

ԵՐԵՎԱՆ  
ԱՐՄ

ՆԱԽԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ  
ԳՐԱԳՐԱԿԱՆ  
ԿԵՆՏՐՈՆ  
ԵՐԵՎԱՆ  
1994

**ԵՏՎԵՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ  
(1988—1994 թթ. ՀՀ ազգաբնակչության օրինակով)**

**Մ. Պ. ՄԿՐՏՈՒՄՅԱՆ**

Հայաստանի Հանրապետության տարածքը դարձրել է շարունակ գտնվել է ասպատակությունների, մեծ ու փոքր բախումների խաղճերում: Սկսած ութսունական թվականների վերջերից մինչև իննսունականների կեսերը Հայաստանը նույնպես գտնվում էր բուռն իրադարձությունների կենտրոնում: Սոցիալական, քաղաքական, տնտեսական անբարենպաստ պայմանները հազգեց են ստրեսսածին գործոններով, որոնք օրգանիզմի տարբեր համակարգերի վրա թողնում են բացասական հետևանքներ: Գրականության մեջ դրանք նշվում են որպես «արտակարգ» պայմաններ: Դրանք առաջին հերթին աչքի են ընկնում կենսագործունեության համար միջավայրի անբարենպաստ փոփոխություններով, որոնց նկատմամբ համակարգերի հոգեֆիզիոլոգիական հարմարումը ապահովվելու համար օրգանիզմը միջավայրի անբարենպաստ ազդակների նկատմամբ մշտապես գտնվում է ակտիվ պայքարի մեջ<sup>1</sup>: Այդ տարիներին հատկապես երկրաշարժի գոտու, սահմանամերձ շրջանների աղգարնակչության, հարևան հանրապետությունից բռնագաղթված մարդկանց, պատերազմից զորացրված զինվորների, աղքատության եզրին ապրող քաղաքացիների առողջության վրա անդրադառնում էին հենց այդ գործոնները: Ամենուր զգացվում էր բժշկական, հոգեբանական, սոցիալական ծառայությունների խիստ կարիք: Ժողովուրդը գտնվում էր նյարդային լարվածության սահմանագերին:

Ըստ Ա. Գրոմբախի<sup>1</sup>, հոգեվերականգնման աշխատանքներում 1980 թ. համաշխարհային առողջապահական կազմակերպության (ԵՕ3) կողմից նոր ախտանշի՝ PTSD-ի (post-traumatic stress disorder) ճանաչելը հիմք է հանդիսանում պատերազմներից (հատկապես Վիետնամի, Լիբանանի), ինչպես նաև ամենատարբեր աղետներից հետո մարդկանց հոգեկան ոլորտում «խանգարվածությունների» առաջացման պաշտոնական ընդունմանը: Հոգեկան ոլորտում տեղ գտած ոչ սովորական տեղաշարժերը մինչև այդ համարվում էին ուղեղի գործառնության կամ կառուցվածքային փոփոխությունների արդյունք: Արտակարգ պայմանների հետ կապված՝ ժամանակակից հոգեբանական վերականգնողական աշխատանքներում անհրաժեշտ է առանձնացնել վնասվածքային իրավիճակների հետևյալ տեսակները՝ սեքսուալ շարժառնումները, մարմնական բռնությունները, զինվորական գրությունը, սոցիալ-տնտեսական, քաղաքական կտրուկ փոփոխությունները, ջրհեղեղները, սողանքները, երկրաշարժերը, հրդեհները, օդային և ջրային նավագնացության պատահարները, մահապարտների կամ գերիների ճամբարները, ահաբեկչությունը և այլն:

Մեր կողմից կատարված հետազոտությունները, ինչպես նաև վերականգնողական աշխատանքների արդյունքները ցույց են տալիս, որ արտակարգ պայմաններում ետվնասվածքային վիճակների վտանգավորությունը ոչ այնքան պատճառի, ինչքան օրգանիզմի ցածր դիմադրողականություն, պաշտպանական հնարավորությունների ցածր մակարդակի, հոգեբանական կոփվածության բացակայությունը և ամենազլխավորը՝ վնասվածքի դրսևորման գաղտնի ժամանակաշրջանի տևականությունը մեջ է: Վնասվածքի ախտանիշները դրսևորվում են գաղտնիության փուլի վերջին շրջանում, որը կարող է լինել կարճատև և տևական՝ նայած վնասվածքի ծավալներին, օրգանիզմի պահեստային հնարավորությունների առկայությանը: Դրա հետ կապված՝ վնասվածքները կարող են հանդես գալ ամենատարբեր բացասական հոգեվիճակներով: Վնասվածքների առկայությունը փաստելու համար անհրաժեշտ է տիրապետել հոգեճանաչման տեխ-

<sup>1</sup> Արտակարգ պայմաններում մարդու օրգանիզմում տեղի ունեցող ամենատարբեր փոփոխությունների վերաբերյալ մանրամասն տեղեկությունները տե՛ս Մ. Պ. Մկրտումյան, Արտակարգ պայմաններում անձի հոգեբանական վերականգնման տեխնիկան, Երևան, 1997, էջ 11—13:

<sup>2</sup> Տե՛ս С. М. Громбах. Школа и психическое здоровье учащихся. М., 1988, էջ 9—10:

