) սեփական գործունեության պլանավորման և իրականացման ունակություն:

Ամերիկյան հոգեբուժական բացատրական բառարանում «հոգեկան առողջությունը» սահմանվում է որպես գոյության ձև, առավել հարաբերական, քան բացարձակ, որը ենթադրում է միաժամանակ հաջողություն աշխատանքի, սիրո և ստեղծագործելու բնագավառներում, ինչպես նաև հասուն և ճկուն որոշումներ ընդունելու կարողություն՝ բնագոյային, գիտակցական, կարևոր մյուսների և իրականության միջև հնարավոր կոնֆլիկտների դեպքում: Ըստ ԱՀԿ-ի՝ հոգեկան խանգարումները սահմանվում են որպես զգայական իմացության (հիշողություն, ռացիոնալ իմացություն, հույզեր, կամք, ուշադրություն) առանձնահատկություններ, որոնք դուրս են մնում համապատասխան սոցիալ-մշակութային միջավայրի սահմաններից կամ հոգեկան գործունեության անոմալիաներ են:

Հոգեկան խանգարում ունեցող անհատներն ինքնատիպ կերպով են կողմնորոշվում արտաքին և ներքին իրականության խնդիրներում և մտածողության ձևավորման մեջ, փոփոխված են անհատական, և կենսական և իդեալական պատկերների համամասնությունները:

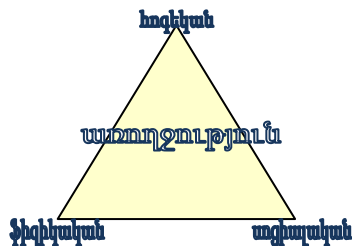
Այսպիսով, ո՞րն է ժամանակակից տեսանկյունը «հոգեկան առողջության» վերաբերյալ: Հոգեկան առողջությունը ենթադրում է հոգեբանական բարեկեցության դրական զգացումներ, սեփական արժանապատվության զգացում, համոզվածություն սեփական անձի և այլ մարդկանց արժեքի

վերաբերյալ, ներդաշնակ ներաշխարհ, կենսական դժվարությունների հետ վարվելու և գիտակցաբար ռիսկի դիմելու կարողություն, փոխադարձ բավարարող միջանձնային հարաբերություններ հաստատելու կարողություն, ինչպես նաև ապրած սթրեսից կամ շոկից հետո ապաքինման՝ կարողություն (այսինքն՝ ինքնուրույն նորմալ վիճակ վերականգնելու կարողություն):

Այլ աղբյուրներ «հոգեկան առողջությունն» ավելի հաճախ դիտարկվել է որպես ամենօրյա կենսական դժվարություններին դիմակայելու կարողություն:

«Հոգեկան առողջության» վերաբերյալ բազմաթիվ այլ սահմանումներ ևս գոյություն ունեն, որոնց ամփոփումը կարելի է ներկայացնել հետևյալ տարբերակով. հոգեկան առողջությունն ինքնեղ Ձեզ ընդունելու և սիրելու կարողությունն է: Հոգեպես առողջ մարդը չի վախենում առօրյա դժվարությունից, հուսահատությունից, կարողանում է հասկանալ և արտահայտել սեփական հույզերը, ընդունում է քննադատությունը, հանգիստ և ինքնավստահ է զգում մարդկանց շրջապատում և երջանիկ է զգում ժամանակի մեծ մասը:

Առողջությունը եռանկյուն է: Եռանկյան երկու կողմերն են ֆիզիկական և սոցիալական առողջությունը: Եռանկյան երրորդ կողմը հոգեկան առողջությունն է: Հոգեկան առողջությունը սեփական անձը սիրելու և ընդունելու կարողությունն է: Հոգեպես առողջ մարդը գոհ է իրենից, հանգիստ է զգում մարդկանց շրջապատում, ինչպես նաև ի վիճակի է ղեկավարելու սեփական կյանքը և բավարարելու հիմնական պահանջումները:



Հոգեպես առողջ մարդիկ՝

1. կարող են հանգիստ վերաբերվել հիասթափությանը և գիտեն ինչպես ընդունել որոշ սահմանափակումներ, որոնք պարտադրվում են անկախ մեր կամքից,
2. հիմնականում երջանիկ են և ակտիվ, կյանքին նայում են լավատեսորեն,
3. գիտակցում են իրենց զգացմունքներն ու մտքերը,
4. հանգիստ աշխատում են այլ մարդկանց շրջապատում,
5. գիտեն ինչպես ընդունել քննադատությունն իրենց հասցեին և չեն հուսահատվում, եթե չի հաջողվում հասնել նպատակին,
6. չեն վախենում խնդիրներից և պատրաստ են նոր դժվարությունների,
7. ամբողջ եռանդով տրվում են իրենց գործին և իրենց առջև դնում իրական նպատակներ:

Իհարկե, սա հոգեպես առողջ մարդու իդեալական պատկերն է: Ինչպես ֆիզիկական առողջությունը, հոգեկան առողջությունը ևս ունենում է տատանումներ, և ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեկան առողջությունը կարելի է բարելավել:

Հոգեկան առողջությունը ներառում է.

- Ընդհանուր բարօրություն. ինչպես որ մատնանշված է ԱՀԿ-ի առողջության սահմանմամբ. «ամբողջական ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարօրության վիճակ և ոչ պարզապես հիվանդության կամ ֆիզիկական թերության բացակայություն»¹²:

- Կյանքի սթրեսները և ցնցումները հաղթահարելու հմտություններ, որոնք օգնում են բարձրացնելու հոգեկանի ճկունությունը:

¹² ԱՀԿ որոշման պրեամբուլը՝ ընդունված Միջազգային առողջապահական համաժողովի կողմից, Նյու Յորք, 19-22 հունիսի, 1946, ստորագրված՝ 22 հուլիսի 1946 61 երկրների ներկայացուցիչների կողմից (ԱՀԿ-ն արձանագրությունների մատյան, N 2, 15 100), որը հաստատվել է 07 ապրիլի 1948: Մեջբերումը կարելի է գտնել www.who.int/about/definition/en կայքում:

Հոգեկան Առողջության խնդիրների տարածվածությունը

Հոգեկան առողջության խնդիրների տարածվածության պատկերն ունենալու համար առանձնացնենք որոշ տվյալներ:

Քանի որ Հայաստանում դեռևս չկան միջազգայնորեն ընդունված ազգային վիճակագրական տվյալներ հոգեկան առողջության վերաբերյալ, մենք նպատակահարմար գտանք ներկայացնել ՀԱԿ-ի և Մեծ Բրիտանիայի վիճակագրական տվյալները:

Հոգեբուժական հիվանդացության ազգային վիճակագրական գրասենյակը գեկուցել է, որ բրիտանացի մեծահասակների 4-ից 1-ը կունենա առնվազն մեկ հոգեկան խանգարում տարվա մեջ և 6-ից 1-ը ցանկացած ժամանակ:

Հաստատված է, որ մոտավորապես 450 միլիոն մարդ ամբողջ աշխարհում ունի հոգեկան առողջության խնդիրներ:

Տարածված հոգեկան խանգարում ունեցողների մոտ կեսը ազատվում է խնդրից 18 ամիս անց, սակայն ավելի աղքատ, երկարատև հիվանդ, աշխատագուրկ մարդիկ առավել երկար են տառապում հոգեկան խանգարումից:

Երեխաների և դեռահասների 20 տոկոսն ունի հոգեկան բնույթի խնդիրներ՝ ըստ ՀԱԿ-ի:

Տարածված հոգեկան առողջության խնդիրների գագաթնակետը լինում է միջին տարիքում՝ 45-54 տարեկան մարդկանց 20-25 տոկոսը ունենում է, այսպես կոչված, ներոտիկ խանգարումներ: Տարիքային խմբի բարձրացմանը զուգընթաց՝ ներոտիկ խանգարումների տարածվածությունը նվազում է, ամենաքիչը տարածված է 70-74 տարիքային խմբում:

Խառը տազնապային և դեպրեսիվ խանգարումները ամենից տարածված են Բրիտանիայում, մարդկանց գրեթե 9 տոկոսը համապատասխանում է ախտորոշման չափանիշներին: 8-12%-ն յուրաքանչյուր տարի դեպրեսիա է ունենում: Բնակչության միայն 2 տոկոսն է ունենում դեպրեսիվ էպիզոդ առանց տազնապային խանգարումների:

Մարդկանց մեծամասնությունը կարող է ունենալ դեպրեսիվ էպիզոդ, որոնցից կեսն էլ ունենում է երկրորդ էպիզոդը, որն էլ 70 տոկոսով մեծացնում է երրորդն ունենալու ռիսկը: Իսկ երրորդ էպիզոդից հետո արդեն մոտ 90 տոկոսն ունենում է չորրորդը, իսկ յուրաքանչյուր 5-ից 1-ը ունենում է քրոնիկական վիճակ:

Ամբողջ աշխարհում տղամարդկանց 5,8 և կանանց 9,5 տոկոսն ունենում է դեպրեսիա 12 ամսվա ընթացքում և նրանց ընդհանուր գումարը կազմում է 121 միլիոն մարդ:

ՀԱԿ-ը կանխատեսում է, որ 2020 թ. դեպրեսիան լինելու է երկրորդ ամենատարածված հիվանդությունը:

Ինքնասպանությունը և ինքնավնասումը հոգեկան հիվանդությունն չեն, սակայն արդյունք են հոգեկան դիսթրեսի: Եվրոպայում 100000-ից 17,5-ը դիմում է ինքնասպանության, իսկ ամբողջ աշխարհում 100000-ից 15,1-ը:

ՀՏՄԽ ախտանիշները սովորաբար ի հայտ են գալիս տրավմային իրավիճակից անմիջապես հետո: 15 տոկոսի դեպքում ախտանիշները հետաձգվում են: ՀՏՄԽ ունեցողները օգնության կարող են չդիմել ախտանիշների ի հայտ գալուց ամիսներ և տարիներ:

Ալկոհոլային կախվածությունն ունեցողների 30%-ը և թմրանյութերից կախվածությունն ունեցողների 45%-ը ունենում են հոգեբուժական այլ խանգարում:

Տրավմատիկ իրավիճակից հետո ՀՎՄԽ ունենալու ռիսկը տղամարդկանց շրջանում 8,1% իսկ կանաց շրջանում՝ 20,4%

Կանայք ավելի հակված են բուժվել հոգեկան խնդիրներից, քան տղամարդիկ՝ 29/17% համեմատությամբ:

Դեպրեսիան ավելի տարածված է կանանց, քան տղամարդկանց շրջանում: Կանանց 4-ից 1-ն է դիմում բուժման, տղամարդկանց 10-ից 1-ը: Պատճառները հստակ չեն, ենթադրվում է, որ և՛ կենսաբանական, և՛ սոցիալական գործոններն էլ ազդում են:

Տղամարդիկ ավելի հակված են ալկոհոլային և թմրանյութերից կախվածությանը, քան կանայք: Բրիտանիայում ալկոհոլամուլների 80 տոկոսը տղամարդ է: Կանաքիսից կախվածություն ունեցողների 3/4-ը և անօրինական այլ նյութերից կախվածություն ունեցողների 69% տղամարդիկ են:

Բանտարկյալների 90%-ն ունի ախտորոշելի հոգեկան հիվանդություն, նյութի չարաշահման խնդիրներ կամ հաճախ երկուսը միասին:

Դատապարտված բանտարկյալների 72% տղամարդիկ և 70% կանայք ունեն առնվազն մեկ հոգեկան խանգարում: Այն մարդիկ, ովքեր սեռական բռնության են ենթարկվել մանուկ հասկում, 3,5 անգամ ավելի են հակված ունենալու հոգեբուժական խանգարումներ մեծ տարիքում և հինգ անգամ ավելի են ունենում անձնային խանգարման ախտորոշում:

Պսիխոտիկ խանգարում ունեցող մարդկանց 85%-ը ստանում է բժշկական միջամտություն:

Տագնապ կամ նյութի չարաշահման խնդիր ունեցող 5 մարդուց միայն 2-ն են դիմում օգնության: Հոգեբուժական խանգարումներ ունեցող թմրամուլների 40%-ը չի զբաղվում հոգեկան առողջության խնդիրներով:

Երեխաների շրջանում առկա չբուժված հոգեկան առողջության խնդիրները եզրակացություններ անելու լուրջ առիթ են տալիս, միչդեռ երկրների ավելի քան 90%-ի դեպքում գոյություն չունի երեխաների և պատանիների հոգեկան առողջությանն ուղղված քաղաքականություն¹³: Մանկության տարիներին առկա հոգեկան առողջության խնդիրները կարող են ավելի լուրջ խնդիրների հանգեցնել մեծ տարիքում, որն էլ կարող է լուրջ հետևանքներ ունենալ ապագայի առողջության և վերարտադրողականության համար:

Համաձայն հաշվարկների՝ ամբողջ աշխարհում տարածված հիվանդությունների 12 %-ը մտավոր և վարքագծային խանգարումների հետևանք է:

Համաշխարհային սոցիալական, քաղաքական և առողջապահական ճգնաժամերը զգալի ազդեցություն են թողնում երեխաների հոգեկան և ֆիզիկական առողջության վրա: Այս խնդիրները հաճախ կարող են ուղղակիորեն հանգեցնել հետտրավմային, սթրեսային կամ հուզական և վարքային այլ խանգարումների: Կարող են նաև անուղղակիորեն հանգեցնել մի շարք հոգեկան այլ խնդիրների, որոնք էլ մանկապատանեկան հոգեկան առողջության վերաբերյալ իրազեկումը և բուժումը դարձնում են կարևոր:

Ապացուցված է, որ արագ զարգացող երկրներում սոցիալական լայնածավալ փոփոխությունները և ընտանեկան համակարգերի քայքայումը կարող են հսկայական ազդեցություն ունենալ երեխաների հոգեկան առողջության վրա:

Հոգեկանի բազմակողմանի գնահատումը

Հուզական և վարքային լուրջ խնդիրներով երեխաների կամ դեռահասների մեծամասնությունը հոգեկան վիճակի բազմակողմանի գնահատման կարիք ունի:

Բազմակողմանի գնահատումը երեխայից և ընտանիքից պահանջում է մի քանի հանդիպումներ: Ծնողների թույլատվությամբ անհրաժեշտության դեպքում մասնագետը կարող է կապվել կարևոր այլ անձանց հետ (օրինակ՝ ընտանեկան բժշկի, ուսուցիչների կամ դպրոցական ընկերների, հարևանների, ազգականների):

¹³ www.who.int/whr2001/

Բազմակողմանի գնահատման մեջ հիմնականում մտնում են՝

- ա) առկա խնդիրների և ախտանիշների նկարագրությունը,
- բ) տեղեկություն առողջության, հիվանդության և բուժման մասին (և՛ ֆիզիկական, և՛ հոգեկան),
- գ) ծնողների և ընտանիքի պատմությունը,
- դ) տեղեկություն երեխայի զարգացման մասին,
- ե) տեղեկություն դպրոցի և ընկերների մասին,
- զ) տեղեկություն ընտանեկան հարաբերությունների մասին,
- է) երեխայի կամ դեռահասի հոգեբանական հարցազրույց /հատուկ թեստեր/:

Հիմնվելով վերոհիշյալ տեղեկությունների վրա՝ մասնագետը ձևակերպում է իր եզրակացությունը՝ ըստ խնդրի կենսաբանական, հոգեբանական և սոցիալական կողմերի՝ ներառելով զարգացման պահանջները, խնդրի պատմությունը, երեխայի ուժեղ և թույլ կողմերը և ընդունակությունները:

Ծնողները սովորաբար անհանգստանում են իրենց երեխաների առողջությամբ և բարեկեցությամբ: Ծնողներից շատերի կարծիքով իրենց երեխաները նորմալ են: Սակայն կան նաև ծնողներ, որոնց հուզում են իրենց նորածնի, երեխայի կամ դեռահասի խնդիրները:

Ծնողներին ամենից հաճախ անհանգստացնում է, թե որն է իրենց դերը գնահատման գործընթացում: Մասնագետն աջակցում է ընտանիքին, սովորեցնում ծնողներին, որ վերջինս չմեղադրի իրեն երեխայի խնդրի մեջ: Լսելով բոլոր բողոքները՝ մասնագետն օգնում է երեխային և նրա ընտանիքին սահմանելու երկարաժամկետ նպատակներ: Երբ բուժելի խնդիրը բացահայտվում է, նախագծվում է միջամտության պլանը:

Խնամող ծնողները, բժիշկները կամ ուսուցիչները, որոնք տեսնում են երեխային, կարող են համեմատել նրան իր հասակակիցների հետ: Նրանց ուշադիր գնումը շատ կարևոր է երեխայի սկզբնական ախտորոշման համար:

Բազմակողմանի միջամտության մեջ են մտնում ներքոհիշյալ միջոցների համակարգումը՝

- ընտանիքի ակտիվ ներգրավումը,
- հոգեթերապիան,
- հատուկ կրթական ծրագրերը,
- հատուկ հասարակական հմտություններ և վարքային ծրագրերը,
- հոգեբուժական դեղորայքը,
- հատուկ դպրոցները կամ հիվանդանոցները:

Քանի որ երեխաներն արագ են փոխվում, ուստի նրանց հիմնական հոգեկան խանգարման ախտորոշումը բժշկության մեջ ամենաբարդ գործընթացներից մեկն է: Այսպիսով, խիստ կարևոր է, որ երեխային օգնելու հարցում ներգրավված լինեն համապատասխան մասնագիտացում և փորձ ունեցող բժիշկներ, հոգեբաններ, սոցիալական աշխատողներ:

Խարան

Խարանը կամ, այլ կերպ ասած, «ստիգման» նշանակում է խտրականություն, կանխակալ վերաբերմունք, ստերեոտիպ մտածողություն: Խարանի բազմաթիվ տեսակներ կան, սակայն, ինչպես ցույց են տալիս ուսումնասիրությունները, նյարդահոգեկան հիվանդությունների նկատմամբ խարանն առավել ցայտուն է արտահայտված: Երբեմն խարանը բխում է ոչ միայն լայն հասարակությունից, այլև բուժանձնակազմից, ընտանիքներից և, որ ամենակարևորն է, այն անձից, ով հոգեկան բնույթի դժվարություններ ունի:

Խարանը կարող է վախի, անհամապատասխանության զգացումի, մերժվածության, հուսալքվածության և մեկուսացման զգացումի պատճառ դառնալ:

Ցավոք, խարանը հաճախ կարող է վատ վերաբերմունքի և բռնության, իսկ վատթարագույն դեպքերում՝ ինքնասպանության պատճառ դառնալ: Որոշ դեպքերում խարանը հոգեկան հիվանդություն

ունեցող մարդկանց համար այլևս ծառայությունների չդիմելու, դեղերից չօգտվելու պատճառ է, որոնք էլ իրենց հերթին բարդացնում են առանց այդ էլ դժվարին դեպքերը:

Հակախարանային դաստիարակությունը, որն ուղղված է վերաբերմունքները փոխելուն, չափազանց էական է: Այսպիսի կրթություն պետք է ստանան ն՝ հասարակությունը, ն՝ բժշկական բնագավառի մասնագետները, քանի որ շատ հաճախ զարմանալիորեն հենց այս մասնագետներն իրենք են դառնում հոգեկան հիվանդությամբ տառապողների նկատմամբ կանխակալ վերաբերմունքի աղբյուր:

Խարանը նվազեցնելու ուղիներն են.

-Պարզել հոգեկան առողջության խնդիրների մասին տարածված «առեղծվածները» հասարակությանը հոգեկան խանգարումների բնույթի և աստիճանի մասին տեղեկացնելու միջոցով:

-Շեշտել, որ հոգեկան առողջության խնդիրները բուժելի են և շատ անհատներ, ովքեր տառապում են դրանցով, կարող են շարունակել վարել առողջ և արդյունավետ կյանք:

Խարանի նվազեցմանը նպաստում են նաև՝

- հոգեկան բարեկեցության խնդիրների լուսաբանումը,
- խտրականության և սոցիալական մեկուսացման դեմ պայքարը,
- կանխարգելիչ միջոցառումները,
- հոգեկան հիվանդների համար ստեղծված ծառայությունների ստեղծումը, զարգացումը,
- հասարակության մեջ նրանց ինտեգրմանն ուղղված միջոցառումների ընդլայնումը:

Առողջության հոգեբանություն

Առողջության հոգեբանությունը հոգեբանական գիտության համեմատաբար նոր ճյուղ է: Այն ծագել է հոգեմարմնական բժշկության և վարքային բժշկության հայեցակարգերի խաչմերուկում: Հոգեմարմնական բժշկությունը (Psychosomatic medicine) մեծ մասամբ հիմնվում է հոգեվերլուծական պատկերացումների վրա՝ ընդգծելով, որ հույզերի, անգիտակցական կոնֆլիկտների և օրգանիզմում կատարվող պրոցեսների միջև առկա են որոշակի փոխհարաբերություններ: Իսկ վարքային բժշկությունը (Behavioral medicine), որը լայնորեն տարածված է արևմտյան բժշկության մեջ, հիմնական շեշտը դնում է գիտակցության և մարմնի միջև առկա կապերի վերլուծությանը: 1980-ից այս ոլորտի մասնագետները սկսեցին կիրառել «առողջության հոգեբանություն» եզրույթը, որն ավելի հստակ մատնանշեց այս գիտաճյուղի տեղը գիտությունների շարքում: Սովորաբար առողջության հոգեբաններն աշխատում են հիվանդանոցներում և կլինիկական այլ հաստատություններում բժիշկների հետ համատեղ:

Առողջության հոգեբանությունն ուսումնասիրում է անձի սոցիալ-հոգեբանական, անձնային, վարքային և մի շարք այլ առանձնահատկություններ, որոնք կարող են նրա առողջական վիճակի փոփոխությունների, ինչպես նաև այդ փոփոխությունների ժամանակ անձի նպաստավոր կամ անբարենպաստ հակազդումների համար լինել: Առողջության հոգեբանության հիմնարար գաղափարը կենսա-հոգե-սոցիալական մոդելն է (biopsychosocial model), ըստ որի՝ հիվանդության առաջացման և զարգացման գործում մեծ նշանակություն ունեն ինչպես ֆիզիոլոգիական, այնպես էլ հոգեբանական և սոցիալական գործոնները: Այսինքն՝ այստեղ դիտարկվում են ն՝ միկրոհամակարգերի (օրինակ՝ քիմիական դիսբալանս կամ փոփոխություններ բջջային մակարդակում), ն՝ մակրոհամակարգերի գործընթացները, որոնք ներառում են սոցիալական (օրինակ՝ սոցիալական աջակցության մակարդակը) և հոգեբանական գործոնները (օրինակ՝ վախեր, տագնապ):

Առողջության հոգեբանության խնդիրներից են՝

1. տարբերակել և հնարավորինս հստակեցնել առողջության և հիվանդության սահմանները,
2. մշակել հոգեբանական որոշակի մարտավարություն՝ ուղղված՝ առողջության ամրապնդմանն ու ընդհանուր բարեկեցությանը («well being») և կյանքի որակի բարելավմանը,
3. մշակել և կիրառել հիվանդությունների բուժման հոգեբանական մեթոդներ, կազմակերպել հոգեբանական աշխատանք հատուկ կարիքներով անձանց հետևյալ խմբերի հետ՝

- ա) տարեցներ,
- բ) հաշմանդամություն ունեցողներ,
- գ) սեռական շեղումներով անձինք,
- դ) հոգեկան և մտավոր զարգացման խանգարումներով անձինք...

4. պահպանել հանրային առողջությունը:

Առողջության հոգեբանության մեթոդներից կարելի է առանձնացնել երկու խումբ՝ հետազոտական և թերապևտիկ: Ինչպես մենք արդեն մանրամասն քննարկել ենք գրքի համապատասխան բաժնում, **հետազոտական** մեթոդները կիրառվում են հետազոտությունների շրջանակներում և ունեն այս կամ այն հետազոտության առարկայի գնահատման ֆունկցիա: Դրանք կարող են լինել հարցարաններ, թեստեր, պրոյեկտիվ մեթոդներ, կառուցվածքային, կլինիկական գրույց, ինչպես նաև գնահատման հատուկ մեթոդիկաներ: Հիմնականում մեթոդներն ուղղված են սոմատիկ հիվանդների շրջանում ախտանիշների գնահատմանը, սոցիալական աջակցությանը, կյանքի որակի մակարդակը որոշելու և այլ խնդիրների բացահայտմանը:

Թերապևտիկ մեթոդները կիրառվում են սոմատիկ հիվանդության հոգեբանական բուժման շրջանակներում: Այս մեթոդներից են ինքնադիտումն ու ինքնամոնիթորինգը, կենսաբանական հետադարձ կապը, ռելաքսացիան, լուսաբանումը և այլն: *Ինքնամոնիթորինգը* ենթադրում է բուժման ողջ ընթացքում հիվանդի կողմից յուրաքանչյուր նկատվող փոփոխության գրավոր ամրագրումը և վերլուծումը: *Կենսաբանական հետադարձ կապն* ուղեկցվում է մեխանիկական սարքերի (հաճախ համակարգչի) օգտագործմամբ, որի նպատակն է անձին օգնել որոշ առումով վերահսկելու սեփական ֆիզիոլոգիական գործընթացները. հիվանդը սարքի միջոցով տեսնում է օրգանիզմում կատարվող գործընթացների փոփոխությունները (սրտի զարկեր, մկանային լարվածություն, ջերմության փոփոխություններ և այլն): Չնայած մարդը գիտակցաբար չի կարողանում վերահսկել ֆիզիոլոգիական գործընթացները, սակայն վարժվելով պացիենտներն, այնուամենայնիվ, կարողանում են հասնել ֆիզիոլոգիական շատ գործընթացների վերահսկողության (օրինակ՝ արյան ճնշում): Երկարատև վարժանքների արդյունքում հիվանդը կարողանում է կարգավորել օրգանիզմի որոշակի գործընթացներ արդեն առանց սարքավորման: *Ռելաքսացիան* վարժությունների համակարգ է, որ ևս հաճախ կիրառվում է սոմատիկ հիվանդների հետ տարվող աշխատանքներում: Այն ունի մի շարք տեսակներ՝ ստոծանային (դիաֆրագմային) շնչառությամբ ընթացող ռելաքսացիա, պրոգրեսիվ մկանային թուլացմանն ուղղված ռելաքսացիա, ազդանշանային վերահսկմամբ ուղեկցվող ռելաքսացիա (այցելուն ֆիքսում և վերահսկում է օրգանիզմից եկող ազդակները՝ կենտրոնանալով փոփոխվող զգացողությունների վրա) և այլն: *Լուսաբանումը* հիվանդին հիվանդության մասին որոշակի տեղեկությունների տրամադրումն է: Հաճախ նրանց օգնում է նույնիսկ հիվանդության անունը կամ ախտորոշումն իմանալը: Հիվանդը կարող է տարբեր տեղեկություններ հայթայթել սեփական հիվանդության մասին, որը կարող է թուրիմացության առիթ տալ: Լուսաբանումն օգնում է հիվանդին ցրելու հիվանդության մասին անորոշությունը և նվազեցնելու տագնապը:

Առողջության կլինիկական հոգեբանները մեծ ջանքեր ու ժամանակ են ներդնում նաև կանխարգելման ոլորտում: Առողջության հոգեբանության մեջ *առաջնային կանխարգելումը* տվյալ առողջական խնդրի լուսաբանումն է, ինչպես նաև հասարակական տարբեր ոլորտներում (հատկապես կրթական) առողջ ապրելակերպին ուղղված աշխատանքների կազմակերպումը: Օրինակ՝ Միացյալ Նահանգներում բարդացող խնդիր է ճարպակալումը, որից ապահովագրված չեն նույնիսկ կրտսեր դպրոցի սաները: Առաջնային կանխարգելումն այս դեպքում ուղղված է ճարպակալմանը և դրա մասին տեղեկությունների տարածմանը, համապատասխան ֆիզիկական դաստիարակության, սննդակարգի մեջ համապատասխան փոփոխություններին վերաբերող աշխատանքներին: *Երկրորդային կանխարգելման* ռազմավարությունն առավելապես հիվանդության ռիսկի ցուցանիշն է: Օրինակ՝ երբ նկատվեց, որ կաթնագեղձի չարորակ ուռուցքով կանանց թիվը տարեցտարի աճում է, որոշ երկրներում 50-ն անց կանանց համար սահմանվեց ամենամյա պարտադիր մամոգրաֆիայի կարգ:

Երրորդային կանխարգելումը կամ վերականգնողական աշխատանքը (ռեաբիլիտացիա) առողջության հոգեբանների հիմնական աշխատանքն է, քանի որ նրանք բուժում են արդեն դրսևորված ախտանիշներով անհատների և փորձում են կանխել այդ ախտանիշների հետագա վատթարացումը: Օրինակ՝ մարդը, որ ունի հիվանդ ատամներ, այնքան է վախենում ատամնաբույժից, որ ուշադրություն չի դարձնում ատամացավին, միայն թե չդիմի ատամնաբույժի: Հոգեբանի խնդիրն է օգնել նրան ձևավորելու որոշակի հարմարվողական հմտություններ, որպեսզի նա կարողանա հանդուրժել ատամների բուժման գործընթացը: Սա երրորդային կանխարգելող աշխատանք է, քանի որ եթե հիվանդը հապաղեր դիմելու ատամնաբույժի, հետագայում ստիպված կլիներ դիմել դիմաձնոտային բժշկի:

Հոգեկան առողջության թեմային համապատասխան գործնական օրինակ տե՛ս հավելված 11-ում:

Գրականություն

1. Гусударев, Н.А., (2007). *Клиническая психология: Учебное пособие*. Москва.
2. Сандберг, Н., Уайнбергер, А., Таплин, Дж., (2007). *Клиническая психология. Теория, практика, исследования*, Прайм-Еврознак, СПб.

22. Հոգեհիգիենա, հոգեկանխարգելում (հոգեպրոֆիլակտիկա), դեռնությունգիա

Հոգեհիգիենա և հոգեպրոֆիլակտիկա

Հոգեհիգիենան և հոգեպրոֆիլակտիկան բժշկական հոգեբանության բաժիններ են, որոնց խնդիրն է տրամադրել մասնագիտական օգնություն առողջ մարդկանց՝ նյարդահոգեկան, հոգեբանական և հոգեմարմնական խնդիրները կանխելու նպատակով:

Հոգեհիգիենան (կամ պսիխոհիգիենա, հուն. psychē — հոգի և hygieinos – բուժիչ) ընդհանուր հիգիենայի ճյուղ է: Այն հատուկ միջոցառումների համակարգ է, որի խնդիրն է մարդու հոգեկան առողջության պահպանումն ու ամրապնդումը: Հոգեհիգիենան ուսումնասիրում է շրջակա միջավայրի այն պայմաններն ու գործոնները, որոնք ազդում են մարդու հոգեկան զարգացման և հոգեկան վիճակի վրա, ինչպես նաև մշակում է հոգեկան առողջության պահպանմանը և ամրապնդմանն ուղղված մեթոդներ: Հոգեհիգիենան սերտորեն կապված է հոգեկանխարգելման, հոգեթերապիայի, առողջության հոգեբանության, հոգեբուժության, սեռաբանության, սոցիալական հոգեբանության, սոցիոլոգիայի, մանկավարժության և շատ այլ գիտաճյուղերի հետ:

Առանձնացնում են հոգեհիգիենայի մի քանի բաժիններ՝ տարիքային, ուսման և աշխատանքի, կենցաղի, ընտանիքի և սեռական կյանքի, կոլեկտիվ կյանքի: *Տարիքային* հոգեհիգիենան հիմնականում վերաբերում է երեխաների հոգեկան առողջությանը, որի առաջին փուլը կապվում է մայրերի հղիության շրջանի հետ: Կարևոր է նաև երկունքի պահին բարձր մակարդակի բուժկանխարգելիչ ծառայությունը: Հետագայում երեխաներին ճիշտ կերակրելը, սովորությունների ստեղծումը և մի շարք այլ պատասխանատվություններ ընկնում են թե՛ ծնողների և թե՛ հասարակության ուսերին: Ուսուցման և դաստիարակության խնդիրները նույնպես վերաբերում են տարիքային հոգեհիգիենայի ոլորտին: Այստեղ են քննարկվում նաև բարձր տարիքային խմբերի այն առանձնահատկությունները, որոնք առաջանում են նոր տարիքային փուլ թևակոխելու հետևանքով: Օրինակ՝ ծերությանը զուգընթաց մարդկանց համար առաջանում են նոր խնդիրներ՝ պայմանավորված սկզբնական կարծրատիպերի փոփոխությամբ և սոցիալական նոր վիճակին հարմարվելով:

Աշխատանքի և ուսման հոգեհիգիենա. գաղտնիք չէ, որ եթե մասնագիտությունը համապատասխանում է մարդու պատրաստվածությանը և հետաքրքրություններին, ապա աշխատանքը դառնում է բավարարության և հոգեկան առողջության աղբյուր: Հոգեկանին անդրադառնում են նաև աշխատանքային միջավայրում գործող փոխհարաբերությունների համակարգը: *Կենցաղի*

հոգեհիգիենայի մեջ մտնում են մարդկանց կենցաղային փոխհարաբերությունների հարցերը: Հասարակական հիգիենայի համար կարևոր պայման է հարբեցողների ու թմրամոլների հետ տարվող աշխատանքը:

Մարդկանց հոգեկանի վրա ինքնատիպ ազդեցություն է թողնում մամուլը, ռադիոն ու հեռուստատեսությունը: Լրատվական բոլոր ծառայություններն առնչվում են լայն մասսաների հետ և միշտ պետք է նկատի ունենան նրանց հոգեբանական առանձնահատկությունները: Կենցաղի հոգեհիգիենայի կարևոր մասն են յուրաքանչյուր ընտանիքի կենցաղային պայմանների ուսումնասիրությունն ու ապահովումը: Օրինակ՝ ընտանեկան առողջ մթնոլորտի համար անհրաժեշտ է, որ ամեն ընտանիք ունենա առանձին բնակարան:

Հոգեկանխարգելումը (կամ պսիխոպրոֆիլակտիկա, հուն. psychē — հոգի և prophylaktikos — կանխարգելում) ընդհանուր կանխարգելման ճյուղ է, որ մշակում և գործնական ոլորտ է ներմուծում մի շարք միջոցառումներ, որոնք ուղղված են հոգեկան հիվանդությունների նախազգուշացմանը, նպաստում են հոգեկան հիվանդների վերականգնմանը:

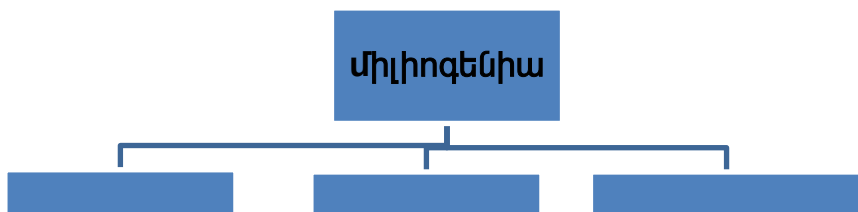
Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության դասակարգման համաձայն՝ առանձնացնում են առաջնային, երկրորդային և երրորդային հոգեկանխարգելում: Առաջնային հոգեկանխարգելումը ներառում է նյարդահոգեկան խանգարումների առաջացումը նախազգուշացնող միջոցառումները: Այն շատ մոտ է հոգեհիգիենային, և բժշկական գիտություններում դրանց տարանջատումը պայմանական է: Առաջնային հոգեկանխարգելումը կազմված է ընդհանուր միջոցառումներից, որոնք ուղղված են բնակչության հոգեկան առողջության մակարդակի բարձրացմանը, և հատուկ մասից, որ ներառում է վաղ ախտորոշումը (առաջնային մակարդակ), ախտաբանական խանգարումների նվազեցումը (երկրորդային մակարդակ), վերականգնումը (երրորդային մակարդակ):

Երկրորդային հոգեկանխարգելումը միավորում է այն միջոցառումները, որոնք ուղղված են արդեն ի հայտ եկած հիվանդությունների անբարենպաստ դինամիկային, դրանց քրոնիկական բնույթ ստանալու կանխարգելմանը, ախտաբանական դրսևորումների նվազեցմանը, հիվանդության ընթացքի մեղմացմանը և ելքի բարելավմանը, ինչպես նաև այդ հիվանդությունների վաղ ախտորոշմանը: Երրորդային հոգեկանխարգելումը նպաստում է հիվանդության անբարենպաստ սոցիալական հետևանքների, հիվանդի աշխատանքային գործունեությանը խոչընդոտող արատների, ախտակրկնությունների (ռեցիդիվների) մասին նախազգուշացմանը:

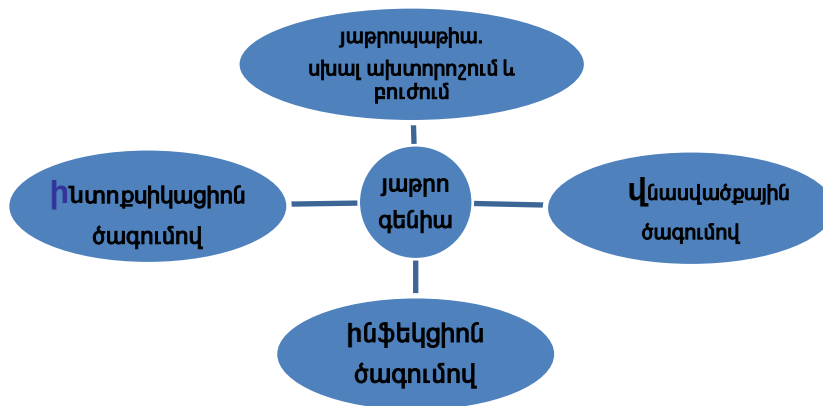
Հոգեհիգիենայի և հոգեկանխարգելման մեջ կարևոր դեր է կատարում նաև յաթրոգենիաների կանխումը: Յաթրոգենիան հունարեն բառ է, որ թարգմանաբար նշանակում է բժշկի կողմից ստեղծած, առաջացրած: Յաթրոգենիաներն անցանկալի փոփոխություններ են, որոնց առաջացման պատճառը բժշկի անզգուշ մասնագիտական վերաբերմունքն է: Պատճառները բնույթով տարբերվում են իրարից՝ սկսած բժշկի անզգուշ արտահայտվելուց, վարքից մինչև դեմքի արտահայտությունը և սխալ բուժումը: Յաթրոգենիայի հետևանքով առաջացած երևույթները կարելի է դասակարգել՝ ա) յաթրոպաթիա, որն առաջանում է բժշկի սխալ ախտորոշման և բուժման հետևանքով, բ) վնասվածքային ծագումով յաթրոպաթիա, որը կարող է առաջանալ երեխայի ծնվելու պահին ոչ ճիշտ վիրաբուժական միջամտության կամ ներարկման տեխնիկական խախտելու (և այլ) պատճառներով, գ) ինտոքսիկացիոն ծագումով յաթրոպաթիաներ, որոնք առաջանում են ոչ ճիշտ դեղորայքային բուժման կամ դեղերի ընդունման չափերը խախտելու հետևանքով, դ) ինֆեկցիոն ծագումով յաթրոպաթիաներ:

Բժշկական հոգեբանության մեջ հիշատակվում է շվեյցարացի հոգեբույժ Բլեյլերի անունը, որ դեռևս 20-ական թվականներին առաջադրեց հետևյալ սխեման: Միսեմայի մեջ միլիոգենիան միջավայրի նեգատիվ ազդեցությունների ամբողջությունն է: Էզոգենիան վերաբերում է ինքնաներշնչմանը: Դիտակտոգենիան դաստիարակների և ուսուցիչների սխալների պատճառով առաջացած հոգեկան դժվարություններն ու անհարթություններն են:

Միլիոգենիաների տեսակները.



Յաթրոպաթիաների տեսակները.



Դեոնթոլոգիա

«Դեոնթոլոգիա» բառն առաջին անգամ օգտագործել է անգլիացի փիլիսոփա Բենթամը (1748-1832): Դեոնթոլոգիա նշանակում է՝ դեոն-անհրաժեշտություն, պարտք, լոգոս-գիտություն, ուսմունք, այսինքն՝ դեոնթոլոգիան պարտքի մասին ուսմունք է, բարոյական պարտականությունների ամբողջություն, մասնագիտական էթիկա (բարոյականություն):

Բժշկական հոգեբանական տեսանկյունից իր գործունեության ընթացքում բժիշկը պետք է աշխատի մի շարք համընդհանուր սկզբունքներով և նորմերով: Առաջնային են բարոյական չափանիշները, օգնության դիմած մարդկանց և գործընկերների հետ ունեցած փոխհարաբերությունները, գիտության նորությունների նկատմամբ ունեցած հետաքրքրությունը:

Չի թույլատրվում օգտվել մասնագիտական այնպիսի մեթոդներից, որոնք կարող են ճնշել անձի արժանապատվությունը:

Քանի որ բժիշկը (կամ հոգեբանը) հաճախ կարող է տեղյակ լինել անձի ամենանվիրական գաղտնիքներին, ուստի կարևորագույն հարցերի թվում է նաև կոնֆիդենցիալ մոտեցումը՝ գաղտնապահությունը, «բժշկական գաղտնիքը». չէ՞ որ բժիշկ-հիվանդ և հոգեբան-այցելու փոխհարաբերությունը ստեղծվում է վստահության սկզբունքի հիման վրա: Եթե անգամ այցելուի հետ առնչվող որևէ ինֆորմացիա բժիշկը (կամ հոգեբանը) պատրաստվում է օգտագործել ուսումնասիրությունների կամ կլինիկական քննարկման համար, ապա նա պարտավոր է տեղեկացնել այդ մասին և թույլտվություն խնդրել այցելուից:

Օգնելով հիվանդին՝ հարկավոր է զգույշ լինել բացատրությունների ժամանակ, խորհուրդներ տալիս:

Պետք է նկատի ունենալ, որ այցելուներն ունեն ներշնչման տարբեր աստիճաններ, և համապատասխանաբար ճիշտ կառուցել խոսքը:

Լինում են այնպիսի պահեր, երբ նրան չպետք է ասել ճշմարտությունը, բայց դա չի նշանակում, որ պետք է ստել: Միշտ հարկավոր է գերծ մնալ խոսքի միջոցով վնասելուց:

Դեռևս Հիպոկրատը բժշկի վարվելակերպի մասին տրակտատում նշում էր, որ այն, ինչ պետք է ասի բժիշկը, ունի հանգիստ և խելացի բնույթ: Երբեմն չպետք է ասել, թե ինչ է սպասում կամ սպառնում հիվանդին:

Այսպիսով, բացի վերը նշված ազդակներից, հիվանդի վիճակի վրա ազդում են նաև բժշկի (կամ հոգեբանի) հեղինակությունը, արտաքին տեսքը, անգամ օգտագործվող սարքերը և բժշկական հիմնարկում տիրող բժշկական մթնոլորտը:

Ուսումնասիրելով բժիշկ-հիվանդ (հոգեբան-այցելու) փոխհարաբերությունները՝ կարելի է առանձնացնել հետևյալ գործոնները՝

ա) այցելուի առողջանալու ցանկությունը,

բ) հավատը դեպի բժիշկը (հոգեբանը),

գ) բժշկի հավատը դեպի բուժման մեթոդը, դեղերը, որը նա պետք է աշխատի փոխանցել հիվանդին,

դ) ֆարմակոդինամիկ ազդեցությունը:

Ինչպես տեսնում ենք, մինչև դեղորայքային բուժման անցնելը բժշկի առաջ դրված են ոչ պակաս կարևոր խնդիրներ, որոնք առավելապես առնչվում են նրա հոգեբանական պատրաստվածությանը:

Բժիշկ-հիվանդ հաղորդակցման հոգեբանական սկզբունքները

Բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների հոգեբանական սկզբունքները կարևոր են և՛ ախտորոշիչ, և՛ թերապևտիկ գործընթացների բոլոր փուլերում, բայց առավել կարևորություն են ստանում առաջին հանդիպման ժամանակ, երբ իրականանում է հոգեբանական շփումը: Հիվանդն այն մարդն է, որում համախմբված են օրգանիզմը և անձը: Այդ կապն այն է, որ անձը հետք է թողնում հիվանդության ի հայտ գալու, ընթացքի և ելքի վրա, մյուս կողմից՝ անձը փոփոխվում է հիվանդության և բուժման ազդեցությամբ: Փոխվում է ոչ միայն հիվանդի վերաբերմունքը սեփական Ես-ի, այլև հասարակության նկատմամբ: Հիվանդի հոգեբանական առանձնահատկությունները բուժման փոխհարաբերությունների և փոխազդեցության պայմաններում սերտորեն պայմանավորված են բուժաշխատողի հոգեբանական առանձնահատկություններով: Բուժաշխատողների և հիվանդների շփման նպատակը օգնությունն է, որն իրականացվում է շփման մասնակիցներից մեկի կողմից:

Բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների արդյունավետ փոխազդեցության համար հարկավոր է մասնագիտական կարևոր հատկանիշ՝ բժշկի հաղորդակցման կոմպետենտությունը, քանի որ բժշկի մասնագիտությունը ենթադրում է ինտենսիվ և երկարատև շփում՝ հիվանդների, նրանց ընտանիքների և այլ բուժաշխատողների հետ: Մեծ մասամբ բժշկի մասնագիտական հաջողությունը պայմանավորված է հաղորդակցման, մարդկանց միջև փոխհարաբերությունների հաստատման և զարգացման ունակությամբ: Հաղորդակցման կոմպետենտությունը ենթադրում է ոչ միայն հոգեբանական գիտելիքների առկայություն /օրինակ՝ գիտելիքներ անձի տիպի, սթրեսի հակազդման ռեակցիայի, հիվանդության հանդեպ վերաբերմունքի մասին/, այլև հոգեբանական հատուկ հմտությունների տիրապետում /օրինակ՝ լսելու, հարցերը ձևավորելու, ոչ վերբալ լեզուն հասկանալու, զրույցը կառուցելու հմտություններ/:

Հաղորդակցման կոմպետենտությունը ձևավորում է հոգեբանական հետևյալ բնութագրերը՝

- հաղորդակցման հանդուրժողականություն /տոլերանտություն/,
- աֆիլիացիա,
- հուզական կայունություն,
- էմպաթիա,
- մերժման սենսիտիվություն:

Հաղորդակցման հանդուրժողականությունը /տոլերանտությունը/ հաղորդակցման կոմպետենտության կարևոր բաղադրամասերից է, որն արտացոլում է, թե ինչպես է բժիշկը հանդուրժում հիվանդի անցանկալի և անընդունելի անհատական առանձնահատկությունները, բացասական հատկությունները, սովորույթները, վարքը և մտածողության կարծրատիպը: Հիվանդը կարող է առաջացնել տարբեր զգացմունքներ, բայց բժշկի հոգեբանական հմտություններն օգնում են հաղթահարելու իրավիճակը՝ խուսափելով կոնֆլիկտներից:

Հաղորդակցման կոմպետենտության ձևավորման հիմքում անձի այնպիսի հոգեբանական բնութագիրն է, ինչպիսին **աֆիլիացիան** է: Որևէ սոցիալական խմբի պատկանելիության ձգտումը, հասարակության մեջ լինելու մարդու պահանջմունքը, շփումը մարդկանց հետ, հուզական փոխհարաբերությունների հաստատումը մարդկանց հետ արտահայտվում են «աֆիլիացիա» տերմինով: Մարդու համար սոցիալական կապերի առկայությունը շատ կարևոր է և մեր առօրյա կյանքի անբաժանելի մասն է: Բժշկի աշխատանքում այս բնութագիրն օգնում է պահպանելու մասնագիտական կոմպետենտությունը և խուսափելու մասնագիտական սթրեսից:

Հուզական կայունությունն ապահովում է բժշկի հուզական ռեակցիաների և վարքի տիրապետումը և կարգավորումը՝ անկախ հիվանդի վարքից, հոգեկան վիճակից և ապրումներից: Բժշկի հավասարակշռվածությունը, հուզական կայունությունը, բարյացակամությունը նպաստում են վստահելի հարաբերությունների ստեղծմանը:

Բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների համակարգում ադեկվատ հաղորդակցում է ձևավորում էմպաթիան:

Էմպաթիան անձի՝ ուրիշի հոգեվիճակները հասկանալու և ապրումակցելու ընդունակությունն է: Այն բժիշկ-հիվանդ հաղորդակցման անհրաժեշտ բաղադրիչն է, և առանց էմպաթիայի լիարժեք շփում հնարավոր չէ:

Մերժման սենսիտիվությունը շրջապատից, հատկապես հիվանդից բացասական վերաբերմունքի ընկալման ունակությունն է, որը բժշկի համար ապահովում է հետադարձ կապ՝ իր վարքը բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների համակարգում կարգավորելու համար:

Գոյություն ունեն ցանկ հոգեբանական առանձնահատկություններ, որոնք նվազեցնում են բժշկի հաղորդակցման կոմպետենտությունը՝ տազնապալիությունը, դեպրեսիվությունը, ինքնամփոփությունը:

Բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների հոգեբանական կողմը կարևոր է ախտորոշիչ և թերապևտիկ գործընթացների բոլոր փուլերում: Առավել կարևոր է առաջին հանդիպման ժամանակ, երբ ձևավորվում է հոգեբանական շփումը և վստահությունը: Բժիշկ-հիվանդ մասնագիտական շփումը բաղկացած է չորս փուլից:

1. Շփման փուլ. այս փուլի ընթացքում բժիշկը ծանոթանում է հիվանդի հետ և հաստատվում է հոգեբանական շփում, ձևավորվում է առաջին տպավորությունը միմյանց մասին, որի հիման վրա կառուցվում են ապագա փոխհարաբերությունները: Արդեն այս փուլում հիվանդը պետք է համոզված լինի, որ բժիշկն ուզում է և կարող է օգնել իրեն: Առաջինը հիմնվում է բժշկի էմպաթիայի ունակության վրա, իսկ երկրորդը՝ նրա վստահ վարքի: Շփման փուլում շատ կարևոր են ոչ վերբալ վարքի չափանիշները և հաղորդակցման հարլեզվական բաղադրիչները: Ոչ վերբալ վարքի չափանիշներից են՝ ժեստերը, դիրքը, հնչերանգը, հայացքը: Հաղորդակցման հարալեզվական բաղադրիչներից են՝ հազալը, հառաչելը, հոգոցը, հորանջելը և այլն: Այս բաղադրիչներն ունեն չորս կարևոր հատկանիշներ՝ խոսքի ռիթմ, դադար, բարձրություն /ծավալ/, տեմպ:

2. Կողմնորոշման փուլ. այս փուլում կատարվում են հետևյալ գործընթացները՝ ակտիվ լսելու գործընթաց, կատարսիս, կարեկցող հուզական փորձ, պրոեկցիաներ «բուժաշխատող-հիվանդ» փոխհարաբերություններում:

Ակտիվ լսելու գործընթաց. ի պատասխան բժշկի հարցին՝ հիվանդը սկսում է ներկայացնել իր գանգատները, պատմել տհաճ զգացմունքների մասին: Հաճախ պատմելով հիվանդության ախտանիշների մասին՝ նա մեկնաբանություններ է տալիս, որտեղ բացահայտվում է իր հուզական վերաբերմունքը այդ ախտանիշների նկատմամբ:

Կատարսիս. կողմնորոշման փուլում բժիշկը ազատ արտահայտվելու հնարավորություն է տալիս հիվանդին, որն իր հերթին ապահովում է թերապևտիկ մեխանիզմի՝ կատարսիսի իրականացումը: Հիվանդները շատ հաճախ թեթևացած են զգում, երբ նրանց ուղղակի լսում են առանց ընդհատելու: Առաջին անգամ կատարսիսի մասին խոսել է Արիստոտելը, որը նշում էր, որ հոգին վշտից մաքրվում է վախի և համակրանքի միջոցով: Կատարսիսի շնորհիվ պակասում են բացասական հուզական ապրումները և լարվածությունը:

Կարեկցող հուզական փորձ. այս գործընթացը պայմանավորված է այն երևույթով, երբ հիվանդը սկսում է ավելի ազատ արտահայտվել, քանի որ չի հանդիպում բժշկի կողմից գնահատմանը և դատապարտմանը՝ կապված իր ապրումներով և զգացմունքներով:

3. Արգումենտացիայի /փաստարկման/ փուլ. այս փուլի կարևոր իմաստն է՝ լրացուցիչ ինֆորմացիայի հավաքումը, որը կարող է լինի վերբալ (հարցերի միջոցով) և ոչ վերբալ (պացիենտի գնում):

4. Կորեկցիայի (շտկման) փուլ. հանդիպումը պետք է ավարտվի ոչ միայն մասնագիտական, այլև հոգեբանական տեսանկյունից: Կարևոր է, թե ինչ խոսքերով է բժիշկը ավարտում հանդիպումը: Հիվանդի հիշողության մեջ միշտ մնում են բժշկի առաջին և վերջին հուսալի խոսքերը: Այս փուլի նպատակն է հուզականորեն աջակցել և հուսադրել հիվանդին:

Բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների հիմնական մոդելները

Բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերություններն ամեն դեպքում խիստ անհատական են, քանի որ պայմանավորված են հիվանդի առանձնահատկություններով և վիճակով, հիվանդություններով և բժշկի հոգեբանական և անձնային հատկություններով: Մասնագիտական գրականության մեջ կան բժիշկ-հիվանդ դերային վարքի բազմաթիվ ձևեր, բայց կարելի է առանձնացնել այդ փոխհարաբերությունների երեք հիմնական մոդելներ:

Ղեկավարում. բժշկության մեջ բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների հիմնական մոդելն է, որտեղ բժշկի դերը գերիշխող է, ակտիվ, բոլոր որոշումները՝ կապված բուժման, ախտորոշիչ գործընթացների հետ, ընդունում է բժիշկը և ինչպես իրավաբանական, այնպես էլ հոգեբանական և բարոյական պատասխանատվություն է կրում: Այս փոխհարաբերությունների մոդելում հիվանդի դերը պասիվ է և կախյալ:

Համագործակցություն. բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերությունների համագործակցության մոդելը շատ դեմոկրատական է: Այն ենթադրում է հիվանդի ակտիվ ներգրավում բուժման գործընթացում, պատասխանատվություն և ինքնուրույնություն: Համագործակցության մոդելի հիմքում էմպաթիայի սկզբունքն է:

Պայմանագրային մոդել. այս մոդելը ձևավորվել է վճարովի բժշկության պայմաններում: Այստեղ հաշվի են առնում և՛ հիվանդի, և՛ բժշկի հետաքրքրությունները, բուժման գործընթացը ղեկավարվում է և համակարգվում փոխհարաբերությունների երկու մասնակիցների կողմից:

Հուզական այրման համախտանիշ

«Հուզական այրման համախտանիշ» կամ «սպառման սինդրոմ» տերմինն առաջին անգամ գիտական ոլորտում շրջանառության մեջ դրվեց 1974 թվականին ամերիկացի հոգեբան Ֆրեդենբերգի կողմից: Ի սկզբանե տերմինը օգտագործվում էր այնպիսի անձանց հոգեբանական վիճակը բնութագրելու համար, ում աշխատանքը ինտենսիվորեն և սերտորեն կապված էր մարդկանց հետ, ինչն էլ ենթադրում էր հուզական գերլարված վիճակ, որի արդյունքում անձի մոտ առաջանում են բազմաթիվ հոգեբանական խնդիրներ: Համախտանիշն ուսումնասիրելու սկզբնական ժամանակահատվածում իբրև ռիսկային խումբ նշանակվել էին բժիշկներ, ուսուցիչներ, քահանաներ և այլն: Թերևս աշխատանքի բաժանման տարբերակման (դիֆերենցացիայի) արդյունքում մասնագիտական ռիսկային խումբն ավելի ընդլայնվեց՝ ներառելով ցանկացած մասնագիտության տեր անձանց, ում զբաղվածությունը ենթադրում է անմիջական աշխատանք մարդկանց հետ:

Մասնագիտական այրման գաղափարի մյուս հիմնադիրը սոցիալական հոգեբան Կ.Մասլաչն է, որը սահմանել է այդ հասկացությունն իբրև ֆիզիկական և հուզական հյուծվածության համախտանիշ, որը ներառում է բացասական ինքնազնահատականի ձևավորում և զարգացում, բացասական վերաբերմունք աշխատանքի նկատմամբ, փոխըմբռնման ու ապրումակցման կորուստ այցելուների, հիվանդների և գործընկերների հանդեպ:

Մասնագիտական գրականության մեջ կարելի է գտնել «այրման» տարաբնույթ սահմանումներ, սակայն այն առավելապես դիտարկվում է որպես տևական սթրեսային հակազդում կամ համախտանիշ, որն առաջացել է միջին ինտենսիվության երկարատև մասնագիտական սթրեսների արդյունքում:

Ներկայումս հայտնի է «Հուզական այրման համախտանիշ»-ի (ՀԱՀ) երեք մոդել:

1. **Միաչափ մոդելի** համաձայն՝ այս մոդելի ՀԱՀ-ը ֆիզիկական, հոգեկան և հուզական հյուծվածության վիճակ է, որի պատճառը երկար ժամանակ հուզականորեն գերհագեցած շփման իրադրություններում լինելն է: Այս մեկնաբանությունը ուղղորդում է «այրման» համախտանիշը որպես «քրոնիկական հոգնածություն» դիտարկելուն: Միաչափ մոտեցման կողմնակիցները «այրումը» չեն վերագրում որոշակի մասնագիտական խմբերի. այն ունի ավելի լայն մեկնաբանություն:

2. Երկրորդ մոդելն առաջարկել են հոլանդացի հետազոտողները, որոնք դիտում են «այրումը» որպես **երկչափ կառույց**՝ բաղկացած հուզական հյուծվածությունից և դեպերսոնալիզացումից: Վերջինս դրսևորվում է գործընկերների և ենթակաների հետ հարաբերությունների վատթարացմամբ, երբեմն էլ սեփական անձի հանդեպ վերաբերմունքի փոփոխմամբ:

3. Հոգեբանության մեջ առավել տարածված է Ա. Մասլոուի և Ս. Ջեքսոնի առաջարկած «այրման» համախտանիշի **եռաչափ մոդելը**: Ըստ դրա՝ «այրումը» հուզական հյուծվածության, դեպերսոնալիզացման և սեփական անձնային ձեռքբերումների ռեդուկցիայի համախտանիշ է [9,16]: Հուզական հյուծվածությունը դիտվում է որպես «այրման» հիմնական բաղկացուցիչ և դրսևորվում է հուզական զուգակցման անկմամբ, անտարբերությամբ կամ հուզական գերհագեցածությամբ: Երկրորդ բաղկացուցիչը՝ դեպերսոնալիզացումը, դրսևորվում է մարդկանց հանդեպ վերաբերմունքի փոփոխության մեջ: «Այրման» երրորդ բաղկացուցիչը՝ անձնային ձեռքբերումների ռեդուկցիան, կարող է արտահայտվել սեփական անձը, մասնագիտական որակները և հաջողությունները բացասաբար գնահատելու միտումով, գործնական ձեռքբերումների և հնարավորությունների հանդեպ նեգատիվիզմի կամ սեփական արժանապատվության ռեդուկցիայի, հնարավորությունների և այլ անձանց հանդեպ ունեցած պարտավորությունների սահմանափակմամբ:

Գոյություն ունեն ՀԱՀ առաջացնող ներքին և արտաքին գործոններ: ՀԱՀ առաջացնող արտաքին գործոններն են՝ շարունակաբար լարված հոգեհուզական գործունեությունը, գործունեության ապակայունացնող կազմակերպումը, կատարվող գործառույթների և գործողությունների համար պատասխանատվության բարձր աստիճանը, մասնագիտական գործունեության ծավալման անբարենպաստ հոգեբանական մթնոլորտը, հոգեբանորեն բարդ խառնվածքով մարդը, որի հետ գործ ունի մասնագետը:

ՀԱՀ-ի առաջացման հաջորդ պատճառները ներքին գործոններն են՝ հուզական ռիզիկոյան հակվածությունը, մասնագիտական գործունեության իրադրության ինտենսիվ ներքնայնացում (ընկալում և վերապրում) և մասնագիտական գործունեության մեջ հուզական հակազդման ցածր մոտիվացիա:

Տ. Վ. Ֆորմանյուկն իր հետազոտության մեջ, իբրև ՀԱՀ-ի առանցքային նշաններ առանձնացրել է՝

1. հյուծմանը դիմակայելու մարդու հուզական Ես-ի կարողությունների վերջնակետը, անհատական սահմանը,
2. ներքին հոգեբանական փորձը, որը ներառում է զգացմունքները, դիրքորոշումները, դրդապատճառները, սպասումները և այլն,
3. անհատական բացասական փորձը, որում կուտակված են հիմնահարցերը, դիսթրեսը, անհարմարվետությունը, դիսֆունկցիաները և դրանց բացասական հետևանքները:

Ընդհանրացնելով տարբեր մոտեցումներ և դասակարգումներ՝ կարելի է նշել, որ հուզական այրման հիմնական ախտանիշներն են՝

- մասնագիտական ակտիվ աշխատանքին հետևող հոգնածությունը, հյուծվածությունը, սպառումը,
- հոգեմարմնական խնդիրներ (արյան ճնշման տատանումներ, գլխացավեր, մարսողական և սիրտ-անոթային համակարգերի ախտահարում, նյարդաբանական խանգարումներ),
- անքնությունը,
- բացասական վերաբերմունքը այցելուների, հաճախորդների հանդեպ՝ նախկինում եղած դրական, բարյացակամ հարաբերությունների փոխարեն,
- բացասական տրամադրվածությունը՝ կատարվող աշխատանքի հանդեպ,
- անձնային դիրքորոշումների կարծրացումը, շփման և գործունեության մեքենայացումը, գիտելիքների պատրաստի ձևերի յուրացումը, աշխատանքային գործողությունների ցանկի կրճատումը, մտածական գործողությունների ռիզիկոսությունը,
- ազրեսիվ միտումները (ցասում և գրգռվածություն գործընկերների և այցելուների հետ շփման մեջ),
- ֆունկցիոնալ, բացասական վերաբերմունքը սեփական անձի նկատմամբ,
- տագնապալի իրավիճակները,
- հոռետեսական տրամադրվածությունը, դեպրեսիան, ծավալվող իրադարձությունների անիմաստության զգացողությունը,
- մեղքի զգացումը:

Ինչպես երևում է, ՀԱՀ-ը սերտորեն կապված է քրոնիկական հոգնածության համախտանիշի (այսուհետ՝ ՔՀՀ) հետ, այդ երկու համախտանիշները մասնագիտական դեֆորմացման (շեղման) բովանդակային բնութագիրն են, և չնայած ախտանիշների նմանությանը՝ դրանք ունեն զգալի տարբերություններ: ՔՀՀ-ն կապված է աշխարհի և այլ մարդկանց մասին գիտելիքների պատրաստի ձևերի ընդունման հետ, օրինակ՝ բժիշկների դեպքում, որոնց գիտակցությունը ենթարկվում է «կարծրացմանը», և ձևավորվում է ֆունկցիոնալ մոտեցում ընդհանրապես մարդկանց, հատկապես հիվանդների նկատմամբ:

ՀԱՀ-ն, նկատվում է այն մասնագետների շրջանում, որոնք ի սկզբանե օժտված են ստեղծագործական մեծ ներուժով, միտված են այլ մարդկանց օգնելուն, նվիրված են իրենց գործին: ՀԱՀ-ն անձի կողմից մշակված հոգեբանական պաշտպանության կառուցակարգ է՝ ի պատասխան հոգեվնասվածքների ներգործության, հույզերի մասնակի կամ լրիվ բացառում, դրանց էներգետիկայի նվազում:

ՀԱՀ-ն հուզական, իսկ ամենից հաճախ՝ մասնագիտական գործունեության ձեռքբերովի կարծրատիպ է: «Այրումը» մասամբ ֆունկցիոնալ կարծրատիպ է, քանի որ հնարավորություն է տալիս մարդուն չափավորելու և խնայողաբար ծախսելու իր էներգետիկ պաշարները: Մինևս ժամանակ կարող են հանդես գալ դրա դիսֆունկցիոնալ հետևանքները, երբ «այրումը» բացասաբար է անդրադառնում մասնագիտական գործունեությանը և գործընկերների միջև հարաբերություններին:

Գրականություն

1. Безносков, С.П., (2004). *Профессиональная деформация личности*, Речь, СПб.
2. Водопьянова, Н.Е., (2002). *Профессиональное выгорание врачей стоматологов*, Журнал Стоматолог №7.
3. Водопьянова, Н.Е., Старченкова Е.С., (2008). *Синдром выгорания*, Питер, Санкт-Петербург.
4. Карвасарский, Б.Д., (2008). *Клиническая психология*, Питер, Санкт-Петербург.
5. Соложенкин, В.В., (2003). *Психологические основы врачебной деятельности*, Академический Проект, Москва.
6. Яровинский, М.Я., (2006). *Медицинская этика*, Медицина, Москва.

23. ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ

Հոգեբանական ծառայության շրջանակներում իրականացվում է հոգեախտորոշման և հոգեբանական ազդեցության խնդիրների լուծումը: Հոգեբանական ազդեցությունն իրականացվում է հոգեբանական օգնության շրջանակներում: Հոգեբանական օգնությունը հոգեբանության գործնական կիրառության ոլորտներից է, որն ուղղված է մարդկանց սոցիալ-հոգեբանական կոմպետենտության բարձրացմանը և ինչպես անհատին, այնպես էլ խմբին հոգեբանական օգնության ցուցաբերմանը:

Հոգեբանական օգնության տեսակներն են՝

1. հոգեբանական խորհրդատվությունը,
2. հոգեթերապիան,
3. հոգեշտկումը,
4. հոգեկանխարգելումը¹⁴:

Հոգեբանական խորհրդատվությունը սահմանվում է որպես այցելուին ցուցաբերվող մասնագիտական օգնություն՝ ուղղված խնդրահարույց իրավիճակներում լուծումների որոնմանը: Որպես այցելու կարող են հանդես գալ ինչպես առողջ, այնպես էլ անառողջ մարդիկ, որոնք ունեն էքզիստենցիալ և տարիքային ճգնաժամերի հետ կապված հարցեր, միջանձնային կոնֆլիկտներ, ընտանեկան դժվարություններ, մասնագիտական կողմնորոշմանն առնչվող խնդիրներ:

Հոգեբանական խորհրդատվության հիմքում այն գաղափարն է, համաձայն որի՝ հոգեպես առողջ յուրաքանչյուր մարդ ի վիճակի է լուծելու իր կյանքում ծագող հոգեբանական խնդիրների մեծ մասը: Այցելուն, տարբեր պատճառներից ելնելով, ոչ միշտ է կարողանում գիտակցել խնդրի իրական պատճառը, դրա լուծման լավագույն ուղիները, և հենց այս դեպքում է դրսևորվում մասնագիտական օգնության անհրաժեշտությունը: Այսպիսով, հոգեբանական խորհրդատվության մեջ այցելուին ավելի ակտիվ դեր և հետևաբար ավելի շատ պատասխանատվություն է հատկացվում:

Պայմանավորված խնդրով՝ առանձնացնում են հոգեբանական խորհրդատվության հետևյալ տեսակները՝

ա/ անհատական /աձնային աճ, ներքին կոնֆլիկտներ, վախեր, հոգեբանական տրավմաներ, միջանձնային խնդիրներ/,

բ/ ընտանեկան / խնդիրներ փոխհարաբերություններում, սեռական խնդիրներ, ամուսնալուծության հետ կապված խնդիրներ/,

գ/ մասնագիտական / մասնագիտության ընտրություն, ընդունակությունների կատարելագործում, աշխատունակության բարձրացում/,

դ/ կազմակերպչական / ֆիրմաների ներկայանալիության, գործընկերների հետ փոխհարաբերություններին վերաբերող խնդիրներ, աշխատանքի արտադրողականության բարձրացում/:

Մասնակիցների քանակով պայմանավորված՝ առանձնացնում են անհատական և խմբային խորհրդատվություններ:

Ամենահաճախ հանդիպող իրավիճակները, երբ այցելուները դիմում են հոգեբանական խորհրդատվության.

