



ՀԱՅԿԱԿԱՆ  
ՀՈԳԵՐՈՒԺԱԿԱՆ  
ԱՍՈՑԻԱՅԻԱ

Հատոր  
Value  
Том

7

Թիվ  
Number  
Номер

2.2016

# ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՀՈԳԵՐՈՒԺԱԿԱՆ ԱՍՈՑԻԱՅԻԱՅԻ  
ՊԱՇՏՈՆԱԿԱՆ ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ

ARMENIAN JOURNAL  
OF MENTAL HEALTH  
OFFICIAL JOURNAL  
OF ARMENIAN PSYCHIATRIC  
ASSOCIATION

АРМЯНСКИЙ ЖУРНАЛ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ  
АРМЯНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
АССОЦИАЦИИ





**Հոգեկան առողջության հայկական հանդես**

«Հոգեկան առողջության հայկական հանդեսը» Հայկական հոգեբուժական ասոցիացիայի պաշտոնական պարբերականն է: Հանդեսը եռալեզու է՝ հայերեն, ռուսերեն և անգլերեն: Հոդվածները գրայնաչափով են: Հանդեսում հրատարակվում են գիտական, ակնարկային հոդվածներ, հայ և արտասահմանյան գիտնականների հետազոտությունների արդյունքներ, օգնություն պրակտիկ բժշկին, թարգմանություններ, հոգեկան առողջության ոլորտին վերաբերող այլ տեղեկություններ: Հոդվածներից մեջբերումներ անելիս հղումը «Հոգեկան առողջության հայկական հանդեսին» պարտադիր է, ամբողջական վերաբերումները՝ ամսագրի խմբագրության գրավոր թույլտվությամբ: Հանդեսը ներառված է ՀՀ Բարձրագույն որակավորման հանձնաժողովի ստեղծագործությունների հիմնական արդյունքների և դրույթների հրատարակման համար ընդունելի պարբերական գիտական հրատարակությունների ցուցակում:

**ԳԼԽԱՎՈՐ ԽՄԲԱԳԻՐ**

Արմեն Սողոյան (ՀՀ)  
**ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԽՄԲԱԳԻՐ**

Սամվել Մուքիայան (ՀՀ)  
**ԽՄԲԱԳՐԱԿԱՆ ԿՈՒՆԳԻՆ**

Հակոբ Ալիսկալ (ԱՄՆ)  
Ալյա Ավետիսյան (ՌԴ)  
Իսախանյան Գասպարյան (ՀՀ)  
Սամվել Գրիգորյան (ՀՀ)  
Կոնստանտին Դանիելյան (ՀՀ)  
Մարուքե Եղիան (ՀՀ)  
Պարունակ Ջելվեյան (ՀՀ)  
Արամ Հակոբյան (ՀՀ)  
Արմեն Մելիք-Փաշայան (ՀՀ)  
Արթուր Մկրտչյան (ՀՀ)

**ԽՄԲԱԳՐԱԿԱՆ ԽՈՐՀՈՒՐԳ**

Ալլեն Ազիզյան (ԱՄՆ)  
Ռուբեն Աղուզումցյան (ՀՀ)  
Գայանե Արակելովա (ՀՀ)  
Արմենուհի Ավագյան (ՀՀ)  
Հրանտ Ավանեսյան (ՀՀ)  
Լիլիթ Բաղդասարյան (ՀՀ)  
Այա Բերբերյան (ՀՀ)  
Անահիտ Կարգյան (ՀՀ)  
Սրբուհի Գևորգյան (ՀՀ)  
Արման Դանիելյան (ԱՄՆ)  
Մերգեյ Ենիկոլոպով (ՌԴ)  
Ադա Թադևոսյան (ՀՀ)  
Կարինե Թաթարյան (ՀՀ)  
Սամվել Թորոսյան (ՀՀ)  
Նարինե Խաչատրյան (ՀՀ)  
Սամվել Խոսրոյան (ՀՀ)  
Սոնա Հարությունյան (ՀՀ)  
Գայանե Ղազարյան (ՀՀ)  
Ստեփան Մաթևոսյան (ՌԴ)  
Արմեն Ներսիսյան (ՀՀ)  
Գայանե Շահվերդյան (ՀՀ)  
Աննա Չիլինգարյան (ՀՀ)  
Բորիս Պիվեն (ՌԴ)  
Վազգեն Պողոսյան (ՀՀ)  
Գայանե Սարգսյան (ՌԴ)  
Սեդրակ Սեդրակյան (ՀՀ)  
Եվգենի Սնեդկով (ՌԴ)  
Վիկտոր Սոլդատկին (ՌԴ)  
Կամո Վարդանյան (ՀՀ)

**Armenian Journal of Mental Health**

«Armenian Journal of Mental Health» is the official, peer reviewed Journal of Armenian Psychiatric Association. Articles are publishing in Armenian, Russian and English. It publishes research articles, forums, Mental Health policy papers, translations and news related to Mental Health field from authors of all regions and countries. Citation from articles should be mentioned by authors. For reproducing articles from this journal a written permission from the publisher is required. The journal is recognized by «Higher Qualification Committee» Agency of RA and accepted in the special list of acknowledged periodical publications.

**EDITOR IN CHIEF**

Armen Soghoyan (Armenia)

**ASSOCIATE EDITOR**

Samvel Sukiasyan (Armenia)

**EDITORIAL BOARD**

Hagop Akiskal (USA)  
Alla Avedisova (Russia)  
Khachatur Gasparyan (Armenia)  
Samvel Grigoryan (Armenia)  
Konstantin Danielyan (Armenia)  
Maruke Yeghiyan (Armenia)  
Parounak Zelveian (Armenia)  
Aram Hakobyan (Armenia)  
Armen Melik-Pashayan (Armenia)  
Artur Mkrtchyan (Armenia)

**ADVISORY BOARD**

Allen Azizyan (USA)  
Rouben Aghuzumtsyan (Armenia)  
Gayane Arakelova (Armenia)  
Armenuhi Avagyan (Armenia)  
Hrant Avanesyan (Armenia)  
Lilit Baghdasaryan (Armenia)  
Asya Berberyan (Armenia)  
Anahit Gevorgyan (Armenia)  
Srbuhi Gevorgyan (Armenia)  
Arman Danielyan (USA)  
Sergey Yenikolopov (Russia)  
Ada Tadevosyan (Armenia)  
Karine Tataryan (Armenia)  
Samvel Torosyan (Armenia)  
Narine Khachatryan (Armenia)  
Samvel Khudoyan (Armenia)  
Sona Harutyunyan (Armenia)  
Gayane Ghazaryan (Armenia)  
Stepan Matevosyan (Russia)  
Armen Nersisyan (Armenia)  
Gayane Shahverdyan (Armenia)  
Anna Chilingaryan (Armenia)  
Boris Piven (Russia)  
Vazgen Poghosyan (Armenia)  
Gayane Sarkisyan (Russia)  
Sedrak Sedrakyan (Armenia)  
Evgeni Snedkov (Russia)  
Viktor Soldatkin (Russia)  
Kamo Vardanyan (Armenia)

**Армянский журнал психического здоровья**

«Армянский журнал психического здоровья» является официальным рецензируемым журналом Армянской психиатрической ассоциации. Статьи издаются на армянском, русском и английском языках. В журнале публикуются научные и обзорные статьи, результаты исследований отечественных и зарубежных ученых, переводы статей, информация, касающаяся психического здоровья, сообщения для практикующих врачей и др. При цитировании опубликованных в журнале статей ссылки на «Армянский журнал психического здоровья» обязательны. При полной перепечатке статьи письменное разрешение редакции обязательно. По решению Высшей аттестационной комиссии журнал включен в список периодических научных изданий, принятых для публикации основных результатов и положений диссертационных работ.

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

Армен Согалян (Армения)

**ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР**

Самвел Сукиасян (Армения)

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Акоп Акискал (США)  
Алла Аведисова (Россия)  
Хачатур Гаспарян (Армения)  
Самвел Григорян (Армения)  
Константин Даниелян (Армения)  
Маруке Егиян (Армения)  
Парунак Зелвеян (Армения)  
Арам Акопян (Армения)  
Армен Мелик-Пашаян (Армения)  
Артур Мкртчян (Армения)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Аллен Азизян (США)  
Рубен Агузумцян (Армения)  
Гаяне Аракелова (Армения)  
Арменуи Авагян (Армения)  
Грант Аванесян (Армения)  
Лилит Багдасарян (Армения)  
Ася Берберян (Армения)  
Анаит Геворкян (Армения)  
Србуи Геворкян (Армения)  
Арман Даниелян (США)  
Сергей Ениколопов (Россия)  
Ада Тадевосян (Армения)  
Карине Татарян (Армения)  
Самвел Торосян (Армения)  
Нарине Хачатрян (Армения)  
Самвел Худоян (Армения)  
Сона Арутюнян (Армения)  
Гаяне Казарян (Армения)  
Степан Матевосян (Россия)  
Армен Нерсисян (Армения)  
Гаяне Шахвердян (Армения)  
Анна Чилингарян (Армения)  
Борис Пивень (Россия)  
Вазген Погосян (Армения)  
Гаяне Саркисян (Россия)  
Седрак Седракян (Армения)  
Евгений Снедков (Россия)  
Виктор Солдаткин (Россия)  
Камо Варданян (Армения)

Լրատվական գործունեություն իրականացնող՝ «Մեդարմ» ՍՊԸ, վկայական 03 ԱՕ90191 տրված՝ 28.12.2010թ. հասցե՝ ք. Երևան, Պ. Սևակի փող. 5

Ստորագրված է տպագրության 20.12.2016թ.

Համարի թողարկման պատասխանատու՝ Արմեն Սողոյան  
Տպարանակ 300  
Երևան 2016թ.

5

ԻՆՔՆԱՍՊԱՆՈՒԹՅԱՆ  
ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ  
ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ  
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ  
ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ  
1999-2015թթ ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ  
Կ.Ե. Վարդանյան

СТАТИСТИЧЕСКИЙ  
АНАЛИЗ САМОУБИЙСТВ  
В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ  
В1999-2015 г.г.  
К.Е. Варданян

STATISTICAL ANALYSIS  
OF SUICIDE IN ARMENIA  
DURING 1999-2015  
K.E. Vardanyan

17

1988թ. ՍՊԻՏԱԿԻ  
ԵՐԿՐԱՇԱՐԺԻ  
ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ.  
ՍՏԱՏԻԿԱ ԵՎ ԴԻՆԱՄԻԿԱ:  
ՄԱՍ 2  
Ս.Հ. Սուքիասյան

ПСИХОПАТОЛОГИЯ  
СПИТАКСКОГО  
ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ 1988  
ГОДА: СТАТИКА И  
ДИНАМИКА. ЧАСТЬ 2  
С.Г. Сукиасян

THE PSYCHOPATHOLOGY  
OF SPITAK EARTHQUAKE  
1988: STATICS AND  
DYNAMICS. PART 2  
S.H. Sukiasyan

33

ԴԱՏԱՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ  
ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ  
ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ  
ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ  
Վ.Ֆ. Ենգալիչև  
Գ.Ա. Գազարյան

ОСНОВНЫЕ  
ЗАДАЧИ СУДЕБНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ В  
АРМЕНИИ  
В.Ф. Енгалычев  
Г.А. Казарян

THE BASIC ISSUES  
OF FORENSIC  
PSYCHOLOGICAL  
EXPERTISE  
IN ARMENIA  
V.F. Engalychev  
G.A. Ghazaryan

41

ՎԱԼԻԴԱՑԿԱԾ  
ՊՍԻԽՈՄԵՏՐԻԿ  
ՀԱՐՑԱՇԱՐԵՐԻ ԴԵՐԸ  
ՍՏԱՄՈՔՍԱՂԻՔԱՅԻՆ  
ՈւՂՈւ ՖՈւՆԿՑԻՈՆԱԼ  
ԽԱՆԳԱՐՈւՄՆԵՐՈՎ  
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ  
ՀՈԳԵԲՈւԺԱԿԱՆ  
ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ  
ԳՆԱՀԱՏԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ  
(ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱԿՆԱՐԿ)  
Մ.Բ. Գեմիլյան

ЗНАЧЕНИЕ  
ВАЛИДИЗИРОВАННЫХ  
ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ  
ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО  
СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО  
ТРАКТА (ОБЗОР  
ЛИТЕРАТУРЫ)  
М.Б. Гемилян

THE ROLE OF VALIDATED  
PSYCHOMETRIC  
QUESTIONNAIRES IN  
EVALUATION OF MENTAL  
HEALTH IN PATIENTS  
WITH FUNCTIONAL  
DISORDERS OF  
GASTROINTESTINAL  
TRACT (LITERATURE  
REVIEW)  
M.B. Gemilyan



50

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ  
ԿԱՐԾՐԱՏԻՊԵՐԻ  
ԵՎ ԱՆՁՆԱՅԻՆ ԱՃԻ  
ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ  
Ա.Ն. Նազարյան

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ  
СОЦИАЛЬНЫХ  
СТЕРЕОТИПОВ И  
ЛИЧНОСТНОГО РОСТА  
А.С. Назарян

SOCIAL STEREOTYPES  
AND PERSONAL GROWTH  
INTERACTION  
A.N. Nazaryan

56

ՀՈԳԵՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ  
ԵՎ ՆՐԱ  
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ՄԱՍԻՆ  
Ա.Վ. Վարդանյան

О ПСИХОАНАЛИЗЕ И  
ЕГО ОСОБЕННОСТЯХ  
А. В. Варданян

ABOUT  
PSYCHOANALYSIS AND  
ITS PECULIARITIES  
A.V. Vardanyan

## Հարգելի գործընկերներ,

Լույս է տեսել Հոգեկան առողջության հայկական հանդեսի հերթական համարը:

Այսուհետ ամսագիրը ներկայացվում է նոր ձևավորմամբ, հուսով ենք այն ավելի դուր կգամեր ընթերցողներին:

Համարում ներկայացված աշխատանքներն ընդգրկում են հոգեկան առողջության տարբեր ոլորտներ: 1999-2015թթ. սուիցիդների ամբողջական վիճակագրությունը, համապատասխան վերլուծությունը և դրանից բխող առաջարկներ է ներկայացրել Կամո Վարդանյանը: Այս ոլորտում բավական լուրջ համագործակցություն է նախաձեռնված նորվեգացի գործընկերների հետ այս բնագավառում, հուսով ենք արդյունքներն առաջիկայում տեսանելի կլինեն: Սուիցիդների կանխարգելման, տեղեկատվության հավաքման և վերլուծությունների առումով բավական լուրջ ակնկալիքներ ունենք «Անտիսուիցիդ» կենտրոնի իրականացվելիք գործունեությունից:

Երկրաշարժի հետևանքների վերաբերյալ ներկայացված աշխատանքը (հեղ. Սամվել Սուքիասյան) ուշադրություն է գրավում աղետի ինչպես անհատների, այնպես էլ հասարակության վրա ունեցած երկարաժամկետ հետևանքների առումով, ինչպես հոգեկան, այնպես էլ սոմատիկ խանգարումների դրսևորմամբ: Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումների, նաև սթրեսի կառավարման հիմնախնդիրների ուսումնասիրման և լուծումների ներկայացման գործում կարևորում ենք նորաստեղծ Սթրեսի և ցավի կառավարման կենտրոնի գործունեությունը և այս ոլորտի զարգացումները մշտապես կլինեն մեր ուշադրության կենտրոնում: Հոգեմարմնական և մամնահոգեկան խանգարումների, դրանց ախտորոշման, ախտորոշման հարցաշարերի և հարցաշարերի վալիդացվածություն/ադապտացվածության խնդիրներն են ներկայացված Մանիկ Գեմիլյանի աշխատանքում: Առաջիկայում

նոր համագործակցություն կսկսվի սոմատիկ խանգարումների ժամանակ հոգեկան ոլորտի ուսումնասիրման և այս ոլորտում միջազգայնորեն ընդունված ուղեցույցների և գործելակարգերի տեղայնացման և կրառման ուղղությամբ: Կարևորում ենք նաև հարցաշարերի վալիդացման հստակ կանոնակարգումն ու դրա հետևողական իրականացումը:

Դատահոգեբանական փորձաքննությունների հիմնախնդիրները և հատկապես մասնագիտական որակների և կարգավիճակի հարցերն են ներկայացված Գայանե Ղազարյանի աշխատանքում: Ընդհանուր փորձաքննությունների ոլորտը վաղուց կարիք ուներ հիմնովին կարգավորման, ինչն արդեն նախաձեռնված է ՀՀ արդարադատության նախարարության կողմից և արդեն շրջանառության մեջ գտնվող նոր օրենքը կստեղծի դրա համար անհրաժեշտ նախադրյալները:

Սոցիալական կարծրատիպերի և անձնային աճի վրա դրանց հետևանքներին է անդրադարձել Անի Նազարյանը, ներկայացնելով կարծրատիպերի բացասական ազդեցությունը անձնային աճի վրա:

Մեր ամսագրի հրատարակման ամբողջ ընթացքում առաջին անգամ սխալմունք էր տեղի ունեցել նախորդ համարում, ինչի համար հայցում մեր գործընկերոջ, հոդվածի հեղինակ Անժելա Վարդանյանի ներողամտությունը և այս համարում ամբողջությամբ տպագրում ուղղված հոդվածը:

Այս տարի առաջին անգամ Հայաստանում նշվեց մտային խնդիրների համաշխարհային օրը, որը հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված Համաշխարհային հոգեբուժական ասոցիացիայի նոր նախաձեռնությունն է:

Բարի ընթացք ենք մաղթում բոլոր դրական նախաձեռնություններին:

**ՀՀԱ նախագահ  
Ա.Սողոյան**

# ԻՆՔՆԱՍՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ 1999-2015թթ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

**Կ.Ե. Վարդանյան**

**Խաչատուր Աբովյանի անվան հայկական պետական մանկավարժական համալսարան  
Երևան, Հայաստան**

Սույն գիտական հետազոտությունը նվիրված է հասարակության մեջ լայն տարածում գտած անձի ինքնաքայքայիչ վարքի՝ սուիցիդի վիճակագրական վերլուծությանը 1999-2015թթ ընթացքում: Հեղինակի կողմից ներկայացվում է տեսականորեն հիմնավորված և գործնականորեն փորձարկված վիճակագրական մեթոդաբանություն և ստացված արդյունքներ, որոնք օգտակար կլինեն օբյեկտիվորեն մեկնաբանելու նման վարքի առաջացման դրդապատճառները, նպաստող պայմանները, մեխանիզմները:

**Հանգուցային բառեր.** դեստրուկտիվ վարք, հետերոդեստրուկցիաներ, աուտոդեստրուկցիաներ, ինքնաքայքայիչ վարքի դրդապատճառներ, ինքնասպանությունների վիճակագրություն:

## СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ САМОУБИЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ В 1999-2015 г.г.

**К.Е. Варданян**

**Армянский государственный педагогический университет имени Хачатура Абовяна  
Ереван, Армения**

Данное научное исследование посвящено проведенному в 1999-2015 годах статистическому анализу саморазрушительного поведения - суицида, широко распространённого в обществе. Со стороны автора представлены теоретически обоснованные и практически проверенные статистическая методология и результаты, которые дадут возможность объективно разъяснить причины возникновения такого поведения, содействующие условия и механизмы.

**Ключевые слова:** саморазрушительное поведение, гетеродеструкции, аутодеструкции, мотивы саморазрушительного поведения, статистика самоубийств.

## STATISTICAL ANALYSIS OF SUICIDE IN ARMENIA DURING 1999-2015

**K.E. Vardanyan**

**Armenian State Pedagogical University after Khachatur Abovyan  
Yerevan, Armenia**

The current research is devoted to the analysis of self – destructive behavior suicide which is widely spread in our society. The research was conducted between years 1999-2015. The data analysis is based on practically tested statistical methodology. The presented data would be helpful for analysis of the reasons of this kind of behavior predisposing conditions and mechanisms.

**Keywords:** destructive behavior, self-destruction, reasons for self-destruction, suicide statistics, suicide, Armenia.

Նախորդ մենագրության և գիտական հոդվածների մեջ մեր կողմից քննարկվել է սուիցիդի հոգեբանական պատճառականության հիմնահարցը, սույն հետազոտությունը նպատակ ունի վիճակագրական վերլուծության հիման վրա լրացնելու և, ինչու չէ, նաև հաստատելու մեր կողմից առաջ քաշված որոշ դրույթներ: Այդ է պատճառը, որ հարցի ուսումնասիրումը մենք կատարել ենք 1999թ.-ից մինչև 2015թ. ընկած ժամանակահատվածում, ՀՀ-ում տեղի ունեցած ինքնասպանությունների թվաքանակի մեկնաբանման հիման վրա, քանի որ այն հանդիսանում է հետազոտության համար յուրահատուկ և կիրառելի պոպուլյացիա: Այս հատվածում ցանկացել ենք ինքնասպանության հիմնահարցը մեկնաբանել նույնպես սոցիալական ախտաբանության տեսանկյունից, որպես անձի վրա բազմաթիվ դեստրուկտիվ գործոնների ազդեցության արդյունք: Նմանատիպ հետազոտություն մեր կողմից կատարվել է նաև նախկին ԽՍՀՄ-ի կազմի մեջ մտնող հանրապետություններում առկա ինքնասպանությունների դեպքերի հիման վրա [1,2]:

**Ինքնասպանության ցուցանիշը երկրում համարվում է ցածր, երբ յուրաքանչյուր 100000 բնակչին բաժին է ընկնում 10 ավարտված սուիցիդ, միջին, երբ՝ 10-20, իսկ եթե այդ ցուցանիշը գերազանցում է 20-ը, ապա ինքնասպանության մակարդակը համարվում է բարձր [3, էջ 6]:**

2000-2005թթ. ՀՀ-ում արձանագրվել է 2396 ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձի դեպք: Նշված դեպքերից ամենաշատը ինքնասպանության են դիմել Շիրակի մարզում՝ 306, Արարատի մարզում՝ 200, 185՝ Լոռու մարզում: 31%-ը (745-ը) եղել են կանայք, 69%-ը (1653)՝ տղամարդիկ, 110-ը եղել են անչափահասներ: Ըստ վիճակագրության, ինքնասպաններից 115-ը (60,8%-ը) կախվել է, 13-ը՝ բարձրությունից

նետվել: 32,8%-ը աշխատանք չի ունեցել, 34,9%-ը (66-ը) եղել է սովորող, 1%-ը՝ թոշակառու:

**1999թ.** ընթացքում ՀՀ-ում արձանագրվել է 478 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձեր (231 ինքնասպանություն և 247 ինքնասպանության փորձ): Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձ են կատարել 175 կին և 303 տղամարդ: Հատկանշական է, որ կատարված ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի 40,1%-ը կամ 194-ը տեղի են ունեցել Երևան քաղաքում, 79-ը՝ Շիրակի, 57-ը՝ Լոռու, 35-ը՝ Արարատի, 21-ը՝ Գեղարքունիքի, 25-ը՝ Արմավիրի, 17-ը՝ Կոտայքի, 17-ը՝ Տավուշի, 15-ը՝ Սյունիքի, 12-ը՝ Արագածոտնի, 6-ը՝ Վայոց Ձորի մարզերում:

Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ արձանագրված դեպքերից 316-ը կամ 66,1%-ը կատարվել են տան պայմաններում, իսկ 162-ը այլ վայրերում՝ հողամասում, անասնագոմում, նկուղում, ավտոտնակում և բնության մեջ:

Ինքնասպանություն գործելու ամենատարածված եղանակը կախվելն է՝ 182 դեպք: Ինքնասպանություն գործելիս սառը զենք են օգտագործել 119 անձինք, թունավորվել են տարբեր դեղամիջոցներով՝ 32-ը, թունաքիմիկատներով՝ 70-ը, տարբեր վայրերից ցած են նետվել՝ 64-ը, հրազենի օգտագործմամբ՝ 7-ը, իսկ ինքնահրկիզմամբ՝ 4-ը:

Տարվա ամիսների ընթացքում դեպքերի քանակը բաշխվել է գրեթե հավասարաչափ, միայն մարտ, հունիս և օգոստոս ամիսներին նկատվել է դեպքերի քանակի որոշակի աճ: Դեպքերի գերակշռող մասը կատարվել է ցերեկային ժամերին (մինչև ժամը 20.00)՝ 354 դեպք, իսկ գիշերային և ուշ ժամերին՝ 124-ը:

Պարզվել է, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 398-ը կամ 83,3%-ը եղել են չաշխատողներ, 59-ը թոշակառու, 14-ը աշխատել են, 6-ը սովորել, իսկ 1-ը եղել է ԶՈՒ-ի ծառայող:



Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 55-ը եղել են հոգեկան հիվանդներ և սոմատիկ հիվանդությամբ տառապողներ:

Ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ են կատարել մինչև 14 տարեկան 1 անձ, 14-17 տարեկան՝ 8 անձ, 18-25 տարեկան՝ 58 անձ, 26-35 տարեկան՝ 112, 36-50 տարեկան՝ 135, 51-65 տարեկան՝ 88, 66-75 տարեկան՝ 54, 76-ից բարձր տարիքի՝ 22 անձինք:

**2000թ.** ընթացքում ՀՀ-ում արձանագրվել է 419 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ (206 ինքնասպանություն և 213 ինքնասպանության փորձ): Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձ է կատարել 116 կին և 303 տղամարդ: Հատկանշական է, որ կատարված ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի 45,1%-ը կամ 189-ը տեղի են ունեցել Երևան քաղաքում, 54-ը՝ Շիրակի, 33-ը՝ Լոռու, 22-ը՝ Արմավիրի, 14-ը՝ Գեղարքունիքի, 23-ը՝ Կոտայքի, 11-ը՝ Տավուշի, 20-ը՝ Սյունիքի, 45-ը՝ Արագածոտնի, 8-ը՝ Վայոց Ձորի մարզերում:

Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ արձանագրված դեպքերից 283-ը կամ 67,5%-ը կատարվել են տան պայմաններում, իսկ 136-ը այլ վայրերում՝ հողամասում, անասնագոմերում, նկուղներում, ավտոտնակներում և բնության մեջ: Ինքնասպանություն գործելու ամենատարածված եղանակը կախվելն է՝ 132 դեպք: Ինքնասպանություն գործելիս սառը զենք են օգտագործել 113 անձինք, թունավորվել են տարբեր դեղամիջոցներով՝ 21-ը, թունաքիմիկատներով՝ 73-ը, տարբեր վայրերից ցած են նետվել՝ 73-ը, հրազենի օգտագործմամբ՝ 5-ը, իսկ ինքնահրկիզմամբ՝ 2-ը:

Տարվա ամիսների ընթացքում դեպքերի քանակը բաշխվել է գրեթե հավասարաչափ, միայն օգոստոս, հոկտեմբեր և նոյեմբեր ամիսներին նկատվել է դեպքերի քանակի որոշակի աճ:

Դեպքերի գերակշռող մասը կատարվել է ցերեկային ժամերի (մինչև ժամը 20.00)՝ 316 դեպք, իսկ գիշերային և ուշ ժամերին՝ 103-ը:

Պարզվել է, որ ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 340-ը կամ 81,1%-ը եղել են չաշխատողներ, 61-ը թոշակառու, 9-ը աշխատել են, իսկ 4-ը եղել են ՁՈՒ-ի ծառայող:

Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 34-ը եղել են հոգեկան հիվանդներ և սոմատիկ հիվանդությամբ տառապողներ:

Ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել մինչև 14 տարեկան 5 անձ, 14-17 տարեկան՝ 14 անձ, 18-25 տարեկան՝ 57 անձ, 26-35 տարեկան՝ 89, 36-50 տարեկան՝ 121, 51-65 տարեկան՝ 73, 66-75 տարեկան՝ 38, 76-ից բարձր տարիքի՝ 22 անձ:

**2001թ.** ընթացքում ՀՀ-ում արձանագրվել է 445 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ (204 ինքնասպանություն և 241 ինքնասպանության փորձ): Դեպքերի քանակը ավելացել է 33-ով կամ 9,3%-ով:

Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել 148 կին և 297 տղամարդ: Հատկանշական է, որ կատարված ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի 45%-ը կամ 204-ը տեղի են ունեցել Երևան քաղաքում: Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ արձանագրված դեպքերից 281-ը կատարվել են տան պայմաններում, իսկ 164-ը այլ վայրերում՝ հողամասում, անասնագոմերում, նկուղներում, ավտոտնակներում և բնության մեջ: Ինքնասպանություն գործելու ամենատարածված եղանակը կախվելն է՝ 148 դեպք, այնուհետև տարբեր դեղամիջոցներով և թունաքիմիկատներով թունավորումը՝ 87 դեպք, 66-ը տարբեր վայրերից ցած նետվելու տարբերակը, իսկ 144-ը օգտվել են սառը

զենքից, հրազենից, սուր կտրող գործիքից և ինքնահրկիզումից:

Տարվա ամիսների ընթացքում դեպքերի քանակը բաշխվել է գրեթե հավասարաչափ, միայն հունվար և փետրվար ամիսներին նկատվել է դեպքերի քանակի որոշակի աճ: Դեպքերի գերակշռող մասը կատարվել են ցերեկային ժամերի (մինչև ժամը 20.00):

Պարզվել է, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 417-ը կամ 96%-ը եղել են չաշխատողներ, 16 սովորող, 9-ը աշխատել են, իսկ 3-ը եղել են ՋՈՒ-ի ծառայող:

Ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել մինչև 18 տարեկան 27 անձ, 18-30 տարեկան 109 անձ, 30-35 տարեկան՝ 162 անձ և 50-ից բարձր տարիքի՝ 147 անձինք:

**2002թ.** ընթացքում ՀՀ-ում արձանագրվել է 473 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ (226 ինքնասպանություն և 247 ինքնասպանության փորձ): Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձ է կատարել 149 կին և 319 տղամարդ: Դեպքերի քանակը ավելացել է 28 -ով կամ 5,9%-ով:

Հատկանշական է, որ կատարված ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձերի 42,4%-ը կամ 201-ը տեղի են ունեցել Երևան քաղաքում, 61-ը՝ Գյումրիում, 16-ը՝ Արարատում, 15-ը՝ Վանաձորում, 14-ը՝ Արտաշատում, 12-ը՝ Մասիսում, 9-ը՝ Վաղարշապատում, իսկ մնացած բնակավայրերում դեպքերը բաշխված են գրեթե հավասարաչափ՝ 3-4 դեպք:

Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ արձանագրված դեպքերից 317-ը կամ 67%-ը կատարվել են տան պայմաններում, իսկ 156-ը այլ վայրերում՝ հողամասում, անասնագոմերում, նկուղներում, ավտոտնակներում և բնության մեջ: Ինքնասպանություն գործելու ամենատարածված եղանակը կախվելն է՝ 144 դեպք:

Ինքնասպանություն գործելիս սառը զենք են օգտագործել 129 անձինք, թունավորվել են տարբեր դեղամիջոցներով և թունաքիմիկատներով՝ 86-ը, հրազենի օգտագործմամբ և ինքնահրկիզմամբ՝ 59, տարբեր վայրերից ցած են նետվել՝ 55-ը:

Տարվա ամիսների ընթացքում դեպքերի քանակը բաշխվել է գրեթե հավասարաչափ, միայն հունվար, փետրվար և դեկտեմբեր ամիսներին նկատվել է դեպքերի քանակի որոշակի աճ: Դեպքերի գերակշռող մասը կատարվել է ցերեկային ժամերին (մինչև ժամը 20.00)՝ 340 դեպք:

Պարզվել է, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 440-ը կամ 93%-ը եղել են չաշխատողներ, 13-ը սովորող, 15-ը աշխատել են, իսկ 4-ը եղել են ՋՈՒ-ի ծառայող և 1-ը՝ դատապարտյալ:

Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 69-ը եղել են հոգեկան հիվանդներ և սոմատիկ հիվանդությամբ տառապողներ:

Ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել մինչև 18 տարեկան 27 անձ, 18-30 տարեկան՝ 98 անձ, 30-35 տարեկան՝ 195 անձ, 50-ից բարձր տարիքի՝ 153 անձ: Ինքնասպանության փորձ են կատարել միջին տարիքի՝ այսինքն 30-50 տարեկան, անձինք:

**2003թ.** ընթացքում ՀՀ-ում արձանագրվել է 394 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ (172 ինքնասպանություն և 222 ինքնասպանության փորձ): Դեպքերի քանակը նվազել է 79-ով կամ 16,7%-ով: Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել 107 կին և 287 տղամարդ:

Հատկանշական է, որ կատարված ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի 44,4%-ը կամ 175-ը տեղի են ունեցել Երևան քաղաքում, 32-ը՝ Գյումրիում, 23-ը՝ Վանաձորում, 14-ը՝ Վաղարշապատում, 13-ը՝ Արտաշատում, 10-ը՝ Արարատում, իսկ մնացած բնակավայրերում

դեպքերը բաշխված են գրեթե հավասարաչափ՝ 3-4 դեպք:

Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ արձանագրված դեպքերից 218-ը կամ 55,3%-ը կատարվել են տան պայմաններում, իսկ 176-ը այլ վայրերում՝ հողամասում, անասնագոմերում, նկուղներում, ավտոտնակներում և բնության մեջ: Ինքնասպանություն գործելու ամենատարածված եղանակը կախվելն է՝ 114 դեպք: Ինքնասպանություն գործելիս սառը զենք են օգտագործել 113 անձինք, թունավորվել են տարբեր դեղամիջոցներով և թունաքիմիկատներով՝ 79-ը, տարբեր վայրերից ցած են նետվել՝ 61-ը, հրազենի օգտագործմամբ և ինքնահրկիզմամբ՝ 27-ը:

Տարվա ամիսների ընթացքում դեպքերի քանակը բաշխվել է գրեթե հավասարաչափ, միայն հունիս, հուլիս, օգոստոս և սեպտեմբեր ամիսներին նկատվել է դեպքերի քանակի որոշակի աճ: Դեպքերի գերակշռող մասը կատարվել են ցերեկային ժամերին (մինչև ժամը 20.00)՝ 240 դեպք, իսկ գիշերային և ուշ ժամերին՝ 154-ը:

Պարզվել է, որ ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 335-ը կամ 90,1%-ը եղել են չաշխատողներ, 8-ը՝, 23-ը աշխատել են, 5-ը եղել են դատապարտյալ, իսկ 2-ը՝ օտարերկրյա քաղաքացի:

Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 59-ը եղել է հոգեկան հիվանդներ և սոմատիկ հիվանդությամբ տառապողներ:

Ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ են կատարել մինչև 18 տարեկան 14 անձ, 18-30 տարեկան 83 անձ, 30-50 տարեկան՝ 158 անձ և 50-ից բարձր տարիքի՝ 137 անձ:

**2004թ.** ընթացքում ՀՀ-ում արձանագրվել է 389 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ (165 ինքնասպանություն և 224 ինքնասպանության փորձ): Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել 120 կին և

269 տղամարդ: Հատկանշական է, որ կատարված ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի 43,7%-ը կամ 170-ը տեղի են ունեցել Երևան քաղաքում, 49-ը՝ Շիրակի, 38-ը՝ Լոռու, 27-ը՝ Արմավիրի, 7-ը՝ Գեղարքունիքի, 27-ը՝ Կոտայքի, 13-ը՝ Տավուշի, 15-ը՝ Սյունիքի, 9-ը՝ Արագածոտնի, 4-ը՝ Վայոց Ձորի մարզերում:

Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ արձանագրված դեպքերից 285-ը կամ 73,3%-ը կատարվել են տան պայմաններում, իսկ 104-ը այլ վայրերում՝ հողամասում, անասնագոմերում, նկուղներում, ավտոտնակներում և բնության մեջ: Ինքնասպանություն գործելու ամենատարածված եղանակը կախվելն է՝ 127 դեպք: Ինքնասպանություն գործելիս սառը զենք են օգտագործել 119 անձինք, թունավորվել են տարբեր դեղամիջոցներով և թունաքիմիկատներով՝ 81-ը, տարբեր վայրերից ցած են նետվել՝ 55-ը, հրազենի օգտագործմամբ՝ 5-ը, իսկ ինքնահրկիզմամբ՝ 2-ը:

Տարվա ամիսների ընթացքում դեպքերի քանակը բաշխվել է գրեթե հավասարաչափ, միայն մայիս, հունիս, հուլիս և օգոստոս ամիսներին նկատվել է դեպքերի քանակի որոշակի աճ: Դեպքերի գերակշռող մասը կատարվել են ցերեկային ժամերին (մինչև ժամը 20.00)՝ 291 դեպք, իսկ գիշերային և ուշ ժամերին՝ 98-ը:

Պարզվել է, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 317-ը կամ 81,5%-ը եղել են չաշխատողներ, 22-ը՝ սովորող, 13-ը՝ աշխատել են, 3-ը՝ եղել են ՔԿԿ-ի դատապարտյալներ, իսկ 4-ը՝ ՁՊՎ-ներում պահվողներ:

Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարողներից 55-ը եղել են հոգեկան հիվանդներ և սոմատիկ հիվանդությամբ տառապողներ:

Ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել մինչև 18 տարեկան 18 անձ, 18-30 տարեկան՝ 99 անձ, 30-35 տարեկան՝ 144 անձ,

50-ից բարձր տարիքի՝ 128 անձ:

**2005թ.** ընթացքում ՀՀ-ում արձանագրվել է 399 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ (200 ինքնասպանություն և 199 ինքնասպանության փորձ): Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել 119 կին և 280 տղամարդ: Հատկանշական է, որ կատարված ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի 41%-ը կամ 163-ը տեղի են ունեցել Երևան քաղաքում: Նշված դեպքերից 22-ը կատարվել են Արագածոտնի, 39-ը՝ Արարատի, 18-ը՝ Արմավիրի, 16-ը՝ Գեղարքունիքի, 29-ը՝ Լոռու, 17-ը՝ Կոտայքի, 52-ը՝ Շիրակի, 19-ը՝ Սյունիքի, 6-ը՝ Վայոց Ձորի, 8-ը՝ Տավուշի մարզերի տարածքներում և 10 զինվորականների կողմից:

Ինքնասպանության կամ ինքնասպանության փորձ կատարած անձանցից 275-ը կամ 68,9%-ը իրենց կյանքի դեմ ոտնձգություն են կատարել բնակելի վայրերում, 88-ը կամ 22%-ը բնակելի վայրերից դուրս, 9-ը կամ 2,2%-ը ԲԿՀ-ում կամ ԶՊՎ-ներում: 124-ը կամ 31% ինքնասպանության են դիմել կախվելու, 43-ը կամ 10,8%-ը բարձրությունից նետվելու, 143-

ը կամ 35,8%-ը թունավորվել են տարբեր դեղամիջոցներով և թունաքիմիկատներով, 121-ը կամ 30,3%-ը կյանքից հեռանալու նպատակով օգտագործել են սառը զենք և 11-ը կամ 2,7%-ը՝ հրազեն: Ինքնասպանության դիմած 399 անձանցից մշտական աշխատանք են ունեցել, 223-ը կամ 55,9%-ը աշխատանք չեն ունեցել, 24-ը կամ 6%-ը եղել են սովորողներ, 11-ը կամ 2,8%-ը՝ զինծառայողներ, 88-ը կամ 22%-ը եղել են թոշակառուներ:

Ինքնասպանության դիմած անձանցից 83-ը կամ 20,8%-ը եղել են հոգեկան հիվանդներ:

Ռիսկոմնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել մինչև 18 տարեկան 26 անձ, 18-60 տարեկան 296 անձ, 60-ից բարձր տարիքի՝ 80 անձ:

Հայաստանի Հանրապետությունում 2000-2005 թ.թ. ընթացքում իրենց կյանքի նկատմամբ ինքնասպանության միջոցով ոտնձգություն է կատարել 2396 մարդ, որոնցից 1241-ը կամ 51,8%-ը կյանքն ավարտել են մահով, իսկ 1157-ը կամ 48,3%-ը նպատակին չեն հասել իրենց կամքից անկախ պատճառներով:

**Աղյուսակ 1.**

**Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի ընդհանուր թիվը Հայաստանի Հանրապետությունում ըստ տարիների (լրացուցիչ տվյալներով)**

№	թվականը	ինքնբազ. և ինքնասպ. փորձերի ընդհան. թիվը	ինքնասպ. ընդհան. թիվը	ինքնասպ. փորձերի ընդհան. թիվը	տղամարդ	կին	տղամարդ / կին	հոգեկան հիվանդ ինքնասպ.	առողջ ինքնասպ.
1	1999	478	231	247	303	175	1,73	55	423
2	2000	419	206	213	303	116	2,61	34	385
3	2001	445	204	241	297	148	2,0	41	404
4	2002	473	226	247	319	149	2,14	69	404
5	2003	394	172	222	287	107	2,68	59	335
6	2004	389	165	224	269	120	2,24	55	334
7	2005	399	200	199	280	119	2,35	83	316

**Աղյուսակ 2.**

**Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի ընդհանուր թիվը Երևան քաղաքի տարբեր համայնքներում (ըստ տարիների)**

№	համայնք	2001	2002	2003	2004	2005	M
1	Աջափնյակ Դավթաշեն	21	26	30	27	22	25,0
2	Ավան Նոր -Նորք	20	26	22	19	16	20,6
3	Արաբկիր Քանաքեռ Ջեյթուն	29	36	37	26	29	31,4
4	Էրեբունի Նուբարաշեն	21	13	15	23	20	18,4
5	Կենտրոն Նորք-Մարաշ	24	20	20	27	26	23,4
6	Մալաթիա-Սեբաստիա	29	24	18	23	24	23,6
7	Շենգավիթ	27	25	16	14	26	21,6
8	Ընդամենը	171	170	158	159	163	164,2

**Աղյուսակ 3.**

**Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի ընդհանուր թիվը Հայաստանի Հանրապետության տարբեր մարզերում (ըստ տարիների)**

№	մարզը	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	M
1	Երևան	194	189	171	170	175	170	163	176
2	Շիրակ	79	54	40	74	46	49	52	56
3	Լոռի	57	33	27	29	36	38	29	35,6
4	Արարատ	35	0	26	40	31	30	39	33,5
5	Գեղարքունիք	21	14	10	19	7	7	16	13,4
6	Արմավիր	25	22	26	18	24	27	18	22,85
7	Կոտայք	17	23	40	23	31	27	17	25,4
8	Տավուշ	17	11	11	12	11	13	8	11,85
9	Սյունիք	15	20	25	18	15	15	19	18
10	Արագածոտն	12	45	13	13	9	9	22	17,6
11	Վայոց ձոր	6	8	3	4	5	4	6	5,1

**Աղյուսակ 4.**

**Հայաստանի Հանրապետության տարբեր մարզերում  
(100.000 բնակչին ընկնող ցուցանիշով)**

մարզերը	Երևան	Շիրակ	Լոռի	Արարատ	Գեղարքունիք	Արմավիր	Կոտայք	Տավուշ	Սյունիք	Արագածոտն	Վայոց ձոր
ցուցանիշները	15,97	9,82	12,49	12,31	5,63	8,25	9,32	8,82	11,78	12,7	5,1

**Աղյուսակ 5.**

**Յուրաքանչյուր օրվա ընթացքում ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի ընդհանուր թիվը Հայաստանի Հանրապետությունում**

թվականը	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
թվաքանակը	1,3	1,14	1,21	1,2	1,07	1,06	1,09

Սովորաբար պաշտոնական վիճակագրության մեջ ընդգրկվում են միայն սուիցիդի վառ դեպքերը, այդ է պատճառը, որ իրական ցուցանիշը գերազանցում է այդ պաշտոնական ցուցանիշը: Դատական փորձագետների կարծիքով, այսպես կոչված, դժբախտ պատահարներից առաջացած մահվան դեպքերը դեղանյութերի գերդոզավորում, ավտոցիդներ, բարձր վայրերից ընկնելը, նույնպես

պետք է դասվեն սուիցիդների խմբին:

Առողջապահության Համաշխարհային կազմակերպության տվյալներով ավարտված սուիցիդների քանակը տղամարդկանց մոտ միջին հաշվով 4 անգամ ավելի է, քան կանանց մոտ, չնայած այս ցուցանիշը տարբեր երկրներում կարող է տարբեր տատանումներ ունենալ:

**Աղյուսակ 6.**

**Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի տարիքային բնութագիրը**

№	թվականը	մինչև 18տ.	18-30տ.	30-50տ.	50-ից բարձր
1	1999	9	58	247	164
2	2000	19	57	210	133
3	2001	27	109	160	147
4	2002	27	98	195	153
5	2003	14	83	153	137
6	2004	18	99	144	128
7	2005	19	27	103	65
8	միջինը	19	76	173	132

**Աղյուսակ 7.**

**Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ կատարած անձանց զբաղվածությունը բնութագիրը**

№	թվականը	աշխատող	գործազուրկ	սովորող	զինծառայող	թոշակառու
1	2000	40	236	21	7	92
2	2001	30	250	26	10	86
3	2002	58	232	25	15	104
4	2003	41	253	14	4	65
5	2004	44	225	25	13	80
6	2005	66	223	24	11	88
7	միջինը	46,5	236,5	135	10	86

**Աղյուսակ 8.**

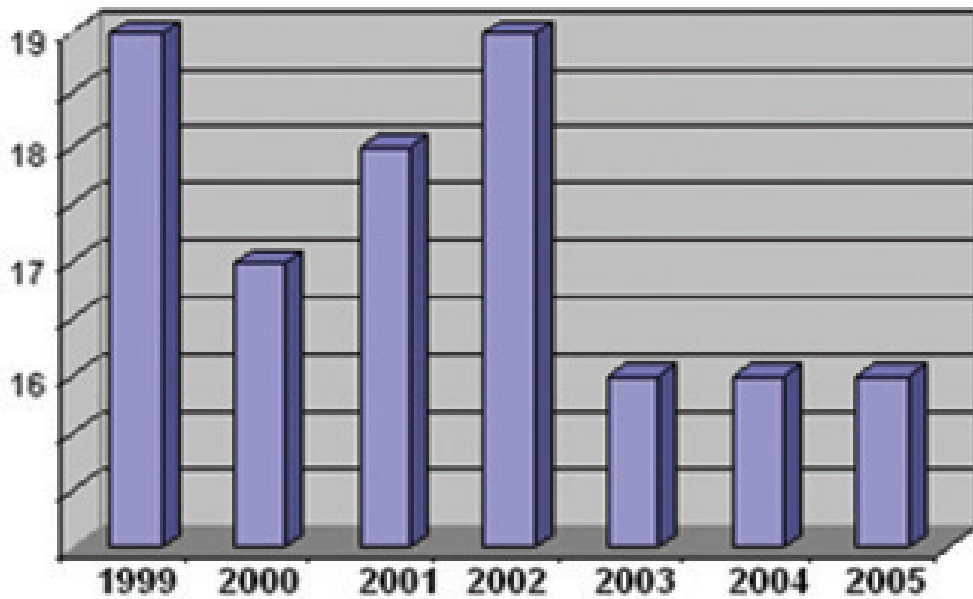
**Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձերի իրականացման ձևերը**

№	թվականը	կախվելով	բարձրունքից ցած նետվելով	դեղամիջոցի կիրառմամբ	սառը զենքի կիրառմամբ	հրազենի միջոցով
1	2000	111	77	99	98	11
2	2001	159	53	88	91	11
3	2002	152	53	100	110	18
4	2003	126	54	78	107	11
5	2004	149	58	67	98	13
6	2005	124	43	143	121	11
7	ընդամենը	821	338	575	625	75
8	միջինը	137	56	96	104	13



**Ինքնասպանության վիճակը Հայաստանի Հանրապետության տարբեր մարզերում (100.000 բնակչին ընկնող ցուցանիշով)**

**100.000 բնակչին ընկնող ինքնասպանների թիվն ըստ տարիների**



Հայաստանում 2009թ-ի համեմատ 2011թ-ին ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի թիվը 149-ով ավելացել է: Եթե 2009թ-ին ՀՀ-ում ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձի է դիմել 498 մարդ, իսկ 2011թ-ին նրանց թիվը 647 է: Ավելին՝ ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձի դիմած քաղաքացիների գերակշռող մասը արական սեռի ներկայացուցիչներն են: Այս մասին տեղեկացնում է Ազգային վիճակագրական ծառայությունը:

Հայաստանում արձանագրված ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի դեպքերը հետևյալ վիճակագրական պատկերն ունի.