Նիկային, նկատել օրգանիզմի տարբեր համակարգերում տեղի ունեցող հոգեֆիզիոլոգիական փոփոխությունների տեղաշարժերը, զուգակցվող ախտանիշները և այլն: Այդ գործընթացում հաշվի են առնվում օրգանիզմի, առավել ևս հոգեկան համակարգի առողջության ցուցանիշները, շնայած դրանք խիստ անհատական բնույթ ունեն: Այս առումով, յուրաքանչյուր հոգեբանական աշխատանք, ամենափոքր միջամտություն մասնագետից պահանջում է անձի, նրա հոգեկան ոլորտի, գոյություն ունեցող տեղաշարժերի, դրանց առաջացման պատճառների, տարբեր բնութագրերի իմացություն: Բնականաբար, այդ գործընթացում կարևորվում են հոգեկան երևույթների տեղաշարժերի ախտանիշների ճանաչման, դրանց բացահայտման միջոցառումները: Ամենատարբեր տեղաշարժերի ընթացքը պարտադիր ուղեկցվում է օրգանիզմի արտաքին և ներքին փոփոխություններով: Սրանք դրսևորվում են յուրահատուկ դիմախաղով, վերջույթների շարժունակության փոփոխությամբ, ֆիզիոլոգիական անբարենպաստ տեղաշարժերով, վարքի տարբեր փոփոխություններով: Այս նախանշանները հնարավորություն են տալիս մասնագետին արտաքին դրսևորումների հաշվին թափանցել հոգեվիճակների ներքին մեխանիզմների էություն մեջ, պարզաբանել դրանց բնույթը, որոշել կանխարգելման նպատակահարմար միջոցները:

Վերականգնողական աշխատանքների հետագա հաջողությունները շատ բանով պայմանավորված են անձի մեջ տեղ գտած տեղաշարժերի ժամանակին հայտնաբերմամբ, նրանց ճիշտ արկամամբ և հետագա վերահսկողության ճիշտ կազմակերպմամբ:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ օրգանիզմում գործնականում բոլոր տեղաշարժերը միջնորդավորված են, պատճառաբանված, շպետք է սահմանափակվել եղած «ախտանիշների» վերլուծությամբ: Վերականգնողական և կանխարգելման աշխատանքներում պետք է հաշվի առնել նաև այն տեղաշարժերը, որոնք բնորոշ են անձի սուբյեկտիվ ապրումներին, վարքի փոփոխություններին, սոցիալական միջավայրի կողմից առաջադրված պահանջներին հարմարվելու համապատասխան ռեակցիաների դրսևորումներին: Բնականաբար այստեղ առաջ է քաշվում առողջության նորմայի և «հիվանդագին» հասկացությունների, նրանց բնութագրերի և զուգակցվող հոգեվիճակների իմացության հիմնահարցը:

Մարդկային օրգանիզմի կենսագործունեությունը նպատակաուղղված է պահպանելու համակարգերի ամբողջականությունը, մշտական ու կայուն դարձնելու ներքին հավասարակշիռ վիճակը՝ դրանով ապահովելով օրգանիզմի տարբեր համակարգերի միջև քնական, արդյունավետ համագործակցությունը: Հատկապես արտակարգ պայմաններում, երբ անընդհատ առաջանում են նոր իրավիճակներ, փոխվում են կենսապայմանները, օրգանիզմում տեղի են ունենում հոգեբանական հարմարման ուղղված վերակառուցման անհրաժեշտ գործընթացներ, որոնք վերունձնավորման շրջափուլի միջոցով վերականգնում են նրա նախկին հավասարակշռությունը: Այս գործընթացն ապահովում է հոգեկան առողջությունն պահպանումը: Եվրոպական առողջապահության կազմակերպությունը առողջությունը բնորոշում է որպես հիվանդությունների և վնասվածքների բացակայություն, ինչպես նաև ռեարմանական, հոգեկան և սոցիալական լիարժեք բարեկեցության վիճակ<sup>2</sup>:

Ըստ ВОЗ-ի՝ հոգեկան առողջության պահպանության բաժնի բնորոշման հոգեկան առողջությունը տրվում է երեք բնորոշում. առաջին՝ արտահայտված հոգեկան խանգարումների բացակայություն, երկրորդ՝ մարդու ուժերի որոշակի պահպանումն հնարավորությունների առկայություն, որի շնորհիվ արտակարգ իրավիճակներում ծագող անսպասելի դժվարություններն ու ստրեսները նա կարող է հաղթահարել, երրորդ՝ մարդու օրգանիզմի և շրջապատող միջավայրի միջև հավասարակշռության վիճակ, Երգանիզմի և հասարակության միջև ներդաշնակություն, օրյեկտիվ իրականություն: Ի վերաբերյալ մարդու առանձին պատկերացումների համընկնում ուրիշների պատկերացումների հետ: Առհասարակ, մարդու հոգեկան համակարգին ներկայացվող ամենափոքր բացասական ազդակն անգամ անհետևանք չի մնում: Հատկապես այնպիսի հոգր ստրեսորներ, ինչպիսիք են երկրաշարժը, գաղթը, պատերազմը, մերձսահմանային լարվածությունը, սոցիալ-տնտեսական ցնցումները, որոնք մարդկանց օրգանիզմում և հոգեկան համակարգում առաջ են բերում վնասվածքների բազմազանություն (ПО-ЛИТРАВМА): Սրանք ընդգրկում են առաջին ցնցող տպավորությունից մինչև նյութական, անձնական, սոցիալական կապերի, դիրքի, աշխատանքի ամենատարբեր կորուստների հետ առաջացած ապրումների բազմազանությունը: Թեև ըստ ազդման հզորության և թողած հետևանքների անձն առաջնային պլան է մղում իր համար կարևորվող բացասական գործոնը (առաջին անգամ մահ սեանելը, հրդեհից փրկվելը, փյուտակներից դուրս գալը, արքի առաջ հարածանների խոշտանդումը և այլն), սակայն դա չի նշանակում, որ մնացած բացասական գործոնները, որոնք քի: են կարևորվում, նրա հոգեկանի վրա ազդեցություն չեն թողել: Դեռ ավելին, անձի համար «երկրորդական» թվացող կամ մոռացված ստրեսորները ժամանակ առ ժամա-