Իրավիճակներ	Այցելուի վերաբերմունքը խնդրին
ճգնաժամային իրավիճակ	<ul style="list-style-type: none"> • Չգիտեն ինչպես վարվել նման իրավիճակում: • Գիտեն ինչպես լուծել խնդիրը, բայց աջակցություն են փնտրում:

¹⁴ Հոգեպրոֆիլակտիկան մեր ձեռնարկում քննարկված է առանձին , սակայն նկատի ունենալով, որ այն հոգեբանական ինքնատիպ միջամտության ձև է, մենք ներգրավել ենք նաև այս վերնագրում:

«քրոնիկական» բարդ ժամանակահատված, հուզական գերլարվածություն	<ul style="list-style-type: none"> • Չգիտեն ինչպես վարվել նման իրավիճակում: • Գիտեն ինչպես լուծել խնդիրը, բայց աջակցություն են փնտրում: • Սպասվել են խնդիրները ինքնուրույն լուծելու ռեսուրսները:
հոգեբանական միայնություն	<ul style="list-style-type: none"> • հաղորդակցվելու ձգտում • հետաքրքրասիրություն

Հոգեբանական խորհրդատվության ընթացքում մասնագետն իրականացնում է հետևյալ խնդիրները՝

- ուսումնասիրում է այցելուի անձը,
- հետազոտում է խնդրի էությունը,
- պարզում է խնդրի լուծման համար անհրաժեշտ այցելուի ռեսուրսները,
- ձևակերպում է նպատակը,
- հասնում է այցելուի կողմից իր խնդրի գիտակցմանը,
- այցելուն սովորում է նման խնդիրների կանխարգելման ուղիները,
- այցելուին տրամադրվում է ինֆորմացիա իր անձնային առանձնահատկությունների, խնդիրների վերաբերյալ:

խնդիրների վերաբերյալ:

Հոգեբանական շտկումը միջոցառումների համակարգ է, որն ուղղված է մարդու վարքի և հոգեբանության թերությունների շտկմանը: Հոգեբանական շտկման վերջնական նպատակներն են ցանկալի փոփոխությունների հասնել 3 ոլորտներում՝ իմացական, հուզական, վարքային:

1. Իմացական. սեփական վարքի, հարաբերությունների, հակազդեցությունների՝ մոտիվների գիտակցում, հուզական և վարքային կարծրատիպերի գիտակցում, հոգեծին գործոնների և սոմատիկ խանգարումների կապի գիտակցում, կոնֆլիկտային և տրավմատիկ իրավիճակների առաջացման մեջ սեփական պատասխանատվության և դերի գիտակցում,
2. հուզական. հուզական աջակցություն՝ զգացմունքների գիտակցում և վերբալիզացիա, առավել անկեղծ վերաբերմունքի ձևավորում սեփական անձի նկատմամբ, զգացմունքային հակազդեցությունների մոդիֆիկացում,
3. վարքային. ոչ ադեկվատ հակազդեցությունների շտկում:

Վարքի նոր ձևերի յուրացում

Հիմնական փուլերն են՝

- ❖ պայմանագրի կնքումը,
- ❖ խնդրի հետազոտումը,
- ❖ խնդրի լուծման ուղիների փնտրումը,
- ❖ հոգեշտկման ծրագրի մշակումը և իրականացումը,
- ❖ արդյունավետության գնահատումը:

Պայմանագիր կնքելով այցելուի հետ՝ վերջինիս տեղեկացնում ենք աշխատանքի նպատակի, հոգեբանի որակավորման, վճարման, մոտավոր տևողության, տեղի և վայրի, գաղտնապահության մակարդակների մասին:

Հոգեբանական անամնեզը վերաբերում է անձի հոգեբանական զարգացման պատմությանը, որում կարևորվում են ոչ այնքան փաստերը, որքան այցելուի կողմից դրանց տրված մեկնաբանություններն ու նրա վերաբերմունքը: Անամնեզի վերլուծության դեպքում հարկավոր է ուշադրություն դարձնել՝

- ✓ անձի զարգացման և ձևավորման ընթացքում սթրեսային գործոնների առկայությանը,
- ✓ տվյալ սթրեսային գործոնների հանդեպ անհատական ռեակցիաներին,

- ✓ սումատիկ հիվանդությունների հաճախականությանը,
- ✓ քրոնիկական հիվանդությունների առկայությանը,
- ✓ ներընտանեկան հարաբերություններին,
- ✓ դաստիարակության ոճին,
- ✓ իր համար նշանակալի մարդկանց հետ այցելուի փոխհարաբերություններին,
- ✓ յուրաքանչյուր տարիքային փուլի զարգացման մակարդակին և դրա

համապատասխանությանը նորմային:

Հոգեբանական անամնեզը հավաքվում է համակարգված գրույցի, դիտման և հոգեախտորոշման օժանդակ այլ մեթոդների օգնությամբ:

Հոգեթերապիա տերմինը ներմուծել է Դ. Տյուկը «Բանականության ազդեցությունը մարմնի վրա» գրքում 1872 թ./բուժում հոգու միջոցով, թե հոգու բուժում/։ Բժշկական մոդելի համաձայն՝ հոգեթերապիա նշանակում է վերբալ և ոչ վերբալ բուժական ազդեցություն մարդու հույզերի, մտքերի, ինքնագիտակցության վրա: Հոգեթերապիան հոգեկանի միջոցով անձին ուղղված բուժական ներգործության համակարգ է: Հոգեթերապիայի ազդեցությունը, անձի մեջ նոր որակներ չստեղծելով, գործի է դնում արդեն իսկ գոյություն ունեցող որակները՝ դրանք համապատասխանեցնելով նոր իրավիճակներին:

Հոգեթերապիայի տարբեր մոտեցումները միավորող ընդհանուր գաղափարը նպաստել է անձի զարգացմանը՝ սահմանափակումները, բարդույթները, արգելքները հաղթահարելու միջոցով: Հոգեթերապիայի հիմքում անընդհատ փոփոխվող աշխարհում մարդկային ես-ի ձևափոխվելու հնարավորության գաղափարն է: Ներկայումս հայտնի է և գործնականում կիրառության մեջ են հոգեթերապիայի մոտ 400 տեսակ՝ մեծահասակների և մոտ 200 տեսակ՝ երեխաների և դեռահասների համար:

Անկախ կիրառվելիք մեթոդներից՝ դրանք ուղղված են մարդու առողջական վիճակի լավացմանը: Ըստ բովանդակության՝ հոգեթերապիան բաժանվում է անձնային-վերականգնողական և սիմպտոմատիկ տեսակների: Առաջինը լուծում է մարտավարական խնդիրներ՝ սովորեցնելով մարդուն վարքի, կյանքի, հիվանդության, նպատակների հանդեպ առավել ռացիոնալ ձևերին: Երկրորդը լուծում է տակտիկական խնդիրներ՝ տագնապի թուլացում, քնի կանոնավորում: Սակայն գործնականում այս երկուսն էլ փոխկապակցված են: Լուծելով մարտավարական խնդիրներ՝ հոգեթերապիայի բարելավում է հիվանդի ինքնագագացողությունը: Մյուս կողմից ինքնագագացողության լավացումը, հնարավորություն է տալիս ամրապնդելու հավատը առողջանալու հանդեպ:

Պայմանավորված հիվանդների քանակով՝ հոգեթերապիան լինում է անհատական, խմբային, անհատական-խմբային (երբ միևնույն հիվանդի հետ աշխատում են թե՛ մեկ, թե՛ մյուս ձևերով):

Անկախ կիրառվող մեթոդներից՝ հոգեթերապիան ներառում է մի շարք դրույթներ, որոնց կատարմամբ պայմանավորված է բուժման արդյունավետությունը: Դրանք են՝

- համագործակցության, վստահության, ջերմության վրա հիմնված անձնային շփման ստեղծումը,
- լարվածության թուլացումը, հատկապես բուժման սկզբնական փուլում, բացասական հույզերից ձերբազատումը,
- հիվանդի կոգնիտիվ ուսուցումը, նրա անձի ուժեղ և թույլ կողմերի բացահայտումը, սթրեսի հնարավոր պատճառների մեկնաբանումը,
- վարքի կարգավորումը,
- լավատեսությանն ու հավատի ամրապնդմանն ուղղված համոզումը և ներշնչումը /ակնհայտ կամ ոչ ակնհայտ/,
- դիրքորոշումների, նպատակների, հեռանկարային ծրագրերի կարգավորումը՝ անձի առանձնահատկություններին, սոցիալական միջավայրին, մարդու ֆիզիկական հնարավորություններին համապատասխան:

Խմբային հոգեթերապիայի մեթոդները

Խմբային հոգեթերապիան մեթոդ է, որը կիրառվում է ոչ մեծ /7-10/ խմբում, հոգեթերապևտի և մասնակիցների ոչ վերբալ փոխազդեցությամբ, բուժական գործընթացում նրանց ակտիվ մասնակցությամբ: Խմբի ողջ գործունեությունն ուղղված է մասնակիցների առողջական վիճակի լավացմանը, դիրքորոշումների փոփոխմանը, սոցիալական փոխազդեցությունների լավագույն ձևերի յուրացմանը: Խմբային թերապիայի բուժական ազդեցությունն իրականանում է խմբի անդամների փոխազդեցությամբ: Խումբը հնարավորություն է ստեղծում համեմատելու իր խնդիրը, հիվանդությունը մնացած անդամների խնդիրների, հիվանդությունների հետ, նկատել դրական փոփոխությունները, ընդլայնվում են շփումները, հիվանդները աջակցություն են ստանում, կարող են կողքից նայել իրենց խնդրին: Խմբային թերապիայի գլխավոր խնդիրներից է խմբում արդյունավետ, ստեղծագործական և աջակցող մթնոլորտի ստեղծումը:

Կան խմբային թերապիայի բազմաթիվ մեթոդներ.

- Բանավիճային հոգեթերապիա. հիմնվում է մասնակիցների համար կարևոր թեմաների քննարկման վրա:

- Հոգեդրամա. հիվանդները կատարում են որոշակի դերեր, քննարկում խաղի տարբերակները: Արդյունքում մասնակիցներն ընդլայնում են սոցիալական-դերային փոխազդեցությունների իրենց հնարավորությունները:

- Արվեստաբուժում. կիրառվում է հիվանդի ստեղծագործական ունակությունները, իրենց խնդիրները նկարների, քանդակագործությունների միջոցով արտահայտելու համար:

- Երաժշտաթերապիա. նպատակաուղղված երաժշտությունը կարող է մարդու մեջ թուլացնել անցյալի, ներկայի կամ ապագայի հետ կապված ապրումները, բարձրացնել տրամադրությունը, ընդհանուր տոնուսը:

Չնայած հոգեբանական օգնության տեսակների նմանություններին՝ հարկավոր է տարբերակել դրանք:

Հոգեբանական օգնության տեսակ	Հոգեբանական ազդեցության նպատակը	Մեթոդները	Արդյունքը
Հոգեկան խարզելում	անձի զարգացման հնարավոր հոգեկան խանգարումների կանխարգելումը	բնակչության տեղեկացվածություն, զանգվածային հետազոտություններ, հոգեմարզումներ, հոգեբանական աջակցություն	անձնային զարգացման մեջ հոգեկան խնդիրների կանխարգելում
հոգեբանական խորհրդատվություն	այցելուի կողմից խնդրի և դրա լուծման տարբերակների գիտակցում	համակարգված զրույց	այցելուի կողմից խնդրի իրական պատճառների և դրա լուծման լավագույն միջոցների գիտակցում
Հոգեթերապիա	ներդաշնակ փոխհարաբերությունների /ներքին և արտաքին/ ստեղծում	կլինիկական՝ հիպնոս, աուտոթերեյնինգ, ներշնչանք, ռացիոնալ թերապիա, անձնային՝ կոնֆլիկտային	առկա սիմպտոմատիկայի թուլացում, վերացում սեփական անձի և շրջապատի մարդկանց հանդեպ այցելուի վերաբերմունքի փոփոխություն

		ապրումների վերլուծություն	
Հոգեշտկում	Պայմանավորված է «նորմա» հասկացությամբ և սահմանվում է որպես այցելուի «վերադարձ» զարգացման իր համապատասխան մակարդակին:	Պայմանավորված է հոգեթերապիայի ուղղության ընտրությամբ, որին հարում է մասնագետը:	հոգեկան զարգացման այն առանձնահատկությունների շտկումը, որոնք նորմային չեն համապատասխանում:

24. ՀՈԳԵԹԵՐԱՊԵՎՏԻԿ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վարքաբանական հոգեբանություն

Վարքաբանական ուղղությունը ծագել է 20-րդ դարի երկրորդ տասնամյակում: Վարքաբանական հոգեբանության արմատները սկզբնավորվում են ամերիկյան պրագմատիզմի դարաշրջանից, երբ հոգեբանական գիտությամբ զբաղվող տեսաբանները կարծում էին, որ հնարավոր չէ գիտական հետևություններ անել հոգեկան մակարդակի վերաբերյալ, սակայն կարելի է հիմնվել հինգ զգայարանների միջոցով ստացված ինֆորմացիայի վրա և հետազոտել մարդու վարքը: Պրագմատիկները կարծում էին, որ հնարավոր չէ գիտական հետևություններ անել, ելնելով գերզգայական ունակությունների միջոցով հավաքված ինֆորմացիայից, հատկապես եթե դրանք վերաբերում են անգիտակցականին: Միայն հնարավոր է դա անել մեր հինգ զգայարանների միջոցով ստացված ինֆորմացիայով, այսինքն՝ հետազոտելով մարդու վարքը: Միայն դրա շնորհիվ կարելի է ճշմարիտ գիտելիքներ հավաքել մարդու մասին: Վարքաբանական հոգեբանության ներկայացուցիչները հոգեբանության առարկան համարում էին ոչ թե հոգեկանը, այլ վարքը, իսկ հոգեկանը և գիտակցությունը անտեսվում էին՝ որպես կեղծ հասկացություններ: Նրանք առաջարկեցին հրաժարվել ներհայեցողությունից¹⁵ և դիտարկել միայն գիտակցության այն դրսևորումները, որոնք կարող են կրկնվել լաբորատոր գիտափորձերի միջոցով:

Էդվարդ Թորնդայկը (1874-1949) նախապատրաստեց բիհեվիորիզմի առաջացման բնագիտական դրույթները՝ առաջարկելով ուսումնասիրության օբյեկտ դարձնել գործունեությունը, վարքը:

Վարքաբանական հոգեբանության հիմնադիր Ջ. Ուոթսոնը 1913թ. լույս ընծայած «Հոգեբանությունը բիհեվիորիստի տեսանկյունից» աշխատության մեջ նշել է. «Գիտակցությունն ընդհանրապես գոյություն չունի... Վարքաբանը չպետք է ընդունի մարդու և կենդանու տարանջատումը... Վարքի հիմքն է S-R քանաձևը»: Հայտնի են նաև Ջ. Ուոթսոնի հետևյալ խոսքերը. «Ես հնարավորություն ունեմ ամեն մի երեխայից «ստանալու» ինչ ասես՝ գիտնական,

• ¹⁵ Երբեմն նշվում է «ինքնադիտում» տարբերակը: Միջազգային եզրույթը «ինտրոսպեկցիան» է:

բժիշկ, հոգևորական, ուսուցիչ կամ բանվոր, եթե ունենամ համապատասխան պայմաններ»: Ջ. Ուոթսոնի կարծիքով վարքը հակազդումների համակարգ է: Նրա կարծիքով, հոգեբանության հիմնական խնդիրը կենդանի արարածի ֆիզիկական և սոցիալական հարմարումն է շրջապատող միջավայրին: Ուոթսոնի գաղափարների համար հիմք են եղել ռուս գիտնականներ՝ Ի. Պ. Պավլովի և Վ. Մ. Բեխտերնի, ինչպես նաև ամերիկացի Չ. Պիրսի, Ու. Ջեյմսի գաղափարները: Ի. Պ. Պավլովի ազդեցությունը վարքաբանության զարգացման վրա չեն հերքում հենց վարքաբանության և դրա հիման վրա ստեղծված վարքաբանական թերապիայի հիմնադիրները: Վարքաբանական հոգեբանության գրեթե բոլոր ներկայացուցիչներին միավորում էր այն գաղափարը, որ վարքի հիմնական միավորը պայմանական ռեֆլեքսն է: Ջ. Ուոթսոնը իր հետազոտություններն անցկացնում էր սպիտակ առնետների վրա: Նա նշում էր, որ նրանց կենտրոնական նյարդային համակարգը ավելի է նման մարդու ուղեղին, քան այլ կենդանիների ուղեղը: Նա նշում էր, որ հոգեբանությունը՝ որպես գիտություն, պետք է ուսումնասիրի վարքը, քանի որ հակառակ դեպքում հնարավոր չէ օբյեկտիվ հետազոտել գիտակցությունը, հոգին և անգիտակցականը:

Է. Թորնդայկի և Ջ. Ուոթսոնի գաղափարները շարունակել և զարգացրել է Բ. Սքինները, որի տեսակների համաձայն՝ վարքը կանխորոշվում և ձևավորվում է հետևանքների և արդյունքների հիման վրա: Պայմանավորված վարքային հակազդեցության հետևանքով՝ հաճելի, չեզոք կամ տհաճ, կենդանի արարածը կարող է կրկնել այդ վարքային ակտը, այն համարել անկարևոր կամ խուսափել դրանից: Վարքի այս տեսակը Բ. Սքիններն անվանեց «օպերանտային վարք», որը սովորաբար ազդում է շրջապատի վրա և ծնում նոր խթաններ, որոնք էլ իրենց հերթին ազդում են օրգանիզմի վրա: Մարդու հոգեկան գործունեության բոլոր ձևերը Սքինները վերագրում է օպերանտ ոլորտին:

Հիմնական հասկացությունները

Ինչո՞վ է պայմանավորված մարդու վարքը: Մարդու վարքի պայմանավորվածությունն ունի մի քանի ձև՝ **օպերանտային պայմանավորվածություն**, որը կախված է այն բավարարող կամ դրական հետևանքներից, օրինակ՝ երեխային խոստանալ կոնֆետ և մղել գործողության: Եթե մարդը կամ կենդանին իրենց վարքի դրսևորման համար բավարարվածություն կամ պարզևատրում են ստանում, սովորում են այդ վարքային դրսևորմանը: Ընդ որում, այդ գործողությունները, որոնք պայմանավորված են որոշակի հետևանքներով, անհրաժեշտ է ամրապնդել:

Ամրապնդումը ազդակ է, որն ավելի է մեծացնում ծրագրավորված ռեակցիայի դրսևորման հնարավորությունը: Ամրապնդումները լինում են դրական (կոնֆետի ազդեցություն) և բացասական (մտրակի ազդեցություն): Վարքաբանների տեսանկյունից արտաքին աշխարհի ազդեցությունը՝ որպես ամրապնդման աղբյուր, հիմնականում հնարավորություն է տալիս հասկանալու, թե ինչպես են թուլանում վարքի որոշ տեսակներ և փոխարնվում մյուսներով:

Իսկ միանման ազդակներն ինչո՞ւ միանման վարք չեն առաջացնում տարբեր մարդկանց դեպքում: Քանի որ նրանց կարծիքով հոգեկանը մի սև արկղ է, որն ունի մուտքեր և ելքեր, և ոչ ոք չգիտի՝ ներսում ինչ կա: Այդ սև արկղը մարդու անհատական որակներն են, առանձնահատկությունները, վիճակները, որոնք օբյեկտիվորեն հնարավոր չէ ճանաչել, ու նրանք նպատակ չեն էլ հետապնդել ճանաչելու այն: Կարևոր է միայն իմանալ՝ ինչ ռեակցիա է առաջացնում այս կամ այն ազդակը և ամրացնել ցանկալի ազդակը կամ վերացնել անցանկալին: Այլ կերպ ասած, հոգեկանը համեմատելով սև արկղի հետ՝ վարքաբանները նշում են, որ իրենք հետաքրքրված չեն հոգեկան բովանդակությամբ:

Ընդօրինակման (մոդելավորման) միջոցով յուրացնում, սովորում են վարքային հակազդեցությունները՝ ուղղակի դիտելով այլ մարդկանց և կրկնելով նրանց վարքը: Վարքը որպես շրջապատին հարմարվելու տեսակ, ձևավորվում է տարբեր մոդելների դիտման հետևանքով:

Երրորդ ձևը՝ **վարքի դասական պայմանավորվածությունն** է, որը ենթադրում է վարքային մոդելի ուսուցում ժամանակային գուգորդման միջոցով: Երբ երկու իրավիճակ իրար ետևից կարճ ժամանակային ընդմիջումով են կատարվում, դրանք մարդու գիտակցության մեջ միաձուլվում են, և մարդը այդ երկու իրավիճակին շուտով սկսում է արձագանքել միևնույն կերպ (օրինակ՝ շան թքարտադրությունը մսից և մետրոնոմի ձայնից, պայմանական և ոչ պայմանական ռեֆլեքսներ կամ սիրահարված պատանու զգացումները օձանելիքից, որն օգտագործում է իր սիրած էակը):

Վարքաբանական (բիհևիորիստական) հոգեթերապիա

Տարբեր թերապևտիկ մեթոդների վերլուծությունը հիմնավորում է վարքաբանական թերապիայի մեծ արդյունավետությունը և դրա արժանի տեղը հոգեթերապևտիկ ծառայության շրջանակներում: Վարքային թերապիան հատկապես արդյունավետ է տարբեր վախերի և կաշտն մտքերի առկայության դեպքում: Թերապիայի այս ձևն ուղղված է միայն դեպի վարքը և չի կենտրոնանում խոր զգացմունքների և հույզերի վրա: Վարքային թերապիան հիմնականում ուշադրություն է դարձնում ախտանիշներին և արդյունքներին՝ առանց հաշվի առնելու այցելուի անձի առանձնահատկությունները, նրա հասարակական կապերը, նրա ինքնագիտակցությունը և ստեղծագործական ունակությունները: Երբեմն վարքային թերապիայի արդյունավետությունը կարճատև է և չի շոշափում այցելուի հոգեկանի խորքերը:

Հիմնադրույթները

- Թերապիայի նպատակն է ստեղծել հարմարվողական (ադապտիվ) վարք, վերացնել դեզադապտիվ վարքային շաբլոնները:
- Ախտանիշը ինքնին հիվանդություն է, ոչ թե հիվանդության հատկանիշ, այդ պատճառով թերապիան ոչ թե դեպի անձն է կողմորոշված, այլ դեպի թիրախը:
- Թերապևտը և այցելուն նախօրոք պայմանավորվում են թերապիայի նպատակների և մեթոդների մասին:

Վարքաբանական թերապիայում ընթացքում գործող հիմնական տեխնիկաներն են՝ **պարբերական դեսենսիբիլիզացիայի մեթոդը** և **իմբեսիա (իմպլոզիվ) տեխնիկան**, չնայած ժամանակակից վարքաբանական թերապիան մշակել է բազմաթիվ այլ տեխնիկաներ և վարժություններ: ՎԹ-ն արդյունավետ է տագնապային վիճակների, վախերի, ֆոբիաների դեպքում:

Պարբերական դեսենսիբիլիզացիայի մեթոդն (ՊԴՄ) օգնում է մարդուն՝ հարմարվելու դիսկոմֆորտ (անհարմարավետություն) առաջացնող իրավիճակին: Այցելուի հետ աշխատում են նյարդամկանային ռելաքսացիայի վիճակում, որն անհամատեղելի է վախի զգացումի հետ: Մեթոդի էությունը մարդու՝ իր խնդրին դեմ առ դեմ առճակատումն է: Այդ խնդիրների բազմակի կրկնությունն արգելակում է վախի ռեակցիան՝ վերածելով այն այլ ռեակցիայի (զայրույթ, ծիծաղ, արհամարհում): ՊԴՄ-ն կարող է իրականանալ նաև մասնագետի օրինակի ցուցադրման, այնուհետև թերապևտի վարքի աստիճանաբար կրկնօրինակման հիման վրա: Արդյունքում նվազում է այցելուի զգայունությունը նախկինում վախ առաջացնող գործոնի նկատմամբ:

Իմերսիան (իմպլոզիվ) տեխնիկան փորձում է ինտենսիվ վախ առաջացնել արհեստական ճանապարհով՝ իրական կյանքում այն թուլացնելու նպատակով: Այցելուն երկար ժամանակ պետք է պատկերացնի վախ առաջացնող իրավիճակներ, առարկաներ, կենդանիներ: Քանի որ ֆիզիոլոգիապես անհնար է վախի ազդեցության տակ լինել 20-30 րոպեից ավելի, ուստի տազնապ և վախ առաջացնող պայմաններում բավականին երկար մնալով՝ վախը կարող է վերանալ:

Հաճախ վարքաբանական հոգեթերապիայի առաջին փուլի ընթացքում հոգեթերապևտներն առաջարկում են այցելուին յուրացնել Է. Ջեքոբսոնի առաջադիմող ռելաքսացիայի հոգեկարգավորման տեխնիկան: Այս մեթոդը պայմանավորված է տարբեր մկանային խմբերի հետևողական լարմամբ և թուլացմամբ, դրա հետ կապված զգայությունների տարբերության առաջացման հետ: Այս տեխնիկան բավականին արագ է յուրացվում և միանգամից այցելուին զգացնել է տալիս, որ ինքն ունակ է սովորելու հոգեթերապևտի առաջարկած հնարքները և մեթոդները: Դա այցելուի մեջ առաջացնում է այն վստահությունը, որ անգամ ավելի դժվար խնդիրները հաղթահարելի են:

Վարքաբանական թերապիայի խմբերի շրջանակներում առավել տարածված են, այսպես կոչված, ունակությունների և կորոդությունների թրենինգային խմբերը: Այդպիսի խմբերը կարելի է անվանել նաև ծրագրված ուսուցման դասընթացներ: Այս դասընթացներում այցելուն սովորում է վարքային հակազդեցություններ, որոնք հնարավորություն են ստեղծում լուծելու իր անձնական և մասնագիտական խնդիրները:

Հումանիստական հոգեբանություն

Հումանիստական հոգեբանությունը հոգեբանության ժամանակակից ուղղություններից մեկն է, որի ուսումնասիրության գլխավոր առարկան անձն է՝ որպես ինքնատիպ, ամբողջական համակարգ: Հումանիստական հոգեբանության ամենաականավոր ներկայացուցիչներից մեկը Աբրահամ Մասլոուն է: Չնայած Ա. Մասլոուն ինքն իրեն համարում էր հոգեբան-տեսաբան, և ոչ թե հոգեթերապևտ, այնուամենայնիվ նա անգնահատելի ավանդ ունի հոգեթերապիայի ոլորտում: Ա. Մասլոուի տեսության հիմնադրույթներից է անձի պահանջումների հիերարխիայի մասին դրույթը, որն արդեն քննարկել ենք համապատասխան բաժնում (**տե՛ս 15.1**): Նրա առաջարկած կարևոր հայեցակարգը նաև ինքնիրականացող անձի մասին տեսությունն է, ըստ որի՝ անձը՝ կապված ինքնիրականացման պահանջումների բավարարման հետ, դրսևորում է մի շարք անձնային առանձնահատկություններ: Այսպես, օրինակ՝ ինքնիրականացող անձը, ըստ Ա. Մասլոուի, ազատ է շփման մեջ, չի ամաչում ցույց տալ իր ներքին ապրումները, չի ջանում ամեն գնով արդարացնել շրջապատի սպասումները, ընդունում է սեփական թուլությունները, զարգացնում է իր անհատականությունը, չի վախենում անհաջողություններից, առանց նախապայմանների սիրում է իր շրջապատի մարդկանց, պարզ է, բնական, ունի ստեղծագործականության բարձր մակարդակ, հաճախ է ունենում «կիզակետային» ապրումներ: «Կիզակետային» ապրումների գաղափարը ևս կարևոր դրույթ է հումանիստական տեսության մեջ: Ա. Մասլոուն նկատեց, որ ինքնիրականացվող մարդիկ ունենում են ուժեղ լարվածությամբ հուզական վիճակներ, երանության և էքստազային հոգեվիճակներ, ինչպես նաև հանգստության և խաղաղության զգացողություններ: Այս ապրումներն ի հայտ են գալիս առանց արհեստական ազդակների և կարող են ուղեկցվել գազաթնակետի հասնող սիրտ զգացողությամբ:

Ա. Մասլոուն նշում էր, որ ներոտիզմը հատուկ է այն մարդկանց, ովքեր չեն հասել ինքնիրականացման բարձր մակարդակի: Այցելուների գանգատները նա դասակարգում էր՝ ըստ պահանջմունքի մակարդակի, որոնցից ամենաբարձրները մետա-գանգաթները, վերաբերում են ինքնիրականացման պահանջմունքի ֆրուստրացիային:

Հումանիստական դպրոցի հիմնական դրույթներն են.

ա) Մարդու ուսումնասիրություն իր ամբողջականության մեջ:

բ) Յուրաքանչյուր մարդ յուրովի ինքնատիպ է (այդ պատճառով առանձին դեպքերի վերլուծությունը նույնքան արդարացված է, որքան վիճակագրական ընդհանրացումները):

գ) Մարդը բաց է աշխարհի համար:

դ) Մարդու եսի և շրջապատող աշխարհի վերաբերյալ ապրումները հանդես են գալիս որպես գլխավոր հոգեբանական իրականություն:

ե) Մարդն օժտված է անընդհատ զարգացման և ինքնադրսևորման կարողությամբ:

զ) Սեփական կյանքի իմաստների և արժեքների շնորհիվ մարդն ունի ազատության որոշակի աստիճան:

է) Մարդը ակտիվ և ստեղծագործող էակ է:

Հոգեթերապիայում հումանիստական ուղղության ներկայացուցիչները մարդուն տեսնում են որպես ի ծնե ակտիվ, պայքարող, ինքնահաստատվող, սեփական հնարավորություններն ընդլայնող և դրական աճի գրեթե անսահման հնարավորություններով օժտված էակ: Այդ իսկ պատճառով հոգեթերապևտի ջանքերն ուղղվում են անձնային աճին: Թերապևտիկ նպատակն է հասնել գիտակցական առավել բարձր վիճակի, որի դեպքում, համաձայն Ռոլլո Մեյի, «կյանքում սեփական առաքելությունը գիտակցել միաժամանակ նշանակում է ստեղծված լինել հենց այդ առաքելության համար»: Թերապևտիկ գործընթացում կարևորվում են հույզերն ու ապրումները, «այստեղ և հիմա» վիճակը:

Հիմք ընդունելով այս դրույթները՝ հումանիստական հոգեբանությունը շեշտը դնում է մարդու ապագայի ձգտումների և կարողությունների ազատ դրսևորման վրա (Գորդոն Օլպորտ, Աբրահամ Մասլոու), սեփական ես-ի նկատմամբ ունեցած հավատի ամրապնդման և «իդեալական ես-ին» հասնելու վրա (Կարլ Ռոջերս): Կարլ Ռոջերսը, այս դրույթներից ելնելով, ստեղծեց այցելուակենտրոն հոգեթերապիայի մեթոդը, որի ընթացքում օգնության դիմած այցելուն դիտվում է որպես զուտ հաճախորդ, որն իր վրա է վերցնում սեփական մտաճանաչությունների լուծման պատասխանատվությունը:

Ժամանակակից հումանիստական դպրոցի ներկայացուցիչներից է Ջերալդ Ջամպոլսկին: Ըստ նրա՝ մենք ըմբռնում ենք մեր ներկան անցյալի պրիզմայի միջով, հետևաբար ի վիճակի չենք առանց շեղումների և սահմանափակումների տեսնելու այն, ինչ կատարվում է մեր կյանքում տվյալ պահին: Ես-ը ճնշվում է անցյալի ծանրությունից և միշտ ձգտում ազատության: Լինել ազատ նշանակում է առանձնացնել ես-ը այն իրականությունից, որը մենք ըմբռնում ենք մեր զգայարանների միջոցով: Ազատություն նշանակում է ունակ լինել միշտ սիրելու, ըմբռնելու և սեր նվիրելու շրջապատին:

Ըստ Ջ. Ջամպոլսկու տեսության՝

- Մերը դիտվում է որպես վախի լրիվ բացակայություն: Հիմնական խոչընդոտները մեր վախերն են և մեղքի զգացումները, որոնք ներմուծվում են մեր անցյալից:
- Միշտ կա ընտրություն՝ սիրել կամ վախենալ: Ինչի՞ն է ձգտում մարդը՝ ապրել ինքն իր հետ կոնֆլիկտի՞, թե՞ հաշտության մեջ: Ընտրելով կոնֆլիկտը՝ նա ձգտում է նախ և առաջ ինչ-որ բան ստանալ՝ անհաջողության դեպքում անիծելով բախտը, հանգամանքները և շրջապատին:
- Գիտակցել, որ իր բացասական վերաբերմունքը շրջապատին որևէ կերպ կշրջվի իր դեմ: Նայելով շրջապատող աշխարհի վախի պրիզմայով՝ կարելի է սպառնացող վտանգ տեսնել ես-ի նկատմամբ:

Կարողանալ ընտրություն կատարել՝ սե՞ր, թե՞ վախ: Տալը և ստանալը միևնույն բանն են: Ես կարո՞ղ եմ ստանալ այն չափով, ինչ չափով ընդունակ եմ տալու:

- Եթե իմ կարծիքով որևէ մեկը մեղավոր է, ապա ես ավելացնում եմ սեփական մեղքի և անօգնականության զգացումը: Ինքս ինձ չեմ կարող ներել, եթե ուրիշին չկարողանամ ներել:
- Այն ամենը, ինչ ես տալիս եմ, այսպես թե այնպես վերադառնում է ինձ: Հարց է ծագում. տալի՞ս եմ արդյոք հիմա այն, ինչ կուզենայի ստանալ:
- Պաշտպանվելով իբր թե սպառնացող վտանգից՝ մենք ավելի ենք ուժգնացնում մեր թուլությունը: «Հարձակո՞ւմ, թե՞ պաշտպանություն» խաղի մեջ ընկնելով՝ մենք գրեթե միշտ պաշտպանվում ենք: Ամենամեծ ուժն անպաշտպանության մեջ է: Չպաշտպանվելը խոցելի չէ, քանի որ պաշտպանվելու փորձերը կարող են հանգեցնել հակառակ արդյունքի:

«Էմպաթիա» հասկացությունն ըստ Կ. Ռոջերսի

Ամերիկացի հոգեբան Կարլ Ռոջերսը (1902-1987) հումանիստական հոգեբանության հիմնադիրներից է: Ըստ Կ. Ռոջերսի անձի կառուցվածքի հիմքում ես-կոնցեպցիան է, որը ձևավորվում է արտաքին աշխարհի հետ ունեցած հարաբերությունների արդյունքում և կարգավորում վարքը: Նրա ուսումնասիրություններում ուրույն տեղ է զբաղեցնում «Էմպաթիա» հասկացությունը: Էմպաթիան (հուն. *empathia* - ապրումակցում) դիմացինի ապրումները հասկանալու, զգալու կարողությունն է: Էմպաթիան մարդու հուզական հակազդումն է այլ մարդկանց ապրումներին: Էմպաթիան ապրումակից դառնալ է նշանակում, այսինքն՝ ապրումակցել, որի ընթացքում նկատի է առնվում՝ ինչ և ինչպես է ապրում կոնկրետ մարդը: Այդ պահը հնարավոր է, եթե քեզ պատկերացնես դիմացինի փոխարեն: Ապրումակցումը հոգեկան արտացոլման յուրահաստուկ ձևերից է և մեծ դեր է կատարում շրջապատող աշխարհի ճանաչման մեջ: Այն կարող է ծագել ոչ միայն մարդկանց (կամ կենդանիների) նկատմամբ, որոնք ռեալ կերպով գոյություն ունեն, այլև գեղարվեստական ստեղծագործությունների, գրականության, կինոյի, թատրոնի, նկարչության. քանդակագործության, պատկերների նկատմամբ: Լսողի կողմից էմպաթիան բավականին ակտիվ գործընթաց է: Դրան նախապատրաստվելու համար հարկավոր է տրամադրվել հոգեբանական առումով: Աշխատել ստեղծել համապատասխանություն (կոնգրուենտություն) «լեզուների» միջև.

ա) խոսք,

բ) մարմնի լեզու,

գ) դրական վերաբերմունք սեփական ես-ի նկատմամբ:

Ըստ Կ. Ռոջերսի՝ իդեալական դիրքն այն է, երբ հնարավոր է հեշտությամբ վեր կենալ և հասնել խոսողին: Տարածության առումով հնարավոր է բռնել այցելուի ձեռքը, շոշափել զարկերակը:

«Էմպաթիա» հասկացությունը սահմանելու բազմաթիվ փորձեր են արվել: Կ. Ռոջերսն այդ առումով ունի մի քանի սահմանումներ: Լինել էմպաթիայի վիճակում՝ նշանակում է ընկալել ուրիշի ներաշխարհը նույնությամբ՝ պահպանելով հուզական և իմաստային երանգները: Ռոջերսի վկայությամբ ինքը հենվել է նաև «ապրումների և վիճակների» նկարագրության Գենդլինի տեսակետի վրա: Ըստ Գենդլինի՝ ժամանակի ամեն մի պահին մարդը ինչ-որ վիճակների ազդեցության տակ է, որոնց նա բազմաթիվ անգամներ անդրադառնում է՝ դրանց իմաստը հասկանալու համար:

Ապրումակցման ընթացքում կարևոր է ըմբռնել այցելուի վիճակի էությունը և արտահայտել այն խոսքի (վերբալիզացիայի) միջոցով: Օրինակ՝ հոգեթերապիայի ընթացքում մասնակիցներից մեկը ընդգծված բացասական արտահայտվեց իր հոր մասին:

Վարողը նկատեց. - Ստեղծվում է այնպիսի տպավորություն, որ դու բարկացած ես հորդ վրա:

- Ո՛չ, ես չեմ կարծում, - պատասխանեց այցելուն:

- Հնարավոր է, որ դու բավարարված չես նրանով:

- Չգիտեմ, հնարավոր է (կասկածելով):

- Հնարավոր է, որ դու հիասթափված ես նրանից:

- Այո՛, ես հիասթափված եմ, քանի որ նա թույլ մարդ է: Ես կարծում եմ, որ նրանից հիասթափվել եմ մանուկ հասակում:

Այս դեպքում «բարկացածը» չի համապատասխանում. «բավարարված չլինելը» մոտ է, մինչդեռ «հիասթափությունը» միանգամայն ճիշտ է: Գտնելուց հետո էլ հաճախ ապրումները շարունակվում են: Այդ է պատճառը, որ Ռոջերսը առաջարկում է էմպաթիան դիտել որպես գործընթաց, ոչ թե վիճակ: Էմպաթիկ շփումն ունի մի քանի սահման: Այն նախատեսում է թափանցել ուրիշի աշխարհը և այնտեղ լինել «ինչպես սեփական տանը»:

Անընդհատ հարկավոր է զգալ այլ անձի ապրումների փոփոխությունը՝ վախը, ցասումը, ամաչկոտությունը և ընդհանրապես այն ամենը, ինչ նա կարող է զգալ:

Դա նշանակում է ժամանակավորապես ապրել ուրիշի կյանքով՝ առանց գնահատելու և դատելու նրան: Դա նշանակում է ըմբռնել այն, ինչը երբեմն հազիվ է գիտակցվում անգամ այցելուի կողմից: Բայց այս դեպքում բացառվում են չգիտակցված զգացմունքները բացահայտելու փորձերը, քանի որ դրանք կարող են վնասակար լինել: Ուղղակի պետք է հաղորդակցվել և արտահայտել այլ մարդու ներաշխարհի վերաբերյալ ունեցած տպավորությունը: Անհանգստացնող խնդիրներին և կյանքի անցած տարիներին հարկավոր է նայել նորովի, ավելի հանգիստ հայացքով: Այդ դեպքում բժիշկը կամ հոգեբանը վստահելի մարդ է դառնում և օգնում հիվանդին կամ այցելուին վերապրելու անցյալը՝ նրա ճնշող ազդեցությունից ազատվելու հնարավորությամբ:

Դառնալ ուրիշն այս առումով նշանակում է ժամանակավորապես մի կողմ թողնել սեփական տեսակետները և արժեքները, որպեսզի հնարավոր լինի թափանցել ուրիշի աշխարհն առանց տրամադրվածության: Այս հանգամանքը կարծես հուշում է, որ մենք մի կողմ ենք թողնում մեր սեփական ես-ը, իսկ դա կարող են թույլ տալ միայն այն մարդիկ, ովքեր որոշակի իմաստով անվտանգություն են զգում և գիտեն, որ ուրիշի տարօրինակ աշխարհում երբեք չեն կորչի: Պետք է կարողություն ունենալ նաև ամեն պահի վերադառնալու սեփական աշխարհը: Ահա թե ինչու էմպաթիան բավականին բարդ գործընթաց է և նշանակում է լինել պատասխանատու, ակտիվ, ուժեղ և, իհարկե, նրբազգաց:

Կ. Ռոջերսը նաև, այսպես կոչված, «այցելուի վրա կենտրոնացված» հոգեթերապիայի հեղինակն է. հոգեթերապևտը, ստեղծելով խոր անձնային շփում, նրա մեջ տեսնում է ոչ թե հիվանդին, այլ լիարժեք մարդու, իսկ յուրաքանչյուր մարդ ի վիճակի է սեփական խնդիրները լուծելու իր իսկ առաջադրած ճանապարհով:

Լսելու և ապրումակցելու որոշ մեթոդներ.

- Առանց գնահատման. պետք է նկատի առնել, որ լսողի անձնական վերաբերմունքը (լավ կամ վատ) մարմնի լեզուն, գլխի շարժումները, օգտագործվող բացականչությունները՝ հը՛մ, այո՛, այդպես, լավ և այլն, կարող են խանգարել պատմողին: Ֆրոյդի կարծիքով լսողի ես-ն այդ պահին պետք է ազատվի

սեփական հոգսերից, լսողը հայելի է, որի մեջ պատմողը պետք է տեսնի իրեն: Ուրեմն պետք է աշխատել զերծ մնալ գնահատումից:

- Լռություն. սոցիալ-հոգեբանական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ լռությունը նպաստում է հաղորդակցման «խողովակի» ստեղծմանը:
- Արձագանք. երբ լսողը կրկնում է պատմողի վերջին բառը: Դա նպաստում է, որ պատմողն ավելի մանրամասնորեն ներկայացնի իրեն հուզող հարցերը:
- Հայելային արտապատկերում. կրկնել պատմողի ասած վերջին նախադասությունը՝ առանց փոխելու շեշտադրումը: Օր.՝ էթե պատմողն ասի, որ իրեն դրանից հետո կաշկանդված էր զգում, ապա կրկնելով այդ նախադասությունը՝ հնարավորություն կտաք բացահայտելու պատճառները:
- Պարաֆրազ. խոսողի արտահայտության կամ ասածի բովանդակության հաղորդում այլ բառերով: Դա օգնում է ավելի հստակեցնելու նյութը և ճիշտ զգալու դիմացինին: Ասում են՝ «Եթե ես Ձեզ ճիշտ եմ հասկանում», ապա «Դուք ուզում էիք ասել ...» (և այլ խոսքերով տալիս են բովանդակությունը):
- Գրգռում. ընդհատված խոսակցությունը շարունակելու համար օգտվում ենք «Իսկ ինչ եղավ հետո...», «Ապա-ապա», «Շարունակեք, հետաքրքիր է...» արտահայտություններից:
- Ճշտող հարցեր. «ի՞նչ էիք ուզում ասել, երբ ասացիք...» Չէ՞ որ հաճախ միևնույն զգացողությունը մարդը կարող է ունենալ իրարից տարբեր առիթներով: Կարևորն այստեղ նաև այն է, որ լսողը իր կողմից չհորինի և չվերագրի այս կամ այն զգացմունքի պատճառները, այլ ճշտի պատմողի հետ:
- Շարունակություն. երբ լսողը, ընդհատում զգալով, ինքն է շարունակում պատմողի միտքը կամ հուշում է անհրաժեշտ բառեր:
- Անավարտ նախադասություններ. օգնում է թե՛ խոսողին և թե՛ լսողին ավելի լավ հասկանալու որոշակի դիրքեր, որոշակի մտքեր:
- Ինքնաբացահայտում. երբ լսողն արտահայտում է իր անկեղծ վերաբերմունքը տվյալ վիճակի վերաբերյալ և դրանով իսկ նպաստում է անկեղծությանը կամ պատմում է համանման մի վիճակ՝ չչարաշահելով մյուսի համբերությունը:

Էքզիստենցիալ հոգեթերապիա

Էքզիստենցիալ¹⁶ հոգեթերապիան ժամանակակից հոգեթերապիայի ուղղություններից մեկն է, որի հիմնական թիրախը մարդու կյանքի էությունն է, նրա հիմնարար խնդիրները, ինչպես նաև աշխարհի հետ ունեցած փոխահարաբերությունները:

Էքզիստենցիալ հոգեթերապիան սերտորեն կապված է փիլիսոփայության մեջ հայտնի համանուն ուղղության հետ, որը նաև անվանվում է գոյության փիլիսոփայություն: Այն սկիզբ է առել XX դարի առաջին կեսերին: Էքզիստենցիալ փիլիսոփայության ներկայացուցիչներն են Սերեն Կյերքեգորը, Ալբեր Բանյուն, Մարտին Բուբերը, Ժան-Պոլ Սարտրը և Մարտին Հայդեգերը:

Էքզիստենցիալ հոգեբաններն են Ռոլլո Մեյին, Լյուդվիգ Բինսվանգերը, Վիկտոր Ֆրանկլը և Գորդոն Օլպորտը:

Էքզիստենցիալ հոգեբանությունն ուսումնասիրում է այնպիսի խնդիրներ և դժվարություններ, որոնք առնչվում են հետևյալ դրսևորումներին՝

¹⁶«Էքզիստենցիալ» բառն առաջացել է լատիներեն «existencia»- «գոյություն» բառից: Այս ուղղությունն այլ կերպ անվանում են «գոյության հոգեբանություն»: Հաճախ այն ներկայացվում է հումանիստական հոգեբանության հետ միասին:

- ա) ժամանակին, կյանքին և մահվանը,
- բ) ազատությանը, պատասխանատվությանը և ընտրությանը,
- գ) շփմանը, սիրուն և մենակությանը,

դ) արժեկողմնորոշիչ համակարգին, գաղափարախոսական ճգնաժամերին և գոյության իմաստին:

Ըստ էքզիստենցիալ հոգեթերապիայի՝ գոյության իմաստի ձեռքբերումը մի կողմից հասանելի է յուրաքանչյուրին, մյուս կողմից՝ անհատական բնույթ ունի: Գոյության իմաստի արժևորումը և գիտակցումը խիստ անհատական է յուրաքանչյուր մարդու համար:

Էքզիստենցիալ հոգեթերապիայի հիմնական խնդիրներից մեկը մարդկային կյանքի իմաստի ուսումնասիրությունն է, այն, թե ինչպես է այն ձեռքբերվում, փոփոխվում և երբեմն՝ կորցվում: Էքզիստենցիալ հոգեթերապիայի նպատակն է օգնել մարդուն վերագտնելու իր կյանքի իմաստը, բացահայտելու նրանում թաքնված այն հնարավորությունները, որոնք անհրաժեշտության դեպքում կօգնեն նրան կառուցման հարցում:

Հայտնի է նաև էքզիստենցիալ վերլուծության մեթոդը, որի համաձայն՝ անձի իսկական գոյությունը հնարավոր է միայն «ինքն իր մեջ խորանալու» և հասկանալու միջոցով, որի նպատակն է ստեղծել արտաքին ազդակներից անկախ «կենսական պլան»: Եթե անհատի համար ապագան փակ է, նա հուսալքվում է, նեղանում է արտաքին աշխարհը, զարգացման հնարավորությունները դուրս են մնում տեսադաշտից, և մեծանում է ներոգների առաջացման վտանգը:

Էքզիստենցիալ վերլուծության իմաստն է օգնել մարդուն՝ իրեն ազատ էակ զգալու:

Ռոլլո Մեյն թերապևտիկ մոտեցման մեջ շեշտում է էկզիստենցիալ 3 հիմնական վիճակներ՝

1. **Զգոյ** (որոշակի վերաբերմունք մահվան նկատմամբ): Մահվան վախը հաճախ ստիպում է մարդուն ապրել այնպես, որ նա անընդհատ պաշտպանվի մահից՝ այդպիսով ստանալով կյանքից ավելի քիչ, քան կարող էր ստանալ: Կարևորը այստեղ մահվան փաստի ընդունումն է, հակառակ դեպքում ի հայտ են գալիս ներոտիկ վիճակներ:

2. **Տագնապ**: Տագնապը բաժանվում է նորմալ և ներոտիկ ձևերի: Նորմալ տագնապի դեպքում մարդը զգոն է, պատասխանատու, և տագնապայնության տվյալ աստիճանը համապատասխանում է իրավիճակին /օրինակ՝ կարևոր քննությունից առաջ տագնապը կարող է օգնել, որ ուսանողը ավելի մեծ պատասխանատվությամբ պատրաստվի/, իսկ ներոտիկ տագնապը չափազանցված մտահոգության վիճակն է՝ կապված գրեթե միշտ դրսևորվող անձնային պատասխանատվության, վախի և որոշ դեպքերում վախ առաջացնող վիճակներից փախուստի ձգտման հետ (օրինակ՝ քննության թեմաներից մեկը բաց թողած ուսանողը տագնապային ապրումներ է ունենում, որ հենց այդ թեմայի վերաբերյալ իրեն կարող են հարցնել, և որոշում է հետաձգել քննությունը մինչև մարման շրջան/:

3. **Մեղքի զգացում**: Այն կապված է էքզիստենցիալ ազատության պահանջմունքի բավարարման կամ անբավարարության հետ: Հրաժարվելով ազատությունից և մեծ պատասխանատվություն զգալով տարաբնույթ վախերի պատճառով՝ կարող է առաջանալ մեղքի զգացում կամ մտահոգություն, որ բաց է թողել իրեն ընձեռված հնարավորությունները, և այլևս այդպիսիք չեն լինելու: Մյուս կողմից ընտրելով ազատության ճանապարհը՝ թվում է, թե մարդը անկախ է դառնում արտաքին հանգամանքներից կամ իր փոխարեն որոշումներ ընդունողներից, սակայն այս դեպքում նույնպես կարող է առաջանալ մեղքի զգացում: Ցանկացած խիղճ ունեցող մարդ անխուսափելիորեն կարող է ունենալ նաև մեղքի զգացում, ուղղակի կարևոր է, թե նա հաղթահարման որ ճանապարհը կընտրի՝ առողջ և դրական՝ արվեստ, սպորտ, հարգանք մյուսների նկատմամբ և այլն, թե՞ անառողջ ու բացասական՝ նախանձ, ագրեսիա, կասկածամտություն,

ծխախոտ, ոգելից խմիչք, թմրանյութ, խաղամոլություն և այլն: Հաճախ ներոտիկները պաշտպանական տարբեր ձևերով թաքնվում են մեղքի զգացումից՝ ձգձգելով հաղթահարմանն ուղղված քայլերի ձեռնարկումը:

Ռ. Մեյր հոգեկան հիվանդության ցուցանիշ է համարում սեփական ես-ը իրատեսորեն գնահատելու անկարողությունը կամ փախուստի՝ ճակատագրի պատասխանատվությունից թաքնվելու տարբերակը, մինչդեռ առողջ մարդիկ ձգտում են ոչ թե թաքնվել խնդիրներից, այլ ինքնիրականացման հնարավորություններ գտնել: Հոգեպես առողջ մարդն ընդունում է մահը որպես անխուսափելի փաստ և ամբողջովին ապրում իր կյանքի ժամանակը: Ավելին՝ Մեյի համոզմամբ համառ և դրական հույսով օժտված մարդիկ արագորեն առողջանում են, իսկ հոռետեսների առողջությունն արագորեն քայքայվում է և ի վերջո հանգեցնում մահվան:

Լոգոթերապիա

«Ես իմ կյանքի իմաստը տեսնում եմ նրանում, որ օգնեմ մարդկանց գտնելու իրենց կյանքի իմաստը»:

Վ. Ֆրանկլ

Լոգոթերապիայի հիմնադիրն է Վիկտոր Ֆրանկլը: Այն ուղղված է կյանքի իմաստի որոնմանը: Logos-ը նախնական թարգմանությամբ նշանակում է աստվածային իմաստ, ըստ այդմ էլ լոգոթերապիան մեկնաբանվում է՝ ելնելով «բարձրագույն իմաստ», «գաղափար», «գիտելիք» հասկացություններից: Համակենտրոնացման ճամբարում Ֆրանկլը ուշադրություն դարձրեց հետևյալ փաստի վրա. ողջ մնացին այն մարդիկ իրենց մտքերը և զգացմունքները չեն կենտրոնացրել ո՛չ անցյալի կարոտի վրա, ո՛չ ներկայի ապրումների վրա, այլ ապագայի, իրենց կյանքի իմաստի իրագործման վրա: Կյանքի իմաստի կորուստը կարող է հանգեցնել դեպրեսիայի, թմրամոլության և ագրեսիվության: Այդ դատարկությունը մարդիկ փորձում են ինչ-որ բանով լրացնել:

Էքզիստենցիալ վակուումը ներքին դատարկության վիճակն է, գոյության անիմաստության զգացումը: Եվ, իրոք, անիմաստ է բուժել թմրամոլին կամ հարբեցողին, եթե հիվանդանոցից հետո նա չի իմանալու, թե հանուն ինչի է ապրում: Էկզիստենցիալ վակուումը ներոտիկ վիճակ չէ, բայց կարող է հանգեցնել **նոոզեն** (նորածին) **նևրոզի**՝ կյանքի իմաստի տանջալից որոնումների: Էքզիստենցիալ ֆրուստրացիան (որոշ պլանների կործանում, դրանք իրագործելու անհնարիություն) կյանքի իմաստի ճանապարհին հանդիպող արգելքներն են՝ ապաթիան, ձանձրույթը, ծուլությունը:

Լոգոթերապիայի նպատակն է էկզիստենցիալ վակուումի և նոոզեն նևրոզների առկայության դեպքում գտնել իմաստը:

Վ. Ֆրանկլը սերը դիտարկում էր որպես կյանքի գլխավոր իմաստ (այն բարձր է սեքսից), բայց եթե այն էգոիստական չէ և չի փակում կյանքի այլ կողմեր: Նա կարծում էր, որ սերը այլ մարդկանց հանդեպ ավելի է մարդուն անհրաժեշտ, քան իրեն:

Էքզիստենցիալ հոգեբանության մեջ չկան հստակ նկարագրված տեխնիկաներ, քանի որ logos-ն ավելի խորիմաստ երևույթ է, քան տրամաբանությունը: Լոգոթերապիան նկարագրվել է սխեմաներով:

Արդյունավետ է խմբակային լոգոթերապիան, որն ընթանում է հետևյալ փուլերով՝

1. կյանքի իմաստ,
2. տառապանքի իմաստ,
3. սիրո իմաստ,
4. ստեղծագործելու իմաստ,
5. գոյության իմաստ՝ ընտրության հնարավորություն և պատասխանատվություն կրելու

ունակություն,

6. Էություն՝ հոգևոր սկզբի բացահայտում:

Գեշտալտ հոգեբանություն

«Գեշտալտ» գերմաներեն եզրույթը նշանակում է մեկ ամբողջություն, որն առանձին մասնիկների պարզ գումարը չէ: Այն ունի որոշակի կառուցվածք և չի ենթարկվում իր առանձին մասնիկների նույն կանոններին. ունի իր սեփական կանոններն ու օրինաչափությունները:

Գեշտալտ հոգեբանության փիլիսոփայական հիմքը ֆենոմենոլոգիան է, ըստ որի՝ գիտակցության մեջ առկա է առարկայի կառուցվածքային ամբողջությունը. սա, այսպես կոչված, ֆենոմենն է կամ երևույթը: Այս կառուցվածքային ամբողջությունը /ֆենոմենը/ կարող է ծածկվել «պսիխոլոգիզմներով» կամ, այլ կերպ ասած, «հոգեբանական ինֆորմացիայով», որը թաքցնում է երևույթը, և այդ դեպքում անհրաժեշտ է կատարել ֆենոմենոլոգիական ռեդուկցիա՝ մաքրել գիտակցությունը այդ հոգեբանական ինֆորմացիայից: «Գեշտալտ» տերմինն առաջին անգամ օգտագործել է Քրիստիան ֆոն Էրենֆելտը, որը հայտնի ֆենոմենոլոգ Բրենտանոյի աշակերտն էր:

Գեշտալտ հոգեբանությունը՝ որպես նոր ուղղություն, ձևավորվել է 1910թ., երբ Մաքս Վերթեյսլանը իր գործընկերներ Վոլֆգանգ Կյոլերի և Կուրտ Կոֆկայի հետ միասին հրապարակեց իր ուսումնասիրությունները Ֆ-ֆենոմենի /շարժման ըմբռնման/ մասին:

Ըստ գեշտալտ հոգեբանների՝ առարկան սկզբում ընկալվում է որպես ամբողջություն /գեշտալտ/, ապա բաժանվում է մասնիկների ու ընկալվում է դրանց միջև կապը: Այս գեշտալտը առանձնանում է էտնապատի (հետին պլանի) վրա և դառնում է ֆիգուրա: Գեշտալտ հոգեբանության մեջ առանձնացնում են ընկալման /կազմակերպման/ գեշտալտ սկզբունքները՝

1. ընկալվող մասնիկների մոտիկությունը տարածության և ժամանակի մեջ,
2. անընդհատությունը, այսինքն՝ մասնիկների կապակցվածությունը միմյանց հետ ընկալման մեկ ամբողջական ուղղության մեջ, օրինակ՝ մի գծի վրա,
3. ընկալվող մասնիկների նմանությունը,
4. մասնիկների պարփակումը ամբողջական կառուցվածքի մեջ,
5. պարզությունը, այսինքն՝ համեմատաբար պարզ, հայտնի, համաչափ կառուցվածքի ձևավորումը մասնիկներից:

Տեսողական դաշտի բաժանումը ֆիգուրայի /օբյեկտի/ և էտնապատի (հետին պլանի), ֆիգուրայի առանձնացմամբ համապատասխան էտնապատի վրա:

Գեշտալտ թերապիա

Գեշտալտ թերապիայի հիմնադիրն է Ֆրից Փերլը: Այս մեթոդը ստեղծելիս նա հիմնվել է գեշտալտ հոգեբանության, էքզիստենցիալիզմի, հոլիզմի, հոգեվերլուծության վրա:

Գեշտալտ թերապիայում անձի մասին տեսությունը կենտրոնանում է մի քանի հիմնական դրույթներում.

Էկոլոգիական փոխկախվածություն. մարդը գոյություն ունի՝ ինքն իրեն տարբերակելով ուրիշներից և կապելով ուրիշներին:

Հոգեկան նյութափոխանակություն /մետաբոլիզմ/. արտաքին միջավայրից ինֆորմացիայի /հուզական, մտավոր և այլն/ յուրացումը կամ մերժումը:

Սահմանի կարգավորումը. արտաքին միջավայրի հետ սահմանի պահպանումը այնպես, որ լինի փոխանակում և միաժամանակ պահպանվի անձի ինքնուրույնությունը /ավտոնոմիան/:

Օրգանական ինքնակարգավորում. իմացությունը այն բանի, թե ինչ է, և ոչ թե ինչ պետք է լինի:

Երբ խախտվում են անձի /հոգեկանի/ այս սկզբունքները, ըստ Փերլզի, առաջանում են ներտրիկ մեխանիզմներ. դրանք հիմնականում հինգն են.

- **Ինտրոյեկցիա.** մարդ առանց մարսելու, հասկանալու, ընդունելու յուրացնում է արտաքին միջավայրից պարտադրվող հայացքներ, գնահատականներ, վարքաձևեր, համոզմունքներ: Այդ ինտրոյեկտը մարդու անձի համար օտար մասնիկ է (օրինակ՝ երբ կերակուրը տհաճ է, բայց քաղաքավարության համար մենք ասում ենք, որ մեզ դուր է գալիս, կրոնական դոգմաները): Փերլզը առաջարկում էր կա՛մ «մարսել» /հասկանալ/ դրանք, կա՛մ «թթել» /հրաժարվել/:

- **Միաձուլում.** ջնջվում է ես-ի և արտաքին միջավայրի միջև սահմանը, այսպիսի մարդիկ ձուլվում են ուրիշի հետ, և նրանց փոխարեն մտածում, գործում, որոշում է կայացնում այդ ուրիշը:

- **Ռետրոֆլեքսիա.** սա այն մեխանիզմն է, երբ էներգիան դուրս գալու փոխարեն ուղղվում է դեպի սեփական անձը: Սուբյեկտը դառնում է սեփական էներգիայի, մտքի կամ զգացմունքի օբյեկտը, օրինակ՝ ատում է, խղճում է ինքնիրեն:

- **Պրոյեկցիա.** եթե ռետրոֆլեքսիայի դեպքում սահմանը չի անցնում, ինտրոյեկցիայի դեպքում սահմանը խախտվում է դեպի ներս, ապա այս դեպքում, հակառակը, խախտվում է դեպի դուրս: Այս մեխանիզմի դեպքում մարդն իրենից հեռացնում է այն բոլոր ներքին բովանդակությունները, որոնք օտարացրել է իր ես-ից. մարդը դատապարտում, մեղադրում է արտաքին միջավայրը այն բաների համար, որ ինքն է անում:

- **Ղեֆլեքսիա.** իրավիճակին կամ հարաբերությանը ուղղակիորեն առնչվելու փոխարեն դրանք շրջանցելը: Դա կարող է դրսևորվել ուղիղ խոսելու կամ քաղաքավարի լինելու փոխարեն նամակ գրելու միջոցով:

Գեշտալ թերապիայի նպատակը մարդու **գիտակցումն** է: Այն ներառում է միջավայրի իմացությունը, ընտրության պատասխանատվությունը, ինքնաիմացությունը /գիտակցումը/, ինքնարնդունումը և կապ հաստատելու կարողությունը: Մյուս կարևոր հենակետը գեշտալտ թերապիայում **«առանց պետք է»**-ների սկզբունքն է. բարձրագույն արժեքը մարդու ինքնավարությունն է և ինքնորոշումը:

Թերապիան ընթանում է **ես-դու** սկզբունքով: Թերապևտի և հիվանդի հարաբերությունը հորիզոնական է, նրանք խոսում են նույն լեզվով: Սրա միջոցով պահպանվում է հիվանդի պատասխանատվությունը իր համար, իսկ թերապևտի պատասխանատվությունը՝ իր: Մյուս կարևոր սկզբունքները, որ առկա են թերապևտիկ գործընթացում **«ինչ և ինչպես», «այստեղ և հիմա»** սկզբունքներն են: Թերապևտը կենտրոնացած է, թե ինչ է անում հիվանդը և ինչպես է դա անում: Ամեն ինչ կատարվում է հիմա, անգամ եթե անդրադառնում են անցյալին, վերհիշում են, այս ամենը կատարվում է հիմա:

Գեշտալտ թերապիան հարուստ է բազմաթիվ տեխնիկաներով և խաղերով: Առավել կարևոր և հայտնի խաղերից են՝ սեփական անձի մասերի միջև երկխոսությունը /օգնում է անձի ամբողջականացմանը/, անավարտ գործի, հակադիր կողմերի հայտնաբերումը, երևակայության վարժությունը: Հիմնական տեխնիկաներից են՝ «տաք աթոռ», «այստեղ և հիմա» / ներկա ժամանակով վերաբարտադրում է անցյալի խնդիրը՝ փորձելով ներկայում լուծում տալ դրան/, «երկու դերեր», «հիմա ես գիտակցում եմ, որ...» /օգնում է գիտակցության ընդլայնմանը/ և այլն:

Կոգնիտիվ հոգեբանություն

Կոգնիտիվ հոգեբանությունը սկիզբ է առել սոկրատեսյան երկխոսություններից, որոնց իմաստն այն է, որ տրամաբանական զրույցի, հարցերի միջոցով զրուցակցին հանգեցնում է ճշմարտության, հարցերի պատասխանների: Կոգնիտիվ հոգեբանության հիմնական խնդիրը մտածական գործընթացների տարբեր կառուցվածքների հայտնաբերումն է և ուսումնասիրումը: Կոգնիցիան մտքի, հույզի միավոր է:

Կոգնիտիվ թերապիա

Ահարոն Բեկը կոգնիտիվ թերապիայի հիմնադիրն է:

Հիմնական դրույթները, մարդու հուզական ռեակցիաները և գործողությունները պայմանավորված են նրանով, թե մարդն ինչպես է մեկնաբանում արտաքին ազդակները, իրականությունը: Ազդակները մշակվում և մեկնաբանվում են ներքին կոգնիտիվ համակարգով: Եթե ներքին այդ համակարգի և արտաքին ազդակների միջև տարբերությունը մեծ է, ապա դա կարող է հանգեցնել հոգեկան խանգարման: Արտաքին ազդակների և դրան տրվող ռեակցիաների միջակայքում առաջանում են համապատասխան մտքեր, որոնք հիմնականում չեն գիտակցվում և արտացոլում են անցյալի, ապագայի և ներկայի նկատմամբ դրական կամ բացասական վերաբերմունք (A-արտաքին ազդակներ, B-մտքեր, C-հուզական ռեակցիաներ): Այդ մտքերը կոչվում են ավտոմատիկ մտքեր: Դրանք առաջանում են ինքնաբերաբար, դրանք տրամաբանական և հիմնավորված են թվում:

Մասնավորապես Ահարոն Բեքը սկիզբ դրեց դեպրեսիայի վերաբերյալ կոգնիտիվ մոդելին, որը հիմնված է դեպրի ուսումնասիրության և կլինիկական դիտման վրա: Ա. Բեքի կոգնիտիվ մոդելի առանցքային ենթադրությունն այն է, որ դեպրեսիան առաջանում է ես-ի, աշխարհի և ապագայի մասին կոգնիտիվ դիսֆունկցիոնալ պատկերացումների (ռեպրեզենտացիաների) կամ սխեմաների արդյունքում: Դիսֆունկցիոնալ սխեմաները բացասական փոփոխություններ են կատարում եսի մասին տեղեկատվության մշակումներում: Այս գործընթացը բացասական մտածմունքների, դիսֆորիկ ապրումների տեղիք է տալիս, որոնք պահպանում և սաստկացնում են դեպրեսիան: Կոգնիտիվ հոգեթերապիայի նպատակը այցելուին օգնելն է վերականգնելու վերահսկողությունը իր իսկ մտածական գործընթացների վրա և տարանջատելու այդ բացասական մտքերը և համոզմունքները:

Կոգնիտիվ հոգեթերապիայի ընթացքում հոգեկան առողջության մասնագետը կամ ընտանեկան բժիշկը փորձում է բացահայտել այցելուի մտածողության աղճատումները և գնահատել դրանց բնույթը:

Մտածողության աղճատումները (աբերացիաները) այս կամ այն չափով բնորոշ են բոլոր մարդկանց: Կոգնիտիվ թերապիայում իրականության աղճատումներին նպաստում են մտածողության անհատական յուրահատուկ ոճերը, որոնք դեռևս հիվանդագին չեն, սակայն նպաստում են դիսֆունկցիոնալ սխեմաների, համոզմունքների առաջացմանը: Հաճախ տարածված սխալներից են:

1. **Դիխոտոմիկ մտածողությունը.** սև-սպիտակ, բևեռային, ամեն ինչ կամ ոչինչ:

2. **Կատաստրոֆիզացիա.** բացասական կանխատեսումներ ապագայի նկատմամբ՝ հաշվի չառնելով հավանական այլ կողմեր (հաճախ օգտագործում են «ահավոր», «սարսափելի» բառերը):

3. **Պիտակավորում.** սեփական անձի կամ շրջապատողների միանշանակ բնութագրիչների վերագրումն է, սակայն եթե հաշվի առնվեն ապացույցները, կարող է ավելի քիչ հանգեցնել բացասական եզրակացությունների:

4. **Մտածական ֆիլտր** կամ **ընտրողական վերացարկում.** երբ անհիմն կերպով հաշվի են առնվում իրավիճակի, անձի, այլ մարդկանց արարքների միայն մի կողմը՝ հիմնականում բացասականը՝ ամբողջական պատկերը ընկալելու փոխարեն:

5. **Ստրերի ընթերցում.** երբ մարդիկ փորձում են կռահել, թե ինչի մասին է մտածում գրուցակիցը (օր.՝ «Նա հիմա հաստատ մտածում է, թե ես սգեղ եմ»):

6. **Գերընդհանրացում.** երբ մասնավոր դեպքերը տարածվում են ընդհանուրի վրա (օր.՝ «Ես արդեն երկու անգամ անհաջողություն ունեցա, ուրեմն ես անհաջողակ եմ»):

Տեխնիկաներ

- **Բացերի լրացում /A-ի և C-ի միջև B-երի գիտակցում և հասկացում,** այսինքն՝ երբ արտաքին ազդակը առաջացնում է բացասական հուզական վիճակ, անհրաժեշտ է վերլուծել և հասկանալ դրանց միջև եղած միտքը:

- **Դեկատաստրոֆիզացիա.** ծայրահեղականի վերածում իրականի կամ առավել հավանականի:

- **Կոգնիտիվ ռեատրիբուցիա.** ցանկացած համոզմունք ունի որոշակի սուբյեկտիվ ապացույցներ, վերագրումներ անելով՝ այցելուն կարծես հիմնավորում է իր համոզմունքները: Սակայն սթրեսի կամ հուզական վիճակում մարդու համոզմունքները լինում են ծայրահեղ և միակողմանի: Կոգնիտիվ ռեատրիբուցիան ուղղված է փաստերի վերլուծության հիման վրա համոզմունքի, ապացույցների ճշգրտմանը, վերանայմանը և փոփոխմանը:

Աշխատանքի արդյունավետությունը պայմանավորված է ճիշտ ձևակերպված հարցերով: Թերապիայի վերջին փուլը վերափոխված մտածողության և հմտությունների ամրապնդման փուլն է (սովորեցնել ստուգել ինֆորմացիան, վիճարկել ցանկացած միտք, վերլուծել և հասկանալ, թե յուրաքանչյուր հույզի, վարքի հիմքում ինչ միտք է թաքնված):

Հոգեախտաբանության մասին կոգնիտիվ մոդելի հիմնական ենթադրությունն այն է, որ անհատը տեղեկատվության ակտիվ գործարկող է (processor): Մենք «կառուցում» ենք մեր փորձը, և այդ կառուցումը լայնորեն պայմանավորում է մեր հուզական հակազդումները և ապագա վարքը հնարավոր նման իրադրություններում: Մեր ընդունակությունը կառուցելու մեր փորձի ներքին կոգնիտիվ պատկերացումները (ռեպրեզենտացիաներ) մեզ հնարավորություն են տալիս կանխատեսելու իրադարձությունները և ուղղորդելու մեր վարքը միջավայրային բարդ հանգամանքներում:

Իմացական-վարքաբանական (կոգնիտիվ-բիհևորիստական) հոգեթերապիա

Իմացական-վարքաբանական հոգեթերապիայի նպատակներն են՝

1. ապահովել շահավետ (cost-effective) բուժում այցելուների բազմաթիվ տարբեր խնդիրների համար,
2. փոխել այցելուի մեկնաբանությունները ինքն իր և իր շրջապատի մասին՝ փոխելով նրա վարքը, նրա շրջապատը կամ ուղղակիորեն նրա կոգնիցիաները,
3. ավելացնել այցելուի հարմարվողական հմտությունների քանակը,
4. մեծացնել հավանականությունը, որ թերապիայի ձեռքբերումները կպահպանվեն թերապիան ավարտելուց հետո:

Չնայած թերապևտիկ այս նպատակները սահմանված են հոգեթերապևտի տեսական կողմնորոշման համար, սակայն սրանք այցելուի և հոգեթերապևտի ընդհանուր նպատակներն են: Այցելուն ներկայացնում է իր սպասելիքները թերապիայից, թերեպես ուշադիր լսում է, հիմնվելով իր փորձի վրա՝ փորձում կազմել թերապիայի հիմնական ուղին, որը հնարավորինս արդյունավետ կլինի այցելուի համար:

Նյարդալեզվաբանական ծրագրավորում (ՆԼԾ)

ՆԼԾ-ն հաղորդակցման մոդելների միասնությունն է, որը կիրառվում է հոգեթերապիայում և մենեջմենթում՝ արդյունավետությունը և վարքի հարմարվողականությունը բարձրացնելու նպատակով: Այն սուզեցնում է հոգեթերապևտիկ մեթոդ է, սակայն որոշ հոգեբաններ այն դասում են ներփոխակերպող ուղղությանը: Այն կիրառվում է ընտանեկան հոգեթերապիայում, քաղաքական ոլորտում, PR-տեխնոլոգիաներում, ինչպես նաև ֆոբիաները, դեպրեսիաները, կաշուն վիճակները բուժելու համար:

ՆԼԾ-ի միջոցով կարելի է մարդուն ներշնչել դիրքորոշումներ, պատկերացումներ, հույզեր, մտքեր և վարքի դրոպապատճառներ այնպես, որ մարդը չկռահի դրա մասին, կարելի է վերածրագրավորել նրա աշխարհայացքը: Մարդու ուղեղը համակարգչի նման ծրագրավորված է: Բացի գենետիկական ծրագրերից, այնտեղ առկա են մարդու համար նշանակալից մարդկանց ծրագրերը, որոնք ներշնչել են որևէ միտք, վարքի մոդել, ստերեոտիպեր, սթրեսային ապրումներ: ՆԼԾ-ի շնորհիվ հնարավոր է բացասական ծրագրերը վերափոխել ավելի արդյունավետ և հաճելի ծրագրերի: Վերափոխելու համար անհրաժեշտ է ծրագրերը որոշել հարլեզվական բնութագրիչներով, որոնք արտահայտվում են խոսքի խորքային մակարդակներում. դրանք են՝ հայացքը, գույնի, ձայնի, շարժման զգացումը, ներքին պատկերները:

Նյարդալեզվաբանական ծրագրավորումը (ՆԼԾ) ներկայումս ամենատարածված հոգեթերապևտիկ ուղղություններից է, որը հիմնադրվել է Ռիչարդ Բենդլերի և Ջոն Գրինդերի կողմից 70-ական թվականներին: Նրանց ուղղության հիմքը Ֆեդերիկ Փերլզի, Վիրջինիա Սատիրի և Միլտոն Էրիքսոնի աշխատանքների համադրումն է:

ՆԼԾ-ն մարդու ներաշխարհի՝ զգացումների, հույզերի, վիճակների, տրամադրության, հետազոտման և ներագոյման մեթոդների համակարգային և ամբողջական շարք է: Զգացումների և հուզական ռեակցիաների վրա ներագոյելու կարողությունն այն է, ինչը անհրաժեշտ է ժամանակակից մարդուն: Այս ուղղությունը սովորեցնում է դիտել, կատարել ենթադրություններ և արձագանքել մարդկանց հետ հաղորդակցվելիս: Մեթոդի էությունը մեզ սահմանափակող մտքերի, վարքի և համոզումների արագ և արդյունավետորեն փոփոխումն է:

Այդպիսի ազդեցության տեսական հիմնավորումները ներկայացված են Ի. Պ. Պավլովի, Վ. Մ. Բեխտերևի, Կ. Բ. Պլատոնովի, այլ ֆիզիոլոգների, հոգեբանների և հոգեթերապևտների աշխատանքներում:

Համաձայն ՆԼԾ-ի՝ յուրաքանչյուր մարդ ստեղծում է իր աշխարհի քարտեզը՝ ելնելով երեք համընդհանուր մոդելավորման գործընթացներից՝ ընդհանրացումից, բացառումից և աղավաղումից: Նրանք ծառայում են հարմարվողականությանը, բայց եթե մարդն ընկալում է սուբյեկտիվ իրականությունը որպես միակ ճշմարիտ իրականություն դիտելը, նույն գործընթացները սահմանափակում են նրան և զրկում ճկուն արձագանքելու ունակությունից:

Ընկալման նախընտրելի համակարգ: Քանի որ անձն ընկալում և արտացոլում է շրջապատող աշխարհը զգայարանների միջոցով, ուստի ՆԼԾ-ն կարևորում է ինֆորմացիայի ընկալումը՝ ըստ զգայարանների¹⁷՝ ա) տեսողական, բ) լսողական, գ) շարժողական, դ) համի և հոտի: Այն համակարգը, որը հիմնականում պատասխանատու է տվյալ ինֆորմացիայի համար, անվանում են առաջատար, համակարգը

¹⁷ Մասնագիտական գրականության մեջ ըստ զգայարանների ընկալումն անվանում են «մոդալություն» տերմինով:

ներկայացնողը՝ ներկայացուցչական (ռեպրեզենտատիվ), իսկ այդ արդյունքը ստուգող համակարգը՝ ռեֆերենս:

«Խարխիսի» տեխնիկա: «Խարխիսի» է կոչվում մեկնարկային «ստիմուլը»¹⁸, որը ըստ գուգոդոման որևէ հուզական ապրում է առաջացնում անցյալից: ՆԼԾ-ի հետևորդները նշում են, որ նմանօրինակ «խարխիսիները» այնքան տարածված են յուրաքանչյուր մարդու կյանքում, որ մենք դրանք գրեթե չենք նկատում, չնայած հաճախակի ենթագիտակցաբար օգտագործում ենք: «Խարխիսիները» մասնակցում են ինչպես օգտակար, այնպես էլ վնասակար սովորությունների ամրապնդմամբ, որն ակտիվորեն օգտագործվում է գովազդի մասնագետների կողմից: «Խարխիսիներն» առաջանում են երկու եղանակով: Առաջինը կատարվում է պարզ և երկարատև կրկնության միջոցով: Երկրորդ տեսակը կարող է առաջանալ ինտենսիվ հուզական ապրումի գագաթնակետին: Կրկնությունը հարկավոր է միայն այն դեպքում, երբ չկա հուզական ներգրավվածություն: Հուզականորեն որքան քիչ է ներգրավված մարդը, այնքան շատ կրկնություններ են նրան հարկավոր, որպեսզի ամրապնդվի գուգոդոմը:

«Խարխիսի» ձևավորումը և օգտագործումը թույլ է տալիս առավել արագ և արդյունավետ օգտվել այս կամ այն պահին անհրաժեշտ «ռեսուրսներից»: Սովորաբար դրա համար հոգեթերապևտը խնդրում է այցելուին ընտրել կյանքի որևէ դրվագ, որն իրեն դժվար կամ անորոշ է թվում, և որոշել, թե որ «ռեսուրսից» է նա ուզում օգտվել այդ իրավիճակում: Հետո այցելուին խնդրում են վերհիշել և ընտրել պահանջվող հուզական վիճակը այն բոլոր ապրումներից, որոնք նա ունեցել է կյանքում: Այդպիսի ապրումը պարտադիր չէ, որ կապված լինի պահանջվող «ռեսուրսի» հետ, դա կարող է լինել ցանկացած վիճակ՝ վստահություն, խիզախություն, համառություն, այն ամենը, ինչը բնագոյաբար ծագում է այցելուի մտքում:

ՆԼԾ-ի ամենահայտնի տեխնիկաներից է **«ռեֆրեյմինգը»**: Այն կապված է մարդու էության այնպիսի հատկանիշի հետ, ինչպիսին է գնահատումը, այսինքն՝ օբյեկտի կամ իրավիճակի տեղադրումը որևէ համատեքստում (այսպես կոչված, շրջանակների մեջ): Նշվում է, որ ցանկացած իրավիճակի իմաստը պայմանավորված է նրանով, թե որ շրջանակի մեջ է այն տեղադրվում: Շրջանակի փոփոխումը հանգեցնում է իմաստի փոփոխմանը, որն իր հերթին փոխում է գիտակցության և վարքի ծրագրերը: «Ռեֆրեյմինգը»՝ տարբեր իրավիճակները տարբեր շրջանակների մեջ տեղադրելու ունակությունն է: Առանձնացնում են «ռեֆրեյմինգի» երկու հիմնական տեսակ՝ **համատեքստի փոփոխում** և **իմաստի փոփոխում**:

Համատեքստի «ռեֆրեյմինգի» օրինակներ. առավել լավ է աշխատում է հետևյալ պնդումների դեպքում. «Ես չափից ավելի...» կամ «Ես կուզեի այլևս չանել...»: Դրա համար հոգեթերապևտն աշխատում է երկու հարցով. «Ե՞րբ այդ վարքը օգտակար կլիներ» և «Ո՞ր դեպքում այդպիսի վարքը «ռեսուրսային» կլիներ»: Օրինակ՝ պեղանտությունը և ճշտապահությունը կարող են արժեքավոր գործնական հատկանիշներ լինել, սակայն միևնույն ժամանակ ընտանեկան կյանքում հանգեցնել բախումների: Եվ, ընդհակառակը, երեխայի պես կյանքը ընկալելու և վարվելու կարողությունը նպաստում է մտերիմ միջանձնային հարաբերությունների ձևավորմանը, սակայն դժվար թե օգտակար լինի աշխատանքում:

Բովանդակության «ռեֆրեյմինգի» օրինակներ. կիրառվում է այսպիսի պնդումների դեպքում. «Ես սկսում եմ..., երբ ինձ անում են...» կամ. «Եթե..., ապա ես...»: Այս դեպքում թերապևտն օգտվում է հետևյալ հարցերից. «Է՞լ ինչ կարող է նշանակել այդպիսի իրավիճակը», «Ինչպիսի՞ն է այդ վարքի դրական ուղղվածությունը», «Է՞լ ինչպես կարելի է նկարագրել այդ վարքը»: Ընդհանրացնելով կարելի է ասել, որ «ռեֆրեյմինգի» հիմքում մտադրության և վարքի միջև տարբերությունն է, այն, թե ինչ է մարդ անում և ինչի է ուզում դրանով հասնել:

¹⁸ «Ստիմուլը» և հետագայում հանդիպող տերմինները՝ «ռեսուրս», «ռեֆրեյմինգ», մենք չենք թարգմանել:

Հոգեթերապիայի սուզեստիվ (ներշնչման) ուղղությունը

Սուզեստիվ հոգեթերապիան հոգեկանի վրա ազդեցություն է գործում ներշնչանքի միջոցով: Ներշնչանքը (սուզեստիան) նաև դիտվում է որպես սուբյեկտի կողմից արտաքինից եկող տեղեկատվության ընկալում, որը կարող է լինել ամբողջական, առանց քննադատության և առանց սուբյեկտիվ-անձնային վերամշակման:

Սուզեստիվ թերապիան ավելի լավ հասկանալու համար ներկայացնենք վերջինիս ծագման պատմական նախադրյալները: Հին Հունաստանում, Եգիպտոսում, Չինաստանում, Հնդկաստանում դիմում էին այնպիսի մեթոդների, որոնց շնորհիվ կարողանում էին հասնել քնին մոտ մի վիճակի, գիտակցության փոփոխված վիճակի (գերգիտակցություն): Դրանք հատուկ գաղտնի գիտելիքներ էին, (խստիվ արգելվում էին տարածել), որոնք օգնում էին մարդկանց հասնելու բարձրագույն իմացության, իմաստնության, կարողանում էին միաձուլվել սեփական իրական Ես-ի հետ, ընդլայնել գիտակցությունը, բուժել հիվանդություններ, ճանաչել անձանաչելին: Այսօրինակ իմաստությանը հնարավոր էր հասնել մեդիտացիաների, մանթրաների, մանդալանների և շնչառական վարժությունների միջոցով:

17-րդ դարում Մեսները հիմնեց կենդանական մագնետիզմի տեսությունը: Նա մագնիսի օգնությամբ կամ ձեռքի հպումով բուժում էր սոմատիկ խնդիրներ և հիստերիայով տառապող անձանց:

Հետագայում մագնետիզմի սեանսներ էին կազմակերպվում, մտքի և հայացքի կենտրոնացման շնորհիվ հասնում նյարդամկանային թուլացման, ընկնում հիպնոսի մեջ:

Չնայած գիտակցության փոփոխված վիճակների կիրառությունը հայտնի է դեռևս մարդու գոյության նախապատմությունից. «հիպնոս» եզրույթն առաջին անգամ կիրառվել է 1841թ. Ջեյմս Բրեյդի կողմից:

Հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմները՝ որպես համակարգ, ապահովում են անձի ամբողջականությունը և խոչընդոտում արտաքին տեղեկատվության ոչ քննադատական ընկալում: Այդ համակարգի աշխատանքը թուլացնելու և տեղեկատվության ներմուծումը հեշտացնելու նպատակով օգտագործվում են տարբեր մեթոդներ:

Ներշնչանքի իրականացումը հեշտացնող մեթոդներից կամ հնարքներից մեկը կենտրոնական նյարդային համակարգի հոգեֆիզիոլոգիական հատկությունների փոփոխությունն է, մասնավորապես այցելուի գիտակցության փոփոխված վիճակների առաջացումը:

Հիպնոսուզեստիա: Հիպնոս առաջացնելու մեթոդներից հիմնականներն են՝ ֆասցինացիան (գրավչություն), հայացքի սևեռումը, ռիթմիկ գրգռիչները, խոսքային հատուկ բանաձևերը:

Դասական և կիսաավանդական հիպնոս

Դասական է հիպնոսի կիրառության առաջին ձևը: Դասական հիպնոսը բնութագրվում է հիպնոսացնողի գերիշխող (դոմինանտ) և շատ ուղղորդող (դիրեկտիվ) դիրքով: Հիպնոսի այս տեսակը կիրառվում է հատկապես բժշկական կամ հոգեմարմնական, երբեմն՝ հոգեվերլուծական եղանակով: Դասական հիպնոս է նաև այն, ինչ տեսնում ենք հիպնոսին վերաբերող ներկայացումներում կամ շոուններում: Բայց պետք չէ շփոթել գործիքը և դրա օգտագործումը. դասական հիպնոսը, ներկայացումներում կիրառվելով հանդերձ, միայն դրանց համար նախատեսված չէ: Այն գոյություն ունի արդեն մոտ երկու դար, ներառում է ավելի շատ տեխնիկաներ, քան հիպնոսի մյուս տեսակները, և արդյունավետ թերապևտիկ մեթոդ է: Չնայած դրա առավելություններին՝ ժամանակակից հիպնոթերապևտները համեմատաբար հազվադեպ են կիրառում հիպնոսի այս տեսակը: Նրանք սովորաբար նախընտրում են դրա *կիսաավանդական* տարբերակը Վեյցենհոֆեր, 1989): Վերջինս միշտ ուղղորդող է, բայց ոչ գերիշխող, և կիրառում է երիքսոնյան հիպնոսի մի շարք տեխնիկաներ:

Էրիքսոնյան հիպնոս

Ըստ Էրիքսոնի՝ յուրաքանչյուր մարդ տրանսի կարիք ունի, ինչը ապաքինում է հոգեկանը, թուլացնում է, թույլ է տալիս ավելի ընդգրկուն նայել աշխարհին: Ինչի՞ համար է պետք տրանսը. նախ և առաջ՝ հիպնոտիկ վիճակում մարդու գիտակցությունն ավելի հեշտ է ներմուծել ցանկացած բովանդակություն, ապա՝ այդ վիճակում մարդ ինքնուրույն է գտնում իր խնդրի լուծումը: Միլթոն Էրիքսոնի հիպնոթերապիայի բազային մոդելը բաղկացած է երեք փուլից՝ տրանսի մեջ ընկղմելու փուլ, տրանսի օգտագործում, վերակողմնորոշում (վերակառուցում): Թերապևտիկ ներշնչանք իրականացնելու համար բավարար է անզամ առաջին աստիճանը: Ըստ խորության՝ առանձնացնում են հիպնոսի երեք աստիճան՝ քնկոտություն, հիպոտաքսիա, սոմնամբուլիզմ:

Այս ուղղությունն արդյունավետ է նրանով, որ կարճատև է, համընդհանուր, այսինքն՝ աշխատում է ցանկացած խնդրի դեպքում, հատկապես տհաճ հիշողությունների (ոչ թե ջնջում է գիտակցությունից, այլ դարձնում կառավարելի գիտակցության կողմից): Այս մեթոդի հիմքում խոսքային ներշնչման, ներշնչանքի միջոցով հոգեշարժական կարծրատիպերի խթանման և ռիթմիկ խոսքային կառուցվածքների համադրումն է: Թերապևտիկ ներշնչանքի բանաձևերը ձևավորվում են ոչ ուղիղ, ինչպես հասարակ հիպնոսի դեպքում է արվում, այլ միջնորդավորված՝ իմաստային ոչ տարբերակված նախադասություններում հիմնական բառեր ներառելու միջոցով:

Հիպնոսին առնչվող այլ հասկացություններ

Նարկոհոգեթերապիա (թմրահոգեթերապիա) /նարկոսուզեստիա/թմրասուզեստիա/: Գիտակցության փոփոխված վիճակին, որի զուգակցմամբ իրականացվում է ներշնչանքը, հասնում են հոգեմետ դեղերի միջոցով:

Հուզական-սթրեսային թերապիա (իմպերատիվ սուզեստիա): Հոգեբանական պաշտպանության պատնեշների հաղթահարումը և թերապևտիկ ներշնչումն իրականացվում է ԿԼՀ-ի հոգեֆիզիոլոգիական վիճակի ակնթարթային փոփոխության հաշվին:

Միջնորդավորված ներշնչում, միջառարկայական, ներշնչանք այլացեթերապիա: Ներշնչանքն իրականացվում է, երբ թերապևտիկ ազդեցությունը վերագրվում է իրականում գոյություն ունեցող առարկային կամ երևույթին, որը, սակայն, չունի այդպիսի ազդեցություն:

Հետագայում հիպնոսի վերաբերյալ հայացքները ժխտվեցին, և առավել կարևորություն տրվեց բուժման գործընթացում ներշնչանքի դերին: Մշակվեցին նաև աուտոգեն (ինքնաձին) մարզումներ կամ ինքնաներշնչման վարժություններ, որոնց միջոցով այցելուներին սովորեցնում են ներշնչման խոսքային բանաձևեր կամ ոչ խոսքային հնարներ, որոնք հետագայում այցելուն ինքն է կիրառում: Ընդհանրապես հիպնոսի բոլոր տեխնիկաներն ուղղված են անձի գիտակցության փոփոխված վիճակներ առաջացնելուն: Սակայն այդ տեխնիկաների միջև առկա են մի շարք տարբերություններ՝ ըստ նպատակի կամ միջամտության ձևերի:

Տրանսակտ վերլուծություն

Տրանսակտ վերլուծությունը անձի տեսություններից է, որը անձի զարգացման ու փոփոխմանն ուղղված, համակարգված հոգեթերապևտիկ ուղղություն է: Հիմնադիրը մասնագիտությամբ բժիշկ Էրիկ Բեռն է (1910-1970): Նա առաջին անգամ 1950-ին տրանսակտ վերլուծությունը կիրառեց խմբային

թերապիայում: Նրա հոգեթերապևտիկ համակարգը վերաբերում է սոցիոկենտրոն թերապիայի ձևերին: Բավականին հանրահայտ է է. Բեռնի «Խաղեր, որ խաղում են մարդիկ...» գիրքը:

Տրանսակտ վերլուծության հիմքում եղած փիլիսոփայությունն արտացոլված է Թոմաս Հարիսի՝ «Ես OK, դու OK» գրքում, ըստ որի՝ մեզանից յուրաքանչյուրն ունի արժեք և արժանապատվություն, ունի իրավունք հասնել ու սեփական պահանջումների բավարարմանը, և մենք կարող ենք գործել այնպես, որ բազմապատկենք արդյունավետ փոխներգործման մեր հնարավորությունները մեկս մյուսի հետ: Այլ կերպ ասած, մենք կարող ենք ձգտել «ես հաղթում եմ, դու հաղթում ես» տարբերակը:

Տրանսակտ վերլուծության փիլիսոփայական հայեցակարգերն են.

- Բոլոր մարդիկ OK են:
- Յուրաքանչյուր մարդ ունի մտածելու ունակություն:
- Մարդիկ որոշումներ են կայացնում իրենց ճակատագրի վերաբերյալ, և այդ որոշումները կարող են փոփոխվել:
Այս սահմանումներից բխում է տրանսակտ վերլուծության երկու հիմնական սկզբունքները՝
- պայմանագրային մեթոդը,
- բաց հաղորդակցումը:

Տրանսակտ վերլուծության հիմքում էգո-վիճակների մասին պատկերացումներն են: Տեսականորեն Բեռնը զարգացնում է ֆրոյդիզմը նոր մեկնաբանությունը: Մեր վարքի, մտքերի և զգացումների բոլոր ձևերը կարելի է միավորել էգո-վիճակների երեք հիմնական հասկացություններում, որոնք անվանվում են Ծնող, Մեծահասակ և Երեխա:

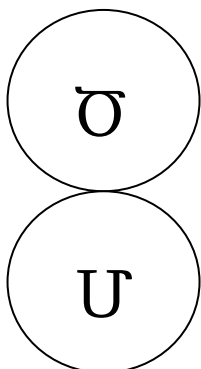
Ծնողի էգո-վիճակը հարաբերությունների, մտքերի, վարքի ձևերի և զգացումների համախմբությունն է, որոնք մարդը վերցրել է այլ մարդկանցից, որոնք «պարենտալ դեմք» են: Այս ոլորտը ներառում է նախապաշարմունքներ, նորմաներ և հրամաններ, որոնք մարդու մեջ միշտ ապրում են («Քեզ կարգին պահի՛ր», «Հարգի՛ր մեծերին» ...):

Մեծահասակի էգո-վիճակը մտքերի, վարքի ձևերի և զգացումների համախմբությունն է, որը «հիմա և այստեղ» իրավիճակի անմիջական հակազդումն է: Այդ հակազդումները չեն կրկնօրինակվել ծնողներից կամ պարենտալ դեմքերից: Մեծահասակի կերպարը ինքնուրույնության և իրականության գնահատականի ոլորտն է՝ առանց նախապաշարմունքների (Ծնող) և առանց հույզերի ու աֆեկտների (Երեխա):

Երեխայի էգո-վիճակը մտքերի, վարքի ձևերի և զգացումների համախմբություն է, որը խաղարկվում է սեփական մանկությունից, այսինքն՝ դա արխաիկ էգո-վիճակ է: «Երեխա» ոլորտը սեփական Ես-ի հուզական և ոչ ռացիոնալ մասն է:

Այս երեք էգո-վիճակները միասին կազմում են անձի մոդելը: Այս դիագրամը նաև անվանում են առաջին մակարդակի էգո-վիճակներ: Անձի վերլուծության գործընթացը տրանսակտ վերլուծության տերմիններով անվանում են կառուցվածքային վերլուծություն:

Տրանսակցիոն հաղորդակցման վերլուծումը մարդուն սովորեցնում է իր մեջ գոյություն ունեցող այդ երեք ոլորտները ցանկացած պահին տարբերել: Հասկանալով նշված ոլորտները թե՛ սեփական Ես-ի և թե՛ ուրիշների դեպքում՝ մարդն առավել հեշտությամբ է հարմարվում հաղորդակցման դժվարություններին:



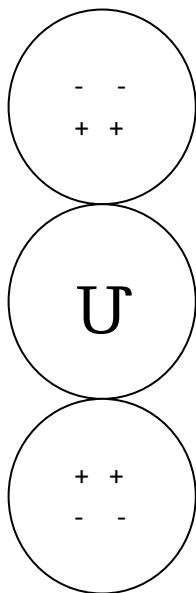
Էգո-վիճակների ֆունկցիոնալ մոդելը

Եթե համեմատենք տրանսակտ վերլուծության էգո-վիճակների մոդելները մարդու բժշկական մոդելի հետ, ապա կպարզվի, որ էգո-վիճակի կառուցվածքային մոդելը անատոմիան է (ոսկորները, մաշկը...), իսկ ֆունկցիոնալ մոդելը՝ ֆիզիոլոգիան (ինչպես է շնչում, գործում և այլն):

Կառուցվածքային մոդելը ցույց է տալիս, թե ինչ է յուրաքանչյուր էգո-վիճակ: Ֆունկցիոնալը էգո-վիճակները տրոհում է մասերի, որպեսզի ցույց տրվի, թե ինչպես են դրանք օգտագործվում:

Կառուցվածքը = «ինչ» = պարունակությունը. ֆունկցիան = «ինչպես» = գործընթացը:

ՀՕ ԽՕ



Դրական (ՀՕ) հսկող ծնողը. տալիս է օրենքները, դնում է սահմաններ, դիրեկտիվ վարք, որն ուղղված է անվտանգության և պաշտպանության ապահովմանը:

Բացասական (ՀՕ). նկարագրում է ուրիշ մարդուն արհամարհող ծնողական վարքը:

Դրական (ԽՕ). խնամող ծնողը խնամում և օգնում է՝ հարգելով այն անձին, ում ցուցաբերվում է օգնությունը:

Բացասական (ԽՕ). օգնում է գերակայության տեսակետից՝ արհամարհելով ուրիշին («Մայր-փրկիչը» ԲՀՕ դասական դեպք է):

Մեծահասակը ֆունկցիոնալ մոդելում սովորաբար չի տրոհվում մասերի: Ցանկացած վարք, որը «այստեղ և հիմա» իրավիճակի հակազդեցությունն է, բնութագրվում է որպես Մեծահասակ:

Հարմարվող դրական Երեխա (ՀԴԵ). հետևում ենք հազարավոր կանոնների, որոնք ձեռք ենք բերել մանկության ընթացքում և որոնք հիմա մեզ օգնում են ապրելու և ընդունված լինելու շրջապատում՝ առանց լրացուցիչ էներգիա ծախսելու:

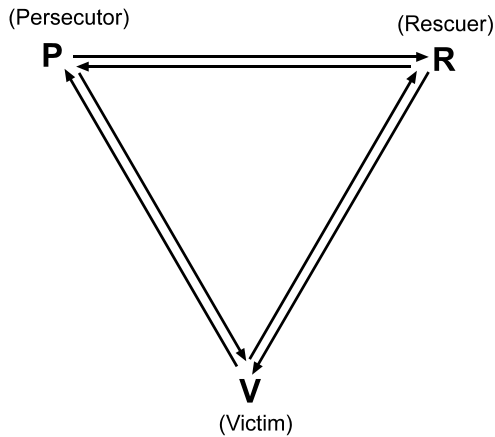
Հարմարվող բացասական Երեխա (ՀԲԵ). երբ օգտագործում ենք վարքի ձևեր, որոնք մեծ տարիքում արդեն չեն կարող օգնել, սակայն մեր կողմից շարունակվում են օգտագործվել: Այս դեպքում սահմանափակում ենք մեր վարքի ընտրության հնարավորությունները:

Ազատ դրական Երեխա (ՀԴԵ). լինել Ազատ Երեխա նշանակում է ուշադրություն չդարձնել ծնողական օրենքներին կամ սահմանափակումներին: Երբեմն դա կարող է լինել դրական (հասուն մարդ), երբեմն էլ բացասական:

Ազատ բացասական Երեխա (ՀԲԵ)
 է.էթիկետային վարքի խախտում:

Դրամատիկ եռանկյունի

Մթիվեն Կարպենը (1968) մշակել է պարզ դիագրամ՝ «խաղեր» մշակելու համար: Նա օգտագործում է երեք դեր, ինչպես պիեսում կամ դրամայում, և անվանում է դրանք Հետապնդող, Փրկիչ, Ջոհ:



Օրինակ՝ Դուք կարող եք կյանքում լինել Փրկիչ: Դուք կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը, իրոք, ունի ձեր աջակցության կարիքը և օգնում եք՝ տեղեկանալով այնքանով, որքանով դա տեղին է: Միգուցե այդ մարդուն, իրոք, պետք է Ձեր օգնությունը, սակայն ոչ այդչափ, որչափ Դուք ուզում եք ցուցաբերել: Փրկիչի դիրքը միշտ արժեզրկում է ուրիշների ընդունակությունը խնդիրներ լուծելիս:

Մեկ անգամ լինելով երեք դիրքերից մեկում՝ Հետապնդողի, Փրկիչի կամ Ջոհի՝ մենք կարող ենք անընդհատ տեղափոխվել Եռանկյունու մի դերից մյուսը: Սովորաբար որևէ մեկ դերում մենք ավելի հաճախ ենք լինում, քան մյուսներում:

Դրամատիկ եռանկյունի

Victim – Ջոհ
 Rescuing - Փրկել
 Persecution - Հետապնդել

Թերապևտիկ եռանկյունի

Permission - Թույլատրող, հնարավորություն տվող
 Protection - Պաշտպանող
 Potency - Ընդունակ

Ռեկետը վարքի սցենարային տիպերի համախմբություն է, անգիտակցաբար է կիրառվում որպես շրջապատին մանիպուլյացիայի ենթարկելու միջոց, որը հանգեցնում է ռեկետային զգացմունքների վերապրմանը:

Ռեկետային զգացմունքները ծանոթ հույզեր են, սովորած և խրախուսված մանկության ընթացքում, վերապրած շատ սթրեսային իրավիճակներում, որոնք չեն նպաստում խնդրի հասուն լուծմանը:

Յուրաքանչյուր ընտանիքում գոյություն ունի թույլատրված զգացումների խումբ, և, հակառակը, զգացումներ, որոնք չեն խրախուսվել կամ արգելվել են: Երբեմն թույլատրվող զգացումները փոփոխվում են՝ պայմանավորված նրանով՝ աղջիկ է, թե՞ տղա (օրինակ՝ տղան բարկացկոտ և ագրեսիվ է, աղջիկը՝ նուրբ և լացակումած):

Երբ երեխան զգում է արգելված զգացմունքներից որևէ մեկը, այն արագ փոխարկվում է այլընտրանքային զգացողության, որը թույլատրված է: Այսպիսով, ռեկետային հույզը միշտ այլ զգացմանը փոխարինող է, որը չէր խրախուսվում մանկության տարիներին:

Ռեկետային զգացումները վերաբերում են վարքի այն ձևին, որը կոչվում է ռեկետավորում: Դա վարքի ձևերի համախմբություն է, որն օգտագործվում է այլ մարդկանց վրա ճնշում գործադրելու նպատակով:

Երբ մարդիկ փոխգործում են մի քանի մակարդակներում միաժամանակ, և տրանսակցիաների արդյունքում ապրում են տհաճ հույզեր, նրանք խաղային փոխգործության մեջ են: Էրիկ Բեռնը հոգեբանական խաղը սահմանել է որպես «լրացվող քողարկված տրանսակցիաների չընդհատվող շարք, որը հանգեցնում է որոշակի, կանխատեսելի արդյունքի: Կանխատեսելի արդյունքը կամ վճարը յուրաքանչյուր խաղացողի համար տհաճ զգացումներն են»: «Տհաճ» բառը ամենայն հավանականությամբ կարող է փոխարինվել «ոչ անութենտիկ» այլ բառերով, ռեկետային զգացումներով:

Կյանքի դիրքորոշումներ

Կյանքի դիրքորոշումը սեփական անձի և ուրիշների մասին պատկերացումն է: Ըստ Բեռնի՝ երեխան իր կյանքի դիրքորոշումը գտնում է 3 տարեկանից, իսկ ըստ Շտայների՝ մինչև այդ:

Բոլոր երեխաները ծնվելու պահին OK են, բացառությամբ բարդ ծնունդների:

OK Կորրալ

III	Ես OK չեմ: Դու OK ես:	I	Ես OK եմ: Դու OK ես:
	հետ մնացողի դիրք		առողջության դիրք
	փախուստ անօգնականություն		համագործակցություն ուրախություն

IV Ես Օկ չեմ: Դու ՕԿ չես: անհուսալիության սպասում հուսահատություն	II Ես Օկ եմ: Դու ՕԿ չես: առաջընթացի դիրք ազատում զայրույթ
---	---

- 1) 1. Երբ մարդը է **ՕԿ+ ՕԿ+** դիրքում է, ապա դա **հաղթողի** դիրք է: Սա նշանակում է, որ Դուք ոչ մի խաղ չեք խաղում, այնպիսին եք, ինչպիսին կաք, և ընդունում եք ուրիշներին, ինչպիսին նրանք կան: Դա չի նշանակում է, որ Դուք խնդիր չունեք:
- 2) **2. ՕԿ+ ՕԿ.** երբ երեխայի հետ շատ խիստ են վարվում, նա մտածում է, որ ուրիշները ՕԿ չեն.

ախտաբանական արտահայտմամբ՝ պարանոիկը, հետապնդողը:

- 3) **3. ՕԿ- ՕԿ+ .** Զոհ, Փրկիչ: Ուրիշների կարիքն է զգում, վախ:
- 4) **4. ՕԿ- ՕԿ.** Ո՛չ իրենք, ո՛չ էլ ուրիշները լավը չեն: Անհուսալիության դիրք (կամ բանտում են կամ էլ ինքնասպանություն են գործում):

Մենք կարող ենք փոփոխել մեր կյանքի դիրքը՝ պայմանավորված իրավիճակով կամ կյանքի պահերով:

Սցենար

Ըստ Բեռնի՝ կյանքի սցենարները, որոնց համաձայն՝ մարդիկ խաղում են տարբեր խաղեր (այդ թվում նաև վատ խաղեր), գրվում են վաղ մանկության հասակում: Հաղորդակցումը (տրանսակցիան) արդյունավետ է այն դեպքում, երբ հաղորդակցվող կողմերի դեպքում գերակշռում է միանման վիճակ՝ ծնող-ծնող, երեխա-երեխա, մեծահասակ-մեծահասակ: Մնացած տրանսակցիաներում ծագում են խաղեր, կոնֆլիկտներ, հուզական խանգարումներ, ներոզներ...

Բացահայտելով խաղի դրդապատճառները և հոգեբանական մեխանիզմները՝ հոգեթերապևտն օգնում է այցելուին, որ վերջինս ինքնուրույն գրի նոր սցենար: Տրանսակցիոն վերլուծությունը քիչ արդյունավետ է պսիխոզների և ներոզների դրսևորման դեպքում:

Այսպիսով, սցենարը կյանքի անձնական պլանն է, որը մենք ենք կառուցում՝ ընդունելով մի շարք վաղ կյանքի որոշումներ: Այս լուծումները հիմնվում են մեր կյանքի իրադրությունների և դրանց մեկնաբանությունների վրա: Մենք սկսում ենք նմանօրինակ որոշումներ ընդունել՝ ծննդյան պահից սկսած: Բեռնի «Ի՞նչ ենք մենք ասում բարև ասելուց հետո» գրքում նա տալիս է սցենարի հետևյալ սահմանումը. «... Զգիտակցված պլան, որը կառուցվել է մանկության տարիներին, ամրապնդվել ծնողների կողմից, արդարացվել իրավիճակների ընթացքում և իր գազաթնակետին հասել ուղղություն ընտրելու ժամանակ»:

Սցենարի վերապրում

Հաղթողի սցենար. դրված նպատակին հասնելը:

Հաղթողի սցենարին բնորոշ են՝

- աութենտիկությունը,
- ինքնաճանաչումը, լինել այնպիսին, ինչպիսին կաս (самим собой), հուսալի, արձագանքող, պատասխանատու,
- սեփական և ուրիշների յուրատեսակության ճանաչումը,
- աշխարհի և մարդկության մասին հոգալը,
- նպատակին հասնելը:

Պարտվողի սցենար . այն մարդու կյանքի պլանը, որը չի հասնում դրված նպատակին:

Պարտվողի սցանարին հատկանշական է՝

- լուրջ դիսկոմֆորտ (անհարմարվողականություն) սեփական անձի նկատմամբ (սեփական և այլ մարդկանց ինքնատիպության),
- անկարողության և անպաշտպանության վերապրում,
- դրված նպատակին չհասնելը:

Չհաղթողի սցենարը միջինացված ճանապարհն է: Այս ճանապարհի ընտրությունն ապահովում է որոշակի անվտանգություն:

Հոգեթերապևտիկ ուղղությունները թեմային առնչվող գործնական օրինակ տե՛ս հավելված 7-ում, հավելված 10-ում, հավելված 12-ում, հավելված 13-ում:

Գրականություն

1. Ахмедов, Т.И., (2007). *Гипноз, новейший справочник*, Эксмо, Москва.
2. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология*. В 2-х т., Мир, Москва.
3. Карвасарский, Б.Д., (2002). *Психотерапия: учеб. для вузов /Изд. 2-е, перераб., СПб.*
4. *Клиническая психология/* Под. ред. М. Перре, У. Бауманна, (2002). Питер, СПб.
5. *Клиническая психотерапия в общей врачебной практике /*Под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. (2008), СПб.
6. Маклаков, А.Г., (2007). *Общая психология*, Питер, СПб.
13. Менделевич, В.Д., (2008). *Клиническая и медицинская психология: учебное пособие*. 6-е изд. МЕДпресс-информ, Москва.
7. Михайлов, Б. В., Сердюк, А. И., Федосеев, В.А., (2002). Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова, Харьков.
8. Немов, Р., (2008). *Психологическое консультирование*. Учебник для вузов, Изд. Центр Владос. СПб.
9. *Общая психотерапия: Рук. для врачей /*В.Т., Кондрашенко, Д.И., Донской, С.А., Игумнов, 4-е изд., (1999). Минск.
10. Перре, М., Бауман, У., (2012). *Клиническая психология и психотерапия*, Питер, СПб.
11. Романин, А.Н., (1999). *Основы психотерапии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений*. Москва.
12. Романин, А.Н., (2006). *Основы психотерапии*, Кнорус, Москва.
13. Рудестам, К., (1995). *Групповая психотерапия*. Москва.
14. Сидоров, П.И., Парняков, А.В., (2000). *Введение в клиническую психологию /Т.1., Академический проект, Москва.*
15. Тодд, Дж., Богарт, А.К., (2001). *Основы клинической и консультативной психологии*, Сова, СПб.
16. Шавердян, Г. М., (2007). *Основы психотерапии*, Питер, СПб.

ՄԱՍՆԱՎՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐ

Ձեռնարկի մասնավոր բաժնում ներկայացված են այն հիմնական թեմաները, որոնք ներառված են ԵՊԲՀ տարբեր ֆակուլտետներում դասավանդվող բժշկական հոգեբանության դասընթացի մեջ:

1. Ցավային համախտանիշի հոգեբանական ասպեկտը

Ցավը մի շարք գիտությունների (հոգեբանություն, կենսաբանություն, բժշկություն, ֆիզիոլոգիա) կենտրոնական հիմնախնդիրներից է: Չնայած հիմնախնդրի նկատմամբ միջդիսցիպլինար հետաքրքրությանը և գոյություն ունեցող բազմաթիվ հետազոտություններին՝ բավական դժվար է սահմանել «ցավ» հասկացությունը: Դա այդ ֆենոմենի բարդ կառուցվածքի, բազմազան պատճառների և օրգանիզմի համար ունեցած նշանակության, նաև տեղայնացման, տևականության փոփոխականության արդյունք է: Ցավի միջազգային ասոցիացիան սահմանում է այն որպես «զգայական և հուզական տհաճ զգացում, որը կապված է հյուսվածքի իրական կամ պոտենցիալ վնասվածքի հետ»: Այդուհանդերձ, ընդգծվում է, որ ցավը միշտ սուբյեկտիվ է, կապված է կյանքի փորձի և անհատական առանձնահատկությունների հետ: Մի շարք երկրների (ԱՄՆ-ի, Անգլիայի, Ֆրանսիայի, Նորվեգիայի, Դանիայի, Ֆինլանդիայի, Շվեյցարիայի, Իսպանիայի և այլն) վերջին վիճակագրական հետազոտությունները վկայել են, որ ցավից զանգատվում է բնակչության 7-64%-ը, իսկ քրոնիկական ցավից՝ 7,6-45%-ը:

Ցավի հիմնախնդրի հիմնական ուսումնասիրությունները մեծ մասամբ վերաբերում են նրա ֆիզիոլոգիական և պաթոֆիզիոլոգիական ուղղությանը, որոնցում ընդգծված է ցավի պաշտպանական դերը: Մակայն վերջին տասնամյակում հատկապես քրոնիկական ցավի առաջացման և սրացման գործում սկսեցին հատուկ ուշադրություն դարձնել հոգեբանական և սոցիալական գործոններին՝ նկատի ունենալով այն կարևոր հանգամանքը, որ հաճախ ցավի ինտենսիվությունը չի համապատասխանում ֆիզիկական վնասվածքին: Այդ մասին նշել է նաև Ն. Պեզեշկիանը. «Մի կողմից հանդիպում են հիվանդներ ողնաշարի ծանր փոփոխություններով, որոնք սուբյեկտիվորեն որևէ դժվարություն չեն զգում, և մյուս կողմից՝ կան ուժեղ ցավերից զանգատվող հիվանդներ, սակայն որոնց դեպքում ողնաշարի որևէ հիվանդագին փոփոխություն չի հայտնաբերվում»: Հոգեբանական տեսություններում ցավը դիտարկվել է որպես կոնվերսիոն մեխանիզմի և ռենտային¹⁹ դիրքորոշման արդյունք, որպես սոմատիզացված հոգեկան ֆենոմեն, որպես սթրեսը հաղթահարելու հակազդում և այլն: Ընդհանուր առմամբ, այդ տեսություններում ընդգծված է հոգեբանական գործոնների կարևորագույն դերը ցավի առաջացման մեջ:

Ընդունված է ցավի կառուցվածքում առանձնացնել հինգ հիմնական բաղադրիչներ.

1. Չզայական, որն ինֆորմացիա է հաղորդում գլխուղեղի կեղևին ցավի տեղայնացման, առաջացման և ավարտվելու, ինչպես նաև ինտենսիվության մասին: Մարդը, ինչպես այլ զգայական ազդակները, այնպես էլ այդ ինֆորմացիան գիտակցում է զգացողության ձևով:
2. Հուզական բաղադրիչն այդ ինֆորմացիան լրացնում է տհաճ ապրումներով, այսինքն՝ արտացոլում է վնասվածքին տրվող հոգե - հուզական հակազդումը:

¹⁹ ռենտային դիրքորոշում - հոգեվերլուծական տերմին է, որը ներառում է ցավի կամ հիվանդության երկրորդային շահը: Օրինակ ցավի շահարկումը կարող է պատճառ դառնալ ավելի մեծ ուշադրության արժանանալու համար

3. Վեգետատիվ բաղադրիչն ապահովում է ցավային գրգռիչին տրվող նեյրո-ֆիզիոլոգիական (մարմնական) հակազդումը:

4. Շարժողական բաղադրիչը հաճախ դրսևորվում է որպես փախուստի կամ պաշտպանական ռեֆլեքս, որը դրսևորվում է մկանային լարվածությամբ՝ որպես ցավից ազատվելու ոչ կամաձին հակազդում:

5. Իմացական բաղադրիչը կապված է ցավի բովանդակության և առաջացման ռացիոնալ գնահատականի հետ, նաև ցավի հետ կապված վարքի կարգավորման հետ:

Սովորաբար ցավի բոլոր բաղադրիչներն առաջանում են միասին, բայց դրանց փոխհարաբերությունը և յուրաքանչյուրի արտահայտվածության աստիճանը կարող է փոփոխվել՝ պայմանավորված ցավի տեսակով և մի շարք գործոններով:

Հոգեվերլուծական տեսություն: Ֆրոյդը եզրակացրել է, որ ենթագիտակցականում թաքնված կոնֆլիկտների «առաջնային դրսևորումը» հրահրում է ցավ, իսկ այդ կոնֆլիկտների վերլուծական «բուժումը» վերացնում է այն: Նա նաև նշել է, որ ցավը հոգեդինամիկ մեխանիզմների արդյունք է, որոնք կոնվերսիայի, մարմնական նույնականացման, առաջնային և երկրորդային շահերի հիմքում են:

«Ցավի նկատմամբ զգայուն անձի» տեսություն: Անդրադառնալով քրոնիկական ցավով հիվանդների անամնեզին՝ Գ.Էնգելը նշել է, որ հաճախ հիվանդները ստիպված են երկարատև խնամել այս կամ այն ցավային դրսևորումներ ունեցող հարազատներին, մանկուց ականատես են եղել «ցավային վարքի» կարծրատիպերին, որոնք նպաստել են ցավի նկատմամբ սեփական մոտեցման մշակմանը, «ցավային վարքի» անհատական մոդելի ստեղծմանը: Ընտանիքում առկա հատուկ ուշադրությունը ցավերի նկատմամբ, զրույցները դրա մասին, ցավային զգացողությունների նկարագրումը էական ազդեցություն են ունենում անձի ձևավորման վրա: Ցավի նշանակալիությունը, սևեռումը ցանկացած աննշան ցավային զգացողությունների վրա կարող են հանգեցնել կայուն հոգեձին ցավերի ձևավորմանը:

Ցավի հոգեմարմնական տեսությունը հիմնավորում է, որ ցավը կարող է գոյություն ունենալ որպես «գուտ հոգեկան ֆենոմեն». առանց ծայրամասից ստացվող ցավային ազդակի: Հիվանդների մի մասի դեպքում ցավը մեղքի զգացումը, ուժեղ ազդեցիվ հակումները թուլացնելու միջոց է: Կորստի կամ կորստի վտանգի դեպքում ևս կարող է առաջանալ ցավ՝ «փոխակերպման» մեխանիզմով: Տվյալ տեսության մեջ ցավը բացառիկ կարևոր դեր է կատարում անհատի հոգեբանական կյանքում:

Ցավի կենսահոգեոնոլոգիական տեսություն: Ցավի ընկալումը մեծ մասամբ պայմանավորված է ստացած տրավմայի պատճառների և հետևանքների մասին մարդու ունեցած պատկերացումներով, մտքերով, նրա հուզական վիճակով և հոգեբանական և սոցիալ-մշակութային այլ գործոններով (սեռ, տարիք, կրոնական հայացքներ և այլն): Ի տարբերություն կենսաբժշկական մոդելի՝ կենսահոգեոնոլոգիական մոդելը կենտրոնանում է հիվանդության վրա, տվյալ դեպքում ցավի՝ հաշվի առնելով կենսաբանական, հոգեբանական և սոցիալական փոփոխականների համալիր փոխազդեցությունները: Այդ փոփոխականներն են ձևավորում անհատի ընկալումը և հակազդումը ցավի նկատմամբ:

Մի շարք մասնագետների կարծիքով, ցավի քրոնիկական դառնալուն նպաստում է դեպրեսիան: Դեպրեսիայի հաճախականությունը քրոնիկական ցավի դեպքում հասնում է 60%-ի: Ջ. Մյուրեյի (1997) աշխատանքում ընդգծվում է, որ դեպրեսիայով հիվանդների շրջանում ցավն ավելի ինտենսիվ է, նրանք հաճախ օգտագործում են պասիվ մարտավարություններ, նրանց ինքնագնահատականն ավելի ցածր է, և առավել զգալիորեն նվազում է կյանքի որակը: Լայնորեն ուսումնասիրվում են քրոնիկական ցավի և տագնապի փոխկապվածությունը: Պարզվել է, որ քրոնիկական ցավով հիվանդների շրջանում տագնապի ցուցանիշներն ավելի բարձր են, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում: Որոշ հեղինակներ նշում են, որ տագնապային խանգարումները հաճախ են ախտորոշվել ինչպես սուր, այնպես էլ քրոնիկ ցավով հիվանդների խմբում: Հատկապես կարևոր նշանակություն է ստացել

անձնային տագնապայնությունը, քանի որ մեծ մասամբ դրանով է պայմանավորվում հիվանդի վարքը: Կան նաև տվյալներ, համաձայն որոնց, «ալեքսիթիմիան» ցավային խանգարումների ռիսկի գործոններից մեկն է: Որոշ հետազոտություններ ևս վկայում են, որ քրոնիկական ցավով հիվանդների շրջանում ալեքսիթիմիայի մակարդակն ավելի բարձր է, քան առողջների խմբում: Իսկ սթրեսի և ցավային համախտանիշի քրոնիկական դառնալուն մի շարք մասնագետների կարծիքով նպաստում են բացասական հույզերով հագեցած մտքերի նկատմամբ հակվածությունը, հաճախակի կենտրոնացվածությունը բացասական հիշողությունների վրա: Նշենք նաև, որ արդի բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ ցավի առաջացումը և բուժումը մեծ մասամբ պայմանավորված են իմացական գործոններով՝ հիվանդի պատկերացումներով, դիրքորոշումներով և սպասումներով:

Այսպիսով, ցավային համախտանիշի և հոգեբանական գործոնների պատճառահետևանքային կապերի ուսումնասիրությունները և վերլուծությունները հնարավորություն են տալիս եզրակացնելու, որ անկախ էթիոլոգիայից, ցավը մշտապես առնչվում է հոգեբանական գործոններին: Մակայն, ՅԱՎԻ հոգեբանության հիմնախնդիրը առ այսօր էլ արդիական է, բազմաթիվ հարցեր դեռևս վիճելի են և լուսաբանման անհրաժեշտություն ունեն:

Գրականություն

1. Вейн, А.М., Вознесенская, Т.Г., Голубев, В.Л., Дюкова, Г.М., (2007). *Депрессии в неврологической практике*. Москва.
1. *Клиническая психология: учебник*, (2007). /Под ред. Б.Д. Карвасарского, СПб.
2. Хабиб, О., (1997). *Фрейд и мигрень: зарождение психодинамических взглядов на природу головной боли 100 лет назад* //Российский медицинский журнал. Т.5. № 16.
3. Engel, G.L., (1959). *Psychogenic pain and the pain – prone patient*. //American Journal of Medicine, 26.
4. Fillingim, R.B., (2005). *Concise encyclopedia of pain psychology*, Haworth Press, New York.

2. Պլացեբո

Ամենօրյա բուժական գործունեության մեջ հոգեկան փոխազդեցությամբ զբաղվող գիտությունը կոչվում է բուժական գործունեության հոգեբանություն: Բժշկի բուժական գործունեության մեջ չկան այնպիսի գործողություններ, որոնք հոգեբանական ազդեցություն չթողնեն:

Այս ամենն ավելի ակնհայտ դարձավ *պլացեբո* կիրառելու արդյունքում: Պլացեբոյի գաղափարը բժշկության տեսության և պրակտիկայի մեջ հեղափոխական ուղի է հարթում: Պլացեբոյի ազդեցության ուսումնասիրությունը հնարավորություն է տալիս հասկանալու, թե ինչպես է մարդկու օրգանիզմը բուժում ինքն իրեն, բացահայտելու ուղեղի առեղծվածային ունակությունը՝ հրաման տալ կենսաքիմիական փոփոխությունների մասին, որոնք կարևորագույն դեր են կատարում հիվանդության դեմ պայքարում:

Պլացեբոն դեղամիջոցի նմանակումն է (իմիտացիա). դրանք կաթնային շաքարից պատրաստված անվնաս կոճակներ են, որոնք ձևավորված և փաթեթավորված են ճիշտ այնպես, ինչպես իսկական դեղամիջոցները: Պլացեբոն տալիս են հիմնականում հիվանդին հանգստացնելու համար և ոչ թե ախտորոշմամբ թելադրված անհրաժեշտության դեպքում: Վերջին տարիներին պլացեբոն ամենից հաճախ օգտագործվում է նոր դեղերի արդյունավետությունը ստուգելու նպատակով: Նոր դեղամիջոցի կլինիկական փորձարկումից ստացված արդյունքը համեմատվում է պլացեբոյի ազդեցության հետ:

Երկար ժամանակ պլացեբոն վատ համբավ է ունեցել բժշկության ներկայացուցիչների մեծամասնության շրջանում: Շատ բժիշկներ այն դիտարկում էին որպես «զեղծարարություն», «կեղծ բուժում»: Այժմ պլացեբոն, որին առաջ չէին վստահում, դարձել է գիտնական-բժիշկների լուրջ ուշադրության առարկան: Հետազոտողներն ապացուցել են. պլացեբոյին պետք է վերաբերվել ոչ միայն որպես բուժման հզոր միջոցի, այլև այն, իրոք, կարող է գործել որպես դեղամիջոց: Նրանք պլացեբոն դիտարկում են ոչ միայն որպես ուղղակի հոգեբանական «ապավեն» որոշ հիվանդների բուժման ժամանակ, այլև որպես թերապևտիկ միջոց, որ առաջացնում է օրգանիզմում ընթացող քիմիական ռեակցիաների փոփոխություններ և օգնում նրան մոբիլիզացնելու պաշտպանական ուժերը:

Չնայած նրա ներգործության մեխանիզմը դեռևս վերջնականորեն բացահայտված չէ, այնուամենայնիվ ենթադրվում է, որ պլացեբոն ակտիվացնում է գլխուղեղի կեղևը, իսկ այն իր հերթին, դրդում է ներգատական համակարգը և հատկապես՝ մակերիկամները: Բայց ինչպիսին էլ որ լինեն այն ուղիները, որոնցով ուղեղն ազդակներ է ուղարկում, արդեն բավարար ապացույցներ են կուտակվել, որ պլացեբոն գործում է նույն կերպ, երբեմն նաև ավելի ուժեղ, քան իսկական դեղամիջոցները, որոնց այն փոխարինում է:

Պլացեբոն, որ չի պարունակում ներգործող ազդակ, ազդում է բացառապես հոգեկան ճանապարհով: Օրինակ՝ ցավազրկող միջոցները 30-50% դեպքերում կարող են փոխարինվել պլացեբոյով: Առանձին դիտարկումների հիման վրա պարզվել է, որ գլխացավերով տառապողների 60%-ը դրական է հակազդում պլացեբոյին, իսկ ասթմայով տառապողների 40%-ի դեպքում հաջողվում է մեղմացնել նոպաները պլացեբոյի միջոցով:

Որոշ հիվանդներ ավելի լավ են հակազդում պլացեբոյին: Այդ մարդիկ, որոնց մեջ պլացեբոն դրական փոփոխություն է առաջացնում, կոչվում են ռեսպոնդերներ (պատասխանողներ): Սովորաբար այդ մարդիկ արտաքին ազդեցություններին հեշտ ենթարկվող, լավատես, վստահող և սոցիալապես պահպանողական մարդիկ են:

Պլացեբոն օժտված է նաև բացասական ազդեցությամբ: Նկարագրված են նույնիսկ պլացեբոյի ընդունման դեպքում կողմնակի ազդեցությունները՝ բերանում չորություն, սրտխփոց, ընդհանուր վատ ինքնազգացողություն, մաշկի ցան և այլն:

Պլացեբոյի ազդեցությունը կարող է ուժեղանալ՝ պայմանավորված դրանից սպասված արդյունքով, կոճակների գույնով, ձևով, համով, հոտով, լուծույթով կամ կաթիլներով (քաղցր, դառը, հոտով), ներարկային պատրաստուկներով և այլն: Շատ հիվանդներ պնդում են, որ, օրինակ, ամենաարդյունավետը կարող են լինել ներարկային պատրաստուկները: Այդ պատճառով այդպիսի հիվանդներին ամենաշատը օգնում են ներարկային պատրաստուկները: Ֆրանկլը հոգեթերապևտիկ նպատակներով կիրառվող կերակրի աղի ֆիզիոլոգիական լուծույթին սրամտորեն տվել է «հոգեբանական լուծույթ» անվանումը:

Պարզվել է, որ սթրեսային վիճակներում պլացեբոյի ազդեցությունը մեծանում է: Վիրահատությամբ պայմանավորված՝ սթրեսի դեպքում պլացեբոյի ցավազրկող ազդեցությունը հասնում է մորֆինի ազդեցության 40%-ին: Ավելի ուշ պլացեբո ընդունելիս ազդեցությունը թուլանում է: Տարբեր հիվանդությունների դեպքում (զերձնշում, պալարախտ...) պլացեբո ներմուծելիս նկատվում է տվյալ հիվանդությանը բնորոշ նախանշանների (զարկերակային ճնշում, ջերմաստիճան...) օբյեկտիվ փոփոխություն: Պլացեբոն ներմուծելու պայմաններից է կախված դրա ազդման աստիճանը: Այսպես՝ գունավոր հաբերն ավելի արդյունավետ են: Կանաչ ու կապույտ դեղերն իրենց ազդեցությամբ զիջում են կարմիր ու դեղին դեղահաբերին: Որպես քնաբեր օգտագործվող հեղուկ պլացեբոն ավելի ազդեցիկ է, քան սպիտակ դեղահաբը: Դառը պլացեբոն ավելի արդյունավետ է, քան անհամը: Պլացեբոյի անսովոր նշանակումներն ավելի արդյունավետ են: Ներկայումս պլացեբոն ունի ավելի կարևոր նշանակություն, որը կոչվում է «կույր մեթոդ» և նպատակ ունի ոչ թե բուժելու, այլ փորձարկվող դեղի ճշմարտացի գնահատականը պարզելու: 1916թ. Մաչտը առաջին անգամ պլացեբո կիրառեց մորֆինի ցավազրկող ակտիվությունը ստուգելու համար և ստուգման ենթարկվող մարդկանց ներարկեց կերակրի աղի ֆիզիոլոգիական լուծույթ:

Պլացեբոյի ազդեցությունը գնահատելիս, իհարկե, պետք է հաշվի առնել հիվանդի անձնային առանձնահատկությունները:

Նոր դեղամիջոցի փորձարկման դեպքում ավելի լավ արդյունքներ ստացվում են ամբուլատոր պրակտիկայում, քան գիտափորձում. դեղերն ավելի լավ են ազդում, եթե դրանք նշանակելով՝ բժիշկը հաշվի է առնում որոշակի թերապևտիկ ազդեցություն: Այս դեպքում մենք առնչվում ենք այնպիսի կարևոր գործոնի, ինչպիսին բուժող բժշկի անձն է: Էական է նրա վերաբերմունքը տվյալ դեղամիջոցի նկատմամբ, հավատը այդ պատրաստուքի հանդեպ, վստահությունը դրա արդյունավետության հարցում: Բնականաբար, և՛ բժշկի, և՛ բուժքույրի, և՛ հիվանդի վրա ազդեցություն են ունենում նաև դեղի նկարագրությունը և այն լուսաբանելու մյուս միջոցները:

«Կույր մեթոդի» համար պատրաստված դեղերը և պլացեբոն ո՛չ արտաքին տեսքով և ո՛չ էլ այլ գործոններով չպետք է տարբերվեն: «Կրկնակի կույր փորձի» ժամանակ բժիշկը և բուժքույրը չեն իմանում, թե որն է իրական դեղը, և որը՝ պլացեբոն:

Ներկայումս կիրառվում է «եռակի կույր մեթոդը», երբ մասնակիցներից ոչ մեկը չգիտի, որ մասնակցում է դեղի փորձարկմանը: Այդ փորձը կատարվում է միջնորդի միջոցով, որը տեղյակ չէ, թե դեղի որ սերիան ինչ բաղադրություն ունի: Ամեն ինչ կարգավորվում է համակարգող կենտրոնի կողմից:

Իրականում «կրկնակի կույր մեթոդը» բավարար է, եթե դեղի փորձարկումը տարվում է մի քանի բուժհիմնարկներում և հատկապես՝ մի քանի երկրներում: Դեղի մասին տարբեր տեղերից ստացված տեղեկությունները կարելի օգտագործել միայն այն դեպքում, եթե ըստ սեռի, հասակի և այլ հատկանիշերի խմբավորումների նկատմամբ կլինիկական փորձարկումներն իրականացվել են համաձայն GCP-ի (կլինիկական որակյալ պրակտիկա) պահանջների: Պլացեբոյի միջոցով առաջացած պայմանական ռեֆլեքսն արագ հանգչում է, և այդ դեպքում պահանջվում է ռեֆլեքսը պահպանել արդեն իրական դեղի միջոցով: Այս ձևով կարելի է խնայել մեծ քանակությամբ դեղ, որը հիվանդի համար անկասկած օգտակար է և՛ դեղաբաժնի փոքրացման, և՛ տնտեսական օգուտի տեսակետից:

Ներկայումս նոր դեղի փորձարկման ժամանակ հաճախ օգտագործվում են «կրկնակի կույր» և «խաչաձևվող» մեթոդները: Օրինակ՝ նոր ցավազրկող դեղի (Ա) փորձարկումը պլացեբոյի և հայտնի ակտիվ դեղի (ասպիրին) միջոցով կարելի է ցույց տալ հետևյալ աղյուսակով.

Հիվանդների խումբը	նշանակվող դեղը		
I	I շաբաթ	II շաբաթ	III շաբաթ
	ասպիրին	պլացեբո	Ա
II	պլացեբո	Ա	ասպիրին
III	Ա	ասպիրին	պլացեբո

Հետագա արդյունքների ամփոփումը միայն կարող է հաստատել Ա դեղահաբի արդյունավետությունը:

Իհարկե, այդ իրավիճակում հիմնարար նշանակություն ունի բժշկի կապը հիվանդի հետ: Հիվանդի վստահությունը, բժշկի հետ լավ հարաբերություններն ուժեղացնում են պլացեբոյի ազդեցությունը, նպաստում են դրան: Ոչ բավարար շփումը հիվանդի հետ կամ դրա բացակայությունը նվազեցնում են պլացեբոյի ազդեցությունը, և հաճախ են դրսևորվում «կողմնակի ազդեցությունները»: Այսպես օրինակ՝ հարկավոր է ուշադրություն դարձնել պլացեբո պատրաստուկների նշանակման պայմաններին. դրանք պետք է նշանակել հիվանդի հետ մանրամասն զրուցելուց հետո, որի արդյունքում նա ինքն իրեն կկարողանա համոզել, թեթևացնել հոգին:

Գրականություն

1. Урываев, В.А., (2005). *Психология личности: Учебное пособие*, ЯГМА, Ярославль.
2. Урываев, В.А., (2006). *Социальная психология личности: Учебное пособие*, ЯГМА, Ярославль.

3. Կոնֆլիկտ

Կոնֆլիկտի տեսակները

Կոնֆլիկտը հասարակության մեջ մարդկային փոխհարաբերությունների և սոցիալական կեցության կարևորագույն կողմերից է: Այն սուբյեկտների միջև հարաբերությունների տեսակ է, որոնց մոտիվացիան պայմանավորված է միմյանց հակադիր արժեքներով և նորմերով, հետաքրքրություններով և պահանջմունքներով: Սոցիալական կոնֆլիկտի էական կողմն այն է, որ սուբյեկտները գործում են կապերի առավել լայն համակարգի սահմանների ներսում, որը մոդիֆիկացվում (ձևափոխվում) է, ամրանում կամ քայքայվում է կոնֆլիկտի ազդեցության ներքո:

Կոնֆլիկտող յուրաքանչյուր կողմ կոնֆլիկտային իրավիճակն ընկալում է որպես որոշակի խնդիր:

Շփումը մարդկանց փոխներգործության և կապերի ամբողջությունն է, որը ձևավորվում է համատեղ գործունեության մեջ: Յուրաքանչյուր ոք որոշակի դեր է կատարում հասարակության մեջ: Եվ դերային այդ բազմազանությունը հաճախ **բախումներ**, այսինքն՝ **դերային կոնֆլիկտներ** է առաջացնում: Որոշ իրավիճակներում ի հայտ է գալիս դիրքերի, դիրքորոշումների անհաշտելի հակասություն, որն արտացոլում է մեկը մյուսին բացառող արժեքների, խնդիրների և նպատակների առկայություն, որ երբեմն վերածվում է միջանձնային կոնֆլիկտի:

Գործունեության մեջ կոնֆլիկտի պատճառներն են՝ տարաձայնությունները, անձնական հետաքրքրությունների անհամապատասխանությունը, տարակարծությունը:

Կոնֆլիկտի առաջացման պատճառը շփման մեջ անհաղթահարելի իմաստային խոչընդոտներն են:

Կոնֆլիկտը հակասությունների սրման սահմանային վիճակն է:

Բազմաթիվ աշխատությունների վերլուծության հիման վրա Ն.Վ.Գրիշինան առաջարկում է սոցիալ-հոգեբանական կոնֆլիկտը սահմանել որպես շփման ոլորտում առաջացող և ընթացող բախում, որն ի հայտ է գալիս հակասական նպատակներից, վարքի միջոցներից, մարդկանց դիրքորոշումներից՝ որևէ նպատակի հասնելու ձգտման պայմաններում: Կոնֆլիկտի առաջացմանը նպաստում են թե՛ օբյեկտիվ, թե՛ սուբյեկտիվ գործոնների գույակցումը:

Կոնֆլիկտի սահմանումը

Հոգեբանության մեջ կոնֆլիկտը սահմանվում է որպես միմյանց դեմ ուղղված անհամատեղելի միտումների բախում, որը ներառում է բացասական հուզական ապրումներ: Դա երկու կամ ավելի կողմերի միջև բախում և համաձայնության բացակայություն է:

«Կոնֆլիկտ» բառն ունի լատինական ծագում, որը նշանակում է դիմակայել, հակամարտել:

Կոնֆլիկտը մարդկային փոխազդեցության տեսակ է: Արևմտյան սոցիոլոգներն ու փիլիսոփաները այն համարում են սոցիալական զարգացման կարևորագույն գործոն: Անգլիացի փիլիսոփա և սոցիոլոգ Գ.Սպենսերը (1820-1903) կոնֆլիկտը համարում էր «անխուսափելի երևույթ մարդկային հասարակության պատմության համար և սոցիալական զարգացման խթան»:

Կոնֆլիկտը հաճախ զուգորդվում է ագրեսիայի, սպառնալիքների, վեճերի, թշնամանքի հետ:

Գերմանացի իդեալիստ-փիլիսոփա և սոցիոլոգ Գ. Չիմմելը կոնֆլիկտն անվանելով «վեճ»՝ նշում էր, որ այն սոցիալականացման ձևերից մեկն է: Կոնֆլիկտի մեծագույն արժեքներից մեկն այն է, որ վերջինս կանխում է համակարգի քարացումը: Այն՝ որպես սոցիալական երևույթ, անկասկած, խիստ բացասական ազդեցություն ունի: Սակայն միևնույն ժամանակ կատարում է կարևոր դրական գործառույթ: Այն արտահայտում է դժգոհությունն ու բաղոքարկումը, տեղեկացնում է

կոնֆլիկտող կողմերին միմյանց հետաքրքրությունների և պահանջմունքների մասին: Կոնֆլիկտներն օգնում են համախմբվելու շրջապատողներին, միավորելու ուժերը, կամքը, խելքը սկզբունքորեն կարևոր հարցեր լուծելու համար, կոլեկտիվում լավացնել բարոյահոգեբանական մթնոլորտը: Ավելին՝ կան իրավիճակներ, երբ կոնֆլիկտը կոլեկտիվի անդամների միջև, բացահայտ և սկզբունքային վեճը ցանկալի է: Ավելի լավ է ժամանակին նախազգուշացնել և թույլ չտալ սխալ քայլեր, քան ցուցաբերել անտարբերություն: Մ. Վեբերն ասում է. «կոնֆլիկտը մաքրում է»:

Կոնֆլիկտի տիպաբանությունը և առաջացման պատճառները

Սոցիոգեբանության մեջ գոյություն ունի կոնֆլիկտի բազմատարբերակ տիպաբանություն: Կոնֆլիկտը կարող է լինել ներանձնային, միջանձնային, անձի և կազմակերպության միջև, մինևույն կամ տարբեր կարգավիճակ ունեցող կազմակերպությունների և խմբերի միջև:

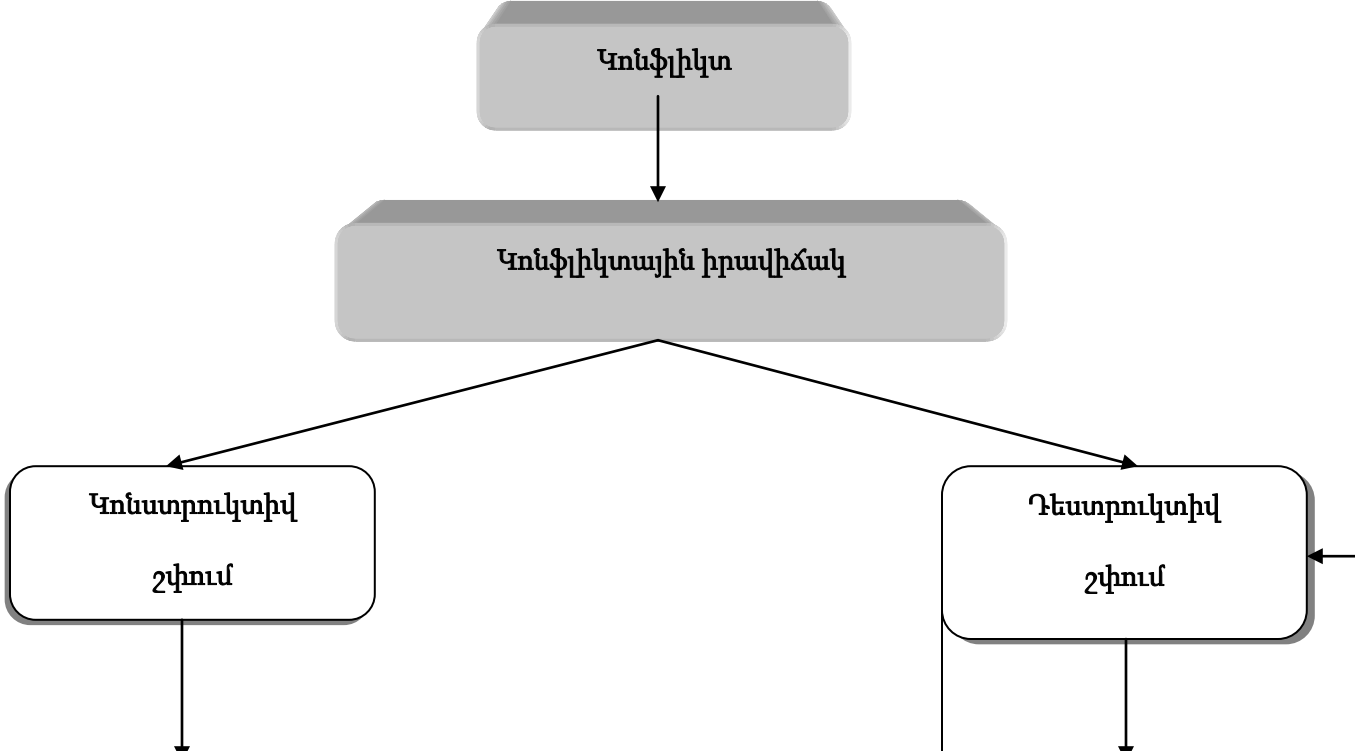
Հնարավոր են նաև կոնֆլիկտների հորիզոնական, ուղղահայաց և խառը դասակարգում: Ամենից տարածվածները ուղղահայաց և խառը կոնֆլիկտներն են: Դրանք մոտ 70-80% են:

Կոնֆլիկտները դասակարգվում են նաև ըստ պատճառների բնույթի, սակայն բոլոր պատճառները հնարավոր չէ թվել:

Կոնֆլիկտներն առանձնանում են ըստ իրենց նշանակության: Տարբերակվում են **կոնստրուկտիվ** և **դեստրուկտիվ** կոնֆլիկտներ: Կոնստրուկտիվ կոնֆլիկտերին բնորոշ են այնպիսի տարաձայնություններ, որոնք շոշափում են սկզբունքային կողմեր, կենսագործունեությանը վերաբերող խնդիրներ, որոնց լուծումը տեղափոխվում է տվյալ կազմակերպության կամ մարդկանց համար զարգացման առավել բարձր և արդյունավետ հարթություն: Կոնստրուկտիվ կոնֆլիկտը ճկուն է, լուծվող:

Դեստրուկտիվ կոնֆլիկտները հանգեցնում են բացասական, հաճախ քայքայիչ գործողությունների, որոնք երբեմն վերածվում են խառնակչության և նման այլ բացասական երևույթների, որը հանգեցնում է խմբի կամ կազմակերպության աշխատանքի արդյունավետության կտրուկ անկմանը: Դեստրուկտիվ կոնֆլիկտի դեպքում շփումն ուղեկցվում է կոշտ սցենարով, որը հանգեցնում է սևեռման: Ընդ որում, այդ դեպքում կոնֆլիկտը չի լուծվում: Այս տարբերակը հանգեցնում է մեղավորների որոնումների, նոր վիրավորանքների ու նոր կոնֆլիկտների և, վերջապես, հարաբերությունների վերջնական քայքայմանը:

սխեմա 1



Կոնֆլիկտները լինում են նաև **հուզական** և **գործնական**: Հուզականներն առաջանում են հակակրանքի կամ թշնամանքի զգացողության վրա: Այստեղ հնարավոր է 2 ելք միայն՝ կոնֆլիկտող կողմերի բաժանում կամ հոգեբանական լիակատար վերակառուցում:

Գործնական կոնֆլիկտները լինում են՝

1. ներանձնային,
2. միջանձնային,
3. անձնային-խմբային,
4. միջխմբային:

Ներանձնայինը ամենաբարդ հոգեբանական կոնֆլիկտներից է: Այն անձի հոգեկան իրականության մեջ եղած կոնֆլիկտն է, որը միմյանց հակադիր մոտիվների (պահանջմունքների, հետաքրքրությունների, արժեքների, նպատակների, իդեալների) բախում է:

Միջանձնային կոնֆլիկտներում լինում են մարդկանց անմիջական հակամարտություն, «այստեղ և հիմա», որը հիմնված է վերջիններիս անձնական մոտիվների վրա:

Անձի և խմբի միջև կոնֆլիկտն առաջանում է խմբային փոխհարաբերությունների միջավայրում: Այստեղ սուբյեկտներն են մի կողմից անձը, մյուս կողմից՝ խումբը:

Միջխմբային կոնֆլիկտում հակամարտող կողմեր են խմբերը: Հակամարտության հիմքում խմբային մոտիվների բախումն է:

Կոնֆլիկտի զարգացման փուլերը

Կոնֆլիկտի դինամիկան արտացոլվում է կոնֆլիկտի զարգացման փուլերում:

1-ին փուլում կոնֆլիկտի սուբյեկտները հուզականորեն օտարվում են: Նրանք սկսում են միմյանց մեջ տեսնել ավելի շատ բացասական, քան դրական կողմեր:

2-րդ փուլում կատարվում է բևեռացում, որը բնութագրվում է միմյանց հակասող միտումների աճով, վտանգի զգացողության առաջացմամբ, վստահության կորստով, հարաբերությունների լարվածության բարձր աստիճանով: Եվ սա արդեն մեկ ընդհանուր համակարգ չէ: Սրանք հակադիր լիցքերով երկու գոյացություններ են, որոնք ամեն վայրկյան պատրաստ են լիցքաթափվելու:

3-րդ փուլում կատարվում է կողմերի բուն բախում, որը հանգեցնում է լիցքաթափման:

Կոնֆլիկտի զարգացման 2-րդ և 3-րդ փուլերում կոնֆլիկտող կողմերն արդեն ի վիճակի չեն ինքնուրույն լուծելու կոնֆլիկտը և միջնորդի օգնության կարիք են զգում:

Լարվածության անկումը, թուլացումը հանգեցնում է կոնֆլիկտի լուծման: Կարևոր է հիշել, որ այս փուլերը կարող են կրկնվել ցիկլերով, այսինքն՝ բախումից հետո կրկին կարող է ի հայտ գալ 2-րդ կամ 3-րդ փուլերը:

Կոնֆլիկտները լուծելու հնգաքայլ մոդելը՝ ըստ Ն. Պեզեշկիանի

Ն. Պեզեշկիանը մշակել է կոնֆլիկտի լուծման հնգաքայլ մոդել՝

1. դիտում (հեռավորություն),
2. ցուցակագրում (ինվենտարիզացիա),
3. իրավիճակային սատարում,
4. վերբալիզացիա (բանավոր, խոսքային),

5. նպատակների համակարգի ընդլայնում:

1-ին փուլի նպատակն է այցելուին թույլ տալ հեռանալ կոնֆլիկտային իրավիճակից, նայել այդ ամենին կողքից և գրավել դիտորդի դեր:

2-րդ փուլում վերլուծվում է կոնֆլիկտը:

3-րդ փուլի նպատակն է պարզաբանել այն, ինչը միավորում է կոնֆլիկտի մասնակիցներին: 4-րդը վերբալիզացիայի փուլն է:

5-րդը նպատակների համակարգի ընդլայնման փուլն է:

Կոնֆլիկտը լուծելու ամենաանթերի հիմքը երկու կողմերի ազնվությունն է:

Գրականություն

1. Анцуров, А., Я., Малышев, А., В., (1995). *Введение в конфликтологию.*-Ужгород.
2. Крысько, В., Г., (2002). *Социальная психология.* Учеб. для студ. высш. учеб.заведений.-М.: Изд-во Владос-пресс.
3. Пезешкиан, Н., (2006). *Тренинг разрешения конфликтов. Психотерапия повседневной жизни.* Пер. с нем./ Носсрат Пезешкиан.-2-е издание.-М.: Институт позитивной психотерапии.