- 2009թ. Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ – 498, որից 163-ը իգական սեռի ներկայացուցիչներ են.
  - 498-ից ինքնասպանություն են գործել 197 մարդ
  - մինչև 17 տարեկան՝ 12
  - 18-29 տարեկան՝ 38
  - 30-65 տարեկան՝ 100

- 65 և ավելի՝ 47:
- 2009՝ ինքնասպանության փորձ, 301, որից 120-ը իգական սեռի ներկայացուցիչներ են.
  - մինչև 17 տարեկան՝ 19
  - 18-29 տարեկան՝ 103
  - 30-65 տարեկան՝ 148
  - 65 և ավելի՝ 31
- 2011թ. Ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ է կատարել 647 մարդ, որից 242-ը իգական սեռի ներկայացուցիչներ են.
  - 647 անձանցից ինքնասպանություն են գործել 195-ը
    - մինչև 17 տարեկան՝ 9
    - 18-29 տարեկան՝ 33
    - 30-65 տարեկան՝ 108
    - 65 և ավելի՝ 45
- Ինքնասպանության փորձ է կատարել 452 անձ
  - մինչև 17 տարեկան՝ 26
  - 18-29 տարեկան՝ 162
  - 30-65 տարեկան՝ 214
  - 65 և ավելի՝ 50:



Պարզվում է, որ ըստ սոցիալական կարգավիճակի և զբաղվածության, ինքնասպանության ու ինքնասպանության փորձերի դեպքերի 56,7% արձանագրվել է գործազուրկների ու 16,5%՝ թոշակառուների խմբերում: Ինքնասպանության ու ինքնասպանության փորձերի դեպքերի 27,7% կատարվել է սուր-կտրոդ, ծակող կամ այլ գործիքով, 24,6%՝ դեղամիջոցների կամ այլ նյութի օգտագործման, 21,8%՝ կախվելու, 16,5%՝ բարձրությունից նետվելու և 9,4%՝ այլ եղանակներով: Ինքնասպանության դեպքերի գերակշիռ մեծամասնությունը՝ շուրջ 60% կատարվել է կախվելու, 20%՝ բարձրությունից նետվելու եղանակով: Հարկ է նկատել, որ ըստ հոգեբանների, ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձի արական սեռի ներկայացուցիչները ավելի շատ են դիմում, քան կանայք, որովհետև կանանց կամային հասկանիչներն ու ստեղծված իրավիճակից դուրս գալու ճարակությունը ավելի մեծ է: 2011 թ. ՀՀ Քրեական օրենսգրքի 110 հոդվածով (ինքնասպանության հասցնելը) հարուցվել է 22 քրեական գործ: Այդ հոդվածով 2010 թ. հարուցվել էր 21 քրեական գործ:

Ըստ ՀՀ կառավարությանն առընթեր ՀՀ ոստիկանության ինֆորմացիոն կենտրոնի տրամադրած տվյալների, 2010թ. հունվար-դեկտեմբերին հանրապետությունում արձանագրվել են 592 ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի դեպքեր՝ 2009թ. համեմատ աճելով 18,9%-ով: Դեպքերի տարիքային կառուցվածքում գերակշռել են 30-65

(48,9%) և 65 ու բարձր (28%) տարիքի անձիք: Ինքնասպանության ու ինքնասպանության փորձերի 57,3%-ն արձանագրվել է գործազուրկների և 17,7%-ը թոշակառուների խմբերում:

Բանակում կատարված ինքնասպանությունները ըստ տարիների ունեն հետևյալ տեսքը՝ 2009 թվականին՝ 10, 2010 թվականին՝ 6, որից 4-ը իրականացրել են շարքայիներ, 1-ը՝ պայմանագրային, իսկ 1-ը՝ սպա: Ինքնասպանությունների թիվը Հայաստանում նախորդ երկու տարիների համեմատ կրճատվել է 13,3%՝ կազմելով 195 դեպք: Այս փաստը հաստատում են Հայաստանի Ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալները, համաձայն որոնց 2011 թվականին Հայաստանում արձանագրվել է ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձի 647 դեպք, ինչը 9,3% գերազանցում է 2010 թվականի ցուցանիշը: Ինքնասպանություն կատարածների թվում գերակշռում են 30-65 տարեկան մարդիկ (55,4%), ընդ որում, հիմնականում՝ տղամարդիկ: Դրանց գերակշիռ մասը կենսաթոշակային տարիքի մարդիկ են և գործազուրկներ: Օրինակ, 65 և ավելի տարեկանում ինքնասպանություն կատարածների թիվը կազմում է 23,1%: 30-65 տարեկանների միայն 47,3%-ն է գնում նման ծայրահեղ քայլի, իսկ 18-29 տարեկանների՝ 35,8%-ը:

ԱՎԾ տվյալներով՝ 2009թ. ինքնասպանություն կամ ինքնասպանության փորձ է կատարել 498, 2010-ին՝ 592, 2011-ին՝ 647, 2012թ՝ 740 հոգի [5]:

**Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի թիվը Հայաստանի Հանրապետությունում**

2009թ.	2010թ.	2011թ.	2012թ.
498	592	647	740

**Ինքնասպանության թիվը Հայաստանի Հանրապետությունում**

2009թ.	2010թ.	2011թ.	2012թ.	2013թ.
197	225	195	214	214

Ներկայումս ՀՀ-ում 1 օրում իրականացվում է 2 ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ: Միջին տվյալներով յուրաքանչյուր 3 օրում արձանագրվում է 2 ինքնասպանություն: 2012թ. հոկտեմբերին կայացած մարդահամարի տվյալներով ՀՀ-ում ապրում է 2,8 միլիոն մարդ: Ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի թիվը 2012թ.-ին ՀՀ-ում 100.000 բնակչի հաշվարկով կազմել է 26,42: Ինքնասպանության թիվը 2012 թ.-ին ՀՀ-ում 100.000 բնակչի հաշվարկով կազմել է 7,64 [2]:

Հայաստանում 2015 թ. հունվար-հունիսին արձանագրվել է ինքնասպանության և ինքնասպանության փորձերի 397 դեպք: Նախորդ տարվա նույն ժամանակաշրջանի համեմատ արձանագրվել է դեպքերի աճ 74-ով (23%-ով): Ընդ որում, ինքնասպանություն և ինքնասպանության փորձ են կատարում հիմնականում 30-ից 65 տարեկան տղամարդիկ (ինքնասպանությունների ընդհանուր թվի 40%): Ավելին՝ ինքնասպանություն կատարողների շուրջ 50 և ինքնասպանության փորձ կատարողների շուրջ 65%-ը գործազուրկ են, ինչը ևս գալիս է ապացուցելու, որ հաճախ անձինք դիմում են ինքնասպանության՝ ծանր սոցիալական վիճակից դրդված [4]: Ինքնասպանությունների թիվը տարեց տարի աճում է: Եթե 2009 թվականին ինքնասպանության 498 դեպք է գրանցվել, ապա 2015 թվականին այն կազմել է 722:

Ի դեպ, ուսումնասիրությունից պարզվեց, որ պետության մեջ ինքնասպանությունների ցուցանիշներով կարելի է պատկերացում կազմել տվյալ երկրի սոցիալական ախտահարման և հասարակության մեջ լարվածության մասին, առավել ևս, պատերազմական պայմաններում գտնվելու դեպքում, պետք է ձեռնպահ մնալ սուիցիդալ ցուցանիշների հրապարակայնությունից: Բացի այդ, նմանատիպ տեղեկատվությունը անձի վրա ունի դեստրուկտիվ ազդեցություն: Ինքնասպանությունների վիճակագրական վերլուծությունը հնարավորություն կտա

օբյեկտիվորեն մեկնաբանելու նման վարքի առաջացման դրդապատճառները, նպաստող պայմանները, մեխանիզմները:

Այսպիսով, ինքնասպանության միջոցով մարդկությունը կարծես թե փորձում է «ակնթարթորեն լուծել կյանքի հավերժական հիմնախնդիրները»:

### Գրականություն

1. Վարդանյան Կ.Ե., Անձի հոգեբանական առանձնահատկությունների դերը սուիցիդալ վարքի պատճառականության շրջայում (ինքնասպանի հոգեբանական նկարագիրը), «Դավիթ թագավոր» տպարան, Երևան 2008, 358 էջ:

2. Վարդանյան Կ.Ե., Ինքնասպանության վիճակագրական մեկնաբանումը, ԵՊՀ կիրառական հոգեբանության արդի հիմնախնդիրները միջրուսական գիտական հոդվածների ժողովածու, Երևան 2007, էջ 133-141:

3. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – Диалект, 2004.

4. [http://www.aravot.am/2015/08/25/602477/?utm\\_source=dlvr.it&utm\\_medium=facebook](http://www.aravot.am/2015/08/25/602477/?utm_source=dlvr.it&utm_medium=facebook)

5. Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք / տարբեր տարիներ/:

**Տեղեկություններ հեղինակի մասին՝**  
**Վարդանյան Կամո Երեմի,**  
հոգ. գիտ. դոկտոր, դոցենտ  
**Խ.Աբովյանի անվան հայկական**  
**պետական մանկավարժական**  
**համալսարան**  
Գիտահետազոտական կենտրոնի տնօրեն  
Հասցե՝ Տիգրան Մեծի, 17, Երևան  
Հեռ. +374-10-59 70 79  
Բջջ. +374-91-56-13-06  
E-mail: kamo.vardanyan@mail.ru

**Ստացվել է 23.06.2016**

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ СПИТАКСКОГО ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ 1988 ГОДА: СТАТИКА И ДИНАМИКА. Часть 2

**С.Г. Сукиасян**

**Отделение реабилитации психического здоровья «Стресс» медицинского реабилитационного центра «Артмед»**

**Кафедра психического здоровья и психиатрии армянского медицинского института  
Армянский государственный педагогический университет имени Хачатура Абовяна  
Ереван, Армения**

Вторая часть исследования посвящена изучению психопатологических расстройств у пострадавших при Спитакском землетрясении, госпитализированных в общесоматическую больницу. Психические расстройства в виде затяжных реактивных состояний, реактивно спровоцированных неврозоподобных расстройств на почве органического поражения головного мозга и эндогенной депрессии были выявлены у 70% обследованных. Клинически состояние пациентов определялось астеническими, депрессивно-ипохондрическими и истероформными расстройствами. Независимо от нозологической принадлежности и синдромологической формы расстройства проявлялись тремя взаимосвязанными и взаимозависимыми уровнями - ощущений (соматические симптомы, сенестопатии, вегетативные расстройства), аффекта (депрессия) и идеаторных проявлений (ипохондрия). Их сочетание придает соматоформный характер затяжным реактивным состояниям, выявленным у пострадавших от землетрясения. Выделены патогенетически значимые факторы формирования психопатологических синдромов. Показана необходимость создания звена психиатрической и медико-психологической помощи в системе общемедицинских мероприятий, основные задачи которого заключаются в купировании острых психотических реакций, сортировке лиц с психическими расстройствами, организации поэтапного лечения, медико-психологической поддержке населения пострадавших районов. Проведен анализ последующего периода развития общества, названного периодом экстремальности.

**Ключевые слова:** землетрясение, спитакское землетрясение, медицина катастроф, посттравматическое стрессовое расстройство, реактивное расстройство, экстремальность.

### 1988թ. ՄՊԻՏԱԿԻ ԵՐԿՐԱՇԱՐԺԻ ՀՈԳԵԱԽՏԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ. ՄՏԱՏԻԿԱ ԵՎ ԴԻՆԱՄԻԿԱ: ՄԱՍ 2

**Ս.Տ. Սուքիասյան**

**«ԱՐՏՄԵԴ» բժշկական վերականգնողական կենտրոնի «Սթրես» հոգեկան առողջության վերականգնողական բաժանմունք**

**Հայկական բժշկական ինստիտուտի հոգեկան առողջության և հոգեբուժության ամբիոն**

**Խաչատուր Արթվյանի անվան հայկական պետական մանկավարժական համալսարան  
Երևան, Հայաստան**

Ուսումնասիրության երկրորդ մասը նվիրված է Սպիտակի երկրաշարժից տուժածների

հետազոտությանը, որոնք դիմել էին ընդհանուր տիպի հիվանդանոց: Այդ հիվանդների 70%-ի մոտ հայտնաբերվել էին հոգեկան խանգարումներ՝ ձգձգվող ռեակտիվ վիճակների, ռեակտիվ խթանված ներդանման խանգարումների և էնդոգեն դեպրեսիաների ձևով: Կլինիկական պատկերները հիմնականում դրսևորվում էին ասթենիկ, դեպրեսիվ-հիպոխոնդրիկ և հիսթերոֆորմ խանգարումներով: Անկախ նոզոլոգիական պատկանելիությունից և համախտանիշային ձևավորումից այդ խանգարումները արտահայտվում էին երեք փոխկապակցված և փոխապայմանավորված բաղադրամասերից՝ զգացողություններ, աֆեկտ և հիպոխոնդրիկ դրսևորումներ: Սրանց համակցությունները խանգարումներին տալիս են սոմատոֆորմ բնույթ: Առանձնացվել են պաթոգենետիկ առումով նշանակալից գործոնները: Ցույց է տված հոգեբուժական և բժշկա-հոգեբանական օգնության օղակի ստեղծման անհրաժեշտությունը: Կատարված է նաև հետադետալիս հասարակության զարգացման վերլուծություն:

**Հանգուցային բառեր.** երկրաշարժ, սպիտակի երկրաշարժ, աղետների բժշկություն, հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում, ռեակտիվ խանգարում, էքստրեմալություն:

## THE PSYCHOPATHOLOGY OF SPITAK EARTHQUAKE 1988: STATICS AND DYNAMICS. PART 2

**S.G. Sukiasyan**

**Mental Health Rehabilitation Department "Stress" of Medical Rehabilitation Center "Artmed"**

**The Department of Mental Health and Psychiatry of the Armenian Medical Institute**

**Armenian State Pedagogical University after Khachatur Abovyan**

**Yerevan, Armenia**

The second part of the research devoted to the study of psychopathological disorders in victims of the Spitak earthquake, hospitalized in general hospitals. Mental disorders as protracted reactive states, reactively provoked neurosis-like disorders on the basis of organic brain damage and endogenous depression were found in 70% of patients. Patient's clinical status was determined as asthenia, depressive-hypochondriac and hysterophorm disorders. Regardless of nosology and syndromological form, disorders manifested by three interrelated and interdependent levels: perceptive (somatic symptoms, cenesthopathy, vegetative disorders), affective (depression) and ideator symptoms (hypochondria). Their combination gives somatoform nature to the protracted reactive conditions, identified in victims of the earthquake. The pathogenetically significant factors in forming of psychopathological syndromes were selected. The necessity of creating psychiatric care and psychological assistance integrated to the general health care - system is proved. The main task of these services would be the relief of acute psychotic reactions, referral of persons with mental disorders, organization of the stages of treatment, psychological support to the affected population. The analysis of the follow-up period of the society, called a period of extremity was performed.

**Keywords:** earthquake, Spitak earthquake, disaster medicine, post-traumatic stress disorder, reactive disorder, extremity.

### **Затяжные реактивные состояния в общесоматической больнице клинико-психопатологические аспекты.**

Значительная часть пострадавшего населения зоны землетрясения, нуждающаяся в специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи, в силу ряда причин (отсутствие возможности получения специализированной квалифицированной помощи, особенности формирования клинических расстройств, преобладание соматических проявлений болезни, сложившаяся после землетрясения семейные, бытовые обстоятельства) обращалась за помощью не к психиатрам, а к врачам общего профиля. Или же они полностью выпадали из поля зрения медиков – интернистов и специалистов сферы психического здоровья. Возникает естественный вопрос: почему многие пациенты с психическими расстройствами, возникшими после землетрясения, не обращались в специализированные психиатрические учреждения или психологам, а чаще выявлялись нами в различных отделениях многопрофильной больницы, развернутой в июне 1989 года на территории ленинканского городского стадиона.

Наше исследование, результаты которого были опубликованы в Журнале неврологии и психиатрии [79], было предпринято спустя полгода после землетрясения, в июне 1989 года. Было проведено невыборочное обследование больных в неврологическом, гастроэнтерологическом и эндокринологическом отделениях указанной больницы. Признаки психических расстройств невротического и аффективного уровней были выявлены у 28 из 40 обследованных пациентов (70%). В клинико-нозологическом аспекте пациенты были подразде-

лены на три группы: затяжные реактивные состояния, реактивно спровоцированные неврозоподобные расстройства на почве органического поражения головного мозга (церебральный атеросклероз, сахарный диабет, черепно-мозговая травма и др.), эндогенная циклотимическая депрессия. У 18 (64,5%) больных были выявлены различные соматические и неврологические заболевания (сахарный диабет, генерализованный атеросклероз, гастрит, колит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, остеохондроз, полиартрит и др.), которые и явились непосредственным поводом для госпитализации данного контингента больных в общесоматическую больницу.

Ретроспективный анализ клинической картины психических расстройств и оценка их динамики с учетом острого и подострого этапов течения реактивных состояний показал, что многообразии клинических форм реагирования в остром периоде ограничивается всего лишь тремя формами клинических проявлений: *астеническими, депрессивно-ипохондрическими и истероформными конверсионными расстройствами.*

Так называемые «чистые» формы астенических расстройств отмечались редко. В большинстве случаев на фоне раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, колебаний самочувствия, слабости внимания, нарушений сна, головных болей и головокружений наблюдались депрессивное настроение с внутренним беспокойством, напряженностью, тревогой, заторможенностью, неопределенными страхами и обрывами мыслей. У многих пациентов часто возникали пароксизмальные вегетативно-сосудистые состояния смешанного ха-

рактера (тахикардия, лабильность пульса и артериального давления, потливость, озноб и дрожь, онемение и похолодание конечностей, приливы тепла и жара, пульсация в различных частях тела), отмечались эпизодические, нестабильные сенестопатические расстройства гетерономного и гомономного характера (по J. Glatzel [2]); первые в виде «переливания мозга», «ощущений легкости» в голове, прохождения электрического тока от конечностей к голове, вторые, – в форме мучительных неприятных болезненных телесных ощущений (жар, сдавление, покалывание и т.д.). На фоне астенических симптомов наблюдались также истероформные (конверсионные) расстройства по типу выпадения чувствительности на конечностях, нарушением функции кишечника, возникновением ощущения «комка» в горле, а также некоторым нарочито демонстративным характером поведения больных в момент исследования. У подавляющего большинства больных с астеническими расстройствами (18 набл., 90%) имели место различные соматоневрологические заболевания, которые декомпенсировались после землетрясения.

Вторую группу расстройств составили депрессии, в рамках которых выявлялись психосенсорные, соматоформные расстройства, сверхценными и бредоподобными образованиями. Собственно депрессивные расстройства проявлялись неглубоким снижением настроения, невыраженной психомоторной заторможенностью, напряженностью и сочетались с различными яркими неприятными и мучительными, тягостными ощущениями от обычных покалываний, жжения, ощущения жара, холода до необычных, вычурных, порой нелепых ощущение,

приближающихся к галлюцинациям общего чувства: «натяжения целлофановой пленки по всему телу», «одеревенения мышц», «передвижения червей в мышцах», чувства, что «кто-то тянет за волосы». В динамике заболевания по мере усложнения болезни развивались страхи и опасения мнимого заболевания сердца, мозга, страх заболеть раком, сойти с ума. Больные были склонны к интерпретациям имеющихся ощущений и страхов. Именно этим объясняется их обращение к врачам-интернистам. Такие состояния известны в литературе как «ипохондрическая настроенность» [19]. Подобные сочетания психопатологических расстройств придавали соматизированный характер страданию больных, что приводило их к госпитализации в общесоматическую больницу, поскольку и больные, и врачи были уверены в наличии расстройства соматического характера. Следует отметить, что у всех больных этой группы психопатологические симптомы развивались на практически здоровой соматической почве.

Наконец, конверсионные расстройства чувствительной и двигательной сферы [47] проявлялись соматическими симптомами, которые описываются в рамках различных нозологий [4, 6] и относятся к числу соматоформных [5]. Как считает А.Б. Смулевич [39], в этих случаях происходит трансформация психологических конфликтов и некоторых психических нарушений в соматоневрологические проявления. Конверсионные соматические нарушения характеризовались необычностью, причудливостью, ситуативным характером возникновения, гротескностью и проявлялись гиперкинезами, тиками, нарушением чувствительности, снижением или отсутствием зрения, рас-

стройствами равновесия, преходящими болевыми ощущениями и т.д. Конверсионные расстройства развивались на фоне отчетливой астении, сочетаясь с нарастающей ипохондризацией. Личность больных с конверсионными расстройствами характеризовалась исключительно чертами тревожной мнительности, что не соответствует литературным данным [3, 4].

В подавляющем большинстве случаев описанные выше расстройства возникали в результате воздействия экстраординарного стрессора – землетрясения. Сам фактор землетрясения явился «первоначальным исходным пунктом, вызывающим болезненные расстройства» [1]. Развитие посткатастрофической ситуации приводит к тому, что патогенный характер приобретают последствия самой катастрофы: гибель родных и близких, потеря дома и работы, всего, что было накоплено в течение жизни, развитие непредвиденных ситуаций, осложнение существующих проблем, а затем медленный темп восстановительных работ и т.д. В подобных экстремальных условиях, согласно В.А. Гиляровскому [27], включается «первая линия обороны» в виде выраженных вегетативных расстройств и соматических симптомов. В связи с постоянным действием стрессовых факторов и астенизацией больных, вызванной как соматическими болезнями, так и действием стрессора, эти расстройства приобретают хронический характер с преимущественной локализацией проявлений в соматопсихической сфере. Неприятные и тягостные ощущения, ухудшение самочувствия способствуют своеобразной интерпретации последних, возникновению патологического ипохондрического настроения. Рассмотренные нами случаи могут

быть истолкованы и как своего рода адаптация организма к новым для него патологическим условиям, требующим соответствующего эмоционального реагирования. Согласно биологической теории эмоций Н.К. Анохина [17], висцеральные (соматические), вегетативные расстройства появляются только одновременно с депрессивными переживаниями. Об их наличии можно судить и по вегетативным реакциям. Любое эмоциональное переживание, по Н.К. Анохину, обязательно содержит в себе «висцеро-вегетативные реакции». Соматические нарушения – это те же депрессивные состояния, локализованные в телесной сфере.

Таким образом, независимо от нозологической принадлежности и синдромологического оформления у всех больных были выявлены расстройства, которые, на наш взгляд, можно разделить на три равнозначных, взаимосвязанных и взаимозависимых уровня: уровень ощущений (соматические симптомы, сенестопатии, вегетативные расстройства), аффективный уровень (депрессия) и идеаторный уровень (ипохондриа). Именно их сочетание придает соматоформный (психосоматический) характер затяжным реактивным состояниям, выявленным у пострадавших от землетрясения. Особенностью расстройств реактивного круга является наличие астении. От доминирования в клинической картине одного из перечисленных психопатологических проявлений зависит формирование тех или иных синдромов психосоматического круга.

Исследование контингента общесоматических больниц, проведенные и другими исследователями, показали, что в ряду патогенетических механизмов формирования психопатологических син-

дромов, выделяются гипоксия головного мозга, травматическое повреждение мягких тканей («краш-синдром»), сопровождающиеся нарушением функции почек [18, 25, 35]. В формировании психопатологических расстройств играют роль наследственный фактор – отягощенность соматическими и психическими заболеваниями, преморбидные особенности личности [30]. Личностно-типологические факторы определяют когнитивную сторону реакций пациентов на экстремальную ситуацию. При острых жизнеопасных ситуациях личностное своеобразие «смывается», и реакции пострадавших определяются витальными механизмами [16].