<sup>2</sup> Տե՛ս Д. Д. Венедиктов, Социально-философские проблемы здравоохранения, «Вопр. философии», 1991, № 4, էջ 137—149;

Նակ արթնանում են հիշողության մեջ, և այդ պահին անձը իր վարքագծով, հոգեվիճակների կտրուկ փոփոխությամբ անճանաչելի է դառնում: Ստրեստորենների և դրանց հետ կապված ապրումների «երկրորդական» բնույթը կամ նրանց «մոռացումը», անշուշտ, պայմանավորված է ավելի ուժեղ ստրեստի ազդեցությամբ: Մյուս կողմից էլ վնասվածքի ենթարկվելու պահին շատ բուռն ակտիվանում են օրգանիզմի պաշտպանական մեխանիզմները: Բացի այդ, սպահաստանի հնարավորությունների ակտիվացումը բոլոր համակարգերում բացասական ստրեստների շեղբացման համար յուրօրինակ «շանթարգելի» դեր է խաղում: Իհարկե, նրանց հետքերը մնում են և հետագա բարենպաստ պայմանների զգալի հանկարծակի իրենց զգացնել են տալիս տարբեր համակարգերի գործառնությունների ամենատարբեր խախտումների ձևով:

Ծովնասվածքային հոգեվիճակներն ամփոփվում են «վնասվածքային ներդրում» հասկացության մեջ: Այստեղ պետք է նկատի ունենալ նաև անսովոր դրսևորումները, որոնցից են կաշուն մտքերը, ֆորիաները, հոգեմարմնական տարբեր փոփոխությունները (վերջույթների անդամալուծություն, կեցվածքի շեղումներ և այլն), բնավորության և վարքագծի այլ փոփոխություններ:

Առաջին և երկրորդ համաշխարհային պատերազմներից հետո այս հոգեվիճակները ընդհանրացվում էին «պատերազմական ներդրում» հասկացության տակ, շնայած հետագայում հատկապես այս հոգեվիճակների կլինիկական բնութագրերում հանդիպում ենք «տազանապալի ռեակտիվ վիճակներ» անվանմանը: Հոգեբանական վերականգնողական կանխարգելման աշխատանքներում այսօր ավելի շատ կիրառվում է «ետվնասվածքային ստրես» հասկացությունը: Ինչպիսի անվանումներ էլ որ տրվեն վնասվածքից հետո առաջացող հոգեվիճակներին, միևնույնն է, դրանք օրգանիզմի, անձի ընդհանուր ակտիվության, վարքի և բնավորության վրա թողած ազդեցությամբ տարբերվում են և կարիք ունեն առանձին բնութագրման:

Այսպես, վնասվածքային ներդրումը երկարատև գոյություն ունեցող ներոտիկ վիճակներ են, որոնք առջ են գալիս ֆիզիկական վնասվածքների դեպքում (վերջույթների վնասվածք, վիրահատում, հոդախախտ և այլն), երբ հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմները անկարող են պայքարել: Այս հոգեվիճակի արտաքին դրսևորումներն են տազանապի զգացողությունը, ֆիզիկական և հոգեկան անհավասարակշռությունը, տարբեր տեսակի վախերը, իրավիճակի ընդգծված դրամատիկ գնահատականը և այլն: Սովորաբար այն հանդես է գալիս թաքնված (լատենտ): Հաճախ թվում է, թե դա արդեն անցած վնասվածքի հետևանքով առաջացած վերականգնման ռեակցիա է, սակայն իրականում ետվնասվածքային ներդրում հանդես է գալիս թաքնված ժամանակահատվածի վերջում:

Հոգեկան վնասվածքների շարքում առանձնահատուկ տեղ են զբաղում տարաբնույթ ստրեսները: Ազգակները (սթրեստներ) կարող են լինել բազմազան: Անկախ վերջիններիս առանձնահատկություններից, ամբողջությամբ վերցրած դրանք ապահովում են հոգեբանական հարմարումը: Փաստորեն ստրեսը ստեղծված իրավիճակում օրգանիզմի՝ մասնավորապես հոգեկան համակարգի հարմարմանն ուղղված պատասխան վերաբերմունքի դրսևորում է:

Ինչպես նշում է Վ. Սովորովան, ստրեսային ռեակցիաների մյուս տիպական հատկանիշը խոցբրի առաջացումն է մարտդական ուղիներում: Այդ խոցբրի առաջացմանը նպաստում է արյան մեջ ստրեսածին հորմոնների աճին: Սակայն ինքնավար նյարդային համակարգը նույնպես մեծ դեր է կատարում դրանց առաջացման համար<sup>3</sup>:

Գրականության մեջ տարբերում են սոցիալական, հոգեբանական, ֆիզիոլոգիական սթրեսի տարատեսակներ, որոնք իրենց առանձնահատկություններով միշտ հանդես են գալիս արտակարգ պայմաններում:

Տազանապալի անձի ներքին անհանգստության, անհավասարակշռության հոգեվիճակ է: Ի տարբերություն վախի, տազանապալի կարող է լինել ոչ առարկայական կամ կարող է կախված լինել սուբյեկտիվ գործոնների քանակից, որոնց անձը կարևորում, առանձնահատուկ նշանակություն է տալիս՝ կապված կենսափորձի, նախկինում ապրած տհաճությունների և անխորժությունների (պատերազմ, զաղթ, երկրաշարժ, հարազատների կորուստ և այլն) հետ:

Իրավիճակները, որոնք օբյեկտիվորեն ընդունվում են որպես ոչ սովորական, մարդկանց սեռ մասը գնահատում է որպես սպառնացող: Ցուրաքանչյուր մարդու համար դյանք կարեվորվում են, թե ոչ, կախված է միմիայն իրավիճակի սուբյեկտիվ գնահատականից: Դեռ ավելին, սթրեսային կամ վախին վերագրվող իրավիճակները սուբյեկտի կողմից կարող են գնահատվել որպես հնարավոր սպառնալիքներ (վթարային շենք, կրկնվող ուժբազանություն, աշխատանքի, քնակարանի բավարարման հերթական մերժում և այլն):

Հոգեծին (психоген) վիճակները հանդես են գալիս հոգեկան վնասվածքների արդյունքությամբ: Նախկինում «հոգեկան տեղաշարժեր» էին անվանում միայն հիստերիկ խանգարումները: Հետագայում այդ տեղաշարժերի շարքին դասվեցին նաև ռեակտիվ պսիխոզներն ու ներդրում:

<sup>3</sup> Տե՛ս՝ В. В. Суворова, Психофизиология стресса. М., 1975, էջ 121:

ները՝ Վ. Ա. Գիլյարովսկին այդ հոգեվիճակների տարբերակման համար առաջարկեց բասձ-մանային վիճակները հասկացությունը, որոնով մատնանշելով, որ նշված խանգարումները տեղ են գրադեցնում հոգեկան հիվանդությունների և հոգեպես առողջ վիճակների կամ սոմատիկ ու հոգեկան հիվանդությունների միջև: Լողեկան վնասվածքը կարող է լինել հանկարծակի (կրկ-րաշարժի, պատերազմի, գաղթի հետևանքով հարազատների կորուստ) և աստիճանական (օ-րեցօր վատթարացող սոցիալ-տնտեսական, քաղաքական անբարենպաստ փոփոխությունների համապատկերի վրա) և այլն:

Բացասական ազդակները (երկրաշարժ, պատերազմ, գաղթ, փոռի արժեզրկում, հանկար-ծահառ մահվան լուր) հաճախ զուգակցվում են աֆեկտիվ շոկային ռեակցիաներով, որոնք իրենց հերթին կարող են կրել գերշարժունակության սահմանափակ շարժունակության բնույթ: Դրանք նման են ամեն ինչ արագ կլանող գործողությունների և դանդաղ մահվան ռեակցիա-ների: Այդպիսի դեպքերում շարժողական գրգռվածության պատկերը կամ շարժումների սահ-մանափակվածության նշանները հաճախ լինում են կարճատև: Սակայն դրանց տևողությունը կախված է բացասական գործոնների ազդման ուժից, ընդգրկման ծավալներից, տևողությունից: Անձի համար կարևորություն ունեցող բարոյական ցուցումների դեպքում այդ վիճակը կարող է պահպանվել կամ նույնիսկ շարունակվել անգամ բացասական ազդակների վերացումից հետո: Երբեմն մարդկանց մեջ հանդիպում են անբարենպաստ իրավիճակներից նահանջող տի-պեր: Լինում են նաև սյահեր, երբ վտանգի անմիջական իրավիճակը զուգակցվում է ունձի հոգեկան ուժերի ակտիվացմամբ, որի ժամանակ նա ցուցադրում է նպատակաուղղված գոր-ծողություններ: Չնայած վարքի այդպիսի դրսևորմանը, դրանից հետո անձի մեջ հանդես է գալիս հիվանդագին ռեակցիան՝ ստացվող վնասվածքի նկատմամբ կտրուկ արտահայտված հոգեկան և վեգետատիվ խանգարումներով: Այդ խանգարումները վնասվածքի նկատմամբ ու-շացած ռեակցիայի արդյունք են և ի հայտ են գալիս վախի, սրտխփոցի, շնահանգձություն, արցունքների և այլ ձևերով: Ինչպես և ինչպես վիճակները երբեմն ընդունում են նաև ձգձգված, ու-շացած բնույթ: Տարբերում են հոգեծին հույզերի երկու մեծ խումբ՝ ներոզներ և ռեակտիվ փսիխոզներ:

Ներոզները կենտրոնական նյարդային համակարգության գործառնության տեղաշարժեր են, որոնք ծագում են հոգեվնասվածքային (փսիխոտրավմա) իրավիճակում: Ներոզների ժամա-նակ մարդիկ քննադատաբար են գնահատում կատարվող եղելություններն ու իրենց վիճակը: Ներոզները հիմնականում դրսևորվում են վեգետատիվ, սոմատիկ և աֆեկտիվ խանգարում-ների ձևով: Ներոզներին նպաստում են նաև ռատենիդացնող գործոնները (օրգանական հի-վանդություններ, գերհոգեածություն, թունավորումներ և այլն):

Արտակարգ պայմաններում ամենատարբեր պահանջումներն են համատարած անբավու-րարվածություն, պատճառով ավելի շատ տարածված են ներոզների հետևյալ հիմնական ձևերը՝ ներոտներիան, հիստերիան և կալուն մտքերի վիճակների ներոզը:

Մարմնական հիվանդությունների, ինչպես նաև գլխուղեղի, անոթային վնասվածքների և ուրիշ պատճառների հետևանքով առաջացած ներոզային տիպի հոգեվիճակների կանխարգել-ման նպատակով հոգեբանական աշխատանքները տարվում են զուգակցվող հիմնական հոգի-վիճակի շտկման ուղղությամբ: Ներոզի պատճառ կարող են դառնալ նաև ինչպես մեկ ունգամ սզող ուժեղ հոգեկան վնասվածքները, այնպես էլ ավելի թույլ, սակայն տևականորեն աղ-ղողները: Վերջիններս, գումարվելով իրար, բերում են ներոզի զարգացման: Մի դեպքում մենք գործ ունենք սուր հոգեկան վնասվածքների հետ, որին վերաբերում են ավելի շատ այն եղե-լությունները, որոնք կտրուկ խանգարում կամ տաղանապ են հարուցում (հարազատների մահը, ծանր հիվանդությունը, անախորժություններն աշխատանքի վայրում, ընտանեկան հակամար-տությունները, անձնական կյանքում անհաջողությունները, հիասթափությունը սիրած մարդուց, նրանից բաժանումը և այլն): Մյուս դեպքերում խոսքը վերաբերում է խրոնիկական փսիխո-տրավմատիկ իրավիճակներին, որոնք գոյատևում են երկար ժամանակաշրջան: Ներոզների առաջացման համար նպաստավոր գործոն է նաև խոսքային գրգռիչը, որը պարունակում է իրարամերժ լիցքեր: Իր նշանակությամբ այն կարող է ոգևորել, կենտրոնացնել, ինչպես նաև ընկճել, պասիվացնել անձի ակտիվությունը, նրան պատճառել հոգեկան լուրջ վնասվածք:

Լողեկան վնասվածքների ազդման մեխանիզմները հասկանալու համար առնվազն պետք է ծանոթ լինել համանական կանխազուլավման տեսությանը: Ինչպես ցույց են տալիս Միմո-նովի հետազոտությունները, գլխուղեղում տեղի է ունենում իրականում ստեղծված և սպաս-վող իրավիճակների մտավոր մանրակերտի ձևավորում: Դա շատ կարևոր է, քանի որ այն հնարավորություն է տալիս նախապատրաստվել հնարավոր իրադարձություններին, որովհետև յուրաքանչյուր անսպասելի իրադարձություն, անգամ ամենափոքր անորոշություն, այս կամ

<sup>4</sup> Տե՛ս В. А. Гиляровский, Избранные труды, М., 1973, էջ 28:  
<sup>5</sup> Տե՛ս П. В. Симонов, Теория отражения и психофизиология эмоция, М., 1970, էջ 221:  
200

այն շահով աղղում է մարդու հոգեկանի վրա: Ըստ որում, որքան մեծ է ապասելի և անսպասելի իրադարձությունների տարբերությունը, այնքան ավելի հավանական է հոգեկան լարվածության, նյարդային խանգարումների առաջացումը:

ՏՏաճ եղելությունների նկատմամբ սպասումը, դրա հետևանքների կանխագուշակման փորձերը կարող են ավելի շատ նյարդային լարվածություն և տագնապ առաջացնել, քան իսկական եղելությունները: Շատ հաճախ մարդկանց անհանգստացնում է ապագան, որը տագնապ է ներշնչում: Նրանք որոնում են անհրաժեշտ էլը՝ ինչպե՞ս անել, ի՞նչ է լինելու սրտնից հետո (ամուսնու, կնոջ, բնակարանի, աշխատանքի կորուստ, մոտալուտ ձմեռ, քաղաքակրթ կրտուրակ փոփոխություններ, որին պատրաստ չեն և այլն): Այսպիսի դեպքերում մարդը ապրումներ է ունենում ոչ այնքան կորցրածի, որքան սեփական ապագայի նկատմամբ:

Հոգեբանական վերականգնողական աշխատանքներում մեծամասնություն են կազմում ներաստենիայի դրսևորումները, որոնք շատ հաճախ ծագում են գերհոգնածության հետևանքով: Նրա կլինիկական նկարագրում նշանակալի տեղ է զբաղեցնում սրբազոռ թուլությունը: Հոգեբանական կենտրոն հաճախող այցելուների մոտ նկատվում է բարձր գրգռվածություն և հոգնածություն: Նրանք աշխատանքը սկսելուց հետո մեծ պահանջ են դրում հանգստանալու, և շատ դժվար է զսպել սեփական հույզերը: Քնի տեղականությունը կարճ է, մշտավանջային, նրանք հանկարծակի վեր են ցատկում՝ այլևս չկարողանալով քնել: Առավոտյան վեր են կենում «չարդրված» մարմնով, չհանգստացած: Ցերեկը նրանց մոտ նկատվում է քնկոտություն, շարժումների, որոշումների դանդաղկոտություն, վատ ինքնազգացողության վիճակ: Այցելուները գտնվում են, որ չեն կարող առաջվա նման աշխատել: Հաճախ մարմնի տարբեր հատվածներում նրանք ցավեր, թմրածություն, ծակոց են դրում: Ենչառությունը վատանում է, հաճախակի հորանջում են, ուշադրությունը ցրված է, հիշողությունը՝ մոռացկոտ: Սակայն հետադրությունները ցույց են տալիս, որ իրականում ոչ թե հիշողությունն է վատացել, այլ՝ ուշադրությունն է դարձել ցրված, որի պատճառով թուլանում է գիտակցության ակտիվությունը: Այսպիսի դեպքերում միջավայրում տեղի ունեցող փոփոխությունները հեշտությամբ չլիզում են նրանց: Հաճախ նրանք ցրվածության պատճառով խախտում են ճանապարհային անսպորտային կանոնները, ստեղծում վթարային իրավիճակներ և այլն:

Այսպիսի մարդիկ ցավային գրգռչների նկատմամբ ցուցաբերում են մեծ զգայունություն, որի պատճառով հաճախ հրաժարվում են սրսկումներից, պատվաստումներից, արյան անալիզի համար պոչիկլինիկա այցելելուց: Նրանց շրջանում ցայտուն են վեգետատիվ խանգարումները (բրտնարտադրություն, հիպերմիա, սրտխառնոց, շնչահեղձություն կամ հեոց, ջերմության յզացում և այլն): Ներողի այս տեսակը խիստ տարածված է: Այս հոգեվիճակին ամենից առաջ նախորդում է գերհոգնածությունը, որը կախված է կամ անքնության, կամ էլ տևական Ֆիզիկական կամ մտավոր լարվածության հետ: Այսպիսի Ֆոնի վրա ամեն տեսակի բացասական ազդակները, սուր կամ կրկնվող հակասությունները, տարբեր անախորժությունները՝ կապված աշխատանքի, անձնական կյանքի և բնակավայրի, կենցաղի հետ, կարող են օրգանիզմի տարբեր համակարգերում առաջացնել կառուցվածքային լուրջ տեղաշարժեր, որոնք առաջ են բերում ամենատարբեր հիվանդություններ:

Ներաստենիան սովորաբար զարգանում է աննկատ, դանդաղորեն: Սկզբնական շրջանում առաջացող, զարգացող խանգարումները, սրպես կանոն, աչքի չեն ընկնում և ուշադրության չեն արժանանում: Հաճախ այն վերագրվում է սովորական հոգնածության: Դրա համար էլ այցելուները դա աշթաթող են անում՝ առանց հասկանալու, որ այն ոչ թե ֆիզիկական թուլություն է, այլ նյարդային համակարգի սկզբնական խանգարվածություն:

Ներաստենիայի նախանշանները շատ հաճախ նմանվում են տենդի վիճակի նախանշաններին: Հարկ է նշել, որ տևական ներաստենիան կարող է օժանդակել զլխուղեղի կեղևում «հիվանդ կետերի» առաջացմանը: Դա դեռ բոլորը չէ. այն խիստ բացասական է անդրադառնում նաև այցելուների՝ հատկապես տղամարդկանց սեռական կյանքի վրա: Սեռական խանգարումները լինում են ներողի բոլոր ձևերում, սակայն ավելի շատ դրսևորվում են ներաստենիայի ժամանակ: Պոտենցիայի նվազումը (սեռական թուլությունը) բացատրվում է ընդհանուր աստենիայով, որը սովորաբար առաջանում է տևական հուզական գերլարվածության ժամանակ: Սկզբնական շրջանում ընդհանուր հոգնածության հետ այցելուները նշում են, որ մեծանում է սեռական հակումը, նրանք նույնիսկ ձգտում են ավելի ինտենսիվ սեռական կյանքի: Սակայն ժամանակի հետ սեքսուալ հակումները աստիճանաբար նվազում են: Այսպիսի պայմաններում հոգեկան առողջության նկատմամբ անտարբեր վերաբերմունքը, նման փոփոխությունների անտեսումը կարող են հանգեցնել սեռական թուլության (իմպոտենցիա): Ընդհանրապես էլ իր հերթին կարող է նպաստել ներաստենիայի խորացմանը: Արդյունքում այսպիսի վիճակը մարդու մոտ ձևավորում է անելանելի դրություն, որից նա հաճախ չի կարողանում դուրս գալ: Դրան կարող են նպաստել նաև զուգընկերոջ ոչ նորանկատ վերաբերմունքը, այդ պահին ամուսնու, կնոջ հոգեվիճակի անըմբռնողականությունը, կոպտությունը, ռեպրիկաները, տեղի-անտեղի ակնարկները զուգընկերոջ «անկարողության» վերաբերյալ և այլն: Սա-

կայն պետք է իմանալ, որ ներաստենիայի ժամանակ սեքսուալ ոլորտի խանգարումները գործառնությունների րնույթ են կրում, և որ գրանք ժամանակավոր են ու անցողիկ, եթե իհարկե հոգեկան ոլորտում ուրիշ լրացուցիչ վնասվածքներ առաջացնող գործոններ չկան:

Այսպիսով, ներաստենիան զարգանում է հոգեանոթության, նյարդային համակարգի թուլացման ժամանակ: Այդ երևույթները ստեղծում են համապատկեր (ֆոն), որի վրա ամենափոքր տհաճություններն անգամ կարող են օժանդակել ներգոյ գարգացմանը:

Հիստերիա — այս վիճակի գրեկորումները կարող են կրել տարբեր բնույթ: Դրա որոշ գրեկորումներ հիշեցնում են մարմնական ուրիշ հիվանդություններ և հոգեվիճակների նախանշաններ, որի պատճառով հիստերիան անվանում են «մեծ ընդորինակող»:

Հիստերիայի հիմնական գրեկորումներն են հիստերիկ նոպան, վեգետատիվ և զգայական խանգարումները և այլն:

Հիստերիկ նոպան կապված է հատկապես այնպիսի արտաքին գործոնների հետ, որոնք վնասվածք են պատճառել մարդու հոգեկան ոլորտին, կամ էլ եթե իրավիճակը հիշեցնում է անցյալի տհաճ ապրումները: Դա կապվում է այցելուի բնավորության շեշտավորվածության (акцентуация), ապրումների բնույթի, նրանց խորության և այլնի հետ: Գիտակցությունը միշտ գտնվում է արթմնի վիճակում, երբեք չի մթացնում, կարելի է ասել, որ այն մասամբ ֆեղանում է: Դրա համար էլ արտաքին հանգամանքների փոփոխության նկատմամբ նա ուշադիր է, և դրանց հանդեպ ցուցաբերած ռեակցիան մի որոշակի աստիճան պահպանվում է: Հիստերիկ նոպան կարող է տևել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ: Նոպան ավելի երկար է տևում, եթե այդ պահին նրա շուրջը մարդիկ են գտնվում: Այն սովորաբար ժազում է ցերեկը:

Հիստերիկ նոպայի ժամանակ հանդիպում են շարժողական և զգայական խանգարվածության երևույթներ: Այդ ժամանակ մկանային տոնուսը չի փոխվում, ըստին ռեֆլեքսները չեն խանգարվում, բացակայում են հիվանդագին ռեֆլեքսները, բացակայում է ատորֆիան: Ավելի ստեպ նկատվում են խոսքի խանգարումներ, մուտիզմ (համրություն), կակազություն, աֆոնիա (ձայնի կտրվել) կամ խուլհամրություն (սուրդոմուտիզմ): Հիստերիայի ժամանակ երբեմն հանդիպում են նաև աղեստամոքսային տրակտի խանգարվածություն, արտախոնոց և այլն:

Հիստերիայի ժամանակ զխուղելի կեղևի կառավարող գործառնության թուլացման հետեվանքով ենթակեղևային հատվածը հեշտությունը դուրս է դալիս դրա ազդեցությունից, և այդ պատճառով էլ հաճախ նկատվում է անկառավարելի վարք, բարձր հուզականություն: Այդ պահին զուգակցվող հույզերը որոշակի ազդեցություն են ունենում պատկերացումների ընթացքի վրա: Որոշումներ ընդունելիս կամ որևէ մտահանդում անելիս այցելուն զեկավարվում է ոչ թե առողջ դատողությամբ, այլ հույզերով: Այլ կերպ ասած՝ այդ հոգեվիճակում մարդը զանում է հույզերի գերին, որոնք զերիշխող են դիտակցության նկատմամբ: Կալուն վիճակների ներողի զարգացման զխավոր պատճառը սուր կամ հոգեկան խրոնիկ վնասվածքն է: Երբեմն կալուն վիճակները ժազում են նաև պայմանական ռեֆլեկտոր մեխանիզմներով: Սովորական զրգոշը իր ազդման արդյունքում արդեն ինրուրուն կարող է առաջացնել վախի նոպա: Օրինակ՝ կրկնվող հրաձգություններ, ինքնաթիռների հոնդուն, ստորգետնյա կրկնվող ցնցումներ, հատակի, աստիճանների տատանումներ, նախկին բացասական եղելությունները հիշեցնող առարկաներ, երևույթներ և այլն: Կալուն վիճակների ներողին ենթակա են թույլ խառնվածքի տեր մարդիկ, սակայն այն ավելի շատ նկատելի է նյարդային գործընթացների փոքր շարժունակության դեպքում: Երբեմն կալուն վիճակներ հանդիպում են նույնիսկ ուժեղ նյարդային համակարգի տեր մարդկանց մոտ: Օրինակ, որոշ մարդիկ ցուցաբերում են կալուն վախ շեքից, օձերից, մկներից: Հոգեբանական ժառայության կենտրոն հաճախակի են այցելում մարդիկ՝ հիմնականում փոքրահասակ, 4—12 տարեկան երխաններ, որոնք վախենում են մթությունից: Կալուն վիճակների ներողի ժամանակ հիվանդագին վիճակը ձևավորվում է տարբեր պատկերացումներից, մաքերից, վախից, զործողություններից, որոնք «խցկվում» են զիտակցության մեջ: Իհարկե, դրանց անհիմն լինելը շատերը զիտակցում են և պայբարում, բայց հաթահարել չեն կաթողանում:

Կալուն վախերը (ֆորիա) լինում են տարբեր բնույթի՝ կապված նաև զանազան անրոժելի հիվանդությունների հետ (ուռուցքներ, շաքարախտ, տարբեր օրգանական հիվանդություններ): Դրա համար նրանք հաճախ փնտրում են իրենց հիվանդության նախանշանները առողջապահական ամսագրերում, առանձին զիտական հոդվածներում, հիվանդ և առողջ մարդկանց պատմածներում և այլն: Դրանով նրանք արհեստականորեն ամրացնում, «սևփականացնում են» իրենցը լինող այն հիվանդություններն ու տկարությունները, որոնց նախանշանները քիչ թե շատ համապատասխանում են սեփական վիճակին: Կալուն վիճակները ըստ բնույթի բաժանվում են երկու խմբի: Դրանցից մեկում հստակ երևում է հոգեկան վնասվածք առաջացնող

© Տեա Գ. Կ. Մшаков, Пограничные нервно-психические расстройства, М., 1978, էջ 149:

գործոնի և վիճակի ծագման միջև գոյություն ունեցող անմիջական կապ: Երկրորդ խմբի մեջ մտնում են այն կաշուն և բրուզները, որոնք ժամանակ դժվար է առանձնացնել որևէ արտաբերի ազդակի իրենք՝ այցելուները, շին քրտում այն կապերը (ասենք՝ փոխանցվող կաշուն վախի և որևէ կոնկրետ գործոնի միջև), որոնք գոյություն ունեն: Նույնիսկ փորձված հոգեբանին շատ հաճախ դժվար է լինում առանձնացնել այսպիսի ներքին տարածման «ախտարանական» շրջանակները: Այս հոգեվիճակի ընթացքն ալիբաձև է: Հիվանդածին նախանշանները կարող են մեկ թուլանալ, մեկ անհետանալ ամբողջությամբ ու մեկ էլ կտրուկ ուժեղանալ:

Կաշուն երևույթների ուժեղացումն ավելի հաճախ կարող է լինել հոգեբանական ախտահարման կրկնվելու իրավիճակում կամ էլ տևական ժամանակամիջոցում անքնության, թերանման, գերհոգնածության հետևանքով՝ օրգանիզմի թուլացման զեպրերում:

Այսպիսով՝ ետվեսավածքային հոգեվիճակների պատճառներն ու դրսևորման ձևերը տարբեր են: Հարբեր են այդ վիճակում գտնվող մարդկանց անհատական առանձնահատկությունները, նրանց առողջական հնարավորությունները, օրգանիզմի բնական պաշտպանական մեխանիզմների համագործակցության շրջանակները: Ուստի կանխարգելման, վերականգնման երպատակով անհրաժեշտ է ամենօրյա հետևողական աշխատանքների կազմակերպում: Այլապես նրանց նկատմամբ անլուրջ վերաբերմունքը ժամանակի ընթացքում բերում է սահմանային, հետագայում՝ հիվանդագին հոգեվիճակների առաջացման: Բացի այդ, ետվեսավածքային հոգեվիճակների առկայությունը, տեղությունը օրգանիզմում առաջ են բերում խորքային և կառուցվածքային տեղաշարժեր, այդ իսկ պատճառով դրանց կանխարգելման և կարգավորման գործընթացը հոգեբաններից պահանջում է մի շարք կարևորագույն խնդիրների լուծում:

1. Բարենպաստ պայմանների և հոգեբանական մթնոլորտի ստեղծում այցելուների հոգեվիճակների ինքնավերլուծության համար, քանի որ սեփական ապրումների վերաբերյալ բերանացի պատմելը, նկարագրելը, վերլուծելը հնարավորություն է տալիս վերաիմաստավորելու, մասամբ ազատվելու դրանցից և աստիճանաբար անցնելու նոր հիմնահարցերի քննարկման:

2. Հսել այցելուներին մինչև վերջ, հնարավորություն տալ մանրամասն ներկայացնելու սեփական ապրումները, տեղին և ժամանակին կարճ հարցադրումների ձևով այցելուի ուշադրությունը սեռել հոգեբանի և իր իսկ անձի կողմից կարևորվող ապրումների վրա:

3. Ստեղծել այցելուի և հոգեբանի միջև լիակատար վստահություն և փոխըմբռնում՝ նեղ անձնական խնդիրների քննարկման և ընթացքի վերահսկման համար:

4. Ցուրաքանչյուր այցելուի սովորեցնել հստակ օրագրում գրանել սեփական վիճակների շուրջօրյա փոփոխությունների տեղաշարժը (քնի, ախորժակի, ինքնազգացողության, վերջույթների, տարբեր համակարգերի աշխատունակության, տրամադրության, սրտի զարկերի հաճախականության փոփոխությունների, շնչառության հաճախականության, երանցների, նրանց բովանդակության վերաբերյալ և այլն), մինչև հիմնական սեանսի սկսելը քննարկել դրանց փոփոխությունների հիմնական նշանակությունը, յուրաքանչյուրին տալ համապատասխան հանձնարարականներ դրանց վերահսկման վերաբերյալ:

5. Նպատակահարմար է աշխատանքները տանել խմբային եղանակով, որովհետև խմբի յուրաքանչյուր անդամ հնարավորություն է ունենում լսելու և լավելու, քննարկելու իր և ուրիշների ապրումները, սովորում է սառնասրտորեն կարգավորել հոգեվիճակների ընթացքը, զգալ իրեն հավասար հավասարների մեջ, զգալ ընկերոջ սպասելություն և ինքը հանդես գալ օգնողի դերում:

6. Այցելուների մեջ առարայցնել այն համոզմունքը, որ օրգանիզմի նկատմամբ անհրաժեշտ է տանել ամենօրյա հետևողական կանխարգելիչ աշխատանք: Վերականգնողական աշխատանքներում ընդգրկել հոգեբանական (առտոզին մարզում, հոգեմկանային մարզում, բացիտնալ հոգեթերապիա) և ֆիզիկական վարժությունների համալիր միջոցներ (շարժուն խաղեր, որոնք ապահովում են հուզական և մկանային հաճելի զգացումներ, զբոսանքներ մաքուր օդում, գանազան արշավներ և այլն):

7. Ցուրաքանչյուր դրական և բացասական տեղաշարժ պետք է հասցվի այցելուների գիտակցությանը և համատեղ քննարկմանից հետո ընտրվի վերականգնման անհրաժեշտ միջոցների համալիր:

8. Ժամանակ առ ժամանակ իրականացնել վեղետատիվ համակարգի (սիրտ-անոթային, գաղափոխանակության, էլեկտրոմաշային դիմադրության) շափումներ և դրանց հիման վրա կազմել բնութագրեր: Վերջնական բնութագրերը կազմելիս հիմնվել նախկին շափումների և այցելուի օրագրի նշումների ու ինքնազգացողության գնահատականի արդյունքների վրա:

9. Հոգեվիճակների ախտորոշման, նրանց ընթացքի, տեղաշարժերի վերաբերյալ վերջնական բնութագրերն ու հանձնարարականները կազմել գործընկերների հետ խորհրդակցությունից հետո, անհրաժեշտության դեպքում մասնակից դարձնել նաև այցելուին:

10. Անհրաժեշտ է ուղղորդվել այն սկզբունքով, որ վերականգնման աշխատանքները չեն ավարտվում, այլ փոխվում են իրենց բովանդակությամբ և խնդիրներով: Դրանք շարունակվում

**Մ. Ս. ՄԿՐՏՄՅԱՆ**—Психологические характеристики посттравматических состояний (На примере населения РА за период 1988—1994 гг.).—В работе представлены психологические характеристики посттравматических состояний, возникших в экстремальных условиях—вследствие землетрясения, войны и политических сдвигов в Армении. Представляются специфические критерии и определенные параметры психического здоровья человека, живущего в нормальных и экстремальных условиях. Показывается, что любое изменение в организме сопровождается определенными психическими состояниями со своими внешними и внутренними симптомами, которые являются своеобразной психофизиологической информацией о нарушении внутреннего равновесия и процесса адаптации систем и организма в целом.

Предлагается ряд рекомендаций для профилактики и коррекции посттравматических состояний конкретных слоев населения, живущих в неблагоприятных для жизнедеятельности организма условиях.