4. Հոգեբանությունը ստոմատոլոգիական կլինիկայում

Մասնավոր բժշկական հոգեբանությունը քննության է առնում տարբեր հիվանդությունների դեպքում առաջացող հոգեբանական առանձնահատկությունները: Ապացուցված է, որ ստոմատոլոգիական կլինիկայում հիվանդի զգացմունքների արհամարհումը կարող է ստեղծել լուրջ խնդիրներ: Տարածված է այն կարծիքը, որ ստոմատոլոգները հաշվի չեն առնում հիվանդի ապրումները և նախընտրում են կենտրոնանալ մասնագիտական խնդիրների վրա: Այսպիսի մոտեցումը ձևավորվում է դեռ ուսանողական տարիներին: Ցանկացած բուժման արդյունավետությունը մեծացնելու համար անհրաժեշտ է հիվանդին բացատրել, թե ինչ է կատարվում բուժման ընթացքում: Դրան հաճախ խանգարում է այն, որ հատկապես մանկական ստոմատոլոգիայում հիվանդն ընկալվում է որպես երեխա, իսկ բժիշկը՝ որպես մեծահասակ:

Մանկական ստոմատոլոգիական կլինիկա

Հատուկ հետազոտության առարկա է ստոմատոլոգի և երեխայի ծնողների փոխհարաբերությունը: Երեխա հիվանդները ինքնուրույն չեն կայացնում բժշկի գնալու որոշումը: Այդ որոշումը նրանց փոխարեն կայացնում են իրենց ծնողները: Հենց նրանք են որոշում նաև, թե ինչպես պետք է սնվի երեխան, ատամի ինչ մածուկով և ինչ խոզանակով մաքրի ատամները: Հարցն այն է, թե արժե՞ արդյոք, որ ծնողները ներկա լինեն բուժման ընթացքում: Դրա վերաբերյալ կան տարբեր կարծիքներ. ստոմատոլոգների մի մասը կողմ է, իսկ մյուս մասը՝ դեմ: Ոմանք պնդում են, որ երեխան կամակորություն է անում, իսկ կողմ կարծիք ունեցողները նշում են, որ առանց ծնողի երեխայի տագնապայնության մակարդակը մեծանում է, որը խանգարում է բուժման ընթացքին: Մոր ներկա չլինելու տեսակետի կողմնակիցները նշում են, որ առանց մոր ստոմատոլոգի և փոքրիկ հիվանդի միջև կարող են ձևավորվել ավելի ներդաշնակ փոխհարաբերություններ:

Դեպք 1. *Դավիթը 5 տարեկան է, նրա ատամը ցավում է: Նրա հայրիկին ասել են, որ պոլիկլինիկայի ստոմատոլոգը լեզու է գտնում երեխաների հետ և նրա որդուն կարող է ընդունել ցանկացած ժամանակ: Սկզբում բժիշկը հորը հարցրեց տղայի բժշկական պատմության մասին, հետո երեխային բացատրեց, թե ինչպես է բուժելու նրան, ապա թույլ տվեց, որ տղան ծանոթանա գործիքներին: Երեխայի հանդեպ այդպիսի վերաբերմունքը տպավորիչ էր հոր համար, և նա որոշեց բժշկի մոտ բերել իր մյուս երեխաներին էլ:*

Բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է հաղթահարել նաև երեխայի տագնապը: Հաճախ մայրն իր անհանգստությամբ խթանում է երեխայի տագնապայնության մեծացումը: Տվյալ դեպքում անհրաժեշտ է մոր հետ շփումը, նրան օգնեն հաղթահարելու տագնապը: Որպեսզի մինչև բժշկի մոտ գնալը երեխայի տագնապայնությունը չեզոքանա, մայրը պետք է բացատրի, թե ուր են իրենք գնում: Ցանկալի է, որ ինչպես Դավիթի դեպքում, այնպես էլ մյուս բոլոր դեպքերում բժիշկները բացատրեն նրան, թե ինչ են պատրաստվում անել իրենք:

Արդյունավետ հաղորդակցում. որոշ գործնական խորհուրդներ

Ստոմատոլոգիական խնամքի ընթացքում առաջնային է հիվանդների մասին մանրամասն տեղեկությունների հավաքագրումը: Ստոմատոլոգը պետք է փորձի պատկերացում կազմել հիվանդների հոգեառաջնական հիմնական առանձնահատկությունների մասին, ինչպես նաև հասկանալ սեփական հակազդումները:

Աստիճանաբար թուլացնելով խոչընդոտներն ու դիմադրությունները՝ բժիշկն ամրացնում է թերապևտիկ դաշինքը՝ դրանով իսկ հնարավորություն տալով հիվանդներին ընդունելու և կատարելու ստոմատոլոգիական առողջապահական կանխարգելիչ խորհուրդները և վերականգնողական բուժման պլանները:

Եթե ստոմատոլոգն իրականացնում է համալիր խնամք, ապա ժամանակ առ ժամանակ քննարկում են նրանց կյանքի կարևոր իրադարձությունները, տեղեկանում այն խնդիրների ու դժվարությունների մասին, որոնց առիթ են ունեցել բախվելու հիվանդները, ինչպես նաև բացահայտում է վերջիններիս անհանգստություններն ու տագնապները՝ պայմանավորված ստոմատոլոգիական միջամտությամբ: Անհրաժեշտ է կիրառել հիվանդին ճանաչելու բոլոր հնարավոր միջոցները: Ստոմատոլոգիական առողջապահության մասնագետները պետք է շատ հմուտ լինեն հաղորդակցման արվեստի մեջ: Օրինակ՝ հիվանդի հետ զրույցը պետք է անցնի էմպաթիկ մթնոլորտում: Նրանք պետք է խրախուսեն հիվանդներին քննարկելու իրենց զգացողությունները, մտքերը, անհանգստությունները և վախերը՝ կապված բուժման ընթացքի և ելքի հետ, ինչպես նաև պետք է համոզվեն, որ իրենց հիվանդները ամբողջությամբ հասկացել են այն, ինչի մասին խոսվել է: Առողջապահության մասնագետները՝ ստոմատոլոգը, հիգիենիստը և ատամնաբուժական քույրը, պետք է ընդունեն այն, որ իրենց հիվանդների զգացողություններն ու պատկերացումները ստոմատոլոգիական խնամքի և միջամտությունների մասին կարող են խիստ տարբերվել իրենց սեփականից, ինչպես նաև կարող են խանգարել՝ ցուցադրելով սպասվածին հակառակ ուժեղ զգացողություններ կամ հակազդումներ: Այսօրինակ զգացողությունների մասին պետք է տեղյակ լինեն ստոմատոլոգիական միջամտությունն ու բուժումն իրականացնող մասնագիտական խմբի անդամները, որպեսզի հնարավոր լինի շարունակել նախանշված բուժումը: Ստոմատոլոգները պետք է կարողանան զգուշորեն քայլել այն պարանի վրայով, որը ձգված է մի կողմից՝ օբյեկտիվ, մյուս կողմից՝ ապրումակցող լինելու անհրաժեշտությունների միջև՝ ի հարգանք իրենց հիվանդների կարիքների: Հենց օբյեկտիվության և ապրումակցման միջև հավասարակշռությունն ապահովելու կարողությունն էլ արդյունավետ հաղորդակցման էությունն է:

Այս առումով կարող են լինել որոշ կասկածներ, որ վերոնշվածը չափազանց դժվար կլինի իրականացնել: Ստոմատոլոգը, հիգիենիստը և ատամնաբուժական քույրը իրենց շատ զբաղված աշխատանքային գրաֆիկում շատ քիչ ժամանակ են ունենում, եթե ընդհանրապես ունենում են, հիվանդների հետ երկար զրույցների համար: Նրանք ստիպված են մշակել մի համակարգ, որը թույլ կտա բացահայտել հիվանդների առանձնահատկությունները, որքան հնարավոր է կարճ ժամանակում: Արդյունավետ հաղորդակցումը հնարավորություն է տալիս ստոմատոլոգիական առողջապահության մասնագետին ունենալու այնպիսի մի ռազմավարություն, որը թույլ կտա հասնել վերը նշվածին: Հիվանդների խնամքի, կանխարգելման և բուժման պլանների մասին ողջ տեղեկատվությունը կարելի է ստանալ՝ կիրառելով արդյունավետ հաղորդակցման «CLASS» ռազմավարությունը: «CLASS»-ն ապահովում և հանարավորություն է տալիս ստոմատոլոգիական առողջության մասնագետներին հմտանալու տեղեկատվական որոնումներում: «CLASS» ակրոնիմը վերծանվում է հետևյալ կերպ.

1. C (Context). կլինիկական հանդիպման/շփման ֆիզիկական **միջավայրը**. էմպաթիկ միջավայր:
2. L (Listening). ստոմատոլոգիական առողջության մասնագետին **լսելու** և հարցեր տալու հմտությունները:
3. A (Acknowledgment). մասնագետների կողմից սեփական զգացողությունների և հիվանդի զգացողությունների **ճանաչում և ընդունում**:
4. S (Strategy). հիվանդի հետ համատեղ **ընդունած** կանխարգելիչ և վերականգնիչ միջամտությունների **ռազմավարության** զարգացում:
5. S (Summary). բուժման և կանխարգելման հնարավոր տարբերակների **կրճատ ներկայացում**:

«CLASS»-ի կիրառելիությունը և պիտանիությունը ստոմատոլոգիական առողջապահության ոլորտում կարող է բացահայտվել՝ ցուցադրելով, թե ինչպես են վերջիններս փոխկապակցված արդյունավետ հաղորդակցման հիմնական /կարևոր/ բաղադրիչների կամ կողմերի հետ: Հաղորդակցման առաջին բաղադրիչներում (տե՛ս վերևում) «C» (զրույցի ֆիզիկական միջավայրի համար), «L» (լսելու հմտությունների համար), «A» (զգացողությունները ներկայացնելու համար) և «S» (բուժման պլանների

քննարկման համար) ռազմավարությունից բացահայտ են, որ հաղորդակցման բաղադրիչներ 4-ում և 5-ում, «L» (լսելու հմտությունների համար), «A» (զգացողությունները ներկայացնելու համար), վերջին «S»-երի հետ միասին (կրճատ ներկայացման և ետադարձ կապը ապահովման համար) կարող են հստակ ներկայացվել (տե՛ս նկար 8.1.): Վերջին «S»-երի կլինիկական կիրառումը նույնպես կարող է կապված լինել հիվանդների մոտիվացիայի հետ:

Արդյունավետ հաղորդակցման հիմնական բաղադրիչները

Հաղորդակցումը երկկողմանի գործընթաց է, որում խոսքային արտահայտություններն ու ոչ խոսքային արտահայտչամիջոցներն օգտագործվում են ստոմատոլոգ-հիվանդ փոխներգործության շրջանակներում: Երբեմն այդ փոխներգործությունների ընթացքում կարող է թվալ, թե մասնագետը ոչինչ չի անում, այլ պարզապես լսում է (պասիվ): Ինչպես նաև թվում է, թե հիվանդն անում է ամեն ինչ (ակտիվ), եթե խոսում և նկարագրում է իր ախտանիշները կամ ինչ է զգում բուժման հետ կապված: Սա բավականին բարդ իրավիճակ է, քանի որ հիմնականում հենց ստոմատոլոգն է լինում ակտիվ, իսկ հիվանդն ընդհակառակը՝ պասիվկատարվում է դերերի թվացյալ տեղափոխություն:

Հաղորդակցում ասելով՝ իրար հետ խոսող երկու մարդկանց միայն նկատի ունենալն՝ անտեսում է արդյունավետ հաղորդակցման էությունը: Տեղեկատվության որոնման գործընթացը դառնում է հիվանդի խնամքի ամենաակտիվ կողմը՝ շնորհիվ այցելուի՝ ախտանիշների, զգացողությունների և սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունների իմացության կարևորության: Երբ ստոմատոլոգը թվացյալ պասիվ է, դա նշանակում է, որ իրականում նա ակտիվ է. հետևելով հիվանդների վարքին (ոչ խոսքային արտահայտչամիջոցներին) և լսելով նրան՝ ստոմատոլոգն այդպիսով խրախուսում է հիվանդին խոսել առավել ազատ (խոսքային հաղորդակցում):

Ոչ խոսքային հաղորդակցում

Ընդունված է ասել, որ հաղորդակցման 65%-ը ոչ խոսքային է: Ոչ խոսքային արտահայտչամիջոցներին մարդիկ առավել դյուրին են հավատում, քան ասված բառերին: Բանն այն է, որ մարդկանց համար հիմնականում այդ ազդանշաններն ավելի խոսում են, քան ասված բառերը:

Հաղորդակցման առաջին բաղադրիչը հիվանդի ոչ խոսքային հաղորդակցման հասկացումն է: Դա ներառում է ոչ միայն զրույցի միջավայրը, այլև հիվանդի դիրքն ու բարձրությունը, հիվանդի և մասնագետի միջև տարածական հեռավորությունը (ներխուժում անձնային տարածք), հիվանդի կեցվածքը (ինչպես է նա պառկած կամ նստած ստոմատոլոգիական աթոռին), ստոմատոլոգի և հիվանդի աչքերի շփումը, ինչպես նաև հարլեզվական միջոցները, ինչպիսիք են օրինակ՝ «ախ», «վախ», «ըրմն» և այլն: Այս տեսանկյունից ոչ խոսքային հաղորդակցումն ամբողջությամբ արտացոլվում է «CLASS» հաղորդակցման ռազմավարության «C» կետում (նկար 8.1): Հիվանդներին անհոգ վիճակին հասցնելը, տվյալ իրավիճակից վերացարկող և թեթևացնող խոսակցություն վարելը հնարավոր է դառնում միայն ստոմատոլոգ-հիվանդ աչքերի շփման դեպքում: Դեպք 2-ում նկարագրվում է իրավիճակ, երբ ատամնաբույժ-հիվանդ աչքերի շփումը բացակայում է:

Դեպք 2. 10 տարեկան Անին այցելության էր եկել ստոմատոլոգին, որպեսզի վերջինս լինողը պաշտպանող սարքի չափերը վերցնել: Ով հոկեյ էր պարսպում: Մայրը և Անին գնացել էին վիրաբուժական բաժանմունք: Մտոմատոլոգը, որը մոտեցել էր քիչ ուշ, կոպիտ կերպով խնդրել էր Անիին և նրա մայրիկին նստել: Երբ չափերը վերցնելու համար նախատեսված նյութի խառնուրդն արդեն պատրաստ էր, Անին գալարվել էր նստած տեղում: Մայրը, որպեսզի Անին առավելի հարմար զգար, ամուր բռնել էր վերջինիս ձեռքը, մինչև որ ստոմատոլոգը չափսերը վերցնել: Անիի անհանգստությունը չէր նկատվել ստոմատոլոգի կողմից, որը քիչ ուշադրություն էր դարձրել վերջինիս վրա, եթե ընդհանրապես դարձրել էր: Անիի մայրն այդ ամենից հետո նշել էր, որ նույնիսկ ինքն է իրեն շատ անհարմար զգացել այդ հանդիման ժամանակ:

Նկար 8.1. «CLASS» հաղորդակցման ռազմավարությունը.

Ակրոնիմը	Նշանակությունը	Անհրաժեշտ հմտությունները
C	Զրույցի միջավայրը	Էմպաթիկ միջավայրի ապահովում, տեսողական

L	Լսելու կարողություն	շփում, մարմնի լեզվի իմացություն մարդկանց օգնել արտահայտվելու, բաց հարցադրումներ կատարելու, ակտիվ ունկնդրում
A	Չգացողությունների ճանաչում և ընդունում	զգացողությունների ճանաչում և ընդունում, էմպատիա, հստակեցում, արտացոլում, մարդկանց կողմից գործածվող բառերի վերաձևակերպում
S	Ռ-ազմավարություն	հիվանդների բուժման նկատմամբ ունեցած սպասելիքների գնահատում, կանխարգելման և բուժման պլանների ներկայացում, հիմնավորում և քննարկում
S	Ամփոփում	բուժման և կանխարգելման հնարավոր տարբերակների կրճատ ներկայացում, ետադարձ կապի ապահովում

Ունկնդրում

Լսելու կարողությունը երևի թե խոսքային հաղորդակցման հատկություններից ամենակարևորն է: Հաճախ ունկնդրումը թվում է պասիվ՝ իր որակական կողմով: Ինչևէ, ունկնդրումը խոսքային հաղորդակցման ամենակատիվ բաղադրիչներից մեկն է: Ակտիվ ունկնդրման նպատակն է հիվանդին ներգրավել խոսակցության մեջ, նպաստել և խրախուսել, որպեսզի նա խոսի: Ունկնդրման այս կողմն արտացոլված է «CLASS» ռազմավարություն «L» կետում անհրաժեշտ հմտություններում:

Ունկնդրումը պարզապես բառերը լսելը չէ: Այն ներառում է բառերի հիմքում ընկած զգացողությունների բացահայտմանը և հիվանդի պատմության մեջ բաց թողածի բացահայտմանն ուղղված ջանքերի միասնություն: Ունկնդրման այս կողմը ստացել է «երրորդ ականջով ունկնդրում» անունը: Հաճախ այն, ինչ բաց է թողնվել կամ չի ասվել, մասնագետին ապահովում է տեղեկատվական կարևոր նյութով՝ պայմանավորված՝ ստոմատոլոգիական միջամտությունների նկատմամբ հիվանդների դիմադրությամբ: Դեպք 3-ում նկարագրված է, թե ինչպես կարող են բուժման կարիքները մնալ չնկատված, եթե հիվանդները որոշ բաներ չեն ասում:

Դեպք 3. *Կին ստոմատոլոգը վերջացրել էր իրենից տարիքով մեծ և տնից դուրս գալու հնարավորություն չունեցող հիվանդի բուժումը: Հիվանդին դուր էր գալիս տեսնել մշտապես բարեհամբույր և կենսասխինդ երիտասարդ ստոմատոլոգին: Ատամնաշարի պատրաստի պրոթեզն անհարաժեշտ կերպով տեղադրվել էր, և ստոմատոլոգը պայմանավորվել էր հիվանդի հետ զալ և ստուգել նոր պրոթեզը: Ստոմատոլոգի հաջորդ այցի ժամանակ հիվանդը հավաստիացրել էր, որ պրոթեզը հիանալի է: Չնայած այն փաստին, որ տնային աշխատողին նա ասել էր, թե, ինչ խոսք, պրոթեզը տեսքից լավն է, սակայն նա չի կարողանում դնել դա ուտելիս, քանի որ այն լավ չի ամրանում և շարժվում է: Հիվանդը չասաց այդ խնդրի մասին ստոմատոլոգին, քանի որ չէր ցանկանում տխրեցնել նրան:*

Այս օրինակում հիվանդի դիմադրությունը, թե որքան անհարմար էր պրոթեզը նրա համար պայմանավորված էր նրանով, որ նա հավանում էր ստոմատոլոգին և կարծում էր, թե վերջինս կնյարդայնանա, եթե ինքը դժգոհի պրոթեզից:

Դեպք 4-ում ստոմատոլոգը՝ պարոն S.-ն, հասկացել էր, թե ինչ է մոռացել ասել Էմմայի մայրը: Նա տեղյակ էր Էմմայի մայրիկի դժվարությունների մասին, քանի որ ինքն ասել էր, թե որքան վրդովված էր

նախորդ հանդիպման ժամանակ այն բանի համար, որ նա չէր կարողացել ընդունել իր դասերը: Տեղեկանալով Էմմայի մայրիկի դժգոհության մասին՝ պարոն Տ.-ն կարողացավ վերականգնել հարաբերությունները:

Դեպք 4. *Ամիսներ անց Էմմայի մայրիկը կրկին այցելեց ստոմատոլոգին Էմմայի հետ միասին, որն արդեն 7 տարեկան էր: Էմման այժմ ցավեր ուներ, որն էլ մեծացնում էր վերջինիս տազնապար բուժման նկատմամբ: Պարոն Տ.-ն շատ մտահոգվեց և հարցրեց, թե ինչու են նրանք այդքան հասպաղել: Մայրը լռել էր: Սակայն հետո պարոն Տ.-ն հիշել էր, որ ինքը հիվանդ էր եղել և այդ ընթացքում իր գործընկերն էր բուժել Էմմային: Երբ նա սկսեց դա քննարկել Էմմայի մայրիկի հետ, վերջինս ասաց, որ Էմման շատ էր տխրել՝ չտեսնելով պարոն Տ.-ին: Վերջին այցելության ժամանակ նրանք ստիպված էին եղել սպասել, որից հետո նրանց ասել էին, թե պարոն Տ.-ն զբաղված է: Այդ ամենից Էմմայի մայրիկին թվացել էր, թե Էմմային հենց այնպես այստեղից այնտեղ են ուղարկում, և ոչ ոքի չէր մտահոգում իր դասերը ատամների առողջությունը:*

Եթե ստոմատոլոգները ապահովում են իրենց հիվանդների ստոմատոլոգիական առողջությունը, խնամքը, ապա նրանք պետք է խրախուսեն վերջիններիս ազատ խոսելը: Դա կարող են անել ակտիվ ունկնդրմամբ: Ակտիվ ունկնդրում իրականացնել հնարավոր է՝ այն անցկացնելով ոչ բուժական և էմպաթիկ միջավայրում: Մտուլատոլոգիական առողջության ոլորտի մասնագետները պետք է ուշադրություն դարձնեն հիվանդների ամեն մի խոսքին և կարողանան արտացոլել, հստակեցնել և վերաձևակերպել վերջիններիս խոսքերը: Եվ, վերջապես, նրանք պետք է համոզվեն, որ հասկացել են, թե կոնկրետ ինչ են ցանկանում փոխանցել հիվանդներն իրենց հետ ունեցած խոսակցության ընթացքում:

Հիվանդի ներգրավվումը (նկար 8.2)

Ներգրավվում

Հիվանդի ներգրավվումը գրույցի մեջ կարելի է բաժանել 3 փուլերի, որոնք իրենց հերթին արտացոլված են «CLASS» ռազմավարության «C», «L», «A» և «S» բաժիններում: Առաջին փուլում ստոմատոլոգը խրախուսում է հիվանդին խոսել ազատ և առանց դժվարանալու: Երկրորդ փուլում ստոմատոլոգը բացատրում է և համոզվում, թե որքանով է հիվանդը հասկացել այն, ինչը քննարկվել և որոշվել է՝ կապված բուժման և կանխարգելիչ գործողությունների հետ: Երրորդ և եզրափակիչ փուլում ստոմատոլոգը հստակեցնում է հիվանդների արտահայտած և շոշափած կարիքները՝ կապված բուժման պլանների և ապաքինման սպասելիքների հետ: Զրույցի յուրաքանչյուր փուլում ստոմատոլոգն օգտագործում է յուրահատուկ հարցադրումներ, որոնք հնարավորություն են տալիս հիվանդներին նկարագրել իրենց գանգատները, ներկայացնելու իրենց հիվանդության պատմությունը, խոսելու ստոմատոլոգիական նախորդ փորձի մասին և հստակեցնելու պայմանավորված բուժման պլանները:

Նկար 8.1. Հիվանդի ներգրավվումը և հարցադրումներ կատարելը.

Զրույցի փուլը	փուլ 1	փուլ 2	փուլ 3
Հարցի տեսակը	սկզբնական /առաջնային/ հարցեր բաց հարցեր	պահպանող հարցեր ֆոկուսավորված հարցեր փուլ 2-ի հարցերի նպատակը	եզրափակիչ հարցեր փակ հարցեր փուլ 3-ի հարցերի նպատակը
Փուլերի հարցերի նպատակը	փուլ 1-ի հարցերի		

	նպատակը հրավիրում ներգրավում թեթևացում	առաջնորդում բացատրում բանակցում	հստակեցում պլանների և ապաքինման սպասելիքների համաձայնեցում
--	---	---------------------------------------	--

Փուլ 1. Սկզբնական /առաջնային/ կամ բաց հարցեր: Առաջին փուլում առաջնային կամ բաց հարցերը կիրառվում են, որ հրավիրեն և ներգրավեն հիվանդին զրույցի: Դա թույլ է տալիս հիվանդին խոսել և ներկայացնել տեղեկատվություն, որն անհրաժեշտ է համարում այդ պահին կամ ցանկանում է նշել զրույցի ընթացքում: Հնարավորություն տալով հիվանդին նախանշել նպատակը՝ բաց հարցերը հեշտացնում են տեղեկատվության հավաքագրումը:

Փուլ 2. Պահպանող հարցեր: Զրույցի երկրորդ փուլում ֆոկուսացված հարցերը կիրառում են զրույցին ընթացք հաղորդելու և վերջինս պահպանելու համար: Հենց այս փուլում է, որ ստույատուլոգը բացատրել բուժման պլանները և համոզվել, որ հիվանդը ըմբռնել է խորհուրդներն ու հանձնարարականները, ստոմատոլոգիական առողջության ոլորտի տեղեկությունները, որոնք մինչ այդ տրվել էին: Ֆոկուսացված հարցերը հաճախ այսպիսին. «Ես հասկանում եմ /ընդունում եմ/, որ շատ դժվար է պատմել այդ մասին (առաջնորդում/ուղորդում), սակայն դու պետք է փորձես (աջակցություն)»: Այս երկրորդ տիպի ֆոկուսացված հարցերը ուղղորդման ժամանակ օգնում են հիվանդներին դժվար պահերին առավել հանգիստ խոսել:

Դեպք 5-ում, աջակցման ձևաչափի ֆոկուսացված հարցերը կիրառվել են, որպեսզի օգնեն տիկին Ա.-ին խոսելու անձնական ողբերգության մասին, որը նախկինում կատարվել է «վառվող բերանի» համախտանիշի գրոհի ժամանակ:

Դեպք 5. Տիկին Ա.-ն 45 տարեկան է, երեք ամսով ուղարկված է եղել կլինիկա՝ «վառվող բերանի» համախտանիշի պատճառով: Նա ընկճված տրամադրությամբ և իր արտաքինով ընդհանրապես չմտառոգվող (ոչ խոսքային արտահայտչամիջոցներով) անձնավորություն էր: Ստոմատոլոգը նրան հարցրել էր. «Ի՞նչ է պատահել մինչև այդ» (ֆոկուսացված հարց): Մեծ դժվարությամբ տիկին Ա.-ն նշել էր, որ իր միակ դուստրը դրանից 15 ամիս առաջ մահացել է ճանապարհային միջադեպի ժամանակ: Դա մեծ ցնցում էր եղել իր համար, որից երբեք նա չի վերականգնվի, սակայն նա հույս ուներ, որ կհամակերպվի դրա հետ: Դա հանգեցրեց նրան, որ ինչպես ինքն էր ասում, «բերանի այրումը» սկսվեց մոտ 3 ամիս առաջ՝ դատեր մահվան տարելիցի օրը:

Բացատրում

Բացատրումը /բացատրելը/ հիվանդի հետ բուժման տարբերակների և առողջության նպատակների քննարկման գործընթացի հիմնարար կողմն է և ինտեգրալ մասը: Բացատրություններն ու ստոմատոլոգիական խորհուրդները պետք է լինեն հստակ, սեղմ և տեղին: Այսպիսով, ստոմատոլոգիական առողջությանը վերաբերող տեղեկատվության ծավալը պետք է սահմանափակվի 3-4 հիմնական կետերով: Այն պետք է ներկայացվի պարզ ու հասկանալի և կրկնվի բազմիցս: Հենց այդ ժամանակ է, որ ստոմատոլոգը պետք է համոզվի, որ հիվանդը հասկացել է տրված տեղեկատվությունը:

Առաջնորդում (guiding), աջակցում և քննարկում /բանակցում/

Ֆոկուսավորված հարցերը, որոնք առաջնորդում և աջակցում են հիվանդին, որպեսզի նա արտահայտի անձնական դժվարությունների վերաբերյալ կամ ստացած խնամքի հետ կապված անբարեհարմար

կամ դժվար մտքերը, շատ օգտակար են հատկապես այն դեպքում, երբ ստոմատոլոգը ցանկանում է միանգամից համաձայնվել հիվանդների մտահոգություններին: Հարցի այս ձևը հասկացնել է տալիս հիվանդին այն մասին, որ ստոմատոլոգը քաջատեղյակ է նրա դժարությունների մասին և կօգնի նրան մտքերն արտահայտել:

Փուլ 3. Եզրափակիչ և փակ հարցեր: Փակ հարցերն այնքանով են կարևոր, որ որոշակի հստակություն են մտցնում զրույցում: Դրանք իրենց բնույթով այնպիսի հարցեր են, որոնց հարկ է լինում պատասխանել կա՛մ «այո» կա՛մ «ոչ» և սովորաբար դրանք տրվում են զրույցի վերջում:

Ուղղորդող հարցեր:

Եվ վերջապես մեկ կարևոր տեղեկություն ևս՝ կապված հարցադրման հետ: Այնպիսի ուղղորդող հարցերից, ինչպիսին է, օրինակ, «դուք երբևէ տառապե՞լ եք ռեվմատիկ ցավից», անհրաժեշտ է խուսափել: Երբեմն հիվանդները կարող են համաձայնվել հարցը տվողի հետ, եթե նույնիսկ լավ չեն հասկացել հարցը:

Դեպք 6. *Տիկին Զ.-ն 55 տարեկան է և դիմել է իր ստոմատոլոգին, քանի որ զգացողությունների որոշ փոփոխություն է նկատել, որն էլ տհաճություն էր պատճառում իրեն: Նա գանգատվում էր, որ իր ատամները դարձել են շատ զգայուն: Նա երբեք մնան ախտանիշներ չէր ունեցել: Նա պնդում էր, որ արհեստավարժ մարդիկ երբեք չպետք է լինեն քննադատող՝ լինեն նրանք բժիշկներ, փաստաբաններ, թե նույնիսկ ստոմատոլոգներ: Տիկին Զ.-ի ստոմատոլոգը իր հերթին ասել էր, որ վերջին բանը, որ պետք է ցանկանա նա (տիկին Զ.-ն), հենց իր (ստոմատոլոգի) նկատմամբ քննադատող լինելն է (ֆոկուսավորված հարց): Դա հնարավորություն է տվել տիկին Զ.-ին նշելու, որ նա չի ցանկանում քննադատող լինել, սակայն իրեն դուր չի եկել այն, թե ինչպես է ստոմատոլոգը բուժել իր ատամները: Այդ բանից հետո ստոմատոլոգը հնարավորություն է ստացել բացատրելու և ցուցադրելու տիկին Զ.-ին, որ գերզգայունության պատճառը բորբոքված լնդերն են: Ստոմատոլոգը նրբանկատորեն նշել էր, որ հիգիենիստի հետ հանդիմունք շատ լավ գաղափար է: Տիկին Զ.-ն երախտախտապարտորեն ընդունել էր այդ խորհուրդը:*

Մտքերի և զգացողությունների ճանաչում և ընդունում

«CLASS» սեղմանվան «A»-ն ներկայացնում է հիվանդների և ստոմատոլոգ-մասնագետների զգացողությունները, դիրքոշումները և մտքերը: Այս բաժնում հիվանդի վրա կենտրոնանալու փոխարեն լավ կլինի կենտրոնանալ ստոմատոլոգի մտքերի և զգացողությունների վրա, որոնք էլ և անհրաժեշտություն ունեն ուսումնասիրվելու: Այդ ամենն անելու իմաստն այն է, որ պարզվի, թե մասնագետի փոխադարձ հակազդումները որքանով կարող են վնասել հողերդակցման գործընթացին: Երբ հաղորդակցման գործընթացը խաթարվում է, կարող են առաջանալ արգելքներ, որոնք իրենց հերթին կարող են արգելակել ստոմատոլոգիական խնամքի ընդունումը հիվանդների կողմից:

Հետևյալ երեք դեպքերը պատշաճ օրինակներ են այս առումով: Վերջիններս պատկերում են, թե ինչպես հիվանդի՝ բուժման նկատմամբ հակազդումներին մասնագետի հետադարձ հակազդումները կարող են պատճառ դառնալ հաղորդակցման խաթարման և հիվանդին կորցնելուն: Դեպք 7-ում հիվանդի շարունակական գանգատներն առաջացել էին հուսահատության և դժգոհության զգացողություն կլինիկայի աշխատողների շրջանում:

Դեպք 7. *Պարոն Ա.-ն շատ ուժեղ ատամնացավ ուներ: Այդ ցավերի ժամանակ նա բոլորին դուրս էր հրավիրում որպեսզի ատամների պրոթեզը դնեն: Իր անընդհատ շարունակվող գանգատները վատ զգացողություն և հուսալքություն էին առաջացրել կլինիկայի բուժաշխատողների շրջանում: Նրանք*

այն զգացումն ունեին, որ շատ քիչ բանով կարող են օգնել և լուռ լսում էին պարոն Ա.-ի գանգատներն ու քրթննջոցները:

Դեպք 8. Տիկին Դ.-ն համաձայնվել էր մեկ այցելության ընթացքում հեռացնել իր առողջ ատամը և միանգամից տեղադրել վերին ատամնաշարի պրոթեզը: Հեռացումը կատարվել էր: Հանկարծ անսպասելիորեն տիկին Դ.-ն սկսեց բղավել, որ նա չէր գիտակցել, թե որքան կարևոր էր եղել իր ատամն իր համար: Վերջինիս ծանր ապրումները ցնցել էին ստոմատոլոգին, որն այդ ամենից հետո հասկացել էր, թե որքան մեղավոր է իրեն զգում ատամը հեռացնելու և պրոթեզը տեղադրելու համար: Գործընկերների հետ խորհրդակցելիս ստոմատոլոգը համաձայնեցրել էր, որ այսուհետ ապագա հիվանդների համար կիրականացվի պատշաճ և հիմնովին խորհրդատվություն առջևի վերին ատամ հեռացնելուց առաջ:

Դեպք 9. Օրիորդ Բ.-ին հանձնարարված էր կրկին հանդիպել պարոն Ե.-ին և խորհուրդներ տալ վերջինիս՝ կապված ատամները լվանալու և բերանի խոռոչի հիգիենայի հետ: Այն միտքը, որ նա պետք է հանդիպեր այդ հիվանդին ևս մեկ անգամ, ընկճում էր օրիորդ Բ.-ին. թվում էր, թե ոչինչ այլևս անել հնարավոր չէ նրա համար: Հասկանալով սեփական զգացողությունները՝ օրիորդ Բ.-ն որոշեց նոր մարտավարություն կիրառել: Նա կազմակերպեց պարոն Ե.-ի ատամները լվանալու գործընթացի տեսագրումը: Այնուհետև նրանք միասին դիտեցին տեսագրությունը: Արդեն պարզ էր երկուսի համար էլ այն, որ պարոն Ե.-ն ժամանակին չէր հասկացել տրված խորհուրդների էությունը: Ձինվելով այս ցուցումներով՝ նոր կանխարգելիչ պլան նախագծվեց և քննարկվեց, որի շնորհիվ էլ բերանի խոռոչի հիգիենան կազմակերպելու գործում պարոն Ե.-ն հասավ մեծ արդյունքի:

Որքան զրույցը մոտենում է ավարտին, այնքան ատամնաբույժը պետք է համոզվի, որ հիվանդը հասկացել է այն ամենը, ինչի մասին խոսվել է: Եթե ստոմատոլոգը ճանաչում է հիվանդին, նա պետք է հիվանդին հասկանալի ամփոփի անհրաժեշտ կլինիկական կամ առողջության հետ կապված տեղեկատվությունը: Օգտվելով ոչ խոսքային հաղորդակցման հնարավորություններից՝ ստոմատոլոգը կարող է վստահ լինել, որ հիվանդը համաձայն է այն ամենի հետ, ինչ քննարկվել է և հիվանդը խորապես ըմբռնել է բուժման ելքի հետ կապված ամեն ինչ: Հետագայում կապը կարող է կիրառվել որպես միջոց՝ զրույցը կամ կլինիկական սեսիան եզրափակելու համար: Հենց այդ ժամանակ է, որ հիվանդներին կարելի է շնորհավորել բուժման ընթացքում ստոմատոլոգիական միջամտության նկատմամբ իրենց ունեցած վախը հաղթահարելու կամ նույնիսկ իրենց ատամները լվանալու տեխնիկայի կատարելագործման կապակցությամբ: Հետագայում կապը հնարավորություն է տալիս ատամնաբույժին ստեղծելու և ամրապնդելու բուժման «դաշինքը»՝ այդպիսով իսկ հզորացնելով և զարգացնելով իրենց հիվանդների վստահությունը սեփական ուժերի նկատմամբ:

Այս գլխում փորձ արվեց ներկայացնելու արդյունավետ հաղորդակցման ռազմավարությունը՝ հիմնվելով «CLASS» մեթոդի վրա: Հաղորդակցման այս մոտեցումը /կառուցվածքը/ լայնորեն կիրառվում է բժշկության մեջ և մինչ այժմ օգտակար է եղել հիվանդներին՝ առողջապահական խնամքի խորհուրդներն ընդունել տալու գործում, խնամքի նպատակները քննարկելու և իրենց բուժման հետ կապված որոշումների բովանդակությունը գիտակցելու հարցում:

Դա կիրառելի է ատամնաբուժության մեջ, քանի որ առաջարկվում են միջոցներ, որոնցով ստոմատոլոգները կարող են ճանաչել իրենց հիվանդներին և համոզվել, որ վերջիններս հասկացել են այն ամենը, ինչի մասին ասվել է նրանց: Լինելով հաջողակ հաղորդակցման մեջ՝ ստոմատոլոգներն ու իրենց աշխատանքային թիմը կարող են օգնել և շահագրգռել իրենց հիվանդներին առավել առողջ ատամներ ունենալու համար:

Ստոմատոլոգիական օգնության դիմելու և ստանալու խոչընդոտները

Ստոմատոլոգները հաճախ դժվարությունների առաջ են կանգնում, երբ փորձում են օգնել իրենց հաճախորդներին բերանի խոռոչի խնամքին ուղղված քայլեր ձեռնարկելու կամ համապատասխան գործողություններ իրականացնելու: Սակայն շատ անգամ ստոմատոլոգներին դա չի հաջողվում, հաճախորդն իր վարքը չի փոխում, և երբեմն էլ վիճակը վատթարանում է: Հաճախորդին կարող է թվալ, որ իրեն քննադատում են, իսկ ստոմատոլոգը կարող է զգալ, որ անիմաստ է շարունակել փորձել օգնել: Անօգնականության և հուսահատության զգացողություններն ուղեկցում են բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններին, երբ հիվանդը հրաժարվում է կատարել բժշկի հրահանգները և հետևել նրա խորհուրդներին:

Բժշկի հրահանգները չլսելու և չկատարելու պատճառները կապված են ոչ միայն ներկայի, այլև անցյալի հետ: Օրինակ՝ դա կարող է կապված լինել հաճախորդի մանկության հետ կամ այն բանի հետ, թե նրա ընտանիքում ատամների խնամքը կենսակերպում ինչ առաջնայնություն է ունեցել: Բժշկի հրահանգներին հետևողական չլինելը կարող է կապված լինել նաև նախկինում ունեցած ստոմատոլոգիական անհաջող փորձի հետ: Նշված բոլոր գործոնները կարող են ազդել հիվանդի՝ բուժման հետ կապված հույզերի, համոզմունքների և վերաբերմունքի վրա:

Սրանք են ստոմատոլոգիական օգնության դիրքորոշումների և վարքի հոգեւոցիալական դետերմինանտները, որոնք կարող են ինչպես նպաստել, այնպես էլ խոչընդոտել վերը նշված օգնության իրականացումը:

Հոգեւոցիալական դետերմինանտների դերը՝ որպես վարքի փոփոխման խոչընդոտ ուսումնասիրելու համար հարկավոր է դիտարկել ստոմատոլոգին դիմելու խնդիրը: Այդ խնդիրը բազմաթիվ բանավեճերի արդյունքում տարբեր կարծիքներ է առաջացրել, որոնց մի մասը դա դիտարկում է որպես ընդհանուր առողջության պահպանման անբաժանելի մաս, մյուս մասն էլ՝ որպես ստոմատոլոգիական գերակշռման ոլորտ: Փաստ է այն, որ մարդիկ կանոնավոր չեն հաճախում ատամնաբուժարան:

Հաճախելու խոչընդոտների հետ կապված առաջարկվել է երեք առանձին դասակարգում՝

- հիվանդի տեսանկյունից հաճախելու անհրաժեշտության բացակայություն, վախ ու տագնապ, ֆինանսական հարցեր, ստոմատոլոգիական ծառայության բացակայություն,
- համապատասխան աշխատանքային ռեսուրսների բացակայություն, տարածքային անհամաչափ բաշխում, ոչ բավարար նրբանկատություն հիվանդների փոփոխվող կարիքների, պահանջների և դիրքորոշումների նկատմամբ,
- առողջությանն ուղղված դիրքորոշումներում հասարակական աջակցության պակաս, համապատասխան ծառայությունների բացակայություն, ոչ բավարար աջակցություն այդ ոլորտում հետազոտություններ կատարելու համար:

Դիմադրությունը որպես խոչընդոտ

Ստոմատոլոգիական օգնության դիմելու և ստանալու խոչընդոտներից է դիմադրությունը, որն առաջանում է բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններում և կարող է ամրապնդել կամ թուլացնել բուժական համագործակցությունը: Դիմադրության խնդիրը դիտարկվում է հոգեվերլուծական տեսանկյունից, որի հասկացումը թույլ կտա ստոմատոլոգներին գնահատել այն դժվարությունները, որոնց առջև հայտնվում են իրենց հիվանդները՝ ստոմատոլոգին դիմելով:

Դիմադրությունը կայուն պատենշ չէ, այլ հիվանդի՝ հույզերի, անհանգստությունների ու տագնապների փոփոխվող վիճակը մի կողմից և բուժում ստանալու ցանկությունը մյուս կողմից: Այլ կերպ ասած, հիվանդը ցանկացած պատրվակ կօգտագործի, որպեսզի խուսափի բուժումից: Օրինակ՝ չափահաս հաճախորդները կարող են հետաձգել ստոմատոլոգի մոտ այցելությունը

աշխատավայրի հետ կապված որևէ պատրվակ գտնելով կամ պարզապես մոռանալով հանդիպման նշանակված ժամանակի մասին: Սակայն կարևորելով դիմադրության նշանակությունը՝ չի կարելի մոռանալ նաև հաճախորդի բուժման ցանկության մասին: Հաճախորդը ոչ թե չի ցանկանում բուժվել կամ չի գիտակցում, որ ստոմատոլոգը պատրաստ է իրեն օգնել, այլ նրա վախը հակազդում է բուժում ստանալու իր իսկ ցանկությանը: Այս երկարժեք վիճակից ազատվելու համար հիվանդը պետք է կարողանա հաղթահարել դիմադրությունը (վախն ու տագնապը) և տեղի տալ բուժվելու ցանկությանը:

Երեխաների շրջանում դիմադրությունն ընթանում է նրանց զարգացման տարիքային առանձնահատկություններին համապատասխան: Երեխայի վարքը շատ հաճախ մատնում է բուժման հետ կապված նրա մտքերը, վախն ու հույզերը: Թե ինչպես են երեխաները հաջողացնում խուսափել ստոմատոլոգին այցելելուց, կարելի է տեսնել հետևյալ օրինակում.

Ութամյա Վահեի մայրը խնդրում է քրոջը /որը Երևանում չի բնակվում/ երեխային վերցնել մանկապարտեզից և տանել ստոմատոլոգի մոտ: Մայրը վստահեցնում է քրոջը, որ Վահեն շատ լավ գիտի ատամնաբուժարանի տեղը, քանի որ բազմիցս եղել է այնտեղ: Սակայն Վահեն ասում է մորաքրոջը, որ համոզված չէ, թե ճիշտ է հիշում ատամնաբուժարանի տեղը, որն իրականում մանկապարտեզից հեռու չէ: 30 րոպե իբրև թե փնտրելով ատամնաբուժարանը՝ Վահեն հանկարծ հիշում է ճիշտ տեղը: Բայց հանդիպումն արդեն չի կայանում և հետաձգվում է նրանց ուշանալու պատճառով: Այսպիսով, փոքրիկը հաջողացնում է խուսափել բուժումից:

Երեխաներից ոմանք բուժման սկիզբը կարող են հետաձգել անդադար խոսելով, ուրիշները կարող են հրաժարվել օգնությունից՝ դժվարանալով տարբերակել բորբոքված ատամի ցավը բուժման արդյունքում առաջացած ցավից:

Բուժում ստանալու խոչընդոտներ կարող են առաջանալ նաև դեռահասների դեպքում, որոնք, ստոմատոլոգին ընկալելով որպես մեկ այլ ծնողական կերպարի, որը փորձում է իր կամքը թելադրել, կփորձի խուսափել հաճախումներից: Այս ամենը դիմադրության նշան է, որոնց հանդեպ բժիշկը պետք է հատկապես շատ ուշադիր և զգոն լինի: Դիմադրությունը կարող է մեծ արգելք լինել արդյունավետ հարաբերություններ ձևավորելու և համապատասխան բուժում իրականացնելու համար, սակայն բժիշկը կարող է այն ճիշտ օգտագործել: Քանի որ հիվանդի դիմադրությունը մատնում է նրա իրական հույզերն ու տագնապը, բժիշկը պետք է կարողանա ընդունել դիմադրությունը, խոսել հիվանդի հետ նրա վախերի ու անհանգստությունների մասին և ներկայացնել բուժման պլանը, որին հիվանդը պետք է հետևի:

Այսպիսով, հասկանալով և ընդունելով հաճախորդի դիմադրությունը՝ բժիշկը կարող է ճիշտ գնահատել նրա երկարժեք զգացմունքները և ուղղորդել դրանք դեպի արդյունավետ համագործակցություն:

Ստոմատոլոգիական ծառայության դիմելու և օգնություն ստանալու խոչընդոտներն առաջանում են հիվանդների կենսափորձի և հոգեւոցիալական գործոնների ազդեցությամբ: Այդ գործոններից են սոցիալական կարգավիճակը, տարիքը, սեռը, ազգությունը, բուժվելու անհրաժեշտության ընկալումը, վախերն ու տագնապը և այլն: Հաշվի առնելով վերը նշված գործոնների քանակը՝ հարկավոր է հասկանալ, թե ինչպես են դրանք խոչընդոտում ստոմատոլոգի մոտ այցելելուն կամ բուժում ստանալուն, կանխարգելիչ միջոցառումներից օգտվելուն: Ստացվում է, որ այդ հոգեւոցիալական գործոնները միասին են հանդես գալիս, օրինակ՝ կենսաառճը տագնապի հետ միանալով, կարող է ստոմատոլոգի մոտ հաճախելու խոչընդոտ դառնալ:

Ստոմատոլոգի մոտ հաճախելու տագնապը կարևորագույն խոչընդոտներից է, թեև կան հիվանդներ, որոնք, անկախ տագնապից ու վախից, կանոնավոր այցելում են ատամնաբուժարան:

Այս հակասությունը հասկանալու համար հարկավոր է տարբերել տազնապը ֆոբիայից: Եթե տազնապի հետ միասին առկա է նաև այն փաստը, որ հիվանդը նախկինում միշտ խուսափել է ստոմատոլոգի մոտ գնալուց, ապա խոսքը վերաբերում է ֆոբիային: Այս տարբերությունների հասկացումը ստոմատոլոգին հնարավորություն կտա ճիշտ մոտեցում ցուցաբերելու արդյունավետ աշխատանք ունենալու համար: Տազնապի դեպքում բժիշկը քննարկում է հիվանդի անհանգստությունները և կարող է դրական արդյունքների հասնել, ֆոբիայի դեպքում դրական ելք ակնկալելն ավելի բարդ է, քանի որ սովորաբար նման հիվանդներն անկանոն հաճախումներով են այքի ընկնում:

Հարկ է, որ ստոմատոլոգները կարողանան ճանաչել հատուկ հոգեբանական խնդիրներ ունեցող հիվանդներին: «Ստոմատոլոգիական տազնապի սանդղակ»-ի գործածումը կարող է օգտակար լինել այդ հիվանդներին հայտնաբերելու հարցում:

Երեխաների դեպքում ստոմատոլոգի մոտ հաճախելու տազնապը որպես խոչընդոտ կապված է նրանց զարգացման տարիքային առանձնահատկությունների, ծնողների վախի ու տազնապի, իրենց երեխաների անհանգստությունը ժխտելու ցանկության հետ: Այս ամենը հետաձգում է բուժումը և հանգեցնում վիճակի վատթարացման: Ութամյա երկու տղաների դեպքը հստակ ցույց է տալիս դա:

Երկու երեխաների ատամները հեռացնելուց հետո, նրանց կանչել էին կանխարգելիչ զննման: Քանի որ Արամի մայրը միանգամից ընդունեց, որ տղան վախ ու տազնապ ունի, ուստի նրա հետ աշխատելն ավելի հեշտ եղավ, վախը հաղթահարվեց, անհանգստությունն էլ փարատվեց, իսկ Դավիթի մայրը սեփական վախի պատճառով մերժելով այն, որ իր տղան անհանգստանում է, ավելի բարդացրեց բուժման ընթացքը:

Երեխաների շրջանում նման վախերն ու տազնապները ճանաչելու կարողությունը շատ կարևոր է ստոմատոլոգի համար: Արդյունավետ միջոցներից են ստոմատոլոգիական իրավիճակների պատկերավոր ներկայացումները, ինչպես նաև «ասա՛-ցո՛ւյց տուր-կատարի՛ր» մեթոդը:

Բուժման ֆինանսական կողմը ևս բուժում ստանալու կարևորագույն խոչընդոտ է: Ողջ աշխարհում վիճակագրությունը ցույց է տալիս, որ ստոմատոլոգիական կանոնավոր ծառայության դիմելն ուղղակիորեն կապված է տարեկան եկամուտի հետ, ինչն ի դեպ ազդում է ընտանիքի վրա. երեխաները կրկնում են ծնողների հաճախելիության մոդելը: Երբ այս գործոնին միանում է նաև հասարակական-տնտեսական կարգավիճակը, պարզվում է, որ ցածր կարգավիճակ ունեցող մարդիկ ավելի քիչ են դիմում և ավելի դժգոհ են ստոմատոլոգիական օգնությունից, քան մյուսները:

Ցածր եկամուտ ունեցող մարդկանց համար ստոմատոլոգի մոտ կանոնավոր հաճախելը կարող է ավելորդ շռայլություն լինել, կամ նույնիսկ եթե կարևորվում է, այնուամենայնիվ առաջնայնությամբ զիջում է շատ այլ հարցերի:

Ստոմատոլոգիական ծառայության դիմելու անհրաժեշտության պակասը որպես խոչընդոտ կարելի է տեսնել՝ ուսումնասիրելով ժողովրդագրական փոփոխությունները: Օրինակ՝ բարձր հոգեւոցիալական կարգավիճակ ունեցող մարդիկ, ի տարբերություն ցածր կարգավիճակով մարդկանց, կանայք, ի տարբերություն տղամարդկանց, երիտասարդները, ի տարբերություն մեծահասակների, սեփական փոխադրամիջոց ունեցողները, ի տարբերություն հասարակական տրանսպորտից օգտվողների, ավելի հաճախ և կանոնավոր են օգտվում ատամնաբուժական ծառայություններից:

Զբաղված կենսակերպ ունեցող մարդկանց բնորոշ է հետաձգել այցելությունները կամ ծայրահեղ աստիճանի հասնելուց նոր միայն դիմել ստոմատոլոգի օգնությանը: Սովորաբար զբաղվածությանը

միանում է նաև տազնապը, և ժամանակի պակասը՝ որպես խոչընդոտ, ավելի ազդեցիկ գործոն է դառնում:

Դպրոցական տարիքի երեխաների շրջանում բերանի խոռոչի խնամքի հետ կապված հետաքրքիր փոփոխություններ են նկատվում, մասնավորապես հիգիենայի /ատամները չլվանալու/ և շատ քաղցր օգտագործելու առումով: Ստոմատոլոգիական օգնության խումբը, իմանալով տարիքային առանձնահատկությունները, պետք է կարողանա ճիշտ գնահատել այդ փոփոխությունները և համապատասխան ինֆորմացիա տրամադրել երեխային: Անցնելով դեռահասության շրջան՝ երեխաների վարքում դիտվում են այդ տարիքին բնորոշ փոփոխություններ, որոնք արտահայտվում են հատկապես ծնողների հետ նրանց ունեցած հարաբերություններում: Երեխան կարող է նույնականացնել ստոմատոլոգի կերպարն իշխող ծնողի հետ և ընկալել նրան՝ որպես իր կամքը պարտադրող մարդու: Մյուս կողմից էլ նա կարիք ունի նոր, ավելի հասուն հարաբերություններ ձևավորելու, ինչն էլ կարող է ապահովել բժշկի հետ համագործակցությունը: Բացի այդ, այս տարիքում հատկապես կարևորվում է արտաքին տեսքը, ինչը կարող նպաստել ստոմատոլոգի կանոնավոր հաճախելուն: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ այս հարցում ավելի ակտիվ են աղջիկները:

Մինչ այժմ մենք քննարկել ենք ստոմատոլոգիական օգնության դիմելու և ստանալու խոչնդոտներում հաճախորդի գործոնը: Պետք է նաև նշել այդ խոչընդոտում բժշկի գործոնի կարևորության մասին: Այս երկու գործոնների փոխազդեցությունն էլ հենց անհասանելի է դարձնում ստոմատոլոգիական ծառայությունը:

Այն տեսակետը, որ ստոմատոլոգիան բժշկական մասնագիտություններից ամենասթրեսայինն է, առաջին անգամ դիտարկվել է Կուպերի կողմից /1980/: Ըստ նրա՝ մասնագիտական սթրեսի պատճառներն են ժամանակային լարվածությունը, վախ ունեցող հիվանդները, խիստ ծանրաբեռնվածությունը, ֆինանսների հետ կապված անհանգստությունը, աշխատակազմի հետ խնդիրները, սարքավորումների փչանալը, անորակ նյութերը, աշխատանքային վատ պայմանները, աշխատանքի ձանձրալի բնույթը:

Մինչև 1990թ. Համֆրիսն ու Կուպերը ավելացրին ևս չորս սթրեսոր՝ ընդհանուր ստոմատոլոգիական պրակտիկայի ապագայի հետ կապված անհանգստություն, ագրեսիվ և անբարյացակամ հաճախորդներ, ներհիվանդանոցային վարակներ, վախ՝ դատական գործընթացներից:

Մասնագիտական սթրեսի արդյունքում կարող է տուժել ոչ միայն բժշկի առողջությունը /ֆիզիկական և հոգեկան/, այլև նա կարող է կորցնել հետաքրքրությունը իր աշխատանքի նկատմամբ, մեկուսանալ գործընկերներից և խուսափել հաճախորդներից: Սա վկայում է արդեն հուզական հյուծվածության մասին, որն էլ խոչընդոտում է բժիշկի կողմից ստոմատոլոգիական ծառայության ապահովումը: Հյուծված բժիշկը չի կարող օգնել տազնապ ունեցող հիվանդին իր վախը հաղթահարելու հարցում: Հիվանդի վախն ու տազնապը մի կողմից, բժշկի հյուծվածությունը մյուս կողմից, ստոմատոլոգիական օգնությունը դարձնում են անհնարին:

Բժիշկ Այվազյանի բուժքույրը փոփոխություն էր նկատել նրա վարքի, հիվանդների հանդեպ վերաբերմունքի մեջ: Այվազյանը, որ միշտ աչքի էր ընկել բարդ հաճախորդների հետ արդյունավետ հարաբերություններ ստեղծելով, այժմ դադարել էր նրանց հետ շփվել, կորցրել էր հետաքրքրությունն իր աշխատանքի նկատմամբ: Երբ, հերթական հաճախորդին ընդունելով, ընդամենը տեղեկացրեց, որ հարկավոր է ատամը հեռացնել, և հեռացրեց, հաճախորդը շատ դժգոհ մնաց և հետագայում հրաժարվեց նրա օգնությունից:

Անընդհատ սթրեսորների ազդեցությամբ գործելու փաստի ընդունում, թույլ կտա բժիշկներին գնահատել հյուծվելու հավանականությունը: Մտոմատոլոգները, որոնք արդյունավետորեն դասավորում են իրենց ժամանակը և գիտակցում են հաճախորդների և գործընկերների հետ իրենց դժվարությունները, ավելի լավ կարող են հաղթահարել մասնագիտական սթրեսը, կանխել հյուծվածությունը և շարունակել ապահովել լիարժեք բուժական ծառայություն:

Ֆինանսական հարցերը ևս խոչընդոտող գործոն կարող են լինել ստոմատոլոգի տեսանկյունից, քանի որ շատ անգամ նա կարող է օգնել այն հաճախորդներին, ում ֆինանսական միջոցները բավարար են դրա համար. սա վերաբերում է նաև հատուկ կարիք ունեցողներին: Օրինակ՝ տնային պայմաններում հիվանդներին այցելելու փորձ չունեցող բժիշկի համար սա թվում է շատ անհարմար և անցանկալի թե՛ ժամանակի և թե՛ ֆինանսների առումով:

Բուժման անհրաժեշտության ընկալման տարբերությունները նույնպես խոչընդոտում և բարդացնում են բուժման ընթացքը: Օրինակ՝ հաճախորդն ուզում է սկզբում վերանորոգել առջևի ատամները, իսկ բժշկի տեսանկյունից առավել ճիշտ է սկսել ետևի ատամներից: Կլինիկական նման իրավիճակները լուծվում են, երբ կողմերն ընդհանուր համաձայնության են գալիս: Սակայն լինում են դեպքեր, երբ հաճախորդը պնդում է իր ուզածը, որն էլ բարդությունների է հանգեցնում: Օրինակ՝ հաճախորդն ուզում է ունենալ անթերի ատամնաշար: Կոսմետիկ ստոմատոլոգիայի դիմող հաճախորդների մեծ մասը գոհ է մնում ստացած բուժումից, բայց պատահում են նաև այնպիսիք, որոնց դուր չի գալիս կատարված աշխատանքը, և նրանք պահանջում են ամեն ինչ նորից սկսել: Սա բժշկի համար, իրոք, դիլեմա է, քանի որ մի կողմից նա աշխատանքը դրական է գնահատում և ոչ մի տգեղ բան չի տեսնում, մյուս կողմից նա ստիպված է գործ ունենալ դժգոհ հաճախորդի հետ:

Հոգեբանական առումով հաճախորդների ընդունելության վրա ազդում է բժշկի շփման կարողությունը: Այդ հմտություններով պարզվել է, որ հատկապես աչքի են ընկնում երիտասարդ բժիշկները և կին ստոմատոլոգները: Նրանք ցուցաբերում են այնքան կարևոր լսելու ունակությունների բարձր ցուցանիշներ:

Հաճախորդների ընդունելության հարցում կարևոր է նաև թիմային աշխատանքը, ընդունարանի աշխատողը, որը գրանցում է այցելությունները, բուժքույրը, ինչպես նաև հիգիենայի գծով մասնագետը, որը պատասխանատու է կանխարգելիչ միջոցներ ներկայացնելու համար:

Պարզվում է՝ հաճախելիության վրա ազդող գործոններից են նաև նշանակված ժամը և ատամնաբուժարանի վայրը: Մարդիկ դիմում են իրենց բնակավայրից, աշխատավայրից 10կմ շառավղից ոչ հեռու ատամնաբուժարաններ:

Այսպիսով, ստոմատոլոգները, իմանալով իրենց արդյունավետ աշխատանքի խոչընդոտները, կարող են զարգացնել հաճախորդների հետ շփվելու օգտակար ունակություններ, կարող են ավելի ճկուն լինել իրենց աշխատանքային մարտավարության մեջ և ապահովել համապատասխան մասնագիտական օգնություն:

***Դեպք 1:** Տիկին Ռ.-ն 81 տարեկան այրին, բողոքում է վերին ատամնաշարի պատճառած անհարմարությունից: Այս ախտանիշները առկա էին մի քանի ամիս, սակայն վերջերս սնունդ ընդունելը դարձել էր անհնարին: Այդ պատճառով նա խուսափում էր ընկերների հետ հանդիպելուց: Խնդիրը շատ էր տխրեցնում իրեն: Ստոմատոլոգը չգտավ բժշկական ոչ մի խնդիր, որը թեթևացրեց տիկին Ռ.-ի վիճակը: Սակայն շուտով նա կրկին սկսեց բողոքել նույն անհարմարությունից: Ստոմատոլոգն ուղղորդեց նրան հետազոտման: Կոլոգրաֆիկ հետազոտության ընթացքում պարզվեց, որ ցավի աղբյուրը դուրս եկող երկու ժանիքները էին:*

Ստոմատոլոգին հետաքրքրում էին նրա ֆիզիկական խնդիրները, իսկ հենց տիկին Ռ.-ի համար խնդիրն ավելի էր կապված իր հոգեբանական անհանգստության հետ /շփման սահմանափակում և այլն/:

Հոգեբանական վիճակների և հասարակական հարաբերությունների վրա ֆիզիկական ախտանիշների ազդեցության գաղափարը նորություն չէ: Նման խնդիրներ էին նկատվում այն հիվանդների շրջանում, ովքեր ունեին ատիպիկ դիմաձևտային ցավ կամ «այրվող բերանի» ախտանիշ, պարադոքսալ կամ պրոթեզների հետ կապված խնդիրներ: Ստոմատոլոգիական խնդիրներով հիվանդները խնդիրներ ունեն նաև ընտանիքի և ընկերների հետ: Նրանք անհարմարավետություն են զգում ուտելու, շփվելու, համբուրվելու ժամանակ, իսկ ոմանք փորձում են ընդհանրապես խուսափել շփումներից: Այդպիսի վարքը ուժեղացնում է տագնապը և վատ տրամադրություն առաջացնում: Այդ ամենը նպաստում է ցածր ինքնագնահատականին և ինքնավստահության կորստին, որը, բնականաբար, ազդում է կյանքի որակի վրա: Փաստորեն, ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական առողջությունը խիստ փոխկապակցված են:

Ղեպք 2: Տիկին Դ.-ն շատ տարիներ այցելում էր ստոմատոլոգի և բոլորն իրեն լավ էին ճանաչում: Նա գալիս էր կանխարգելիչ զննման: Մի անգամ նա ասաց, որ ցանկանում է սպիտակեցնել ատամները, քանի որ շուտով իր որդու հարսանիքն է, և ուզում է գեղեցիկ երևալ նկարներում:

Ղեպք 3: Տիկին Կ.-ն բերել էր իր դուստր Աննային արտակարգ թերապիայի պոլիկլինիկա: Նրան թվացել էր, թե Աննայի դեմքն ուռել է և կարմրել, իսկ աղջիկը տրամադրություն չուներ: Տիկին Կ.-ն մեծ ուշադրություն չդարձրեց դրան, որովհետև աղջիկը չէր բողբոջում ատամնացավից: Մակայն վերջին երկու գիշերները Աննան չէր քնել և այնքան էր լացել, որ ուրիշներին էլ չէր թողել քնել: Չննման ժամանակ հայտնաբերվեց մի քանի փտած ատամ, իսկ մեկի տակ թարախ էր կուտակվել: Մայրը որոշել էր բերել դասերը ստոմատոլոգի մոտ, որպեսզի ապահովի աղջկա և ընտանիքի բոլոր անդամների հանգիստը:

Մեկնաբանություն. Որոշ հիվանդներ մշտապես այցելում են ստոմատոլոգին՝ պայմանավորված ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեառաջնային խնդիրներով: Ինչպես դա կատարվել էր տիկին Դ.-ի հետ /ղեպք 2/: Մյուս /տիկին Կ.-ի և Աննայի/ դեպքում հիվանդներն այցելում են ստոմատոլոգի միայն խիստ անհրաժեշտության ժամանակ /մայրը ուշադրություն դարձրեց աղջկա խնդրին միայն երկու օրվա ընթացքում նրա անդադար լացից հետո/:

Բուժման ընթացքում առաջանում են երեք տեսակի **պահանջումներ.**

1. նորմատիվ պահանջումներ. մասնագիտորեն որոշվող, երբ բժիշկն ախտորոշում է հիվանդությունը,
2. արտահայտված պահանջումներ, որը դրսևորում է հիվանդը խոսքերով և արարքներով,
3. հուզական պահանջումներ. այն, ինչ զգում և ցանկանում է հիվանդը, և ինչպիսի գործողությունների կարիք ունի:

Հաճախ հիվանդներն ի վիճակի չեն խոսել սեփական ցանկությունների մասին, չեն գտնում բառեր իրենց պահանջումները բնութագրելու համար:

Ղեպք 4: Պարոն Գ.-ն, 35 տարեկան էր, ուներ ուժեղ պարօդոնտային հարատամնային բորբոքում: Բուժումից հետո նրան ուղարկեցին հատուկ թերապիայի՝ ծնոտը հետազոտելու համար: Բժշկուհին մտահոգված էր նրա ատամների կարիեսով և լնդաբորբով (գինգիվիտով): Կազմվեց բուժման նախնական պլան /նորմատիվ պահանջումներ/: Պարոն Գ.-ն համարում էր, որ բժշկուհու խորհրդներին հետևելը շատ դժվար է և հազվադեպ էր կատարում նշանակումները: Նա կարծում էր, որ իր լնդերը բավականին առողջ են, և ամեն ինչ լավ է: Նա անհանգստանալու պատճառ չէր տեսնում: Քանի դեռ ցավ և անհանգստություն չկար, նա չէր ուզում ոչինչ նախաձեռնել

/արտահայտված պահանջմունք/։ Իրականում նա մտածում էր, որ դա ժամանակի և դրամի անհիմաստ կորուստ է /հուզական պահանջմունք/։

Մեկնաբանություն: Ստոմատոլոգը պետք է կարողանա մատչելի բացատրել հիվանդներին, թե ինչու է անհրաժեշտ երկարատև բուժումը: Պարոն Գ.-ի դեպքում ստոմատոլոգն ուղղակի չկարողացավ դա անել:

Բուժման պահանջմունքն անընդհատ փոխվում է՝ սոցիալ-տնտեսական դիրքից և անձնական, ընտանեկան ու կենցաղային պայմաններից ելնելով: Կյանքի ոճի փոփոխությունը կարող է ազդել ստոմատոլոգիական ախտանիշների և բուժման պահանջմունքների վրա: Այնուամենայնիվ, մասնագիտական ընկալումը մնում է անփոփոխ:

Օրինակ 1: Հիվանդը բողոքում էր, որ կենտրոնական ատամի վրայի պսակը անորակ էր և պահանջում էր այն փոխել: Մանրակրկիտ հետազոտությունից հետո ստոմատոլոգը համաձայնվեց, որ պսակը փոքրիկ դեֆեկտ ուներ, փոխեց այն. արդյունքում հիվանդը շատ գոհ էր: Սակայն մի քանի շաբաթ անց նա կրկին եկավ բժշկի և պնդում էր, որ այս պսակն էլի դեֆեկտ ուներ: Ստոմատոլոգը նորից փոխեց այն, բայց հիվանդը կրկին դժգոհում էր և պահանջում մեկ այլ ստոմատոլոգի խորհրդատվություն: Ջրույցի ընթացքում պարզվեց, որ հիվանդի ընտանեկան պայմանները փոխվել են: Նրա փոքր դստերը ուղարկել են մտավոր խնդիրներ ունեցող երեխաների հատուկ դպրոց: Նա նկարագրում էր իր աղջկան՝ որպես դեֆեկտ ունեցող, իսկ մինչ այդ հույս ուներ, որ աղջիկը կատարյալ կդառնա: Կատարյալ դստեր և կատարյալ պսակի ցանկությունը նույնացրել էին: Այդ պատճառով էլ նա դժգոհ էր իր բուժումից և պահանջում էր կրկնակի խորհրդատվություն:

Օրինակ 2: Տիկին Լ.-ն 28 տարեկան էր, երբ եկավ ստոմատոլոգի մոտ: Նա երկար տարիների ընթացքում խուսափում էր դրանից՝ ասելով, որ շատ է վախենում: Նրա ատամներից մի քանիսը կոտրվել էին, և նա գիտեր, որ բուժման կարիք ունի: Նա գիտակցում էր, որ անհրաժեշտ է գնալ ստոմատոլոգի մոտ, քանի դեռ իր դիմացի ատամներն էլ նույն վիճակում չէին հայտնվել: Նա խոստովանեց, որ բժշկի գնալ պնդում էր իր նոր ընկերը: Դա որպես ուլտիմատում էր հնչում. «Կա՛մ դու կգնաս բժշկի մոտ, կա՛մ մենք կբաժանվենք»: Բուժումն արդյունավետ էր:

Մեկնաբանություն: Առաջին օրինակը ցույց է տալիս, որ չնայած արտակարգ բուժմանը, հիվանդը բավարարված չէր սուբյեկտիվ խնդիրների պատճառով: Երկրորդ դեպքում հաջողությունը պայմանավորված էր արտաքին հոգեւոցիալական արդյունավետությամբ:

Դեպքեր մանկական ստոմատոլոգիական կլինիկայից

Դեպք 1. Լ.-ն /3տ./ իր մայրիկի հետ առաջին անգամ էր եկել ստոմատոլոգի մոտ: Նա ամուր բռնել էր մոր ձեռքը և չէր հեռանում նրանից: Աղջկան հետազոտելն անհնար էր: Մոր թույլտվությամբ որոշվեց, որ նա ուղղակի կգա բժշկի մոտ, բայց բուժումը դեռ չեն սկսի: Մի քանի այցելություններից հետո Լ.-ն դադարեց կաշել մորը և ինքնուրույն մտավ բժշկի սենյակ: Նա բռնեց ստոմատոլոգի ձեռքը և ասաց, որ բերել է իր տիկնիկին, որը ընդհանրապես չի վախենում բժշկից, հետո Լ.-ն նստեց բազկաթոռին: Այս այցելության ժամանակ արդեն հնարավոր դարձավ մոր ներկայությամբ սկսել բուժումը:

Ինչպես երևում է բերված օրինակից, ծնողից բաժանվելը նույնպես տազնապի աղբյուր է: Բաժանման հետ կապված տազնապը պետք է հասցնել նվազագույնի:

Դեպք 3. Մայրը բերեց 10 տ. Մ-ին, որպեսզի օրթոդոնտիկ պատճառներով հեռացնեն վերին երկու ատամները: Մինչ այդ Մ-ն հանգիստ էր վերաբերվում ստոմատոլոգին այցելությանը, և որոշվել էր, որ երկու ատամներն էլ անմիջապես կհեռացվեն: Առաջին ատամը հեռացնելուց հետո

նրանում խուճապ սկսվեց: Նա իրեն թույլ ու հիվանդ էր զգում և կանչում էր մորը: Այս հակազդման պատճառով որոշվեց հետաձգել երկրորդ աստամի հեռացումը: Մայրը հեռախոսով պատմեց Մ-ի հոգեբանական խնդիրների մասին: Երեք տարեկանում երեխան խիստ վախեցել էր, հետո դիմել էին հոգեբույժի: Փաստորեն նրա անցյալ վախերը վերադարձան: Աղջիկը չէր կարողանում բաժանվել մորից նույնիսկ կարճ ժամանակով: Կար նաև դպրոցի հետ ակապված վախ: Մայրը հասկացավ, որ երկրորդ աստամը դեռ երկար ժամանակ անկարելի կլինի հեռացնել: Այսպիսով, տվյալ դեպքում ստոմատոլոգիական միջամտությունը նպաստեց հոգեբանական նախկին խնդիրների վերականգնմանը:

Դեպք 4. Մ-ն /3 տ./ շատ լավ էր ընդունում ստոմատոլոգիական միջամտությունը: Բժշկի մոտ նրան բերում էր տատիկը: Մի անգամ նրան բերեց մայրը: Հենց ստոմատոլոգը սկսեց աշխատել բոր-մեքենայով, մայրը նյարդայնացած բացականչեց. «Ես դա ատում եմ»: Մ-ն քարացավ և սկսեց լացել: Բուժումը շարունակելը անհնարին: Ստոմատոլոգը հասկացավ, թե որն է խնդիրը և առաջարկեց, որ հաջորդ անգամ տատիկը ուղեկցի Մ-ին: Վերջիվերջո, շնորհիվ տատիկի՝ աղջկան ուղեկցելուն՝ բուժումը հաջողվեց: Այս օրինակը ցույց է տալիս, թե ինչպես է ազդում մոր տագնապայնությունը երեխայի վրա: Ցանկալի է, որ երեխային բերի պակաս տագնապային ծնողը կամ բարեկամը:

Դեպք 5. Երիտասարդ բժշկուհին չէր կարողանում հասկանալ Պ-ի տագնապայնությունը, և ինքն էլ էր շփոթվում այն մտքից, որ պետք է բուժի նրան: Պ-ն միշտ հրաժարվում էր բուժումից: Նա այնքան էր վախենում այդ գործընթացից, որ չէր քնել երեք գիշեր և անընդհատ փսխում էր: Բժշկուհին որոշեց պարզել, թե ինչից է նա վախենում: Տղան խոստովանեց, որ վախենում է սրսկումից:

Բժշկուհին բացատրեց երեխային ցավազրկման գործընթացը: Պ-ի մայրը նստած էր նրա կողքին և ամուր բռնել էր երեխայի ձեռքը սրսկման ժամանակ: Պ-ին տվեցին ատամնաբուժական հայելին և առաջարկեցին բարձրացնել ձեռքը, երբ նա ցանկանա, որ բժշկուհին ընդհատի բուժումը: Այս հասարակ միջոցները օգնեցին տղային ինքն իրեն գործընթացի մասնակից զգալ, որի շնորհիվ բուժումը բարեհաջող ավարտվեց:

Հաճախ խնդրի հիմքում անօգնականության զգացողությունն է այն ժամանակ, երբ երեխան նստում է ստոմատոլոգիական բազկաթոռին: Պ-ի դեպքը ակնառու է դարձնում այն, թե ինչքան կարևոր է երեխային գործընթացի մասնակից դարձնելը: Երբեմն երեխային կարելի է տալ ստոմատոլոգիական հայելին, որպեսզի նա տեսնի, թե ինչ է կատարվում իր բերանի ներսում: Ավելի փոքր տարիքում երեխային կարելի է առաջարկել ստոմատոլոգ խաղալ:

Հաճախ 10 տարեկան երեխան բուժման հետ կապված սթրեսի արդյունքում կարող է ռեզրեսիա /հետադիմություն/ ապրել և վարվել որպես շատ ավելի փոքր տարիքի երեխա: Դեռևս Աննա Ֆրոյդն ասում էր, որ ֆիզիկական ցանկացած անհանգստություն նպաստում է երեխայի ռեզրեսիայի առաջացմանը:

Դեպք 6. Ն-ն /14տ./ շատ էր վախեցել ստոմատոլոգի մոտ բուժման ընթացքում: Նրա մայրը հիշեց, որ երբ դուստրը 4 տ. էր, հեռացրել էին նրա նշիկները, ինչից նա շատ է վախեցել: Նորայի համար դա շատ տրավմատիկ փորձ էր, և ամեն անգամ բուժման ընթացքում կատարվում էր ռեզրեսիա, և նա կրկին ապրում էր այդ տրավմատիկ փորձը:

Գրականություն

1. Freeman, R., (2000). *The psychology of dental patient care – a common sense approach*, The British Dental Association, London.
2. Adams, E.K., Freeman, R., Gelbier, S., Gibson, B.J., (1997). *Accessing primary dental care in three inner city boroughs*, Community Dent Health; 14: 108-112.