Клинические проявления обнаруживают зависимость от возраста, проявляясь от недифференцированных реакций страха, тревоги, двигательного возбуждения или заторможенности, вегетативных реакций, нарушений речи до тревожно-фобических, депрессивных, соматовегетативных реакций, истероподобных, вегетативно-сосудистых и других соматических нарушений [8, 21, 30]. В позднем возрасте преобладали депрессивные нарушения [42].

Под влиянием интенсивного и внезапного воздействия, а также недостаточности индивидуально-психологической подготовленности развивались реактивные расстройства психотического уровня. Последние отмечались в основном в остром периоде в виде аффективно-шоковых реакций с сумеречным помрачением сознания, ступором или двигательной расторможенностью, а также истерических психозов, депрессивных и психомоторных экспрессивных реакций [7, 23, 28, 46]. Многие специалисты, работающие тогда в зоне

бедствия, говорили об ожидаемом резком росте числа психозов, о чем писали еще Брусиловский Л.Я. и соавт. [23], предвещая «пандемию нервно-психического травматизма» при сильных землетрясениях. И действительно, практически все авторы указывают на большую распространенность психических расстройств при других землетрясениях, несмотря на отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев, стандартизированных методов эпидемиологических исследований. Указывается на почти двукратное увеличение количества госпитализаций в психиатрические стационары, достоверное увеличение заболеваемости неврозами. На материале землетрясений в Скопле, Ташкенте, Спитаке установлено, что от 75 до 90% пострадавших обнаруживали реактивные расстройства [7, 10, 11, 13, 24, 36, 46]. Однако в помощи психиатра нуждались только половина из них, в то время как лишь 11% пострадавших считали, что нуждаются в этой помощи и оценивали свое состояние как болезненное [34]. Количество нуждающихся в психиатрической помощи значительно больше приводимых в литературе данных. Косвенным свидетельством этого является увеличение потребления алкоголя и наркотиков, а также результаты опросов, показывающих, что часть пострадавших предпочитает обращаться по аналогичным проблемам к врачам-интернистам, либо вообще не пользуется этой возможностью [29].

Психиатрическая и медико-психологическая помощь является необходимым звеном в системе общемедицинских мероприятий. Ее основные задачи заключаются в купировании острых психотических реакций,



сортировке лиц с психоневрологическими расстройствами, в организации поэтапного лечения, в медико-психологической поддержке населения пострадавших районов [14]. Основной принцип оказания помощи пострадавшим заключается в поэтапной сортировке, эвакуации и соответствующей терапии пострадавших. Эта помощь оказывается в соответствии с периодами развития ситуации. Выделяются три периода на основе специфики спасательных, социальных и медицинских мероприятий: 1) от начала землетрясения до начала спасательных работ, 2) период развертывания спасательных работ, 3) период после эвакуации из зоны бедствия [9, 15]. Стратегию психиатрической помощи определяет динамика возникших психических расстройств. На всех этапах она должна быть тесно связана с общей медицинской помощью, обеспечивать непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Таким образом, проблема психических расстройств, возникших после сильных землетрясений, имеет большое научное и практическое значение. Многие аспекты этой проблемы остаются еще нерешенными в связи с отсутствием единого концептуального подхода.

Каковы последствия Спитакского катастрофического землетрясения? Как оно сказалось на личностном и общественном уровнях? Какие проблемы встают перед обществом, пережившем подобные катастрофы?

### **Психопатологический анализ периода «экстремальности» в Армении: 1988-1998г.г.**

Ответы на поставленные вопросы во

многом лежат в развитии и динамике той ситуации, которая складывается после любого землетрясения в зоне бедствия. Последствия зависят от той «цены», которую приходится «платить» обществу и государству в результате землетрясения. И в этом аспекте следует заметить, что для такой маленькой страны, какой является Армения, катастрофа оказалась «вселенской» по своей значимости и последствиям, она стала для страны судьбоносной. Не оспаривая актуальность и значимость медико-биологических проблем, связанных с землетрясением, следует подчеркнуть, что стихийные бедствия создают для любого общества глобальные проблемы, требующие немедленного решения. Спитакское землетрясение произошло на фоне известных политических и экономических пертурбаций в Советском Союзе. Параллельно этим событиям набирало силу Карабахское движение, национально-освободительное по сути, но переросшее в последующем в армяно-азербайджанское военное противостояние. Иными словами, в стране складывалась стрессогенная и стрессонасыщенная ситуация, порождающая психическую патологию и видоизменяющая уже существующую. Мы предполагаем, что клинические последствия землетрясения во многом подверглись патоморфозу в результате «наслоения» одного экстраординарного стресса на другой.

Новейший период нашей истории характеризуется кризисностью в сфере материального, духовного, политического и социального бытия. Общественнополитический надлом, начавшийся с перестройки и ускорения, в 1987г. привел к эустрессовому состоянию нашего общества в виде подъема

национального самосознания, формирования идеи национального единства, формированию национальной идеи и реализации национально-освободительных тенденций. Но в результате конфликтов внутри советской системы произошел «взрыв», и состояние эустресса переросло в дистресс, чему в огромной степени способствовали внешние факторы – политические влияния, экономические санкции, территориальные претензии, целый ряд антропогенных и природных катастроф.

На мой взгляд, вся драматичность Спитакского землетрясения 1988 года заключалась не столько в силе толчка и его последствиях, сколько в том, что оно совпало во времени с ломкой общественно-политической формации с не имеющим в истории прецедентом перехода от социализма к капитализму. С этого начался первый этап периода «экстремальности» новейшей истории, который я называю этапом деструктивности, включающим 1988-91г.г. Характеристика каждого этапа проводится на основе оценки трех составляющих - экономики, политики и здоровья (в основном, психического).

Полному или частичному разрушению подверглись промышленность, сельское хозяйство, коммуникации, общественное и индивидуальное здоровье, пошатнулись структуры власти и т.д. По данным Азнауряна А.В. и соавт. [33, стр. 5], 40% всей территории республики оказалось разрушенной; погибло 25 тыс. человек, получили ранения 32,5 тыс., из под завалов были извлечены 40 тыс. человек. Без крова остались 530 тыс. Экономический ущерб, нанесенный землетрясением республике, составил 13 млрд. советских рублей. Огромные потери

понесла вся система здравоохранения – были разрушены полностью или частично 500 медицинских учреждений, финансовые потери составили 550 млн. руб. В рамках настоящего исследования нас интересуют, естественно, психиатрические аспекты последствий катастрофы.

Землетрясение способствовало обострению уже существующих патологических состояний, усугублению латентно протекающих заболеваний и манифестации новых. Непосредственно после землетрясения отмечался резкий рост заболеваемости [20]. Практически у всех в зоне бедствия отмечались реактивные психические нарушения той или иной продолжительности, интенсивности и структуры. Все больницы переполнились пострадавшими, причем доминировали сочетанные формы поражений. Среди извлеченных из под завалов чаще отмечались синдром длительного сдавления мягких тканей, конечностей. Не уступали по частоте и интенсивности черепно-мозговые травмы, переломы позвоночника и таза, множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательной системы. Пострадавших с повреждениями внутренних органов было значительно меньше, поскольку они в основной массе погибали под завалами и в больницы практически не доставлялись [32, 33].

Посттравматический стрессовый тип психических нарушений был характерен для этапа деструктивности. Они же подробно описаны нами выше. В подавляющем большинстве такие реакции разрешались позитивно. В части случаев, в силу ряда эндо- и экзогенных условий (среди них преморбидные особенности, особенности ди-

намики восстановительных работ, степень и форма оказания помощи и т.д.), острые реакции приобретали затяжной характер, и тогда на почве витально обусловленных универсальных и неспецифических астенических и депрессивных проявлений формировались невротические и невротоподобные состояния. По мере развития ситуации и патологического состояния роль собственно «реактивного фактора» постепенно снижалась, и возрастала патогенетическая и патопластическая роль таких факторов как преморбидная личность, возраст, пол, внешние условия и т.д. В хроническом периоде посттравматических нарушений доминировали состояния «вялой», заторможенной депрессии, личностные расстройства и целый ряд соматических и псевдосоматических нарушений. В то время как некоторые иностранные специалисты предрекали массовые психозы и резкий всплеск первичной заболеваемости по психозам, чего, как показал наш опыт, также не отмечалось.

Этап деструктивности характеризовался ростом соматической заболеваемости: значительно возросло число первичной обращаемости из зоны бедствия практически по всем болезням в период от 3 до 12 месяцев после землетрясения [33]. По официальным данным [20] заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом (на 100 тыс. населения) с 20946,3 в 1988 году подскочила до 28526,6 в 1989 году. Пик показателей первичной заболеваемости практически по всем группам болезней приходится на 1989-1990 го-ды. В последующем (вплоть до 1995 года) заболеваемость проявляла тенденцию к снижению (15496,9). Повторная волна повышения заболеваемости наблюдалась в 1996 году. Аналогичная

тенденция наблюдалась и в росте общей заболеваемости населения, но со смещением пика показателей на 1-2 года (50508,0 в 1988 году и 62665,0 в 1990 году).

На фоне очевидных и реальных разрушений, нанесенных землетрясением, в ожиданиях обещанного восстановления зоны бедствия всего за 2 года, стал намечаться необратимый кризис промышленности, сельского хозяйства, энергетической и транспортной системы; разрушилось государство, и изменилась формация.

Вызрел второй этап периода «экстремальности» – этап регрессии, который хронологически можно ограничить 1992-95г.г. Содержание этого периода составляют война, блокада, экономический коллапс. Проблемы, вызванные землетрясением, постепенно отстранялись на задний план (Об этом свидетельствует также резкое снижение обращаемости в больницы жителей из зоны бедствия. Хотя этот факт имеет и множество других объяснений.).

Сложившаяся на тот период в Армении социально-психологическая ситуация привела к коренной ломке общественного сознания, доминирующего уклада жизни и морально-нравственных ориентиров всего населения. Имеющиеся до этого проблемы обострились, возникли новые, необычные, чуждые нашему менталитету и образу жизни. Первой особенностью этапа явилось состояние тотальной дезадаптации практически всех и во всем. Клиническим проявлением этой дезадаптации стали состояния психоэмоционального напряжения, известные как «социально-стрессовые расстройства» [12]. Это категория аналогична понятию «посттравматическое стрессовое расстрой-

ство» с той разницей, что «жизненная катастрофа» растянута во времени, необходимым для осознания происходящего. Другой особенностью этапа регрессии явились патоморфологические изменения клинических проявлений ПТСР: они как бы «стерлись» и оказались под более мощным пластом тех расстройств, которые были вызваны реалиями текущего дня: разрушение духовной, культурной, средовой организации жизни народа и общества, рост национального самосознания трансформировались в межнациональный конфликт, рухнула прежняя политическая система, развалилась экономика (особенно ощутимо проявлялся энергетический кризис), началось преступное, не цивилизованное расслоение общества. Многие из того, что было характерно на этом этапе, началось давно, еще в 1987-88г.г. Затяжной, непрерывный характер этих событий-причин создали в обществе ситуацию крайнего напряжения, которая привела к различным противоречиям, конфликтам и пертурбациям на уровне личности, семьи и общества. В их основе лежали переосмысление жизненных ориентиров, крушение устоявшихся норм и традиций, отсутствие перспективы, смена или же отсутствие идеологических, национальных, культуральных норм, ценностей и представлений.

На этом фоне стали проявляться всевозможные отклонения – от девиантных форм поведения, от психологически понятных форм реагирования до клинических (невротических и психотических) состояний; иными словами, не клинические и клинические проявления социально-стрессовых

расстройств (ССР). Из клинических проявлений ССР наиболее часто встречались различные психофизиологические реакции в виде лабильности, эмоциональности, вегетативных проявлений; адаптативные психогенные реакции, проявляющиеся невротическими (астеническими, депрессивными, истерическими) расстройствами, динамика которых зависела от динамики общественных процессов; невротические расстройства, в которые часто трансформировались адаптативные реакции и приводили к развитию патологического характера и личности; достаточно редко отмечались психогенные психозы транзиторного характера и возникали исключительно на соответствующей «почве» и в клиники практически не попадали.

Неклинические формы ССР проявлялись в основном в поведенческих особенностях. Поведение людей определялось местническими и субгрупповыми структурами и интересами, усиливался и доминировал нездоровый интерес к различного рода слухам; в мышлении людей доминировали мистические, астрологические, метафизические суждения; нарастало недоверие практически ко всему и всем; обнаженный цинизм стал всепроникающим и довлеющим, юмор стал мрачный и ироничный; жизнь потеряла ценность и ограничилась рамками «сегодня и здесь», а будущее «укоротилось» до текущего актуального момента. Стали распространяться всевозможные секты – от «пятидесятников» до «свидетелей Иеговы» – явление, которое по своей сути явно диссонирует с менталитетом армян, как нации, впервые принявшей христианство.

Состояние перманентного пролонгированного стресса, обусловленное послед-

ствиями землетрясения, начавшейся блокадой, экономическим и энергетическим кризисом, световой деривацией, холодной зимой и целым рядом других факторов [40, 41], внесло значительные изменения в показатели общей заболеваемости населения. В конце первого и начале второго этапов отмечался заметный пик практически по всем группам болезней и стабилизация этих показателей в течение 2-3-х лет [20, 31, 33].

Одним из наиболее важных и значимых медицинских аспектов последствий развития перманентного пролонгированного стресса на этапе регрессии являются показатели смертности населения страны. Как свидетельствуют данные официальной статистики с 1985 года, первый пик смертности приходится на 1988 год – год катастрофического землетрясения [20]. Следующий пик выявился в 1993 году: смертность возросла с 19581 в 1985 году до 27500. Если смертность населения Армении (на 100000 населения) в 1985 году составила 586,4, в катастрофическом 1988 – 1028,2, то после почти двукратного снижения в 1989 году (598,9) в 1993 году она составила 734,9.

Третий этап «экстремальности» начался в 1995 году и продолжается по настоящее время. Он выделен нами под названием этапа «анабиотической компенсации». Политическая основа этапа представлена рядом непопулярных явлений – принятие Конституции, выборы в Национальное Собрание, традиционно сомнительные президентские выборы, спровоцированная впервые волна гражданского неповиновения и др. В экономике впервые стали наблюдаться тенденции к стабилизации, в первую очередь, финансов, энергетики, торговли, которые затем вновь пошли на убыль. В последующем эти

тенденции проявляли ундулирующий характер течения и развития. Положительным моментом этапа явилось окончание войны (перемирие), не принесшее, однако, материализованных дивидендов в решении основной Карабахской проблемы.

В целом же негативные перемены в обществе породили в людях ощущение разобщенности и незащищенности. Несомненно, прав был Э. Фромм [45], который, анализируя человеческую деструктивность, точно подметил, что «человеческое в человеке проявляется в опасности». Ощущение общности всех и единства нации, которое имело место после землетрясения, в самом начале карабахского движения, в условиях пролонгированного травматического и социального стресса трансформировалось в ощущение одиночества, пустоты, беспросветности. Традиции перестали «диктовать» человеку, что он должен, хотя его инстинкты диктуют то, что ему нужно. В результате, как отмечал В. Франкл [44], человек «теряет ясное представление о том, что же он хочет» и превращается либо в конформиста, либо в диктатора. Прогрессирующее и постепенное ухудшение условий среды (общества) позволили постепенно адаптироваться к ней, произошла компенсация на пониженном уровне – снизилось «качество» жизни, упал «энергетический потенциал», жизнь была загнана в тупик. Низкий уровень энергообмена и экстремальные условия среды сократили продолжительность жизни, что проявляется уже сегодня. Средняя продолжительность жизни в 1996 году соответствовала уровню 70-х годов; естественный прирост населения с 18,2 в 1985 году снизился до 6,2 в 1996г; в 2014 году он составил 4,8 [39].

Все «человеческое» в человеке (любовь, разумность, взаимоподдержка, сострадание, целеустремленность) девальвировалось и разрушилось, и «биофильный полюс» в человеке (любовь к жизни) сместился в сторону «некрофильности», деструктивности, агрессивности. Нарастающие противоречия углубили состояние психологической и социальной фрустрации, что привело к экзистенциальному кризису. Кризис в нашем обществе проявляется в чувстве беспомощности, изолированности, отрешенности, одиночества, бессмысленности своего существования. Такая динамика социума «диктует» каждому из нас выживать и выживать по-своему. Поскольку нет уже морально-нравственного единства нации, прежние ценности девальвированы, традиции растоптаны. А нового ничего не создано. Нация в целом и отдельные личности взяли курс на самоубийство: одни эмигрируют, другие цепляются за еще не потерянное, третьи «прожигают» время и жизнь, четвертые находят удовлетворение в алкоголе и наркотиках, пятые пытаются протестовать (причем, как политическими, так и криминальными методами), шестые просто кончают счеты с жизнью.

И если где-то и что-то закладывается новое, то оно, скорее, носит групповой, субгрупповой, клановый, местнический характер. Снимаются общественные санкции, остаются лишь свои, внутренние, личностные. В результате, создается ситуация вседозволенности и бесконтрольности, которая, как ни странно, носит адаптативный характер. Иными словами, это есть стрессовая реакция на экстремальную ситуацию. Являясь конструктивной по форме для той или

иной группы, по сути, такая форма поведения несет в себе огромный деструктивный потенциал, поскольку способствует еще большему размежеванию общества и нации.

Естественно, что такие тенденции в обществе должны иметь свои последствия: стала расти суицидальность. По данным Прокуратуры РА в 1995 году было совершено 210 самоубийств и 139 попыток к ним, в 1996 г. – соответственно 230 и 159, в 1997 году – 245 и 148. То есть за три года более 1130 армян так или иначе пытались уйти из жизни. По данным министра юстиции Армении в первом квартале 2015 года было совершено 54 самоубийства. За тот же период было зафиксировано 143 случая попыток суицида. Согласно официальной статистике, по словам министра, в 2012-2014 годах в Армении наблюдалась стабильная тенденция сокращения случаев самоубийств (в 2012 году – 214 случаев, в 2013 – 206, в 2014 – 168).

Кроме того, армянскими исследователями показано, что длительный стресс вызывает цитогенетические изменения в виде хромосомных aberrаций и разрывов [37], снижает иммунные возможности организма [26], вызывает изменения на тонких молекулярных уровнях и т.д.; стресс приводит к длительным и стойким изменениям в витальной в биологической инстинктивной структуре человека, в частности, к повышению уровня агрессивности [22] и т.д.

Само понятие «анабиоза», которое определяет характер настоящего этапа «экстремальности», предполагает «возобновление» жизни при определенных обстоятельствах. Это фактически форма приспособления в неблагоприятных условиях среды, изменение которой или выводит

организм (в данном случае – общество) в активную жизнь, или же приводит к необратимым изменениям структуры.

Завершая анализ периода «посткатастрофического» развития Армении, сделаем несколько обобщений:

1. «Экстремальность» стала стационарным условием бытия армянского общества и этноса.

2. Все происходящее в Армении не является чем-то уникальным и экстраординарным. Оно имеет лишь свою специфику и особенности, связанные, как говорят китайцы, с «эпохой перемен», пережить которую было суждено нам. Это ломка общественно-политической системы, природная катастрофа, изменение жизненного стереотипа и всего уклада жизнедеятельности нации и общества.

3. Следует констатировать, что естественные и антропогенные (или техногенные) катастрофы, а также социальные катаклизмы, как правило, оставляют глубокий след во всех аспектах динамики общества. Последствия этих катастроф будут проявляться на протяжении еще долгого времени. Отдаленные последствия катастроф имеют определенную специфику, и их следует исследовать.

4. Анализ не только посткатастрофического периода, но и всей истории армянского народа, отличающейся особой «стрессонасыщенностью», показал, что армянский народ выработал определенные механизмы защиты и устойчивости, и каждый предыдущий стресс смягчает последствия последующего. Подтверждением сказанного выступают в медико-психологическом аспекте отсутствие массовых психотических проявлений и компенсация на уровне

личностных и невротических нарушений, в социально-политическом аспекте – наличие высокой толерантности, терпимости и выносливости в наиболее неблагоприятные годы «экстремальности» и фактическое отсутствие каких-либо признаков гражданского неповиновения; это – миграция широких масс населения, приведшая к равновесному состоянию общества – равновесию между потребностями оставшихся и возможностями общества и государства. Феномен миграции проявляется как защитный механизм самосохранения отдельной личности и семьи и сохранения своего этноса в условиях другой духовной, культуральной, экономической и социально-политической среды (в составе крупных диаспор – американской, российской, французской – сохраняющих пока свою национальную идентичность). Однако, в условиях пролонгированности этого процесса, он уже приобретает деструктивный характер.

5. Весь период «экстремальности» ставит проблему разработки комплекса превентивных и профилактических мероприятий для ликвидации и сведения к минимуму материальных и духовных потерь, что предусматривает решение экономических, политических, социальных, здравоохранительных и медико-психологических задач.

### Литература:

1. Bleuler E. Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, Germany: Carl Marhold; 1906. (translation by Charles Ricksher as «Affectivity, Suggestibility, Paranoia». Utica, State Hospitals Press, 1912).

2. Glatzel J. Endogene Depression: Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie Zyklotymer Verschimmungen. 2 Aufl. –

Stuttgard, 1982. 222.

3. Guze S.B. The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? *Amer. J. Psychiat.* 1967; 124 (4): 491–498.

4. Hyler S.E., Spitzer R.L. Hysteria split asunder. *Am J Psychiatry.* 1978; 135 (12): 1500–1504.

5. Lipowski Z.J. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 1988; 145 (11): 1358–1368

6. Marsden C.D. Hysteria – a neurologist’s view. *Psychol Med.* 1986; 16 (2): 277–288.

7. Popovic M., Petrovic D. After the earthquake. *Lancet*, 1964, 2, 1169–1171

8. Pruetz K.D. A chronology of defensive adaptations to severe psychological trauma. *Psychoanal. Study Child.*, 1984; 39: 591–612.

9. Tyhurst J.S. Psychological and social aspects of civilian disaster. *Can Med Assoc J.* 1957; 76 (5): 385–393.

10. Wallace A.F.C. Tornado in Worcester: An exploratory study of individual and community behavior in an extreme situation (Disaster study N 3). Washington, DC: National Academy of Sciences-National Research Council. 1956.

11. Акискал А.С. Психические последствия стихийных бедствий. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. Ереван, 1990. с. 125.

12. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства. *Обозр. психiatr. и мед. психол.* 1992; 2: 5–10.

13. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. 96 с.

14. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П. Медико-психологиче-

ская помощь во время и после стихийных бедствий и катастроф. *Медицина катастроф.* М., 1990. с. 367.

15. Александровский Ю.А., Щукин Б.П. Психические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф. *Журн. невропатол. и психiatr.* 1991; 5: 39–43.

16. Александровский Ю.А., Щукин Б.П. Психогенные расстройства при землетрясении. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990. с. 126.

17. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. – М.: Наука, 1980. 197 с.

18. Антохин Г.А., Чудин А.С., Анисимов В.А. Психические нарушения у травматологических больных при повреждениях, сопровождающихся острой церебральной гипоксией. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990. с. 127.

19. Ануфриев А.К. Ипохондрические синдромы (клиника, генез, лечение): Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1963. – 21 с.

20. Армения-1996: здоровье и здравоохранение: Сборник статей и информационных материалов. – Ереван, 1996. 176 с.

21. Базибян М.Л., Айдинян К.Р. О невротических реакциях у детей и подростков из зоны землетрясения. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван; 1990. с. 156.

22. Бакунц А.Г., Татевосян А.С. Исследование уровня агрессивности у комбатантов. Медико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 16-17 де-



кабря, 1997. с. 48.

23. Брусиловский Л.Я., Бруханский Н.П., Сегалов Т.Е. Землетрясение и Крыму и нервно-психический травматизм. – М., 1928. 106 с.

24. Вахов В.П. Психические нарушения у служащих организованных коллективов в районе бедствия. Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989. с. 34-41.

25. Виноградов М.В., Белорусов О.С., Родионов В.В., Шабалин А.Я. Клиническая характеристика и терапия психических нарушений при синдроме длительного сдавления. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990, с. 132.

26. Гарибджанян Б.Т., Кцоян Л.А., Ширинян Э.А. Влияние длительного психоэмоционального стресса на иммунный статус организма. Модулирующий эффект блокаторов 2-адренорецепторов. Медико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 16–17 декабря, 1997. с.100,

27. Гиляровский В.А. О взаимодействиях соматического и психического в медицине. Врачебное дело. 1947; 8: 625–632.

28. Даниелян К.Г., Хачатрян А.М., Минасян О.З. Психоневрологические расстройства на фоне эмоционального стресса у населения зоны землетрясения. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. – Ереван, 1990, с. 138.

29. Исаев А.Б., Котенев И.О. Филиппов Н.М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических

стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований). Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989, с. 15-26.

30. Козловская Г.В, Башина В.М., Горюнова А.В. и др. Влияние землетрясения в Армении на психическое здоровье детского населения пострадавших районов. Журн. невропатол. и психиат., 1990; 5: 46–52.

31. Медико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 1997. 144 с.

32. Медицина катастроф: Материалы международной конференции. – Москва, 1990. 481 с.

33. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении: Материалы международного симпозиума. – Ереван, 1990. 219 с.

34. Мельников А.В. Психогенные расстройства у пострадавших во время землетрясения. Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. – М., 1989, с. 54-62.

35. Молодецких В.А., Сыров Н.Е. Психогенные расстройства у пострадавших от землетрясения в Армении. Медицина катастроф. – М., 1990. с. 389.

36. Назаренко Ю.В., Колос И.В. Динамическая характеристика психических расстройств у лиц, перенесших Спитакское землетрясение. Медицина катастроф. – М., 1990. с. 391.

37. Саркисян Т.Ф., Арутюнян Р.М., Залянян Г.Г. Цитогенетические изменения в лимфоцитах лиц, пострадавших после землетрясения в Армении 1988 года. Ме-

дико-биологические проблемы стресса: Материалы 1-й республиканской конференции НАН РА. – Ереван, 16-17 декабря, 1997. с.125.

38. Смулевич А.Б. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. – М., 1983. – Т. 2. – С. 342 – 441.

39. Статистический ежегодник Армении, 2014: Население. с. 24. <http://www.armstat.am/file/doc/99489458.pdf>

40. Сукиасян С.Г. Особенности посттравматических стрессовых нарушений после землетрясения в Армении (обзор). Обозр. психиатр. и мед. психол. 1993; 1: 61–70.

41. Сукиасян С.Г. Световая депривация как один из факторов социально-стрессовых расстройств в условиях социально-психологического дискомфорта. Обозр. психиатр. и мед. психол. 1994; 1: 37–45.

42. Сукиасян С.Г., Мелик-Пашаян М.А. Некоторые особенности формирования психических расстройств у лиц позднего возраста, пострадавших от землетрясения. Ишемическая болезнь сердца и мозга. Психические заболевания в гериатрической практике. Тез. докл. Иркутск, 1990. с. 119–120.

43. Сукиасян С.Г., Мелик-Пашаян М.А., Амерханян К.Т. Затяжные реактивные состояния в общесоматической больнице: клинико-психопатологические аспекты. Журн. неврол. и психиатр. 1992; 5–12: 97–99.

44. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. 368 с.

45. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности: Перевод. – М.: Республика, 1994. 447 с.

46. Чернышев В.М. Психические реакции населения во время катастрофических землетрясений. Научно-практическая конференция в психиатрической больнице № 3 г. Москвы. – М., 1972. с. 349–353.

47. Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология. Пер. с польского М.Г. Лепина. – М.: Медицина. 1982. 344 с.

#### Информация об авторе:

**С.Г. Сукиасян** – д.м.н., профессор, заведующий отделением психического здоровья «Стресс» Медицинского реабилитационного центра «Артмед»; заведующий кафедрой психического здоровья и психиатрии Армянского медицинского института, Ереван, Армения; профессор кафедры развития и прикладной психологии Армянского государственного педагогического университета им. Х. Абовяна;

**Адрес:** 0052, Царав ахбюр 52а, МРЦ «Артмед».

**Tel.:** 37410621201 раб.

**e-mail:** samsu57@yahoo.com



## ԴԱՏԱՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԽՆԳԻՐՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

### Վ.Ֆ. Ենգալիչև

Կալուգայի պետական համալսարանի ընդհանուր և իրավաբանության ամբիոն  
Դատական փորձաքննության և կրիմինալիստիկայի գիտա-հետազոտական  
կենտրոն, ՌԴ

### Գ.Հ. Ղազարյան

Երևանի պետական բժշկական համալսարան բժշկական հոգեբանության ամբիոն  
Երևան, Հայաստան

Ներկայում դատահոգեբանական փորձաքննության ինստիտուտը Հայաստանում սալրում է իր ձևավորման և զարգացման փուլը: Դատահոգեբանական փորձագետների պատրաստման հարցը ՀՀ-ում պայմանավորված է մի շարք խնդիրներով:

Ինչ վերաբերում է դատական հոգեբան-փորձագետներին ներկայացվող պահանջներին, սպա դրանք հստակեցված չեն: Սակայն հստակ է այն, որ դատահոգեբանական փորձագետը պետք է ստացած լինի բարձրագույն կրթություն հոգեբանության մասնագիտությամբ: Մինչև ժամանակ բարձրագույն կրթությունը դեռ չի սպահովում «հատուկ գիտելիքների» առկայությունը: Ակնհայտ է, որ դատահոգեբանական փորձաքննության ոլորտում հավակնող թեկնածուի մասնագիտական կոմպետենտությունը ՀՀ-ում պաշտպանված չէ մասնագիտական որակավորմամբ հետևյալ պատճառ-ներով.

1. հստակ նշված չեն այն չափանիշները, որոնց պետք է համապատասխանի հոգեբան-փորձագետի կոչմանը հավակնող թեկնածուն.

2. չկա որևէ ուսումնական կենտրոն/կամ հաստատություն, որը կապահովի մասնագիտական պատրաստման կամ վերապատրաստման որևէ մոդել, բացառությամբ 2015թ. սզբից Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ «Հետբուհական և շարունակական կրթության» համակարգում բժշկական հոգեբանության ամբիոնում անցկացվող 5 շաբաթական վերապատրաստման «Դատահոգեբանական փորձաքննության հիմունքներ» դասընթացի, որը ըստ էության բավականին քիչ է նման խնդիր լուծելու համար:

Այս խնդիրների լուծման համար անհրաժեշտ է կադրային հարցի լուծումը, նրանց կրթության, ուսուցման և հավաստագրման:

**Հանգուցային բառեր.** դատահոգեբանական փորձաքննություն, «հատուկ գիտելիքներ», հոգեբան-փորձագետ, մասնագիտական կոմպետենտություն, վերապատրաստում:

## ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В АРМЕНИИ

### В.Ф. Енгалычев

Кафедра общей и юридической психологии Калужского государственного университета  
Научно-исследовательский центр судебной экспертизы и криминалистики, РФ

### Г.А. Казарян

Кафедра медицинской психологии Ереванского государственного медицинского  
университета, Ереван, Армения

На современном этапе, для развития судебно-экспертной практики в области судебно-психологической экспертизы в Армении требуется формирование и развитие методологических, правовых и организационных основ данной области. Одна из проблем, необходимых для решения данного вопроса состоит в том, что до сих пор нет принятого закона, который бы регулировал деятельность экспертных учреждений, они регулируются процессуальным законодательством.

Что касается требований, предъявляемых судебным экспертам-психологам, то они не уточнены. Тем не менее ясно, что судебно-психологический эксперт должен иметь высшее образование в области психологии. В то же время, высшее образование не обеспечивает наличие «специальных познаний». Психологи, не имеющие дополнительной подготовки именно по судебной психологии и, соответственно, не имеющие опыта экспертной работы, не могут быть отнесены к лицам, обладающим необходимыми психологическими познаниями для дачи экспертного заключения. В определенной мере подготовкой таких кадров, с начала 2015 года, занимается кафедра медицинской психологии ЕГМУ им. М. Гераци, которая на базе департамента «Последипломного и непрерывного образования» организовала 5-недельный курс обучения по «Основам судебно-психологической экспертизы».

Для решения организационных вопросов в данной области необходимо решение кадрового вопроса: их обучения, подготовки и сертификации.

**Ключевые слова:** судебно-психологическая экспертиза, «специальные познания», эксперт-психолог, профессиональная компетентность, переподготовка.

## THE BASIC ISSUES OF FORENSIC PSYCHOLOGICAL EXPERTISE IN ARMENIA

**V.F. Engalychev**

**The Department of General and juridical psychology, Kaluga State University  
Scientific research centre of forensic Expertise and criminalistics of the RF**

**G.A. Ghazaryan**

**The Department of medical psychology Yerevan State Medical University, Yerevan, Armenia**

At the present stage, for the development of forensic practices in forensic psychological assessment in Armenia the formation and development of methodological, legal and organizational frameworks for this field is required. One of the problems needed to solve this issue is that so far not enacted a law that would regulate the activities of expert institutions; they are regulated by the procedural legislation.

With regard to the requirements of forensic experts-psychologists, they have not been specified. Nevertheless, it is clear that the FEP should have a degree in psychology. At the same time, higher education does not ensure the existence of a «special knowledge». Psychologists, without additional training in forensic psychology and, accordingly, having no experience in assessment work, cannot be assigned to persons with the requisite psychological knowledge to provide an expert opinion. To some extent the training of such personnel, since the beginning of 2015, are conducting by the Department of medical psychology of Yerevan state medical University after. M. Heratsi, which on the basis of the «Postgraduate and continuous education» Department organized a 5 week course on the «Fundamentals of forensic psychological examination».

To address organizational issues in this field is necessary to solve a personnel question: their education, training and certification.

**Keywords:** forensic psychological examination, «special knowledge», expert-psychologist, professional competence, retraining.

Ներկայում դատահոգեբանական փորձաքննության ինստիտուտը Հայաստանում ապրում է իր ձևավորման և զարգացման փուլը: Դատական փորձաքննության ժամանակ հոգեբանական գիտելիքների առանձին դրվագների օգտագործումը իրականացվել է դեռ հարյուր տարի առաջ: Սկզբնական շրջանում փորձարարական հոգեբանության կիրառումը հանգում էր հիմնականում քրեական գործընթացի մասնակիցների ցուցմունքների հավաստիության որոշման մեթոդիկաների մշակմանը [6]: Այդ շրջանի աշխատանքներում ակտիվորեն հետազոտվում էր իրավախախտի անձը: Այն ուներ իր դրական կողմերը, քանի որ հնարավորություն էր ընձեռում հստակ և ճիշդգրիտ որակավորել կատարված հանցագործությունը՝ նկատի ունենալով բոլոր օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ կողմերը: Սակայն մեկ այլ կողմից, հավակնելով պարզել դատաքննության գործընթացի մասնակիցների ցուցմունքների հավաստիությունը, փորձագետը իր վրա էր վերցնում այդ ցուցմունքների ճշմարտացի կամ ոչ ճշմարտացի լինելու որոշման պատասխանատվությունը: Օրինակ, հիմնվելով հետաքննվողի պատմածի և հարցերի պատասխանների վրա, փորձագետ-հոգեբանը եզրակացություն էր կայացնում փորձաքննվողի մոտ առկա կամ բացակա «ստի ախտանիշի» վերաբերյալ, որը օբյեկտիվորեն պայմանավորված է անձի այս կամ այն տիպով: Ենթադրվում էր, որ այն անձինք, ում բնորոշ է սառնասրտությունը, մռայլությունը, ցինիզմը, պատրաստ են նախապես մտացածին ստի, փաստերի խեղաթյուրման: Ուստի նմանատիպ անձանց ցուցմունքների հավաստիությունը կասկածելի էր համարվում: Անհավաստի էին նաև համարվում այն անձանց ցուցմունքները, որոնք ունեն չիրականացված ցանկությունների բարդույթ:

Հոգեբանական գիտելիքների ակտիվ կիրառումը փորձաքննության և դատական պրակտիկայում սկիզբ է առել 1963թ. հունիսի 3-ի ԽՍՀՄ Բարձրագույն Դատարանի

Պլենումի՝ «Անչափահասների հանցագործության դատական պրակտիկայի գործով» թիվ 6 որոշումով, որտեղ կարգադրվում էր դատա-հոգեբանական փորձաքննություն անցկացնել հայտնաբերելու համար, թե արդյոք անչափահասներն ընդունակ են ամբողջովին գիտակցել իրենց իրականացրած գործողությունների նշանակությունը, և որոշել՝ որքանով կարող են ղեկավարել դրանք:

1980թ. դատահոգեբանական փորձաքննություն նշանակման և անցկացմանն էր ուղղված ԽՍՀՄ Դատախազության մեթոդական նամակը, որտեղ նշվում էր, որ փորձաքննությունը նշանակվում է, երբ հետաքննություն, նախնական քննություն և դատաքննություն անցկացնելու ժամանակ անհրաժեշտ են հատուկ մասնագիտական գիտելիքներ գիտության, տեխնիկայի, արվեստի կամ արհեստի ոլորտից, և ի դեմս եզրակացության՝ փորձագետի առջև դրված խնդիրները չեն կարող դուրս գալ փորձագետի մասնագիտական գիտելիքների շրջանակից:

Այսպիսով, դատահոգեբանական փորձաքննությունն ինքնուրույն փորձագիտական հետազոտության տեսակ է: Որպես այդպիսին՝ իր զարգացման ընթացքում այն անցել է բարդ ճանապարհ՝ սկսած փորձարարական հոգեբանության տվյալները իրավաբանության խնդիրներին հարմարեցնելուց մինչև դատահոգեբանական փորձաքննության տեսության ստեղծումը [9]:

Համաձայն ՀՀ օրենսդրության՝ փորձագետին առաջադրվող պահանջները, ի տարբերություն մի շարք այլ երկրների օրենսդրության, բավականին սեղմ են ամրագրված: Մասնավորապես, ՀՀ ՔԴՕ (քրեական դատավարության օրենսգիրք) 85-րդ հոդվածի 1,2,3-րդ մասերը սահմանում են. «Փորձագետը քրեական գործով չշահագրգռված այն անձն է, որին քրեական վարույթն իրականացնող մարմնի որոշմամբ կամ փորձաքննություն նշանակելու մասին որոշմանը համապատասխան՝ նշանակում է փորձագիտական հաստատության ղեկավարը՝

գիտության, տեխնիկայի, արվեստի կամ արհեստի որևէ բնագավառում իր հատուկ գիտելիքներն օգտագործելով՝ գործի նյութերը հետազոտելու և դրա հիման վրա եզրակացություն տալու համար: Փորձագետը կարող է նշանակվել դատավարության մասնակցի առաջարկած անձանցից: Փորձագետը պետք է տիրապետի գիտության, տեխնիկայի, արվեստի կամ արհեստի որևէ բնագավառի բավարար հատուկ գիտելիքների»: Այլ երկրների օրենսդրությունները (օրինակ՝ համաձայն ՌԴ Պետական դատական-փորձագիտական գործունեությանը» 13 հոդվածի) ունեն մի շարք մասնագիտական և ոչ մասնագիտական պահանջներ, այն է՝ փորձագետը պետք է լինի տվյալ երկրի քաղաքացի, ունենա համապատասխան փորձաքննության անցկացման համար պահանջվող հատուկ գիտելիքները հաստատող բարձրագույն կրթություն, համապատասխան վերապատրաստում անցած լինելը հաստատող փաստաթուղթ և որակավորման փաստաթուղթ:

Դատահոգեբանական փորձագետների պատրաստման հարցը ՀՀ-ում պայմանավորված է մի շարք խնդիրներով: Ժամանակակից սոցիալ-քաղաքական գործընթացների զարգացումը նոր պահանջներ է առաջ բերում հոգեբանության, նրա կարողությունների և պատրաստականության առջև՝ արձագանքելու ժամանակի մարտահրավերներին հավուր պատշաճի:

Հայաստանի Հանրապետության գործող օրենսդրության համաձայն՝ դատական փորձաքննությունը նշանակվում է դատարանի, դատախազի, քննիչի, հետաքննության մարմնի աշխատակցի, արբիտրաժային տրիբունալի որոշմամբ (հիմք՝ ՀՀ քաղ. դատ. օր-ի 60-րդ հոդ., ՀՀ քր. դատ. օր-ի 55-րդ, 57-րդ, 331-րդ, 243-րդ հոդ., ՀՀ վարչ. դատ. օր-ի 37-րդ հոդ., «Առևտրային արբիտրաժի մասին» ՀՀ օրենքի 26-րդ հոդ.): Բացի այդ, ՀՀ Սահմանադրական դատարանում գործեր քննելու ժամանակ փորձաքննություն նշանակում

է նաև Սահմանադրական դատարանը (հիմք՝ «Սահմանադրական դատարանի մասին» ՀՀ օրենքի 40-րդ հոդված):

Փորձագետի եզրակացությունը, որպես դատական ապացույց, իրենից ներկայացնում է հավասարաչափ և սեփական հետազոտության, և՛ դատական գործունեության արդյունք: Նկատի ունենալով վերը նշվածը՝ Տ.Վ. Սախնովան դատահոգեբանական փորձաքննությունը սահմանում է որպես հատուկ հոգեբանական հետազոտություն, որն անցկացվում է բանիմաց փորձագետի կողմից մարդու կամ իրավիճակի նկատմամբ, ընդհանուր (դատավարական) և հատուկ (հոգեբանական) հիմքերի առկայության դեպքում նշանակվում է դատավորի որոշումով, գործի վերաբերյալ դատական ապացույց ստանալու համար, այսինքն թե՛ փորձագետ-հոգեբանի եզրակացություն [7]:

Հայաստանի Հանրապետությունում դատարանում որպես փորձագետ կարող է հանդես գալ համապատասխան որակավորում ունեցող և օրենսգրքով նախատեսված դեպքերում ու կարգով դատարանի կողմից նշանակվող անձը: Այսինքն՝ օրենսդիրը միայն բավարարվում է փորձագետի՝ համապատասխան որակավորման փաստաթղթի առկայությամբ և, իհարկե, դատարանի նշանակմամբ:

Ինչ վերաբերում է դատական հոգեբան-փորձագետներին ներկայացվող պահանջներին, ապա դրանք հստակեցված չեն: Սակայն հստակ է այն, որ դատահոգեբանական փորձագետը պետք է ստացած լինի բարձրագույն կրթություն հոգեբանության մասնագիտությամբ: Մինևույն ժամանակ բարձրագույն կրթությունը դեռ չի ապահովում «հատուկ գիտելիքների» առկայությունը: Հատուկ գիտելիքների մասին պատկերացումը բացում է Վ.Ֆ. Սաֆուանովը՝ ելնելով կոմպետենտության տեսանկյունից և բաժանելով դրանք՝ 1) ընդհանուրին վերաբերվող (ունիվերսալ), 2) հատուկ-առարկայական (մասնագիտական) [8]:

Ակնհայտ է, որ դատահոգեբանական փորձաքննության ոլորտում հավակնող թեկնածուի մասնագիտական կոմպետենտությունը ՀՀ-ում պաշտպանված չէ մասնագիտական որակավորմամբ հետևյալ պատճառներով.

1. հստակ նշված չեն այն չափանիշները, որոնց պետք է համապատասխանի հոգեբան-փորձագետի կոչմանը հավակնող թեկնածուն.

2. չկա որևէ ուսումնական կենտրոն/կամ հաստատություն, որը կապահովի մասնագիտական պատրաստման կամ վերապատրաստման որևէ մոդել, բացառությամբ 2015թ. սգրից Մ.Ներսիսյան անվան ԵՊԲՀ «Ներքուհական և շարունակական կրթության» համակարգում բժշկական հոգեբանության ամբիոնում անցկացվող 5 շաբաթական վերապատրաստման «Դատահոգեբանական փորձաքննության հիմունքներ» դասընթացի, որն ըստ էության բավականին քիչ է նման խնդիր լուծելու համար:

Չնայած վեր նշվածին, ՀՀ-ում գործում են մի քանի փորձագիտական կազմակերպություններ, որոնք ունեն

տարբեր տեսակի փորձագիտությունների անցկացնելու իրավունք՝ Արդարադատության նախարարության կից ՀՀ Փորձագիտական կենտրոն, ՀՀ ԳԱԱ «Փորձաքննությունների ազգային բյուրո» ՊՈԱԿ, ՀՀ Առողջապահության նախարարության «Դատաբժշկական փորձարարական կենտրոն»: Բացի թվարկված կազմակերպությունները, մշտապես գործող են հանդիսանում ՀՀ Առողջապահության նախարարության, նարկոլոգիական կլինիկան, ստացիոնար և ամբուլատոր դատահոգեբուժական փորձաքննական հանձնաժողովները:

Տարատեսակ և մասնավորապես հոգեբանական փորձաքննությունների անցկացման հիմնական բեռը ընկած է ՊՈԱԿ-ի վրա: ՀՀ ԳԱԱ «Փորձաքննությունների ազգային բյուրո» ՊՈԱԿ-ը ստեղծվել է ՀՀ Կառավարության 22 հուլիսի 2004թ. թիվ 1127-ն որոշմամբ: ՊՈԱԿ-ի կատարած դատական փորձաքննությունների տեսակների և քանակի դինամիկան 2005-2015թթ. ըստ տարիների ներկայացված է հետևյալ աղյուսակում (տե՛ս Աղյուսակ 1) [10]:

**Աղյուսակ 1.**

**Կատարված փորձաքննությունների տեսակները և քանակը**

Փորձաքննության տեսակը / տարեթիվ	Կատարվող փորձաքննությունների տեսակները	Ընդամենը	ՀՀ քրեական օրենսգրքի շրջանակներում	ՀՀ քաղաքացիական և վարչական օրենսգրքերի շրջանակներում	Պայամանագրային հիմունքներով
2005	3	26	10	8	8
2006	14	575	363	100	112
2007	18	2654	2181	369	104
2008	23	3764	3466	204	94
2009	24	6482	6095	269	118
2010	26	6751	6102	499	150
2011	27	7202	6001	763	438
2012	28	10188	8561	540	1080
2013	28	10888	8596	644	1648
2014	28	11571	9697	693	1181
2015/ 5 ամիս	29	5932	6028	517	173

2014թ. հոկտեմբեր ամսվա դրությամբ «Փորձագիտական կենտրոն»-ում փորձաքննություններ իրականացվում են հետևյալ փորձագիտական ստորաբաժանումներում.

- 1) ձեռագրի և փաստաթղթերի քրեագիտական հետազոտությունների լաբորատորիա
- 2) հետքաբանության լաբորատորիա
- 3) ձգաբանության և պայթյունա-տեխնիկական հետազոտությունների լաբորատորիա
- 4) նյութագիտության բաժին
- 5) կենսաբանական, սննդային և թմրամիջոցների քրեագիտական հետազոտությունների լաբորատորիա
- 6) տեսաձայնագրվածքի հետազոտություն-

ների լաբորատորիա

- 7) շինարարատեխնիկական հետազոտությունների լաբորատորիա,
  - 8) ճանապարհատրանսպորտային պատահարների հետազոտությունների լաբորատորիա
  - 9) տնտեսագիտության լաբորատորիա
  - 10) սպրանքագիտության լաբորատորիա [1]:
- Կազմակերպության գործունեության առարկան է հանդիսանում փորձագիտության բնագավառում գիտահետազոտական, գիտաուսումնական, գիտամեթոդական, գիտափորձնական-վերլուծական աշխատանքների կատարումը, որի քանակական պատկերը ներկայացված է հետևյալ աղյուսակում (տես Աղյուսակ 2) [10]:

**Փորձագետների և մասնագետների վերապատրաստում և գիտ. աշխատանքներ**

**Աղյուսակ 2.**

Փորձաքննության տեսակը / տարեթիվ	Փորձագետների և մասնագետների վերապատրաստման դասընթացներ	Հրատարակված գիտ. աշխատանքների քանակը
2005	15	4
2006	18	10
2007	21	17
2008	23	19
2009	26	34
2010	28	43
2011	32	59
2012	33	60
2013	34	66
2014	38	73
2015/ 6 ամիս	17	37

Հաշվի առնելով, որ դատական փորձաքննությունը բնութագրում են. 1) որպես հատուկ գիտելիքների հիման վրա փորձագետի կողմից իրականացվող հետազոտություն, 2) որպես առանձնահատուկ ընթացակարգային գործունեություն, 3) որպես դատավարական իրավունքի ինստիտուտ [1. էջ 17], կարելի է նկատել, որ դատահոգեբանական փորձագետը

միայն «հատուկ գիտելիքների» տիրապետող անձը չէ: Ի տարբերություն փորձագետների՝ հասարակական կյանքի այլ ոլորտներում դատական փորձագետը կրում է քրեական պատասխանատվություն.