5. Վշտի հոգեբանություն

Փաստորեն սուգի մեջ լինելու ընթացքը միաժամանակ առողջացման ընթացք է, երբ սգացողը վերագտնում է իր հոգեկան հավասարակշռությունը և ապրելու ընդունակությունը:

Վշտի մեջ լինելով՝ մարդը կարիք ունի լուծելու հոգեբանական 2 կարևոր խնդիր: Առաջինը՝ հասկանալ և ընդունել կատարվածը (կապը տվյալ մարդու հետ խզված է): Երկրորդ խնդիրն է, ապրումներից ազատվելով, հաղթահարել այն հիմնահարցերը, որոնք առաջացել են հարազատի կորստից: Այն զգացմունքները, որոնք առաջանում են վշտի ընթացքում, կարող են լինել ուժեղ և իրար խառնված: Նրանց մեջ կարելի է առանձնացնել թախիծ, ուժեղ ցավ, մեղավորություն, գղջում, դատարկություն, սեր, խղճահարություն մահացածի նկատմամբ: Հուզական առումով խիստ կարևոր է ընդունել բոլոր այս դրսևորումները և, ինչպես իրավացիորեն նկատում է Է. Լինդմանը, «վշտի ընթացքում առաջացող այս զգացմունքներից յուրաքանչյուրը պետք է ինչ-որ ձևով ապրվի»:

Հուզական տառապանքը և ցավը մշտական են միայն այն դեպքում, երբ մեր ամբողջ էներգիան ծախսվում է այդ զգացումները ճնշելու վրա: Որպեսզի սգալու ընթացքը կրճատվի, անհրաժեշտ է լինել վշտի մեջ և ոչ թե փախչել նրանից: Այս պատճառով կարևոր են նաև վշտի մեջ եղող մարդու ցանկությունները: Նախ՝ անհրաժեշտ է ժամանակ, որի ընթացքում նա խոսի և արտասվի այնքան, որքան հնարավոր է: Երկրորդ՝ լավ կլինի մշտապես լինել մարդկանց շրջապատում: Երրորդ՝ հարկավոր է հրաժարվել կարևոր որոշումներ ընդունելուց, քանի որ նման պահերին զգացմունքները առաջ են անցնում բանականությունից:

Մարդկանց մեծամասնությունը սգալու ընթացքում անցնում է 3 հիմնական փուլով: Առաջին փուլը կոչվում է շոկի կամ անզգայության (թմրածության, քարացածության) փուլ, որը կարող է տևել ժամեր, օրեր և անգամ շաբաթներ:

Երկրորդը տառապանքների և անկազմակերպվածության փուլն է, որն իր տևողությամբ ամենաերկարն է (ամիսներ, տարի):

Վերջինը վերականգնման փուլն է:

Երբ որևէ մեկը շոկի փուլում է, ինչ-որ չափով կարծես անզգայացած է, սակայն դրանից հետո մարդն ընկնում է անհրական վիճակի մեջ («Ես չեմ կարող հավատալ, ինձ թվում է նա սովորականի պես ինձ պետք է դիմավորի...»): Այս ընթացքում մարդն ապրում է ասես երագում՝ չցանկանալով հավատալ կամ հերքելով իրականությունը: Լինելով շոկի մեջ՝ մարդիկ հաճախ տիրապետում են իրենց, բայց, ըստ էության, այդ ժամանակ մարդը չի զգում իր կորուստը ամբողջությամբ, հետևաբար դեռևս չի տառապում:

Երկրորդ փուլում մարդիկ արդեն դուրս են գալիս տրանսից և ավելի ուժեղ ցավ և ծանրություն են զգում կորստի հետևանքով: Այս փուլում բնական են արցունքները, որոնք օգնում են թեթևացնելու ցավը: Մարդն այնքան է ցնցված, որ անընդհատ հիշում է տարբեր դրվագներ, փոխհարաբերություններ, վերջին հանդիպումը... Վիշտն առավել ընդգծում է փոխհարաբերությունների դրական և բացասական կողմերը, որի հետևանքով մարդը հակվում է վերլուծելու ինչպես ընկերական, այնպես էլ կոնֆլիկտային կապերը՝ հիշելով այն ամենը, ինչ վերաբերում է հանգուցյալին:

Լինում են դեպքեր, երբ մարդիկ դառնում են անտարբեր և չեն կարողանում կենտրոնանալ, չեն պատասխանում հարցերին, իրենց զգում են շրջապատից մեկուսացած: Քանի որ մահը նաև հուզական ճգնաժամ է, ուստի մարդկանց համար բնական է զգալ անօգնականություն, որի պատճառով նրանք կարիք ունեն լինելու ընկերների, լսելու պատրաստակամություն ունեցող մարդկանց կողքին:

Վիշտ ունեցողը կարող է ունենալ դեպրեսիա, երբեմն կարող է նաև ունենալ հիստերիկ ներզոհներ կամ պսիխոզներ:

Վշտի ընթացքում դեպրեսիայի դրսևորման ախտանիշերն են հոգնածությունը, ախորժակի կորուստը, հոռետեսությունը, կյանքի անիմաստության զգացումը:

Հնարավոր են նաև ինքնասպանության մտքեր, որոնք հաճախ կապվում են մահացածի հետ «միանալու» ցանկությամբ:

Ինքնասպանության մտքերը միաժամանակ երևակայության մեջ ազատում են մարդուն վշտից, կամ դրանց պատճառը կարող է լինել չարտահայտված մեղքի զգացումը հանգուցյալի նկատմամբ, իսկ այդ դեպքում ինքնասպանությունը հանդես է գալիս որպես ինքնապատժամիջոց: Եվ քանի որ այդ ընթացքում կյանքը թվում է անիմաստ, ուստի բնական է, որ մահն է դիտվում որպես հեռանկար: Եթե մարդն ի վիճակի է ընդունել սեփական մահը (մտածելով ինքնասպանության մասին), ապա կարող է ընդունել նաև սիրելի մարդու կորուստը: Ամեն մի հուզական ճգնաժամ ինչ-որ ձևով անդրադառնում է մարդու երազներին և քնին: Սովորաբար քնած ժամանակ կարգավորվում է հոգեկան լարվածությունը: Սակայն վշտի մեջ հաճախ նկատվում է անքնություն (քունն այդ ընացքում հավասարազոր է մահվան, որտեղից էլ կարող է առաջանալ քնելու վախը): Բնական է նաև հանգուցյալին երագում ողջ տեսնելը, քանի որ շատ դեպքերում երազներն արտահայտում են մարդկանց ցանկությունները: Այցելուներից մեկը պատմում էր, որ մահացած որդուն երագում տեսնելուց հետո, թեև դժվար էր, բայց նա ուրախ էր, որ թեկուզ երագում կարող է լինել նրա հետ:

Մտերիմ մարդու կորուստը կարող է պատճառ դառնալ նաև մահվան վախի առաջացմանը: Հնարավոր է նաև լքվածության զգացում:

Շատերը դառնում են կրոնապաշտ՝ դրանում գտնելով մխիթարություն (շատերն են հետաքրքրված հետմահու կյանքով):

Երրորդ փուլում մարդն արդեն հաշտվում է մահվան իրողության հետ և սկսում է մտածել իր ապագայի մասին: Կրոնական հայացքները նույնպես կարևոր դեր են կատարում: Եթե մարդը հավատում է մյուս կյանքին, ապա բաժանումը ժամանակավոր բնույթ ունի, իսկ հակառակ դեպքում վիշտը կարող է ավելի երկար տևել:

Նշված 3 փուլերից որևէ մեկի շրջանցումը կարող է հանգեցնել անառողջ հետևանքների: Ոչ այնքան ճիշտ ապրված վշտի ազդարարներ են սգալու ընթացքը երկարացնելը (մի քանի տարի) կամ նրա լրիվ բացակայությունը (կամ հերքումը), կյանքի շրջադարձային պահերին վիշտը զսպելը: Չարտահայտված վիշտը կարող է հիշեցնել իր մասին: Այնուամենայնիվ, պետք է

վերջացնել յուրաքանչյուր փուլ, որպեսզի հնարավոր լինի ձեռք բերել հոգեկան հավասարակշռություն:

Երեխաները ևս ունակ են ունենալու տառապանքի ապրումներ, եթե նրանց ասվի ճշմարտությունը: Հաճախ մեծերը զրկում են երեխաներին վիշտն ապրելու հնարավորությունից, քանի որ հենց իրենք դժվարությամբ են ընկալում կամ չեն հասկանում մահվան խորհուրդը: Եթե անգամ երեխաներից թաքցնում են մոտիկ մարդու մահը, երեխան անկասկած կռահում է այդ մասին, իսկ ծայրահեղ դեպքում տագնապ է զգում: Մահվան լուրն իմանալուց հետո, երեխաների մեջ սովորաբար պաշտպանական ռեակցիաներ կարող են հանդես գալ՝ բացասումը (հերքումը), սառնությունը, նույնիսկ հումորը...

Եթե ծնողները բացահայտ արտահայտում են իրենց զգացումները, երեխաների համար ավելի հեշտ է լինում նակեղծորեն արտահայտվելը:

3-5 տարեկանում մահը չի ընդունվում որպես իրականություն: Երեխաներին թվում է, որ մարդն ուղղակի քնած է կամ մեկնել է որևէ տեղ և կվերադառնա:

5-9 տարեկանում արդեն հասկանում են իրականությունը, բայց դժվար է պատկերացնել, որ մեկը, որին սիրում ես, կարող է հեռանալ, մեկնել...

9-10 տարեկանում երեխաները գիտակցում են մահվան անդառնալի բնույթը: Միաժամանակ նրանց հետաքրքրում են մահվան կենսաբանական ուղղությունները:

Դեռահասները, ինչպես մեծերը, փորձում են բացահայտել մահվան նշանակությունը, սկսում են խորհել կյանքի իմաստի մասին: Ամենադժվարն այն դեպքերն են, երբ երեխան նախապատրաստված չէ դրան: Երեխաներին պետք է ներկայացնել մահվան թեման որպես ամեն օր պատահող իրողություն:

Երեխաները վաղ հասակից կարող են հարցեր տալ.

-Ինչո՞ւ են մարդիկ մեռնում:

-Կմեռնե՞մ արդյոք ես (կամ դու):

-Ի՞նչ է լինում մահից հետո:

Ծնողները հնարավորինս պետք է օգնեն երեխաներին ըմբռնելու մահը որպես բնական երևույթ: Կարելի է թաղել, օրինակ, սատկած կենդանուն:

Երեխան պետք է մասնակցի բոլոր արարողություններին: Ջորջ Ուիլյամսի կարծիքով, երեխաների վիշտն անցնում է հետևյալ 5 փուլերով՝

1. բացասում և մեկուսացում,
 2. գայրույթ. ի տարբերություն մեծերի՝ երեխաները կարող են ավելի բացահայտ արտահայտել իրենց բարկությունը, որը կարող է ուղղվել ինչպես ողջ մնացածների կողմը, այնպես էլ դեպի հանգուցյալը,
 3. ինքն իր հետ գործարք կնքելու փուլ, երբ երեխաները փորձում են փոխել իրականությունը, մտածում են «Ես պետք է լավը լինեմ» բանաձևով:
 4. ընկճվածություն. ինչպես և մեծերը, երեխաները նույնպես կարող են ունենալ ախորժակի կորուստ, գիշերային մղձավանջներ, անքնություն, ֆիզիկական ցավեր և քաշի փոփոխություն,
 5. մահվան վերջնական ընդունումը:
- Երեխաների համար փուլերն ավելի կարճ են տևում, քան մեծահասակների համար:

Մպասվող կամ կանխատեսվող վիշտ

Հատկապես պալիատիվ խնամքի հոգեբանական կարևոր առնձնահատկությունը կապվում է սպասվող կամ կանխատեսվող վշտի հետ:

Թե՛ հոգեբանների և թե՛ թանատոլոգների բանավեճը²⁰ սպասվող վշտի վերաբերյալ կենտրոնանում է հետևյալ հարցերի շուրջը. արդյոք սպասումը դրական է, թե՛ բացասական, կարո՞ղ է արդյոք սպասումը օգտակար լինել: Ըստ թանատոլոգների՝ կորստի վախը ենթադրում է նախապատրաստական աշխտանք, որը կարող է թերապևտիկ ազդեցություն ունենալ:

Հոգեբանի աշխատանքի կիզակետում հայտնում են մի շարք հարցեր, որոնց պատասխանը կարևորում է սպասվող վշտի ապրումներ ունեցող մարդու հոգեկանը:

Մի կողմից անհրաժեշտ է սովորել ապրել կորստի հնարավոր մտքի հետ, մյուս կողմից, եթե, այնուամենայնիվ, կատարվում է անսպասելին, կարծես թե առկա է որոշակի նախապատրաստվածություն:

Մյուս կողմից կորստի սպասումը կարող է ուժեղացնել կապվածությունը կորստի օբյեկտի հետ կամ մահացող պացիենտի հետ: Իրերի կորուստը մեզանում առաջացնում է սուր կապվածության զգացում և մենք չենք կարողանում երկար ժամանակ մոռանալ անգամ ոչ այնքան կարևոր իրի կամ առարկայի կորուստը:

Մտերիմները և ընտանիքի անդամները, ովքեր որոշակի հուզական կապվածություն ունեն մահացողի հետ, երբեմն սուր կապվածություն են զգում և անհաղթահարելի կարոտ: Բացի մտերիմներից, կարևորվում են նաև ընկերները, աշխատակիցները, ովքեր մտահոգ են և նույնպես կարող են ունենալ նմանօրինակ ապրումներ:

Որո՞նք են այն հիմնական հոգեբանական դժվարությունները, որ առաջանում են սպասվող կորստի հետևանքով.

ա/ Ավելանում է կախվածությունը կորստի օբյեկտից:

բ/ Կյանքի շարունակականության զգացումն արգելակվում է:

գ/ Պակասում է վերահսկումը:

դ/ Ավելանում է տագնապայնությունը:

Վշտի հոգեբանության մեջ կատարված ուսումնասիրությունները թույլ են տալիս առանձնացնել այն հիմնական գործոնները, որոնք կարող են ազդել սգի որպես հոգեթերապիայի ընթացքի վրա՝

1. անձի տիպը և հաղթահարման /coping/ մարտավարությունը,
2. հիվանդության բնույթը, կորստի և մահվան հետ կապված նախկին փորձառությունը
3. կրոնական-փիլիսոփայական հայացքները՝ կապված սոցիալական, մշակութային և էթնիկական առանձնահատկությունների հետ,
4. սեռը և դերային պայմանականությունը,
5. տարիքը,
6. շարունակվող սթրեսները կամ ճգնաժամերը վշտացողի ներկա կյանքում,
7. ապրելակերպը,
8. լիարժեքության /թերարժեքության/ զգացումը

Ընտանիքի համար թե՛ կանխատեսվող և թե՛ արդեն եղած կորուստը կարող է հոգեբանական առումով նշականակլից հետևանքներ ունենալ.

ա/ Ընտանիքի անդամները կարող են իրենց համարել առաջնային զոհեր:

բ/ Ընտանիքի անդամները կարող են իրենց նույնացնել որպես երկրորդական զոհեր:

²⁰ Silverman, 1974; Weiss, 1983

Քանի որ հարազատի, հատկապես երեխայի մահվան հետ մահանում է տվյալ դերի կերպարը: Եթե ամուսնուն կորցրած կինը հոգեբանորեն այնպիսի վիճակում է, որ նրա մեջ մահացել է “կինը”, հնարավոր է, որ այդ պատճառով տուժեն նրա մյուս սոցիալական և անձնային կարևորություն ունեցող դերերը:

Օրինակ՝ ամուսնուն կորցրած երիտասարդ կինը, որ նաև 3 զավակների /7, 10 և 12 տարեկան/ մայր է, նշում էր, որ դեպքից հետո չի կարողանում նույնչափ ուշադիր լինել իր երեխաների նկատմամբ: Այսինքն՝ նրա «մայր» կերպարը տուժել է այն պատճառով, որ իր կարծիքով «որպես կին՝ ինքը մահացել է ամուսնու հետ»: Կյանքը շարունակվում է, բայց նա չի կարողանում շարունակել ապրել որպես մայր:

Սպասվող վշտի դեպքում հոգեբանները կարևորում են նաև՝

ա/ հիվանդի կամ հիվանդի և հարազատների միջև կիսատ մնացած գործերը ավարտին հասցնելը
բ/ մահացող հիվանդին հնարավորինս լիարժեք կյանքով ապրելուն աջակցել:

Պահպանել ընտանեկան հավասարակշռությունը, դե-կաթեքսիսի փոխարեն ավելացնել կապվածությունը և շարունակել ընտանեկան բալանսը:

Կորստի և վշտի հակազդեցություններ ի հայտ են գալիս մահվան, ամուսնալուծության, սոցիալական դերի կորստի, նյութական արժեքների կորստի ժամանակ:

Ցանկացած կորստից հետո անձը պետք է հարմարվի նոր պայմաններին: Հարմարվելու փուլը տվյալ փոփոխությունների հանդեպ կոչվում է վշտի կամ կորստի ռեակցիա:

Կորուստի ապրումների փուլեր՝

- անխուսափելիության ռեակցիա,
- հուսահատություն,
- զայրույթ,
- հնազանդություն,
- նոր նշանակալից փոխհարաբերությունների փնտրում,
- ափսոսանք,
- հրաժեշտ:

Կորուստի ֆիզիկական դրսևորումներ՝

- հուզական շոկ,
- աղեստամոքսային խանգարումներ,
- պարանոցային հատվածում լարվածություն,
- մկանային թուլություն,
- բերանի չորություն,
- գլխացավ,
- զարկերակային ճնշման բարձրացում,
- (հաճախասարտություն) տախիկարդիա,
- քնի խանգարում,
- ախորժակի անկում,
- գերզգայունություն աղմուկի նկատմամբ,
- հիպոքսիա:

Կորստի հուզական դրսևորումներ՝

- տխրություն, լաց,
- շարժողական անհանգստություն,
- դյուրագրգռվածություն,
- ագրեսիա, աուտոագրեսիա,
- մեղքի զգացում,
- տագնապ, անհանգստություն,
- միայնակության ապրումներ,
- անօգնականության զգացում,
- թախիծ,
- ընկճվածություն և հոգնածություն:

Կորստի և վշտի հակազդեցությունները ավարտված են, երբ անձը ծեռք է բերում հարմարվելու ունակություն, անվտանգության, ինքնուրույնության և լիարժեքության զգացում:

Գրականություն

1. Kubler-Ross, E., (1996). *On death and dying*, , Tavistock, London.
2. *Loss and Anticipatory grief*, edited by Therese A. Rando (1996), Lexington, MA.
3. Staudacher, C., (1988). *Beyond grief, a guide for recovering from death of a loved one*, A Condor Book, Souvenir Press Ltd, London.

6. Հասուն անձի և մեծահասակի վարքի խանգարումներ ²¹

Այս խորագրում ամփոփված է կայունության հակում ունեցող վարքի տիպային կլինիկական կարևոր վիճակները, որոնք անհատի ապրելակերպի, իր և շրջապատի նկատմամբ վերաբերմունքի արտահայտման բնութագրերն են: Այս վիճակներից և ձևերից մի քանիսը առաջ են գալիս անհատի զարգացման ընթացքում՝ վաղ տարիքից սկսած՝ որպես կառուցվածքային գործոնների և սոցիալական փորձի հետևանք, մինչդեռ մյուս վիճակները ծեռք են բերվում ավելի ուշ տարիքում:

Սովորույթի և հակումների խանգարումներ

Այս խորագրում ընդգրկվում են վարքի այն խանգարումները, որոնք բնորոշվում են չկշռադատված, ոչ խելամիտ, կրկնվող արարքով առանց պարզ, հասկանալի դրդապատճառի, որոնք հակասում են և՛ հիվանդի, և՛ այլ մարդկանց շահերին: Մարդն ասում է, որ իր վարքը հակումների հետևանք է, և ինքն անկարող է հսկողություն սահմանել: Այս վիճակների պատճառը հասկանալի չէ, և այս խանգարումները խմբավորվում են միասին նկարագրական նմանության պատճառով, և ոչ թե կարևոր նշանների ընդհանրությամբ: Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ նման խնդիրները առվելապես հատուկ են տղամարդկանց, բացի գողության հիվանդագին սովորությունից: Հետևյալ հոգեւոցիալական գործոնները կարևոր են՝
 ա/ մինչ 15 տարեկան հասակի ծնողների /կամ նրանցից մեկի/ մահվան կորստի կամ ամուսնալուծության պատճառով,
 բ/ ծնողական անհամապատասխան դաստիարակության՝ անտարբերության, անհետևողականության, չափազանց խստության պատճառով:

Մուլախաղի հիվանդագին հակում

Այս խանգարումը բնորոշվում է մուլախաղով տարվելու հաճախ, կրկնվող էպիզոդով, որն առաջնակի է և գերակշռող անհատի կյանքում, հանգեցնում է սոցիալական, մասնագիտական, նյութական, ընտանեկան արժեքների իջեցման, անհատը նշված ոլորտներում չի կատարում իր պարտականությունները: Հիվանդը կարող է զրկվել աշխատանքից, մեծ պարտքեր անել, օրինազանց լինել, միայն թե դրան հայթայթի, կամ խուսափել պարտքերը վերադարձնելուց:

²¹ ՀՄԴ-10 տարբերակում նշվում է F 6 խորագրով

Հիվանդն ինքը նկարագրում է անհաղթահարելի, ուժեղ հակում մասնակցելու այդ խաղերին, որը մեծ դժվարությամբ է հաղթահարվում, և այդ ցանկությունը, պատկերացումը խաղի, նրան ուղեկցող իրավիճակի մասին համակում է հիվանդի ողջ մտքերը: Այդ համակող պատկերացումներն ու հակումը սովորաբար սաստկանում են այն ժամանակ, երբ կյանքում տեղ է գտնում սթրեսը:

Մոլախաղի տարածվածությունը զարգացած տնտեսություն և ունեցող երկրներում կազմում է բնակչության 2-3%-ը՝ արական սեռի ներկայացուցիչների գերակշռությամբ: Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ խանգարումը առվել հաճախ հանդիպում է հիվանդ հայրերի տղաների և հիվանդ մայրերի աղջիկների դեպքում: Նկատվել է նաև, որ այն հաճախ է դրսևորվում ալկոհոլը չարաշահող ծնողներ ունեցողի դեպքում: Հաճախակի են դրսևորումները նաև հարբեցող ամուսին ունեցող կանանց շրջանում:

Բնորոշ հատկություններից է նաև լավատեսությունը, սպասվելիք հաղթանակի վերաբերյալ և անցյալ անհաջողությունների շղթայից դասեր քաղելու անկորոշությունը: Բացի գումար չահելու մոտիվացիայից, նրանց վարքն ամրապնդվում է նաև սուբէյֆորիկ զգացումով: Այստեղ կարևորն այն է, որ դրամը երկրորդական դեր է կատարում. կոմպուլսիվ խաղացողը շարունակում է խաղը՝ անկախ պարտության չափից: Արական սեռի ներկայացուցիչների դեպքում պատանեկան տարիքում նկատվել է Էմանսիպացիոն կոնֆլիկտ ծնողների հետ և հետագայում ընտանիքի համար հեղինակություն ունեցող կերպարների հեղինակությունն ընդունելու դժվարություններ:

Էթիոլոգիան: Այս խանգարման պատճառ կարող են լինել հոգեւոցիալական հետևյալ գործոնները՝ ծնողների կորուստը, անհամապատասխան դաստիարակությունը, ընտանիքում դրամի նկատմամբ անհամապատասխան վերաբերմունք /դրամի ֆետիշացում կամ բյուջեի պլանավորման բացակայություն/, դեռահասի համար մոլախաղերի իրավիճակային հասանելիությունը: Մոլախաղի հակումն ավելի է ուժեղանում սոցիալական սթրեսի ժամանակ, և դրանից բխող խնդիրները ստեղծում են արատավոր շրջան՝ ավելի խորացնելով մոլախաղի հակումը:

Հոգեդինամիկ ուղղության համաձայն՝ մոլախաղի հիվանդագին հակման հիմքում թաքնված են ամենակարողության ինֆանտիլ ֆանտազիաները, չգիտակցված ագրեսիվ վերաբերմունքը իրականության նկատմամբ: Խաղին հաճախակի վերադառնալը վկայում է իրականության նկատմամբ ընդվզման մասին, մինչդեռ պարտությունն ամեն անգամ ոչ թե առիթ է դառնում վերադառնալու իրականություն, այլ անգիտակցաբար ընկալվում է որպես բավարարության անարդար մերժում և հիմք ընդվզման ու հերթական անգամ խաղատուն գնալու: Սեփական եսի նկատմամբ խոր անվստահության և որոշակի անձնային որակների դեպքում խաղալու հիվանդագին սովորությունը կարող է դիտվել որպես պատասխանատվությունից անգիտակցաբար խուսափելու և այն բախտի քմահաճույքին հանձնելու փորձ:

Ախտորոշման ցուցումներ

Հիմնական նշանը մոլախաղով տարվելու մշտական, կրկնվող սովորությունն է, որը շարունակվում է, հաճախ խորանում, անկախ սոցիալական հետևանքից, ինչպիսիք են աղքատանալը, ընտանեկան փոխհարաբերությունների խաթարումը, անձնական կյանքի փլուզումը:

Սոցիալական սթրեսի դեպքում ավելանում է խաղի մոլուցքը, որի արդյունքում առաջանում են նորանոր պարտքեր, խնդիրներ, խորանում են պրոբլեմները: Պակասում է այնպիսի կարևոր ֆիզիոլոգիական պահանջմունքների դերը, ինչպիսիք են քունը, սնունդը, սեռական կյանքը: Գիտակցելով սեփական հիվանդագին վարքը՝ խաղամուկները փորձում են շրջապատից թաքցնել ճշմարտությունը:

Սոցիալական դեգադապատացիան դրսևորվում է ֆինանսական անկարողությամբ, պարտքերով, իրավախախտումներով, որոնք իրականում նորից խաղալու համար են, բայց բացատրվում են պարտքերը փոխհատուցելու դրդապատճառով: Առաջանում են նաև ամուսնական կոնֆլիկտներ, նվազում է աշխատունակությունը և արդյունավետությունը: Արտաքուստ նրանք թողնում են ինքնավստահ, անկախ, եռանդով լեցուն, փոքր-ինչ կոպիտ

մարդու տպավորություն: Սիրում են ծախսեր անել, հատկապես սթրեսի կամ տագնապային դեպքերում: Վիճակում: Նրանք չեն կարողանում պլանավորել իրենց բյուջեն, նախընտրում են նախ պարտքով վերցնել, ապա անօրինական ճանապարհով գտնել անհրաժեշտ գումարը: Հատկանշական է նաև, որ նրանք սովորաբար դիմում են ոչ ագրեսիվ հնարանքների, առանց բռնության:

Տղամարդկանց մոտ խաղամուլությունը սկսվում է պատանեկան տարիքում, իսկ կանանց շրջանում կյանքի երկրորդ կեսից:

Հայտնի է նաև, որ նախնական փուլում խաղամուլների մի մասը համեմատաբար մեծ գումար է շահում, որն էլ ստեղծում է այս հիվանդագին կախյալությունը: Հաջորդ փուլում ամբողջ կյանքն աստիճանաբար կառուցվում է խաղի շուրջը՝ նեղացնելով սոցիալական հարմարվողականությունը՝ չարդարացված ռիսկերով և չհաշվարկված քայլերով: Մոտավորապես տասը տարի անց առաջանում է երրորդ փուլը, որն ուղեկցվում է ֆինանսական լիարժեք բարդությամբ և հանցագործ վարքով: Սեփական նախաձեռնությամբ նրանք չեն դիմում մասնագետներին, սովորաբար դա անում են բարեկամները:

Հիվանդագին հրամուլություն (պիրոմանիա)

Այս խանգարումը բնորոշվում է ուրիշի կամ իր սեփականությունը հրդեհելու և փորձի բազմաթիվ գործողություններով, որոնք զուրկ են ակնառու բացատրություններից, բնորոշ է նաև կրակի կամ վառվելու ենթակա իրերի, առարկաների մասին անընդհատ մտորումը: Կարող է հայտնաբերվել հակահրդեհային մեքենաների և սարքավորումների նկատմամբ ոչ նորմալ հետաքրքրություն, կրակի հետ կապված այլ առարկաներով հետաքրքրվելը և անգամ հրշեջ խումբ կանչելը: Հիվանդների մեծ մասը տղամարդիկ են, որոնց ինտելեկտի մակարդակը ցածր է, հաճախակի ունենում են սեռական դիսֆունկցիա և չարաշահում են ալկոհոլ:

Նրանց բնորոշ են դպրոցական տարիքում նաև վարքի խանգարումներ, ինչպես նաև հակասոցիալական վարք, հաճախակի փախուստներ տնից, դաժան վերաբերմունք կենդանիների նկատմամբ:

Եթոյուզիան: Ֆրոյդը կարծում էր, որ կրակի պատկերը կարող է անգիտակցաբար զուգորդվել սեռական ակտիվության հետ, իսկ հրդեհը կարող է փոխհատուցնել օբյեկտիվորեն գոյություն ունեցող սեռական դիսֆունկցիան: Հայտնի է, որ նայելով հրդեհին, հրամուլների շրջանում առաջանում են սեռական օրգանների ռեակցիաներ: Երբեմն հրդեհը դիտվում է որպես անցյալի տպավորությունների բեռից մաքրվելու, ախտահանվելու միջոց:

Ուրիշ հոգեբաններ հրամուլությունը բացատրում են սոցիալական տեսանկյունից՝ կապելով այն իշխանության ձգտումով: Թաքնված դրդապատճառ է նաև սեփական թերարժեքության զգացումից առաջացած վրեժը /բազմաթիվ հիվանդներ չեն ընդունում իրենց գերակայող ծնողներին և ընդհանրապես այլ հեղինակություններին, նկարագրում են իրենց կյանքը որպես վիրավորանքի և ստորացումների շղթա/:

Հրամուլների շրջանում հայտնաբերվել է որոշ մոնոամինների ցածր մակարդակ և հիպոգլիկեմիայի հակվածություն:

Ախտորոշման ցուցումներ

Հիմնական նշաններն են՝

ա) կրկնակի հրդեհելու արարք՝ առանց շահադիտական նպատակների (փող ստանալ, վրեժ լուծել կամ քաղաքական ծայրահեղականություն),

բ) կրակի տեսարանի նկատմամբ մեծ հետաքրքրություն,

գ) մինչև հրդեհը աճող լարվածության զգացում, հրդեհելուց հետո ուժեղ գրգռված վիճակ:

Գողության հիվանդագին հակում (կլեպտոմանիա)

Այս դեպքում մարդը պարբերաբար զգում է որևէ բան գողանալու անզուսպ ցանկություն, որը կապ չունի անձնական կամ նյութական անհրաժեշտության հետ: Գողացած իրերը կարող են դնել նետվել, հավաքվել կամ բաժանվել ուրիշներին: Գողանալու նպատակը ոչ թե գողացած իրն է, այլ բուն գողանալու գործընթացը: Կլեպտոմանների շրջանում սովորաբար լինում է այնքան գումար, որ կարող են գնել այն, ինչ գողացել են:

Կլեպտոմանիայի վերաբերյալ տվյալներ հավաքելը գրեթե անհնար է, մեծ մասամբ տարածվածության ցուցանիշը ներկայացնում են՝ ելնելով ոստիկանության տեղեկատվությունից: Մանավանդ, որ գողություն կատարողներից միայն 5%-ը կարող է համապատասխանել այս ախտորոշմանը: Տվյալները հաստատում են, որ կանայք գերակշռում են խանութներից գողություն կատարողների մեջ:

Էթիոլոգիան: Ինչպես բոլոր հիվանդագին հակումների դեպքում, այս դրսևորումը նույնպես կարող է կապված լինել գլխուղեղի օրգանական խանգարումների և մտավոր զարգացման հապաղման հետ: Դրանք հանդիպում են նաև այլ հոգեկան խանգարումների՝ նևրոզների, դեպրեսիայի, անուռեքսիայի, բուլիմիայի և կանանց դեպքում հրամուլության ժամանակ:

Մեծ է նաև հոգեւոցիալական գործոնների դերը. սովորաբար հիվանդների շրջանում խաթարված են միջանձնային հարաբերությունները, սոցիալական սթրեսի ժամանակ կլեպտոմանիայի հաճախականությունը մեծանում է: Խանգարման հոգեդինամիկ բացատրությունները վերաբերում են հետևյալ մեխանիզմներին՝ ծնողների հետ հարաբերությունների մանիպուլյացիան՝ որպես ուշադրություն իր վրա գրավելու միջոց, ագրեսիվ գործընթացը՝ որպես ներքին լարվածության դուրսնետում, հասցրած վնասի սիմվոլիկ գերփոխհատուցում /բազմաթիվ հիվանդներ կարծում են, որ իրենց հասցրած բարոյական վնասը թույլ է տալիս իրենց գողանալ/, ցածր ինքնագնահատականի հիպերկոմպենսացիա և վերջապես սեռական հարաբերության սիմվոլիկ փոխարինում:

Ախտորոշման ցուցումներ

Կլեպտոմանը սովորաբար նկարագրում է աճող լարվածության զգացում գողությունից անմիջապես առաջ և բավականություն կամ հաճույք գողանալու ընթացքում և դրանից հետո: Ախտորոշելու համար անհրաժեշտ են՝

ա) առնվազն երկու գողության դեպք, առանց հարստանալու կամ ուրիշին հարստացնելու դրդապատճառի,

բ) գողությունը նախապես չի պլանավորվում և ինչպես նշված է, գողության ուժգին դրդում է առաջանում, որն գողության ընթացքում ուղեկցվում է աճող լարվածությամբ և թեթևության զգացումով՝ դրանից հետո:

Սովորաբար գողությունը թաքցնելու թույլ փորձ է արվում, սակայն դրա համար չեն օգտագործվում բոլոր հնարավորությունները: Գողությունն արվում է մենակ, առանց մասնակցի: Խանութներից կամ այլ տեղերից կատարած գողության էպիզոդների միջև ընկած ժամանակի ընթացքում հիվանդը կարող է ապրել տազնապ, հուսահատություն և մեղավորության զգացում, բայց այս ամենը չեն բացառում, չեն կանխարգելում գողության կրկնությունը: Տարբերակիչ ախտանիշները կարող են հանդես գալ որպես առաջնային:

Տրիխոտիլոմանիա

Խանգարում, որը բնորոշվում է պարբերաբար մազերը պոկելու հակմանը դիմադրելու անկարողությամբ: Մազերը պոկելուն սովորաբար նախորդում է աստիճանաբար աճող լարվածությունը, իսկ հետո՝ թեթևություն, բավականություն, հաճույքի զգացում: Սովորաբար հիվանդները թաքցնում կամ ժխտում են իրենց հիվանդագին ախտաբանական վարքագիծը: Առավել հաճախ պոկում են թարթիչների, ունքների, երբեմն մորուքի, թևատակերի մազերը: Մազերը պոկելը սուբյեկտիվորեն անցավ է: Այս ախտորոշումը չպետք է կիրառել, եթե նախորդել է մաշկաբորբը կամ մազերի պոկելը հետևանք է զառանցանքի և ցնորքի:

Էթիոլոգիան

Հիվանդի հարազատների շրջանում մազաթափությունն առավել հաճախ է հանդիպում: Ըստ երևույթին, էթիոպաթոգենեզը բազմագործոնային է, հատկապես նկատելի է, որ հիվանդների շրջանում խախտված են ծնողների հետ փոխհարաբերությունները: Հիմնականում հիվանդությանը նախորդում է սոցիալական սթրեսի իրավիճակ: Նախատրամադրող գործոններից են դեպրեսիվ դրսևորումները և հոգեներգործող կյանքի չարաշահումները:

Համակարգչային թմրամոլություն

Վերջին տարիներին հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետները քննարկում են, թե արդյոք համակարգչային կախյալությունը պետք է ավելացնել Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման «Սովորույթի և հակումների խանգարումներ» խորագրում որպես առանձին ախտորոշում: Բանավեճի մասնակիցների մի մասը առաջարկում են համակարգչային կախյալությունը ներգրավել թմրամոլության, ծխախոտամոլության կամ այլ նմանօրինակ հիվանդագին սովորությունների շարքում:

Գիտատեխնիկական առաջընթացը նպաստել է համակարգչային տեխնոլոգիաների զարգացմանը՝ դարձնելով տեղեկատվությունը մարդու կյանքի անբաժանելի մասը: Նոր տեխնոլոգիաներն այսօր ծառայում են ոչ միայն կապի և տեղեկատվության վերամշակման, այլև որպես հիմք՝ սոցիալ - մշակութային միջավայրում նոր բովանդակության համար:

Միջին հաշվով աշխարհի տարբեր երկրներում երեխաները հեռուստացույցի կամ համակարգչի /համացանցի/ առաջ ծախսում են օրական 3-4, իսկ որոշ դեպքերում՝ 7-10 ժամ: Թե՛ հեռուստատեսությունը և թե՛ համակարգիչները մեծ ազդեցություն են թողնում երեխայի արժեքային համակարգի զարգացման և վարքի ձևավորման վրա:

Ցավոք, համակարգիչը և հատկապես համացանցը աստիճանաբար մեկուսացնում են երեխաներին իրականությունից դեպի վիրտուալ աշխարհ: Այս առումով կատարված հետազոտություններ ցույց են տվել, որ երեխաները կարող են աստիճանաբար ընդունել համացանցային կամ երևակայական աշխարհը՝ որպես առաջնային, և կենսական խնդիրների լուծումները փնտրել իրականությունից կտրված երևակայական եղանակներով:

Համակարգչային իրականության ղեկավարման վահանակը երեխայի ձեռքում է, նա կարող է ցանկացած պահի հանդես գալ ոչ թե իր իրական, այլ ցանկալի կերպարով, կարող է դադարեցնել կամ շարունակել ապրել այդ աշխարհում:

Ուսումնասիրությունները հաստատում են, որ համակարգչի չարաշահումը կարող է ազդեցիկ առաջացնել: Հուզական, վարքային և ներքին մղման կառավարման խնդիրներ ունեցող երեխաներն ավելի հեշտությամբ են ազդվում համակարգչից:

Կան մի շարք ուսումնասիրություններ (N. Hybert, E Hirsch, E.E. Лысенко, О. К. Тихомиров), որոնք ցույց են տալիս համակարգչային խաղերի դրական հետևանքները՝

- ա/ հուզական լիցքաթափման միջոց,
- բ/ գրավոր խոսքի ճկունություն,
- գ/ օպերատիվ հիշողության զարգացում,
- դ/ սենսոմոտորիկայի բարելավում,
- ե/ ստեղծագործական մտածողություն,
- զ/ տրամաբանական խնդիրների լուծման և այլն...

Սակայն նույն հետազոտություններում (Д.Д. Бушман, Дж. Фанк) նշվում են նաև համակարգչային խաղերի բացասական հետեւանքները բոլոր մակարդակներում. ֆիզիկական և հոգեկան առողջության, անձի կառուցվածքի, ինչպես նաև դպրոցի և ուսումնական պարտականությունների կատարման, վարքի, դրամի նկատմամբ ունեցած հարաբերակցության (M. Smith): Առանձնահատուկ ուշադրության է արժանանում համակարգչից հոգեբանական կախվածության հարցը, որը հաճախ համեմատվում է հիվանդագին խաղամոլության հետ:

Համակարգչային կախվածությունը նպաստում է անչափահասների շրջանում հանցավոր վարքի ձևերի դրսևորմանը՝ հակամարտություն, կասկածամտություն, արտասովոր ցանկություններ, սուտ, լքվածություն, որոշումների կայացման պատասխանատվությունը

ուրիշների վրա թողնելը, արդարացնող փաստարկների որոնում, կարծրատիպային վարքագիծը, տազնապայնության մեծացում:

Բացի վերը նշվածներից, հոգեբանական նախադրյալների մեջ հեղինակները նշում են վարքի ընտրության մեջ ցածր ինքնագնահատականը, համակարգչային խաղի ընթացքում սեփական վարքը վերահսկելու անկարողություն (В.Д. Менделевич):

Համակարգչային կախյալության վարքի ձևավորմանը կարող են նպաստել դժվարին կենսական պայմանները, սթրեսային իրավիճակները:

Ինչպե՞ս է ձևավորվում կախյալությունը

Յուրաքանչյուր մարդու ուղեղ ունի հաճույքի կենտրոններ, որոնց մշտական գրգռումը թույլ է տալիս մոռանալ մնացած անհանգստությունների մասին: Համակարգչային կախյալությունն առաջանում է աստիճանաբար՝ հետագայում հասնելով այն աստիճանի, որ երբ նրան երկու ժամով զրկում են համակարգչից, նա ինչպես թմրամոլը կամ հարբեցողը ունենում է «ժուժկալման համախտանիշ»²²:

Կան համակարգչից հոգեբանական կախվածության հետևյալ տեսակները՝

1. Ինտերնետից կամ համացանցից կախյալություն,

Որոշ դեպքերում նրանք 12-14 ժամ անցկացնում են համացանցում՝ ստեղծելով վիրտուալ ծանոթություններ և շփումներ, այցելելով երաժշտական ցանցեր և այլն...

Որո՞նք են հիմնական նշանները.

- Կպչուն կերպով հաճախակի ստուգում են էլեկտրոնային փոստը:
- Առհամացանց հետագա սեանսերի և հանդիպումների անընդհատ հետևում:
- Առցանց անցկացվող ժամանակի աստիճանաբար ավելացում:
- Առցանց ծախսված գումարների աստիճանաբար ավելացում:

2. Համակարգչային խաղերից կախյալություն

Ըստ խաղի բնույթի՝ կարելի է բաժանել

ա/ դերային համակարգչային խաղերի /իրականությունից առավելապես խուսափում/,

բ/ ոչ դերային համակարգչային խաղերի /նպատակին հասնելու մոլուցք, հաղթել խաղի մեջ, հավաքել առավելագույն միավորներ.../:

Որո՞նք են հիմնական նշանները.

- համակարգչով աշխատելու ընթացքում տրամադրության զգալի բարելավում,
- համակարգչից կամ խաղից կտրվելու անկարողություն,
- եթե որևէ մեկը նրան փորձում է կտրել համակարգչից, նա դառնում է դյուրաբորբոք՝ դրսևորելով ագրեսիա,
- համակարգչով խաղի կամ աշխատանքի ավարտելու անկարողություն,
- տնային գործերի անտեսում՝ հոգուտ համակարգչի,
- մարդկանց հետ շփվելիս առավելապես համակարգչի հետ կապված թեմաների քննարկում,
- հրաժարում ընկերների հետ շփումից:

Որո՞նք են համակարգչային կախյալության ֆիզիկական հետևանքները երեխաների և պատանիների շրջանում

- տեսողության խանգարումներ,
- իմունային խնդիրներ,
- գլխացավեր,

²² Ռուսերեն՝ абстинентный синдром

- հոգնածություն,
- անքնություն,
- մեջքի ցավեր,
- դաստակի ցավեր:

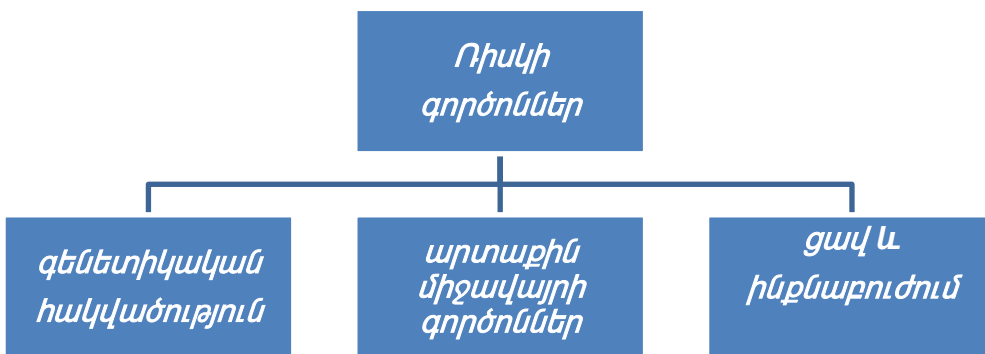
Համակարգչային կախյալությունը կանխարգելելու և շտկելու խնդիրը լուծելու համար այն պետք է ընդգրկել դեռահասների կրթության և դաստիարակության համակարգի մեջ՝ այն համարժեք համարելով առնվազն 3 նույնատիպ կախյալությունների հետ՝ ակոհոլի, թմրանյութերի և հեռուստատեսության: Այս պատճառով հաճախ գործածում են, այսպես կոչված «Համակարգչային թմրամոլություն» տերմինը:

Իրականացված հետազոտությունները 13-15 տարեկան 312 դեռահասների շրջանում /2007 – 2009թ./ հիմք են ենթադրելու, որ համակարգչային կախյալություն ունեցող դեռահասներն ավելի հակված են զանցանքներ կատարելու՝ ընդունված նորմերի, վարքի և կամքի թույլ վերահսկում, ինչպես նաև հաճախակի հուզական պոռթկումներ: Այլ կերպ ասած, համակարգչային կախյալություն ունեցող դեռահասների համար դժվարին կենսական իրավիճակների հաղթահարումը սովորաբար ընթանում է առճակատման ընթացքում կոնֆլիկտների սրացումով, ընտանիքից / շրջապատի մեկուսանալով և խուսափողական տարաբնույթ տակտիկաներով: Ապացուցված է նաև, որ դեռահասության և պատանեկության տարիքում համակարգչային կախյալության առաջացման հիմք կարող են լինել վարքի շեղումները, հատկապես անկառավարելիությունը: Համակարգչային կախյալությունն առաջանում է այն դեպքերում, երբ պատանին դժվարություններ է ունեցել կենսական իրավիճակներում, և խնդիրներ են ծագել դրանք հաղթահարելու ընթացքում:

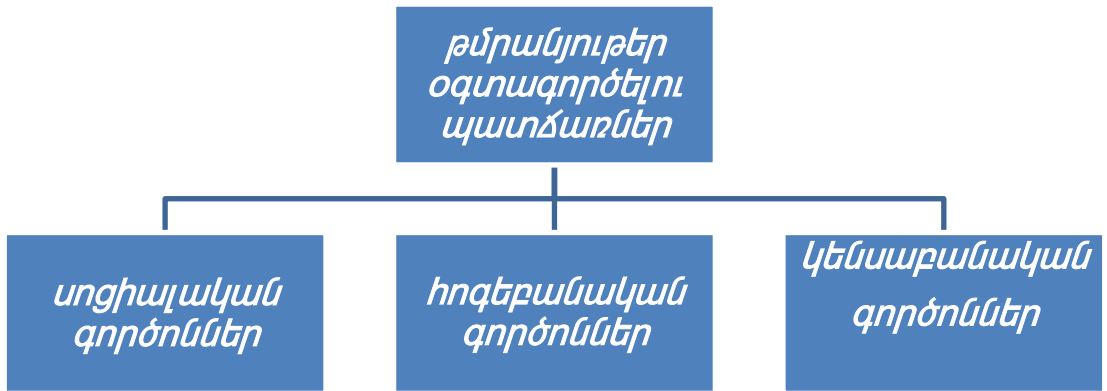
Ուսումնասիրությունները նաև հաստատում են, որ կախյալության ցանկացած դրսևորում կամ սովորությունների չարաշահում կարող է պատճառ դառնալ ագրեսիա առաջացնելու համար: Հուզական, վարքային և ներքին մղման կառավարման խնդնիրներ ունեցող երեխաները և պատանիները հեշտությամբ կարող են ենթարկվել հիվանդագին սովորություններին:

Թմրանյութեր օգտագործելու ռիսկի գործոնները և պատճառները

Ստորև ներկայացված են թմրանյութերից կախվածության հիմնական ռիսկի գործոնները.



Ժամանակակից գիտությունը մանրամասն ուսումնասիրել է թմրանյութեր օգտագործելու պատճառները և առանձնացրել է երեք հիմնական գործոն.



Հոգեբանական գործոններն ուսումնասիրում են հոգեբանական (հոգեկան) առանձնահատկությունները և խանգարումները:

Սոցիալական գործոններն ընդգրկում են անհատի վրա հասարակության և ընտանիքի ազդեցությունը: Կենսաբանական գործոնները բացատրում են օրգանիզմի ֆիզիկական առանձնահատկությունները, հակվածությունը:

Հոգեբանական (ներքին) գործոններ, որոնք նպաստում են հոգեակտիվ նյութերը չարաշահելուն

- ցածր ինքնագնահատում,
- կյանքի պասիվ դիրքորոշում,
- գերակտիվություն, ագրեսիա,
- սոցիալական անպաշտպանվածության զգացում,
- նոր հետաքրքրությունների և նոր ունակությունների ձեռք բերելու ցանկության բացակայություն,
- անձնական անկայունություն,
- որոշումներ ընդունելու, խոչընդոտների հաղթահարելու և սեփական ես-ը կառավարելու թույլ կարողություն կամ անկարողություն,
- ստեղծագործելու անկարողություն,
- քիչ հետաքրքրասիրություն,
- սեփական զգացմունքները և հույզերը հասկանալու անկարողություն,
- «ոչ» ասելու անկարողություն:

Սոցիալական (արտաքին) գործոններ, որոնք նպաստում են հոգեակտիվ նյութերը չարաշահելուն

- հասակակիցների գործադրած ճնշում,
- թմրանյութեր չարաշահող տարբեր տարիքային խմբերի հետ շփում,
- աշխատանքում /ուսման մեջ/ անընդմեջ դժվարություններ,
- աշխատանքից /ուսումից/ բավարարվածության բացակայություն,
- ընտանեկան բարդ փոխհարաբերություններ,
- մեռնակություն,
- սթրես,
- անընդմեջ հակասություն շրջապատում,
- որևէ կախվածության խնդրի առկայություն ընտանիքում,
- սեքսուալ բռնություն կամ դաժանություն ընտանիքում
- հասարակական հարաբերությունների փոփոխություն /անցումային շրջան/,
- անձնական ազատության բացակայություն:

Դիտարկելով ընտանիքը որպես թմրամոլության զարգացման գործոններից մեկը՝ անհրաժեշտ է առանձնացնել դեռահասների ադդիկտիվ վարքի խնդիրները: Դեռահաս տարիքը անկայուն ինքնագնահատմամբ և հուզական խոցելիությամբ թմրանյութեր օգտագործելու ամենահարմար շրջանն է:

Թմրանյութերից կախվածություն զարգանալու ռիսկի գործոններ դեռահասների շրջանում

1. ծնողների և մտերիմ մեծահասակների կողմից որպես հավասար ընդունվելու դժվարություն,
2. ընտանեկան խնդիրներ՝ նյութական, հուզական, երեխաների և ծնողների հակասություններ,
3. ընտանիքում ավտորիտար, փակ հարաբերությունների առկայություն,
4. որևէ կախվածության առկայություն ընտանիքում,
5. ռեֆերենտ խմբի ազդեցության տակ ընկնող դեռահասներ,
6. հասակակիցների միջավայրում ինքնահաստատման անկարողություն, ցածր ինքնագնահատական,
7. նմավող վարքի գերակշռություն,
8. մտերիմ ընկերների բացակայություն, հակառակ սեռի ներկայացուցիչների շրջանում հաջողության ցածր ցուցանիշ,
9. ցածր սթրեսային դիմադրողականություն, սեփական նպատակին հասնելու անկարողություն
10. կյանքից ամեն ինչ «այստեղ և հիմա» ստանալու սկզբունք,
11. նեղացկոտություն, հուզական անկայունություն, գերներշնչվողականություն,
12. բարոյագիտական նորմերի ու սկզբունքների բացակայություն, որը հանգեցնում է ներքին հակասության և զղջման զգացումի,
13. Ինացական գործընթացների ցածր մակարդակ,
14. Սեռական զարգացման ցածր աստիճան:

Բացի դեռահասների վերոնշյալ ռիսկի գործոններից, ռիսկի խմբին կարող են դասվել բնավորության շեշտվածություն (ակցենտուացիա) ունեցող դեռահասները: Այսպես՝ ռիսկային բնավորության շեշտվածությունները ներկայացված են ստորև՝

Աղյուսակ 6.

<i>Տեսակներ</i>	<i>Բնութագրում</i>
անկայուն	բարոյականության բացակայություն, անկանոն վարքագիծ դրսևորելու հակում
Էպիլեպտոիդ	ազրեսիայի, դժգոհության, չարացածության, անբարյացականության հակում
հիսթերոիդ	Այս տեսակի կարևոր գիծը սեփական ես-ի նկատմամբ ուշադրության անհագ հակումն է: Բոլոր արարքները նախատեսված են հանդիսատեսի համար և հիացմունք են պահանջում և ունեն ցուցադրական բնույթ:
հիպերթիմ	Ցանկացած խմբում աստղ են, ուրախամիտ, միշտ ունեն բարձր տրամադրություն, լավ ախորժակ, հանգիստ քուն, բարձր հուզական և սեռական ակտիվություն:
հիպոթիմ	Տրամադրությունը և ակտիվությունը անընդհատ ցածր են, հեշտությամբ են տրվում խմիչքին և թմրանյութերին:

կոմֆորմ	Միանգամից ընդօրինակում են խմբի կերպարներին, գլխավոր ցանկությունն է ապրել, մտածել, գործել, ինչպես բոլորը: Ընկնելով վատ միջավայր՝ կրկնօրինակում են այդ միջավայրի բարքերը:
---------	---

Թմրանյութերի հիմնական խմբերը՝

- կանաքինոլներ (մարիխուանա, հաշիշ, պլան, անաշա),
- օպիումի պատրաստուկներ (օպիոդներ, հերոին, կոդեին),
- հոգեստիմուլյատորներ (կոկաին, կոֆեին, պերվետին),
- հալյուցինոգեններ:

Գրականություն

1. *Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում – 10, Հոգեկան և վարքային խանգարումների դասակարգում, կլինիկական նկարագրություն և ախտորոշման ցուցումներ*, (2001). խմբագիր՝ Մ.Ա. Մելիք-Փաշայան, Երևան:
2. Editors Sadock, B. J., Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th edition, Volume I, Lippincott Williams and Wilkins, PA USA.
3. Editors B. J. Sadock, Sadock, V.A., (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th edition, Volume II, Lippincott Williams and Wilkins, PA USA.

7.Ռազմական հոգեբանության հիմնախնդիրներ

ՀՀ ռազմական անվտանգությունն ապահովում են մարտունակ, արտաքին սպառնալիքների հետմղման խնդիրների լուծմանը մշտապես պատրաստ զինված ուժերը:

Զինված ուժերում աշխատող մասնագետների ամենօրյա ուսումնասիրման խնդիրներն են զինծառայողների անձի և զինվորական կոլեկտիվների հոգեբանական դրսևորումների և օրինաչափությունների գիտակցումը ռազմական տարբեր գործունեության պայմաններում: Այս օրինաչափություններն էլ հենց հանդիսանում ռազմական հոգեբանության, որպես հոգեբանության ճյուղի ուսումնասիրության առարկան են:

Զինված ուժերի մարտունակության կարևորագույն բաղադրիչներից են ժամանակակից պայմաններում մարտական խնդիրների արդյունավետ կատարումը, զինվորի հոգեկանի և վարքի դրսևորման օրինաչափությունները մարտի ժամանակ, անձնակազմի կայուն բարոյահոգեբանական վիճակը, զորակոչային տարիքի երիտասարդների սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունների ուսումնասիրությունը և մասնագիտական պիտանելիության հոգեբանական ասպեկտները, զինվորական կոլեկտիվում կարգապահության, միջանձնային փոխհարաբերությունների և կոնֆլիկտների լուծման ունակությունները և, իհարկե, ոչ

կանոնադրային փոխհարաբերությունների սոցիալ-հոգեբանական կանխարգելումը, ռազմական սթրեսի հաղթահարման ճանապարհները և այլն:

Ժամանակակից պատերազմում մարտական խնդիրների կատարումը կապված է նախկինում չհանդիպած դժվարությունների, բարոյական, հոգեբանական ու ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունների հետ, որոնք պայմանավորված են ինչպես մարտական գործողությունների բնույթի փոփոխությամբ, այնպես էլ հանկարծակիությամբ, տարբեր տեսակի ներգործություններով և այլն: Այս պարագայում ստորաբաժանումներից պահանջվում են մեծ շարժունակություն, գործողությունների արագություն, կարգապահություն, աձնուրացություն, համախմբվածություն, ներդաշնակորեն գործելու ունակություն, իսկ հրամանատարից՝ կառավարման մեծ վարպետություն, ստեղծագործական մտածողություն, կայունություն և խիզախություն:

Զինվորական գործունեությունն այնպիսի գործունեություն է, որը կապված է արտակարգ պայմանների և կյանքի համար ռիսկի տարրերի հետ: Այսպիսով, մարտական խնդիրներ կատարելիս հրամանատարները պետք է հաշվի առնեն զինծառայողների հոգեվիճակների առանձնահատկությունները և արտակարգ պայմանների հոգեծին գործոնների ազդեցության բնույթն ու ինտենսիվությունը, ինչպես նաև գործունեությանը հարմարվելիս հոգեվիճակների այն փոփոխությունների օրինաչափությունները, որոնք առաջանում են կյանքի համար սպառնալիքի առկայությամբ: Այսպիսով, անձնային գործոնի հաշվառումը հնարավորություն է տալիս օպտիմալ կերպով համալրելու ու ձևավորելու մարտական հաշվարկները, զինվորական կոլեկտիվները: Նման մոտեցումը հնարավորություն է տալիս առավել մեծ արդյունավետությամբ կատարելու գորքերի ներդաշնակման, հետևաբար և դրանց կառավարման խնդիրները:

Ժամանակակից պատերազմին զինծառայողների պատրաստությունը կարող է իրականացվել միայն հիմնավորվելով կոնկրետ մարտական իրավիճակում նրանց հոգեկանի և վարքի խորը ըմբռնմամբ, այսինքն՝ հաշվի առնելով մարտական տարբեր գործողություններում նպատակների, խնդիրների, միջոցների և ձևերի առանձնահատկությունները:

Ըստ էության, ռազմական խորամանկությունը, քողարկումը և հանկարծակիությունը մարտավարական և տեխնիկական միջոցներով հասանելի առանձնակի հոգեբանական ֆենոմեններ են, որոնք հակառակորդին ռեֆլեքսորեն կառավարելու համակարգի միջոցառումներից են: Հակառակորդին ռեֆլեքսորեն կառավարել նշանակում է ակտիվորեն ներագդել նրա կողմից մարտական իրավիճակի գործընթացների ընկալման վրա, տարածաժամանակային և իրադրական տարրերի առումով ապակողմնորոշելով՝ պարտության տանող որոշում ընդունել:

Իրականում ռազմական խորամանկությունն ավելի շուտ մարտական գործողություններ վարելու եղանակ է, քողարկումը՝ դրա հիմնական միջոցներից, իսկ հանկարծակիությունը՝ հասանելի արդյունք:

Զինված հակամարտություններում նշված երևույթների հոգեբանական մեխանիզմների և դրանց դրսևորումների օրինաչափությունների իմացությունը հրամանատարների, շտաբների անձնակազմի, ԱՀՏՄ մարմինների կողմից թույլ է տալիս ենթականերին նպատակաուղղված տանել դեպի մարտական հաջողություններ:

Հայտնի է, որ ռազմարվեստում զարգացումները բխում են մարդուց և նրան էլ վերադառնում են: Դրա համար ռազմարվեստի ձևավորումը մեծ մասամբ կարելի է դասել որպես կիրառական հոգեբանության արդյունք:

Հարմարվելու, մարտական իրադրության մեջ արագ կողմնորոշվելու, մարտական գործողությունները ակտիվ և արդյունավետ կերպով կատարելու համար կարևոր նշանակություն ունեն գինվորի անձի դիրքորոշումը, մարտին հոգեբանական պատրաստվածությունը, մարտական խնդիրները կատարելու անձնական մասնակցության անհրաժեշտության գիտակցումը:

Ռազմական հոգեբանների հիմնական գործառույթները

Ռազմական հոգեբաններ կրթելու հիմնախնդիրը կարևորագույն տեղ է զբաղեցնում ՀՀ ՁՈԻ-ի ստորաբաժանումները մասնագետներով համալրելու և մշտական մարտական պատրաստվածության բարձր մակարդակ ապահովելու համար անհրաժեշտ մասնագետներ պատրաստելու գործում:

Ռազմական հոգեբանների հիմնական գործառույթներն են՝

- * պարզել անձնակազմի անդամների հոգեբանական հատկությունները,
- * ուսումնասիրել և վերլուծել ստորաբաժանումներում տեղի ունեցող սոցիալ-հոգեբանական գործընթացները,
- * մշակել գործնական առաջարկություններ՝ ուղղված գինվորական կարգապահությունն ամրապնդելու և իրավախախտումները կանխելուն,
- * մասնակցել անձնակազմի մասնագիտական հոգեբանական ընտրագատմանը,
- * մեթոդապես ապահովել սպաների, ենթասպաների, սերժանտների հետ անցկացվող հոգեբանամանկավարժական պարապունքները,
- * կազմակերպել միջոցառումներ՝ ուղղված անձնակազմի՝ հնարավոր հակառակորդի բացասական տեղեկահոգեբանական ներգործություններից պաշտպանությանը,
- * զինձառայողների և նրանց ընտանիքի անդամների համար անցկացնել անհատական և խմբային հոգեթերապևտիկ աշխատանք հոգեբանական վերականգման ընթացքում:

Զինվորական գործունեության հոգեբանությունը

Մարդու կյանքում կարևոր տեղ է զբաղեցնում զինվորական ծառայությունը՝ զինվորական գործունեությունը, որն ունի իր առանձնահատկությունները: Այն զինձառայողից պահանջում է պատշաճ մակարդակի կրթվածություն, մասնագիտական ու ֆիզիկական պատրաստվածություն, հոգեբանական կայունություն:

Զինվորական գործունեությունը կարելի է պայմանականորեն բաժանել երեք հիմնական տեսակի՝ մարտական, ուսումնամարտական և ամենօրյա:

Մարտական գործունեությունը զինվորական գործունեության հիմնական տեսակն է: Այն իրականացվում է մարտական գործողությունների ընթացքում (հարձակում, պաշտպանություն, տարաշարժ և այլն):

Ուսումնամարտական գործունեությունը բաղկացած է անձնակազմի ուսուցման և դաստիարակության, ինչպես նաև համատեղ մարտական գործողությունների վարման համար ստորաբաժանումների և զորամասերի մարտական ներդաշնակեցման միջոցառումների համակարգից:

Ուսումնասիրտական գործունեությունն իրականացվում է մարտական արդյունավետ գործունեությունն ապահովման նպատակով:

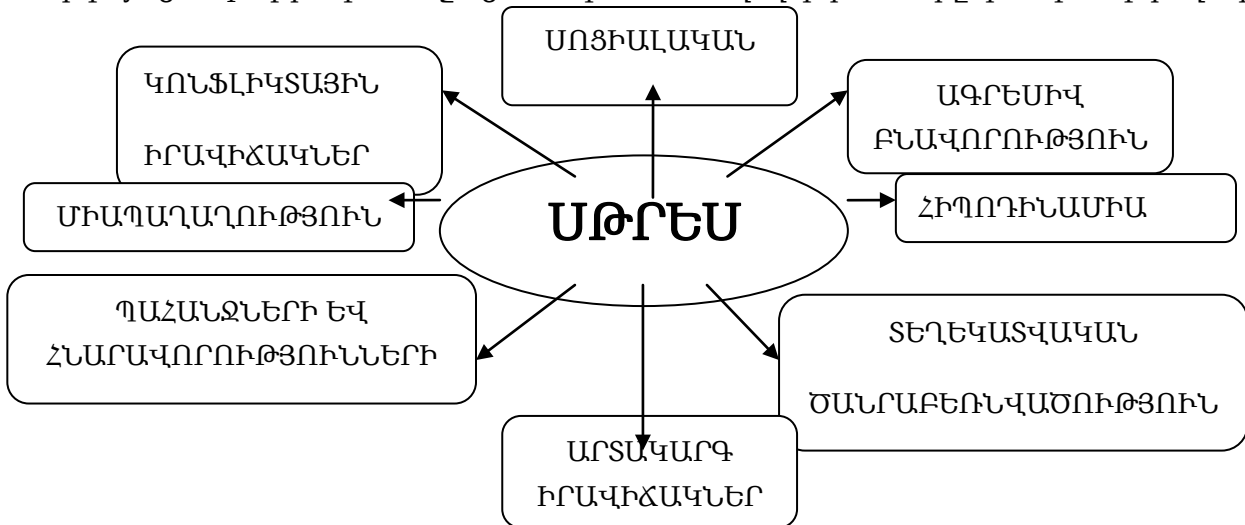
Ամենօրյա գործունեությունը գործնականում ներառում է զինծառայողների կենսակերպի բոլոր կողմերը: Յուրաքանչյուր զորամասում ամենօրյա գործունեությունն իրականացվում է համագորային կանոնադրությունների պահանջներին խիստ համապատասխան: Ամենօրյա գործունեության ընթացքում իրենց պարտականությունների կատարումը օգնում է զինծառայողներին հետագայում հաղթահարելու մարտական իրադրություններում ի հայտ եկող ծանր փորձությունները:

Մարտական սթրեսի հոգեբանական բնութագիրը

Զինվորական ծառայությունը կապված է արտակարգ (էքստրեմալ) պայմանների և կյանքի համար ռիսկի տարրերի հետ: Զինծառայողի հոգեվիճակը, ինչպես մյուս անհատական առանձնահատկություններն ազդում են զինծառայողի ներքին վերաբերմունքի, նրա հոգեկան և ֆիզիոլոգիական պրոցեսների տեմպի ու բովանդակության և ընդհանուր առմամբ նրա վարքի վրա: Արտակարգ պայմաններում մարդու կենսագործունեությունն ապահովվում է հարմարման և փոխհատուցման մեխանիզմների հաշվին, որոնց կարգավորումը իրականացնում է կենտրոնական նյարդային համակարգը: Այս գործընթացին մասնակցում են գլխուղեղի ակտիվացնող երեք աղբյուրները: Առաջինը միջին ուղեղն է, որն ապահովում է ընդհանուր ոչ մենահատուկ ակտիվություն (արթնության մակարդակը), ինչպես նաև հիպոթալամուսը: Երկրորդ աղբյուրը լիմբիկական համակարգն է, որը ձևավորում է հուզական հակազդումները: Երրորդ աղբյուրը, որը ներառում է գլխուղեղի ճակատային հատվածի կեղևը և ենթակեղևային գոյացությունները, որոշում է վարքի ուղղվածությունը և շարժողական ակտիվության համապատասխան մակարդակը:

Յուրաքանչյուր մարդու՝ արտակարգ իրավիճակին տրվող պատասխանը տարբեր է: Արտակարգ պայմաններում շատ իրավիճակներ կարող են լինել սթրեսածին՝ պայմանավորված տվյալ անձի՝ դրանց նկատմամբ ունեցած վերաբերմունքով: Սթրեսածին գործոնները նույն ազդեցությունն են ունենում բոլոր մարդկանց վրա, բայց պատասխան վարքային դրսևորումը կարող է տարբեր լինել: Մարդկանց մի մասը անկարող է դիմագրավելու դժվարություններին, մյուսը կենտրոնացնում ֆիզիկական և հոգեկան բոլոր ուժերը՝ դրանք հաղթահարելու համար:

Զինվորական ծառայության ընթացքում առաջացող սթրես կարող են լինել առավոտյան շուտ պարտադրված արթնանալը, տրվող հրամաններին ենթարկվելու անհրաժեշտությունը, վերադասի հետ ունեցած կոնֆլիկտը, խախտումների հետ կապված պատիժները և այլն: Ներկայացնենք սթրեսի առաջացման պատճառ եղող գործոնները գծապատկերով՝ սթրեսի



առաջացման պատճառ եղող գործոնները:

Որոշակի իրավիճակում գործոններից մեկի ազդեցությունը կարող է լինել դոմինանտ, բայց հնարավոր է նաև մի խումբ գործոնների ազդեցություն:

Ջինվորների շրջանում առաջացող սթրեսային վիճակները պայմանավորված են մի քանի գործոններով.

- յուրաքանչյուր սթրեսի ազդեցության ուժով,
- սթրեսային քանակով,
- նրանց անսովոր լինելով,
- սթրեսների զուգորդումներով,
- զինվորի հոգեկան խոցելիությամբ:

Սթրես-գործոնների ազդեցությունը կարող է հանգեցնել կա՛մ հարմարվելու գործընթացների ձևավորմանը, կա՛մ օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական համակարգի ինքնակառավարման խախտմանը:

Սթրեսը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ իմացական գործընթացների վրա՝ խոչընդոտելով նպատակաուղղված գործունեության իրականացումը, ինչպես նաև կարող է հանգեցնել ախտաբանական վիճակների և հոգեառնամտիկ հիվանդությունների:

Սթրեսին դիմակայելու նախապայմաններից մեկը մարդկանց մի մասին բնորոշ հուզական և կամային կայունությունն է: Այս մարդիկ սթրեսի ազդեցությունը մյուսներից ավելի ուշ են զգում և այն ավելի արագ են հաղթահարում: Եվ ընդհակառակը, ցածր հուզական կայունությունն ու խիստ լարվածությունը հանգեցնում են սթրեսի բացասական դրսևորումների զարգացմանը:

Անկախ սթրես առաջացնող պատճառներից՝ այն անցնում է երեք փուլ, որոնք քիչ այլ են Սեյլեի նկարագրած փուլերից: Սթրեսը, որը ծագում է մարտական իրադրություններում, ունի իր առանձնահատկությունները:

Առաջին փուլի ընթացքում զինվորները պատրաստվում են հակազդել տագնապալի իրողությանը: Նրանց գործողությունները բավական արդյունավետ են, եթե բազմաթիվ անգամներ կատարվել և ստացել են ինքնաբեր բնույթ: Այդ փուլը կոչվում է պայքարի փուլ և համեմատաբար կարճ է: Փորձառու զինվորների համար այն տևում է մի քանի րոպե, իսկ անփորձ զինվորները հարմարվում են մի քանի ժամվա ընթացքում: Այդ նկատառումով ստորաբաժանումների կազմում անփորձ զինվորների հետ ընդգրկվում են փորձառու զինվորները, ընդ որում, վերջիններիս քանակը միշտ ավելի մեծ է:

Վտանգի հետ անմիջական շփման փուլը երկրորդն է: Այս փուլին բնորոշ են վախի և ագրեսիայի բացահայտ դրսևորումները: Փորձված զինվորների շրջանում այդ հուզական վիճակներն արտահայտվում են սովորաբար մարտից հետո, մինչդեռ բուն մարտի ժամանակ նրանց վարքը և գործողությունները վճռական բնույթ ունեն: Անփորձ զինվորների շրջանում վախը բավականին բուռն է արտահայտվում մարտից առաջ և մարտի ընթացքում: Դրանով է պայմանավորված անփորձ զինվորների անկանոն, անարդյունավետ հուզական վարքը մարտի ժամանակ:

Կարծրատիպերի ինտենսիվ, երկարատև ներգործության դեպքում ուժասպառ մարտերի արդյունքում սկսվում են արտահայտվել սթրեսի երրորդ, այսպես կոչված, հյուծման փուլը: Այդ դեպքում արդեն գրանցվում են զինվորների ցրված գործողությունները, կատարողականության մակարդակի կտրուկ անկումը, և հենց այս փուլի ընթացքում ստորաբաժանումներն սկսում են կրել իրենց հիմնական կորուստները:

Ռազմական հոգեբանության մեջ առանձնացվում է չորրորդ փուլը, որն անվանում են սուր և խորաթափանց: Այդ հոգեկան վիճակն առաջացնում է մարտական իրադրությանն ամբողջապես

անհամապատասխան վարքի տեսակներ: Ենթարկվելով ուժգին կրակի՝ զինվորներն սկսում են ապրել ապահովության ու անվտանգության հոգեվիճակ և կարծես թե մոռանում են ակնհայտ վտանգի մասին: Վախը՝ որպես հոգեբանական պաշտպանական միջոց, մղվում է հետին պլան, իրականության ընկալումն աղճատվում է: Հոգեբանական անտարբերության այդպիսի վիճակը հանգեցնում է չափազանց ծանր հետևանքների: Զինվորները կարծես թե դառնում են կույր և անգործունյա, նրանք չեն ցանկանում պաշտպանվել, պատասխան կրակ բացել: Նման անկառավարելի վիճակում զինվորներից ոմանք անկանոն շարժումներ և գործողություններ են կատարում, վազում են թշնամու կրակին ընդառաջ կամ հակառակ ուղղությամբ, հաճախ հանձնվում են: Որպեսզի նման հոգեվիճակները հասցվեն նվազագույնի, անհրաժեշտ է նախ իմանալ, թե որ գործոններն են առաջացնում սթրեսի սուր փուլը և իմանալով այդ՝ նախապես հոգեբանորեն կանխել այս գործոնների ազդեցությունը:

Սուր սթրեսի աղբյուր են՝

- ❖ ռազմական գործողությունները թշնամու թիկունքում,
- ❖ թշնամու կողմից նորագույն զենք կիրառելը,
- ❖ ստորաբաժանումների խիստ տարակենտրոնացումը,
- ❖ կորուստների մեծ քանակը,
- ❖ անընդմեջ շարունակվող մարտական գործողությունները,
- ❖ գիշերային մարտերը,
- ❖ արտակարգ իրադարձությունները,
- ❖ կրակային օժանդակաման և անվտանգության գոտու բացակայությունը,
- ❖ շրջափակումը,
- ❖ անբավարար տեղեկատվությունը թշնամու գործողությունների մասին,
- ❖ ռազմական գործողությունների պլանի բացակայությունը,
- ❖ հիմնական ուժերի հետ կապի բացակայությունը,
- ❖ անվստահությունը հրամանատարների նկատմամբ,
- ❖ կլիմայական անբարենպաստ պայմանները:

Հաճախ սթրես ենք անվանում բացասական տարբեր հուզական վիճակները, սակայն բուն սթրեսային վիճակին բնորոշ են որոշակի ֆիզիկական և հոգեկան առանձնահատկությունները: Մարտից առաջ զինվորներից շատերի դեպքում ուժեղ հուզմունք է առաջանում, որը կարող է գուգակցվել գլխացավով, սրտխառնոցով, ոտքերի և ձեռքերի թմրածությամբ: Ռազմական հոգեբանության մեջ վերոնշյալ նկարագրությունն անվանում են «նախամարտկան սինդրոմ (համախտանիշ)», որը ցայտուն արտահայտվում է անփորձ զինվորների շրջանում:

Գրականություն

1. Ռազմական հոգեբանության հիմնախնդիրները, (2013). Հանրապետական գիտաժողովի նյութեր, մայիսի 23-24, Երևան:
2. *Военная психология. Учебник в 3-х ч./ Под ред. А.Г. Караяни. (2004), Москва.*
3. Караяни, А.Г., (1997). *Информационно-психологическое противоборство в современной войне.* Москва.
4. Караяни, А.Г., (2007). *Введение в профессию военного психолога / Под ред. Зинченко Ю.П. (1-е изд.).* Москва.
5. Корчемный, П., (1996). *Военная психология: методология, теория, практика.* Москва.
6. *Современная военная психология: Хрестоматия /Сост. Урбанович А.А., (2003). Харвест, Минск.*

Գրականություն²³

1. Գասպարյան, Խ., Եղիյան, Մ., Հովսեփյան, Թ., (2010). *Հոգեկան առողջությունը և մարդու իրավունքները*, Երևան:
2. Գասպարյան, Խ., Տեր-Մինասյան, Վ., Կարապետյան, Հ., (2011). *Պալիատիվ խնամք*, բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, «Պոլիգրաֆիզնես», Երևան:
3. *Դիցարանական բառարան*, (1985). Բոսովինինիկ, Մ.Ն., Կոզան, Մ.Ա., Ռաբանովիչ, Մ.Բ. Բ.Պ. Սելեցկի: Թարգմ.՝ Ս.Մ. Կրկյաշարյանը.- «Լույս», Երևան:
4. *Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում – 10, Հոգեկան և վարքային խանգարումների դասակարգում, կլինիկական նկարագրություն և ախտորոշման ցուցումներ*, (2001). Խմբագիր՝ Մ.Ա. Մելիք-Փաշայան, Երևան:
5. Մելիք-Փաշայան, Մ.Ա., Գասպարյան, Խ.Վ., (1994). *Բժշկական հոգեբանություն*, «Տոներ», Երևան:
6. , Վ.Հ. (2007). *Հոգեվերլուծություն*. Ուսումնական ձեռնարկ, «Արվա-Փրես», Երևան:
7. Նալչաջյան, Ա., (1997). *Հոգեբանության հիմունքներ*, Երևան:
8. Պապոյան, Վ.Ռ., Գալստյան, Ա.Ս., Ղազարյան, Գ.Հ., (2009). *Հոգեբանական և սոցիալական աշխատանքները ՀՀ ԱՆ քրեակատարողական ծառայություններում*: Մեթոդական ձեռնարկ, Երևան
9. *Ռազմական հոգեբանության հիմնախնդիրները*, (2013). Հոգեկան առողջության հայկական հանդես, հանրապետական գիտաժողովի նյութեր, մայիսի 23-24, Երևան:
10. Սուքիասյան, Ս.Հ., Մարգարյան, Ս.Պ., (2006). *Հոգեբանություն*: Մաս I, Աստղիկ, Երևան:
11. Վան, Հ., (2010). *Հոգեվերլուծական մտքի ընտրանի*, Երևան:
12. Александр, Ф., (2002). *Психосоматическая медицина*, Эксмо, Москва.
13. Ахмедов, Т.И., (2007). *Гипноз, новейший справочник*, Эксмо, Москва.
14. Безносков, С.П., (2004). *Профессии на льду деформация личности*, Изд. Речь, СПб.
15. Бендлер, Р., Гриндер, Д., (1995). *Рефрейминг*, Воронеж
16. Бендлер, Р., Гриндер, Д., Сатир, В., (1993). *Семейная терапия*, Воронеж
17. Бендлер, Р., Гриндер, Д., (1993). *Структура магии*, СПб.
18. Бернс, Р., (2003). *Что такое Я-концепция, Психология самосознания*: Хрест. / Ред. Д.Я. Райгородский., Бахрах-М, Самара
19. Вительс, Ф., (1991). *Фрейд, его личность, учение и школа*, ЭГО, Ленинград
20. Водопьянова, Н.Е., (2002). *Профессиональное выгорание врачей стоматологов*, Журнал Стоматолог №7
21. Водопьянова, Н.Е., Старченкова, Е.С., (2008). *Синдром выгорания*, Изд. Питер, СПб.
22. Гамезов, М. В., Домашенко, И.А., (2004). *Атлас по психологии*. Москва.
23. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология*. Т1 - Москва.
24. Годфруа, Ж., (1996). *Что такое психология*. Т2 - Москва.
25. Государев, Н.А., (2007). *Клиническая психология: Учебное пособие*, Москва.
26. Дернер, К., (2006). *Хороший врач*, Алетейа, Москва.
27. Дьяченко, М.И., Кандыбович, Л.А., (2007). *Психологический словарь-справочник*.- Харвест, Минск.
28. Елисеев, Ю.Ю., (2003). *Психосоматические заболевания*, Эксмо, Москва.
29. Изард, К.Э., (2008) *Психология эмоций*, СПб.
30. Карвасарский, Б.Д., (2002). *Психотерапия: учеб. для вузов /Изд. 2-е, перераб. – СПб.*

²³ Գրականության ցանկը ներկայացված է Ամերիկյան Հոգեբանական Ասոցիացիայի կողմից մշակված ձևաչափով:

31. *Клиническая психология.* (2003). /Под ред. М. Пере, У. Бауманна. СПб.
32. *Клиническая психология.* (2002). / Под ред. Перре, М., Бауманна, У., Питер, СПб.
33. *Клиническая психология.* (2008). Учебник для вузов. 4-ое издание./ Под ред. Карвасарского, Б. Д., Питер, СПб.
34. *Клиническая психология.* (2004). учебник. /Под ред. Карвасарского, Б.Д., СПб.
35. *Клиническая психотерапия в общей врачебной практике.* (2008) /Под редакцией Незнанова, Н. Г., Карвасарского, Б. Д., СПб.
36. *Клиническая психология. Теория, практика, исследования* (2007) / Сандберг, Н., Уайнбергер, А., Таплин, Дж., Прайм-Еврознак, СПб.,
37. Комер, Р. (2007). *Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.* 4-е изд./ Комер Р., Прайм-Еврознак, СПб.
38. Кречмер, Э. (2001). *Строение тела и характер,* Москва.
39. Маклаков, А.Г., (2007). *Общая психология: Учебник для вузов.* Питер, СПб.
40. Малкина-Пых, И.Г., (2005). *Психосоматика: справочник практического психолога,* Москва.
41. Малкина-Пых, Н.Г., (2004). *Психосоматика,* Изд. Эксмо, Москва.
42. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология,* Москва.
43. Менделевич, В.Д., (2001). *Клиническая и медицинская психология.* Практическое руководство, Медпресс, Москва
44. Менделевич, В.Д., (2008). *Клиническая и медицинская психология: учебное пособие/ В.Д. Менделевич.-6-е изд.: МЕДпресс-информ, Москва*
45. Мертенс, В., (2001). *Ключевые понятия психоанализа,* Санкт-Петербург.
46. Немов, Р.С., (2003). *Психология: Словарь-справочник,* Владос-пресс, Ч.1.
47. О' Коннор, Д., Сеймор, Д., (1997). *Введение в нейролингвистическое программирование,* Челябинск
48. Олдер, Г., Хэзер, Б., (2000). *НЛП. Вводный курс.* Полное практическое руководство. «София». Киев.
49. Петровский, А.В., (1997). *Введение в психологию,* Изд. «Академия», Москва.
50. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты,* (2006). Учебное пособие. /Под ред. Д. Я. Райгородского, Самара.
51. *Психология памяти,* (1998). /Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтера и В.Я.Романовой, Москва.
52. *Психотерапевтическая энциклопедия,* (1998). Под ред. Карвасарского, Б.Д., Изд. Питер, Санкт-Петербург
53. Саенко, Ю.В., (2010). *Регуляция Эмоций, тренинги управления чувствами и настроениями,* Санкт-Петербург.
54. Столин, В.В., (1983). *Самосознание личности,* Издательство Московского Университета, Москва.
55. Столяренко, Л.Д. (2000). *Основы психологии.* Издание третье, переработанное и дополненное, «Феникс», Ростов-на-Дону.
56. Столяренко, Л.Д., (2008). *Основы психологии,* Феникс, Ростов-на-Дону.
57. Стюарт, Я., Джойнс В., (1996). *Современный Транзактный Анализ,* СПб.
58. Тадевосян, А.С., (2002). *Стрессология,* Изд. «Гитуюн» НАН РА, Ереван.
59. Творогова, Н.Д., (1998). *Психология. Лекции для студентов медицинских вузов,* Москва.
60. Тодд, Дж., Богарт, К. А., (2001)., *Основы клинической и консультативной психологии,* Сова, СПб.
61. Филиппов, А.В., Романова Н.Н., Леонтьев Т.В., (2011). *Тысяча состояний души. Краткий психолого-филологический словарь,* Флинта.
62. Фрейд, А., (1993). *Психология Я и защитные механизмы.* Пер. с англ., Педагогика, Москва.
63. Фрейд, З., (1989). *Введение в психоанализ,* Наука, Москва.

64. Фрейд, З., (1990). *Психология бессознательного*, Просвещение, Москва.
65. Фрейд, З., (2004). *Основные психологические теории в психоанализе*, Харвест, Минск.
66. Фромм, Э., (2009). *Человек для самого себя*, Пер. с англ. Э. Спировой. АСТ Москва.
67. Фромм, Э., (2011). *Бегство от свободы* (1941) / Перевод Г. Ф. Швейника. Астрель, Москва.
68. Фромм, Э., (2010). *Иметь или быть?* (1976) / Перевод Э. М. Телятниковой. Москва.
69. Фромм, Э., (1990). *Искусство любить. Исследование природы любви* (1956) / Перевод Л. А. Чернышёвой, Педагогика, Москва.
70. Хьелл, Л., Зиглер, Д. (2003). *Теории личности*, Питер, СПб.
71. Хьелл, Л., Зиглер, Д., (2006). *Теории личности, Основные положения, исследования и применение*, Питер, СПб.
72. Чеснокова, И.И., (1977). *Проблема самосознания в психологии*, Москва.
73. Шавердян, Г.М., (2007). *Основы психотерапии*, Питер, СПб.
74. Щербатых, Ю.В., (2006). *Психология стресса и методы коррекции*, Питер, СПб.
75. Юнг, К., (1996). *Проблемы души современного человека*, Прогресс, Москва.
76. Юнг, К., (2003). *Очерки аналитической психологии*, Харвест, Минск.
77. Яровинский, М.Я. (2006). *Медицинская этика*, Изд. Медицина, Москва.
78. Allen, R. Barlow (1981). *Gestalt-antecedent influence or historical accident*, in Volume IV, Number 2, The Gestalt Journal.
79. Atkinson, R.C., Shiffrin, R.M. (1968). *Human memory: A proposed system and its control processes*. In K.W. Spence and J.T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation*, Vol. 2. Academic Press, London, .
80. Carson, R. C., Coleman, J. C., Butcher, J. N. (1988). *Abnormal Psychology and Modern Life*, Eighth Edition. Published by Scott, Foresman and Company, Glanview, Illinois, Boston, London.
81. Editors Sadock, B. J., Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th edition, Volume I, Lippincott Williams and Wilkins, PA USA.
82. Editors B. J. Sadock, Sadock, V.A., (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th edition, Volume II, Lippincott Williams and Wilkins, PA USA.
83. Cramer Ph., (2006). *Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action*. The Guilford Press; 1 edition.
84. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*, (5th ed.). (2013). American Psychiatric Association.
85. *Gestalt Therapy*. An Introduction by Gary Yontef, (1993) The Gestalt Journal Press.
86. Grohol, J. (2007). *15 Common Defense Mechanisms* (from <http://psychcentral.com/lib/15-common-defense-mechanisms/0001251>)
87. Kramer U. (2010). *Coping and defense mechanisms: What's the difference? Second act. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), pp. 207-221.,
88. Larsen A., Bøggild, H., Mortensen, J., Foldager, L., Hansen, J., Christensen, A., & ... Munk-Jørgensen, P. (2010). *Psychopathology, defense mechanisms, and the psychosocial work environment*. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), pp. 563-577.
89. Marty P. (2011). *La psychosomatique de l'adulte -Que sais-je?*, PUF, Paris.
90. *Merriam-Webster's collegiate dictionary (10th ed.)*. (1993). Springfield, MA: Merriam-Webster.

91. Olson T. R., Perry, J., Janzen, J. I., Petraglia, J., & Presniak, M. D. (2011). *Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations.*, *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(2), 142-165.
92. Vaillant G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986) *An empirically validated hierarchy of defense mechanisms.* *Archives of General Psychiatry*.

Հավելված 1. Դիցաբանական տերմիններ հոգեբանության մեջ

Փայուքեն (նաև Փսիքե, Փայուխե). հունական դիցաբանության մեջ մարդկային հոգու անձնավորումն է, որ սովորաբար **պատկերվում էր թիթեռնիկի կամ էլ թիթեռնիկի թևեր ունեցող աղջկա տեսքով**: Հնագույն ժամանակներում հոգին պատկերացրել են թռչնի տեսքով, որը հեռանում է մարդուց նրա մահից հետո: Փայուքեն թագավորի կրտսեր դուստրն էր, որը գեղեցկությամբ մրցում էր իր իսկ՝ Ափրոդիտեի հետ: Վիրավորված աստվածուհին որոշում է պատժել Փայուքեին և ուղարկում է իր որդի Էրոսին (Ամուր), որը, գերված Փայուքեի գեղեցկությամբ, նրան փոխադրում է իր պալատը և այնտեղ նրան այցելում է միայն գիշերները, որպեսզի Փայուքեն չկարողանա տեսնել իր դեմքը: Նախանձոտ քույրերի սադրանքով Փայուքեն, խախտելով արգելքը, փորձում է տեսնել Էրոսին, իսկ վերջինս անհետանում է: Փայուքեն երկար փնտրում է սիրեցյալին, ունենում բազում արկածներ, շատ տառապանքներ: Որոշ ժամանակ նա ստիպված դառնում է Ափրոդիտեի ստրկուհին՝ կատարելով դժվարին և վտանգավոր աշխատանքներ: Վերջիվերջո, Փայուքեն նորից միանում է Էրոսին, այս անգամ մշտապես: Ջուր Փայուքեին պարգևում է անմահություն (էջ 208):

Էրոսը (Էրոտ) հունական դիցաբանության մեջ սիրո աստվածությունն է, որը սկզբում Քաոսի, Գեայի (Երկրի), Տարտարոսի հետ ունեցել է տիեզերական գծեր: Համարվել է բնության մեջ տատերային ստեղծարար սկզբնավորության անձնավորումը: Էրոսը Ջուսի և Ափրոդիտեի որդին է: Ջուսն ուզում է սպանել նորածին Էրոսին, բայց Ափրոդիտեն փրկում է մանկանը՝ նրան թաքցնելով խուլ անտառում, որտեղ Էրոսին կերակրում էին մայր առյուծները: Երբեմն Էրոսը դիտվել է որպես զարնան աստված, նրան վերագրել են գերիշխանություն արտաքին բնության, մարդկանց և աստվածների բարոյական աշխարհի վրա: Էրոսի զորությանը չէին դիմանում ո՛չ մարդիկ, ո՛չ աստվածները: Էրոսը դառնում է սիրո անձնավորումը, Ափրոդիտեի ուղեկիցը և դեսպանը: Էրոսը կրում էր նետ, որի նիզակները անվրեպ խոցում էին մահկանացուներին և աստվածներին, նրանց մեջ առաջացնում սիրո զգացում, որը պարզ և ուրախություն, երջանկություն, տալիս տառապանք, ցավ և նույնիսկ մահ: Էրոսի նետերից պաշտպանված չէ նույնիսկ Ջուսը: Էրոսը համարվում է ոչ միայն տղամարդու և կնոջ սիրո աստվածը, այլև չափահաս տղամարդկանց և պատանիների ընկերության աստված: Էրոսի արձանները գետեղվում էին գիմնասիոններում: Ավելի ուշ Էրոսի անունը կապվում է Փայուքեի (հոգու) մասին առասպելի հետ, վերջինս երկար փորձություններից հետո դառնում է նրա կինը: Հռոմեական դիցաբանում Էրոսը համապատասխանում է Ամուրին (լատ. «amor»՝ սեր) կամ Կուպիդոնին (լատ. «cupido»՝ ցանկություն): Էրոսը համարվում էր նաև վշտի ամոքիչ, նրա արձանները դրվում էին որպես տապանաքարեր: Հունաստանում հաստատվել էր Էրոսի պաշտամունքը, բայց նրա տաճարները քիչ էին: Էրոսի պատվին կատարվում էին տոներ՝ Էրոտիդիաներ: Մպարտացիները ճակատամարտից առաջ զոհեր էին մատուցում Էրոսին: Նա պատկերվում էր որպես **ուսկեթև պատանի կամ փոքր տղա՝ նետ ու աղեղով, կապարճով, երբեմն՝ ջահով** (էջ 91-92):

Թանատոսը հունական դիցաբանության մեջ մահվան անձնավորումն է, քնի աստված Հիպնոսի երկվորյակ եղբայրը, Նիկսի (Գիշերվա) որդին: Նա երկաթե սիրտ ունի և աստվի է աստվածների: Նա աստվածներից միակն է, որ ընծաներ չի սիրում: Ողբերգություններում Թանատոսը ներկայացվում է սև թիկնոցով, թևերով և հնձող գերանդիով: Թանատոսի պաշտամունքը գյուրթուն է ունեցել Մպարտայում, որտեղ նա պատկերվել է որպես **թևավոր պատանի՝ հանգած ջահը ձեռքին** (էջ 93):

Էդիպը (Օդիպոս), ըստ հունական դիցաբանության, թեբեացի Լայիոսի և Իոկաստեի որդին է: Ըստ ավանադության՝ Էդիպի հորը գուշակը պատմել էր, որ նա կսպանվի հարազատ որդու ձեռքով, և երբ Էդիպը ծնվում է, Լայիոսը ծակոտում է նրա ներբանը («Էդիպ» նշանակում է «ուռած ոտք») և ստրուկին հրամայում է

նետել երեխային՝ որպես գազաններին կեր: Մտրուկը խղճում է երեխային և նրան հանձնում է Կորնթոսի թագավոր Պոլիբոսի հովվին: (Ըստ առավել հին տարբերակի՝ հայրը երեխային նետել է ծով, բայց ալիքները նրան դուրս են բերել ափ, և Էդիպին որդեգրել է Միկլիոնի թագավորը): Էդիպը մեծանում է՝ համոզված, որ Պոլիբոսն իր հայրն է: Պատանի Էդիպը ստանում է Դելփյան պատգամատան գուշակությունը, թե ինքը կսպանի իր հորը և կամուսնանա իր մոր հետ: Ահաբեկված գուշակությունից՝ Էդիպը որոշում է ընդմիջտ լքել Պոլիբոսին և նրա կնոջը՝ Մերոպեին և մեկնում է թափառելու: Ճանապարհների խաչմերուկում Էդիպը պատահում է Լայիոսին և վիճելով նրա հետ՝ սպանում է նրան և նրա բոլոր ուղեկիցներին, բացի մեկից, որին հաջողվում է փախչել: Այսպես կատարվում է գուշակության առաջին մասը. Էդիպը դառնում է հայրասպան: Թեբե գնալու ճանապարհին Էդիպը պատահում է Սֆինքսին, որը պահում էր քաղաք տանող ճանապարհը և ճամփորդներին առաջադրում հետևյալ հանելուկը. «Ո՞վ է առավոտյան քայլում չորս ոտքով, կեսօրին՝ երկու, իսկ երեկոյան՝ երեք»: Ոչ ոք չէր կարողանում գուշակել հանելուկը, և ճիվաղը հոշոտում էր ճամփորդներին: Էդիպը լուծում է Սֆինքսի հանելուկը (դա մարդն է՝ կյանքի երեք շրջաններում), որից հետո հրեշն իրեն նետում է անդունդը: Թեբե տանող ճանապարհը ազատվում է: Երախտապարտ թեբեացիները իրենց ազատարարին ընտրում են թագավոր և որպես կին նրան տալիս են Լայիոս թագավորի այրուն՝ Իոկաստեին: Այդ ամուսնությունից ծնվում են Էտեոկլես և Պոլինիկես որդիներն ու Անտիգոնե և Իսմենե դուստրերը (կա տարբերակ, որի համաձայն՝ բոլոր երեխաները ծնվել են Էդիպի երկրորդ կնոջից): Էդիպի երկարամյա թագավորությունից հետո Թեբեում սկսվում է սով և բռնկվում է ժանտախտի համաճարակ: Դելփյան պատգամատունը գուշակում է, որ աղետը կվերանա այն բանից հետո, երբ քաղաքից վտարվի Լայիոսին սպանողը: Պետության բարօրությամբ մտահոգված Էդիպը սկսում է փնտրել հանցագործին: Գտնելով Լայիոսի ուղեկիցներից միակ փրկված մարդուն՝ Էդիպը պարզում է, որ ինքն է եղել թեբեացի թագավորին սպանողը: Պարզվում է, որ սպանության վկան այն ստրուկն է, որը երեխային հանձնել էր Պոլիբոսի հովվին: Էդիպը սարսափով իմանում է, որ **ճակատագրական գուշակությունը կատարվեց. նա ոչ միայն հայրասպան է, այլև մոր ամուսինը:** Էդիպը կուրացնում է ինքն իրեն, իսկ Իոկաստեն ինքնասպանություն է գործում: Էդիպի կյանքի վերջին տարիների մասին կան տարբեր գրույցներ: Հնագույն առասպելը պատմում է, որ կույր Էդիպը իր կյանքի մնացած օրերն ապրել է Թեբեում: Հետագա առասպելները պատմում են որդիների կողմից Էդիպի արտաքսվելու մասին: Թեբեից հեռանալիս Էդիպն անիծել է որդիներին, և հայրական անեծքը նրանց վեճի ու կործանման պատճառ է դառնում:

Էդիպի մասին առասպելը դժբախտություն բերող երեխայի մասին շատ ժողովուրդների մոտ տարածված գրույցի տարբերակներից է: Էդիպի ստացած պատիժը արտացոլել է ծնողների և որդիների միջև ամուսնական հարաբերությունների խոր հնություն ունեցող արգելքը: Հնարավոր է, որ Էդիպը մինչհունական աստվածություն եղած լինի: Հարավային և Միջին Հունաստանում պահպանվել էին Էդիպի պաշտամունքի հետքեր դեռևս դասական ժամանակաշրջանում: Էդիպի մասին առասպելը իրենց ողբերգություններում մշակել են Սոփոկլեսը («Էդիպ արքա», «Էդիպը Կոլոնոսում») և Սենեկան: Էդիպը ոգեշնչել է Կոռնելիին, Վոլտերին, Շիլլերին և այլոց: Կոմպոզիտոր Ի. Ստրավինսկին հեղինակել է «Էդիպ» օրատորիան, իսկ ռումինացի երաժիշտ Էնեսկուն՝ «Էդիպ» օպերան:

Ժամանակակից մշակույթներում «Էդիպ» բառը իմաստուն, խորաթափանց մարդու նշանակություն ունի (Էջ 76-77):

Հիպնոսը հունական դիցաբանության մեջ քունն անձնավորող աստվածություն է, Նիկսի (Գիշերվա) որդին և Թանատոսի (Մահվան) եղբայրը: Նրան ենթարկվում են նույնիսկ աստվածները: Հիպնոսը

պատկերվում է որպես **թևավոր պատանի**, նրան պատկերել են նաև **քնած տղայի տեսքով**: Հիպնոսի աստիճաններն են կակաչի գլխիկը և ոչ մեծ եղջուրը: (էջ 143)

Նարցիսը (Նարկիկոս) գետերի աստված Կեփիսոսի և հավերժահարս Լավրիոնեի որդին էր: Օրակույր ասել էր նրանց, որ **երեխան կապրի մինչև խոր ծերություն, եթե չտեսնի իր արտացոլքը կամ չճանաչի իրեն**: **Նարցիսը ծնվել է բոնաբարության հետևանքով, եղել է անցանկալի երեխա**:

Անտառում որսի ժամանակ Նարցիսին է տեսնում **անտառի հավերժահարս Էքոն**. նա չունի խոսելու ունակություն և կարողանում է միայն կրկնել ուրիշի ասածը: Նարցիսը մոլորվում է և կանչում է ընկերներին. <<Եկե՛ք ինձ մոտ>>, Էքոն կրկնում է. <<Ինձ մո՛տ, ինձ մո՛տ>> և ձգվում է դեպի չքնաղ պատանին: Նարցիսը մերժում է նրան, ասում է. <<Ավելի լավ է մեռնեմ, քան թողնեմ հպվես ինձ>>:

Անպատասխան սիրո տառապանքից Էքոն չորանում է և մահանում: Բարկանում է սիրո աստվածուհին՝ Ափրոդիտեն, և պատժում է Նարցիսին: Նա տեսնում է իր արտացոլքը ջրում և սիրահարվում: Անհույս սիրո տառապանքից մահանում է և դառնում ծաղիկ / 2, 57/:

Քիչ հայտնի տարբերակ է, որ Նարցիսը ունենում է գույգ քույրեր, որին նա սիրահարվում է: Քույրերից մեկը մահանում է, և մի անգամ ջրի մեջ տեսնելով իր արտացոլքը Նարցիսը կարծում է, թե իր քույրն է: Սիրահարվում է արտացոլքին, ձգտում է դեպի նա, բայց այդպես էլ չի կարողանում հասնել նրան: Տեսնում է, որ արտացոլքն էլ է ձգվում դեպի ինքը և նրա տառապանքը կրկնապատկվում է: Նա չի կարողանում հասնել իր սիրելիին և չի կարողանում ազատել նրան տառապանքներից: Ողբերգությունը կրկին ավարտվում է ծաղկի վերափոխումով:

Մյուս առասպելի համաձայն՝ Նարցիսին սիրահարվել է մի պատանի, որին նա մերժում է և նվիրում է դաշույն: Հուսահատված պատանին Նարցիսի տան դռան մոտ ինքնասպանություն է գործում այդ նույն դաշույնով: Բարկանում են աստվածները և պատժում Նարցիսին: Եվ Նարցիսը, սիրահարվելով իր արտացոլքին, չի դիմանում այդ տառապանքին և դաշույնով ինքնասպանություն է գործում: Իր արյան հետքերից աճում են ծաղիկներ:

Դիցաբանական բառարան, Մ.Ն. Բոսովինսկի, Մ.Ա. Կոզան, Մ.Բ. Ռաբանովիչ, Բ.Պ. Սելեցկի: Թարգմ.՝ Մ.Մ. Կրկյաշարյանը.- Երևան, Լույս, 1985. 264 էջ:

Հավելված 2. Առաջնային ներկայացուցչական համակարգի գնահատման թեստ

Առաջնային ներկայացուցչական համակարգի մեթոդիկա

1. Միտում եմ հետևել ամպերին և աստղերին:
2. Հաճախ եմ ցածրաձայն ինքս ինձ երգում:
3. Չեմ ընդունում այն նորաձևությունը, որը հարմարավետ չէ:
4. Միտում եմ շոգեբաղնիք հաճախել:
5. Մեքենայի գույնն ինձ համար կարևոր է:
6. Ոտնաձայնից կարողանում եմ ճանաչել, թե ով է սենյակ մտնում:
7. Ինձ զվարճացնում է բարբառներ նմանակելը:
8. Շատ եմ կարևորում արտաքին տեսքը:
9. Միտում եմ մերսում ընդունել:
10. Ազատ ժամանակ սիրում եմ դիտել մարդկանց:

11. Վատ են ինձ զգում, երբ չեն զգում իմ շարժումները:
12. Երբ խանութում հազուստ են տեսնում, գիտեն, որ ինձ լավ կզգամ հազած:
13. Երբ հին մեղեդի են լսում, վերհիշում են անցյալը:
14. Միրում են կարդալ ուտելու ընթացքում:
15. Միրում են հեռախոսով խոսել:
16. Գիրանալու հակում ունեն:
17. Նախընտրում են լսել, քան կարդալ պատմվածքներ:
18. Վատ օրվա վերջում լարված են լինում:
19. Հաճույքով և շատ են լուսանկարում:
20. Երկար ժամանակ հիշում են, թե ինչ են ինձ ասել ընկերներս կամ ծանոթներս:
21. Հեշտությամբ են ծաղիկների համար գումար տրամադրում, քանի որ դրանք զարդարում են մեր կյանքը:
22. Միրում են երեկոյան լոզանք ընդունել:
23. Աշխատում են գրառել իմ անձնական գործերը:
24. Հաճախ են ինքս ինձ հետ խոսում:
25. Մեքենայով երկար երթևեկելուց հետո որոշ ժամանակ է պետք, որ ուշքի գամ:
26. Ձայնի տեմբրը շատ բան է ինձ հուշում մարդու մասին:
27. Կարևորում են, թե մարդիկ ինչպես են հագնվում:
28. Միրում են ձգվել, մարմինս ճկել:
29. Չափազանց կոշտ կամ փափուկ անկողինը տանջանք է ինձ համար:
30. Ինձ դժվար է հարմարավետ կոշիկ գտնել:
31. Միրում են տեսաֆիլմեր դիտել:
32. Երբևէ տեսած դեմքը հիշում են տարիներ անց:
33. Միրում են անձրևի տակ քայլել, երբ այն կաթում է անձրևանոցին:
34. Միրում են լսել, երբ խոսում են:
35. Միրում են ակտիվ սպորտով զբաղվել կամ պարել:
36. Երբ զարթուցիչը մոտ է դրված, ձայնից չեն կարող քնել:
37. Իմ ստերեոապարատուրան վատը չէ:
38. Երաժշտություն լսելիս ռիթմը հարվածում են ոտքով:
39. Հանգստի ժամանակ սիրում են դիտել ճարտարապետության կոթողները:
40. Տանել չեն կարող թափթփվածությունը:
41. Չեն սիրում սինթետիկ կտորներ:
42. Կարծում են, որ սենյակի մթնոլորտը պայմանավորված է լուսավորությամբ:
43. Հաճախ են համերգ գնում:
44. Մարդու ձեռքսեղմումը շատ բան է հուշում տվյալ անձնավորության մասին:
45. Հաճույքով են ցուցահանդեսներ և պատկերասրահներ հաճախում:
46. Լուրջ քննարկումը հետաքրքիր է:
47. Հպումով կարելի է ավելին ասել, քան խոսքերով:
48. Աղմուկի մեջ չեն կարողանում կենտրոնանալ:

Արդյունքների մշակման բանալի

Յուրաքանչյուր համընկման դեպքում տրվում է մեկ միավոր: Ամենշատ միավորներ ստացած բաժինը որոշում է առաջատար զգայական օրգանը:

վիզուալ (տեսողական)	աուդիալ (լսողական)	Կինեսթետիկ (շարժողական)
1,5,8,10,12,14,19,21,23,27, 31,32,39,40,42,45	2,6,7,13,15,20,24,26,33,34,36,37,43,46,48	3,4,9,11,16,18, 22,25,28, 29, 30, 35, 38,41,44,47

Հավելված 2. Կարճատև հիշողության ծավալ, մենամտելիս

«Թվերի հիշողություն» մեթոդիկա /թեստ/

Թեստը նախատեսված է կարճատև տեսողական հիշողությունը, դրա ծավալն ու ճշգրտությունը գնահատելու համար: Թեստը հետևյալն է. հետազոտվողին 20 վայրկյանի ընթացքում ցուցադրվում է աղյուսակ, որը բաղկացած է 12 երկնիշ թվերից, որոնք պետք է հիշել աղյուսակը հեռացնելուց հետո և գրել թղթի վրա:




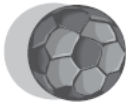









13	47	91	62
58	35	18	73
96	28	42	84

Կարճատև տեսողական հիշողությունը գնահատվում է ըստ ճիշտ վերարտադրված թվերի քանակի: Մեծահասակի նորման 7 և ավելին է: Թեստը հարմար է խմբային թեստավորման համար, քանի որ գործընթացը երկար չի տևում:

«Պատկերների հիշողություն» մեթոդիկա /թեստ/

Նախատեսված է պատկերավոր հիշողությունը հետազոտելու համար: Թեստն օգտագործվում է մասնագիտական ընտրության դեպքում: Թեստը հետևյալն է. հետազոտվողին 20 վայրկյանի ընթացքում ցուցադրվում է 16 պատկերներից կազմված աղյուսակ: Պատկերները պետք է հիշել և մեկ բոլորի ընթացքում վերարտադրել թղթի վրա:

Հրահանգ. Ձեզ կցուցադրվի պատկերներով աղյուսակ /օրինակ բերել/: Ձեր խնդիրը 20 վայրկյանի ընթացքում հնարավորինս շատ պատկերներ հիշելն է: 20 վայրկյան անց աղյուսակը կհեռացվի և Դուք պետք է նկարեք կամ գրեք /բառերով նկարագրեք/ այն պատկերները, որոնք հիշել եք:

	2		B
			
			
CO ₂			

Կարճատև տեսողական հիշողությունը գնահատվում է ըստ ճիշտ վերարտադրված պատկերների քանակի: Մեծահասակի նորման 6 և ավելին է: Թեստն օգտագործվում է խմբում և անհատական:

«Օպերտիվ հիշողություն» մեթոդիկա /թեստ/

Թեստն օգտագործվում է կարճատև հիշողությունը հետազոտելու համար այն դեպքում, երբ կարճատև հիշողությունը հիմնական ֆուկցիոնալ ծանրաբերոնվածություն ունի:

Հետազոտվողին տրվում է ձևաթուղթ, որից հետո հետազոտողը կարդում է հրահանգը:

Հրահանգ. Ես կկարդամ թվեր՝ 10 շարք, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի 5 թիվ: Ձեր խնդիրը այդ թվերը հիշելն է այն հերթականությամբ, որ հնչել է, այնուհետև մտքում գումարել առաջինը երկրորդի, երկրորդը երրորդի, երրորդը չորրորդի, չորրորդը հինգերորդի հետև և ստացված 4 թվերը գրել ձևաթղթի համապատասխան տողում: Օրինակ՝ 6, 2, 1, 4, 3 /գրվում է գրատախտակին կամ թղթի վրա/ գումարվում են 6 և 2, ստացվում է 8 /գրվում է/, 2 և 1՝ ստացվում է 3 /գրվում է/, 1 և 4՝ ստացվում է 5 /գրվում է/, 4 և 2՝ ստացվում է 6/գրվում է/:

Եթե փորձարկվողը հարցեր ունի, հետազոտողը պետք է պատասխանի հարցերին և սկսի անել թեստը: Շարքերի միջև դադարը 15 վայրկյան է:

Ձևաթղթի օրինակ

Շարքի համարը	Գումարը
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Թեստի բովանդակությունը

1	5, 2, 7, 1, 4
2	3, 5, 2, 4, 5
3	7, 1, 4, 3, 2
4	2, 6, 2, 5, 3
5	4, 4, 6, 1, 7
6	4, 2, 3, 1, 5
7	3, 1, 5, 2, 6
8	2, 3, 6, 1, 4
9	5, 2, 6, 3, 2
10	3, 1, 5, 2, 7

Բանալի

Հաշվվում է ճիշտ ստացված գումարների քանակը /առավելագույնը 40/: Մեծահասակի նորման 30 և ավելին է:

Թեստը հարմար է խմբի համար: Գործընթացը կարճ է տևում՝ 4-5 րոպե: Առավել հավաստի տվյալներ ունենալու համար օպերատիվ հիշողության թետավորումը կարելի է կրկնել որոշ ժամանակ անց՝ օգտագործելով թվերի ուրիշ շարքեր:

Ցիցերոնի մնեմոտեխնիկա

Ողջ նյութը, որը պետք է հիշել, վերածում էք պատկերների: Ճակատամարտի պատկեր, թագադրվելու պատկեր, մահվան և այլն: Լավ ծանոթ սենյակում, տանը կամ օրինակ՝ դպրոց գնալու ճանապարհին, այդ պատկերները դասավորում եք սեղանի վրա, պահարաններում, նստարաններին, ծառերի վրա, ցանկացած տեղ, որտեղ դրանք կարող են «լավ դրել»:

Պատկերները չպետք է կրկնվեն: Հիշելու համար բավական է միայն վերհիշել ծանոթ տարածքի մանրամասները, և թե որտեղ ինչ է դրված: Օրինակ՝ տանը կամ շենքում թեստն անցկացնելիս, դրանք բաժանում ենք սենյակների կամ հարկերի: Ամեն մեկում կարող ենք «դասավորել» տասը օբյեկտ, և եթե, օրինակ, կան հինգ սենյակներ կամ հարկեր, ապա կարող եք հիշել հիսուն օբյեկտ:

**Հավելված 3. Սթրեսի եթարկվածության մակարդակի ինքնագնահատման թեստ
Սպիլբերգ-Խանին. Անձնային և իրավիճակային տագնապայնության թեստ Անձնային
Ֆրուստրացիայի ախտորոշում (Վ. Վ. Բոյկո)**

Սթրեսի եթարկվածության մակարդակի ինքնագնահատման թեստ

Տիզիկականի հակազդեցություն **Հոզկոր (համոզմունքներ և արժեքներ)իզիկական** այո
երբեմն ոչ

1. Գլխացավ կամ գլխապտույտ
2. Մարսողական իանգարումներ
3. Քրտնարտադրություն
4. Քնելու դժվարություններ
5. Շնչարգելում
6. Մեջքի ցավեր
7. Ուսի և պարանոցի ցավեր
8. Սրտի աշխատանքի արագացում
9. Հոզնածություն
10. Սառը ձեռքեր

Հոզկոր այո երբեմն ոչ

1. Անտարբերություն
2. Դատարկության զգացում
3. Նպատակի բացակայություն
4. Արժանապատվության պակաս
5. Ամոթ
6. Հուսահատություն
7. Մեկուսացում
8. Պայքարելու անկարողություն
9. Հոզնածություն
10. Սառը ձեռք

Վարքային (գործողություններ)

Վարքային այո երբեմն ոչ

1. Չափից շատ ծխել
2. Գոռալ առանց լուրջ պատճառի
3. Քննադատական վերաբերմունք ուրիշներին և ինքն իրեն
4. Մատները կոտրատել, ոտքերով խփել
5. Ատամները կրճտացնել
6. Ալկոհոլի չարաշահում
7. Ուտել առանց անհրաժեշտություն
8. Գործը ավարտին հասցնելու անկարողություն
9. Հանգիստ նստելու անկարողություն
10. Կրծել եղունգները

Ճանաչողական (սովորել և հասկանալ)

Ճանաչողական այո երբեմն ոչ

1. Հստակ մտածելու անկարողություն
2. Մոռացկոտություն
3. Ստեղծագործելու պակաս
4. Հիշողության կորուստ
5. Որոշումներ կայացնելու անկարողություն
6. Փախուստի դիմելու մտքեր
7. Շարունակական անհանգստություն
8. Հումորի զգացման կորուստ
9. Ավելորդ սևեռուն մտքեր

Զգացմունքային

Հուզական այո երբեմն ոչ

1. Լաց
2. Նյարդայնություն, անհանգստություն
3. Ձանձրույթ, կարծես ամեն ինչ իմաստագուրկ է
4. Պայթունավտանգ, շուտ բորբոքվող
5. Անգոր է փոփոխություններ անելու
6. Ճնշվածության զգացում
7. Բարկություն
8. Մենակություն
9. Դժբախտության զգացում առանց պատճառի
10. Հեշտությամբ հուսահատվող

Թեստի բանալին

Վերլուծության ժամանակ ուշադրություն դարձրե՛ք «այո» և «երբեմն» պատասխաններին:

Միավորներ

այո-2 միավոր, երբեմն-1 միավոր, ոչ-0 միավոր

ա) նկատի ունեցե՛ք, որ եթե նշված 5 ուղղություններից որևէ մեկի ընդհանուր արդյունքը 10 և ավելի միավոր է, ապա փորձե՛ք ռեֆլեքսիայի միջոցով հասկանալ, թե ինչը կարող էր դրան նպաստել:

բ) այն դեպքում, երբ ստացված միավորների թիվը գերազանցում է 25-ը, ապա կարելի է ասել, որ սթրեսի մեղմ ազդեցությունը Դուք արդեն կրում եք:

գ) Եթե ստացված միավորների թիվը գերազանցում է 50-ը, ապա կարելի է ասել, որ Դուք կրում եք սթրեսի միջին ազդեցություն:

դ) Եթե ստացված միավորների թիվը գերազանցում է 65-ը, ապա կարելի է ասել, որ սթրեսի ազդեցությունը Ձեզ վրա միջինից բարձր է: Այս դեպքում մասնագետի հետ խորհրդակցելն անհրաժեշտ է, եթե Դուք իսկապես ցանկանում եք փոխել Ձեր կենսակերպը:

ե) Եթե ստացված միավորների թիվը գերազանցում է 80-ը ապա կարելի է ասել, որ սթրեսի ազդեցությունը Ձեզ վրա մեծ է:

Սպիլբերգ-Խանին. անձնային և իրավիճակային տագնապայնության թեստ, անուն, ազգանուն

Ինչպես եք Ձեզ զգում ներկա պահին

(1- ոչ, 2- կարելի է ասել և այդպես, 3- ճիշտ է, 4 - բացարձակապես ճիշտ է)

		1	2	3	4
1.	Ես հանգիստ եմ:				
2.	Ինձ ոչինչ չի սպառնում:				
3.	Ես լարված եմ:				
4.	Ես ափսոսանքի զգացում ունեմ:				
5.	Ես զգում եմ ինձ ազատ:				
6.	Ես վշտացած եմ:				
7.	Ինձ մտահոգում են հնարավոր անհաջողությունները:				
8.	Ես ինձ հանգստացած եմ զգում:				
9.	Ես անհանգստացած եմ:				
10.	Ես ներքին բավարարվածության զգացում ունեմ:				
11.	Ես վստահ եմ ինձ վրա:				

12.	Ես նյարդայնացած եմ:				
13.	Ես տեղս չեմ գտնում:				
14.	Ես խիստ լարված եմ:				
15.	Ես կաշկանդվածություն և լարվածություն չեմ զգում:				
16.	Ես գոհ եմ:				
17.	Ես մտահոգված եմ:				
18.	Ես չափազանց գրգռված եմ և լավ չեմ զգում:				
19.	Ես ուրախ եմ:				
20.	Ես հաճույք եմ զգում:				

Ինչպե՞ս եք Ձեզ զգում ընդհանրապես

(1- համարյա երբեք, 2 - երբեմն, 3 – հաճախ, 4 – համարյա միշտ)

		1	2	3	4
21.	Ես հաճույք եմ զգում:				
22.	Ես հոգնում եմ շատ շուտ:				
23.	Ես հեշտությամբ կարող եմ լաց լինել:				
24.	Ես կուզեմայի այնպես երջանիկ լինել, ինչպես մյուսները:				
25.	Ես հաճախ եմ պարտվում որոշումների ընդունումը ուշացնելու պատճառով:				
26.	Սովորաբար ես ինձ առույգ եմ զգում:				
27.	Ես հանգիստ եմ, սառնասիրտ և հավաքված:				
28.	Ես ինձ հանգստացած եմ զգում:				
29.	Ես դատարկ բաներից չափից շատ ապրումներ եմ ունենում :				
30.	Ես միանգամայն երջանիկ եմ:				
31.	Ես ամեն ինչ սրտիս չափազանց մոտ եմ ընդունում:				
32.	Ինձ մոտ պակասում է ինքնավստահությունը:				
33.	Սովորաբար ես ինձ պաշտպանված եմ զգում:				
34.	Ես փորձում եմ խուսափել կրիտիկական իրավիճակներից և դժվարություններից:				
35.	Ես թախծոտ եմ լինում:				
36.	Ես գոհ եմ:				
37.	Ինձ շեղում և հուզում են ցանկացած մանրույթներ:				
38.	Այնպես խոր եմ ապրում հիասթափություններս, որ երկար ժամանակ չեմ մոռանում դրանք:				
39.	Ես հավասարակշռված եմ:				
40.	Ես խիստ անհանգիստ եմ, երբ մտածում եմ գործերի և հոգսերի մասին:				

Ինքնագնահատականի սանդղակը կազմված է երկու մասից, որոնք առանձին գնահատում են ռեակտիվ (ՌՏ, արտահայտություններ N 1-20) և անձնային (ՍՏ, արտահայտություններ N 21-40) տազնապայնությունը:

ՌՏ և ՍՏ ցուցանիշները հաշվարկվում են ըստ բանաձևերի.

$$\text{ՌՏ} = \sum 1 - \sum 2 + 50$$

որտեղ $\sum 1$ -ը ձևաթղթի վրա ջնջած թվերի քանակն է սանդակի 3,4,6,7,8,12,13,14,17,18 կետերում, $\sum 2$ -ը մնացած ջնջած թվերի քանակն է (1,2,5,8,10,15,16,19,20 կետերում):

$$US = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

որտեղ՝ Σ_1 ՝ բլանկի վրա ջնջած թվերի քանակն է սանդակի 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40 կետերում, Σ_2 -ը մնացած ջնջած թվերի քանակն է 21,26,27,30,33,36,39 կետերում:

Վերլուծության ընթացքում արդյունքները կարելի է այսպես վերլուծել. մինչև 30՝ ցածր տազնապայնություն, 31-45՝ չափավոր տազնապայնություն, 46 և ավելի բարձր՝ բարձր տազնապայնություն:

Չափավոր տազնապայնությունից նշանակալի շեղումները առանձնահատուկ ուշադրություն են պահանջում, բարձր տազնապայնությունը ենթադրում է տազնապի զգացման առաջացում անձի մոտ՝ իր կոմպետենտության գնահատման իրավիճակում: Այդ դեպքում հարկավոր է նվազեցնել իրավիճակի և առաջադրանքի սուբյեկտիվ նշանալիությունը և շեշտը դնել գործունեության ավելի խոր գիտակցության և հաջողության նկատմամբ վստահության ձևավորման վրա:

Անձնային ֆրոստրացիայի մակարդակի

ախտորոշում (Վ. Վ. Բոյկո)

Տվյալ թեստը բաղկացած է 12 հարցերից: Պետք է պատասխանել «այո» կամ «ոչ»:

10-12 միավոր- ֆրոստրացիայի շատ բարձր աստիճան

5-9 միավոր- ֆրոստրացիայի նկատմամբ կայուն միտում

4 միավոր և ավելի քիչ- ֆրոստրացիայի ցածր մակարդակ

1. Դուք նախանձում եք Ձեր որոշ ծանոթների բարեկեցությանը:
2. Դուք գոհ չեք տանը միմյանց հանդեպ վերաբերմունքից:
3. Դուք կարծում եք, որ արժանի եք ավելի մեծ հարգանքի:
4. Դուք կարծում եք, որ անձնական կյանքում կարող էիք հասնել ավելիին, եթե չլինեի՞ն վատ պայմանները:
5. Ձեզ տխրեցնում է այն, որ չեն իրականացնում ձեր հույսերը և ծրագրերը:
6. Դուք հաճախ եք Ձեր չարությունը և ագրեսիվությունը թափում ինչ-որ մեկի վրա:
7. Ձեզ զայրացնում է, որ կյանքում ինչ-որ մեկի բախտն ավելի շատ է բերում, քան Ձերը:
8. Ձեզ հուզում է, որ Ձեզ չի հաջողվում հանգստանալ կամ ժամանակն անցկացնել այնպես, ինչպես ցանկանում եք:
9. Ձեր նյութական վիճակն այնպիսին է, որ ճնշում է Ձեզ:

10. Դուք կարծում եք, որ կյանքն անցնում է անտեղի:

11. Ինչ-որ մեկը կամ ինչ-որ բան անընդհատ նսեմացնում է Ձեզ:

12. Անլուծելի կենցաղային խնդիրները Ձեզ հանում են հավասարակշռությունից:

Հավելված 4. Ալեքսիթիմիա, SKL 90

Ալեքսիթիմիայի հարցաշար

իհարկե ոչ հաճախ ոչ չգիտեմ հաճախ այո իհարկե այո

1. Երբ ես լացում եմ, ապա միշտ գիտեմ պատճառը:					
2. Երազանքները ժամանակի կորուստ են:					
3. Կցանկանայի այսքան ամաչկոտ չլինել:					
4. Ես հաճախ դժվարանում եմ որոշել, թե ինչ եմ զգում:					
5. Ես հաճախ երազում եմ ապագայի մասին:					
6. Ինձ թվում է՝ մյուսների նման ես էլ ընդունակ եմ հեշտությամբ ընկերներ ձեռք բերելու:					
7. Իմանալ, թե ինչպես լուծել պրոբլեմն ավելի կարևոր է, քան հասկանալ այդ որոշման պատճառները:					
8. Ինձ համար դժվար է ճիշտ բառեր գտնել իմ զգացողությունների համար:					
9. Ինձ դուր է գալիս մարդկանց տեղյակ պահել այս կամ այն հարցերի մասին:					
10. Ունենում եմ նույնիսկ բժիշկների համար անհասկանալի ֆիզիկական զգացողություններ:					
11. Ինձ համար բավարար չէ իմանալ, որ ինչ-որ բան հանգեցրել է այսպիսի արդյունքի, ինձ համար անհրաժեշտ է իմանալ՝ ինչու և ինչպես է դա կատարվում:					
12. Ես կարող եմ հեշտությամբ նկարագրել իմ զգացմունքները:					
13. Ես նախընտրում եմ վերլուծել պրոբլեմը, և ոչ թե նկարագրել այն:					
14. Երբ ես վշտացած եմ, չեմ հասկանում՝ թախծո՞ւտ եմ, վախեցա՞ծ, թե՞ չարացած:					
15. Հաճախ տրվում եմ երևակայությանը:					
16. Երբ անելու ոչինչ չկա, ես երկար ժամանակ երազում եմ:					
17. Ինձ հաճախ են մտահոգում իմ մարմնական զգացողությունները:					
18. Հազվադեպ եմ երազում:					
19. Ես նախընտրում եմ, որ ամեն ինչ գնա իր հունով, քան հասկանամ ինչու այսպես եղավ:					
20. Ունենում եմ զգացողություններ, որոնք կոնկրետ չեն կարողանում սահմանել:					
21. Շատ կարևոր է գլուխ հանել հույզերից:					
22. Դժվարանում եմ նկարագրել մարդկանց					

նկատմամբ իմ վերաբերմունքը:					
23.Մարդիկ ինձ ասում են, որ ավելի շատ արտահայտեն իմ զգացմունքները:					
24.Անհրաժեշտ է փնտրել տեղի ունեցածի ավելի խոր բացատրություններ:					
25.Զգիտեմ՝ ինչ է կատարվում իմ ներսում:					
26.Հաճախ չգիտեմ՝ ինչու եմ զայրանում:					

Արդյունքների մշակում .

- 2,3,4,7,8,10,14,16,17,18,19,20,22,23,25,26 սանդղակների դեպքում՝
Իհարկե, ո՛չ-1, հաճախ ո՛չ-2, չգիտեմ-3, հաճախ այո՛-4, իհարկե, այո՛-5:
- 1,5,6,9,11,12,13,15,21,24 սանդղակների դեպքում՝
Իհարկե, ո՛չ-5, հաճախ ո՛չ-4, չգիտեմ-3, հաճախ այո՛-2, իհարկե, այո՛-1:
- Սանդղակների միավորների գումարը ավերսիթիմիայի ցուցանիշն է:
74 և ավելին – ավերսիթիմիկ տիպ:
62 և ցածր – ոչ ավերսիթիմիկ տիպ:

SKL 90

SCL-90 բանալի

Միավորների բանաձևերը

PST = total # of non-zero responses

PSDI = total som of scores

PST

GSI = total som of scores

90

Eg: PST =77 T=70

$$PSDI = \frac{184}{77} = 2.39 \quad T=69$$

$$GSI = \frac{184}{90} = 2.04 \quad T=79$$

Հավելված 5. Հոգեկան ակտիվության և հուզական տոնուսի գնահատում

ԱԱՀ _____ տարիք _____ սեռ _____ ամսաթիվ _____

Ձեզ ներկայացվում են տարբեր բնութագրումներ՝ դրական և բացասական բևեռներով: Ուշադիր կարդացե՛ք և յուրաքանչյուր զույգից ընտրե՛ք այն կամ ձախ բնութագրումը, որն առավել է համապատասխանում Ձեզ: Այնուհետև շրջանակի մեջ վերցրե՛ք համապատասխանության աստիճանը բնութագրող թիվը՝ ելնելով այն տրամաբանությունից, որ բնութագրումը թուլանում է՝ 0 թվին մոտենալով: Ընտրե՛ք 0-ն միայն այն դեպքում, երբ ընդհանրապես չե՛ք կարողանում կողմնորոշվել:

ԲԱՆԱԼԻ

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅՈՒՆ							
N	միավորներ						
4	7	6	5	4	3	2	1
10	7	6	5	4	3	2	1
8	1	2	3	4	5	6	7
ՀԵՏԱՔՐՔՐՈՒԹՅՈՒՆ							
N	միավորներ						
2	7	6	5	4	3	2	1
12	7	6	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5	6	7
ՀՈՒՋԱԿԱՆ ՏՈՆՈՒՄ							
N	միավորներ						
1	7	6	5	4	3	2	1
3	7	6	5	4	3	2	1
11	1	2	3	4	5	6	7
ԼԱՐՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ							
N	միավորներ						
9	7	6	5	4	3	2	1
13	7	6	5	4	3	2	1
14	1	2	3	4	5	6	7
ԿՈՄՖՈՐՏ							

N	բալեր						
5	7	6	5	4	3	2	1
15	7	6	5	4	3	2	1
7	1	2	3	4	5	6	7

Առանձնացված յուրաքանչյուր հոգեվիճակի համար հաշվարկվում է գունարային միավորը: 3-8 միավորը համապատասխանում է հոգեկան բարձր ակտիվությանը, հետաքրքրությանը և հուզական տոնուսին, 9-15-ը՝ միջինին, իսկ 16-21-ը՝ ցածրին: Լարվածության դեպքում՝ հակառակը՝ 16-21-ը՝ բարձր, 9-15-ը՝ միջին և 3-8-ը՝ ցածր:

Հավելված 6. Էմպաթիայի թեստ

Ապրումակցման էքսպրես-ախտորոշում

Նախնական դիտողություններ

Գնահատելով ապրումակցումը որպես անհատական-հոգեբանական բնութագիր՝ հարկավոր է առավելապես նկատի ունենալ սեռը, տարիքը, սոցիալական դիրքորոշումները, որոնք մեծ ազդեցություն են թողնում և՛ զգանցմունքային ոլորտի, և՛ հուզական հակազդեցությունների վրա:

Ապրումակցումը հանդես է գալիս որպես մասնագիտական նշանակություն ունեցող հատկանիշ հոգեբանական, մանկավարժական և բժշկական ուղղվածություն ունեցող մասնագիտությունների համար, ինչպես նաև զանգվածային տեղեկատվության, սպասարկման ոլորտի, գրականության և արվեստի բնագավառներում:

Նպատակը. ապրումակցման վերաբերյալ էքսպրես-ախտորոշիչ մեթոդի տիրապետում՝ հարցաթերթիկի միջոցով:

Նյութերը. հարցարան (տե՛ս առանձին հավելվածը), որը պարունակում է 6 դիագնոստիկ (ախտորոշիչ) սանդղակներ. վերաբերմունքը՝

ա) ծնողների,

բ) կենդանիների

գ) ծերերի,

դ) երեխաների

ե) գեղարվեստական ստեղծագործությունների

զ) ծանոթ և անծանոթ նկատմամբ:

Հարցարանում 36 դատողություններ կան, որոնցից յուրաքանչյուրի մասին փորձարկվողը պետք է արտահայտի իր վերաբերմունքը՝ հետևյալ 6 ձևերով. «չգիտեմ», «երբեք կամ ոչ», «երբեմն», «հաճախ», «գրեթե միշտ», «միշտ կամ այո»: Յուրաքանչյուր տարբերակին համապատասխանում է թվային արժեք՝ 0, 1, 2, 3, 4, 5:

Աշխատանքի ընթացքը. փորձարկվողին տրվում է արձանագրության թերթիկ, որում նա անմիջապես լրացնում է անկետային մասը: Այնուհետև առաջադրանքը տրվում է հետևյալ բովանդակությամբ:

Առաջարկում ենք գնահատել մի քանի դատողություններ: Ձեր պատասխանները չպետք է գնահատվեն որպես լավ կամ վատ, այդ պատճառով խնդրում ենք անկեղծ լինել: Խորհուրդ ենք տալիս երկար չմտածել: Առաջին պատասխանները ճշմարիտ են: Կարդալով հարցարանի յուրաքանչյուր դատողություն՝ նշե՛ք արձանագրության մեջ վեց պատասխաններից մեկը: Ոչ մի դատողություն չի կարելի բաց թողնել:

Եթե աշխատանքի ընթացքում փորձարկվողը հարցեր է ունենում, ապա տրված բացատրությունները չպետք է կողմնորոշեն այս կամ այն պատասխանը:

Արդյունքը. ուսումնասիրության արդյունքը սկսել տվյալների ճշտումից: Դրա համար հարկավոր է հաշվել, թե քանի պատասխան է տրված ըստ ձևերի՝ «չգիտեմ», 2, 4, 16, 18, 33, «միշտ կամ այո» 2, 7, 11, 13, 16, 18, 23: Դրանից բացի պետք է բացահայտել՝ քանի անգամ է «միշտ կամ այո» պատասխան տրվել հետևյալ գույգերին միաժամանակ՝ 7 և 17, 10 և 18, 17 և 31, 22 և 35, 34 և 36: Քանի՞ անգամ է ստացվել «միշտ կամ այո» պատասխան գույգերից մեկի համար:

Իսկ «երբեք կամ ոչ» պատասխանները հաշվել հետևյալ գույգերում՝ 3 և 36, 1 և 3, 17 և 28: Դրանից հետո գումարվում են առանձին հաշվարկների պատասխանները: Եթե ընդհանուր

գումարը 5 է կամ ավելի, ապա արդյունքը կեղծ է: Եթե ստացվի 4, ապա արդյունքը կասկածելի է: Եթե գումարը մեծ չէ 3-ից (≤ 3), ապա ուսումնասիրությունը կարելի է համարել ճշմարիտ:

Եթե արդյունքը կեղծ է կամ կասկածելի (≥ 4), կարելի է բացահայտել բացասական վերաբերմունքի պատճառները: Հարկավոր է նկատի ունենալ, որ կեղծ պատասխանները կարող են կապված լինել չցանկանալու կամ դիտավորյալ հակասական պատասխաններ տալու հետ: (Հնարավոր է նաև, որ հոգեկան որոշ ֆունկցիաների խախտումը, սոցիալական ինֆատիվիզմը կեղծ պատասխանների պատճառ լինեն):

Ընդհանուր չափողական սանդղակը հնարավորություն է տալիս (ըստ վերծանման բանալի աղյուսակի) ստանալու էմպաթիայի ընդհանուր բնութագիրը, որը միաժամանակ պատկերացում է տալիս ապրումակցման բաղկացուցիչ մասերի վերաբերյալ:

Ըստ ապրումակցման մակարդակների աղյուսակի՝ ստացված միավորային գնահատականի արժեքով ախտորոշվում է ապրումակցման մակարդակը:

Վերծանման բանալի

սանդղակ		Դատողության համարը հարցարանում
	Ապրումակցման անվանումը	
I	ծնողների	10, 13, 16
II	կենդանիների	19, 22, 25
III	ծերերի	2, 5, 8,
IV	երեխաների	26, 29, 33, 2
V	գեղարվեստական ստեղծագործության հերոսների	9, 12, 15, 20
VI	անձանոթ կամ քիչ ծանոթ մարդկանց	21, 24, 27 1

Ապրումակցման մակարդակները

մակարդակը	Միավորների քանակը	
	ըստ սանդղակի	ընդհանուր
շատ բարձր	15	82-90
բարձր	13-14	63-81
միջին	5-12	37-62
ցածր	3-4	12-36
շատ ցածր	0-1	5-11

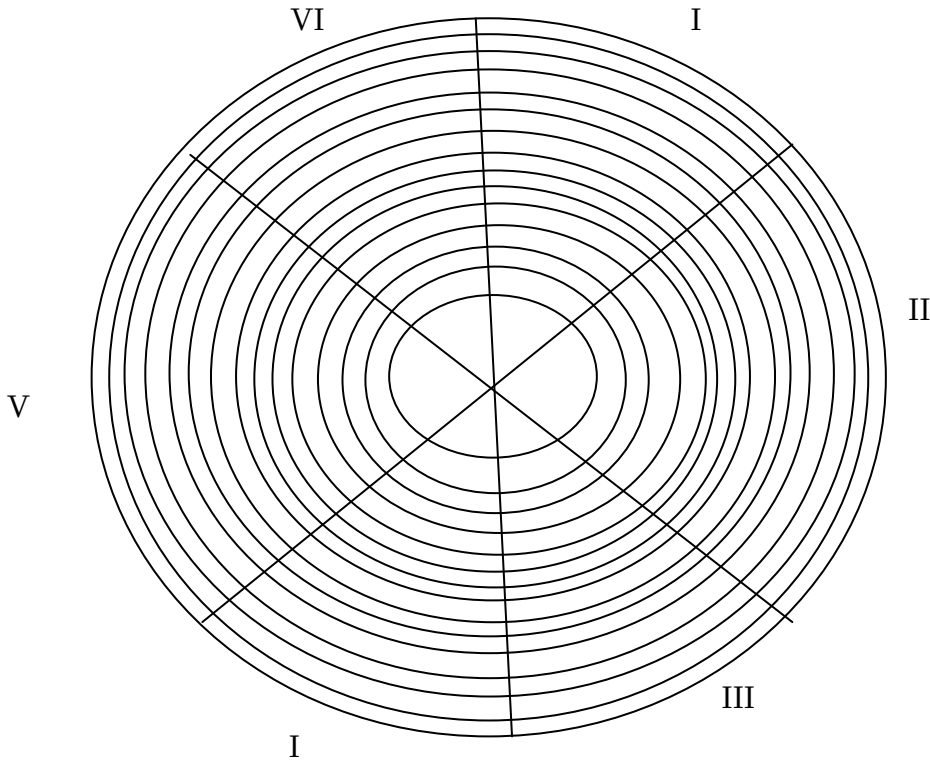
Վերլուծություն

Արդյունքի վերլուծությունը կատարվում է նաև շրջանաձև գծապատկերի միջոցով: Շրջանի մեջ առանձնացվում են 6 հավասար հատվածներ ըստ սանդղակների՝ առաջինից մինչև 6-րդ (հաջողականությունն ըստ վերծանման-բանալի աղյուսակի):