- կեղծ ցուցմունքի համար եզրակացություն ներկայացնելու համար,
- նախաքննության տվյալների հրապա-



րակման համար:

Հետաքրքիր փորձ է այս առումով ՌԴ գործող դատական հոգեբան-փորձագետների վերապատրաստման և կատարելագործման գործընթացը, մասնավորապես, Կարլոզայի Կ.Է. Յիակովսկու անվ. պետական համալսարանում գործող «Դատական փորձաքննության և քրեաբանության գիտահետազոտական կենտրոնում (НИИЦЭиКа)» գործող «Դատահոգեբանական փորձաքննության» մասնագիտությամբ վերապատրաստումը և որակավորումը:

Աշխատանքի վերջում ներկայացնում ենք դատական հոգեբան-փորձագետի մոդելի բաղադրիչները [5]:

**Ա) գիտելիքներ և հասկացություններ.**

Հոգեբանի մասնակցությամբ դատական փորձաքննությունների առաջացման տեսություններն ու մեթոդոլոգիան, առանձնահատկությունները դատական և քաղաքացիական փորձաքննությունների գործընթացում:

Դատահոգեբանական փորձագիտական հետազոտության հիմնական մեթոդները (հերմենևտիկական, որակական և քանակական):

Դատահոգեբանական փորձաքննության առաջացման էթիկական սկզբունքները և կազմակերպ-իրավական հիմքերը ու ՀԴՀՓ պետական ԴՓԿ-ում, ինչպես նաև ոչ պետական (մասնավոր) փորձաքննություններին առընթեր:

Ընդհանուր, կլինիկական և իրավաբանական հոգեբանության մեջ գիտական հետազոտությունների և դատական փորձագիտական տեսությունների միջև հարաբերությունները և հոգեբանի մասնակցությամբ դատական փորձաքննությունների անցկացման պրակտիկա:

Դատահոգեբանական փորձաքննության պրակտիկայի համար անհրաժեշտ՝ հոգեբանության, հոգեբուժության, իրավունքի և այլ հարակից գիտությունների բաժինները:

**Բ) Ինտելեկտուալ հմտություններ.**

Դատահոգեբանական և բժշկա-հոգեբանական հետազոտական մեթոդների տիրապետումը (հերմենևտիկական, որակական

և քանակական):

Հարակից գիտություններում և հոգեբանության տարբեր բնագավառներում գիտական ուսումնասիրությունների արդյունքների կիրառումը դատահոգեբանական փորձաքննության պրակտիկայում:

Վերլուծական և քննադատական մտածողություն, տարաբնույթ դատա-փորձագիտական իրավիճակներում մասնագիտական խնդիրների լուծման ընդունակություն:

Դատահոգեբանական փորձաքննության պրակտիկայում մետասանալիզի ընդունակության զարգացում:

Ստացած հոգեբանական մասնագիտական գիտելիքների կիրառումը տարբեր ձևերով հանցագործության հետաքննության և դատավարության պրակտիկայում:

**Գ) Գործնական հմտություններ.**

Կարողություն ինքնուրույն անցկացնելու դատահոգեբանական փորձաքննություն և հետազոտություն, կարգավորիչ-իրավական փաստաթղթերի համաձայն փորձագետի եզրակացություն կազմելու:

Փորձաքննության ենթարկվողների հետ արդյունավետ կոնտակտի մեջ մտնելու կարողություն, հատկապես հոգեկան խանգարումներով անձանց հետ:

Փորձաքննության ենթարկվողների հետ փոխազդեցության և հաղորդակցման տարբեր ստրատեգիաների կիրառման կարողություն՝ կախված դատական փորձաքննության տեսակից (քրեական և քաղաքացիական գործընթաց), փորձաքննության ենթարկվողի դատավարական կարգավիճակից (մեղադրյալ, սուժող, վկա, հայցվոր, ամբաստանյալ), տարիքային հոգեբանական զարգացածության մակարդակից, սեռից, հոգեկան վիճակից և փորձաքննության հանդեպ դիրքորոշումից (սիմուլյացիա և իր տարատեսակները):

Փորձաքննվող անձի հետ փոխհարաբերությունների կառուցման կարողություն՝ հաշվի առնելով նրա իրավունքներն ու պարտականությունները, կենդանի անձանց դատա-փորձարարական հետազոտությունների անցկացման բազային էթիկական սկզբունքները:

Արդյունավետ համագործակցության կարողություն ինչպես դատական փորձաքննություն նշանակող անձի կամ մարմնի հետ, այնպես էլ այլ դատական հոգեբան-փորձագետների և հարակից մասնագետ-փորձագետների հետ (հոգեբույժներ, սեքսուալաթոլոգներ, նարկոլոգներ և այլն):

Դ) Ունիվերսալ կարողություններ.

Սեփական մտքերը բանավոր և գրավոր շարադրելը, փաստերով պաշտպանել սեփական տեսակետը մյուս հոգեբան-փորձագետների, դատական հոգեբույժ-փորձագետների, իրավապահ մարմինների աշխատակիցների (քննիչներ) և դատավարության մասնակիցների (դատավոր, դատախազ, փաստաբան) հետ փոխհամաձայնեցված:

Ժամանակի պլանավորումն ու բաշխումը կախված հետազոտական և պրակտիկ դատափորձագիտական խնդիրներից:

Աշխատանք ինֆորմացիայի հետ, ընդ որում և՛ էլեկտրոնային տվյալների բազայի հետ, գիտահետազոտական աշխատանքներում, և՛ դատական փորձագիտությունների առաջացման պրակտիկայում:

Մտածողության ինքնուրույնություն, լիարժեք բազմակողմանի և գիտականորեն պայմանավորված տվյալների վերլուծության հիման վրա արված ներքին դիրքորոշման արտահայտման կարողություն:

Պատասխանատվության զգացում, պատասխանատվության և կոմպետենցիաների սահմանների օգտագործման կարողություն, որոնք տրված են օրենքով և բարոյապես:

**Գրականություն**

1. Եզեկյան Ա. և ուրիշներ. Փորձաքննությունը քաղաքացիական գործերով դատական վարույթի շրջանակներում: Ոսումնական ձեռնարկ. Փ 873 ՀՀ ԳԱԱ փորձաքննությունների ազգային բյուրո, Եր.: 2014, – 299 էջ:

2. Алексанян М.С. Назначение и производство экспертизы в Республике Армения. Журнал Известия Иркутской государственной экономической академии. Выпуск № 5, 2011, с. 39 – 44.

3. Джавадян А., Еремян А., Минасян С. и др. Концептуальные положения относительно проекта закона Республики Армения «Об экспертизе и экспертной деятельности». Ереван, 2006.

4. Енгальчев В.Ф., Казарян Г.А. К проблеме становления судебно-психологической экспертизы в Республике Армения. Материалы международной конференции, посвященной 50-летию факультета философии и психологии ЕГУ. Ереван 2014, стр. 445-449.

5. Енгальчев В.Ф., Шипшин С.С. Судебная психологическая экспертиза в уголовном и гражданском процессах: вопросы теории и практики. Москва-Воронеж, 2015. – 456 с.

6. Лурия А.Р. Экспериментальная психология в судебном деле. М., 1928

7. Россинская Е. Р. Теория судебной экспертизы: учебник Е. Р. Россинская, Е. И. Галяшина, А. М. Зинин; под ред. Е. Р. Россинской. — М., 2011. – 384 с.

8. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. М., 1998. – 192 с.

9. Холопова Е.Н. Судебно-психологическая экспертиза: монография. М., 2010. – 416 с.

10. [URL: <http://www.nbe.am/>]:

**Տեղեկություններ հեղինակների մասին՝**

**Վ.Ֆ. Ենգալիչև**

ԿՊՅ ընդ. և իրավաբանության ամբիոնի վարիչ, Դատական փորձաքննության և կրիմինալիստիկայի գիտահետազոտական կենտրոնի տնօրեն, ՌԴ. **E-mail:** [valiyen@gmail.com](mailto:valiyen@gmail.com)

**Գ.Յ. Ղազարյան**

Մ.Յերացու անվ. ԵՊԲՀ բժշկական հոգեբանության ամբիոնի դոցենտ, ՀՀ, Երևան **Tel.** 091 48 95 61 **E-mail:** [kgy@rambler.ru](mailto:kgy@rambler.ru)

**Ստացվել է՝ 07.04.2016**

## ЗНАЧЕНИЕ ВАЛИДИЗИРОВАННЫХ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

М.Б. Гемилян

Ереванский государственный медицинский университет

Ереван, Армения

Понятие «функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ФРЖКТ)» объединяет множество симптомов, связанных с расстройствами различных отделов ЖКТ. Функциональные заболевания органов пищеварения представляют собой довольно распространенную проблему: так, распространенность синдрома раздраженного кишечника и функциональной диспепсии составляет около 10% в разных популяциях. Описана высокая частота сопутствующих психологических или психиатрических нарушений у пациентов с ФРЖКТ. Наиболее частыми психиатрическими расстройствами в практике врача первичного звена являются депрессия, тревожное расстройство и соматоформное расстройство. Для быстрой диагностики перечисленных состояний наиболее широко применяются опросники с доказанной надежностью и валидностью, в частности, Опросник Здоровья Пациентов – PHQ (Patient Health Questionnaire). Очевидна необходимость разработки и валидации армяноязычных версий подобных опросников для широкого применения в армянской популяции.

**Ключевые слова:** функциональные расстройства, диспепсия, депрессия, тревожное расстройство, соматизация, психометрические опросники, валидизация.

## ՎԱԼԻԴԱՑՎԱԾ ՊՍԻԽՈՄԵՏՐԻԿ ՀԱՐՑԱԾԱՐԵՐԻ ԳԵՐԸ ՍՏԱՄՈՔՍԱՂԻՔԱՅԻՆ ՈՂՈՒ ՖՈՆԿՑԻՈՆԱԼ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՀՈԳԵՔՆՈՒԺԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ ԳՆԱՀԱՏԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ (ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱԿՆԱՐԿ)

Մ.Բ. Գեմիլյան

Երևանի պետական բժշկական համալսարան

Երևան, Հայաստան

Ստամոքս-աղիքային ուղու ֆունկցիոնալ խանգարումների (ՍԱՈՒՖԽ) հասկացությունն իր մեջ միավորում է բազմաթիվ ախտանիշներ, որոնք կապված են տրակտի տարբեր հատվածների ֆունկցիայի խանգարման հետ: Այս հիվանդությունները բավականին տարածված են: Այսպես, զրգռված աղիքի համախտանիշի և ֆունկցիոնալ դիսպեպսիայի տարածվածությունը տարբեր բնակչություններում կազմում է մոտ 10%: Նկարագրված է ՍԱՈՒՖԽ հիվանդների մոտ ուղեկցող հոգեբանական խանգարումների բարձր հաճախականությունը: Առաջնային բուժօգնության պրակտիկայում առավել հաճախ հանդիպող հոգեկան խանգարումներն են դեպրեսիան, տագնապային խանգարումը և սոմատոֆորմ խանգարումը: Այս վիճակների արագ ախտորոշման

համար լայնորեն կիրառվում են ապացուցված վստահելիությամբ և հավաստիությամբ օժտված հարցաշարերը, մասնավորապես, Պացիենտի առողջության հարցաշարը՝ PHQ (Patient Health Questionnaire): Հայաստանի բնակչության շրջանում լայն կիրառման համար անհրաժեշտ է ստեղծել և վավիդացնել նման հարցաշարերի հայալեզու տարբերակը:

**Հանգուցային բառեր.** ֆունկցիոնալ խանգարումներ, դեպրեսիա, տագնապային խանգարում, սոմատիզացիա, պսիխոմետրիկ հարցաշարեր, վավիդացում:

## THE ROLE OF VALIDATED PSYCHOMETRIC QUESTIONNAIRES IN EVALUATION OF MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF GASTROINTESTINAL TRACT (LITERATURE REVIEW)

M.B. Gemilyan  
Yerevan State Medical University  
Yerevan, Armenia

The concept of functional gastrointestinal disorders (FGID) includes a constellation of symptoms linked to disorders of all parts of the GI tract. Functional disorders of gastrointestinal organs are very common: for example, the prevalence of irritable bowel syndrome and functional dyspepsia in different populations is around 10 percent. A high percentage of concomitant mental disorders has been described in patients with FGID. The most common psychiatric disorders in primary care are depression, anxiety, and somatoform disorder. Several questionnaires with tested reliability and validity have been proposed for rapid screening and diagnostics of these disorders, including Patient Health Questionnaire (PHQ). The need for translation of such questionnaires into Armenian and validation of translated versions for wide use in Armenian population is obvious.

**Keywords:** functional disorders, depression, anxiety, somatization, psychometric questionnaire, validation.

Понятие «функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта» (ФРЖКТ) объединяет множество симптомов, связанных с расстройствами различных отделов тракта, начиная с пищевода и заканчивая анальным отверстием, и главным критерием всех функциональных расстройств является присутствие симптомов в течение как минимум 12 недель за последние 12 месяцев при отсутствии выявляемых анатомических или биохимических дефектов. Среди таких

состояний выделяются, в частности, расстройства, связанные с верхними отделами гастроинтестинального тракта, такие как диспепсия, а также кишечные функциональные расстройства – синдром раздраженного кишечника, функциональная диарея, функциональный понос, функциональная абдоминальная боль и т.д. Функциональная диспепсия (ФД), в свою очередь, подразделяется на два типа: синдром эпигастральной боли и синдром постпрандиального дистресса.

Критерии диагноза синдрома раздраженного кишечника (СРК) включают абдоминальную боль в сочетании с каким-либо расстройством дефекации и в зависимости от последнего различают СРК-Д (с диареей), СРК-З (с запором), а также СРК-С (смешанный тип) [1].

Функциональные заболевания органов пищеварения представляют собой довольно распространенную проблему. Так, при опросе жителей США с участием 5430 семей выявилось, что 69% респондентов имели симптомы хотя бы одного функционального расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) за прошедшие 3 месяца, большинство из которых (44%) относились к кишечнику [2]. В другом опросе, охватившем 1000 жителей США, Римским (II) критериям диагноза СРК соответствовали 9,5% респондентов, причем статистически достоверной разницы между возрастными группами < 50 (9,9%) и ≥ 50 лет (7,6%) не наблюдалось [3]. Функциональные расстройства могут манифестировать в детском возрасте: в исследовании детей школьного возраста в Сальвадоре симптомы какого-либо расстройства были найдены у 20% детей в группе из 395; в частности, СРК наблюдался у 3,75% обследованных детей [4]. Более того, часто обнаруживаются сочетанные расстройства, так называемый «оверлап»: так, в исследовании среди 35447 обследованных французских жителей у 10,4% нашли симптомы

более одного функционального заболевания, и частыми сочетаниями явились функциональная диспепсия вместе с СРК и ФЗ [5]. В похожем датском исследовании приняли участие 100000 субъектов, из которых удалось обследовать 52,2%, и среди обследованных частота ФД и СРК (согласно III Римским критериям) составила соответственно 7,7% и 10,5%, а «оверлап» наблюдался у 6,5% страдавших расстройствами ЖКТ [6]. Сходным образом, среди 3000 жителей Бангладеша частота встречаемости СРК, ФД и их «оверлап» оказалась равной соответственно 12,9%, 8,3% и 3,5% [7]. Обобщая, можно заключить, что функциональные расстройства ЖКТ встречаются сравнительно часто, распространенность СРК и ФД составляет около 10% в разных популяциях, и существенного различия между западными и восточными странами не наблюдается.

Проблема для общественного здравоохранения заключается не только в высокой частоте встречаемости, но и в особенностях естественного течения, которыми также обусловлена высокая нагрузка на медицинскую помощь, оказываемую в различном объеме таким больным, у которых тем не менее отсутствует риск угрожающих жизни осложнений или исходов заболевания. Естественное течение болезни описано в двух когортных исследованиях, в которых больные наблюдались в течение 10 и 12 лет. Первая работа проводилась в США, средний период наблю-

дения за популяцией длился 12 лет (в течение 1988-2003гг), численность популяции – 1365 человек. Выявились следующие проценты встречаемости ФД и СРК: в начале периода – 8,3% и 1,9%, в конце – 11,4% и 3,3%, то есть отмечался некоторый прирост для обоих расстройств. Наиболее интересным можно считать тот результат, что всего у 40% больных при завершении наблюдения симптомы исчезали, у 20% они сохранялись, а у 40% выявлялось изменение симптомов с типичных для одного расстройства на типичные для другого. Такая закономерность позволила авторам предположить сходные этиопатогенетические механизмы возникновения ФД и СРК [8]. Второе исследование проводилось в Исландии в период между 1996 и 2006гг. Данные по распространенности СРК и ФД в начале и в конце 10-летнего периода составили соответственно 4,8% и 16,9% (1996г) и 6,1% и 17,2% (2006г). Среди больных ФД и СРК симптомы исчезли в конце периода наблюдения у 52%, а изменение симптомов произошло у 38% [9]. Очевидно, что такое течение болезни должно приводить к повышенной обращаемости за медицинской помощью. Несмотря на то, что по разным данным 20-75% больных СРК обращается к врачу [10,11], в общей структуре амбулаторных визитов эта патология, как и другие функциональные расстройства пищеварения, составляет значительный процент и налагает существенную нагрузку на

систему здравоохранения в плане затрат [10, 12].

Учитывая тот факт, что по сей день не имеется повсеместно принятой, единой концепции, которая всесторонне объяснила бы патогенез функциональных расстройств ЖКТ, следует признать необходимость тщательного изучения разрозненных компонентов, предложенных в качестве вероятных патогенетических механизмов. Одним из таких является наличие сопутствующих психологических или психиатрических нарушений у пациентов. Так, выявлено, что у 77,4% пациентов с функциональными расстройствами ЖКТ (ФД и СРК) имеется какое-либо психологическое отклонение либо иное (вне ЖКТ) функциональное расстройство, что ухудшало качество жизни согласно опроснику «Health-related quality of life» – «качество жизни, связанное со здоровьем» (HRQOL). Такая частота встречаемости сопутствующих нарушений статистически достоверно превышала частоту среди больных с органическими желудочно-кишечными заболеваниями [13]. В канадском исследовании среди 4217 больных, обращающихся в 2 больницы, у 57% были диагностированы функциональные расстройства ЖКТ согласно Римским критериям с исключением органической патологии. У этих больных имелось достоверное повышение процента таких психиатрических патологий, как депрессия (отношение шансов, ОШ 2,04) и тре-

возное расстройство (ОШ 2,66) по сравнению с больными, не соответствующими Римским критериям функциональных заболеваний. При этом психиатрические расстройства наблюдались чаще у женщин, чем у мужчин, и их процент повышался параллельно повышению количества функциональных расстройств и выраженности гастроинтестинальных симптомов у данного пациента. Интересно, что психиатрические отклонения, выявленные при данном исследовании с помощью опросника Hospital Anxiety and Depression Scale – госпитальная шкала тревожности и депрессии (HADS), были диагностированы лечащим врачом лишь в 22% случаев тревожных расстройств и в 9% случаев депрессивных расстройств [14].

В работе Ly H.G. и соавторов описывается более частая встречаемость тревожного расстройства среди 259 пациентов с функциональной диспепсией при наличии такого конкретного симптома, как растяжение в желудке [15]. Авторы показали связь тревоги с объективным снижением скорости эвакуации желудка, что также коррелировало с симптомом тяжести. Отмечается также отсутствие связи данных гастроинтестинальных нарушений с депрессивным расстройством. Подобные связи описывались и в более раннем исследовании Van Oudenhove и соавт. [16], включающем 139 наблюдений, согласно которому тревожность отрицательно коррели-

ровала с порогом болевой чувствительности особенно у гиперчувствительных пациентов с ФД. Большой интерес представляет проспективное исследование, проведенное в Швеции среди 703 испытуемых – случайной выборки из общей популяции страны, на протяжении 10 лет. В начале исследования частота функциональной диспепсии составила 15,6%, а через 10 лет – 13,3%, причем примерно половина из них составила новые случаи заболевания. По результатам работы, имелась связь тревожного расстройства с синдромом постпрандиального дистресса, но не эпигастральной боли, причем как в начале (ОШ 4,83, 95% КИ 1.24-18.76), так и в конце периода наблюдения (ОШ 8.12; 99% конфиденный интервал, КИ, 2.13-30.85), что подтверждает данные других исследовательских групп. Наиболее важным результатом, на наш взгляд, является демонстрация временной последовательности развития двух расстройств. Оказалось, что если у объекта исследования имелось тревожное расстройство в начале 10-летнего периода, то риск развития функциональной диспепсии в конце этого отрезка времени был значительно повышен по сравнению с лицами без тревожных расстройств (ОШ 7.61; 99% КИ 1.21-47.73). Следует отметить, что такой связи не наблюдалось в случае гастроэзофагеальной рефлюкс-болезни, что подчеркивает разные механизмы развития ФД и гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни [17]. Таким образом, удалось показать, что тревога повышает 10-летний риск развития ФД более чем в 7,5 раз.

Для диагностики и оценки степени различных психиатрических расстройств существует множество методик, которые более или менее приспособлены для разнообразных целей, а именно глубинного психиатрического обследования, быстрого скрининга либо же для исследовательских целей при проведении клинических испытаний. Для повседневного использования в практике гастроэнтеролога либо врача первичного звена такой диагностический инструмент должен быть удобен в применении, отнимать минимальное количество времени для заполнения и в то же время обладать высокой валидностью, т.е. достоверностью в оценке конкретных расстройств.

Наиболее частыми психическими расстройствами в практике врача первичного звена являются депрессии, тревожные расстройства и соматоформные расстройства [18]. Для быстрой диагностики перечисленных состояний наиболее широко применяются разработанные и опробованные опросники: так, для депрессии и тревоги – опросник HADS, для депрессии – шкала Гамильтона, а также Объединенный Опросник Здоровья Пациента (PHQ – Patient Health Questionnaire), состоящих из трех модулей для соответственной диагностики трех рас-

стройств [19]. Последний опросник считается достаточно валидным для диагностики и определения степени тяжести депрессии, тревоги и соматизации [20, 21] и использовался в популяциях больных с желудочно-кишечными функциональными расстройствами в нескольких исследованиях [22, 23].

Для того, чтобы предлагаемый тест или опросник был одобрен для оценки какого-либо параметра, относящегося к ментальному здоровью, необходимо, чтобы он прошел проверку на надежность (reliability) и достоверность (validity). Надежность – это такое качество опросника, благодаря которому возможно повторное измерение данного параметра в различных условиях без значительных колебаний. Достоверность же определяется как способность инструмента измерять именно тот параметр, для которого он был предназначен [24]. Существуют различные критерии валидности: «лицевая» валидность, конструктивная валидность, внутренняя валидность, для оценки которых применяются методы экспертной оценки, повторных измерений, и т.д. [25].

Так как сфера психического здоровья тесно связана с культурными и национальными особенностями исследуемой популяции, то общепринято, что каждый опросник должен проходить дополнительную валидизацию после его перевода на какой-либо иной язык с языка оригинала. Сама процедура перевода также должна соответство-



вать определенным критериям: в частности, необходимым минимумом является «двусторонний» перевод с языка оригинала на требуемый язык и обратно, после чего проверяется, сохранил ли вторично переведенный опросник свои смысл и значение на языке оригинала [26, 27]. Так как данный процесс является достаточно трудоемким и сложным, предложены облегченные руководства для перевода [28].

Исследования по эпидемиологии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта и особенностям их клинических проявлений крайне важны для разработки наиболее оптимальных алгоритмов диагностики пациентов, обращающихся к врачу с гастроинтестинальными симптомами. В Армении имеется целый ряд особенностей, диктующих специфический подход к диагностическим алгоритмам при таких симптомах: это и высокая распространенность рака желудка по сравнению с западными странами, и низкий социально-экономический статус широких слоев населения, ограничивающий возможности лабораторно-инструментальной диагностики и налагающий свой отпечаток на психическое здоровье граждан нашей страны. В последнем немаловажную роль играют также и нестабильная международная ситуация, в частности конфликт с Азербайджаном, а также последствия землетрясения 1988 г., до сих пор дающие о себе знать. В данном контексте необходима разработка эф-

фективных инструментов для оценки психологического статуса пациентов любого профиля, в частности гастроэнтерологического. Для этого необходимо выбрать широко применяемый, всеобъемлющий и удобный опросник и произвести его перевод на армянский язык и валидацию армяноязычной версии. В результате будет разработан психометрический опросник для оценки депрессивного, тревожного и соматоформного расстройств, который смогут широко применять специалисты самых разных специальностей в сфере здравоохранения в Армении.

#### Литература:

1. Corazziari E. Definition and epidemiology of functional gastrointestinal disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18 (4):613-631.
2. Drossman D.A., Li Z., Andruzzi E., et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence., sociodemography., and health impact. *Dig Dis Sci.* 1993;38 (9):1569-1580.
3. Minocha A., Johnson W.D., Abell T.L., Wington W.C. Prevalence., sociodemography., and quality of life of older versus younger patients with irritable bowel syndrome: a population-based study. *Dig Dis Sci.* 2006;51(3):446-453.
4. Zablah R., Velasco-Benítez C.A., Merlos I., Bonilla S., Saps M. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in school-aged children in El Salvador. *Rev Gastroenterol Mex.* 2015;80 (3):186-191.

5. Le Pluart D., Sabaté J-M., Bouchoucha M., Hercberg S., Benamouzig R., Julia C. Functional gastrointestinal disorders in 35,447 adults and their association with body mass index. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41 (8):758-767.
6. Rasmussen S., Jensen T.H., Henriksen S.L., et al. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population. *Scand J Gastroenterol.* 2015;50 (2):162-169.
7. Perveen I., Rahman M.M., Saha M., Rahman M.M., Hasan M.Q. Prevalence of irritable bowel syndrome and functional dyspepsia, overlapping symptoms, and associated factors in a general population of Bangladesh. *Indian J Gastroenterol Off J Indian Soc Gastroenterol.* 2014;33 (3):265-273.
8. Halder S.L.S., Locke G.R., Schleck C.D., Zinsmeister A.R., Melton L.J., Talley N.J. Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12-year longitudinal population-based study. *Gastroenterology.* 2007;133 (3):799-807.
9. Olafsdottir LB., Gudjonsson H., Jonsdottir H.H., Bjornsson E., Thjodleifsson B. Natural history of functional gastrointestinal disorders: comparison of two longitudinal population-based studies. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver.* 2012;44 (3):211-217.
10. Chang L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20 (s7):31-39.
11. Cremonini F., Talley N.J. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. *Gastroenterol Clin North Am.* 2005;34 (2):189-204.
12. Talley N.J. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterol Motil.* 2008;20 (s1):121-129.
13. Vu J., Kushnir V., Cassell B., Gyawali C.P., Sayuk G.S. The impact of psychiatric and extraintestinal comorbidity on quality of life and bowel symptom burden in functional GI disorders. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc.* 2014;26 (9):1323-1332.
14. Pinto-Sanchez M.I., Ford A.C., Avila C.A., et al. Anxiety and Depression Increase in a Stepwise Manner in Parallel With Multiple FGIDs and Symptom Severity and Frequency. *Am J Gastroenterol.* 2015;110 (7):1038-1048.
15. Ly H.G., Weltens N., Tack J., Van Oudenhove L. Acute Anxiety and Anxiety Disorders Are Associated With Impaired Gastric Accommodation in Patients With Functional Dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* 2015;13 (9):1584-1591.e3.
16. Van Oudenhove L., Vandenberghe J., Geeraerts B., et al. Relationship between anxiety and gastric sensorimotor function in functional dyspepsia. *Psychosom Med.* 2007;69 (5):455-463.
17. Aro P., Talley N.J., Johansson S-E., Agréus L., Ronkainen J. Anxiety Is Linked to New-Onset Dyspepsia in the Swedish

Population: A 10-Year Follow-up Study. Gastroenterology. 2015;148 (5):928-937.

18. Hanel G., Henningsen P., Herzog W., et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. J Psychosom Res. 2009;67 (3):189-197.

19. Patient Health Questionnaire Screeners. Available at [http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/English\\_1.pdf](http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/English_1.pdf). Accessed 29.02.2016

20. Kocalevent R-D., Hinz A., Brähler E. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. BMC Psychiatry. 2013;13 (1):91.

21. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32 (4):345-359.

22. Böhn L., Störsrud S., Törnblom H., Bengtsson U., Simrén M. Self-Reported Food-Related Gastrointestinal Symptoms in IBS Are Common and Associated With More Severe Symptoms and Reduced Quality of Life. Am J Gastroenterol. 2013;108 (5):634-641.

23. Van Oudenhove L., Vandenberghe J., Vos R., Holvoet L., Tack J. Factors associated with co-morbid irritable bowel syndrome and chronic fatigue-like symptoms in functional dyspepsia: IBS and chronic fatigue in functional dyspepsia. Neurogastroenterol Motil.

2011;23 (6):524-e202.

24. Golafshani, N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. Qual Rep. 2003;8 (4):597-606.

25. Considine J., Botti M., Thomas S. Design, format, validity and reliability of multiple choice questions for use in nursing research and education. Coll R Coll Nurs Aust. 2005;12 (1):19-24.

26. Acquadro C., Conway K., Hareendran A., Aaronson N. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. Value Health. 2008;11 (3):509-521.

27. Guillemin F., Bombardier C., Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46 (12):1417-1432.

28. Mathias S.D., Fifer S.K., Patrick D.L. Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. Qual Life Res. 1994;3 (6):403-412.

**Информация об авторе:**

**Маник Бениаминовна Гемилян**

Преподаватель кафедры терапии N4 Ереванского Государственного Медицинского Университета

**Адрес:** Корюна 2, Ереван 0025, Армения

**Адрес эл. почты:** [mgemilyan@gastroenterology.am](mailto:mgemilyan@gastroenterology.am)

**Тел.** 37477-214943, 37410-318259

**Поступила 01.03.2016**

## ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԿԱՐԾՐԱՏԻՊԵՐԻ ԵՎ ԱՆՁՆԱՅԻՆ ԱՃԻ ՓՈԽԱԶԳԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա.Ն. Նազարյան

Գիտության ազգային ակադեմիայի գիտակրթական միջազգային կենտրոն  
Երևան, Հայաստան

Հոդվածում ներկայացվում է սոցիալական կարծրատիպերի և անձնային աճի փոխազդեցությունը: Ենթադրվում է, որ գոյություն ունի փոխկապակցվածություն և փոխապայմանավորվածություն անձի կարծրատիպայնության և անձնային աճի միջև: Որքան բարձր է անձնային աճի մակարդակը, այնքան ցածր է նրա կարծրատիպային պատկերացումների արտահայտվածության մակարդակը և ընդհակառակը:

**Հանգուցային բառեր.** սոցիալական կարծրատիպ, կարծրատիպային պատկերացումներ, անձնային աճ, ինքնաակտուալիզացիա:

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ И ЛИЧНОСТНОГО РОСТА

А.С. Назарян

Международный научно-образовательный центр национальной академии наук  
Ереван, Армения

В статье рассматривается взаимодействие социальных стереотипов и личностного роста. Предполагается, что существует взаимосвязь и взаимообусловленность между личностным ростом и стереотипностью личности. Чем выше уровень личностного роста личности, тем ниже выраженность ее стереотипных представлений и наоборот.

**Ключевые слова:** социальный стереотип, стереотипные представления, личностный рост, самоактуализация.

## SOCIAL STEREOTYPES AND PERSONAL GROWTH INTERACTION

A.N. Nazaryan

International Scientific-Educational Center of the National Academy of Sciences of RA  
Yerevan, Armenia

The article discusses the interaction of social stereotypes and personal growth. It is believed that there is a correlation and interrelationship between expressing stereotypical notions and personal growth. The higher the level of person's personal growth is, the lower is the expression of his stereotypical notions and the contrary.

**Keywords:** stereotype, stereotypical notions, personal growth, self-actualization.

## Ներածություն

Սոցիալական կարծրատիպերի բազմակողմանի ուսումնասիրությունն ու լուսաբանումը ժամանակակից հոգեբանության արդիական հիմնահարցերից է: Ներկայիս աշխարհում գիտատեխնիկական առաջընթացի, տեղեկատվական գերբեռնվածության պայմաններում սոցիալական կարծրատիպերը մի կողմից հեշտացնում, պարզեցնում են հասարակական բարդ երևույթների ընկալումը, մյուս կողմից՝ «կաղապարում են» մարդկանց, խոչընդոտում անձի լիարժեք ինքնիրացմանը, ստեղծագործական ունակությունների արտահայտմանը, սեփական ներուժի օգտագործմանը: Հենց այս հանգամանքով է պայմանավորված անձի ինքնադրսևորման, ինքնիրացման, անձնային աճի խթանման, անձի հոգեկանում կարծրատիպային պատկերացումների և անձնային աճի համահարաբերակցության ուսումնասիրության անհրաժեշտությունը:

«Կարծրատիպ» եզրույթը գիտական շրջանառության մեջ է դրել ամերիկացի սոցիոլոգ, լրագրող Ուոլթեր Լիպմանը 20-րդ դարի 20-ական թվականներին: Իր «Հասարակական կարծիք» գրքում (1922թ.) նա կարծրատիպերը բնորոշում է որպես կարգավորված, սխեմատիկ, մշակույթով պայմանավորված «աշխարհի պատկերներ» մարդու գիտակցության մեջ, որոնք բարդ սոցիալական երևույթների ընկալման գործընթացում տնտեսում են մարդկանց ճիգերը և պաշտպանում նրանց սոցիալական դիրքը, արժեքները, սովորույթներն ու իրավունքները [2, էջ 95-114]: Ուլթեր Լիպմանի տեսությունից

հետո կարծրատիպերի վերաբերյալ ուսումնասիրություններ են կատարել բազմաթիվ հեղինակներ, ովքեր կախված իրենց տեսական և մեթոդաբանական կողմնորոշումներից, տարաբնույթ մոտեցումներ են ցուցաբերում կարծրատիպերի բնորոշման և ծագման մեխանիզմների հարցում: Որոշ հեղինակներ կարծրատիպերը դիտարկում են որպես մարդկանց որոշակի խմբին բնորոշ առանձնահատկությունների վերաբերյալ կարծիք (Շ. Բերն [7]), պատկերացում (Է. Վայնեկի [13], Շ. Թեյլոր, Լ. Պիպլո, Գ. Սիրս [6], Մ. Յախոդ [7], Տ. Շիրուտանի [9] կամ դատողություն (Ու. Քվաստհոֆ [12]): Մյուսները կարծրատիպը բնորոշում են որպես որևէ առարկայի վերաբերյալ չափազանցված համոզմունք կամ կարծիք, որի հիմնական գործառույթը մեր վարքի արդարացումն ու ռացիոնալացումն է (Գ. Օլպորտ, [10], Ջ. Մարտին [11, էջ 12-13]):

Մեր հետազոտության շրջանակներում մենք սոցիալական կարծրատիպերը բնութագրում ենք որպես պարզեցված, հարաբերականորեն կայուն, գիտակցական վերահսկողության չենթարկվող, հուզականորեն հագեցած պատկերացումներ անհատական, խմբային և հասարակական գիտակցության մեջ, որոնք առաջ են գալիս սոցիալական փոխազդեցության արդյունքում և որոշում են մարդկանց կամ սոցիալական խմբերի վերաբերմունքը որոշակի սոցիալական առարկաների, երևույթների և իրադրությունների հանդեպ [1, էջ 198-201]:

## Հետազոտության նպատակն ու վարկածը.

Հետազոտության նպատակն է բացա-

հայտել անձի կարծրատիպության և անձնային աճի փոխկապակցվածությունն ու փոխապայմանավորվածությունը: Այդ նպատակին հասնելու համար առաջադրել ենք հետևյալ խնդիրները՝

1. Ուսումնասիրել հետազոտվողների սեռադերային, տարիքային և մասնագիտական կարծրատիպային պատկերացումների մակարդակը:

2. Բացահայտել հետազոտվողների անձնային աճի մակարդակը:

3. Կատարված հետազոտության տվյալների հիման վրա վեր հանել անձի սեռադերային, տարիքային և մասնագիտական կարծրատիպային պատկերացումների և անձնային աճի համահարաբերակցությունը:

4. Հետազոտության արդյունքում ստացված տվյալները ենթարկել քանակական և որակական վերլուծության:

Մեր կողմից իրականացված հետազոտության հիմքում ընկած է այն վարկածը, համաձայն որի անձի կարծրատիպության և անձնային աճի միջև առկա է հակադարձ համահարաբերակցական կապ. որքան բարձր է անձնային աճի մակարդակը, այնքան ցածր է նրա կարծրատիպային պատկերացումների արտահայտվածությունը և ընդհակառակը:

### **Մեթոդներ և մեթոդիկաներ**

Մեր կողմից կատարված հետազոտությունների ընթացքում կիրառվել են թեստավորման հետևյալ մեթոդները. «Անձի ինքնաակտուալիզացիայի ախտորոշում» (Ա.Վ. Լազուկին, ադապտացված Ն.Ֆ. Կալինայի կողմից) մեթոդիկան [8, էջ 426-433], Ինքնավերաբերմունքի ուսումնասիրության մեթոդիկան (Ս.Պ.

Պանտիլեն) [3], «Տոլերանտության ինդեքս» էքսպրես-հարցարանը (Գ.Ու. Սոլդատովա, Օ.Ա. Կրավցովա և այլոք) [4, էջ 46-50], Սանդրա Բեմի «Առնականություն-կանացիություն» մեթոդը [5, էջ 253-256], Տարիքային կարծրատիպերի արտահայտվածության գնահատման և մասնագիտական կարծրատիպերի արտահայտվածության գնահատման հեղինակային հարցարանները:

Հետազոտությունների արդյունքների մշակման ընթացքում իրականացվել է հոգեբանական, այնուհետև՝ ստացված արդյունքների կորելյացիոն վերլուծություն: Հետազոտության արդյունքները մշակվել են Microsoft Excel 2010 և SPSS ստատիստիկ ծրագրերի օգնությամբ: Կիրառվել է Պիրսոնի գծային կորելյացիոն վերլուծության գործակիցը և միջինացված արժեքների համեմատական վերլուծության Ստյուդենտի չափանիշը:

Սոցիալ-հոգեբանական հետազոտություններն իրականացվել են ՀՀ Երևան քաղաքի Շենգավիթ վարչական շրջանի ղեկավարի աշխատակազմում, «Մենեջմենթ-միքս» խորհրդատվական և թրեյնինգային ընկերությունում, «Տաթև» գիտակրթական համալիրի «Մանանա» ուսումնական կենտրոնում, ՀՀ ԳԱԱ Գիտակրթական միջազգային կենտրոնում, «Աճ» անձի և բիզնեսի զարգացման կենտրոնում: Փորձարարական հետազոտության մեջ ընդգրկվել են 20-55 տարեկան ընդհանուր թվով 291 անձ, որից 151 կին և 140 տղամարդ:

### **Արդյունքները**

Հետազոտության վերլուծության արդյունքում  $p < 0,01$  հավաստիությամբ դրա-

կան համահարաբերակցական կապեր են դրսևորվել ինքնասկտուալիզացիայի «Ինքնահամակրանք» գործոնի և Ինքնավերաբերմունքի 4 գործոնների («Ինքնավստահություն» ( $r=0,566$ ), «Ինքնակառավարում» ( $r=0,528$ ), «Ինքնարժևորում» ( $r=0,526$ ), «Ինքնաընդունում» ( $r=0,526$ )) միջև: Արտահայտված դրական կապեր են դիտարկվել նաև ինքնասկտուալիզացիայի «Շփվողականություն» գործոնի և ինքնավերաբերմունքի 5 գործոնների («Ինքնավստահություն» ( $r=0,527$ ), «Ինքնակառավարում» ( $r=0,524$ ), «Այլ մարդկանց վերաբերմունք» ( $r=0,485$ ), «Ինքնարժևորում» ( $r=0,575$ ), «Ինքնաընդունում» ( $r=0,532$ )) միջև:

Ընդհանուր առմամբ հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ ինքնասկտուալիզացիայի բարձր մակարդակ ունեցող անձանց մոտ դիտվում է ինքնավերաբերմունքի գործոնների («Ինքնավստահություն», «Ինքնակառավարում», «Այլ մարդկանց վերաբերմունք», «Ինքնարժևորում», «Ինքնաընդունում») բարձր ցուցանիշներ:

$P<0,01$  հավաստիությամբ ուժեղ դրական համահարաբերակցական կապեր են դրսևորվել նաև ինքնասկտուալիզացիայի 8 գործոնների («Ժամանակի մեջ կողմնորոշում» ( $r=0,475$ ), «Մարդու բնույթի վերաբերյալ պատկերացումներ» ( $r=0,438$ ), «Ճանաչողական պահանջմունք» ( $r=0,524$ ), «Ինքնուրույնություն» ( $r=0,443$ ), «Ինքնահամակրանք» ( $r=0,610$ ), «Սպոնտանություն» ( $r=0,523$ ), «Շփվողականություն» ( $r=0,568$ ), «Ճկունություն հաղորդակցվելիս» ( $r=0,513$ ) և հանդուրժողականության միջև, ինչը վկայում է այն մասին, որ բարձր

հանդուրժողականություն ունեցող անձինք ապրում են ներկայով, «այստեղ և հիմա» սկզբունքով, ունեն ինքնուրույնության և սպոնտանության բարձր մակարդակ, նորի ճանաչողության անշահախնդիր ձգտում, օժտված են այլ մարդկանց հետ անկեղծ, ազնիվ, բարյացակամ և ներդաշնակ հարաբերություններ ստեղծելու ունակությամբ, հաղորդակցվող են և ճկունություն են դրսևորում հաղորդակցվելիս:

$P<0,05$  հավաստիությամբ համեմատաբար թույլ դրական համահարաբերակցական կապեր են նկատվել հանդուրժողականության և ինքնասկտուալիզացիայի «Արժեքներ» ( $r=0,479$ ), «Ստեղծարարություն» ( $r=0,500$ ) և «Ինքնահասկացում» ( $r=0,388$ ) գործոնների միջև:

Մեր հետազոտությունների արդյունքում  $P<0,05$  հավաստիությամբ հակադարձ կապեր են դրսևորվել տղամարդու կերպարի «Առնականություն» գործոնի և ինքնասկտուալիզացիայի «Ժամանակի մեջ կողմնորոշում» ( $r=-0,229$ ) ու «Ճանաչողական պահանջմունք» ( $r=-0,243$ ) գործոնների միջև:  $P<0,01$  հավաստիությամբ ուժեղ դրական համահարաբերակցական կապեր են դրսևորվել տղամարդու կերպարում «Կանացիություն» գործոնի և ինքնասկտուալիզացիայի 8 գործոնների միջև («Ժամանակի մեջ կողմնորոշում» ( $r=0,268$ ), «Արժեքներ» ( $r=0,321$ ), «Մարդու բնույթի վերաբերյալ պատկերացումներ» ( $r=0,324$ ), «Ճանաչողական պահանջմունք» ( $r=0,291$ ), «Ստեղծարարություն» ( $r=0,273$ ) «Ինքնուրույնություն» ( $r=0,261$ ), «Ինքնահամակրանք» ( $r=0,313$ ) և «Շփվողականություն» ( $r=0,348$ ): Կնոջ կեր-

պարում  $P < 0,01$  հավաստիությամբ դրական համահարաբերակցական կապեր են դիտվել «Առնականություն» գործոնի և ինքնաակտուալիզացիայի «Ժամանակի մեջ կողմնորոշում» ( $r=0,263$ ), «Ստեղծարարություն» ( $r=0,255$ ) «Ինքնահասկացում» ( $r=0,362$ ), «Ինքնահամակրանք» ( $r=0,384$ ) գործոնների միջև:

$P < 0,05$  հավաստիությամբ համեմատարար թույլ դրական համահարաբերակցական կապեր են նկատվել կնոջ կերպարում «Կանացիություն» գործոնի և ինքնաակտուալիզացիայի «Ինքնուրույնություն» գործոնի միջև ( $r=-0,200$ ):

Մեր կողմից կատարված հետազոտությունների վերլուծության արդյունքում տարիքային կարծրատիպային պատկերացումների և ինքնաակտուալիզացիայի 10 գործոնների («Ժամանակի մեջ կողմնորոշում» ( $r=-0,429$ ), «Արժեքներ» ( $r=-0,344$ ), «Մարդու բնույթի վերաբերյալ պատկերացումներ» ( $r=-0,353$ ), «Ճանաչողական պահանջմունք» ( $r=-0,393$ ), «Ստեղծարարություն» ( $r=-0,300$ ), «Ինքնահասկացում» ( $r=-0,276$ ), «Ինքնահամակրանք» ( $r=-0,384$ ), «Սպոնտանություն» ( $r=-0,332$ ), «Շփվողականություն» ( $r=-0,374$ ), «Ճկունություն հաղորդակցվելիս» ( $r=-0,267$ ) միջև դիտվել են ուժեղ դրական համահարաբերակցական կապեր:

$P < 0,01$  հավաստիությամբ ուժեղ դրական համահարաբերակցական կապեր են դիտարկվել նաև մասնագիտական կարծրատիպերի և ինքնաակտուալիզացիայի 9 գործոնների միջև («Ժամանակի մեջ կողմնորոշում» ( $r=-$

$0,313$ ), «Արժեքներ» ( $r=-0,386$ ), «Մարդու բնույթի վերաբերյալ պատկերացումներ» ( $r=-0,420$ ), «Ճանաչողական պահանջմունք» ( $r=-0,415$ ), «Ստեղծարարություն» ( $r=-0,371$ ), «Ինքնուրույնություն» ( $r=-0,285$ ), «Ինքնահասկացում» ( $r=-0,232$ ), «Ինքնահամակրանք» ( $r=-0,415$ ), «Շփվողականություն» ( $r=-0,408$ ), «Ճկունություն հաղորդակցվելիս» ( $r=-0,344$ ):

### Արդյունքների քննարկում

Այսպիսով, փորձարարական հետազոտության արդյունքները հավաստում են մեր վարկածը այն մասին, համաձայն որի անձի կարծրատիպայնության մակարդակի և անձնային աճի միջև առկա է հակադարձ համահարաբերակցական կապ: Որքան բարձր է անձնային աճի մակարդակը, այնքան ցածր է նրա կարծրատիպային պատկերացումների արտահայտվածության մակարդակը և ընդհակառակը:

### Եզրակացություններ

Սոցիալական կարծրատիպերի և անձնային աճի միջև առկա է փոխկապակցվածություն և փոխապայմանավորվածություն:

Անձնային աճի դրսևորման մակարդակի և անձի կարծրատիպայնության միջև գոյություն ունի հակադարձ կորելյացիոն կապ. որքան բարձր է անձնային աճի մակարդակը, այնքան ցածր է անձի հոգեկանում կարծրատիպային պատկերացումների արտահայտվածության մակարդակը և ընդհակառակը:

Սոցիալական կարծրատիպերը խոչընդ-



ոտում են անձի լիարժեք և բազմակողմանի զարգացմանը, լիակատար ինքնադրսևորմանն ու ինքնիրացմանը:

### Գրականություն

1. Հակոբյան Ն. Նազարյան Ա. Սոցիալական կարծրատիպերի հիմնախնդիրը հոգեբանության մեջ. տեսական և մեթոդաբանական մոտեցումները / Արդիականության հիմնախնդիրները. փիլիսոփայական և հոգեբանական հիմնախնդիրներ: ԵՊՀ 95-ամյակին և ԵՊՀ փիլիսոփայության և հոգաբանության ֆակուլտետի 50-ամյակին նվիրված միջազգային գիտաժողովի նյութերի ժողովածու.-Եր.: ԵՊՀ հրատ., 2014., 492 էջ:

2. Липпман У. Общественное мнение /Пер. с англ. Т.В. Барчуновой. М., Институт Фонда «Общественное мнение», 2004. – 384 с.

3. Пантилеев С. Р. Методика исследования самоотношения. М.: Смысл, 1993. 32 с.

4. Психодиагностика толерантности личности. Под редакцией Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. - М.: Смысл, 2008. - 172 с .

5. Реан А.А. Психология изучения личности: Учеб. пособие. – СПб., Изд-во Михайлова В. А., 1999. - 288 с.

6. Социальная психология Ш. Тейлор, Л. Пипло, Д. Сирс. - 10-е изд. - СПб.: Питер, 2004. - 767 с.

7. Стереотипы личности. (URL: <http://referatwork.ru/articles/stereotipi.html>).

8. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

9. Шибутани Т. Социальная психология. – М.: Изд-во «Прогресс», 1969. – 535 с.

10. Allport G.W. The nature of prejudice. – Cambridge: Addison-Welsey, 1954. – 438 p.

11. Martin J.G., The Tolerant Personality, Detroit, Wayne State University Press, 1964.

12. Quasthoff U.M. The uses of stereotype in everyday argument J. Pragmatics. Amsterdam: Benjamins, 1978; 2: 1-48.

13. Vinacke E.W. Stereotypes as social concepts J. Soc. Psychology. 1957; 46: 229-243.

### Տեղեկություն հեղինակի մասին

#### Անի Սպարտակի ՆԱԶԱՐՅԱՆ

ՀՀ ԳԱԱ Գիտակրթական միջազգային կենտրոնի դասախոս

Ջասգե՝ ք. Երևան, 0096, Մոլորվական 3շ., բն. 115

Ջեռ. +374(94) 315494

E:mail: nazaryanani@mail.ru

Ստացվել է՝ 02.05.2016

## О ПСИХОАНАЛИЗЕ И ЕГО ОСОБЕННОСТЯХ

«Научить выносить страдание - одно из основных достижений психоанализа».

Шандор Ференци

**А.В. Варданян**

**Армянский государственный педагогический университет имени Хачатура Абовяна  
Ереван, Армения**

В статье описана история становления психоанализа как первого немедикаментозного метода лечения невротических расстройств, а также отображено современное состояние теории, техники и клиники данного психотерапевтического метода. Представлены: а) структура подготовки психоаналитика, б) особенности его становления и специализации, в) значение профессиональной идентификации, г) некоторые характеристики и специфика психоаналитического курса лечения. В заключении выделены критерии, по которым возможно обоснованно выбрать психоаналитика.

**Ключевые слова:** психоанализ, психоаналитическая психотерапия, теория, практика, техника, образование, идентичность.

## ABOUT PSYCHOANALYSIS AND ITS PECULIARITIES

**A.V. Vardanyan**

**Amenian State Pedagogical University after Khachatur Abovyan  
Yerevan, Armenia**

The article illustrates the history of psychoanalysis formation into a first non-drug treatment applied in case of neurotic disorders, and provides a highlight on the modern theory, technology and clinical manifestations of this method. The article contains: a) the structure of training offered for psychoanalysts; b) their development and specialization characteristics; c) the importance of professional identification; d) some of the peculiarities and specificity of the psychoanalytic treatment scheme. In conclusion, the article spotlights the criteria based on which the choice of a psychoanalyst can be reasonably made.

**Keywords:** psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, theory, practice, technique, specialization, identity.

## ՀՈԳԵՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՆՐԱ ԱՌԱՆՃՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

**Ա.Վ. Վարդանյան**

**Խաչատուր Աբովյանի անվան հայկական պետական մանկավարժական համալսարան  
Երևան, Հայաստան**

Հոդվածում ներկայացվում է հոգեվերլուծության ձևավորման պատմությունը՝ որպես ներոտիկ խանգարումների դեպքում կիրառվող առաջին ոչ-դեղորայքային բուժման մեթոդի, ինչպես նաև նկարագրվում են հոգեթերապևտիկ այս մեթոդի ժամանակակից տեսությունը, տեխնոլոգիան և կլինիկական դրսևորումները: Հոդվածը պարունակում է. ա) հոգեվերլուծողի ուսուցման կառուցվածքը, բ) վերջինիս կայացման և մասնագիտացման առանձնահատկությունները, գ) մասնագիտական կողմնորոշման կարևորությունը, դ) հոգեվերլուծական բուժման գործընթացի որոշ բնութագրիչներն ու առանձնահատկությունը: Հոդվածի եզրափակիչ հատվածում առանձնացվում են այն չափորոշիչները, որոնց կիրառմամբ հնարավոր է ողջամտորեն կողմնորոշվել հոգեվերլուծողի ընտրության գործում:

**Հանգուցային բառեր.** հոգեվերլուծություն, հոգեվերլուծական հոգեթերապիա, տեսություն, պրակտիկա, տեխնիկա, մասնագիտացում, ինքնությունը:

Психоанализ часто определяют как науку о бессознательном, считают направлением в философии, раскрывающем его роль в жизни человека и общества. Часто его упоминают как психологическую теорию или, например, – как глубинную психологию (Ю. Блейлер 1913). Не дискуссия по поводу этих и других опре-

делений психоанализа, остановимся на неоспоримости факта, что его основоположником является З.Фрейд (1856-1939). Рассмотрим, как формировалась система научного знания, метод и школа, которую З.Фрейд назвал психоанализом и как он его определил. Исследования данных своей клинической практики, позво-

лили ему сделать открытие бессознательной психической реальности человека. Осмыслив значение своего открытия, З.Фрейд посвятил изучению его особенно-стей всю свою жизнь. Впервые понятие «психоанализ» он использовал для обозначения созданного им метода исследования и лечения психических расстройств, в статье об этиологии неврозов. Здесь он дает следующее определение психоанализа:

- способ исследования психических процессов,
- метод лечения невротических расстройств, основанный на этом исследовании,
- ряд возникших в результате этого психологических конструкций, постоянно развивающихся и складывающихся в новую (научную А.В.) дисциплину (15). Эта новая дисциплина с одной стороны интегрировала в себе можно сказать все науки о «человекознании»: - психологию, медицину (психиатрию, неврологию и др.), философию, антропологию и другие науки. С другой - она по сути явилась теорией личности (кстати первой в психологии), кроме этого, стала базисом для развития культурологической концепции и социальных наук.

Начиная с прошлого столетия психоанализ, занимает прочное место не только в медицине, как метод излечения неврозов, но и в культуре и искусстве общества, и становится довольно богатой философской и литературной традицией. Ныне свое особое и прочное место он имеет в психологии, в психиатрии (16), психосоматике (14; 18), педагогике (9), и в целом продолжает свое влияние на многочисленные аспекты жизни общества (21).

В своей практике, психоанализ основывается, на совокупности теорий психоанализа, патопсихологии и психологии. Лечение «разговором» здесь происходит в классической позиции, принятой называть «диван - кресло». Здесь, как пишет З.Фрейд, - «Переводя бессознательное в сознательное, - мы уничтожаем вытеснение, устраняем условия образования симптома, превращаем патогенный конфликт в нормальный, который должен найти какое-то разрешение» (11). В психоанализе З.Фрейд трансформировал условия и цели своей психоаналитической (динамической) психотерапии, где лечение было также основано в форме беседы, но в позиции «лицом к лицу». Исторически это был первый опыт немедицинского, немедикаментозного лечения. Существующие до этого духовные, мистические и религиозные практики, также основанные на разговоре, можно отнести к косвенно терапевтическим, так как в большинстве случаев ни задачи диагностики, ни лечения психического страдания словом они не ставили, и в них не представлены терапевтические отношения. Последующие психотерапевтические практики,

направления и школы (а их сейчас несколько сотен) в большинстве своем в той или иной мере вобрали в себя многие постулаты психоанализа. Основная особенность этого метода в том, что с его помощью удается излечить печальные последствия психологических травм и психических расстройств. Психоанализ позволяет пациенту осознать «запретные чувства» и желания, принять их и понять себя. Как говорил З.Фрейд, - «дает нам возможность любить и работать». Другая особенность психоанализа в том, что направлен на то, чтобы понять и устранить внутреннюю причину страданий и симптомов. Психоанализ, это инструмент, с помощью которого можно поменять в жизни многое. Сначала изменения происходят во внутреннем мире человека и, как следствие, наступают перемены и во внешней жизни. В процессе и результате совместной работы формируется «процесс в котором аналитик и анализант получают поддержку друг от друга,.....на пересечении двух игровых пространств» (4), создавая «со-думание» (3), «со-конструкцию» (8), - что в своей динамике создает условия получения совместного продукта, - совместное произведение - конечный результат психоанализа. О конечной цели психоанализа говорит известное высказывание Фрейда - «Там где было Оно, должно стать Я».

В итоге своей более чем столетней истории психоанализ оформился не только в отдельную науку, но и специфическую форму клинической работы (12). Он успешно применяется в лечении не только взрослых, но и детей и подростков (лицом-к-лицу, см.выше) (2;14;16;17). Широкое признание получили и прикладные формы психоанализа (психоаналитическая психодрама, игровая психоаналитическая терапия, семейная психоаналитическая терапия и другие методы групповой психоаналитической терапии), в том числе в превентивных формах работы (2;13;20;21). Реализуя требование - «нерасторжимости связи между лечением и исследованием» - выдвинутой создателем психоанализа (5), современная теория и клиника психоанализа настолько расширили и углубили границы теории, метода и техники, что спектр работы включает возможности диагностики и лечения пациентов с пограничными, нарциссическими и психотическими расстройствами. В течение курса психоанализа исходным пунктом является применение метода свободных ассоциаций, - фундаментальное правило психоанализа - высказывать всё, что приходит в голову без всякой критики и контроля. На первый взгляд техника психоаналитика (психоанализа) кажется довольно простой (интерпретация сопротивлений, вытесненного материала, ошибочных слов, смыслов, действий и др), но на деле все происходит с точностью до наоборот. Она

достаточно сложна, сурова и аскетична. Здесь исключается использование любых вспомогательных «инструментов», в том числе и записей во время сеанса. Ее важное условие и требование в том, что на самом деле довольно трудно: ни на чём не концентрироваться, отдавая в равной степени всему услышанному, «свободно плавающее внимание» (Ш.Ференци, З.Фрейд). В психоанализе главной целью является не лечение болезни или симптома, а больного Человека. Здесь сами симптомы становятся лишь поводом к исследованию причин их появления, в их связи с личной историей и с семейным окружением. Большое внимание уделяется особенностям психологических защит пациента, и взаимодействия психических структур. Не менее важное место в процессе работы занимает нахождение точного местоположения и времени (момента) для интервенции или интерпретации материала, а основой лечения на протяжении всего процесса работы является формирование и сохранение психоаналитических (психотерапевтических) отношений. Все перечисленное, включая сохранение на протяжении всего курса лечения аналитической позиции, довольно непросто. И, именно поэтому важное место в психоанализе всегда занимало психоаналитическое образование. Оно довольно сложное, но хорошо структурированное и систематизированное Международной Психоаналитической Ассоциацией еще со времен З.Фрейда. Это довольно основательное последипломное (после высшего медицинского или психологического) образование, которое довольно длительно, и занимает, не только много времени и усилий, но и немалых финансовых вложений. Психоаналитическое образование включает в себя личный учебный (дидактический, от 600 до 1000 часов) анализ, солидные теоретические знания, и собственную клиническую работу под супервизией опытного титулярного психоаналитика (тренер-аналитик) (1). Тем самым, прежде чем принимать пациентов, психоаналитик сам должен быть проанализированным, «по-быть пациентом» (анализантом). Это необходимо для того, чтобы понять, проработать и свои собственные бессознательные конфликты и не переносить их или не отыгрывать в работе со своими пациентами. Иными словами, – не познав своего бессознательного – ты не можешь помочь это сделать другому. Именно в этом случае становится возможным формирование профессиональных навыков и развитие психоаналитической идентичности. Последнее занимает важное место и как говорит В.Мертенс – «следует особо подчеркнуть значение укрепления психоаналитической идентичности, которая является самой надежной гарантией того, что психоанализ сможет перешагнуть рубеж тысячелетия и будет развиваться даже с большей интенсивно-

стью» (7). Более того, устойчивая профессиональная идентичность, базирующаяся на основательном психоаналитическом образовании, открывает возможность удовольствия от сложной клинической работы психоаналитика и, вопреки некоторым утверждениям, не приводит к психоэмоциональному оскудению или преждевременной смерти. Общеизвестные факты говорят об обратном – долгожительстве и мудрости известных психоаналитиков. Недостаточность профессионального образования для многих оборачивается профессиональной несостоятельностью, выражающейся пресыщением, снижением интереса к профессии. В некоторых случаях может становиться условием «начала конца» психоанализа, как для психоаналитика (психотерапевта), так и для пациента. Начиная с самого З.Фрейда, доброжелательно относящегося к практике психоанализа не-медиками (11), так и по сей день психоаналитиками могут стать и врач (чаще психиатр) и психолог получившие специальное образование (пост вузовская специализация). Так некоторых странах, например в Германии и в Финляндии, страховой полис оплачивает динамическую терапию проводимую и психоаналитиком психиатром и психоаналитиком психологом, по сути, это единственный метод терапии который признается лечебным (19). Данное образование можно получить в психоаналитических ассоциациях, и институтах психоанализа. Получение статуса психоаналитика, означает его принятие в члены ассоциации своей страны и МПА, но никак не прекращения обучения и саморазвития, которое он продолжает в своей ассоциации, а также на Международных конгрессах и конференциях, повышая свою квалификацию и статус.

Вновь вернемся к особенностям психоаналитического курса лечения. Пациент во время сеанса лежит на диване, психоаналитик располагается так, чтобы они друг друга не видели. Именно в этой позиции, лежа, пациент может полностью расслабиться, уединиться и углубиться в течение и содержание своих мыслей, и не контролируя их говорить все, что ему приходит в голову, войти и прожить состояние «быть наедине с собой вдвоем». Количество сеансов у анализанта может быть до 5 раз неделю, но не менее чем 3 раза в неделю, длительностью в 45мин (1). Данные условия работы в психоанализе, наиболее продуктивны для проявления нарушенных аспектов личности пациента, установления трансференциальных отношений и стимулируют появление у него сопротивлений и проекций, которые в опоре на свой слух, может «узнавать», – связывать и интерпретировать аналитик.. Как пишет Дж. Милтон: «Уменьшая посторонний "шум", исходящий от своей личности, аналитик обеспечивает более чистое поле для того, что приносит пациент. Появляется возмож-

ность для возникновения "живых" эмоциональных переживаний, временами чреватых опасностью, провоцирующих тревогу и болезненные... для обоих» (6). Такова характеристика курса психоанализа, – процесса длительного и сложного, вызывающего сопротивление, агрессию, ненависть и очарование, – непростого пути постепенного изменения отношения к самому себе, к объектам страдания, прошлому, реальности и будущему.

Следует уделить внимание слабому месту психоанализа, его «ахиллесовой пяте» – длительности, а в связи с этим дороговизне, которые многих отпугивают. Но именно это и является одним из важных его достоинств. Ибо длительность является важнейшим условием, которое обеспечивает возможность пройти длинный путь «от конца к началу» аффективной жизни пациента в ритме и темпе его возможностей и способностей. Именно при этом условии психоаналитик, подобно «достаточно хорошей матери» (4) укачивающей ребенка в его собственном, а не своем ритме – имеет возможность многократного «обрабатывания» ран до их полного заживления», – и спокойного сопровождения-ожидания развития индивидуальности и креативности своего пациента. Для этого и необходимо спокойное и неторопливое «течение» курса психоанализа, что и обуславливает его длительность. З.Фрейд четко обосновал необходимость этого условия: «На упрек в том, что психоаналитическое лечение требует много времени, могу лишь сказать, что психические изменения, осуществляются как раз только медленно; если они наступают быстро, внезапно – это плохой знак. Это верно, что лечение тяжелого невроза легко может растянуться на несколько лет, но в случае успеха задайте себе вопрос: сколько бы продлилось страдание?» – и далее в том же разделе: – «Анализ нарушений характера также требует много времени, но он весьма часто успешен, да и знаете ли вы какую-нибудь другую терапию, при помощи которой можно было бы взяться за эту задачу?» (11). По поводу дороговизны – приведем другую цитату З.Фрейда: «...если суммировать никогда не прекращающиеся расходы на санатории и лечение и противопоставить им повышение дееспособности и способности зарабатывать после удачно завершившегося аналитического лечения психоанализа, то возможно, что больной совершил хорошую сделку. Ничто нам не обходится в жизни так дорого, как болезнь и глупость.» (12)

Многие современные авторы приводят результаты исследований подтверждающих, что психоанализ и психоаналитическая психотерапия оказываются более «выгодны», ибо приводят к сокращению расходов на другие виды лечения (5; 6; 17; 19). Именно в результате

психоаналитического курса, кроме излечения симптомов появляются позитивные (часто неожиданные для пациентов) изменения в его отношениях, его способностях и творческой самореализации, а как указывает Д. Милтон – «Интенсивное психоаналитическое лечение в основном более эффективно, чем психоаналитическая психотерапия, причем различие иногда становится явным только через несколько лет после окончания лечения, и это особенно характерно для более тяжелых психосоматических расстройств» (6). В заключение, несколько слов о самоанализе (аутопсихоанализ, известный со времен Фрейда). Конечно, контрапунктом он присутствует в процессе психоаналитического курса, что является естественной переменной в динамике развития и конечным этапом психоанализа. Как пишет Д. Мак-Дугал, – «Формальное окончание психоанализа возвещает начало самоанализа». Но то, что аутоанализ не выдерживает критики, когда его избирают в качестве метода «самолечения», доказывает не только его ограниченность в различных аспектах, но прежде всего то, что в нем невозможно создать психоаналитического пространства психоаналитических отношений и соответственно, диспозитива психоаналитического кадра. Все это может приводить к обострению состояния самоанализируемого. Резюмируя, следует согласиться, что самоанализ, как и рефлексия – «вещь» полезная и необходимая для самопознания, а для психоаналитика – важный инструмент саморазвития, но он не может являться методом «самолечения» (см. выше). В таких случаях можно со всей серьезностью задать вопрос – а что собственно мешает обратиться к профессионалу?

В завершение, для тех, кто предпочитает данный тип лечения или хочет начать свое обучение психоанализу несколько критериев, которые возможно помогут более ответственно подойти к сложному вопросу выбора аналитика: «Не ищи лучшего, ищи своего!»

### 1. Членство в профессиональном сообществе.

Психоаналитик должен являться членом какого-либо профессионального (психоаналитического) Общества, которое определяет и подтверждает его профессиональный статус и компетенцию и несет определенную ответственность за соответствие действий данного специалиста профессиональным и этическим нормам Общества, согласно Уставу, принятому в данном сообществе.

### 2. Наличие личного анализа

Психоаналитик должен иметь опыт прохождения дидактического анализа у признанного специалиста или находиться в этом процессе.

Если у вас возникли по этому поводу вопросы к специалисту (несмотря на его статус, подтвержденный профессиональным сообществом), вы вправе полу-

чить на них ответ.

### 3. Ожидания советов.

Психоаналитик не дает советов, наоборот, он «исключает любые исключения» воспитательного характера и содержания поскольку: «Как бы заманчиво не было психоаналитику стать учителем, моделью, идеалом и создавать людей по собственному подобию, ему не следует забывать, что не в этом его задача в аналитических отношениях. – Поступая таким образом он лишь повторит ошибку родителей, которые подавили независимость своего ребенка своим влиянием и лишь заменит раннюю зависимость пациента новой зависимостью.» (З.Фрейд). Именно отсутствие советов, а тем более «правильных и умных решений-ответов» в процесс психоанализа, создают уникальные условия для развития личности пациента, его зрелости, самостоятельности и ответственности в принятии решений.

### 4. Личное отношение

Интерес, ожидание, неприятие, симпатия или тревога, связанные с психоаналитиком (трансфер) могут возникать до начала процесса работы. Они являются верным показателем для дальнейшего движения. А поскольку каждый пациент так же уникален, как и аналитик, выбор психоаналитика делается в доверии к себе и в опоре на личное, субъективное «представление-ожидание по отношению» – положительное, тревожное или отрицательное – к будущему аналитику.

В процессе психоанализа пациент делится с аналитиком самой сокровенной информацией о себе. Нелегко решиться на такие отношения, даже если перед вами известный специалист. Что-то должно отозваться в вашей душе. Важно прислушаться к этому внутреннему чувству. Т.е. старайтесь найти не идеального психоаналитика для прохождения идеального психоанализа, а СВОЕГО, которому вы готовы довериться. Если статус специалиста подтвержден – ваш выбор – правильный.

### Литература:

1. Айзенштейн М.. – Каковы этические идеи различных моделей психоаналитического образования. <http://psychic.ru/articles/classic54.htm>
2. Варданян А.- Этюды по детскому психоанализу. М. Когито-центр, 2002, с.3-9; 55-155)
3. Вилдоше Д. – Разграничение психоанализа и психотерапии. – Международный психоаналитический ежегодник. Чебоксары. 2013, 51
4. Винникотт Д. – Игра и реальность. М. Институт Общегуманных исследований. 2002, с.196
5. Лейбин В. – Психоанализ. М. 2008, Канон, с.158
6. Милтон Дж – Психоанализ и когнитивно-поведенческая терапия – конкурирующие парадигмы или общая почва? [http://nvpl.ru/show\\_articles\\_142.htm](http://nvpl.ru/show_articles_142.htm)
7. « Ключевые понятия психоанализа». – СП б.

2001, с. 115

8. Русийон Р. – Проработка в анализе и ее модели. Чебоксары, Международный психоаналитический ежегодник., 2013, 229

9. Фигдор Г – Психоаналитическая педагогика. М. Институт Психотерапии, 2000

10. Фрейд З. – Введение в психоанализ М. Наука 1989., с. 275; 349; 385-389

11. Фрейд З. – Техника психоанализа, М. Академический проект, 2008, с.184; 285

12. Фрейд З. – Анализ конечный и бесконечный. М. Наука, 1998

13. Dolto F: – Tout est langage Paris, Gallimard, 1996; p:20-24; 122

14. Donabédian D – L'adolescent et son corps: Paris, PUF. 2012. p:20-30; 159

15. Freud S. – La revue neurologique, Sur l'étiologie des névroses. 1896 30/00

16. Green A. – Mythes et réalité sur le processus psychanalytique. Revue française de psychosomatique 2001 et 20/2001.

17. Gabbard, G.O. & Lester, E.P. – Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. New York: 1995: Basic Books.

18. Kamiemiecki H-Histoire de la psychosomatique. Paris, Presses Universitaires de France. 1994. p.126 19 Kächele H, Pirmoradi S (2009) Psychotherapy in European Public Mental Health Services. Int J Psychotherapy 13: 40 – 48

20. Vardanyan A.: – Françoise Dolto aujourd'hui présente. Paris, Gallimard; p 311-319

21. Vasse D.-Né de l'homme et de la femme: France, Seuil, 2006; p.79.

### Сведения об авторе:

#### Варданян Анжела Вардановна.

К.п.н, доцент кафедры развития и прикладной психологии АрПУ им Абовяна. Психолог-психоаналитик, член Парижского Психоаналитического Общества и Международной Психоаналитической Ассоциации, Президент Армянской Психоаналитической Ассоциации, Вице-президент Франко-Армянской Ассоциации Развития Психоанализа в Армении.

**Адрес:** Ереван 0001, ул Тигран Мец 17

**Тел. +374(10)597041,**

**e-meil: angelvart@gmail.com**