0-ն շրջանի կենտրոնն է, իսկ յուրաքանչյուր հաջորդ շրջանագիծ համապատասխանում է 1 միավորի: Այդ ցանցի վրա ըստ հավաքած միավորների տարբեր գույներով կազմվում է գծապատկերը: Պարզ է, որ որքան մոտ է կենտրոնին, այնքան ցածր է մակարդակը: Աստիճանաձևությունը վկայում է ապրումակցման տարբեր տեսակների անհավասարությունը:

Ստանալով արդյունքը և անցկացնելով համապատասխան խորհրդակցություն, կարելի է հոգեբանական դատողություններ անել կամ խորհուրդներ տալ փորձարկվողին:

Ապրումակցման շրջանային գծապատկերը



Հոծ գծերի միջև միջին արժեքներն են:

ԱՐՁԱՆԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ա. Ա. Հ _____ լր. ամսաթիվ _____
 տարիքը _____ ընտանիքի կազմը _____
 Թվով ընտանիքի _____ երեխան եմ: Փոքր տարիքում հաճախել եմ (չեմ հաճախել)
 մանկապարտեզ: Ընկերների թիվը դպրոցական տարիքից _____
 Հիմնական հետաքրքրությունները և զբաղմունքները ներկայումս _____
 Հոր մասնագիտությունը _____
 Մոր մասնագիտությունը _____

Առաջարկում ենք գնահատել մի քանի դատողություններ: Ձեր պատասխանները չպետք է գնահատվեն որպես լավ կամ վատ, այդ պատճառով խնդրում ենք անկեղծ լինել: Խորհուրդ ենք տալիս երկար չմտածել: Առաջին պատասխանները ճշմարիտ են: Կարդալով հարցարանի յուրաքանչյուր դատողություն՝ նշե՛ք արձանագրության մեջ վեց պատասխաններից մեկը: Ոչ մի դատողություն չի կարելի բաց թողնել:

Հարցարան

1. Ճամփորդության մասին գրքերը ինձ ավելի շատ են հրապուրում, քան նշանավոր մարդկանց կյանքի մասին:
2. Երեխաներին բարկացնում են մեծերի հոգսերը:
3. Ես սիրում եմ այլ մարդկանց հաջողությունների և անհաջողությունների մասին մտածել:
4. Երաժշտական հաղորդումներից գերադասում եմ ժամանակակից ռիթմերը:
5. Հիվանդի գրգռվածությունը և անարդարացի պահանջները պետք է համբերատար հանդուրժել, եթե նույնիսկ դրանք շարունակվում են տարիներով:
6. Հիվանդ մարդուն կարելի է օգնել անգամ խոսքով:
7. Կողմնակի մարդիկ չպետք է միջամտեն երկու անձանց կոնֆլիկտին:
8. Ծեր մարդիկ սովորաբար առանց պատճառի վիրավորվում են:
9. Փոքր տարիքում, լսելով տխուր պատմություն, ես արտասվում էի:
10. Ծնողներիս գրգռվածությունն ազդում է իմ տրամադրության վրա:
11. Ես անտարբեր եմ իմ հասցեին արված քննադատության վերաբերյալ:
12. Ավելի նախընտրում եմ նայել դիմանկարներ, քան բնանկարներ:
13. Ես միշտ ներողամիտ եմ ծնողներիս նկատմամբ, եթե նույնիսկ դրանք ճիշտ չեն:
14. Եթե ձին վատ է քաշում, նրան պետք է օգնել հրելով:
15. Երբ ես կարդում եմ որևէ դրամատիկական իրավիճակի մասին, ինձ թվում է, թե դա ինձ հետ է կատարվում:
16. Ծնողները միշտ արդարացի են վերաբերվում իրենց երեխաներին:
17. Տեսնելով վիճող մարդկանց, ես միջամտում եմ:
18. Ես ուշադրություն չեմ դարձնում իմ ծնողների վատ տրամադրության վրա:
19. Սիրում եմ ուսումնասիրել թռչունների և կենդանիների վարքը՝ հետաձգելով մյուս գործերը:
20. Ֆիլմերը և գրքերը կարող են արցունքների հասցնել միայն անլուրջ մարդկանց:
21. Ես սիրում եմ ուսումնասիրել այլ մարդկանց:
22. Մանուկ հասակում ես տուն էի բերում անտեր շներ և կատուներ:
23. Բոլոր մարդիկ անհիմն բարկացած են:
24. Նայելով անծանոթ մարդուն՝ ես փորձում եմ կռահել, թե ինչպես կդասավորվի նրա կյանքը:
25. Տեսնելով անօգնական կենդանի՝ ես փորձում եմ ինչ-որ ձևով օգնել նրան:
26. Փոքր տարիքում ինձնից ավելի փոքրերը քայլ առ քայլ հետևում էին ինձ:
27. Ուշադրությամբ լսելով մարդու դժվարությունները՝ կարելի է նրան օգնել:
28. Ականատես լինելով փողոցում կատարվող դեպքին՝ փորձում եմ չհայտնվել վկաների ցուցակում:
29. Փոքրերին դուր են գալիս իմ առաջարկները:
30. Մարդիկ չափազանցնում են՝ ասելով, թե կենդանին զգում է իր տիրոջ տրամադրությունը:
31. Դժվար իրավիճակից մարդը պետք է ինքնուրույն դուրս գա:
32. Եթե երեխան լաց է լինում, ապա նա պատճառներ ունի:
33. Երիտասարդները միշտ պետք է կատարեն մեծերի բոլոր խնդրանքներն ու պահանջները:
34. Երբ իմ ծանոթները մտահոգված են, ես աշխատում եմ պարզել պատճառները:
35. Ընտանի «համառ» կենդանիներին հարկավոր է ոչնչացնել:
36. Երբ իմ ընկերները փորձում են պատմել իրենց անձնական դժվարությունների մասին, ես փոխում եմ խոսակցության թեման:

ՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵՐ

դատողություն	չգիտեմ 0	երբեք կամ ոչ 1	երբեմն 2	հաճախ 3	գրեթե միշտ 4	միշտ կամ այո 5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						

Էքսպրես-ախտորոշման այս թեստը ադապտացվել է Վանաձորի «Արալեզ» հոգեբանական վերականգնողական կենտրոնում Խ. Գասպարյանի ղեկավարությամբ:

Հավելված 7. Այգենկի խառնվածքի թեստ, Կետել 101, MMPI, TEMS-A, Շմիշել՝ շեշտվածություն

ԱՅՁԵՆԿԻ ՀԱՐՑԱՐԱՆ

ԱԱՀ _____ տարիք _____ սեռ _____ ամսաթիվ _____

Ձեզ ներկայացվում են վարքագծին, զգացողությանը և գործելակերպին վերաբերող հարցեր: Ուշադիր կարդացե՛ք յուրաքանչյուր հարց և որոշե՛ք՝ արտացոլո՞ւմ է այն Ձեր հիմնական վարվելաձևը կամ զգացողությունը: Կարող եք պատասխանել «այո» կամ «ոչ»՝ նշելով Ձեր պատասխանը հարցի վերջում առանձնացված տեղում:

Աշխատե՛ք արագ և մի՛ ծախսեք շատ ժամանակ որևէ հարցի վրա, քանի որ այս հարցարանը չունի ճիշտ և սխալ պատասխաններ, և արժեքավորը մտքում ծագած առաջին պատասխանն է, որը կարող է մոտ լինել իրականին:

Այժմ սկսե՛ք աշխատել՝ հիշելով, որ շատ կարևոր է անկեղծությունը:

1. Հաճա՞խ եք ձգտում աշխուժության, սուր տպավորությունների: _____
2. Հաճա՞խ եք մտերիմ ընկերոջ կարիք զգում, ում հետ կարող եք անկեղծանալ: _____
3. Դուք Ձեզ համարո՞ւմ եք անհոգ մարդ: _____
4. Կարծո՞ւմ եք, որ մերժելը դժվար է: _____
5. Նախքան ինչ-որ բան անելը փորձո՞ւմ եք առանց շտապելու կշռադատել: _____
6. Մի՞շտ եք կատարում Ձեր խոստումները, եթե նույնիսկ հարմար չի լինում: _____
7. Հաճա՞խ եք ունենում տրամադրության կտրուկ փոփոխություն: _____
8. Սովորաբար Դուք խոսում և գործում եք արագ, առանց երկար մտածելու: _____
9. Պատահե՞լ է, որ առանց շատ լուրջ պատճառի ունենաք դժբախտության զգացողություն: _____
10. Դուք կհամարձակվե՞ք անել գրեթե ամեն ինչ: _____
11. Բարետես, համակրելի անծանոթի հետ զրուցելիս հանկարծակի շփոթվո՞ւմ եք: _____
12. Պատահո՞ւմ է, որ Դուք այնպես զայրանաք, որ կորցնեք Ձեզ: _____
13. Հաճա՞խ եք գործում անմիջապես, առանց մտածելու, ըստի ազդեցությամբ: _____

14. Հաճա՞խ եք մտահոգվում արած կամ չարած, ասած կամ չասած բաների համար: _____
15. Դուք գերադասու՞մ եք գրքեր կարդալը մարդկանց հետ հանդիպումից: _____
16. Դուք հե՞շտ եք վիրավորվում: _____
17. Հաճա՞խ եք լինում առույգ, աշխույժ խմբերում: _____
18. Ծիծաղու՞մ եք երբեմն անհարկի կատակների վրա: _____
19. Հաճա՞խ է Ձեզ ինչ-որ բան այնքան զգվեցնում, որ «մինչև կոկորդը կուշտ» եք զգում Ձեզ: _____
20. Առօրյա հագուստից բացի այլ հագուստով Ձեզ կաշկանդվա՞ծ եք զգում: _____
21. Հաճա՞խ են Ձեր մտքերը շեղվում, երբ ցանկանում եք ուշադրությունը կենտրոնացնել ինչ-որ բանի վրա: _____
22. Կարո՞ղ եք արդյոք Ձեր մտքերն արագ արտահայտել բառերով: _____
23. Հաճա՞խ եք Դուք երագում: _____
24. Ճի՞շտ է, որ Դուք լիովին ազատ եք ամեն տեսակ նախապաշարումներից: _____
25. Ձեզ դու՞ր են գալիս ապրիլմեկյան կատակները: _____
26. Հաճա՞խ եք մտածում Ձեր գործերի մասին: _____
27. Արդյոք շա՞տ եք սիրում ուտել: _____
28. Երբ վրդովված եք լինում, մտերիմ ընկերոջ հետ խոսելու կարի՞ք եք զգում: _____
29. Երբ դրամի անհրաժեշտություն եք ունենում, դժվարությա՞մբ եք պարտք վերցնում ուրիշներից: _____
30. Պարծենու՞մ եք երբեմն: _____
31. Կա՞ն բաներ, որոնց հանդեպ Դուք շատ զգայուն եք: _____
32. Կգերադասեի՞ք միայնակ տանը մնալը Ձեզ համար ձանձրալի երեկույթից: _____
33. Լինու՞մ եք երբեմն այնքան անհանգիստ, որ չեք կարող նստել տեղում: _____
34. Դուք նախապես պլանավորու՞մ եք Ձեր անելիքը: _____
35. Ունենու՞մ եք արդյոք գլխապտույտ: _____
36. Արդյոք մի՞շտ եք կարդալուց անմիջապես հետո պատասխանում նամակներին: _____
37. Ձեր գործերը ավելի լա՞վ են ստացվում, երբ ամեն ինչ կշռադատում եք ինքնուրույն, առանց ուրիշների հետ քննարկելու: _____

38. Դուք հևոցներ ունենո՞ւմ եք, եթե նույնիսկ մինչ այդ ոչ մի ծանր աշխատանք չեք արել: _____
39. Կարելի՞ է Ձեր մասին այսպես արտահայտվել. «Մարդ, որին չի հուզում, որ ամեն ինչ լինի այնպես, ինչպես հարկն է»: _____
40. Ձեր նյարդերը Ձեզ անհանգստացնո՞ւմ են: _____
41. Պլանավորելը Ձեզ ավելի՞ է դուր գալիս, քան գործելը: _____
42. Պատահե՞լ է, որ «այսօրվա գործը թողնեք վաղվան»: _____
43. Նյարդայնանո՞ւմ եք Դուք վերելակում, մետրոյում, թունելում, կամ նման այլ տեղերում: _____
44. Ծանոթության ժամանակ նախաձեռնությունը Ձե՞ր ձեռքում է: _____
45. Ունենո՞ւմ եք արդյոք ուժեղ գլխացավեր: _____
46. Գտնո՞ւմ եք Դուք, որ սովորաբար ամեն ինչ ինքնին հարթվում, նորմալանում է: _____
47. Տառապո՞ւմ եք անքնությամբ: _____
48. Երբևիցե ստե՞լ եք: _____
49. Պատահո՞ւմ է, որ միանգամից ասեք այն, ինչ որ առաջինն է Ձեր միտքը գալիս: _____
50. Երկա՞ր եք տառապում կատարված անախորժությունների համար: _____
51. Ստերիմներից բացի, ուրիշների հետ փա՞կ եք սովորաբար: _____
52. Հաճախակի՞ են Ձեր կյանքում անհաջողությունները: _____
53. Սիրո՞ւմ եք կատակել, զվարճալի պատմություններ պատմել: _____
54. Դուք նախընտրում եք շահե՞լ, քան տանո՞ւլ տալ: _____
55. Հաճա՞խ եք կաշկանդված զգում Ձեզ՝ դիրքով ավելի բարձր անձանց ներկայությամբ: _____
56. Երբ հանգամանքները դասավորվում են հակառակ Ձեզ, սովորաբար Դուք գտնում եք, որ, այնուամենայնիվ, պետք է ինչ-որ բա՞ն ձեռնարկել: _____
57. Հաճա՞խ եք Դուք հուզվում, ազդվում կարևոր գործերից առաջ: _____

ա ն կ ա յ ու ն

հուզականություն

բորբոքված, գրգռված	շուտ վիրավորվող
տագնապալի, չզիջող	անհանգիստ, ագրեսիվ
վատատես, զսպված	ոյուրագրգիռ, ինպուլսիվ
չչփվող	լավատես, ակտիվ

հ ն տ ր ո Վ Ե ր տ

մեկանիտլիկ

խոլերիկ

է ք ս տ ր ո Վ Ե ր տ

ֆլեգմատիկ

սանգվինիկ

ջանասեր, աշխատասեր	շփվող, զրուցասեր
խոհուն, կշռադատող	բաց, շիտակ
խաղաղասեր,	աշխույժ, անհոգ
նպատակաուղղված	հարմարավետություն սիրող
հուսալի, հանգիստ	նախաձեռնող

կ ա յ ու ն

հուզականություն

Չավաստիություն – 6,24,36 – այո

12,18,30,42,48,54 - ոչ

Էքստրավերսիա - 1,3,8,10,13,17,22,25,27,39,44,46,49,53,56 - այո

5,15,20,29,32,34,37,41,51 – ոչ

Չուզականություն - 2,4,7,9,11,14,16,19,21,23,26,28,31,33,35,38, 40,43,45,47,50,52,55,57 - այո

ԿԵՏԵԼԻ ԱՆՁՆԱՅԻՆ ՀԱՐՑԱՐԱՆ

Ձեզ առաջարկվում են հարցեր, որոնք հնարավորություն կտան բացահայտելու Ձեր որոշ անձնային որակներ: Յուրաքանչյուր հարց ունի պատասխանների երեք հնարավոր տարբերակ՝ ա/, բ/, գ/: Պատասխանելիս Դուք պետք է ընտրեք դրանցից մեկը, որը Ձեր կարծիքով ավելի ճիշտ է արտահայտում Ձեր տեսակետը, և պատասխանների թերթիկում տվյալ հարցի համարի դիմաց նշում կատարեք՝ տարբերակի տառին համապատասխան: Աշխատե՛ք հնարավորին չափ քիչ ընտրել միջին տարբերակը, որը գրեթե միշտ համապատասխանում է անորոշ պատասխանին:

Պատասխանելիս երկար մի խորհեք մանրուքների վրա և մի՛ ծախսեք շատ ժամանակ, տվե՛ք այն պատասխանը, որը առաջինն է հայտնվում մտքում:

1. Ես կարծում եմ, որ իմ հիշողությունը հիմա ավելի լավ է, քան առաջ էր:

ա/ այո , բ/ դժվար է ասել, գ/ ոչ:

2. Ես լիովին կկարողանայի ապրել մենակ՝ մարդկանցից հեռու:

ա/ այո , բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

3. Եթե ես ասեի, որ երկինքը ներքևում է, իսկ ձմռանը շոգ է, ապա հանցագործին պետք է անվանեի՝

ա/ ավազակ, բ/ սուրբ, գ/ ամպ:

4. Երբ ես պառկում եմ, քնում եմ:

ա/ արագ, բ/ միջին ընթացքում, գ/ դժվարությամբ:

5. Եթե ես մեքենա վարեի ճանապարհով, որտեղ շատ ուրիշ մեքենաներ կան, ես կնախընտրեի՝

ա/ առաջ թողնել մեքենաների մեծ մասը , բ/ չգիտեմ,

գ/ վազանցել բոլոր առջևից ընթացող մեքենաներին:

6. Ընկերախմբում ես հնարավորություն եմ տալիս մյուսներին կատակելու և պատմելու զանազան պատմություններ.

ա/ այո, բ/ երբեմն , գ/ ոչ:

7. Ինձ համար կարևոր է, որ շրջապատող ամեն ինչում անկարգություն չլինի:

ա/ ճիշտ է, բ/ դժվար է ասել, գ/ ճիշտ չէ:

8. Մարդկանց մեծամասնությունը, որոնց հետ ես լինում եմ ընկերախմբում, անկասկած, ուրախ են ինձ տեսնելու համար:

ա/ այո , բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

9. Ես ավելի շուտ կգբաղվեի՝

ա/ անփույթ, բ/ մանրագնին, գ/ մոտավորապես:

21. Ինձ միշտ բավականացնում է էներգիան, երբ դա ինձ անհրաժեշտ է:

ա/ այո, բ/ դժվար է ասել, գ/ ոչ:

22. Ինձ ավելի շատ զայրացնում են մարդիկ, որոնք`

ա/ իրենց կոպիտ կատակներով ստիպում են մարդկանց կարմրել,

բ/ դժվարանում են պատասխանել,

գ/ ինձ համար ստեղծում են անհարմար վիճակ` ուշանալով ժամադրությունից:

23. Ինձ շատ է դուր գալիս հյուրերի հրավիրել և զվարճացնել նրանց:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ, գ/ ճիշտ չէ:

24. Ես կարծում եմ, որ`

ա/ պետք չէ ամեն ինչ անել միևնույն ջանադրությամբ,

բ/ դժվարանում եմ ասել,

գ/ ցանկացած աշխատանք պետք է կատարել խնամքով, եթե դու այն հանձն ես առել:

25. Ես միշտ ստիպված եմ հաղթահարել իմ շփոթմունքը:

ա/ այո, բ/ հնարավոր է , գ/ ոչ:

26. Իմ ընկերները հաճախ`

ա/ խորհրդակցում են ինձ հետ,

բ/ անում են և՛ մեկը, և՛ մյուսը հավասարապես,

գ/ ինձ խորհուրդներ են տալիս:

27. Եթե իմ մտերիմը խաբում է ինձ մանրուքներում, ես ավելի շուտ նախընտրում եմ ձև անել, քե չեմ նկատել, քան բացահայտել նրա խաբեությունը:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

28. Ինձ դուր է գալիս այն ընկերը.

ա/ որի հետաքրքրությունները ունեն գործարար և գործնական բնույթ,

բ/ չգիտեմ,

գ/ որը տարբերվում է կյանքի նկատմամբ ունեցած խորապես մտածված հայացքներով:

29. Ես չեմ կարողանում անտարբեր լսել, երբ մարդիկ արտահայտում են գաղափարներ, որոնք հակասում են նրան, ինչին ես հավատում եմ:

ա/ ճիշտ է, բ/ դժվարանում եմ պատասխանել, գ/ ճիշտ չէ:

30. Ինձ անհանգստացնում են անցյալում կատարած իմ արարքներն ու սխալները:

ա/ այո , բ/ չգիտեմ, գ/ ոչ:

31. Եթե ես միանման լավ կարողանայի և՛ մեկը և՛ մյուսը, ապա կնախընտրեի՝

ա/ շախմատ խաղալ, բ/ դժվար է ասել,

գ/ բառախաղ / քաղաքների, գետերի...անուններ/:

32. Ինձ դուր են գալիս շփվող, ընկերական մարդիկ:

ա/ այո, բ/ չգիտեմ, գ/ ոչ:

33. Ես այնքան զգույշ եմ և զգոն, որ ինձ հետ պակաս տհաճ անակնկալներ են պատահում, քան մյուս մարդկանց հետ:

ա/ այո, բ/ դժվար է ասել, գ/ ոչ:

34. Ես կարող եմ մոռանալ իմ հոգսերի և պարտականությունների մասին, երբ դա անհրաժեշտ է:

ա/ այո, բ/ երբեմն , գ/ ոչ:

35. Ես դժվարությամբ եմ խոստովանում, որ ես ճիշտ չեմ:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

36. Ձեռնարկությունում ինձ համար ավելի հետաքրքրական կլիներ՝

ա/ աշխատել մեքենայով ու մեխանիզմներով և մասնակցել հիմնական արտադրությանը,

բ/ դժվար է ասել, գ/ զբաղվել հասարակական աշխատանքով, զրուցել մարդկանց հետ:

37. Ո՞ր բառն է, որ կապված չէ մյուս երկուսի հետ՝

ա/ կատու, բ/ մոտիկ, գ/ արև:

38. Այն, ինչ որոշ չափով շեղում է իմ ուշադրությունը՝

ա/ զայրացնում է ինձ, բ/ միջին չափով, գ/ ինձ չի անհանգստացնում բոլորովին:

39. Եթե ես շատ փող ունենայի, ապա.

ա/ կհոգայի, որ չառաջացնեի նախանձ, բ/ չգիտեմ, գ/ կապրեի՝ ինձ չզրկելով ոչնչից:

40. Ամենավատ պատիժն ինձ համար՝

ա/ ծանր աշխատանքն է, բ/ չգիտեմ, գ/ մեղակության մեջ փակված լինելը:

41. Մարդիկ պետք է ավելի շատ, քան դա նրանք անում են հիմա, պահանջեն պահպանել բարոյականության օրենքները:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

42. Ինձ ասել են, որ երեխա ժամանակ ես եղել եմ՝

ա/ հանդարտ և սիրելի եմ մեծակ մնալ, բ/ չգիտեմ, գ/ եռանդով լի և շարժուն:

43. Ինձ դուր կգար ամենօրյա պրակտիկ աշխատանքը զանազան սարքավորումներով և մեքենաներով

ա/ այո, բ/ չգիտեմ, գ/ ոչ:

44. Ես կարծում եմ, որ վկաների մեծ մասը ճշմարտությունն է ասում, եթե նույնիսկ դա հեշտ չէ:

ա/ այո, բ/ դժվար է ասել, գ/ ոչ:

45. Երբեմն ես չեմ համարձակվում կյանքի կոչել իմ գաղափարները, որովհետև դրանք ինձ թվում են անիրագործելի:

ա/ ճիշտ է, բ/ դժվարանում եմ պատասխանել, գ/ ճիշտ չէ:

46. Ես աշխատում եմ կատակների վրա այդքան էլ բարձր չծիծաղել, ինչպես դա անում է մարդկանց մեծամասնությունը:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ, գ/ ճիշտ չէ:

47. Ես ինձ երբեք այնքան դժբախտ չեմ զգում, որ լաց լինելու ցանկություն ունենամ:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ, գ/ ճիշտ չէ:

48. Երաժշտության մեջ ինձ հաճույք է պատճառում՝

ա/ զինվորական նվագախմբի կատարած քայլերգերը,

բ/ չգիտեմ, գ/ ջութակի մենանվագը:

49. Ես ավելի շուտ ամառվա երկու ամիսները կնախընտրեի անցկացնել՝

ա/ մեծակ կամ երկու ընկերների հետ գյուղում, բ/ դժվարանում եմ ասել,

գ/ ղեկավարել որևէ խումբ՝ տուրիստական արշավների ժամանակ:

50. Ձանքերը, որոնք ծախսվում են ծրագրեր կազմելու վրա՝

ա/ երբեք ավելորդ չեն, բ/ դժվար է ասել, գ/ չարժեն դրան:

51. Ընկերներին՝ իմ հասցեին չմտածված արարքներն ու արտահայտությունները ինձ չեն նեղացնում և չեն տխրեցնում:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ, գ/ ճիշտ չէ:

52. Երբ ինձ ամեն ինչ հաջողվում է, ես այդ գործերը համարում եմ աննշան:

ա/ միշտ, բ/ երբեմն, գ/ հազվադեպ:

53. Ես ավելի շուտ կնախընտրեի աշխատել՝

ա/ հաստատություններում, որտեղ ես պետք է ղեկավարեի մարդկանց և ամբողջ ժամանակ նրանց հետ լինեի,

բ/ դժվարանում եմ պատասխանել,

գ/ մի խաղաղ սենյակում մշակելի իմ ճարտարապետական նախագիծը:

54. Տունը այնպես է վերաբերում սենյակին, ինչպես ծառը՝

ա/ անտառին, բ/ բույսին, գ/ տերևին:

55. Այն, ինչ ես անում եմ, չի ստացվում:

ա/ հազվադեպ, բ/ երբեմն, գ/ հաճախ:

56. Գործերում մեծ մասամբ ես՝

ա/ նախընտրում եմ ռիսկի դիմել, բ/ չգիտեմ,

գ/ նախընտրում եմ գործել անվրեպ:

57. Հավանական է, որ որոշ մարդիկ կարծում են, որ ես չափից դուրս շատ եմ խոսում:

ա/ ավելի շատ դա այդպես է, բ/ չգիտեմ, գ/ կարծում եմ որ ոչ:

58. Ինձ ավելի շատ դուր է գալիս մարդը՝

ա/ որը մեծ խելքի տեր է, նույնիսկ եթե նա անհուսալի է և անհավատարիմ, բ/ դժվար է ասել,

գ/ միջին ընդունակությունների տեր է, բայց դիմակայում է ցանկացած գայթակղությունների:

59. Ես ընդունում եմ որոշում՝

ա/ ավելի արագ, քան շատ մարդիկ բ/ չգիտեմ,

գ/ ավելի դանդաղ, քան մարդկանց մեծամասնությունը:

60. Ինձ վրա մեծ տպավորություն են թողնում՝

ա/ վարպետությունը և նրբագեղությունը, բ/ չգիտեմ ,

գ/ ուժը և հզորությունը:

61. Ես կարծում եմ, որ ես համագործակցությանը հակված մարդ եմ:

ա/ այո, բ/ միջին չափով, գ/ ոչ:

62. Ինձ ավելի դուր է գալիս զրուցել նրբաճաշակ և նրբակիրթ, քան անկեղծ և ուղղամիտ մարդկանց հետ:

ա/ այո, բ/ չգիտեմ, գ/ ոչ:

63. Ես նախընտրում եմ՝

ա/ ինձ վերաբերող հարցերը լուծել ինքս,

բ/ դժվարանում եմ պատասխանել,

գ/ խորհրդակցել ընկերներիս հետ:

64. Եթե մարդն անմիջապես չի պատասխանում, երբ ես ինչ-որ բան եմ ասում նրան, ապա այնպիսի զգացողություն եմ ունենում, թե ինչ-որ հիմարություն եմ ասել:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ, գ/ ճիշտ չէ:

65. Դրոցական տարիներին ես ավելի շատ գիտելիք ստացել եմ:

ա/ դասերի ժամանակ , բ/ դժվար է ասել, գ/ գրքեր կարդալով:

66. Ես խուսափում եմ հասարակական աշխատանքից և դրա հետ կապված պատասխանատվությունից:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ , գ/ ճիշտ չէ:

67. Երբ շատ դժվար է լուծվող հարցը և ինձանից մեծ ճիգեր է պահանջում, ես աշխատում եմ՝

ա/ զբաղվել ուրիշ հարցով, բ/ դժվարանում եմ պատասխանել,

գ/ մեկ անգամ ևս փորձում եմ լուծել այդ հարցը:

68. Առանց որոշակի պատճառի ես ունենում եմ ուժեղ հույզեր՝ տազնապ, զայրույթ, ծիծաղի նույնքան և այլն:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

69. Երբեմն ես ավելի վատ եմ ընթրում, քան սովորաբար:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ, գ/ ճիշտ չէ

70. Ինձ համար հաճելի է մարդուն լավություն անել՝ համաձայնելով նրա հետ հանդիպում նշանակել իրեն հարմար ժամին, եթե նույնիսկ դա մի քիչ հարմար չէ ինձ:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

71. Կարծում եմ, որ ճիշտ թիվը, որը պետք է շարունակի շարքը՝ 1, 2, 3, 6, 5,.....,-ն է:

ա/ 10, բ/ 5, գ/ 7:

72. Երբեմն ես ունենում եմ սրտխառնոցի և գլխապտույտի ոչ տևական նոպաներ՝ առանց որոշակի պատճառի:

ա/ այո, բ/ չգիտեմ, գ/ ոչ:

73. Ես ավելի շուտ նախընտրում եմ հրաժարվել իմ պատվերից, քան մատուցողին կամ մատուցողուհուն ավելորդ անհանգստություն պատճառեմ:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

74. Ես ավելի շատ եմ ապրում այսօրվա օրով, քան մյուս մարդիկ.

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ, գ/ ճիշտ չէ:

75. Երեկոյթների ժամանակ ինձ դուր է գալիս՝

ա/ մասնակցել հետաքրքիր զրույցի, բ/ դժվարանում եմ պատասխանել,

գ/ նայել, թե ինչպես են մարդիկ հանգստանում և ուղղակի հանգստանալ:

76. Ես արտահայտում եմ իմ կարծիքն անկախ այն բանից, թե քանի մարդ կարող են այն լսել.

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

77. Եթե ես կարողանայի տեղափոխվել անցյալ, ապա ավելի շատ կուզենայի հանդիպել՝

ա/ Կոլոմբոսի հետ, բ/ չգիտեմ, գ/ Վ. Սարոյանի հետ

78. Ես ստիպված եմ ինձ հետ պահել այն բանից, որ չկարգավորեմ ուրիշների գործերը:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

79. Աշխատելով խանութում՝ ես կնախընտրեի՝

ա/ ձևավորել ցուցափեղկերը, բ/ չգիտեմ, գ/ լինել գանձապահ:

80. Եթե մարդիկ վատ կարծիք ունեն իմ մասին, ես չեմ ձգտում վերահամոզել նրանց, այլ շարունակում եմ վարվել այնպես, ինչպես հարմար է ինձ.

ա/ այո, բ/ դժվար է ասել, գ/ ոչ:

81. Եթե ես տեսնում եմ, որ իմ հին ընկերը սառն է ինձ հետ և խուսափում է ինձանից, սովորաբար ես.

ա/ միանգամից մտածում եմ, որ նրա տրամադրությունը վատ էր, բ/ չգիտեմ,

գ/ անհանգստանում եմ, որ ինչ-որ սխալ բան եմ արել:

82. Բոլոր դժբախտությունների պատճառը մարդիկ են՝

ա/ որոնք ձգտում են ամեն ինչում փոփոխություն մտցնել, չնայած արդեն գոյություն ունեն այդ հարցերի լուծման բավարար եղանակներ ,

բ/ չգիտեմ, գ/ որոնք մերժում են նոր, բազմախոստում առաջակները:

83. Ես մեծ հաճույք եմ ստանում՝ պատմելով տեղական նորությունները:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

84. Կոկիկ, պահանջկոտ մարդիկ չեն կարողանում համակերպվել ինձ հետ:

ա/ ճիշտ է, բ/ երբեմն, գ/ ճիշտ չէ:

85. Ինձ թվում է, որ ես պակաս դյուրագրգիռ եմ, քան մարդկանց մեծամասնությունը:

ա/ ճիշտ է, բ/ չգիտեմ , գ/ ճիշտ չէ:

86. Ես ավելի հեշտ կարող եմ հաշվի չառնել մարդկանց կարծիքը, քան նրանք իմը:

ա/ ճիշտ է , բ/ երբեմն, գ/ ճիշտ չէ:

87. Պատահում է, որ ամբողջ առավոտ ես չեմ ուզում ոչ ոքի հետ խոսել:

ա/ հաճախ, բ/ երբեմն, գ/ երբեք:

88. Եթե ժամացույցի սլաքները հանդիպում են յուրաքանչյուր 65 րոպեի մեկ, որը չափված է ճիշտ ժամացույցով, ապա այդ ժամացույցը՝

ա/ ես է մնում, բ/ ճիշտ է աշխատում, գ/ առաջ է ընկնում:

89. Ես ձանձրանում եմ:

ա/ հաճախ, բ/ երբեմն, գ/ հազվադեպ:

90. Մարդիկ ասում են, որ ինձ դուր է գալիս ամեն ինչ անել միայն ինձ բնորոշ յուրահատուկ ձևով:

ա/ ճիշտ է, բ/ երբեմն, գ/ ճիշտ չէ:

91. Ես կարծում եմ, որ պետք է խուսափել ավելորդ հուզումներից, որովհետև դրանք հոգնեցուցիչ են:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

92. Տանն ազատ ժամանակ ես:

ա/ շատախոսում և հանգստանում եմ , բ/ դժվարանում եմ պատասխանել ,

գ/ զբաղվում եմ ինձ հետաքրքրող գործերով:

93. Ես երկչոտությամբ և զգուշորեն եմ վերաբերվում նոր մարդկանց հետ ընկերական

հարաբերություններ հաստատելուն:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

94. Ես կարծում եմ, որ այն, ինչ մարդիկ ասում են բանաստեղծությամբ, կարելի է ճիշտ նույնն արտահայտել արձակով:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

95. Ես կասկածում եմ, որ մարդիկ, որոնց հետ ես ընկերական հարաբերությունների մեջ եմ, կարող են իմ թիկունքում ամենակին էլ ընկերներ չլինել ինձ:

ա/ այո, մեծ մասամբ, բ/ երբեմն, գ/ ոչ հազվադեպ:

96. Ես կարծում եմ, որ նույնիսկ ամենադրամատիկ իրադարձությունները 3 տարի անց հետք չեն թողնում իմ հոգում:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

97. Ես կարծում եմ, որ ավելի հետաքրքիր է լինել`

ա/ բնասեր և խնամել բույսեր, բ/ չգիտեմ,

գ/ ապահովագրական գործակալ:

98. Ես ենթակա եմ չպատճառաբանված վախ և զզվանք ապրել որոշ իրերի, օրինակ, որոշակի կենդանիների, վայրերի և այլնի նկատմամբ:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

99. Ես սիրում եմ մտածել այն մասին, թե ինչպես կարելի է ավելի լավ դարձնել աշխարհը.

ա/ այո, բ/ դժվար է ասել, գ/ ոչ:

100. Ես նախընտրում եմ խաղեր`

ա/ որոնցում պետք է թիմով խաղալ կամ զուգընկեր ունենալ , բ/ չգիտեմ,

գ/ որոնցում յուրաքանչյուրը խաղում է ինքն իր համար:

101. Գիշերը ես տեսնում եմ ֆանտաստիկ և անհեթեթ երազներ:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

102. Եթե ես տանը մենակ եմ մնում, ապա որոշ ժամանակ անց սկսում եմ տազնապ և վախ զգալ:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

103. Ես կարող եմ իմ ընկերական վերաբերմունքով մարդկանց մոլորության մեջ գցել, չնայած իրականում նրանք ինձ դուր չեն գալիս:

ա/ այո, բ/ երբեմն, գ/ ոչ:

104. Ո՞ր բառը չի վերաբերում մյուս երկուսին՝

ա/ մտածել, բ/ տեսնել, գ/ լսել:

105. Եթե Մարիամի մայրը Արամի հոր քույրն է, ապա ո՞վ է Արամը Մարիամի հոր համար՝

ա/ եղբորորդի /քրոջ որդի/, բ/ զարմիկ, գ/ մորեղբայր /հորեղբայր/:

Թեստի ձևաթուղթ

ԱԱԶ _____ տարիք _____ սեռ _____ ամսաթիվ _____

ԼՐԱՑՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

ա բ գ			ա բ գ			ա բ գ			ա բ գ			ա բ գ			ա բ գ			ա բ գ		
1			18			3 5			52			69			86			103		
2			19			3 6			53			70			87			104		
3			20			3 7			54			71			88			105		
4			21			3 8			55			72			89					
5			22			3 9			56			73			90					
6			23			4 0			57			74			91					
7			24			4 1			58			75			92					
8			25			4 2			59			76			93					
9			26			4 3			60			77			94					
10			27			4 4			61			78			95					
11			28			4 5			62			79			96					
12			29			4 6			63			80			97					
13			30			4 7			64			81			98					

14				31				4				65				82				99			
15				32				8				66				83				100			
								4															
								9															
16				33				5				67				84				101			
17				34				0				68				85				102			
								5															
								1															

ԲԱՆԱԼԻ

	ա	բ	գ		ա	բ	գ		ա	բ	գ		ա	բ	գ		ա	բ	գ		ա	բ	գ					
1	■	■	■	18	■	■	■	35	■	■	■	52	■	■	■	69	■	■	■	86	■	■	■	103	■	■	■	MD
2	■	■	■	19	■	■	■	36	■	■	■	53	■	■	■	70	■	■	■	87	■	■	■	A	104	■	■	■
3	■	■	■	20	■	■	■	37	■	■	■	54	■	■	■	71	■	■	■	88	■	■	■	105	■	■	■	B
4	■	■	■	21	■	■	■	38	■	■	■	55	■	■	■	72	■	■	■	89	■	■	■	C				
5	■	■	■	22	■	■	■	39	■	■	■	56	■	■	■	73	■	■	■	90	■	■	■	E				
6	■	■	■	23	■	■	■	40	■	■	■	57	■	■	■	74	■	■	■	91	■	■	■	F				
7	■	■	■	24	■	■	■	41	■	■	■	58	■	■	■	75	■	■	■	92	■	■	■	G				
8	■	■	■	25	■	■	■	42	■	■	■	59	■	■	■	76	■	■	■	93	■	■	■	H				
9	■	■	■	26	■	■	■	43	■	■	■	60	■	■	■	77	■	■	■	94	■	■	■	I				
10	■	■	■	27	■	■	■	44	■	■	■	61	■	■	■	78	■	■	■	95	■	■	■	L				
11	■	■	■	28	■	■	■	45	■	■	■	62	■	■	■	79	■	■	■	96	■	■	■	M				
12	■	■	■	29	■	■	■	46	■	■	■	63	■	■	■	80	■	■	■	97	■	■	■	N				
13	■	■	■	30	■	■	■	47	■	■	■	64	■	■	■	81	■	■	■	98	■	■	■	O				
14	■	■	■	31	■	■	■	48	■	■	■	65	■	■	■	82	■	■	■	99	■	■	■	Q ₁				
15	■	■	■	32	■	■	■	49	■	■	■	66	■	■	■	83	■	■	■	100	■	■	■	Q ₂				
16	■	■	■	33	■	■	■	50	■	■	■	67	■	■	■	84	■	■	■	101	■	■	■	Q ₃				
17	■	■	■	34	■	■	■	51	■	■	■	68	■	■	■	85	■	■	■	102	■	■	■	Q ₄				

Արդյունքների մեկնաբանությունը. յուրաքանչյուր «բ» պատասխան գնահատվում է 1 միավորով: Բանալուն համընկած պատասխանները գնահատվում են 2 միավորով: Միայն B գործոնի համար բանալուն համընկնումը հաշվարկվում է 1 միավոր: Առավելագույն ցուցանիշը կարող է հասնել մինչև 8 միավորի՝ ըստ 2, 19, 36, 53, 70, 87, 104, 105 հարցերի պատասխանների: MD գործոնը ցույց է տալիս ինքնագնահատման աղեկատվությունը, եթե ցուցանիշի արժեքը առավելագույնը կամ նվազագույնը չէ: Մնացած 15 գործոնների դեպքում (A, C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, Q₁, Q₂, Q₃, Q₄) 1-5

միավորները համապատասխանում են բացասական բևեռին, իսկ 8-12-ը՝ դրականին: Միջին ցուցանիշները մեկնաբանման ենթակա չեն:

<p>A- <u>Ինքնամփոփություն, ծածկանտություն</u></p>	<p>A+ <u>Մարդամոտություն, սրտակից վերաբերմունք, բարություն</u></p>
<p>Բժախնդրություն, առանձնացվածություն, օտարվածություն, սառնություն, ճշգրտություն, օբյեկտիվություն, մռայլություն, քչախոսություն, զգուշավորություն, վառ, կենդանի հուզականության բացակայություն, շրջապատով չհետաքրքրվելու, մարդկանցից օտարանալու, գրքերի, իրերի հետ շփվելու հատկություն, առանձնացված աշխատելու սովորություն, պարտաճանաչություն, ռիզիկոություն:</p>	<p>Համագործակցության պատրաստականություն, մարդկանց հանդեպ ուշադիր, հոգատար լինելու հակվածություն, հարմարվողականություն, կենսուրախություն, վստահելու ունակություն, հուզական դրսևորումների ցայտունություն և հարստություն, բնական, անմիջական վարք, նրբանկատ վերաբերմունք, սիրով, հաճույքով հաղորդակցվելու, շփվելու, մարդկանց հետ հաճույքով աշխատելու ունակություն, հասարակական միջոցառումներին մասնակցելու պատրաստականություն:</p>
<p>B- <u>Ցածր հնտելեկտ</u></p>	<p>B+ <u>Բարձր հնտելեկտ</u></p>
<p>Դանդաղկոտություն ուսման մեջ, նոր հասկացությունները դժվար ընկալելու, բառացի, «առարկայական» հասկանալու ունակություն, դժվարություն տրամաբանական առաջադրանքները կատարելիս:</p>	<p>Ինտելեկտուալ զարգացման բարձր մակարդակ, արագ ընկալելու, հեշտ ուսուցանվելու ունակություն, շատ բարձր միավորը վկայում է տրամաբանական առաջադրանքներն անսխալ կատարելու մասին:</p>
<p>C- <u>Հուզական անկայունություն</u></p>	<p>C+ <u>Հուզական կայունություն</u></p>
<p>Սեփական հույզերն ու հրապարուանքը չհսկող, իրականությունից, պատասխանատվությունից, դժվարություններից խուսափող, ներքուստ իրեն անօգնական զգացող, գործն ավարտին դժվարությամբ հասցնող, սոցիալ-անթույլատրելի ձևերով դրսևորման հակվածություն:</p>	<p>Հուզական հասունություն, սեփական ուժերի հանդեպ վստահություն, կայունություն պլաններում և առնչություններում, տրամադրության պատահական տատանումներին չտրվող, իրականությունը ճիշտ, լրջորեն գնահատող, մանրուքներից չընկճվող, սեփական թերությունները չթաքցնող, անընդհատ հետաքրքրություններ ունեցող:</p>
<p>E- <u>Հնազանդություն</u></p>	<p>E+ <u>Իշխելու հակում</u></p>
<p>Հարմարվող, ենթարկվող, սեփական կարծիքը չպնդող, կախման մեջ ընկնող, մեղքն իր վրա վերցնող, ուսման մեջ, աշխատանքում՝ որպես կատարող, սովորաբար բարձր արդյունքներով դրսևորվող:</p>	<p>Դոմինանտություն, համառություն, չհնազանդվելու հակում, ինքնուրույնություն, անկախություն, հեղինակությանը անտեսող, համարձակ, ակտիվ, եռանդուն, սեփական դատողություններով, անձնական օրենքներով կառավարվող, ինքնուրույնության համար համառ, ագրեսիվ պայքարող, շրջապատից ինքնուրույնություն պահանջող:</p>
<p>F- <u>Ձսավածություն, դատողականություն</u></p>	<p>F+ <u>Խանդավառություն, իմպուլսիվություն</u></p>
<p>Մտահոգված, ամեն բանում լուրջ և զգուշավոր, ապագան պլանավորելու, հետագա անելիքները որոշելու մտահոգություն, հնարավոր անհաջողությունների կանխատեսման հակվածություն:</p>	<p>Անհոգ, առույգ, ակտիվ, իրադրությունը չքննարկող, խոր չվերլուծող, թեթև ապրող, սեփական հաջողությանը հավատացող, ապագայի հանդեպ շատ հոգ չտանող: Խանդավառությունը կարող է պայմանավորված լինել մեծ ձգտումների բացակայությամբ:</p>
<p>G – <u>Ցածր բարեխոհություն</u></p>	<p>G+ <u>Բարձր բարեխոհություն</u></p>
<p>Անկայուն, ալարկոտ, ինքնասեր, սեփական շահերը «ամեն գնով» պահպանող, ձգտում</p>	<p>Պատասխանատվության զգացում, բարոյական սկզբունքների կայունություն,</p>

Են չկատարել հասարակական պահանջները, անտեսել բարոյական արժեքները, սեփական շահի համար ունակ են խաբեության:	Կարգապահություն, ճշտապահություն, կոկիկություն, օրենքի պահպանման հակվածություն: Բարձր արդյունքը վկայում է ինքնահսկման հակվածության մասին՝ ի հաշիվ անձնական նպատակների:
H- <u>Երկչտություն</u>	H+ <u>Քաջություն, ծեռներեզություն</u>
Ամաչկոտ, անհավատ, վախկոտ, վտանգին հիվանդագին ու ցավոտ վերաբերվող, թերարժեքության բարդույթի անհիմն զգացողության հակվածություն, չեն սիրում աշխատել մարդկանց հետ, ընկերությունից խուսափում են, զգացմունքները դրսևորում են դանդաղ և կաշկանդված:	Անկախ, վստահ, համարձակ, հեշտ շփվող, խոսելուց հաճույք ստացող, անսպասելի, լարված իրավիճակներին հեշտությամբ դիմակայող, լավատես, անհաջողություններն անտեսող, կոնլիկտներից հետևություններ չանող:
I – <u>Պաժանություն, խստություն</u>	I+ <u>Նրբություն, փափկասրտություն</u>
Գործնական, իրատես, տրամաբանող, բանական, հաշվենկատ, կոպիտ, զգացմունքներին չտրվող, տպավորություններից և բնագրից «հեռացած»:	Բնորոշ է աշխարհի պատկերավոր, կերպարային, գեղարվեստական ընկալումը, որի մասին կարող է վկայել արտաքինը, պահվածքը, վարքը: Չեն սիրում կոպտությունը, ունեն վառ երևակայություն և գեղագիտական ճաշակ, սիրում են ճանապարհորդել:
L- <u>Վստահություն</u>	L+ <u>Կասկածամտություն</u>
Վստահություն բոլորի հանդեպ, նույնիսկ անձանոթների, հավատ բարության և լավի հանդեպ, համակերպվող, համերաշխ, անկեղծ, հոգատար, մրցակցությունից և նախանձից ազատ, բնական, հատուկ ուշադրության արժանանալու խնդիր չունեցող:	Վատի կանխազգացում, չվստահելու, նախանձի հակվածություն, շրջապատում համապատասխան ուշադրության և զնահատականի չարժանանալու զգացողության հակվածություն:
M- <u>Գործնականություն</u>	M+ <u>Երազկոտություն, հարուստ երևակայություն</u>
Առողջ դատողությամբ, հավասարակշռված, հեշտ կողմնորոշվող, գործնական, երևակայության որոշակի պակասը դժվարացնում է անսպասելի իրավիճակների հաղթահարումը:	Ուղղվածություն դեպի սեփական ցանկություններն ու երազանքները, առօրյա հոգսերի ու պարտականությունների մասին առանձնապես չմտածող, «անպերում ճախրող», ինքնատիպ աշխարհայացք ու անկրկնելի վարք ունեցող:
N- <u>Ուղղամտություն, պարզամտություն</u>	N+ <u>Պիվանագիտություն</u>
Կարող են լինել կոպիտ, անզուսպ, առանց խորության և «լուսավոր մտքի», «կույր» հավատով, պարզ են, բնական, շփվող ու բաց:	Խորաթափանցություն, հաշվենկատություն, զսպված հուզականությամբ, զգուշավոր, հավաք, «սառը»: Կարող է լավ դրսևորվել հասարակության մեջ, փորձառու է, հմուտ, վատը քողարկող, թաքցնող:
O – <u>Վստահություն սեփական անձի հանդեպ</u>	O+ <u>Տազնապալիություն, անվստահություն</u>
Ուրախ, զվարթ, կյանքով լի, ակտիվ, գոհունակ, Ինքնավստահություն դեպքերին և իրավիճակներին արձագանքող, առօրյա կյանքից, նույնիսկ մանրուքներից հետաքրքրություններ գտնող:	Մեղքի զգացման հակվածություն, մտահոգվածություն, քրոնիկալան վատի նախազգացումով, սեփական անձը, հնարավորությունները թերագնահատող, ինքնանախատող, համեստ, վիրավորվող:
Q1 – <u>Պահպանողականություն, Ռիզիկոսություն</u>	Q1+ <u>Ճկունություն, նորի հակում</u>
Պահպանողական են, փոփոխությունների	Ունեն բազմապիսի հետաքրքրություններ,

<p>հակված չեն, դրանք համարում են անհիմաստ, դատարկ: Ընդունում են բարոյական քարոզները, հետևում են մեծերի և փորձառուների խորհուրդներին: Կարծում են, որ հասարակությանը վնաս են հասցնում սովորույթները խախտողները:</p>	<p>հատկապես ինտելեկտուալ, սիրում են շատ ինֆորմացիա ստանալ, սակայն ոչինչ կուրորեն չեն ընդունում, չեն վստահում հեղինակությանը, ձգտում են ամեն ինչ հասկանալ և վերլուծել ինքնուրույն, սեփական կարծիքով: Կարող են ճկուն փոխել տեսակետները, մտածել քննադատաբար, համբերատար են հակասությունների և անորոշությունների նկատմամբ:</p>
<p>Q2 – <u>Կախվածություն խմբից</u></p>	<p>Q2+ <u>Ինքնուրույնություն</u></p>
<p>Ինքնուրույն չեն, առաջնորդվում են մյուսների կարծիքով, օգնության, խորհրդի և խրախուսանքի կարիք ունեն, չունեն սեփական նախաձեռնություն, ընտրության համարձակություն, ինքնատիպ վարվելակերպ:</p>	<p>Անկախ են, գերադասում են ինքնուրույն հանդես գալ, շփման մեջ նախաձեռնությունը վերցնում են իրենց ձեռքը, պատրաստ են ամեն կերպ պահպանելու անկախությունը, օգնության և խրախուսանքի կարիք չեն զգում:</p>
<p>Q3 – <u>Ինսուլսիվություն, վարքի գաժը հսկողություն</u></p>	<p>Q3+ <u>Վարքի բարձր հսկողություն</u></p>
<p>Թույլ կամք, անկազմակերպ գործունեություն, ցանկությունները վերահսկելու անկարողություն, առանց երկար, խոր մտածելու մի գործը կիսատ են թողնում, անցնում մյուսին: Կարող են խոստումներ տալ, իմանալով, որ չեն կատարելու: Աշխատանքում չեն կարող դրսևորվել որպես լիդերներ, հասնել արդյունավետության, հաջողության:</p>	<p>Ցանկությունների հսկում, ինքնատիրապետում, կազմակերպված են, կարող են հեշտությամբ հսկել սեփական հույզերն ու վարքը: Գործում են պլանավորված, համառորեն հաղթահարում են արգելքները, սկսած գործը հասցնում են ավարտի: Չգտում են իրենց վարքով լավ տպավորություն թողնել:</p>
<p>Q4 - <u>Թույլագվածություն, գաժը մոտիվացիա</u></p>	<p>Q4+ <u>Լարվածություն</u></p>
<p>Անվրդով, հանգիստ վիճակ, անտարբերություն հաջողությունների և անհաջողությունների նկատմամբ: ցանկությունների բացակայություն, ցածր մոտիվացիա, ինքնաբավարարվածություն: Բացակայում են նեժ մվաճումների և փոփոխությունների ձգտումը, մեծ հավակնությունները:</p>	<p>Բնորոշ են մեծ ձգտումները, չբավարարվածությունը, ֆրուստրացիան, չեն կարողանում հանգստի վիճակ ապրել, լարված են, գրգռված: Դուրսկան անկույունությունը կարող է դրդել տրամադրության անկման, դյուրագրգիռ վիճակի և անհամբերության:</p>

ԱՆՁԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՄԱՆ ԱՍԱՆԴԱՐՏԱՑՎԱԾ ԲԱԶՄԱԳՈՐԾՈՆ ՄԵԹՈԴԻԿԱ

(MMPI-ի կրճատ տարբերակ՝ ըստ Ֆ.Բերյոզինի, Մ.Միրոշնիկովի)

Այս մեթոդիկան բացահայտում է անձի կառուցվածքային բաղադրիչների ամբողջական սպեկտրը. դրանք են բնութագրական առանձնահատկությունները, դրդապատճառային ուղղվածությունը, ինքնագնահատականը, միջանձնային հարաբերությունների ձևերը, սթրեսին դիմակայելու տիպերը, առաջատար պահանջումները, տրամադրությունը, սեքսուալ կողմնորոշումը, անձի հարմարվողականության աստիճանը, հոգեկան շեղումների և խանգարումների առկայությունը, սուլիցիդի և ալկոհոլի հակվածությունը:

Հրահանգ. ուշադիր ընթերցեք յուրաքանչյուր պնդում և արագ որոշում կայացրեք. ընդունելի՞ է այն Ձեզ համար, թե՞ ոչ: Եթե համաձայն եք պնդմանը, ուրեմն տվյալ համարի վանդակում նշեք «+», եթե ոչ՝ «-»:

1. Դուք լավ ավտորժակ ունեք:
2. Առավոտները Դուք սովորաբար զգում եք, որ քունը առել և հանգստացել եք:
3. Ձեր առօրյա կյանքում հետաքրքիր բաներ շատ կան:
4. Դուք աշխատում եք մեծ լարումով:
5. Երբեմն Ձեր գլխում այնպիսի վատ մտքեր են, որ դրանց մասին ավելի լավ է չպատմել:
6. Դուք շատ հազվադեպ եք փորկապություն ունենում:
7. Երբեմն Դուք շատ եք ցանկացել ընդմիջտ հեռանալ տնից:
8. Երբեմն Դուք ունենում եք անզսպելի ծիծաղի կամ լացի բռնկումներ:
9. Երբեմն Ձեզ անհանգստացնում է սրտխառնոցը և փսխելու ցանկությունը:
10. Դուք այնպիսի տպավորություն ունեք, որ Ձեզ ոչ ոք չի հասկանում:
11. Երբեմն Դուք ցանկանում եք հայհոյել:
12. Ամեն շաբաթ Դուք սարսափելի երազներ եք տեսնում:
13. Ձեզ համար ավելի դժվար է կենտրոնանալը, քան մարդկանց մեծամասնությանը:
14. Ձեզ հետ կատարվել են (կամ կատարվում են) տարօրինակ բաներ:
15. Դուք կյանքում կհասնեիք ավելի շատին, եթե մարդիկ տրամադրված չլինեին Ձեր դեմ:
16. Մանկական հասակում Դուք ինչ-որ ժամանակ մանր գողություններ եք կատարել:
17. Պատահել է, որ մի քանի օր, շաբաթ կամ ամբողջ ամիսներով Դուք ոչ մի բանով չեք կարողացել զբաղվել, որովհետև դժվարացել եք ստիպել Ձեզ գործին կաշել:
18. Ձեր քունը ընդհատվող է և անհանգիստ:
19. Երբ Դուք մարդկանց մեջ եք, տարօրինակ բաներ եք լսում:
20. Ձեզ ճանաչող մարդկանց մեծ մասը Ձեզ տհաճ մարդ չի կարծում:
21. Դուք հաճախ եք ստիպված եղել ենթարկվելու ինչ-որ մեկին, ով գիտեր Ձեզանից քիչ:
22. Մարդկանց մեծամասնությունը իրենց կյանքից գոհ է ավելի, քան Դուք:

23. Շատ-շատերը չափազանցում են իրենց դժբախտությունները, որպեսզի արժանանան կարեկցանքի և օգնության:
24. Երբեմն Դուք զայրանում եք:
25. Ձեր մեջ որոշակիորեն պակասում է ինքնավստահությունը:
26. Հաճախ Ձեր մկաններում թրթռոցներ են լինում:
27. Դուք հաճախ եք այնպիսի զգացում ունենում, կարծես կատարել եք ինչ-որ ոչ ճիշտ կամ վատ բան:
28. Սովորաբար Դուք բավարարված եք Ձեր ճակատագրով:
29. Ոմանք այնպես են սիրում կարգադրել, որ Դուք ցանկանում եք ամեն ինչ անել հակառակը, թեկուզև գիտեք, որ նրանք ճիշտ են:
30. Դուք կարծում եք, որ Ձեր դեմ ինչ-որ բան են ձեռնարկում:
31. Մարդկանց մեծամասնությունն ընդունակ է շահի հասնել անազնիվ ճանապարհով:
32. Ձեզ հաճախ է անհանգստացնում ստամոքսը:
33. Հաճախ Դուք չեք կարողանում հասկանալ, թե նախորդ օրն ինչու եք եղել վատ տրամադրությամբ և գրգռված:
34. Որոշ պահերի Ձեր մտքերը հոսել են այնքան արագ, որ Դուք չեք հասցրել դրանք արտահայտել:
35. Դուք կարծում եք, որ Ձեր ընտանեկան կյանքը վատ չէ, քան Ձեր ծանոթների մեծամասնությանը:
36. Երբեմն Դուք համոզված եք սեփական անօգտակարության մեջ:
37. Վերջին տարիներին Ձեր ինքնազգացողությունը հիմնականում լավն է եղել:
38. Ձեր կյանքում այնպիսու շրջաններ են եղել, որոնց ժամանակ Դուք ինչ-որ բան ապրել եք և հետո չեք կարողացել հիշել, թե ինչ:
39. Դուք համարում եք, որ Ձեզ հաճախ են անարժան կերպով պատժել:
40. Դուք երբեք Ձեզ ավելի լավ չեք զգացել, քան այժմ:
41. Ձեզ համար միևնույնն է, թե ինչ են մտածում Ձեր մասին ուրիշները:
42. Հիշողության առումով Ձեզանում մոտ ամեն ինչ կարգին է:
43. Դուք դժվարանում եք պահպանել խոսակցությունը մի մարդու հետ, ում հետ հենց նոր եք ծանոթացել:
44. Ժամանակի մեծ մասը Դուք ընդհանուր թուլություն եք զգում:
45. Ձեր գլուխը հազվադեպ է ցավում:
46. Երբեմն Դուք դժվարանում եք քայլելու ժամանակ պահպանել հավասարակշռությունը:
47. Ձեր ոչ բոլոր ծանոթներն են Ձեզ դուր գալիս:
48. Կան մարդիկ, որոնք փորձում են գողանալ Ձեր գաղափարներն ու մտքերը:
49. Դուք կարծում եք, որ կատարել եք արարքներ, որոնք չի կարելի ներել:
50. Դուք համարում եք, որ Դուք չափազանց անաչկոտ եք:
51. Դուք գրեթե մշտապես ինչ-որ բանի համար տազնապում եք:
52. Ձեր ծնողները հաճախ չեն խրախուսել Ձեր ծանոթությունները:
53. Երբեմն Դուք մի քիչ բամբասում եք:
54. Ժամանակ առ ժամանակ Դուք զգում եք, որ Ձեզ համար չտեսնված հեշտ է որոշումներ կայացնելը:
55. Դուք ունենում եք ուժեղ սրտխփոց և հաճախ շնչահեղձ եք լինում:
56. Դուք դյուրաբորբոք եք, բայց շուտ հանգստացող:
57. Դուք ունենում եք անհանգստության այնպիսի պահեր, որ դժվար է տեղում հանգիստ նստելը:

58. Ձեր ծնողները և ընտանիքի մյուս անդամները հաճախ են Ձեզ նեղում:
59. Ձեր ճակատագիրը ոչ ոքի առանձնապես չի հետաքրքրում:
60. Դուք չեք դատապարտում մարդուն, որը դեմ չէր իր շահերի համար օգտվել ուրիշների սխալներից:
61. Երբեմն Դուք լի եք եռանդով:
62. Վերջին ժամանակներս Ձեր տեսողությունը վատացել է:
63. Հաճախ Ձեր ականջներում զնգում կամ աղմկում է:
64. Ձեր կյանքում եղել են դեպքեր, հնարավոր է միայն մեկը, երբ Դուք զգացել եք, որ Ձեզ վրա ինչ-որ մեկն ազդում է հիպնոսով:
65. Դուք ունենում եք շրջաններ, երբ արատաստվոր կերպով ուրախ եք առանց հատուկ պատճառի:
66. Նույնիսկ լինելով հասարակության մեջ՝ Դուք սովորաբար Ձեզ միայնակ եք զգում:
67. Դուք կարծում եք, որ գրեթե յուրաքանչյուրը կարող է ստել, որպեսզի խուսափի տհաճություններից:
68. Դուք ավելի նրբազգաց եք, քան մարդկանց մեծամասնությունը:
69. Ժամանակ առ ժամանակ Ձեր գլուխն աշխատում է կարծես ավելի դանդաղ, քան սովորաբար:
70. Դուք հաճախ եք հիասթափվում մարդկանցից:
71. Դուք չարաշահել եք ոգելից խմիչքներ:

Թեստի բլանկ

ԱԱՀ _____ տարիք _____ սեռ _____ ամսաթիվ _____

+	-	+	-	+	-	+	-					
<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	41	<input type="text"/>	<input type="text"/>	61	<input type="text"/>	L
<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	42	<input type="text"/>	<input type="text"/>	62	<input type="text"/>	F
<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	43	<input type="text"/>	<input type="text"/>	63	<input type="text"/>	K
<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	44	<input type="text"/>	<input type="text"/>	64	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	25	<input type="text"/>	<input type="text"/>	45	<input type="text"/>	<input type="text"/>	65	<input type="text"/>	1
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	2
<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	46	<input type="text"/>	<input type="text"/>	66	<input type="text"/>	3
<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	47	<input type="text"/>	<input type="text"/>	67	<input type="text"/>	4
<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	28	<input type="text"/>	<input type="text"/>	48	<input type="text"/>	<input type="text"/>	68	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	29	<input type="text"/>	<input type="text"/>	49	<input type="text"/>	<input type="text"/>	69	<input type="text"/>	6
<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	50	<input type="text"/>	<input type="text"/>	70	<input type="text"/>	7
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	8
<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	51	<input type="text"/>	<input type="text"/>	71	<input type="text"/>	9
<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	32	<input type="text"/>	<input type="text"/>	52	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	33	<input type="text"/>	<input type="text"/>	53	<input type="text"/>				

	14			34			54	
	15			35			55	

	16			36			56	
	17			37			57	
	18			38			58	
	19			39			59	
	20			40			60	

ԲԱՆԱԼԻ

Սանդղակ	Պատ.	Հարցի համարը
<i>L</i>	Համաձայն չեմ. (-)	5, 11, 24, 47, 53
<i>F</i>	(-)	22, 24, 61
	Համաձայն եմ. (+)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 59, 64, 71
<i>K</i>	(-)	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
1 (Hs)	(-)	1, 2, 6, 37, 45
	(+)	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
2 (D)	(-)	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 61, 65
	(+)	9, 13, 11, 18, 22, 25, 36, 44
3 (Hy)	(-)	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	(+)	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4 (Pd)	(-)	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	(+)	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
6 (Pa)	(-)	28, 29, 31, 67
	(+)	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
7 (Pt)	(-)	2, 3, 42
	(+)	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
8 (Se)	(-)	3, 42

	(+)	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
9 (Ma)	(-)	43
	(+)	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Ճշգրտող գործակիցների սանդղակ

Սանդղակներ				
K	7, 8	1	4	9
	1K	0.5K	0.4K	0.2K
16	16	8	6	3
15	15	8	6	3
14	14	7	6	3
13	13	7	5	3
12	12	6	5	2
11	11	6	4	2
10	10	5	4	2
9	9	5	4	2
8	8	4	3	2
7	7	4	3	1
6	6	3	2	1
5	5	3	2	1
4	4	2	2	1
3	3	2	2	1
2	2	1	1	0
1	1	1	1	0

Ճշգրտող գործակցի արժեքը գումարվում է

ըստ բանալի K-ով ստացած արժեքի՝ համապատասխան սանդղակներով.

1(Hs)-ին – 0,5K

4(Pd)-ին – 0,4K,

9(Ma)-ին – 0,2K,

7(Pt)-ին - 1K,

8 (Se)-ին 1K:

	T	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	T
1101					26		22		16		28		
1081					24							28	
1061						22		19	14			26	
1041							26				24		15
1021					21	20				12		24	
1001		8		16									
981						18		22	16			22	13
961	5				16					10			
941						16					20	20	
921	4	6											11
901					15	14	16						
881								13		8		18	
861	3					12							9
841			4	10	12							16	
821		2				10	14			6	16		
801													
781					9	8			10				14
761			2				10			4			
741													
721						6						12	
701					6								5
681	0										12		
661			0	4		4		7		2		10	
641							6						
621					3	2							8
601													
581				2					0				
561													
541			0		0	0	2	4			8	6	1

Ցուցանիշների մեկնաբանություններն ըստ սանդղակների.

1. Ստի սանդղակ. L – գնահատում է հետազոտվողի անկեղծությունը:
 2. Հավաստիության սանդղակ. F– գնահատում է մեթոդիկայով ստացված տվյալների հավաստի լինելը, որքան տվյալ ցուցանիշը բարձր է, այնքան հավաստիությունը թույլ է:
 3. Ճշգրտման սանդղակ. K – գնահատում է թեստավորման հանդեպ բնական պաշտպանական ռեակցիան: Բարձր ցուցանիշները վկայում են վարքի չգիտակցված հսկողության մասին: Այս սանդղակը օգտագործվում է հիմնական սանդղակները ճշգրտելու նպատակով:
Հիմնական սանդղակներ.
1. **(Hs)** Գերվերահսկողության սանդղակը պարզաբանում է անձի այնպիսի առանձնահատկություններ, ինչպիսիք են հույզերի հսկման միտումը, վարքագծի կողմնորոշումը, ընդունված նորմերի, ավանդույթների սահմանումը, դիրքորոշման գեքսոցիալիզացիան: 70T–ից բարձր ցույց է տալիս, որ մարդն իր ուշադրությունը սևեռել է ներքին զգայությանը՝ իր վիճակն էլ ավելի ծանրացնելու նպատակով:
 2. **(D)** Դեպրեսիայի, հոռետեսության սանդղակն արտացոլում է տրամադրության անկման մակարդակը, հոռետեսական տրամադրությունը, մտորումների հակվածությունը, սկեպտիցիզմ, կյանքի բարդ իրավիճակների լուծումից հեռանալու ձգտումը: 70T–ից բարձրի դեպքում նկատելի է դեպրեսիա, կարոտի զգացում, սուիցիդալ մտքեր:
 3. **(Hy)** Հուզական շարժունության սանդղակը ցույց է տալիս տրամադրության անկայունությունը. ձգտում իրավիճակների, զգայության բեմականացմանը: 70T–ից բարձրի դեպքում նկատելի են վարքագծի հետևյալ դրսևորումները՝ ցուցադրականություն, էսակենտրոնություն, մանկամտություն:
 4. **(Pd)** Սոցիալական դեզադապտացիա սանդղակն արտացոլում է իմպուլսիվությունը, կոնֆլիկտայնությունը, օբյեկտիվ իրավիճակներն անտեսելը, ոչ թե իրական աշխարհի, այլ երազանքների վրա կենտրոնանալը: 70T–ից բարձրը բացահայտում է սոցիալական դեզադապտացիայի հատկանիշները, կոնֆլիկտայնությունը, ագրեսիվությունը, արտահայտված իմպուլսիվությունն ու վարքի վերահսկողության անկարողությունը:
 6. **(Pa)** Աֆեկտիվ ռեզիդության սանդղակն արտահայտում է հետաքրքրությունների կայունությունը, սեփական կարծիքը պաշտպանելու համառությունը, դիրքորոշումների ոչ ճկուն լինելը, նյարդային գործընթացների դժվար շարժունությունը, նոր վիճակին անցնելու դժվարությունը, բարձր ինքնաքննադատությունն ու ցածր ինքնագնահատումը, որը հակադրվում է իդեալական Ես-ի հետ:
 7. **(Pt)** Սանդղակն արտահայտում է տազնապայնությունը, կասկածամտությունը, 70T–ից բարձր ցուցանիշների դեպքում որոշվում է տազնապի արտահայտվածության այն մակարդակը, որը դեռ չի հասցրել պաշտպանական մեխանիզմների ազդեցությանը վերածվել կոնկրետ վիճակի:
 8. **(Se)** Անհատականության սանդղակն է, որը բացահայտում է անձի հարմարվողական-հայեցական դիրքը և վերլուծական մտածողությունը: Հատկանշական է դատողություններին հակվածությունը, գերակշռում է ընկալման վերացական-վերլուծական ոճը, որն արտահայտվում է ամբողջական պատկերը նվազագույն ինֆորմացիայի հիման վրա վերստեղծելու ընդունակության մեջ: Բարձր ինտելեկտի

դեպքում այս տիպի անձինք աչքի են ընկնում ստեղծագործական ուղղվածությամբ, դատողությունների և մղումների յուրատիպությամբ:

9. (Ma) Լավատեսության սանդղակն է, որն արտացոլում է կենսախնդությունը, ինքնավստահությունը, բարձր մոտիվացիան, շարժողական ակտիվությունն ու խոսքի գերակտիվությունը: Բարձր ցուցանիշը որոշում է հիպերտիմ շեշտվածությունը, սեփական թերությունների նկատմամբ ներողամիտ վերաբերմունքը, դժվար իրավիճակներում խնդիրների մերժման միտումը:

ՀԵՏԱԳՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿԱՑՎԱԾ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Այս հետազոտության նպատակն է պարզել խառնվածքի տիպը՝ TEMPS-A հարցարանի միջոցով:

Հետազոտությունը անանուն է: Լրացնելու համար պահանջում է մինչև 20 րոպե: Հետազոտությունը չի պարունակում տնտեսական, հոգեբանական կամ սոցիալական բնույթի ռիսկեր: Այս հետազոտությանը մասնակցելը միանգամայն կամավոր է: Դուք կարող եք ցանկացած պահի հրաժարվել մասնակցելուց:

Հարցերի դեպքում, կարող եք դիմել հետազոտողներին կամ զանգահարել՝

563200 /ԵՊԲՀ բժշկ. հոգ. ամբիոն/ կամ **263543** /Մեղա Ղազարյանի հիշատակի հիմնադրամ/:

Գլխավոր հետազոտողներ՝ Խ.Վ.Գասպարյան, Գ. Հ. Ղազարյան, Տ.Ա. Առաքելյան, Ա.Հ.Տեր-Ստեփանյան
ԵՊԲՀ, բժշկ. հոգեբանության ամբիոն

Հրավիրված մասնագետներ՝ Ա.Ա. Ազիզյան, Ph.D, Հ.Ռ. Ալավերդյան, Ա.Ն.Բեգոյան,

ամսաթիվը _____ մասնակից _____ ստորագրությունը _____

Մինչև հարցարանին անցնելը, խնդրում ենք լրացնել Ձեր մասին որոշ տվյալներ և պատասխանել ծիւնելու/խմելու սովորությունների վերաբերյալ հարցերին:

1. Սեռը՝ արական իգական
2. Ծննդյան տարեթիվը _____ 3. Ծննդավայրը _____
4. Մասնագիտությունը _____
5. Կրթությունը՝ դպրոց բուհ ասպիրանտ այլ
6. Ընտանեկան կարգավիճակը՝ ամուսնացած եմ
 ապրում եմ մենակ ապրում եմ ծնողներիս/ բարեկամներիս հետ
7. Սոցիալական կարգավիճակը՝ ուսանող աշխատող չեմ աշխատում

Եթե Ձեզ հետաքրքրում է արդյունքը, կարող եք թողնել Ձեր կոորդինատները.

ԱԱՀ. _____ Հեռ.՝ _____ էլ.փոստ՝ _____

Այո պատասխանեք միայն այն դեպքում, եթե նշված հարցը կարդալով՝ զգում եք, որ այն Ձեր միանշանակ բնութագիրն է կամ, ինչպես ասում են, «Ձեր մասին է գրված» չափահաս տարիքից սկսած:

Կասկածի դեպքում ճիշտ կլինի պատասխանել «ոչ»:

D	միշտ կամ հաճախ	ոչ
Ես միշտ մեղադրում եմ ինձ այնպիսի հարցերում, որոնք կարևոր չեն ուրիշների համար:		
Ես չեմ սիրում մեծ փոփոխություններ անել իմ կյանքում:		
Խմբի մեջ ես նախընտրում եմ լսել, քան խոսել:		
Ես սովորաբար զիջում եմ ուրիշներին:		
Ես խիստ անհանգիստություն եմ զգում նոր մարդկանց հետ հանդիպելիս:		
Այլ մարդկանց կողմից արված քննադատությունը և մերժումը ինձ ուժեղ ցավ են պատճառում:		
Մարդիկ միշտ կարող են հենվել ինձ վրա բոլոր դժվար իրավիճակներում:		
Ուրիշների կարիքներն ավելի բարձր եմ դասում իմ կարիքներից:		
Ինձ համար նախընտրելի է աշխատել ուրիշի համար, քան լինել գործի ղեկավարը:		
Ես հաճախ եմ հոգնածություն զգում առանց պատճառի: C		
Իմ տրամադրությունը և էներգիան կտրուկ փոփոխվում են:		
Իմ տրամադրությունը և էներգիան կա՛մ ծայրահեղ բարձր են, կա՛մ շատ ցածր, հազվադեպ՝ միջին:		
Իմ մտածելու կարողությունը տատանվում է բարձրից ցածր՝ առանց որևէ ակնհայտ պատճառի:		
Մեկը նախ՝ կարող է անչափ դուր գալ ինձ, ապա՝ կարող եմ միանգամից հիասթափվել:		
Ես հաճախ սկսում եմ որևէ գործ, իսկ հետո կորցնում եմ հետաքրքրությունս՝ գործը չավարտած:		
Իմ տրամադրությունը հաճախ փոխվում է առանց որևէ պատճառի:		
Ես մշտապես փոխվում եմ արագաշարժությունից դեպի դանդաղաշարժության:		
Երբեմն ես պառկում եմ քնելու բարձր տրամադրությամբ և առավոտյան արթնանում եմ այն մտքով, որ կյանքն անիմաստ է:		
Ես անընդհատ տատանվում եմ չափից ավելի ինքնավստահության և անինքնավստահության միջև:		
Ես անընդհատ փոփոխվում եմ՝ կա՛մ շատ շփվող եմ, կա՛մ մեկուսացած:		

Իմ զգացմունքները հաճախ ծայրահեղ ուժգին են:		
Երբեմն ես շուրջս ամեն ինչ վառ եմ տեսնում՝ կյանքով լի, իսկ երբեմն էլ բոլորովին անկենդան:		
Ես կարող եմ միաժամանակ լինել թե՛ ուրախ և թե՛ տխուր:		
Ես երագում եմ այնպիսի բաների մասին, որոնց, ուրիշների կարծիքով, անհնար է հասնել:		
Հաճախ ես արտառոց բաներ անելու սուր մղումներ եմ ունենում:		
Ես հեշտությամբ կարող եմ սիրահարվել և հիասթափվել:		
Ես միշտ ուրախ եմ և միշտ էլ ունեմ բարձր տրամադրություն:	H	
Կյանքն ինձ համար խնջույք է, որը ես վայելում եմ լիովին:		
Ես միշտ համոզված եմ, որ ամեն ինչ լավ է վերջանալու:		
Ես ինքս ինձ վրա մեծ վստահություն ունեմ:		
Հաճախ ես ունենում եմ հանճարեղ և հրաշալի մտքեր:		
Ես ամեն վայրկյան պատրաստ եմ գործի անցնելու:		
Ես կարող եմ մեծ թվով գործեր ավարտել նույնիսկ առանց հոգնածություն զգալու:		
Ես սիրում եմ իրականացնել նոր ծրագրեր, նույնիսկ եթե դրանք մեծ ռիսկ են պահանջում:		
Եթե ես որոշեմ գործը հասցնել ավարտին, ապա ինձ ոչինչ չի կարող կանգնեցնել:		
Նույնիսկ անձանոթ մարդկանց հետ շփվելիս ես լիովին հանգիստ եմ:		
Ես սիրում եմ շրջապատված լինել մարդկանցով:		
Շատ ոլորտներում ես ընդունակ եմ, գիտակ և կոմպետենտ:		
Սովորաբար 6 ժամից պակաս քունը ինձ բավարար է:		
Ես շուտ-շուտ եմ բորբոքվում:	I	
Իմ էությանբ ես դժգոհ մարդ եմ:		
Հաճախ ես զգում եմ, որ շուտով բարկությունից կպայթեմ:		
Հաճախ ես զգում եմ, որ սաստիկ լարված և ջղագրգիռ եմ:		

Հաճախ ես այնքան եմ բարկանում, որ ձեռքս ընկածը շարտում եմ:		
Ես կարող եմ ամեն ինչ քարուքանդ անել առանց պատճառի:		
Զայրացած ժամանակ ես կարող եմ նույնիսկ հարվածել մարդկանց:		
Ես չափից ավելի խանդոտ եմ իմ սիրած էակի նկատմամբ:		
Ես սկեպտիկ (թերահավատ) մարդ եմ:		
Ես հաճախ ունենում եմ աղիքային գալարումներ:	A	
Երբ ես նյարդայնացած եմ, կարող եմ ունենալ փորլուծություն:		
Երբ ես նյարդայնացած եմ, հաճախ սրտխառնոց ունեմ:		
Երբ ես նյարդայնացած եմ, ավելի հաճախ եմ գնում զուգարան:		
Երբ ընտանիքից որևէ մեկը ուշանում է, ես վախենում եմ, որ վթարի է ենթարկվել:		
Մթերսից ես հեշտությամբ գլխացավ եմ ունենում:		
Անսպասելի ձայները հեշտությամբ վախեցնում են ինձ:		
Ես հաճախ սարսափում եմ այն մտքից, որ իմ ընտանիքի անդամներից մեկը լուրջ հիվանդություն ունի:		
Ես անընդհատ վախենում եմ, որ իմ ընտանիքի անդամներից մեկի վերաբերյալ վատ լուր կստանամ:		

Շնորհակալություն Ձեր ժամանակը տրամադրելու և մեզ օգնելու համար:

1. Դուք երբևէ ծխե՞լ եք: այո ոչ (Եթե ոչ, բա՛ց թողեք 2-5 հարցերը)
2. Եթե այո, ապա օրական միջին հաշվով՝
 0-5 հատ 5-10 հատ 10-15 հատ 5-2 հատ 20 ից ավել
3. Ձեր կյանքի ընթացքում 100 սիգարետից ավելի ծխե՞լ եք: այո ոչ
4. Դուք այժմ ծխո՞ւմ եք (նշե՛ք տարբերակներից մեկը): օրական երբեմն ոչ այնքան
5. Նշե՛ք՝ քանի տարի եք Դուք ծխել/ծխում _____
6. Դուք օգտագործե՞լ եք ոգելից խմիչք: այո ոչ (Եթե ոչ, բա՛ց թողեք 7-10 հարցերը):
7. Դուք երբևէ զգացե՞լ եք, որ պետք է թողնեք խմելը: այո ոչ
8. Դուք զգո՞ւմ եք սիհաճություն, երբ մարդիկ քննադատում են Ձեր խմելը: այո ոչ
9. Դուք մեղքի զգացում կամ ամոթ զգո՞ւմ եք Ձեր խամաճության չափից: այո ոչ
Դուք երբևէ ստիպված եղե՞լ եք առավոտը սկսել խմիչքով: այո ոչ

ԱՆՁՆԱՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ՇԵՇՏՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԱՐԱՆ

Շմիշեկ

ԱԱՀ _____ տարիք _____ սեռ _____ ամսաթիվ _____

Հրահանգ. ուշադիր ընթերցե՛ք յուրաքանչյուր պնդում և ընտրե՛ք այն, որը Ձեզ համար ընդունելի է: Եթե համաձայն եք պնդման հետ, տվյալ համարի վանդակում նշեք «+», եթե ոչ՝ «-»:

1.	Ձեր տրամադրությունը սովորաբար լինում է պարզ և անմռայլ:
	Դուք նյութաբոլորե՞ք եք վիրավորանքների և անարգանքների հանդեպ:
	Դուք հեշտությա՞նք եք լաց լինում:
	Որևէ գործի վերջում Դուք կասկածներ ունենո՞ւմ եք այդ գործի իրականացման որակի վերաբերյալ և Դուք խուսափո՞ւմ եք ստուգումից, թե ամեն ինչ ճիշտ էր արված:
	Փոքր ժամանակ Դուք այնքան համարձա՞կ էիք, որքան Ձեր հասակակիցները:
	Դուք հաճախ են տրամադրության կտրուկ փոփոխություն ունենում. «Հենց նոր երջանկությունից սավառնում էիք երկնքում և հանկարծ շատ տխուր եք դառնում»:
	Դուք սովորաբար խնջույքի ժամանակ ուշադրության կենտրոնո՞ւմ եք լինում:
	Լինո՞ւմ են օրեր, երբ Դուք առանց որևէ պատճառի փնթփնթում եք և նյութագրգիռ եք, ու բոլորը կարծում են, որ Ձեզ ավելի լավ է չդիպչեն:
	Մի՞շտ եք Դուք պատասխանում նամակին այն կարդալուց հետո:
	Դուք լու՞րջ մարդ եք:
	Դուք ընդունա՞կ եք ժամանակավորապես այնպես ուժեղ գրավվել ինչ-որ բանով, որ մնացած ամեն ինչ անիմաստ դառնա Ձեզ համար:
	Դուք նախաձեռնո՞ղ եք:
	Դուք արա՞գ եք մոռանում վիրավորանքներն ու անարգանքները:

		Դուք փափկասի՞րտ եք:
		Ե՞րբ դուք նամակը գցում եք փոստարկղը, ստուգո՞ւմ եք՝ ընկել է այն այնտեղ, թե՞ ոչ:
		Ձեր փառասիրությունը պահանջո՞ւմ է, որ աշխատավայրում (ուսումնական տեղում) Դուք լինեք առաջիններից մեկը:
		Փոքր ժամանակ Դուք վախեցե՞լ եք ամպրոպից և շներից:
		Դուք ծիծաղո՞ւմ եք անպարկեշտ կատակների վրա:
		Ձեր ծանոթների մեջ կա՞ն մարդիկ, որոնք Ձեզ համարում են բժախնդիր:
		Ձեր տրամադրությունը շատ է պայմանավորված արտաքին հանգամանքներով և իրադարձություններով:
		Ձեզ սիրո՞ւմ են Ձեր ծանոթները:
		Դուք հաճախ եք լինո՞ւմ ուժեղ ներքին պռոթման և հարկադրման ազդեցության տակ:
		Սովորաբար Ձեր տրամադրությունը քիչ ընկճված է:
		Ձեզ հետ պատահել է, ե՞րբ Դուք հեկեկացել եք՝ ապրելով ծանր նյարդային ցնցում:
		Դժվա՞ր է Ձեզ համար նույն տեղում երկար նստել:
		Պաշտպանո՞ւմ եք Դուք Ձեր հետաքրքրությունները, երբ Ձեր հանդեպ թույլ են տալիս անարդարություն:
		Դուք պարծենո՞ւմ եք երբեմն:
		Դուք կկարողանա՞ի՞ք անհրաժեշտության դեպքում մորթել ընտանի կենդանի կամ թռչուն:
		Երբ վարագույրն ու սփռոցն ուղիղ չեն, դա Ձեզ նյարդայնացնո՞ւմ է և Դուք փորձո՞ւմ եք այն ուղղել:
		Փոքր ժամանակ Դուք վախեցե՞լ եք տանը մեռակ մնալուց:
		Հաճա՞խ է Ձեր տրամադրությունը փչանում առանց ակնհայտ պատճառի:
		Պատահե՞լ է, երբ Դուք եղել եք լավագույններից մեկը Ձեր պրոֆեսիոնալ գործունեության մեջ:

	Չեշտությամբ եք Դուք զայրանում:
	Դուք ունե՞վ եք լինելու չարաճճիորեն ուրախ:
	Լինու՞մ են իրավիճակներ, երբ Դուք լցված եք լինում երջանկությամբ:
	Ձվարճալի ներկայացման ժամանակ Դուք կկարողանա՞իք խաղալ ելույթավարի դեր:
	Ձեր կյանքի ընթացքում Դուք երբևէ ստե՞լ եք:
	Դուք մարդկանց ուղիղ երեսներին ասո՞ւմ եք Ձեր կարծիքը իրենց մասին:
	Կարո՞ղ եք Դուք հանգիստ նայել արյանը:
	Ձեզ դո՞ւր է գալիս այնպիսի աշխատանք, երբ Դուք միայնակ եք պատասխանատու դրա համար:
	Դուք պաշտպանու՞մ եք այն մարդկանց, որոնց հանդեպ թույլ է տրված անարդարություն:
	Ձեզ անհանգստացնու՞մ է մութ մառան իջնելու, մութ դատարկ սենյակ մտնելու անհրաժեշտությունը:
	Դուք նախընտրու՞մ եք այն գործունեությունը, որը հարկավոր է իրագործել երկար և ճշգրիտ, քան այն, որը չի պահանջում մեծ տքնաջանություն և արվում է արագ:
	Դուք շատ շփվո՞ղ մարդ եք:
	Դուք դպրոցում հաճույքո՞վ էիք ուսանավորներ արտասանում:
	Փոքր ժամանակ Դուք տնից փախե՞լ եք:
	Սովորաբար Դուք ավտոբուսում առանց վարանելու Ձեր տեղը զիջու՞մ եք տարեց ուղևորներին:
	Ձեզ հաճա՞խ է կյանքը ծանր թվում:
	Ձեզ հետ պատահե՞լ է, որ որևէ կոնֆլիկտի պատճառով այնպես եք վհատվել, որ դրանից հետո Դուք ի վիճակի չեք եղել աշխատանքի գնալու:
	Կարելի՞ է ասել, որ անհաջողության դեպքում Դուք պահպանում եք Ձեր հումորի զգացումը:
	Դուք փորձու՞մ եք հաշտվել, երբ որևէ մեկին նեղացնում եք:

	Դուք շահո՞ւ եք սիրում կենդանիներ:
	Ձեզ հետ պատահե՞լ է տնից դուրս գալուց հետո նորից վերադառնալ, ստուգեք, թե արդյոք որևէ բան չի՞ պատահել:
	Ձեզ երբևէ անհանգստացրե՞լ են այնպիսի մտքեր, որ Ձեր կամ Ձեր բարեկամների հետ ինչ-որ բան պետք է պատահի:
	Ձեր տրամադրությունը պայմանավորվա՞ծ է եղանակով:
	Ձեզ դժվա՞ր է ելույթներ ունենալ մեծ լսարանի առջև:
	Կարո՞ղ եք Դուք որևէ մեկի վրա բարկանալով՝ ձեռք բարձրացնել նրա վրա:
	Դուք շահո՞ւ եք սիրում ուրախանալ:
	Դուք մի՞շտ եք ասում այն, ինչ մտածում եք:
	Կարո՞ղ եք Դուք հիասթափության ազդեցությանը հուսահատության մեջ ընկնել:
	Ինչ-որ գործում կազմակերպիչի դերը Ձեզ հրապուրո՞ւմ է:
	Դուք համառո՞ւմ եք նպատակին հասնելու ճանապարհին, եթե հանդիպում եք որևէ խոչընդոտի:
	Դուք երբևէ բավականություն զգացե՞լ եք այն մարդկանց անհաջողության դեպքում, որոնք Ձեզ տհաճ են:
	Կարո՞ղ է ողբերգական ֆիլմը Ձեզ այնպես հուզել, որ Ձեր աչքերը արցունքոտվեն:
	Չաճա՞խ է Ձեր քունը խանգավում՝ անցյալի պրոբլեմների կամ էլ վաղվա մասին մտածելով:
	Բնորո՞շ է եղել Ձեզ դպրոցական տարիքում հուշել կամ թույլ տալ արտագրել Ձեր ընկերներին:
	Կկարողանայի՞ք Դուք մութ ժամանակ մենակ անցնել գերեզմանոցի մոտով:
	Դուք առանց վարանելու կվերադարձնեի՞ք ավելորդ դրամը դրամարկդ, եթե հայտնաբերեիք, որ Դուք ստացել եք բավականին շատ, քան պետք է:
	Դուք մեծ նշանակություն եք տալիս այն բանին, որ յուրաքանչյուր իր Ձեր տանը պետք է իր տեղում լինի:

	Ձեզ հետ պատահո՞ւմ է, երբ Դուք պառկում եք հրաշալի տրամադրությամբ, հաջորդ առավոտյան Դուք արթնանում եք վատ հոգեվիճակով, որը տևում է մի քանի ժամ:
	Չեշտությա՞նք եք Դուք ընտելանում նոր իրավիճակին:
	Դուք հաճա՞խ եք գլխապտույտներ ունենում:
	Դուք հաճա՞խ եք ծիծաղում:
	Կարո՞ղ եք Դուք վերաբերվել այնպես բարեհամբույր այն մարդուն, որի մասին Դուք վատ կարծիքի եք, որ ոչ ոք չկռահի Ձեր իրական վերաբերմունքի մասին նրա նկատմամբ:
	Դուք աշխույժ և շարժո՞ւմ մարդ եք:
	Դուք շա՞տ եք տանջվում, երբ թույլ եք տալիս անարդարություն:
	Դուք բնության կրքոտ սիրահա՞ր եք:
	Տնից դուրս գալուց կամ քնելուց առաջ Դուք ստուգո՞ւմ եք, թե փակել եք ծորակը, մարել եք լույսերը և փակել եք դռները:
	Դուք վախկո՞տ եք:
	Կարո՞ղ է ալկոհոլի ընդունումը փոխել Ձեր տրամադրությունը:
	Դուք հաճույքո՞վ եք մասնակցում գեղարվեստական ինքնագործունեության շրջանակներում:
	Երբեմն Ձեզ ձգո՞ւմ է տանից հեռու գնալը:
	Դուք ապագային նայո՞ւմ եք փոքր-ինչ վատատեսորեն (պեսիմիստորեն):_
	Լինո՞ւմ են պահեր, երբ ուրախ տրամադրությունից անցնում եք դեպի թախծալին:
	Կարո՞ղ եք Դուք ուրախացնել շրջապատին և լինել ընկերության հոգին:
	Երկա՞ր եք Դուք պահում զայրութի և վրդովմունքի զգացումը:
	Երկա՞ր ժամանակ եք Դուք ապրում այլ մարդկանց վիշտը:
	Դուք մի՞շտ եք համաձայնվում այն նկատողությանը, որն արված է Ձեր հասցեին, և որի ճշտությունը գիտակցում եք:

		Դուք կարո՞ղ էիք դպրոցական տարիներին ջնջումի համար էջը նորից արտագրել:
		Դուք մարդկանց հանդեպ ավելի զգո՞ւյշ եք և անվստահ, քան վստահ:
		Դուք հաճա՞խ եք սարսափելի երազներ տեսնում:
		Դուք ունենո՞ւմ այնպիսի կաշուն մտքեր, որ եթե կանգնեք կառամատույցում, ապա կարող եք հակառակ Ձեր կամքին զցել Ձեզ մոտակա գնացքի տակ կամ կարո՞ղ եք Ձեզ զցել մեծ տան վերևի հարկի պատուհանից:
		Դուք է՞լ եք ուրախանում ուրախ մարդկանց շրջապատում:
		Դուք այնպիսի մա՞րդ եք, որը չի մտածում դժվար պրոբլեմների մասին, իսկ եթե դրանով զբաղվում եք, ապա ոչ երկար:
		Դուք կատարո՞ւմ եք հանկարծակի ինպուլսիվ արարքներ ալկոհոլի ազդեցությամբ:
		Ջրույցի ժամանակ Դուք ավելի շատ լռո՞ւմ եք, քան խոսում:
Ս.		Կարո՞ղ էիք Դուք ինքնամոռաց լինել որևէ այլ կերպարում և այնքան տարվել, որ ժամանակավորապես մոռանայիք, թե ով եք Դուք իրականում:

Բանալի

N	Բնավորության հատկանիշ	Գործակից	Այն պնդումների համարները, որոնց բանալին «+» է:	Այն պնդումների համարները, որոնց բանալին «-» է:
	Գերշարժուն	3	1, 12, 25, 36, 50, 61, 75, 85	-
	Մռայլվող (դիստիմիկ)	3	10, 23, 48, 83, 96	34, 58, 73
	Ցիկլոտիմիկ	3	6, 20, 31, 44, 55, 70, 80, 93	-
	Հուզական	3	3, 14, 52, 64, 77, 87	28, 39
	Ցուցադրական	2	7, 21, 24, 32, 45, 49, 71, 74, 81, 94, 97	56
	Խցանվող	2	2, 16, 26, 38, 41, 62, 76, 86, 90	13, 51
	Մանրախնդիր(պեղանտ)	2	4, 15, 19, 29, 43, 53, 65, 69, 78, 89, 92	40
	Տազնապային	3	17, 30, 42, 54, 79, 91	5, 67
	Գրգռվող	3	8, 22, 33, 46, 57, 72, 82, 95	-
	Հմայվող (էկզալտիվ)	6	11, 35, 60, 84	-
	Պատասխանների անկեղծություն	1	9, 47, 59, 68, 88	18, 27, 37, 63, 66

Արդյունքների մշակումը

1. Բնավորության յուրաքաչյուր հատկանիշի համար հաշվարկվում է գումարային միավոր, բանալու հետ համընկածներին վերագրելով 1 միավոր:
2. Ստացված միավորը ը բազմապատկվում է համապատասխան գործակցով՝ ըստ բանալու:
3. Եթե արդյունքը 18-ից բարձր է, նշանակում է տվյալ տիպի շեշտվածությունն արտահայտված է: Առավելագույն արժեքը 24-ն է (խցանվող տիպի համար՝ 22 միավոր):
Անկեղծության սանդղակի համար առավելագույն միավորը 10-ն է: Մինչև 5 միավորը հավաստի է, 6-7-ը՝ կասկածելի, իսկ 8-10 միավորները վկայում են ոչ անկեղծ պատասխանների մասին, որով էլ թեստային արդյունքը դարձնում է ոչ հավաստի:

Բնավորության շեշտվածության տիպերը

1. Գերշարժուն տիպ: Առանձնանում է մշտապես բարձր և ուրախ տրամադրությամբ: Ակտիվ է, ենթագիայով լի: Դրսևորում է լիդերության ձգտում: Շփվող է, իր հետաքրքրություններում կայուն չէ: Սենակությանը դժվար է հարմարվում: Անժանոթ միջավայրին հեշտ է ընտելանում, չի սիրում միօրինակություն, կարգուկանոն, միապաղաղ աշխատանք և պարտադրված անգործություն: Լավատես է, հակված է գերազնահատելու սեփական հնարավորությունները: Դեպքերին բուռն է արձագանքում, գրգռվող է:
2. Մռայլ տիպ: Աչքի է ընկնում իր մռայլությամբ, ցածր շփվողականությամբ, քչախոսությամբ, հոռետեսությամբ: Այս տիպի մարդիկ վարում են նստակյաց կյանք, խուսափում աղմկոտ միջավայրից, չեն մտերմանում գործընկերների հետ, խուսափում են բախումներից: Գնահատում են նրանց, ովքեր ենթարկվում են իրենց: Ջրույցի ժամանակ կան քչախոս են, կան պարզապես լուռ: Գերադասում են այնպիսի աշխատանք, որը չի պահանջում շփման լայն ոլորտ: Շփման ընթացքում շուտ են հոգնում, որից հետո ձգտում են մենակության:
3. Ցիկլոտիմիկ տիպ: Տրամադրությունը հաճախ փոփոխվում է, ընկնում է աշխատունակությունը, կորցնում է հետաքրքրությունը աշխատանքի նկատմամբ, ընդ որում, հաճախակի է մտածում սեփական թերությունների մասին և մենակության զգացում է ունենում: Լավ տրամադրությունը կարճատև է, իսկ վատը՝ երկարատև, որն էլ ազդում է ստեղծագործական ակտիվության վրա:
4. Հուզական տիպ: Այս տիպը աչքի է ընկնում բարձր զգայունությամբ, դյուցազգացությամբ և խոր ապրումներով: Դաժանության տեսարանը առաջացնում է ուժեղ ցնցում, որը երկար ժամանակ չի անցնում՝ խախտելով մարդու հանգիստն ու քունը: Շփման մեջ և միջանձնային հարաբերություններում ցուցաբերում են ալտրոլիզմ, պարտքի զգացում, ապրումակցման բարձր մակարդակ: Բուռն իրավիճակների ազդեցությամբ հնարավոր են դեպրեսիա և ինքնասպանություն (սուիցիդ):
5. Ցուցադրական տիպ: Այս տիպը աչքի է ընկնում բարձր եսակենտրոնությամբ (էգոցենտրիզմով), կենտրոնում լինելու ձգտումով: Եթե նրանք չունեն հատուկ ընդունակություններ, ապա ուշադրություն են գրավում հակասոցիալական արարքներով: Որպեսզի գեղեցկացնեն իրենց անձը, գնում են

պաթոլոգիկ աշխույժության: Ձգտում են կրել վառ գույներով հագեցված, ճչացող, աչքի զարնող հագուստ:

6. Խցանվող տիպ: Աչքի են ընկնում վրիժառությամբ և վիրավորանքները հեշտությամբ մոռանալու ունակության բացակայությամբ: Հաճախ այդ հողի վրա առաջ են գալիս կպչուն գաղափարներ: Երբեմն դրսևորում են աֆեկտիվ պոռթկումներ, ագրեսիա: Իրավիճակները, որոնցում հնարավոր են բախումներ, հետևյալն են՝ խանդի միջադեպեր, վիրավորված ինքնասիրություն, անարդարություն ու վիրավորանք, պատվասիրական նպատակներին հասնելու ճանապարհին ծագող խոչընդոտներ:

7. Մանրախնդիր (պեղանտ) տիպ: Աչքի է ընկնում մանրախնդրությամբ, չափից ավելի կարգապահությամբ, ձևականության և կասկածամտության հակումներով, մանրամասները վերապրելու ձևով արտահայտված մանրախնդրությամբ և այլն: Բարձր ինքնահսկողությունը թույլ է տալիս աշխատանքը բարեխիղճ կատարել, սակայն նրանց մտածողությունը դանդաղ է և քիչ արդյունավետ:

8. Տագնապային տիպ: Աչքի է ընկնում երկչոտությամբ, զգուշավորությամբ, անվստահությամբ, ցածր շփվողականությամբ, սեփական անձի նկատմամբ անվստահության զգացումով, վճռականության բացակայությամբ: Հազվադեպ են կոնֆլիկտների մեջ մտնում: Անոթխած են, վախենում են պատասխանատվությունից:

9. Գրգռվող տիպ: Աչքի է ընկնում բարձր գրգռողականությամբ և ագրեսիվությամբ: Շփումը դժվարացնող գծերն են գրգռվողականությունը, դաժանությունը, կրքերի հսկողության թուլացումը:

Հմայվող (էկզալտիվ) տիպ: Աչքի է ընկնում հուզական վիճակների լայն սպեկտրով, ժպտերեսությամբ, երջանիկ տեսքով: Այս մարդկանց ամենացայտուն առանձնահատկությունն այն է, որ նրանք միշտ առիթ են գտնում որևէ բանով հիանալու, հրապուրվելու:

Հավելված 8. Այգենկի ինքնագնահատման թեստ, Միջանձնային հարաբերություններ, Դեմք-Ռուբինշտեյն

Այգենկի ինքնագնահատման թեստ

ՀՈԳԵՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԻՆՔՆԱԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻԿԱ

(ըստ Այգենկի)

Մեռը _____ Տարիքը _____

Ամուսնացած, ամուսնալուծված, ամուրի, այրի (ընդգծել)

Մասնագիտությունը _____

Կրթությունը _____

Աշխատում եմ, սովորում եմ, գործազուրկ եմ:

Ապահովված եմ, անապահով եմ:

(ընդգծել)

Հոգեկան վիճակ

		Համապատասխանում է:	Մասամբ է համապատասխանում:	Չի համապատասխանում:
		2	1	0
1.	Ինձ վստահ չեմ զգում:			
2.	Մանրութեանից հաճախ կարմրում եմ:			
3.	Անհանգիստ եմ քնում:			
4.	Շուտ եմ ընկճվում:			
5.	Անհանգստանում եմ նույնիսկ սոսկ երևակայական տհաճություններից:			
6.	Դժվարություններն ինձ վախեցնում են:			
7.	Միտում եմ «փորփրել» իմ թերությունները:			
8.	Ինձ հեշտ է համոզել:			
9.	Ես կասկածամիտ եմ:			
10.	Դժվարությամբ եմ տանում սպասողական վիճակը:			
11.	Հաճախ ինձ անելանելի են թվում այն իրավիճակները, որոնք իրականում լուծելի են:			
12.	Տհաճություններն ինձ վրա խիստ են ազդում, որոնցից ես հուսալքվում եմ :			
13.	Խոշոր տհաճությունների դեպքում ինքս ինձ անհիմն մեղադրելու հակում ունեմ:			
14.	Փորձանքներն ու անհաջողություններն ինձ ոչինչ չեն սովորեցնում:			
15.	Հաճախ հրաժարվում եմ պայքարից՝ համարելով այն անիմաստ:			
16.	Հաճախ ինձ զգում եմ անպաշտպան:			
17.	Երբեմն անելանելիության վիճակներ եմ ապրում:			
18.	Դժվարություններից շփոթվում եմ:			
19.	Կյանքի դժվար պահերին ինձ երեխայի պես եմ պահում. ցանկանում եմ, որ ինձ խրդճան:			
20.	Իմ բնավորության թերությունները համարում եմ անուղղելի:			
21.	Վերջին խոսքը թողնում եմ ինձ:			
22.	Խոսակցության ընթացքում հաճախ եմ ընդհատում զրուցակցիս:			
23.	Ինձ հեշտ է զայրացնել:			
24.	Միտում եմ դիտողություններ անել մյուսներին:			
25.	Ուզում եմ շրջապատում հեղինակություն վայելել:			
26.	Քչով չեմ բավարարվում, ուզում եմ ավելին:			
27.	Զայրույթի պահին չեմ կարողանում ինձ տիրապետել:			
28.	Նախընտրում եմ դեկավարել, քան ենթարկվել:			
29.	Իմ շարժումներ կոպիտ է ն կտրուկ:			
30.	Ես վրեժխնդիր մարդ եմ:			
31.	Ես դժվարությամբ եմ փոխում սովորություններս:			
32.	Ուշադրությունս հեշտությամբ չեմ շեղում:			
33.	Շատ զգուշավորությամբ եմ վերաբերվում ամեն մի նորի:			
34.	Ինձ դժվար է վերահամոզել:			

35.	Երբեմն գլխիցս դուրս չեն գալիս այնպիսի մտքեր, որոնցից հարկ է ազատվել:			
36.	Դժվարությամբ եմ մտերմանում մարդկանց հետ:			
37.	Նեղվում եմ նույնիսկ ծրագրերս աննշան խախտվելու դեպքում:			
38.	Երբեմն համառություն եմ ցուցաբերում:			
39.	Առանց ոգևորության եմ դիմում ռիսկի:			
40.	Օրվա ռեժիմիս փոփոխությունը ինձ նեղություն է պատճառում:			

Արդյուքների մշակում: Հոգեկան վիճակների ինքնագնահատման ախտորոշումն ըստ Այզենկի բաղկացած է 40 հարցերից , համաձայն որոնց գնահատվում են տագնապելիության, ֆրուստրացիայի, ագրեսիվության և կարկամվածության մակարդակները:

1-10 հարցերը գնահատում են տագնապայնությունը:

11-20 հարցերը գնահատում են ֆրուստրացիան:

21-30 հարցերը գնահատում են ագրեսիվությունը:

31-40 հարցերը գնահատում են կարկամվածությունը/ ռիզիկոսությունը:

1. տագնապայնություն- 0-7 միավոր-տագնապային չեք, 8-14 միավոր-միջին տագնապայնություն, 15-20 միավոր-ունեք բարձր տագնապայնություն:
2. ֆրուստրացիա- 0-7 միավոր-չունեք բարձր ինքնագնահատական,կայուն եք անհաջողությունների նկատմամբ, չեք վախենում դժվարություններից: 8-14 միավոր-ֆրուստրացիան միջին մակարդակի է, 15-20 միավոր-դուք ունեք ցածր ինքնագնահատական, խուսափում եք դժվարություններից, վախենում եք անհաջողություններից, ենթարկված եք ֆրուստրացիայի:
3. Ագրեսիվություն- 0-7 միավոր- դուք հանգիստ եք, զսպված, 8-14 միավոր-ագրեսիվության միջին մակարդակ, 15-20 միավոր- դուք ագրեսիվ եք, անզուսպ, մարդկանց հետ շփվելու և աշխատելու դժվարություններ ունեք:
4. Ռիզիկոսություն- 0-7 միավոր-կարկամվածությունը բացակայում է, հեշտությամբ անցում եք կատարում մի գործունեությունից մյուսին, 8-14 միավոր-միջին մակարդակը, 15-20 միավոր-ուժեղ արտահայտված կարկամվածություն, վարքի, դատողությունների, հայացքների կայունություն, նույնիսկ եթե նրանք չեն համապատասխանում իրավիճակին, կյանքին: Ձեզ հակացուցված է աշխատանքի փոփոխումը, ընտանիքում փոփոխությունը:

Միջանձնային ռեակտիվության ցուցանիշ

- Այս դրույթները վերաբերում են տարբեր իրավիճակներում Ձեր մտքերին և զգացմունքներին: Յուրաքնչյուր կետի համար նշե՛ք, թե որքանով է այն Ձեզ բնորոշ՝ ընտրելով համապատասխան թիվը էջի վերևում գրված սանդղակից՝ 1, 2, 3, 3, 4: Պատասխանն ընտրելուց հետո նշե՛ք այն հարցի հերթական համարին կից: ՌԻՇԱԴԻՐ ԿԱՐԴԱՑԵՔ ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹ ՆԱԽՔԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼԸ: Հնարավորինս անկեղծ պատասխանե՛ր տվեք: Շնորհակալություն:
- ՊԱՏԱՍԽԱՆԻ ՍԱՆԴՂԱԿ

1	2	3	4	5
ԻՆՁ ԲՆՈՐՈՇ ՉԷ:		ՄԻՋԻՆ ՉԱՓՈԿ ԲՆՈՐՈՇ Է:		ԻՆՁ ՇԱՏ ԲՆՈՐՈՇ Է:

- 1. Ես հաճախ երագում և պատկերացնում եմ այն մասին ,թե ինչ կարող է պատահել ինձ հետ: ----
-
- 2. Ես հաճախ հոգատարություն և անհանգստություն եմ զգում ինձանից պակաս հաջողակ մարդկանց հանդեպ: ----
- 3. Երբեմն ինձ համար դժվար է երևույթներին ուրիշների աչքերով նայել: ----
- 4. Երբեմն ես անտարբեր եմ դժվարություն ունեցող մարդկանց նկատմամբ: ----
- 5. Գիրք կարդալիս ես իսկապես վերապրում եմ հերոսների զգացմունքները: ----
- 6. Արտակարգ իրավիճակներում ես անհանգիստ եմ և լարված: ----
- 7. Ֆիլմ կամ ներկայացում դիտելիս օբյեկտիվ եմ և հաճախ ամբողջությամբ չեմ տարվում դրանով: ----
- 8. Նախքան որոշում կայացնելը փորձում եմ խնդիրը դիտարկել բոլորի տեսանկյունից: ----
- 9. Երբ իմ ներկայությամբ ինչ-որ մեկին շահագործում են, ես նրան պաշտպանելու ցանկություն եմ ունենում: ----
- 10. Երբեմն ինձ անօգնական եմ զգում, երբ հայտնվում եմ հուզական իրավիճակների կիզակետում: ----
- 11. Երբեմն փորձում եմ ավելի լավ հասկանալ ընկերներիս՝ պատկերացնելով խնդիրը նրանց տեսանկյունից: ----
- 12. Հազվադեպ եմ ամբողջությամբ կլանված լավ գիրք կարդում կամ ֆիլմ դիտում: ----
- 13. Ես հանգիստ եմ վերաբերվում, երբ ինչ-որ մեկին վիրավորում են: ----
- 14. Այլ մարդկանց անհաջողություններն ինձ սովորաբար շատ չեն անհանգստացնում: ----
- 15. Երբ ինչ-որ բանում վստահ եմ, շատ ժամանակ չեմ ծախսում՝ ուրիշների հիմնավորումները լսելով: ----
- 16. Ֆիլմ կամ ներկայացում դիտելուց հետո ես ինձ նույնացնում եմ կերպարների հետ: ----
- 17. Ես վախենում եմ լարված, հուզական իրավիճակներից: ----
- 18. Երբ տեսնում եմ, որ ինչ-որ մեկի հետ անարդարացի են վարվում, երբեմն այնքան էլ չեմ խղճում նրանց: ----
- 19. Ես բավականին արդյունավետ եմ գործում արտակարգ իրավիճակներում: ----
- 20. Ինձ վրա հաճախ են ազդում իմ շուրջը կատարվող դեպքերն ու իրադարձությունները: ----
- 21. Հավատում եմ, որ յուրաքանչյուր խնդիր երկու կողմ ունի և փորձում եմ երկուսն էլ դիտարկել: ----
- 22. Ես ինձ կրնոթագրեի՝ որպես բավականին փափկասիրտ անձնավորություն: ----
- 23. Երբ լավ ֆիլմ եմ դիտում, հեշտությամբ կարողանում եմ ինձ նույնացնել գլխավոր հերոսի հետ: ----
- 24. Սովորաբար արտակարգ իրավիճակներում կորցնում եմ վերահսկողությունս: ----
- 25. Երբ ես բարկանում եմ ինչ-որ մեկի վրա, սովորաբար փորձում եմ որոշ ժամանակ ինձ նրա փոխարեն պատկերացնել: ----
- 26. Երբ հետաքրքիր պատմվածք կամ վեպ եմ կարդում, պատկերացնում եմ՝ ինչպես կզգայի, եթե այդ պատմվածքի դեպքերն ինձ հետ կատարվեին: ----
- 27. Ես ինձ կորցնում եմ, երբ տեսնում եմ, որ ինչ-որ մեկը օգնության կարիք ունի արտակարգ իրավիճակում: ----
- 28. Նախքան ինչ-որ մեկին քննադատելը փորձում եմ պատկերացնել՝ ինչպես կզգայի ես նրա փոխարեն:---

ԻՆՔՆԱԳՆԱԳՆՄԱՆ ՍԱՆԴՐԱԿ

(Տ.ԴԵՄԲՈ, Ս.ՈՌԻԲԻՆՇՏԵՅՆ)

ԱԱՀ _____ տարիքը _____ սեռ _____ ամսաթիվ _____

Այս մեթոդիկան հնարավորություն է տալիս բացահայտելու հետազոտվողի հավակնությունների մակարդակը և համապատասխանությունը:

Հրահանգ. Այս աստիճանները վերաբերում են առողջությանը, մտավոր ընդունակություններին, բնավորությանը և երջանկությանը: Ցույց տվեք Ձեզ բնորոշը յուրաքանչյուր 9-յակի մեջ:

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1.ամենաառողջ | 1.ամենախելացի |
| 2.շատ առողջ | 2.շատ խելացի |
| 3.առողջ | 3.խելացի |
| 4.քիչ թե շատ առողջ | 4.քիչ թե շատ խելացի |
| 5.միջին առողջությամբ | 5.միջին խելքով |
| 6.քիչ թե շատ հիվանդ | 6.քիչ թե շատ անխելք |
| 7.հիվանդ | 7.անխելք |
| 8.շատ հիվանդ | 8.հիմար |
| 9. ծանր հիվանդ | 9.ամենահիմար |
| 1.հոյակապ բնավորությամբ | 1.անչափ երջանիկ |
| 2.լավ բնավորությամբ | 2.շատ երջանիկ |
| 3.քիչ թե շատ լավ բնավորությամբ | 3.երջանիկ |
| 4.ոչ վատ բնավորությամբ | 4.քիչ թե շատ երջանիկ |
| 5.սովորական բնավորությամբ | 5.ոչ շատ երջանիկ |
| 6.ոչ կարևոր բնավորությամբ | 6.քիչ երջանիկ |
| 7.վատ բնավորությամբ | 7.դժբախտ |

8. շատ վատ բնավորությամբ

8. շատ դժբախտ

9. ծանր բնավորությամբ

9. ամենադժբախտ

Օրինաչափ է միջին մասում ընկած բնութագրումների ընտրությունը: Շատ կարևոր է մեթոդիկայի արդյունքը համադրել այլ մեթոդիկաներից ստացված մեկնաբանությունների հետ, քանի որ չի կարելի միայն այս արդյունքով եզրահանգումներ կատարել:

Կետելի ինքնագնահատման թեստ

1	ինքնամփոփություն, ծածկամտություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	մարդամոտություն
2	ցածր ինտելեկտ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	բարձր ինտելեկտ
3	հուզական անկայունություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	հուզական կայունություն
4	հնազանդվելու հակում	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	իշխելու հակում
5	զսպվածություն, դատողականություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	խանդավառություն, իմպուլսիվություն
6	անբարեխղճություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	բարձր բարեխղճություն
7	երկչոտություն, ամաչկոտություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	քաջություն, ձեռներեցություն
8	դաժանություն, խստություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	դյուրազգացություն, նրբազգացություն
9	վստահություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	կասկածամտություն
10	գործնականություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	երազկոտություն, հարուստ երևակայություն
11	ուղղամտություն, պարզամտություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	դիվանագիտություն, հաշվենկատություն
12	սեփական ուժերի հանդեպ վստահություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	տազնապալիություն, անվստահություն
13	պահպանողականություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ճկունություն, նորի հակում
14	կախվածություն խմբից	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ինքնուրույնություն, շրջապատից անկախություն
15	վարքի ցածր հսկողություն	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	վարքի մեծ հսկողություն
16	թուլացվածություն, ցածր մոտիվացիա	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	լարվածություն, գրգռվածություն

Հավելված 9. Մարդու հոգեբանական տարիք

Այս թեստի շնորհիվ կարելի է ինքնուրույն գնահատել Ձեր կյանքի տարբեր ժամանակահատվածները՝ ներառյալ անցյալը և ապագա հեռանկարները, և որոշել սեփական հոգեբանական տարիքը: Դրա համար պետք է ուշադիր կարդալ մեր պահանջները, կատարել հանձնարարությունը, ստանալ արդյունքը և ծանոթանալ դրա մեկնաբանությանը:

Ստովի պատկերացրե՛ք Ձեր ողջ կյանքը՝ անցյալը, ներկան, պոտենցիալ ապագան: Ի՞նչ էք կարծում, մինչև որ տարիքը Դուք կապրեք (տվե՛ք քիչ թե շատ իրական գնահատական, աշխատե՛ք ճիշտ գնահատել բոլոր հանգամանքները):

1-ին աղյուսակում շրջանակի մեջ վերցրե՛ք Ձեր կողմից նշված տարիքին համապատասխան թիվը (մինչ հինգ տարի ճշգրտությամբ): Իսկ այժմ աղյուսակի օգնությամբ փորձե՛ք գնահատել Ձեր կյանքի ամեն հինգամյակը՝ ըստ կարևոր իրադարձություններով դրա հազեցվածության: Իրադարձությունները կարող են լինել փոփոխությունները բնության և հասարակության, Ձեր ներքին աշխարհի (մտքերի, զգացումների, ապրումների), Ձեր առողջության, ընտանիքի, աշխատանքի, ուսման, ընկերների հետ հարաբերությունների վերաբերյալ և այլն:

Ելնելով «իրադարձություն» բառի այս հասկացումից՝ գնահատե՛ք սկզբից առաջին հնգամյակի հազեցվածությունը (մինչ հինգ տարեկանը): Ձեր գնահատականը նշե՛ք աղյուսակի համապատասխան վանդակում (+) նշանով, հաշվի առնելով, որ 10 միավորը հազեցվածության առավելագույն աստիճանն է, իսկ 1 միավորը՝ նվազագույն:

Նույն կերպ գնահատե՛ք բոլոր մնացած հինգամյակների հազեցվածությունը (ինչպես անցյալ, այնպես էլ ապագա՝ մինչ մեր կողմից նշած տարիքը):

Ուշադրություն: Ամեն հնգամյակը պետք է ունենա միայն մեկ գնահատական՝ ըստ հազեցվածության, բայց պարտադիր պետք է ունենա:

1. Հաշվե՛ք բոլոր հնգամյակների միավորների ընդհանուր գումարը (անցյալ և ապագա):
2. Հաշվե՛ք՝ քանի միավոր է հասնում ամեն անցած հնգամյակին: Եթե Դուք, օրինակ, 30 տարեկան եք, ապա հարկ է վերցնել գումարը 1-5-ից 26-30-ը ներառյալ: Սակայն եթե Դուք 31 տարեկան եք, ապա հարկավոր է փոքր փոփոխություն՝ առկա բալերի գումարին ավելացրե՛ք 1/5 միավոր, որը 31-35 տողում է: Եթե Դուք 32 տարեկան եք, ավելացրե՛ք 2/5 նույն բալից, եթե 33՝ 3,5 և այլն:
3. Բաժանե՛ք «անցյալի» միավորները բոլոր հնգամյակների միավորների ընդհանուր գումարին:
4. Բազմապատկե՛ք այդ ցուցանիշը Ձեր ենթադրած կյանքի տևողությամբ:

Այժմ ծանոթացե՛ք այդ թեստի մեկնաբանությանը: Համեմատե՛ք հոգեբանական տարիքի ստացված արդյուքը Ձեր իրական ժամանակագրական տարիքի հետ: Եթե հոգեբանորեն Դուք շատ ավելի մեծ եք Ձեր տարիքից, ապա հարկավոր է ավելի շատ ուշադրություն դարձնել կյանքի հեռնկարներին, մտածել Ձեր պլանների, նպատակների մասին: Իսկ եթե Դուք հոգեբանորեն շատ ավելի երիտասարդ եք, դա վկայում է չափից առավել լավատեսության մասին, քանի որ Ձեր հեռնկարը նախատեսված է ավելի երկար ժամանակի համար, քան այն, որը Դուք իրականում ունեք: Այն հարցին, թե որն է ավելի լավ՝ Ձեզ սեփական տարիքից երիտասարդ զգալ, թե՞ մեծ, ճիշտ կլինի հետևյալ պատասխանը. հոգեբանական և քրոնոլոգիական տարիքները չպետք է իրարից շատ հեռու լինեն (տարբերությունը չպետք է գերազանցի 3-4 տարին): Եվ եթե երիտասարդ ժամանակ բնական է Ձեզ զգալ մի փոքր մեծ, իսկ մեծ տարիքում՝ առավել երիտասարդ, ապա հասուն տարիքում կարևոր է հեռնկարի և փորձի ներդաշնակություն:

Հոգեբանական տարիքի ախտորոշման մեթոդիկա

1. Ես ինձ զգում եմ X1 տարեկան:
2. Իմ արտաքին տվյալներով ինձ կարելի է համարել X2 տարեկան:
3. Իմ հետաքրքրությունները նույնն են, ինչ-որ հատուկ են X3 տարեկան մարդուն:
4. Ամենօրյա կյանքում ես ինձ զգում եմ այնպես, ինչպես X4 տարեկան մարդը:

$$\text{Հոգեբանական տարիքը} = \frac{X1 + X2 + X3 + X4}{4}$$

Հավելված 10. Հոգեկան առողջությունը գնահատող թեստ

Նշված բոլոր հարցերի համար ընտրում եք 3 հնարավոր պատասխան՝

այո – 0 միավոր

երբեմն- 1 միավոր

ոչ – 2 միավոր

Ինձ իսկապես հետաքրքրում է, թե ինչ են այլ մարդիկ անում կամ ասում:	
Ինձ հաճելի է լինել մարդկանց խմբի մի մասը:	
Գրեթե բոլորի հետ ես լավ հարաբերությունների մեջ եմ:	
Մարդիկ կարող են հույս դնել ինձ վրա:	
Ես անտարբեր չեմ այլ մարդկանց զգացմունքների նկատմամբ:	
Ես լավ ունկնդիր եմ:	
Ինձ դուր է գալիս համագործակցել մարդկանց հետ:	
Ես փորձում եմ երբեք չուշանալ:	
Ես լավ սովորություններ ունեմ:	
Ես ինքս իմ առջև իրական նպատակներ եմ դնում:	
Ընդհանուր արդյունքը	

Եթե նշված հարցերից որևէ մեկին պատասխանել եք «ոչ», ապա անհրաժեշտ է մտածել թե ինչն է դրա պատճառը և ինչ անել «ոչ»-ը «այո» դարձնելու համար:

Իդեալական տարբերակում հոգեպես առողջ մարդիկ նշված բոլոր 11 հարցերին պետք է պատասխանեն «այո»:

Հավելված 11. Հաղորդակցման դիրքորոշումների ախտորոշման մեթոդիկա

Հրահանգ փորձարկվողին: Ձեզ անհրաժեշտ է կարդալ ներքևում նշված պնդումները և պատասխանել «այո» կամ «ոչ»՝ համաձայնվել կամ չհամաձայնվել: Խորհուրդ ենք տալիս վերցնել թուղթ, որի վրա նշելու եք հարցի համարը և պատասխանը, ապա հարցումներից հետո անդրադարձնալու եք դրանց: Եղե՛ք ուշադիր և անկեղծ:

1.Մարդկանց նկատմամբ իմ սկզբունքն է. «Վստահի՛ր, բայց ստուգի՛ր»:

2. Ավելի լավ է մարդու մասին վատը մտածել և սխալվել, քան լավը մտածել ու սխալվել:
3. Բարձրաստիճան պաշտոնյաները սովորաբար աճապարար են և խորամանկ:
4. Ժամանակակից երիտասարդությունը մոռացել է սիրո մեծ զգացմունքներ ունենալը:
5. Տարիներին զուգընթաց ես ավելի փակված եմ դարձել, որովհետև հաճախ ստիպված եմ լինում հատուցել վստահության համար:
6. Գրեթե ցանկացած կոլեկտիվում նախանձ և բանասարկություն կա:
7. Մարդկանց մեծ մասը զուրկ է կարեկցանքի զգացումից:
8. Շատերն աշխատավայրում փորձում են վերցնել այն, ինչը տեր չունի:
9. Դեռահասների մեծ մասն այսօր ավելի վատ է դաստիարակված, քան երբևէ:
10. Կյանքում ես շատ եմ հանդիպել ցինիկ մարդկանց:
11. Լինում է, որ լավություն ես անում, իսկ հետո ափսոսում, որովհետև անշնորհակալ են լինում:
12. Բարին պետք է բռունցքներ ունենա:
13. Մենք ժողովրդի հետ միասին մոտ ապագայում կարող ենք երջանիկ հասարակություն կառուցել:
14. Շրջապատումդ ավելի հաճախ անխելք մարդկանց ես հանդիպում, քան խելացի մարդկանց:
15. Շատերը, որոնց հետ գործնական հարաբերություններ ենք ունենում, իրենց ազնիվ են ձևացնում, բայց իրականում այլ են:
16. Ես շատ վստահող մարդ եմ:
17. Ճի՞շտ են նրանք, ովքեր կարծում են, որ մարդկանցից ավելի շատ պետք է վախենալ, քան կենդանիներից:
18. Գթասրտությունը մեր հասարակության համար մոտ ժամանակներս կդառնա պատրանք:
19. Մեր իրականությունը մարդկանց դարձնում է շաբլոն, դիմազուրկ:
20. Իմ աշխատակիցների շրջանում դաստիարակված լինելը հազվադեպ որակ է:
21. Գրեթե միշտ ես կանգ եմ առնում, որպեսզի դրամի դիմաց հեռախոսի քարտ տամ անցորդին:
22. Մարդկանց մեծ մասը անբարոյական արարքի կդիմի իր շահի համար:
23. Մարդիկ աշխատանքում սովորաբար նախաձեռնող չեն:
24. Տարեցները մեծ մասամբ ցույց են տալիս իրենց չարությունը ամենքին:
25. Մարդիկ սիրում են միմյանց բամբասել աշխատավայրում:

Այսպիսով, Դուք ծանոթացաք հարցերին և նշեցիք Ձեր պատասխանները: Այժմ անցնենք տվյալների մշակմանն ու արդյունքի վերլուծությանը:

Բացասական դիրքորոշումների նախանշանները

1.Քողարկված դաժանություն մարդկանց նկատմամբ նրանց մասին դատողություններում:

Անդրադարձե՞ք այն հարցերին, որոնց պատասխանել եք ամենասկզբում: Քողարկված դաժանության մասին են վկայում պատասխանների հետևյալ տարբերակները /փակագծերում նշված են միավորների քանակը տվյալ հարցի համար/. 1 - այո /3/, 6 - այո /3/, 11 - այո /7/, 16 - ոչ /3/, 21 - ոչ /4/:

Միավորների առավելագույն քանակը 20 է: Որքա՞ն է ստացվել: Որքան շատ են միավորները, այնքան հստակ է քողարկված մարդկանց նկատմամբ դաժանությունը:

2.Բացահայտ դաժանություն մարդկանց նկատմամբ:

Անձը չի թաքցնում կամ մեղմացնում իր բացասական գնահատականներն ու ապրումները շրջապատողներից շատերի նկատմամբ, նրանց մասին խիստ, միանշանակ անառարկելի եզրակացություններ է կատարում: Բացահայտ դաժանության մասին են վկայում հարցերի հետևյալ միավորները.

2- այո / 9 /, 7 -այո / 8 /, 12 - այո /10/, 17- այո /10/, 22- այո /8/:

Որքա՞ն եք հավաքել հնարավոր 45 միավորներից:

3.Հիմնավորված նեգատիվիզմ մարդկանց մասին դատողություններում:

Սա արտահայտվում է օբյեկտիվորեն պայմանավորված բացասական եզրակացություններում մարդկանց որոշ տեսակների և փոխազդեցության որոշ կողմերի վերաբերյալ: Հիմնավորված նեգատիվիզմը դիտվում է հետևյալ հարցերում. 1 - այո /1/, 8 – այո /1/, 13 – ոչ /1/, 18 - այո /1/, 23 -այո /1/: Միավորների առավելագույն քանակն է 5 միավորը, և դրանք հավաքելը «ամոթ» չէ: Սակայն ուշադրություն է գրավում հարցվողների մի առանձին տեսակ: Նրանք ցույց են տալիս վառ արտահայտված դաժանություն քողարկված կամ բացահայտ: Ե՛վ մեկը, և՛ մյուսը միանգամից, բայց միաժամանակ ասես վարդագույն ակնոց են դնում, այն ինչ առաջ է բերում հիմնավորված նեգատիվիզմ, չեն նկատում:

4.Փնթինթոց, այսինքն՝ նեգատիվ փաստերի չհիմնավորված ընդհանրացումներ անելու հակում՝ գործընկերների հետ փոխհարաբերությունների բնագավառում և սոցիալական իրադրությունը դիտելիս, ուսումնասիրելիս:

Բացասական դիրքորոշումներում նման բաղադրամասերի առկայության մասին են վկայում հետևյալ հարցերը. 4 - այո / 2 /, 9 - այո /2 /, 14 - այո / 2 /, 19 - այո / 2 /, 24 - այո / 2 /: Միավորների առավելագույն քանակը 10 –ն է:

5.Շրջապատի հետ հաղորդակցման մեջ, անձնական նեգատիվ փորձ:

Դիրքորոշման նման բաղադրամասը ցույց է տալիս, թե որքանով է Ձեր բախտը կյանքում բերել՝ ծանոթների և համատեղ գործունեության հարցում: Շփումների բացասական անձնական փորձի մասին են վկայում հարցերի հետևյալ միավորները. 5 - այո /5/, 10 - այո /5/, 15 -այո /5/, 20 - այո /4/, 25 - այո /1/: Որքա՞ն եք հավաքել հնարավոր 20 միավորից:

Հաշվե՛ք.

Բացասական հաղորդակցման դիրքորոշումներ

Ցուցանիշներ	Առավելագույն միավորները	Ձեր ստացած միավորները	Առավելագույն միավորների տոկոսը
1. քողարկված դաժանություն	20		
2. ակնհայտ դաժանություն	45		
3. հիմնավորված նեգատիվիզմ	5		
4. փնթփնթոց	10		
5. հաղորդակցման բացասական փորձ	20		
Ընդամենը	100		

Ի՞նչ գումարային արդյունք է ստացվել, եթե հաշվի առնենք հաղորդակցման բացասական դիրքորոշման բոլոր ցուցանիշները: Համեմատության համար բերենք հետազոտության տվյալները / N - հարցվածների քանակն է/:

Հաղորդակցման դիրքորոշում - բաղադրամասերի առավելագույն միավորները /%/

Ցուցանիշներ	բուժքույրեր N = 107	բժիշկներ N = 58	դաստիարակներ N = 37
1.քողարկված դաժանություն	52, 9	35, 0	38, 9
2.ակնհայտ դաժանություն	33, 6	19, 0	23, 1
3.հիմնավորված նեգատիվիզմ	59, 0	44, 4	56, 2
4.փնթփնթոց	32, 2	15, 6	20, 5
5.հաղորդակցման բացասական փորձ	34, 8	24, 0	19, 5
Ընդամենը	42, 0	27, 4	31, 6

Եթե հավաքել եք 33–ից բարձր միավոր, դա վկայում է արտահայտված բացասական հաղորդակցական դիրքորոշման մասին, որը հավանաբար բացասաբար է անդրադառնում գործընկերոջ ինքնազգացողությանը:

Բացասական հաղորդակցման դիրքորոշումների էներգիան հնարավոր է թաքցնել գործընկերոջ զգայա համակարգից: Խնդիրներ կարող են առաջանալ նույնիսկ այն դեպքում, եթե Դուք հաջողությամբ թաքցնում եք Ձեր բացասական տրամադրվածությունը շրջապատի նկատմամբ, օրինակ՝ աշխատանքում: Բանն այն է, որ երբ Դուք փորձում եք զսպել Ձեզ, լինել զուսպ, առաջանում է մշտական լարվածություն: Էթիկայի տեսանկյունից հնարավոր է, որ ամեն ինչ շատ ճիշտ լինի, սակայն դրա համար պետք է հատուցեք հոգեբանական բարձր գին, վաղ թե ուշ լարվածությունը կհանգեցնի սթրեսի, նյարդային բռնկման: Եվ բացառված չէ, որ լիցքաթափումը ժամանակ առ ժամանակ կարող է լինել աշխատանքից դուրս՝ ընկերների հետ շփվելիս, ընտանիքում կամ հասարակական վայրում, որը ևս տհաճ է:

1. Իրադրային հաղորդակցական տոլերանտո /հանդուրժողականության/ մակարդակը պարզվում է տվյալ անձի հարաբերություններում կոնկրետ մարդու հանդեպ, օրինակ՝ ամուսնական զուգընկերոջ, գործընկերոջ, հիվանդի, պատահական անցորդի նկատմամբ: Իրադրային տոլերանտության **ցածր** մակարդակն արտահայտվում է հետևյալ բնույթի արտահայտություններում. «Տանել չեմ կարող այս մարդուն», «Նա ինձ իր ներկայությամբ զրգռում է», «Սարսափում եմ նրանից», «Նրանում ամեն ինչ ինձ վրդովվեցնում է» և նմանատիպ արտահայտություններ:

Բարձր մակարդակի մասին են վկայում հետևյալ բնույթի արտահայտությունները. «Այս մարդու հետ հեշտ է շփվելը», «Այս գործընկերն ինձ վստահություն է ներշնչում»: **Միջին** մակարդակի մասին են վկայում հետևյալ արտահայտությունները. «Այս մարդու մեջ ամեն ինչ չէ, որ ընդունում եմ». «Երբեմն նա անտանելի է», «Նրա մեջ ինձ ինչ-որ բան նյարդայնացնում է»:

2. Հաղորդակցական տիպաբանական տոլերանտության մակարդակ:

Սա արտահայտվում է առանձին տիպի անձանց և խմբերի, օրինակ՝ որոշակի ազգերի ներկայացուցիչների, սոցիալական խավերի, մասնագիտությունների նկատմամբ: Հույզերի որոշակի էներգիան արտահայտվում է որոշ անձանց հետ փոխհարաբերությունների համակարգում: Տիպաբանական տոլերանտության **ցածր** մակարդակն արտացոլվում է հետևյալ արտահայտություններում. «Ինձ նյարդայնացնում է մարդկանց այս տեսակը», «Ես ազգայնամոլի հետ նույն սենյակում չէի ապրի», «Ավելի լավ է գործ չունենալ թոշակառու հաճախորդի հետ»: **Միջին** մակարդակի մասին են վկայում «Նման աշխատողները

հակասական զգացմունքներ են առաջացնում», «Եթե ցանկանաս, նրան կարելի է հանդուրժել՝ որպես գործընկերոջ» արտահայտությունները:

Տիպաբանական տոլերանտության **բարձր** մակարդակի մասին են վկայում հետևյալ արտահայտությունները. «Այս ազգի ներկայացուցիչները սովորաբար լավ մարդիկ են». «Պաշտում եմ տղամարդու այս տեսակը»:

3. Մասնագիտական տոլերանտության մակարդակը

Արտահայտվում է մարդկանց ընտրողական տեսակների նկատմամբ հարաբերություններում, որոնց հետ անձը պետք է գործ ունենա՝ պայմանավորված գործունեության բնույթով: Այդ դեպքում հույզերի լրացուցիչ էներգիա է հայտնաբերվում անձնավորության մեջ և գլխավորապես աշխատանքային միջավայրում: Այսպես կարելի է խոսել կամակոր, հիվանդության ծանրությունը չափազանցնող, հիվանդանոցային ռեժիմը չընդունող հիվանդների նկատմամբ բժիշկների և բուժքույրերի համբերատարության մասին և այլն: Ուղեկցորդուհիների համար կան «լավ» կամ «վատ» հաճախորդներ հասկացությունները:

4. Ընդհանուր հաղորդակցական տոլերանտության մակարդակ

Սրանում դիտարկվում են մարդկանց նկատմամբ հարաբերությունների միտումները, ընդհանրապես, կենսավործով, դրքորոշումներով, բնավորությամբ, բարոյական որակներով, մարդու հոգեկան առողջությամբ պայմանավորված միտումները:

Ընդհանուր տոլերանտության մակարդակը մեծ մասամբ կանխորոշում է նրա մյուս ձևերը՝ իրադրային, տիպաբանական, մասնագիտական:

Ինչպե՞ս իմանալ՝ որքանով եք Դուք ունակ արտահայտել զսպվածություն ուրիշների նկատմամբ: Դրա մասին են վկայում վարքային նախանշանները և մտահանգումները:

Ընդհանուր տոլերանտության **ցածր** ցուցանիշների մասին են վկայում վարքային հետևյալ առանձնահատկությունները.

1. Դուք կամ չեք կարողանում, կամ չեք ուզում հասկանալ, ընդունել այլ մարդկանց անհատականությունը: Ուրիշի անհատականությունը նախևառաջ այն է, թե ինչն է նրանում յուրահատուկ, բնատուր, դաստիարակված է, կենսապայմաններին հարմարված: Գործընկերոջ ենթակառուցվածքների չափն էլ հենց նրանց անհատականությունների տարբերություններն է:

Ստուգե՛ք Ձեզ՝ որքանով եք ունակ ընդունել կամ չընդունել Ձեզ հանդիպող մարդկանց անհատականությունը: Ներքևում ներկայացված են դատողություններ, որոնց Դուք պետք է պատասխանեք. բոլորովին ճիշտ չէ - 0 միավոր, որոշ առումով ճիշտ է -1 միավոր,

նշանակալիորեն ճիշտ է - 2 միավոր, բոլորովին ճիշտ է - 3 միավոր: Ղատողությունների գնահատումն ավարտելիս հաշվե՛ք ստացված միավորների քանակը, բայց եղե՛ք ազնիվ:

Միավորներ
1. Դանդաղկոտ մարդիկ սովորաբար ազդում են նյարդերիս վրա: 2. Ինձ նյարդայնացնում են փութկոտ, անհանգիստ մարդիկ: 3. Աղմկոտ մանկական խաղերը դժվարությամբ են հանդուրժում: 4. Յուրահատուկ, ոչ ստանդարտ վառ անձնավորությունները: հաճախ ինձ վրա բացասաբար են ազդում: 5. Բոլոր առումներով անթերի մարդն ինձ կզգաստացնի: Ընդամենը՝

2. Գնահատելով մարդկանց վարքը, մտածելակերպն ու առանձին բնութագրերը՝ Դուք դրանք դիտարկում եք որպես անձնական չափորոշիչներ:

Նման դեպքերում մերժում եք գործընկերոջ անհատականության իրավունքը և խցկում Ձեր անձի այս կամ այն ենթակառուցվածքի մեջ: Ավելին՝ ուղղակի կամ քողարկված դեպքերում Դուք Ձեզ համարում եք «վերին աստիճանի անկեղծ», գործընկերների մասին դատում եք՝ ղեկավարվելով ձեր սովորություններով, դիրքորոշումներով և տրամադրությամբ:

Ստուգե՛ք Ձեզ՝ արդյոք Դուք մարդկանց սեփական ես-ից գնահատելու միտում չունե՞ք: Ղատողությունները գնահատե՛ք նախորդ օրինակի նման:

1. Ինձ սովորաբար հավասարակշռությունից հանում է ոչ խելամիտ գրուցակիցը:
 2. Ինձ գայրացնում են գրուցել սիրող մարդիկ:
 3. Ես կնյարդայնանամ անհետաքրքիր գրուցակցի խոսակցությունից, եթե նա նախաձեռնություն դրսևորի:
 4. Ես կնյարդայնանամ պատահական ուղևորի խոսակցությունից, որն ինձ գիշում է իր գիտելիքներով և վարվելակերպով:
 5. Ինձ համար դժվար է ընդհանուր լեզու գտնել ինտելեկտուալ այլ մակարդակ ունեցող զուգընկերոջ հետ:
- Ընդամենը՝

3. Դուք մարդկանց գնահատելու մեջ կտրուկ եք կամ պահպանողական: Այդպես՝ Դուք կարգավորում եք գործընկերոջ անհատականության արտահայտումը և պահանջում եք ձեզ համար նախընտրելի միօրինակություն, որը համապատասխանում է Ձեր ներաշխարհին, ձևավորված արժեքներին և ճաշակին:

Հավելված 12. Անավարտ նախադասությունների մեթոդիկա

ԱԱՀ _____ տարիքը _____ սեռը _____ ամսաթիվ _____

Հրահանգ . ստորև ներկայացվում են անավարտ նախադասություններ: Կարդացե՛ք և արագ ավարտե՛ք նախադասությունը այն մտքով, որն անմիջապես է առաջանում Ձեր մեջ: Երկար մի՛ մտածեք և բաց մի՛ թողեք ոչ մի նախադասություն:

1. Ես միշտ ցանկանում էի, ...: _____
2. Եթե ամեն ինչ իմ դեմ է, ապա ... : _____
3. Ապագան ինձ թվում է ... _____
4. Գիտեմ, որ հիմարություն է, բայց վախենում եմ ... : _____
5. Կարծում եմ, որ իսկական ընկերը ... : _____

6. Ես լավ եմ զգում ինձ, երբ ... :
7. Ի տարբերություն մյուս ընտանիքների՝ մերը ... :
8. Ամեն ինչ կանեի, որ մոռանայի ... :
9. Ես կարող էի շատ երջանիկ լինել, եթե ... :
10. Կարծում եմ, որ կարող եմ ... :
11. Երբ գործերս դեպի վատն են գնում, ... :
12. Մտերիմ մարդիկ ինձ ... :
13. Չեմ սիրում այն մարդկանց, ովքեր ... :
14. Մեր ընտանիքում ես ... :
15. Կարծում եմ, որ ծնողներս ... :
16. Իմ մայրը ... :
17. Իմ ամենամեծ սխալը եղել է ... :
18. Երբ ես փոքր էի, մեր ընտանիքը ... :
19. Կուզեմայի, որ երբեք ... :
20. Կյանքում ամենից շատ կցանկանայի, որ ... :
21. Կգա այն օրը, երբ ես ... :
22. Առանց ինձ ընկերներս ... :
23. Հուսով եմ, որ ... :
24. Իմ ամենամեծ երազանքը ... :

Վերլուծությունները պետք է կատարել՝ խմբավորելով հարցերն ըստ հետևյալի՝

1. վերաբերմունքն ընտանիքին – 7, 14, 18,
2. վերաբերմունքը սեփական անձին – 2, 4, 6, 8, 9, 11, 17,
3. երազանքներ, նպատակներ – 1, 10, 19, 20, 24,
4. վերաբերմունքը ծնողներին - 15, 16,
5. վերաբերմունքը ապագային – 3, 21, 23,
6. վերաբերմունքն ընկերներին, մտերիմներին – 5, 12, 13, 22:

Հաշվի է առնվում պատասխանների ուղղվածությունը՝ դրական, բացասական և չեզոք:

Գրականություն

1. *Դիցարանական բառարան*, (1985). Բոսովինիկ, Մ.Ն., Կոզան, Մ.Ա., Ռաբանովիչ, Մ.Բ. Բ.Պ. Սելեցկի: Թարգմ.՝ Ս.Ս. Կրկյաշարյանը.- «Լույս», Երևան:
2. Պապոյան, Վ.Ռ., Գալստյան, Ա.Ս., Ղազարյան, Գ.Հ., (2009). *Հոգեբանական և սոցիալական աշխատանքները ՀՀ ԱՆ քրեակատարողական ծառայություններում*: Մեթոդական ձեռնարկ, Երևան: