

Մ. Հերացու անվ. Երևանի Պետական Բժշկական Համալսարան

Տեր-Ստեփանյան Անահիտ Հրանտի

**ԿՈԳՆԻՏԻՎ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ԴԵՐԸ ՊԱՐԱՆՈՒԴ ՇԻՋՈՖՐԵՆԻԱ
ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻՆՔՆԱԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ**

Ատենախոսություն

**ԺԹ. 00. 04., “Բժշկական հոգեբանություն” մասնագիտությամբ
Հոգեբանական գիտությունների թեկնածուի գիտական**

աստիճանի համար

**Գիտական ղեկավար՝ հոգեբանական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ
Խաչատուր Վլադիմիրի Գասպարյան**

Երևան - 2016

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ	4
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	5
ԳԼՈՒԽ 1. ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ: ՇԻՋՈՖՐԵՆԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՈԳՆԻՏԻՎ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ԴՐՍԵՎՈՐՄԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԿԱՊՆ ԻՆՔՆԱԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ.....	12
1.1. Շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների առանձնահատկությունները ...	12
1.2. Անձի ինքնագիտակցության հասկացման մոտեցումները մասնագիտական գրականության մեջ	35
1.3. Շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները և կապը կոգնիտիվ ֆունկցիաների հետ.....	47
ԳԼՈՒԽ 2. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ	56
2.1. Հետազոտության կազմակերպման փուլերը.....	56
2.2. Հետազոտության ընտրանքի նկարագրություն	57
2.3. Գործնական /էմպիրիկ/ հետազոտության մեթոդների նկարագրություն.....	59
ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ: ԿՈԳՆԻՏԻՎ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ԷՄՊԻՐԻԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԴՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆՈՐՄԱՅՈՒՄ ԵՎ ՇԻՋՈՖՐԵՆԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ	64
3.1. Շիզոֆրենիայով հիվանդների հիշողության, ուշադրության, լեզվական ճկունության, տեսողատարածական ընկալման ուսումնասիրության արդյունքները.....	64
3.2. Շիզոֆրենիայով հիվանդների հիշողության, ինչպես նաև մտածողության առանձնահատկությունների, անձնային-հուզական ոլորտի ուսումնասիրության արդյունքները.....	71

ԳԼՈՒԽ 4. ԻՆՔՆԱԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԿՈԳՆԻՏԻՎ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ՀԵՏ ՈՒՆԵՑԱԾ ԿԱՊԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՇԻՂՈՖՐԵՆԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ	85
4.1. Ինքնանույնականացման, ինքնավերաբերմունքի և ինքնառեֆլեքսիայի առանձնահատկությունների ուսումնասիրությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ հետազոտվողների մոտ.....	85
4.2. Սեռադերային վարքի և սեռային նույնականության ուսումնասիրումը նորմայում և շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ.....	101
4.3. Շիզոֆրենիայով հիվանդների և առողջ հետազոտվողների մարմնի պատկերի էմպիրիկ ուսումնասիրությունը	105
4.4. Կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ հետազոտվողների ինքնագիտակցության վրա.....	112
4.5. Հետազոտության արդյունքների ամփոփում	138
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	146
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	148
ՀԱՎԵԼՎԱԾ	168

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

$M \pm m$ – միջին վիճակագրական տվյալ և ստանդարտ շեղման ցուցանիշ

նկ. – նկար

օր. - օրինակ

խ.1 – հետազոտական հիմնական խումբ (շիզոֆրենիա ախտորոշում ունեցող հիվանդներ)

խ.2 – ստուգիչ խումբ (հոգեպես առողջ մասնակիցներ)

r- կորելյացիայի գործակից

p –level – հավանականություն. վիճակագրական նշանակալի արդյունքի ստացման հավանականության չափ

sig. – վիճակագրական նշանակալիություն

N, n – հետազոտվողների թվաքանակը

Բցրձ. թվ. – բացարձակ թվեր

ՄՊ – մարմնի պատկեր

Beta – ռեգրեսիոն վերլուծության գործակից

NS (non significant) – վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Թեմայի արդիականությունը: Հոգեկան խանգարումների խնդիրը համարվում է հոգեկան առողջության հետ առնչվող գիտությունների կենտրոնական հարցերից թերևս ամենազբաղվածը: Ժամանակակից կլինիկական հոգեբանության և հոգեբուժության մեջ շիզոֆրենիան շարունակում է մնալ այն հոգեկան խանգարումների շարքում, որոնց դրդապատճառային և ընթացիկ պատկերը դեռևս մինչև վերջ պարզաբանված չէ և մինչ օրս շարունակում է համարվել ամենամեծ չլուծված խնդիրներից մեկը: Հետևաբար, այսօր հոգեկան խանգարումներն ուսումնասիրելու արդիականությունը չափազանց մեծ է ինչպես Հայաստանում, այնպես էլ ամբողջ աշխարհում: Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության տվյալներով հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց թիվը կազմում է միջինը 450 միլիոն, նրանցից 25 միլիոնը տառապում է շիզոֆրենիայով (5.5%) և այդ թիվն անընդհատ աճում է:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների խանգարումների ուսումնասիրությունը վերջին տարիներին արդիական է թե գիտական հետազոտությունների և թե հոգեկան առողջության ծառայությունների համար: Կոգնիտիվ ֆունկցիաների (ընկալման, ուշադրության, հիշողության, մտածողության) խանգարումները նկարագրվել են դեռևս Է.Կրեպելինի (E.Kreapelin, 1919) և Ե.Բլեյլերի (E.Bleuler, 1911, 1920) կողմից: Փորձարարական հոգեբանության և պաթոհոգեբանության բնագավառներում նույն խնդիրն ակտիվ հետազոտությունների թիրախում է եղել վերջին հարյուրամյակի ընթացքում (Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков В.М. Блейхер, B. R. Rund, T. McCarty et al., Sharma T., Addington J., Dickinson D., M.G. Green): Նկատի ունենալով, որ ըստ կուտակած փաստերի հիվանդության ելակետային բնութագրիչը համարվում է իմացական դեֆիցիտը, այդ խանգարումների նկատմամբ հետաքրքրությունը նորից աճում է: Կոգնիտիվ խանգարումները լինելով շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հոգեկան դեֆեկտի բաղադրիչ, անմիջական ազդեցություն ունեն նրանց սոցիալական ադապտացիայի, երկրորդային հոգեախտանիշների առաջացման, ինվալիդիզացիայի հարցում (Cohen, Green, Kerns, Tyler): Բելակը նշում է, որ նեյրոկոգնիտիվ խանգարումներն ընկած են շիզոֆրենիայի հիմքում, և դառնում են բազմաթիվ խնդիրների պատճառ: Ճանաչողական գործընթացների խախտումները սահմանափակում են նախ և առաջ հիվանդների

իրական գործառնության ոլորտը, իսկ այդ սահմանափակումների հասկացումը և իմացությունը կօգնի ստեղծել տարրաբնույթ արդյունավետ վերականգնողական և դեղորայքային մոտեցումներ: (Bellack, 1992)

Շիզոֆրենիայի ամենավաղ նկարագրություններում մենք հանդիպում ենք, որ սեփական “ես”-ի զգացումի աղավաղումները շիզոֆրենիայի հիմնական կլինական դրսևորումներից են (Яснерс К., Креаpелиn E., Huber and Gross, Klosterkoetter, Schultze-Lutter F., Haug E, Lien L, Nelson B, Parnas J, Raballo A):

Քանի որ շիզոֆրենիայի ժամանակ խանգարվում են ինքնագիտակցության գործընթացները և նրա կառուցվածքը (Васильева Т.М., Мелешко Т.К., Анпилова Т.С., Березовский А.Э., Бурно М.С., Поляков Ю. Ф., Холмогорова А.Б., Вид В.Д., Роджерс К., Ленг Р., Клайн М., Федерн П., Mads G. Henriksen, Sass L.A, Davidson L.), կլինիկական հոգեբանության մեջ այսօր մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում նորմայում և շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ինքնագիտակցության առանձնահատկությունների համեմատությանն ուղղված հետազոտությունները, ինչպես նաև կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունն ինքնագիտակցության վրա: Համաձայն մի շարք հետազոտությունների՝ կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության խանգարումները փոխկապակցված են (Чеснокова И.И., Соколова Е.Т., Мейли Р., Flavie Waters, Keefe R, Posada A, Haug E, Øie M, Whitford TJ), սակայն մինչ օրս ուսումնասիրված չեն կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունն ինքնագիտակցության այնպիսի բաղադրիչների վրա ինչպիսիք են՝ ինքնանույնականացման բնութագրիչները, սեռային և ֆիզիկական (մարմնի պատկեր) նույնականությունը, ինքնառեֆլեքսիան, ինքնավերաբերմունքը և ինքնագնահատականը: Մեր հետազոտության շրջանակներում մենք ուսումնասիրել ենք, թե ինչպես են կոգնիտիվ ֆունկցիաները ազդում ինքնագիտակցության վերոնշյալ բաղադրիչների վրա:

Նշված հարցադրումների պատասխաններով էլ հենց հիմնավորվում է հետազոտության արդիականությունը: Ամփոփելով արդիականությանը վերաբերող հիմնավորումները, մենք կարևորում ենք, թե ինչպես են կոգնիտիվ ֆունկցիաները և ինքնագիտակցության բաղադրիչները փոխկապակցված և փոխազդում միմյանց վրա, քանի որ այդ ուսումնասիրությունները կօգնեն մշակել կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության բաղադրիչների վերականգման թիրախային հոգեթերապևտիկ

ծրագրեր, բացահայտել հիվանդի ռեսուրսային ներուժը, ինչն իր հերթին կնպաստի հիվանդների կյանքի որակի բարելավմանը, ինքնուրույնության ձևավորմանը, արդյունավետ միջանձնային հարաբերությունների հաստատմանը: Հետազոտությունը հնարավորություն է նաև ընձեռում հիվանդի ինքնագիտակցության խորքային ուսումնասիրման միջոցով հոգեկան հիվանդության պատկերը դառննել ամբողջական, մշակել ճշգրիտ տարբերակիչ հոգեախտորոշման և թերապևտիկ մեթոդներ, և կիրառել ստացված արդյունքները բուժական վերականգնողական աշխատանքի ընթացքում:

Հետազոտության **նպատակն** է ուսումնասիրել կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերը պարանոիդ շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների ինքնագիտակցության մեջ:

Հետազոտության **օբյեկտն** է շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաները և ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները:

Հետազոտության **առարկան** է պարանոիդ շիզոֆրենիա ունեցող անձանց կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը և փոխկապակցվածությունն ինքնագիտակցության բաղադրիչների հետ:

Աշխատանքի հիմնական **խնդիրներն** են.

1. Հետազոտել պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների առանձնահատկությունները և համեմատել դրանք հոգեպես առողջ անձանց կոգնիտիվ ֆունկցիաների հետ:

2. Հետազոտել պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները, համեմատել դրանք առողջ անձանց ինքնագիտակցության առանձնահատկությունների հետ:

3. Բացահայտել կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերը և ազդեցությունն ինքնագիտակցության բաղադրիչների վրա:

4. Դուրս բերել ինքնագիտակցության բաղադրիչների և կոգնիտիվ ֆունկցիաների խանգարումների կորելյացիոն կապերը շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ:

Հետազոտության **վարկածը**. կոգնիտիվ ֆունկցիաների՝ հիշողության, ուշադրության, մտածողության, լեզվական ճկունության վատթարացումները բացասաբար են ազդում պարանոիդ շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների ինքնագիտակցության այնպիսի բաղադրիչների վրա, ինչպիսիք են ինքնագնահատականը, սեռային նույնականությունը, ռեֆլեքսիան, մարմնի պատկերը:

Հետազոտության տեսամեթոդաբանական հիմքերը: Հետազոտության տեսական հիմք են հանդիսացել շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների հոգեբանական առանձնահատկությունները, դրանց ծագումն ու զարգացումը լուսաբանող տեսությունները և գիտական դրույթները (Поляков Ю.Ф., Кемпинский А., Зейгарник Б. В., Sharma T., Bellack A. S.), Յուր. Պոլյակովի իմացական գործընթացների հոգեախտաբանության ուսումնասիրությունները և գիտական դրույթները, Ա.Վեմպինսկու հումանիստական մոտեցումները հոգեբուժության մեջ, Ի.Ի. Չեսնակովայի ինքնագիտակցության և նրա կառուցվածքի տեսությունը, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ինքնագիտակցության խանգարումների պատճառները, ինթացքը և հոգեբանական մեխանիզմները բացատրող տեսությունները (Кулиш С.Б., Матевосян С.Н., David S. Black et al., Mads G. Henriksen, Klapp D.E.), ինչպես նաև գիտական դրույթներ և տեսություններ, որոնք անդրադարձել են կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության կապին հոգեբանության մեջ (Чуприкова Н.И., Ратанова Т.А., Соколова Е.Т., Мейли Р., Carver C. S., Suchy Y, Logan G.D., Cahn B.R., Beaver K.M., Jha A.P. et al., Aaron Beck և Arthur Freeman, Flavie Waters et al., Keefe R et al., Posada A, Haug E.)

Որպես ատենախոսության հետազոտության մեթոդաբանական հիմք ընդգծում ենք խնդրի դիտարկման համակարգված սկզբունքը: Հետազոտության մեջ կիրառվել է կլինիկական-հոգեբանական մեթոդը, որը ներառում է՝ հոգեախտորոշիչ մեթոդ (թեստավորում), փորձագիտական գնահատման մեթոդ (դիտում, հարցազրույց), կլինիկական անամնեստիկ տվյալների վերլուծության մեթոդ, արդյունքների քանակական (վիճակագրական) և որակական մշակման մեթոդ:

Մեր կողմից առաջադրված խնդիրների լուծման և վարկածի ստուգման համար օգտագործել ենք հետևյալ թեստերը.

1. “Փիրսոն Էդուրեյշն Կորպորացիայի Նեյրոհոգեբանական Վիճակի Գնահատման Կրկնվող Թեստը” /RBANS/, (Randolph C.)
2. Ա.Ռ.Լուրիայի “Պիկտոգրամա” մեթոդիկան (օգտվելով Բ.Գ.Խերսոնսկու ինտերպրետատիվ սխեմայից):
3. Ռ.Բերնսի կողմից ադապտացված “Ինքնանկար” արդյեկտիվ թեստը: Արդյունքների վերլուծության ժամանակ հիմնվել ենք Կ.Մահովերի և Ա.Վենգերի արդյեկտիվ մեթոդիկայի մեկնաբանությունների վրա:

4. Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի “Ով եմ ես” քսան պատասխանների թեստը և Վ.Ի.Յուրչենկոյի “Ինչպիսին եմ ես” քսան պատասխանների մոդիֆիկացված թեստը:

Արդյունքների մշակման նպատակով կիրառել ենք վիճակագրական վերլուծության մեթոդը, օգտվելով SPSS 16.0 for Windows 2007 ծրագրից, մասնավորապես ուշադրություն դարձնելով կորելյացիոն վերլուծություններին ըստ Փիրսոնի և Սպիրմանի և ռեգրեսիոն վերլուծությանը:

Հետազոտության էթիկական կողմը դիտարկվել է Մ.Հերացու անվ. ԵՊԲՀ բիոէթիկայի հանձնաժողովի կողմից, և հաստատվել է հետազոտության էթիկական սկզբունքներին համապատասխանելու փաստը:

Հետազոտության արդյունքների հավաստիությունը: Հետազոտության արդյունքների հավաստիությունն ապահովված է տեսական հիմնավորվածությամբ, հետազոտության օբյեկտին, առարկային, նպատակին և խնդիրներին համապատասխան հետազոտական մեթոդների համակարգի կիրառմամբ, հետազոտվողների թվով, կազմման մեթոդներով, մեթոդիկաների վալիդությամբ և հուսալիությամբ, ստացված տվյալների մշակման վիճակագրական մեթոդներով:

Հետազոտության կազմակերպումը և համակազմը: Հետազոտությունն անց է կացվել “Նորք” հոգեբուժական կենտրոնում 2011-2014 թթ: Հետազոտվողների հիմնական խումբը կազմում են պարանոիդ շիզոֆրենիա ախտորոշում ունեցող 46 հիվանդներ՝ 18-50 տարեկան, 26 տղամարդ և 20 կին: Ստուգիչ խումբը կազմված է հոգեպես առողջ 46 մասնակիցներից՝ 18-50 տարեկան, 16 տղամարդ և 30 կին: Ստուգիչ խմբի հետազոտությունն անց է կացվել Երևանի պետական բժշկական համալսարանում և Ավ. Մկրտչյանի անվ. տնտեսաիրավագիտական համալսարանում:

Գիտական նորույթը:

1. Բժշկական հոգեբանության մեջ նոր էմպիրիկ տվյալներ են ստացվել շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության հոգեբանական առանձնահատկությունների վերաբերյալ:
2. Ելնելով ազգային և մշակութային առանձնահատկություններից, առաջին անգամ ստացել ենք նոր նարմատիվային ցուցանիշներ պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ կոգնիտիվ ֆունկցիաների վերաբերյալ (հիշողության,

ուշադրության, լեզվական ճկունության, տեսա-տարածական ընկալման), կիրառելով RBANS մեթոդիկան, հայերեն լեզվով ադապտացիայից հետո:

3. Հայտնաբերված է կորելյացիոն կապ նեյրոկոգնիտիվ դեֆիցիտի և ինքնագիտակցության խանգարումների միջև, ինչպես նաև կոգնիտիվ ֆունկցիաների վատթարացումների բացասական ազդեցությունը ինքնագիտակցության այնպիսի բաղադրիչների վրա ինչպիսիք են՝ ինքնանույնականացման բնութագրիչները, սեռային և ֆիզիկական (մարմնի պատկեր) նույնականությունը, ինքնառեֆլեքսիան, ինքնավերաբերմունքը և ինքնագնահատականը:

Հետազոտության տեսական նշանակությունը: Հետազոտության արդյունքները համալրում են բժշկական հոգեբանության մեջ շիզոֆրենիայի վերաբերյալ հոգեբանական պատկերացումները: Հետազոտության մեջ հոգեբանական տեսանկյունից ենք մոտեցել շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության ուսումնասիրությանը: Հաստատվել է կոգնիտիվ ֆունկցիաների, մասնավորապես հիշողության վերարտադրման անարդյունավետության, կարճատև և երկարատև հիշողության, ուշադրության վատթարացման, մտածողության անադեկվատության, թույլ զարգացած ինքնատիպ ստեղծագործական մտածողության բացասական դերը հիվանդների ինքնանույնականացման ճգնաժամի, սեռային նույնականացման անորոշության, մարմնի պատկերի խանգարումների կամ մարմնի ընկալման հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտների, ինքնառեֆլեքսիայի վատթարացման վրա:

Հետազոտության կիրառական նշանակությունը: Հետազոտությունից ստացված տվյալները կարող են օգտագործվել Հայաստանում որպես շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության բաղադրիչների հոգեախտորոշման նորմատիվային ցուցանիշներ: Մեթոդիկաները կարելի է կիրառել շիզոֆրենիայով հիվանդների հետ միջամտությունից առաջ և հետո, կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության փոփոխությունները գնահատելու նպատակով: Շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության վրա ունեցած կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցության և կապի վերաբերյալ ստացված նոր տվյալները կարող են օգտագործվել բժշկական հոգեբանության մեջ հոգեթերապևտիկ, հոգեվերականգնողական և հոգեշտկման աշխատանքներում:

Պաշտպանության ներկայացվող հիմնական դրույթներն են.

1. Պարանոիդ շիզոֆրենիայի ժամանակ դիտվում են կոգնիտիվ ֆունկցիաների վատթարացում և ինքնագիտակցության խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են հետևյալ հիմնական բաղադրիչների շրջանակներում. ինքնանույնականացման ճգնաժամ, սեռային նույնականացման անորոշություն, մարմնի պատկերի խանգարումներ, ինքնառեֆլեքսիայի վատթարացում, բացասական կամ չափազանցված ինքնավերաբերմունք, ցածր ինքնագնահատական:
2. Սեռային նույնականության ճգնաժամի վրա իրենց բացասական ազդեցությունն են ունենում հիշողության վերարտադրման անարդյունավետությունը, մտածողության անադեկվատությունը, ստեղծագործական մտածողության վատթարացումը:
3. Մարմնի պատկերի խանգարումների վրա ազդեցություն են ունենում կարճատև և երկարատև հիշողության, ուշադրության, մտածողության ադեկվատության վատթարացումը:
4. Հիվանդների ադեկվատ ինքնագնահատականի և ինքնառեֆլեքսիայի համար կարևոր դեր են խաղում ուշադրության կենտրոնացման և լեզվական ճկունության գործոնը, կարճատև և երկարատև հիշողությունը, հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը:

Աշխատանքի փորձարկումն ու հրապարակային քննարկումը:

Հետազոտության արդյունքերը և որոշ դրույթներ ներկայացված են հրատարակված 6 հոդվածներում և 4 թեզիսներում: Աշխատանքի հիմնական դրույթները քննարկվել են ԵՊԲՀ բժշկական հոգեբանության ամբիոնի նիստում: Ատենախոսության ապրոբացիան անց է կացվել ԵՊԲՀ Գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում (25.12.2015թ.):

Ատենախոսության ծավալն ու կառուցվածքը: Ատենախոսությունը կազմված է ներածությունից, չորս գլուխներից, եզրակացություններից, գրականության ցանկից և հավելվածից: Հիմնական նյութում ներկայացված են 10 աղյուսակներ, 15 նկար: Օգտագործված գրականության ցանկը բաղկացած է 229 աղբյուրներից: Ատենախոսության ընդհանուր ծավալը կազմում է 147 տպագրական էջ (հաշվի չառնելով գրականության ցանկը և հավելվածը):

ԳԼՈՒԽ 1.

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ:

ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԿՈԳՆԻՏԻՎ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ԴՐՍԵՎՈՐՄԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԿԱՊՆ ԻՆՔՆԱԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ

Այս գլխում մենք կխոսենք շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների առանձնահատկությունների, կրած փոփոխությունների, ինչպես նաև դրանց հոգեբանական մեկնաբանությունների մասին: Նաև կանդրադառնանք հիվանդության ընթացքում դիտվող հնարավոր ախտաբանական ձևերին և տեսակներին, ինչպես նաև շիզոֆրենիայի նեգատիվ փոփոխություններին և ախտանիշներին, փորձելով դրանք բացատրել հոգեբանական տեսանկյունից: Կքննարկենք ինքնագիտակցության վերաբերյալ հիմնական տեսությունները, ինքնագիտակցության գործառույթները, շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության խանգարումները: Կանդրադառնանք հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության կապի ուսումնասիրություններին:

1.1. Շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների առանձնահատկությունները

Շիզոֆրենիան քրոնիկական հիվանդություն է, որն ունի նոպայաձև, հարաճուն կամ անընդմեջ հարաճուն (պրոգրեդիենտ) ընթացք, որի ժամանակ դրսևորվում են հետևյալ զարգացող հիմնական փոփոխությունները՝ էներգետիկ պոտենցիալի անկում, հույզերի աղքատացում, խորացող ինքնամփոփություն (աուտիզմ) և այլ հոգեախտաբանական խանգարումներ [2]: Շիզոֆրենիան կարելի է բնորոշել որպես փսիխոտիկ խանգարումների խումբ, որի ժամանակ նկատվում են իրականության աճող աղավաղումներ, նահանջ հասարակական հարաբերություններից, ընկալման, մտածողության և հույզերի կազմալուծում և մասնատում: Շիզոֆրենիայի ժամանակ առաջնային է համարվում մտածողության ճեղքվածությունը [115]:

Շիզոֆրենիան ներծին հիվանդություն է, քանի որ դրա պատճառագիտության և ախտաձագման մեջ մեծ դեր ունեն ներքին մեխանիզմները: Չնայած որ շիզոֆրենիայի ախտանիշները բավականին բազմազան են և հանդիպում են ախտաբանական գրեթե բոլոր ախտանիշները և համախտանիշները, առանձնացնում են առանցքային

ախտաբանական խանգարումների խումբ, որոնք ուղեկցվում են հիվանդության սկզբնական շրջանից մինչև անձի դեֆեկտ: Դրանք արտահայտվում են հոգեկան ֆունկցիաների տարակարգությամբ, այսինքն մտածողության, հույզերի և կամային ոլորտի աններդաշնակությամբ, ճեղքվածությամբ [2]:

Շիզոֆրենիայի ոլորտում հիմնական խնդիրն այդ խանգարման կենսաբանական և հոգեբանական կողմերի համադրումն է [180]: Մեր աշխատանքում մենք շեշտը դրել ենք այս խանգարման հոգեբանական կողմի վրա և ուսումնասիրել շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների հոգեբանական առանձնահատկությունները:

Կոգնիտիվ ֆունկցիաների խանգարումներն էական դեր են խաղում հիվանդության պատկերում, հանդիսանալով հիվանդների սոցիալական և աշխատանքային անլիարժեքության պատճառներից մեկը: Այդ գործընթացների փոփոխությունները ուղեկցվում են հիվանդության ամբողջ ընթացքում, իսկ հոգեախտաբանական դրսևորումները, ինչպիսիք են օրինակ մտածողության և ընկալման խանգարումները, էապես տարբերվում են այլ հոգեկան խանգարումների հոգեախտաբանական դրսևորումներից [63]:

Վերջին մի քանի տասնամյակում կոգնիտիվ դիսֆունկցիան սկսել է դիտարկվել որպես շիզոֆրենիայի հիմնական առանձնահատկություն [137]:

1990 թվականներից կոգնիտիվ գործունեության լավացումը համարվում է շիզոֆրենիայի բուժման հիմնական կլինիկական նպատակներից մեկը [209, 210]:

Կոգնիցիան մարդուն հնարավորություն է տալիս գործել առօրյա կյանքում՝ թե՛ անձնական, թե՛ սոցիալական և թե՛ մասնագիտական ոլորտներում: Կոգնիտիվ ֆունկցիան հոգեկանի ճանաչողական գործընթաց է, որի շնորհիվ տեղի է ունենում ուշադրության սևեռման կամ ընտրողականության միջոցով օբյեկտի ընկալումը, նոր տեղեկատվության և հմտությունների ձեռք բերումը, մտապահումը, պահպանումը, գործելու ռազմավարության մշակումը և իրականացումը, լեզվի հասկացումը և խոսքային հմտությունների կիրառումը հաղորդակցման և ինքնաարտահայտման համար, տեղեկության տիրապետումը և դրա միջոցով մի շարք խնդիրների լուծումը: Այսպիսով, կոգնիտիվ հիմնական գործընթացները, որոնք զգալիորեն խանգարվում են շիզոֆրենիայի ժամանակ, ներառում են ուշադրությունը, կատարողական ֆունկցիան, խոսքային և տեսատարածական հիշողությունը, ճանաչումը և հիշողությունը [210]:

Բելակը նշում է, որ նեյրոկոգնիտիվ խանգարումները ընկած են շիզոֆրենիայի հիմքում, և դառնում են բազմաթիվ այլ խնդիրների պատճառ, օրինակ՝ սոցիալական դեզադապտացիայի, մասնագիտական պարտականություններ և առօրյա կենցաղային գործողություններ կատարելու, ինքնուրույն կյանք վարելու դժվարությունների: Կոգնիտիվ ֆունկցիաների խախտումները սահմանափակում են նախ և առաջ հիվանդների իրական գործառնության ոլորտը, իսկ այդ սահմանափակումների հասկացումը և իմացությունը կօգնի ստեղծել տարաբնույթ արդյունավետ վերականգնող և դեղորայքային մոտեցումներ: Օրինակ, ուշադրության և զգոնության դժվարություններ ունեցող հիվանդներն ի վիճակի չեն մշակել ադեկվատ սոցիալական հմտություններ, ինչի հետևանքով նրանք հաճախ հայտնվում են բարդ սոցիալական իրավիճակներում [102]:

Չնայած նրան, որ շիզոֆրենիան պատմականորեն բնութագրված է որպես պոզիտիվ հոգեախտաբանական ախտանիշների առկայություն, բազմաթիվ հետազոտությունների հիման վրա կարևորվել է նաև կոգնիտիվ դեֆիցիտն այս խանգարման մեջ [168, 223]: Կոգնիտիվ դեֆիցիտը շիզոֆրենիայի ժամանակ ասոցացվում է կազմալուծման և նեգատիվ ախտանիշների հետ [120, 139, 160], ինչպես նաև թերգործառնության արդյունքների հետ [137, 138, 225]:

Այլ մոտեցումների համաձայն՝ շիզոֆրենիա ախտորոշում ունեցող հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիայի դեֆիցիտը ներառում է այնպիսի խնդիրներ, որոնք կապված են.

1. ազդակին համապատասխան ուշադրության ընտրողականության,
2. երկար ժամանակ ուշադրություն կենտրոնացնելու,
3. նմանատիպ օբյեկտի կոդավորման և ճանաչման,
4. տեղեկատվության դասակարգման և հետագա վերարտադրման,
5. հասանելի տեղեկության հիման վրա դեդուկտիվ և համարժեք եզրակացություններ կառուցելու հետ [108, 109, 111, 187]:

Նշենք մի քանի մոտեցումներ, որոնք անդրադարձել են տեղեկատվության մշակման դեֆիցիտին: Համաձայն Բրոգայի, Բրաֆի և համահեղինակների մոտեցման՝ ուշադրության դեֆիցիտը դիտարկում են որպես առաջնային և հետագա բարձրագույն գործընթացների խանգարման պատճառ [111, 106]: Ուշադրության և ստացված տեղեկատվության կոդավորման հետ կապված խնդիրները խոչընդոտում են տեղեկատվության ճշգրիտ վերամշակման գործընթացին, որոշումների կայացման և

հակազդման ընտրության մակարդակում: Հակադիր մոտեցման կողմնակիցները գտնում են, որ դեֆիցիտի հիմքում ընկած են բարձրագույն գործընթացները [175, 176]: Մեկ այլ մոտեցման կողմնակիցները կարծում են, որ մտածողության բարդ գործընթացների կառավարման անկարողությունը թուլացնում է շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ պարզ տեղեկատվության կողավորման և ամրապնդման ունակությունը [178, 191, 216]: Շիզոֆրենիան սթրեսի ինտենսիվությամբ և խոցելիությամբ բացատրող մոտեցման կողմնակիցները համադրում են ախտանիշները, կոգնիտիվ ֆունկցիաները և միջավայրի բաղկացուցիչները: Ըստ այս մոտեցման, երբ չի դիտրակվում խանգարման պատճառագիտությունը, ախտանիշները և հասարակական իրազեկվածությունը, տեղեկատվության վերամշակումը բացատրող մոտեցումներն ունենում են կլինիկական հուսալիության սահմանափակումներ: [229]:

Հայտնի է Հայաստանում Ա.Ազիզյանի և համահեղինակների կողմից իրականացված՝ շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրությունը RBANS թեստի միջոցով: Այդ հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ, ի տարբերություն հոգեպես առողջ հետազոտվողների, շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաները ծայրահեղ վատթարացած են: ԱՄՆ-ի և Հայաստանի շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների տարբերությունների ուսումնասիրության արդյունքների համաձայն հայաստանաբնակ հիվանդների մոտ նկատվեց լեզվական ճկունության և ուշադրության դեֆիցիտի ավելի մեծ ցուցանիշ, քան ԱՄՆ-ի շիզոֆրենիայով հիվանդ հետազոտվողների մոտ: Այս արդյունքների տարբերությունը մեկնաբանվում է հեղինակների կողմից որպես մշակութային և դեմոգրաֆիական առանձնահատկություն: Անգամ երկար տարիների կրթական մակարդակը հայազգի հետազոտվողների մոտ չի ազդել արդյունքների տարբերության վրա: Այս թեստի արդյունքների ազգային տարբերությունները պայմանավորված են մի շարք գործոններով՝ սկսած սոցիալական պայմաններից մինչև բնածին կոգնիտիվ ունակություններ: Լեզվական և ուշադրության առաջադրանքների հակասությունները հեղինակները փորձում են բացատրել միջմշակութային տարրերի տարբերություններով և բարդություններով. սովետական Հայաստանում ռուսաց լեզվի գերակշռություն, երկլեզվանի ունակություններ: Ուշադրության տարբերությունը կապված չէ լեզվական ադապտացիայի հետ: Տեղեկատվության մշակման

դանդադությունը կապված է սոցիալ-տնտեսական բարդությունների հետ, որոնց միջոցով անցել է հայ ժողովուրդը երկու տասնամյակի ընթացքում: Բացի մշակութային գործոններից հեղինակները նշում են նաև հոգեսոցիալական թերապիայի անմատչելիությունը, սոցիալ-տնտեսական տարբերությունները, ավանդական հոգեմետ դեղորայքի օգտագործումը, ինչը, ինչպես հայտնի է, ունի սահմանափակող ազդեցություն կոգնիտիվ ֆունկցիաների վրա, այնինչ ԱՄՆ-ում կիրառվող նոր սերնդի դեղորայքն ավելի դրական ազդեցություն ունի կոգնիտիվ ֆունկցիաների վրա [98]:

Այսպիսով, կարող ենք եզրակացնել, որ վերջին ժամանակաշրջանում մեծ նշանակություն ունի կոգնիտիվ դիսֆունկցիաների ուսումնասիրությունը, քանի որ այն դիտվում է որպես շիզոֆրենիայի հիմնական առանձնահատկություն, և կոգնիտիվ գործունեության լավացումը հանդիսանում է շիզոֆրենիայի բուժման հիմնական կլինիկական նպատակներից մեկը: Չնայած նրան, որ այս խանգարման մեջ պոզիտիվ ախտանիշները շատ են ուսումնասիրվել և մինչ օրս ուսումնասիրվում են, բազմաթիվ հետազոտությունների արդյունքում կարևորվել է նաև կոգնիտիվ դեֆիցիտը:

1.1.1. Շիզոֆրենիայով հիվանդների զգայության և ընկալման առանձնահատկությունները

Ընկալման գործընթացների փորձարարական առաջին հետազոտությունները պատկանում են Ե.Կրեպելինի դպրոցին, որտեղ հետազոտության առարկան հանդիսանում էին ընկալման շեմերը, արագությունը և ծավալը: Սակայն հետազոտության արդյունքում նշանակալի արդյունքներ չգրանցվեցին, ինչի արդյունքում գերիշխող և ավանդական դարձավ վարկածը, համաձայն որի՝ շիզոֆրենիայի դեպքում հարաբերականորեն պահպանվում են ընկալման գործընթացները, բացառությամբ ակնհայտ խանգարումների, ինչպիսիք են ցնորքները, կեղծ ցնորքները, սենեստոպաթիաները, պատրանքները: Ժամանակակից հետազոտությունները ընդլայնեցին շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ընկալման խանգարումների մասին պատկերացումները [71]:

Ըստ Մ.Ա.Մելիք-Փաշայանի շիզոֆրենիայով հիվանդների ընկալման ժամանակ բացակայում է ստացված տեղեկատվության ակտիվ մշակումը: Նա գալիս է այն եզրակացության, որ ընկալման գործընթացի ժամանակ տուժում է ստացված տեղեկատվության իմաստավորման հնարավորությունը, ինչը հաճախ կապված է

ուշադրության կենտրոնացման դժվարությունների հետ: Երբ հիվանդներին հաջողվում է կենտրոնացնել ուշադրությունը, ընկալումը ձեռք է բերում ավելի ակտիվ բնույթ, ինչի շնորհիվ հիվանդները փորձում են հասկանալ իրավիճակը և կառուցել դրա իմաստի բացահայտմանն ուղղված վարկածներ [51]:

Յուր. Ֆ. Պոլյակովը տեսողական ընկալումն ուսումնասիրելու համար մի շարք հետազոտություններ կատարեց, հաստատելով ճանաչման շեմերի փոփոխության որոշ օրինաչափություններ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ, համեմատած առողջ մարդկանց հետ: Հետազոտության արդյունքում արձանագրվեց շեմերի բարձրացում, երբ հիվանդներին ցուցադրում էին սովորական, նմուշային պատկերներ, իսկ անսովոր և քիչ հավանական պատկերների դեպքում՝ զգալի իջեցում [63]:

Մ.Ս. Հարդոյի և Մ.Գ. Քարտայի կողմից իրականացված հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ շիզոֆրենիայի ժամանակ ընկալման խանգարումները կրում են յուրահատուկ բնույթ: Նրանց կողմից կատարված հետազոտությունները վկայում են, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ վատթարանում են տարածա-ժամանակային ընկալումները [143]: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ շիզոֆրենիայի ժամանակ կարող է ճնշվել կամ անհետանալ ցավի ցգայությունը [52]:

Կլինիկական հոգեբանության տեսանկյունից հետաքրքրական են հիվանդների գունային տեսողության առանձնահատկությունները: Վ. Դ. Ազբուկինը նշում է, որ հոգեբույժները բազմիցս անդրադարձել են հիվանդագին գործընթացի անմիջական ազդեցությանը տեսողական վերլուծիչի վիճակի վրա շիզոֆրենիայի ժամանակ: Ըստ Ս.Վ. Կրայցի, շիզոֆրենիայի հոգեզգայական ձևերի ժամանակ “գունային խաբկանքներն” արտացոլում են հուզական տատանումները: Հիպերէսթեզիա ունեցող հիվանդների վրա առավել ուժեղ ազդեցությունն են ունենում կարմիր և սև գույները: Ռեակտիվ բարդություններով պարանոիդ շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների մոտ դիտվում է դեղին և կապույտ գույների տարբերակման շեմերի բարձրացում [11]: Ընկալման խանգարումներին բնորոշ են տեսողական և լսողական վերլուծիչի հազեցվածությունը, վառ երանգավորումը: Կախված ընդունվող գրգռիչների ավելցուկից, տեղի է ունենում ընկալման սրացում [52] հատկապես այդ սրացումները հաճախ դիտվում են պարանոիդ շիզոֆրենիայի դեպքում, հիվանդը նկատում է պատահական ժեստեր, միմիկաներ, փողոցի անցորդների խոսակցության դրվագներ:

Յուրաքանչյուր մանրուք ձեռք է բերում յուրահատուկ նշանակություն և հիմք հանդիսանում զառանցական մտքերի համար [29]:

Խոսելով շիզոֆրենիայով հիվանդների զգայության և ընկալման խանգարումների մասին, պետք է անդրադառնալ նաև իրականությունից անջատման հոգեբանական առանձնահատկություններին: Արտաքին աշխարհը լրացվում է ներաշխարհի, ֆանտազիաների, զգացմունքների, մտքերի բովանդակություններով, դրանք հիվանդի համար դառնում են իրական: Նորմայում, երբ բացակայում է արտաքին տեղեկատվական բավարար հոսքը, ինչպես, օրինակ, երազի, երկարատև զգայական մեկուսացման ժամանակ, մեր հոգեկանը լրացնում է այդ հոսքը ներքին աշխարհի բովանդակությամբ: Իրական է դառնում այն, ինչն իրական չէ, իրենից ներկայացնելով ընդամենը հոգեկանի ակտիվության արդյունք: Զգայական մեկուսացման դեպքում իրականության հետ կապն ընդհատվում է, իսկ մտքերն ու զգացմունքները տեղեկատվություն են ստանում ներաշխարհից: Ֆիզիոլոգիապես այն կարելի է բացատրել ռեֆլեկտոր աղեղի ծայրամասային և կենտրոնական հատվածի միջև անհամապատասխանությամբ: Տեղեկատվական հոսքի ընդհատումը, ինչպես քնի կամ տևական զգայական մեկուսացման ժամանակ, հանգեցնում է պրոյեկցիայի երևույթին: Այն բացատրվում է ռեֆլեկտոր աղեղի կենտրոնական հատվածում առաջացող ֆունկցիոնալ կառույցների՝ դեպի արտաքին աշխարհ պրոեկտմամբ: Սուբյեկտիվորեն, դրանք ընկալվում են որպես արտաքին իրականություն: Այստեղ հիմնականում խոսքը գնում է երազատեսության, ցնորքների և զառանցանքների մասին: Օրինակ, հայտնաբերվել է, որ լսողական ցնորքների ժամանակ խոսքի հետ կապված մկանային շարժումներ են իրականացվում, ինչը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ հիվանդը ինքն է ստեղծում իր ծայնային ցնորքները [29]:

Խոսելով շիզոֆրենիայով հիվանդների ընկալման առանձնահատկությունների մասին, հոգեբանության տեսանկյունից կարևոր ենք համարում նաև հույզերի ընկալման և ճանաչման խնդրի ուսումնասիրությունը: Հիվանդների մոտ խանգարվում է ոչ միայն հույզերի ընկալումը, այլ նաև դրանց նմանակումը: Ս.Պարկի և համահեղինակների հետազոտությունները վկայում են, որ հիվանդները դժվարանում են նմանակել ձեռքերի և բերանի շարժումները, ինչպես նաև դիմախաղը: Այդ դժվարությունները կորելյացվում են արտահայտված նեգատիվ ախտանիշների և սոցիալական գործառնության վատթարացման հետ [189]: Գ. Կոհլերի, Զ.Վալկերի և

Ե.Ա. Մարտինի հետազոտությունները ցույց են տվել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ դիտվում է այլ մարդկանց հոյզերն ընկալելու կարողության խանգարում [95]: Այսպիսով, մի շարք հոգեբանական հետազոտությունների համաձայն՝ տեսողական ընկալման խանգարումները կարող են հանդիսանալ նաև սոցիալական անհարմարվողականության պատճառ, քանի որ հիվանդների կողմից դեմքի արտահայտության, ժեստերի սխալ մեկնաբանությունը աղավաղում է սոցիալապես նշանակալի ազդակների ընկալումը, որն անհրաժեշտ է ադեկվատ փոխազդեցության համար: Սոցիալական հարմարվողականության խանգարումները և կոգնիտիվ խանգարումները, մասնավորապես ընկալման գործընթացների և տեսողական, լսողական տեղեկատվության մշակման խանգարումները, փոխկապակցված են միմյանց հետ [32]:

Բժշկական հոգեբանության տեսանկյունից մեծ հետաքրքրություն են ներակայացնում դեպերսոնալիզացիան և դեռեալիզացիան: Դեպերսոնալիզացիան ենթադրում է սեփական անձից օտարացում, սեփական անձի աղավաղված ընկալում, հոգեկան օտարացում, անձի ինքնագիտակցության խանգարում, որն ուղեկցվում է որոշ կամ բոլոր հոգեկան գործընթացների մեկուսացմամբ: Դեպերսոնալիզացիայի կառուցվածքում առանձնացնում են.

- Եսի միասնության ընդհանուր կորուստ, ինչի արդյունքում հիվանդը սեփական մտքերը, ձայնը, շարժումներն ընկալում է “կողքից”, ամբողջ մարմինը ընկալվում է փոփոխված, երկատված:

- Մարմնի առանձին հատվածների աղավաղված ընկալում (մարմնի սխեմայի խանգարում) [90]:

Դեռեալիզացիայի և դեպերսոնալիզացիայի հիմքում ընկած է իրականության զգացումի կորուստը. սեփական մարմնի զգացումի կորուստը՝ դեպերսոնալիզացիայի ժամանակ և շրջապատող աշխարհի զգացումի կորուստը՝ դեռեալիզացիայի ժամանակ: Իրականության զգացումի խնդիրը սերտորեն կապված է զառանցանքի առաջացման հետ, որի ժամանակ տեղի է ունենում իրականության այլակերպում, այլ կառույցների՝ որպես իրական ընդունման շնորհիվ: Կեմպինսկին նշում է, որ “դեպերսոնալիզացիա” տերմինն օգտագործվում է այնպիսի դեպքերում, երբ հիվանդը կասկածում է սեփական մարմնի իրական լինելու մեջ և միաժամանակ առաջանում է սեփական մարմնի փոփոխության տպավորություն, օրինակ, տպավորություն, որ

մեծանում է գլուխը, ձեռքերը դառնում են երկար և հաստ, քիթը կորցնում է իր ձևը, իսկ աչքերը դառնում են տարօրինակ: “Դեռեալիզացիա” տերմինը կարելի է բնորոշել որպես շրջապատող աշխարհի իրականության զգացումի խանգարում, այն դառնում է անիրական, հիշեցնում է երազատեսություն կամ կինոֆիլմ, թատերական խաղի տպավորություն է թողնում, երբեմն կորցնում է իր եռաչափությունը և դառնում հարթ: Անիրականության զգացումը կարող է լինել սեփական անձի և շրջապատող միջավայրի նկատմամբ կայուն բացասական հուզական վերաբերմունքի արդյունք: Անիրականության զգացումը հանդիսանում է պաշտպանություն միօրինակ տհաճ իրականությունից [29]: Շիզոֆրենիայի ժամանակ հաճախ հանդիպող հոգեախտաբանական ախտանիշներից է մարմնի սխալ ընկալումը, կամ այլ կերպ ասած սինեսթեզիաները (ռուսական գրականության մեջ հանդիպում է “սենեսթոպաթիա” տերմինը) [154, 197]: Անգլո-ամերիկյան գրականության մեջ այս երևույթը հիմնականում դասակարգվում է որպես մարմնական ցնորք կամ զառանցական ընկալում, հնարավոր է այն պատճառով, որ, ինչպես բացահայտվել է, նշված մարմնական ընկալման խնդիրներ ունեցող հիվանդների մեծամասնությունը տառապում է պարանոիդ շիզոֆրենիա ախտորոշմամբ: Հետազոտվածների մոտավորապես 25%-ի մոտ հանդիպել են ցավի, թմրածության, փայտացածության և տարօրինակ, անսովոր ծանրության, թեթևության, վերջույթների ընդլայնման, նեղացման, փոքրացման և մեծացման զգացումներ [197]:

Կլոստերկոտերը և ՄակԳորին նշում են, որ մարմնի սխալ ընկալումն անհրաժեշտ է ներառել զարգացող շիզոֆրենիայի վաղ կանխորոշիչներ հանդիսացող “հիմնական ախտանիշներ” հասկացության մեջ [163, 181, 184]: Համաձայն Հյուբերի և Կատոյի հետազոտությունների՝ շիզոֆրենիայով հիվանդների հիվանդության ընթացքը բնորոշվում է սենեսթեզիաների փոփոխական բնույթով, որոնք ի հայտ են գալիս կարճ ժամանակով և հետո փոխում են իրենց ձևը, բայց առկա են հիվանդության հիմնական ընթացքում [151, 152, 157]: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մարմնի ընկալման առանձնահատկությունները որպես հոգեբանական երևույթ քիչ են ուսումնասիրված, և դրանց մեծամասնությունը նվիրված է մարմնի ընկալման և վերապրման խանգարումներին, ինչպես նաև դրա վարքային դրսևորումներին: Ն.Լուկյանովիչը ուսումնասիրություններում անդրադարձել է մարմնի պատկերի կոպիտ աղճատումներին [174], հետագա ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ

շիզոֆրենիայով հիվանդները ձգտում են իրենց արտաքին տեսքի կտրուկ փոփոխություններ անել, սկսած սանրվածքի տարօրինակ փոփոխություններից [183] վերաջացրած պլաստիկ վիրահատություններով [9]: Ա.Ալեքսեևի կողմից կատարված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդներին բնորոշ է մարմնի պատկերի դեֆինդիվիդուլիզացիան, այսինքն մարմնի բացառումը եսից: Հիվանդը ընկալում է իր մարմինը ոչ թե որպես իր բաղկացուցիչ մի մաս, այլ որպես արտաքին մի գործիք: Ներքին մարմնական զգացողությունները հաճախ բացասական երանգավորում ունեն, և որպես կանոն ընկալվում են որպես հիվանդագին և վտանգ ներկայացնող [6]: Ս.Պրիբեն և Ֆ.Ռորիխտն իրենց ուսումնասիրություններում նշում են, որ պարանոիդ շիզոֆրենիայով և շիզոաֆեկտիվ խանգարումներով հիվանդների մոտ առկա են մարմնի չափսերի յուրահատուկ և կայուն խանգարումներ, որոնք կարող են վկայել զգայական տեղեկատվության մշակման խանգարման մասին [194]:

Ուսումնասիրելով շիզոֆրենիայով հիվանդների մարմնի պատկերի խանգարումներին նվիրված աշխատությունները, կարելի է ընդհանրացնելով ասել, որ հաճախ հիվանդների մոտ կարելի է հանդիպել մարմնի պատկերի և մարմնի սխեմայի ընկալման խանգարումներ:

1.1.2. Շիզոֆրենիայով հիվանդների հիշողության առանձնահատկությունները

Շիզոֆրենիայի ժամանակ հաճախ հանդիպող կոգնիտիվ ֆունկցիաների խանգարումներից է հիշողության վատթարացումը: Իհարկե, քիչ է հայտնի վատթարացման ուժգնության, բնույթի և աստիճանի մասին: Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ հիշողության վատթարացման ուժգնությունը պայմանավորված չէ տարիքով, բուժմամբ, հիվանդության տևողությամբ, հիվանդի կարգավիճակով, հոգեախտաբանության ծանրությամբ կամ պոզիտիվ ախտանիշներով: Վատթարացումը կարող է կայուն բնույթ կրել, ունենալ լայն տիրույթ, և, ըստ էության, պայմանավորված չլինել այնպիսի կարգավորող գործոններով, ինչպիսիք են հոգեախտաբանական ծանրությունը և հիվանդության տևողությունը [96]:

Հետազոտությունների համաձայն՝ հստակ կառուցվածքային հանձնարարություններ կատարելիս շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ չի նկատվել օպերատիվ, կարճատև, հետաձգված և միջնորդավորված հիշողության նշանակալի խանգարումներ: Հիշողության թուլացումը կրում է երկրորդական բնույթ և կարող է

պայմանավորված լինել այնպիսի գործոններով, ինչպիսիք են կամային-դրդապատճառային ոլորտի խանգարումները, օրգանական խանգարումները, դեղորայքի կողմնակի ազդեցությունը: Կամային-դրդապատճառային ոլորտի խանգարումներով պայմանավորված հիշողության վատթարացումն ի հայտ է գալիս այն դեպքերում, երբ հիվանդները սխալներ են թույլ տալիս պարզ խնդիրներ լուծելիս, սակայն ճշգրիտ են լուծում առավել բարդ խնդիրները և առաջադրանքները, օրինակ, հետազոտության ժամանակ հիվանդներն ավելի լավ են հիշել թվերը հակառակ հերթականությամբ [30]: Համաձայն Մ.Ա.Մելիք-Փաշայանի կողմից իրականացված հետազոտությունների, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ պահպանված է մեխանիկական հիշողությունը՝ հիմնված նյութի անմիջական մտապահման վրա: Սակայն իմաստային կապերի ձևավորման հիման վրա մտապահումը խանգարված է լինում [51]:

Այլ հոգեբանական հետազոտությունների համաձայն՝ հիվանդներն ունենում են վերհիշելու, ճանաչելու դժվարություններ, ինչպես նաև սեմանտիկ կոդավորման խնդիրներ [134]: Սակայն ճանաչելուն ուղղված առաջադրանքները կատարում են առավել լավ, քան վերհիշելու առաջադրանքները: Արդյունքները վկայում են այն մասին, որ երկու առաջադրանքները կատարելիս, նկատվել է, որ քրոնիկ շիզոֆրենիայի դեպքում հիշողության վատ վերարտադրումը պայմանավորված է կոդավորման դեֆիցիտով [114, 107]: Շիզոֆրենիայի ժամանակ էապես խանգարվում է վերբալ դեկլարատիվ հիշողությունը, ինչը տեղեկատվության կոդավորման դեֆիցիտի պատճառ է դառնում [119]: Մ. Գրինի տվյալների համաձայն՝ վերբալ հիշողությունը որոշում է նաև սոցիալական գործառնության բնույթն ու մակարդակը: Նա ընդգծում է նաև խնդիրների լուծման և կարողությունների ձեռք բերման համար ուշադրության կենտրոնացման կարևորությունը [139]:

Հասարակության մեջ խնդիրներ լուծելու ընդունակությունը պայմանավորված է վերբալ հիշողությամբ և կատարողական գործառույթով (կոգնիտիվ ճկունություն) [94]: Կատարողական գործառույթների ուսումնասիրությամբ զբաղվել է նաև Սիմոնը, համաձայն որի, հիվանդների մոտ խանգարվում է աշխատանքային հիշողությունը և կատարողական գործառույթները, որոնց թվում են կազմակերպելու կարողությունը, բարդ խնդիրների լուծման ժամանակ վարքային հակազդման պլանավորումը, երկարատև հիշողության ակտիվացումը և նպատակասլաց վարքի համար խոսքային

ունակություններ կիրառելու կարողությունը [211]: Կատարողական գործառույթը նպաստում է նաև վերացական մտքեր օգտագործելու կարողությանը, վարքի պլանավորմանը, և, ի վերջո, առանձին կամ մի խումբ խնդիրների հաղթահարման կարևոր հմտությունների ձեռքբերմանը: Մեր աշխատանքի տեսանկյունից նպատակահարմար ենք գտնում շեշտադրել կատարողական գործառույթի ևս մեկ կարևոր կողմ. այն թույլ է տալիս հասնել մարդու հոգեկան և մարմնական գործընթացների ինքնակառավարման [210]: Այսպիսով, հետազոտությունների արդյունքում մենք տեսնում ենք, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հաճախ հանդիպում են վերբալ հիշողության և կատարողական գործառույթի խանգարումներ, ինչը, մեր կարծիքով, կարող է սոցիալական անհարմարվողականության, շփման դժվարությունների պատճառ հանդիսանալ, և իր բացասական ազդեցությունն ունենալ ինքնագիտակցության վրա, նրա այնպիսի գործառույթների, ինչպիսիք են ինքնակառավարումը, ինքնատիրապետումը և ինքնակարգավորումը:

Նեյրոհոգեբանական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում են աշխատանքային հիշողության վատթարացումներ, որը ելակետային դեր է խաղում բազմաթիվ կոգնիտիվ գործընթացներում, ինչպիսիք են տրամաբանական մտածողությունը, ուսուցումը և հասկացումը [210]: Հիվանդների մոտ, ինչպես ցույց են տալիս մի շարք հետազոտություններ, վատթարացած է տեսողական և լսողական աշխատանքային հիշողությունը [110, 135, 159, 219]:

Հոգեբանության տեսանկյունից կարևոր ենք համարում անդրադառնալ շիզոֆրենիայով հիվանդների հուզական հիշողության առանձնահատկություններին: Հուզական հիշողությունը կարևոր դեր է խաղում առօրյա փորձի յուրացման մեջ, ինչը թույլ է տալիս յուրաքանչյուր պահին որոշում կայացնել, ինչպես նաև հեռագնա նպատակներ հաստատել: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ թուլացած է հուզական փորձի հիշողությունը, ինչը բերում է նպատակասլաց վարքի դեֆիցիտի և չմոտիվացվածվածության և անհեղոնիայի ախտանիշների դրսևորմանը [149]: Հոգեբանական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ նրանք հաճախ չեն կարողանում օգտագործել դրական փորձը, որպեսզի ուղղորդեն իրենց որոշումները ապագայում նմանատիպ գործունեության մեջ ներգրավվելու համար [131, 150]: Ակնկալվող հաճույքը կամ սպասումը, որ մոտալուտ իրադարձությունը կպատճառի հաճույք, մեծամասամբ պայմանավորված է անցյալի դրական փորձի

հիշողություններով: Այս տեսանկյունից, դրական փորձի երակարատև հիշողություններն ամրապնդելու ունակության վատթարացումն էականորեն նվազեցնում է մարդու հաճույքի կանխատեսման ունակությունը նմանատիպ կրկնվող իրավիճակներից [123]: Բացի այդ, նման երկարատև հուզական հիշողությունները կարևոր են որոշումների կայացման և դրդապատճառների պահպանման համար [147, 149]: Շիզոֆրենիայում հուզական հիշողության հետազոտությունները սահմանափակ են, իսկ մի շարք հետազոտություններ մատնանշում են, որ հուզական հիշողության դեֆիցիտի և նեգատիվ ախտանիշների միջև գոյություն ունի կապ [142, 150, 179]:

Հայտնի է, որ շիզոֆրենիա ունեցող անձանց մոտ էապես վատթարացած է կարճատև դրվագային հիշողությունը, հետագա մետավերլուծությունները ցույց են տվել, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների տարբեր կողմերի դեֆիցիտը վկայում է, որ շիզոֆրենիայով տառապող անձանց մոտ առավել շատ վատթարացած հատվածը դրվագային հիշողությունն է, ինչը ևս ազդեցություն է ունենում հուզական հիշողության աշխատանքի վրա [199]: Ինչպես տեսնում ենք, թե կարճատև դրվագային և թե երկարատև հիշողությունները նպաստում են հուզական հիշողության կանոնավոր աշխատանքին, սակայն մի շարք այլ հոգեբանական գործոններ ևս ունենում են իրենց ազդեցությունն այդ աշխատանքի վրա, օրինակ՝ մեծացող ուշադրությունը հուզական ազդակների վրա, այլ բարձրագույն հոգեկան գործընթացների ներգրավված աշխատանքը՝ կապված կոդավորման և վերարտադրման հետ, ինչպես նաև տրամադրության համապատասխանության ազդեցությունները [149]:

Մասնագիտական գրականության ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդների մոտ օբյեկտիվ հետազոտությունների արդյունքում նկատվում են հիշողության վատթարացումներ, սակայն պարանոիդ շիզոֆրենիայով տառապող անձանց մոտ, համաձայն Ա. Կեմպինսկիի, հաճախ նկատվում են հիշողության սրացումներ (հիպերմնեզիա), որոնց բովանդակությունը կապված է զառանցանքի հետ: Հիվանդը կարող է հիշել անցյալի իրադարձությունների մանրամասներ [29]:

Կլինիկական հոգեբանության տեսանկյունից հետաքրքրական է աուտոպերսոնամնեզիայի (սեփական անձի մասին հիշողությունների կորուստի) ուսումնասիրությունը: Վ.Գ.Օստրոգլազովայի կարծիքով աուտոպերսոնամնեզիան իրականում չի համարվում ամնեզիա, ավելի շուտ նա համարում է պսևդոամնեզիա, որն առաջանում է հիշողությունների զառանցանքային վերամշակման արդյունքում:

Բոլոր հետազոտված դեպքերում նկատվում է մոռացվածը վերհիշելու վախ, միևնույն ժամանակ վերհիշելու կաշուն ցանկություն: Հոգեբանորեն այս երևույթը կարելի է մեկնաբանել որպես բացասական վերաբերմունք սեփական ճակատագրի և կյանքի նկատմամբ և այն “ջնջելու”, “նորից ծնվելու” ցանկություն [59, 60, 61, 62]:

Մեր աշխատանքում անդրադարձել ենք նաև կոնֆաբուլյացիային որպես շիզոֆրենիայի ժամանակ հաճախ հանդիպող ախտանիշ: Կոնֆաբուլյացիաներն ի հայտ են գալիս ամենեստիկ խանգարումների դեպքում, որի ժամանակ հիվանդները հիշողության բացերը լրացնում են հորինված, ֆանտաստիկ կեղծ հիշողություններով: Հիվանդները հավատում են, որ դրանք իրական են և օբյեկտիվորեն տեղի չունեցած իրադարձությունները ներկայացնում որպես իրականում տեղի ունեցած [2]: Կատարված հոգեբանական և նյարդահոգեբանական հետազոտությունները վկայում են, որ շիզոֆրենիայի ժամանակ հանդիպող կոնֆաբուլյացիաներն ավելի շուտ կապված են սեմանտիկ հիշողության վատթարացման, քան դրվագային հիշողության և հիշողության կատարողական գործառույթի հետ: Նշված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ կոնֆաբուլյացիաները կապված են նաև մտածողության խանգարումների հետ [170, 171]: Հոգեբանական տեսանկյունից մենք կարող ենք մեկնաբանել կոնֆաբուլյացիաները որպես իրականությունից անջատման դրսևորում, որի ժամանակ հիվանդը ստեղծում է իր համար մի այլ աշխարհ, ինչի շնորհիվ նա կարող է կտրվել տհաճություն պատճառող իրականությունից, մերժելով և արտամղելով այն:

1.1.3. Շիզոֆրենիայով հիվանդների մտածողության և խոսքի առանձնահատկությունները

Խոսելով շիզոֆրենիայով հիվանդների մտածողության առանձնահատկությունների մասին, կարելի է ասել, որ կախված շիզոֆրենիայի ձևից, պատկերը կտրուկ տարբերվում է: Բավականին շատ են շիզոֆրենիայով հիվանդների մտածողությանն ուղղված աշխատանքները և հետազոտությունները, սակայն նշված երևույթի մասնավորապես հոգեբանական ուսումնասիրությունները դեռ սպառված չեն:

Մտածողության ասոցիատիվ գործընթացների մասին խոսելիս, կարևոր ենք համարում անդրադառնալ շիզոֆրենիայի վերաբերյալ Կ.Գ.Յունգի եզրակացություններին: Նա բացահայտեց բնորոշ հետևյալ առանձնահատկությունները՝ չհամակարգվածություն, ասոցիացիաների

չկապվածություն, բացատրելով դրանց առաջացումը դեզինտեգրացիայով, ապերցեպցիայի անկումով, ինչպես նաև անգիտակցական խորքային գործընթացներով [92]: Ե.Բլեյլերն ազատ, քառտիկ ասոցիացիաները հավասարապես էր շեշտադրում, ինչպես շիզոֆրենային գործընթացի հետևյալ կարևոր հատկանիշները՝ աուտիզմը, աֆեկտը, ամբիվալենտությունը [15] Կրեչմերը, վերլուծելով շիզոֆրենիայով հիվանդների խոսքը, եզրակացնում է, որ առաջին պլան են դուրս գալիս “հիպնոտիկ շերտերը”, որոնք համապատասխանում են նախնադարյան մարդու պրիմիտիվ մտածողությանը, որը բնորոշվում է, օրինակ՝ “մոզական” միստիկ մտածողությամբ: Քանի որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մտածողությունը տարբերվում է պատկերային և ֆանտաստիկ բնույթով, Բելիկեվիչը համեմատում է նրանց ասոցիացիաները արթմնի կամ կիսաքուն վիճակի երազատեսությունների հետ: Արիեստին և Շպիգելը նշում են, որ հիվանդների դիսոցիացված մտածողությունը ենթարկվում է “պալեոլոգիական” ռեգրեսի՝ դեպի ֆիլոգենետիկ և օնտոգենետիկ ավելի վաղ մակարդակ [72]:

Հիվանդների մտածողությունը հիվանդության սկզբնական փուլերում արդեն իսկ կարող է ախտահարվել: Հիվանդները նշում են, որ իրենց մոտ առաջանում են զանազան մտքեր, որոնք շփոթեցնում և խանգարում են ճիշտ կողմնորոշվել: Սակայն մտքերը կարող են, ընդհակառակը, նվազել կամ ընդհանրապես անհետանալ, ստեղծվում է “դատարկության” վիճակ: Մտածողության անարդյունավետությունը բերում է անիմաստ և “դատարկ” դատողությունների (ռեզոնյորություն) [4]: Վերլուծելով ռեզոնյորության երևույթը, Տեպենիցինան բացահայտեց, որ տվյալ երևույթի կառուցվածքում առկա են հետևյալ երեք բաղադրիչները՝ թույլ դատողությունները, հուզական ռեակցիաները, մեծ ընդհանրացումների հակումը [78]:

Յուր. Ֆ. Պոլյակովի կողմից անցկացված լայնածավալ հոգեբանական հետազոտությունները, որոնք ներառում են մտածական տարբեր գործընթացներ՝ համեմատություն, դասակարգում, ընդհանրացում, խնդիրների լուծման տարբեր ձևեր, ցույց են տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ մտածողության վատթարացումը կապված է նախկին փորձից ստացված գիտելիքների ակտուալիզացիայի (հիշողությունից տեղեկատվության վերհանում) առանձնահատկությունների հետ: Նկատվում է նաև ընդհանրացումների “անսովորություն”, “տարօրինակություն”, սակայն չի կարելի ասել, որ դրանք անտրամաբանական են կամ սխալ: Մտածական

գործընթացների փոփոխության պատճառ է դառնում հաճախ խաթարված ուշադրությունը [63]:

Ա. Բ. Խոլմոգորովան և Բ. Վ. Ջեյգարնիկը նշում են, որ մտածողության նպատակասլացության խաթարումը պայմանավորված է մտածողության ինքնակարգավորման խանգարմամբ, այսինքն գիտակցման, ստուգման, վերակառուցման, սուբյեկտի գործունեության միջոցների մշակման հետ կապված մտածողության ռեֆլեքսիվ կողմով: Հիվանդները կարող են վերահսկել իրենց գործողությունները դրանց ձևավորված նմուշների պայմաններում, իսկ գործողության նոր եղանակի ինքնուրույն մշակման և նախկինի վերակառուցման անհրաժեշտության դեպքում հիվանդները չեն գիտակցում իրենց գործողությունների անհամապատասխանությունը [82]:

Պաթոհոգեբանական հետազոտության մեջ հայտնի է Բ.Վ. Ջեյգարնիկի կողմից մշակված մտածողության խանգարումների դասակարգումը, համաձայն որի, մտածողության խանգարումների տեսակներն են՝ մտածողության ընդհանրացման գործընթացների խանգարումները, տրամաբանական մտածողության խանգարումները, մտածողության նպատակաուղղվածության բաղադրիչի խանգարումները: Բ.Վ. Ջեյգարնիկի տվյալների համաձայն՝ հիվանդների մոտ հանդիպում են մտածողության ընդհանրացման գործընթացի աղավաղումներ: Ընդհանրացման ժամանակ կիրառվող հատկանիշները, որպես կանոն, նկարագրվում են, որպես “գաղտնի, ձևական և անբովանդակ” [25]: Չնայած նրան, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մտածողությունը լինում է անսովոր և տարօրինակ, բազմաթիվ հեղինակներ նշում են, որ ինտելեկտուալ-մնեստիկ խանգարումները դուրս չեն գալիս առաջին պլան, ինչը որակապես տարբերում է շիզոֆրենիայի դեպքում մտածողության խանգարումները գլխուղեղի օրգանական ախտահարումների ժամանակ մտածողության խանգարումներից [94]: Մ.Օ.Գուրեվիչը և Մ.Յա.Սերեյսկին ևս կարծում էին, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ խանգարվում է մտածողությունը ինտելեկտի հարաբերական պահպանվածության պարագայում. վնասվում են ոչ այնքան ինտելեկտուալ կարողությունները, որքան դրանք կիրառելու ունակությունը [71]: Հոգեբանության տեսանկյունից հետաքրքրություն է ներկայացնում շիզոֆրենիայով հիվանդների ստեղծագործական մտածողության ուսումնասիրությունը, քանի որ հիվանդների մոտ նկատվում է մտածողության ինքնատիպություն, որը թույլ է

տալիս դիտել երևույթները և առարկաները տարբեր կողմերից, համադրել անհամադրելին, ինչպես նաև նմուշից շեղվելու ունակություն: Ժամանակակից հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդնագին գործընթացների ազդեցության տակ հիվանդների մոտ նվազում է ակտիվությունը, նախաձեռնողականությունը, ստեղծագործական նախադրյալների իրականացման ունակությունը [38]:

Ժամանակակից հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդներն ունեն մտքի տեսության (Theory of mind) խաթարումներ: Մտքի տեսության ունակությունները (օրինակ՝ ծաղրանքի, հեգնանքի հասկացումը) կանխորոշում են սոցիալական և ընդհանուր գործառնությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ, և ախտանիշները կապված են մտքի տեսության հետ: Ի տարբերություն ստուգիչ խմբի մասնակիցների, հիվանդները ցուցադրում են սարկազմի հասկացման վատթարացումներ [117]:

Վերջին հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդների մոտ խաթարված է զրույցի կամ գեղարվեստական գրականության փոխաբերությունների հասկացումը, իմաստի ըմբռնումը և այլ բառերով վերարտադրումը, ինչը կապված են նեգատիվ ախտանիշների հետ [182]: Հիվանդների մոտ գործնական երևույթների (pragmatic phenomena) տարատեսակները, որոնք արտահայտվում են հաղորդակցման տարբեր ձևերում (խողք, ժեստեր, հարալեզվական արտահայտչաձևեր), էականորեն ավելի թույլ են, քան առողջ մասնակիցների մոտ: Դժվարություններն առաջանում էին հատկապես հասկացման և վերարտադրման առաջադրանքների կատարման ժամանակ [121]: Հետագա հետազոտությունները վկայում են, որ բացի վերոնշյալ խաթարումներից, հիվանդների մոտ նկատվում են նաև լեզվական աղավաղումներ, որոնք ներառում են կազմալուծված խոսքը, ինչպես նաև ուրիշի խոսքի հասկացման դեֆիցիտը [105]: Շիզոֆրենիայի ժամանակ լեզվական դեֆիցիտը (language deficit) ուսումնասիրվում է հետևյալ երկու հիմնական տեսությունների միջոցով. տեսություն, որը կենտրոնանում է սեմանտիկ հիշողության կառուցվածքի և գործառնության խանգարումների վրա, մյուս տեսությունը շեշտադրում է խոսքի բովանդակության արդյունավետ կառուցման և օգտագործման ունակության դեֆիցիտը [166]: Երկրորդ տեսության համաձայն՝ լեզվական այդպիսի դեֆիցիտը կարող է հանգեցնել զրույցի ընթացքի և կառուցվածքի խնդիրների [132]: Իսկ լեզվական դեֆիցիտը, կապված սեմանտիկ հիշողության

վատթարացման հետ, պայմանավորված է կոգնիտիվ վերահսկողության մեխանիզմով [165]: Փաստերը վկայում են, որ հիվանդների մոտ որպես վերահսկողության գործառույթի վատթարացման արդյունք խաթարվում է զրույցի իմաստի մշակման գործընթացը [105]:

Մենք կարող ենք եզրակացնել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների վերանշյալ մտածական խնդիրները՝ մտքի տեսության, փոխաբերությունների հասկացման, գործնական ունակությունների, կոգնիտիվ վերահսկողության մեխանիզմի վատթարացումները, ինչպես նաև ուրիշի խոսքի հասկացման և լեզվական դեֆիցիտը մեծ ազդեցություն կարող են ունենալ հիվանդների փոխհարաբերությունների վրա: Հոգեբանական տեսանկյունից կարող ենք ասել, որ նման խնդիրների գոյությամբ է նաև բացատրվում այն փաստը, որ հիվանդները ձգտում են մեկուսանալ, քանի որ կոգնիտիվ նման գործընթացների վատթարացած աշխատանքը թույլ չի տալիս լիովին հասկանալ զրուցակցին և արդյունավետ կերպով շփվել մարդկանց հետ:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ասոցիատիվ խանգարումներից բացի, հաճախ հանդիպում են նաև մտածողության որակական խանգարումներ, դրանք են՝ կաչուն մտքերը, գերարժեք մտքերը և զառանցանքները: Զառանցանքների առկայությունը, ինչպես նաև ցնորքները հիվանդության ախտորոշման կարևոր ախտանիշներից են: Շիզոֆրենիայի դեպքում մտածողությանը բնորոշ է այն, որ որևէ միտք կարող է դառնալ նրա կոնցեպցիայի գերիշխող մասը, ետին պլան մղելով առաջնային խնդիրները: Դրանով է հաճախ բացատրվում, որ հիվանդների մտածողությունն անհասկանալի է, տարօրինակ: Հիվանդների համար երևույթները հատուկ նշանակություն են ձեռք բերում, քանի որ մտածողությունը կենտրոնանում է երկրորդական մանրուքների վրա, նրանք դրանց վերագրում են հատուկ իմաստ և նշանակություն: Մտածողության առանձնահատկություններից է նաև այն, որ հիվանդի մոտ առաջանում են մտքերն ընթերցելու, օտար մտքերի ներխուժման զգացողություններ [4]: Շիզոֆրենիայի ժամանակ մտածողության բովանդակային խանգարումները հիմնականում ներառում են զառանցանքների այինպիսի ձևեր, որոնք կապված են կեղծ համոզմունքների հետ, որ իր մտքերը, գործողությունները, ապրումները վերահսկվում են արտաքին երևույթներով, որ իր անձնական մտքերը հեռարձակվում են ռադիոյով կամ հեռուստատեսությամբ: Առաջանում են նաև այնպիսի ազդեցության զառանցական մտքեր, որ այլմոլորակայինների կողմից մտքեր են

տեղադրված իր ուղեղում, որ միստիկական ուժերը գողանում են իր մտքերը: Հանդիպում են նաև այլ արսուրդ համոզմունքներ, որոնք ներառում են մարմնական փոփոխությունների զառանցանքներ: Պարանոիդ շիզոֆրենիայի ժամանակ հաճախ դրսևորվող զառանցանքներից է հետապնդման զառանցանքը: Այսպիսի հիվանդները հարաբերություններում դառնում են չափազանց կասկածամիտ, բացատրելով, որ իրենց հետևում են, դիտում են, ուզում են թունավորել, իրենց մասին խոսում են, “թշնամիները”, իրենց վրա զանազան ազդեցություններ են թողնում սարքերի միջոցով: Շիզոֆրենիայի այս ձևի ժամանակ հանդիպում է նաև մեծամոլական զառանցանք: Հիվանդը համոզված է, որ ինքը, օրինակ, աշխարհահռչակ փիլիսոփա կամ արվեստագետ է, կամ անցյալի նշանավոր անձ է, օրինակ, Նապոլեոնը կամ Հիսուս Քրիստոսը [115]:

Հոգեախտաբանական ուսումնասիրությունների հետ մեկտեղ մենք կատարել ենք նաև զառանցանքների հոգեբանական վերլուծություն: Համաձայն Ռ.Գիպսի և Բ.Ֆուլֆորտի կողմից կատարած մեծածավալ հետազոտությունների՝ մտքերի բովանդակությունը տարբերվում է իր անսովորությամբ, անհամապատասխանությամբ, իռացիոնալությամբ, քննադատության բացակայությամբ և իրական լինելու յուրահատուկ համոզվածությամբ: Նորմայում մտածողության դրական դինամիկան տեղի է ունենում մտածողության այնպիսի հատկանիշի շնորհիվ, ինչպիսին է մտածողության քննադատական գործառույթը: Այն ապահովում է մտածական գործողությունների համապատասխանությունն իրականությանը: Քննադատությունը կատարում է պատկերների, մտքերի ենթադրությունների և այլնի հաստատման և հերքման գործառույթ: Այդ գործառույթների շնորհիվ մշակվում են նոր գաղափարներ, պատկերներ, կարծիքներ և եզրակացություններ: Բարձրագույն հոգեկան գործունեության խաթարման ժամանակ մտածողությունը որակապես փոխվում է, կորցնում է իրականության հետ համապատասխանությունը: Այս պարագայում քննադատությունը վատթարանում է, ինչի հետևանքով մտածողությունը կորցնում է դրական դինամիկան: Կեղծ, ոչ ճշգրիտ և պատահական դատողությունները չեն անցնում քննադատական պրիզմայի միջով, և միանգամից ընդունվում են սուբյեկտի համար որպես համոզմունքներ: Մտքերը կորցնում են իրականության հետ կապը, և գնահատվում են մասնագետների կողմից որպես զառանցական [89]:

Կարևոր ենք համարում վերլուծել հիվանդների վտանգի, անարդարության կամ մեղքի զգացումի առանձնահատկությունները, որոնք թույլ կտան ավելի խորությամբ հասկանալ զառանցանքները:

Վտանգի զգացման ժամանակ հիվանդը ապահով չի զգում իրեն իր միջավայրում: Ընդ որում վտանգը կարող է լինել իրական, ապա այս պարագայում զառանցանքները կառուցվում են իրական վտանգի չափազանցությամբ: Վտանգը կարող է լինել նաև երևակայական, որի ժամանակ շրջապատի հանդեպ վախը պայմանավորված չէ օբյեկտիվ իրավիճակով: Այստեղ դրսևորվում է զառանցական պրոյեկցիան ֆրոյդյան հետևյալ բանաձևով. “ես ատում եմ- ինքն ինձ ատում է”:

Այսպիսով, այլ մարդուն ուղղված բացասական զգացմունքները դառնում են սեփական պատկերի ինտեգրված մասը, որի ժամանակ այդ մարդը, ում ուղղված էին բացասական ապրումները, դառնում է հիվանդի համար հետապնդող սուբյեկտ: Մեղքի զգացումը կարելի է նույն կերպ վերլուծել, ինչի ժամանակ սոցիալական միջավայրը վերածվում է դաժան դատավորի: Հիվանդին թվում է, որ յուրաքանչյուր իր քայլը, ժեստը, բառը, միտքը, զգացմունքն այդ դատավոր դարձած սուբյեկտների կողմից ուշադիր գնահատվում է: Երբեմն կարող է բողոքել, ագրեսիվ լինել այդ դատավորների նկատմամբ, ինչից հետո ուժեղանում է մեղքի զգացումը: Հենց այդ մեղքի զգացումի հիման վրա է կառուցվում զառանցանքային համակարգը: Անարդարության զգացումը տարբերվում է մեղքի զգացումից շրջապատի կարծիքի մերժումով: Մարդը զգում է, որ իր նկատմամբ անարդարացի են վարվել, այդ զգացումի հիմքում ընկած է արդարության նկատմամբ հավատը, արդար և հոգատար աշխարհի ընկալումը: Չարդարացված սպասելիքները, կյանքում հանդիպող անարդարություններն առաջացնում են ագրեսիա աշխարհի նկատմամբ: Յանկացած զառանցանքի առաջացման մեջ մեծ դեր է խաղում իրականության հասկացման անհնարինությունը և դրա հետ կապված անորոշության նկատմամբ վախի զգացումը: Զառանցանքի դեպքում անորոշ իրականությունը ձեռք է բերում կոնկրետություն և վախն անորոշությունից նվազում է [29]: Սկզբնական շրջանում անորոշությունը կապված է նաև իր ապրումների անբացատրելի փոփոխությունների հետ, ինչի հետևանքով ունենում է տարօրինակ, տագնապալի մտքեր և զգացողություններ: Այս փուլը զառանցական ընկալման փուլն է, որի հիմնական առանձնահատկությունն է ցրված զգացողությունը, որ ինչ-որ տարօրինակ բան է կատարվում: Եթե նա կարողանում է գտնել իմաստը, կամ տեսնել այդ ամենում

մի գաղափար, նա հանգստանում է, հատկապես եթե այդ գաղափարը կապված է սեփական նշանակալիության հետ: Այս դեպքում հիվանդը ձեռք է բերում մի նոր առաքելություն: Դա նշանակում է, որ անհանգստացնող զառանցական ընկալումները ստանում են նոր նշանակություն [29, 47]:

Մարդու մտածողությունը անքակտելիորեն կապված է խոսքի հետ, որի շնորհիվ տեղի է ունենում տեղեկատվության փոխանցումը լսողական ազդակների, գրավոր կամ պանտոմիմիկական նշանների միջոցով [71]: Հետևաբար, կարելի է ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդի խոսքը նրա մտածողության տարրերի արտացոլումն է [29]:

Լեզվական և հաղորդակցման խաթարումներն առաջինը նկարագրել է Բլեյլերը [104]: Հիմնականում խնդիրներ են առաջանում խոսքային հաղորդակցումը ղեկավարող իմաստաբանական և շարահյուսական օրենքներին հարմարվելու հետ, այդ խնդիրները կապված չեն ցածր ինտելեկտի, թերի կրթության, մշակութային մեկուսացման հետ: Այդ երևույթը նման է նրան, որ հիվանդները օգտագործում են հաղորդակցական թվացող բառային համադրությունները, բայց ունկնդիրները վերջնական վերլուծության ընթացքում, հիվանդի խոսքը ընկալում են մասամբ կամ ընդհանրապես չեն հասկանում [115]:

Հաճախ հանդիպող խանգարումներից է կազմալուծված մտածողությունը և խոսքը, որի ժամանակ հիվանդները դժվարանում են տրամաբանորեն մտածել և արտահայտվում են ուրիշների համար տարօրինակ կերպով [34]: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ վատթարանում են խոսքի ինչպես էքսպրեսիվ, այնպես էլ իմպրեսիվ բաղադրիչները: Նրանք հաճախ դժվարանում հասկանալ կարդացածի և այլ մարդկանց խոսքի իմաստը: Խոսքն արտահայտելու ժամանակ տրամաբանական անհետևողականությունը բերում է նրան, որ հիվանդի խոսքը դառնում է անհասկանալի և աբսուրդ: Այս խանգարումները դրսևորվում են չկապակցված խոսքով, խոսքի բովանդակության իմաստային խանգարումով, խոսքի ռեզոնյորությամբ, սայթաքումով: Խոսքի խանգարումների արտահատված դեպքերում հանդիպում է նաև մտածողության անկապություն, որի ժամանակ մարդու արտահայտությունները բաղկացած են առանձին բառերից, առանց քերականական կառուցվածքի և իմաստային կապերի [71]: Մտածողության ձևի խանգարումները ներառում են նաև խոսքային ճեղքվածությունը, նեոլոգիզմները, պերսևերացիան, հանգավորումը [34]: Պերսևերացիան արտահայտվում է նաև միևնույն ժեստերի,

միմիկայի, մարմնի դիրքի կրկնողությամբ, ընդ որում դրանք կապված չեն արդի իրավիճակի հետ: Պերսներացիան կարելի է տեսնել նաև գրավոր կամ գրաֆիկական ձևերում: Հոգեբանական վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդին ավելի լավ ճանաչելուց հետո այդ անիմաստ ժեստը (բառը, դիմախաղը) ձեռք է բերում իմաստ, կապված հիվանդի ապրումների կամ ամբողջ կյանքի հետ: Համաձայն Ա. Կեմպինսկու՝ մտածողության և խոսքի միջև տեղի է ունենում դիսոցիացիա, ինչի արդյունքում հիվանդը կորցնում է խոսքի սոցիալական նպատակը: Այսինքն, կարելի է ասել, որ խոսքն ու մտածողությունը դեգինտեգրված են, ինչը դժվարեցնում է շփումը և խոսքային փոխհասկացումը հիվանդի հետ [29]: Մ.Լորենցը կարծում է, որ դիսոցիացված խոսքը հիվանդներին ծառայում է ոչ թե շփման, այլ հենց մեկուսացման համար [172]:

Գրականության վերլուծության արդյունքում մենք տեսանք, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մտածողությանը բնորոշ է չհամակարգվածությունը, ասոցիացիաների չկապվածությունը, ինչի առաջացումը կարելի է բացատրել հոգեկանի դեգինտեգրացիայով, ապերցեպցիայի անկումով, ինչպես նաև անգիտակցական խորքային գործընթացներով: Հոգեախտաբանական ուսումնասիրությունների հետ մեկտեղ մենք կատարեցինք նաև զառանցանքների առաջացման մեխանիզմների և բովանդակության հոգեբանական վերլուծություն: Ուսումնասիրեցինք շիզոֆրենիայով հիվանդների խոսքի առանձնահատկությունները որպես մտածողության անքակտելի մաս:

1.1.4. Շիզոֆրենիայով հիվանդների ուշադրության առանձնահատկությունները

Հոգեբանության մեջ ուշադրությունը բնորոշվում է որպես հոգեկան գործունեության, գիտակցության ուղղվածություն որոշակի առարկաների կամ երևույթների վրա [30]: Ուշադրությունը մի շարք գործողությունների միջոցով հնարավորություն է տալիս մարդուն առանձնացնելու նշանակալի ազդակները, ավելի շատ կենտրոնանալու այդ ազդակների վրա, անտեսելով այլ ազդակները, պահել կայուն կենտրոնացումը ազդակի վրա [210]: Ուշադրության խաթարումները շիզոֆրենիայի կոգնիտիվ խանգարումների առանցքային մասն են կազմում [186]: Ուշադրության և տեղեկատվության մշակման դեֆիցիտը կենտրոնական տեղն է

զբաղեցնում շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ, քանի որ այն նպաստում է աշխատանքային հիշողության և կատարողական գործառույթի դեֆիցիտին [210]: Կրեպելինը նշում է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդները կարող են կորցնել սեփական նախաձեռնությամբ կենտրոնացած ուշադրությունը պահպանելու իրենց ունակությունը և հակվածությունը [164]:

Ուշադրությունը հոգեկան գործընթաց է, որը վերահսկում է տեղեկատվության մշակման ընթացքը: Հոգեկան խանգարումների հիմնական դեֆիցիտը նկարագրելու համար կիրառվում են ուշադրության երեք բաղադրիչներ՝ ուշադրության կենտրոնացման ընտրողականությունը, ծավալը և կայունությունը: Ուշադրության բաղադրիչներից մեկն արտաքին ազդակի կամ ներքին հոգեկան բովանդակությունների վրա կենտրոնացումն է: Բրոդբենթի մոտեցման համաձայն՝ ուշադրության ընտրողականությունն ունի երեք հատկանիշ՝ (1) զտում, կենտրոնացում տարբերակիչ հատկանիշների վրա (օրինակ՝ մեծ քառակուսիներն ի տարբերություն փոքր քառակուսիների); (2) ազդակներն դասակարգում ըստ խմբերի (օրինակ՝ գրի մեջ օգտագործվող բոլոր տառատեսակների առանձնացումը), (3) խմբավորում, ընկալվող տեղեկատվության նվազեցում՝ նեղ խմբի մեջ տեղադրմամբ (օրինակ՝ իզական սեռի անձանց խմբավորելու համար մազերի երկարության հատկանիշի կիրառումը): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ավելի հաճախ նկատվում են զտման, քան խմբավորման դժվարություններ [201]: Շիզոֆրենիայի կոգնիտիվ դիսֆունկցիաների մի շարք տեսություններում լայնորեն տարածված է այն մոտեցումը, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ դիտվում են խնդրի վրա ուշադրությունը պահպանելու ունակության վատթարացումներ, այսինքն ուշադրության կայունության դեֆիցիտ [136, 167, 187, 188, 227], որի ժամանակ հիվանդը չի կարողանում ուշադրությունը կայուն պահել հիմնական առաջադրանքի կամ խնդրի վրա [208]: Առաջադրանքի նպատակի վրա ուշադրության կայունությունը պահպանելու անկարողությունը խաթարում է այլ առաջադրանքների կատարման հնարավորությունը, ինչը կարող է պատճառ հանդիսանալ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ այլ բազմաթիվ հոգեկան գործընթացների վատթարացումների համար [141]:

Այսպիսով, կարելի է եզրակացնել, որ ուշադրության կայունությունը շիզոֆրենիայի հիմնական կոգնիտիվ դեֆիցիտն է, որը խանգարում է խնդիրների լուծմանը և հմտությունների ձեռքբերմանը [137]: Սակայն, որոշ հետազոտություններ ցույց են

տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում են ոչ թե ուշադրության կայունության վատթարացումներ, այլ տեղեկատվության ընտրողականության վերահսկման խնդիրներ: Ըստ այդ վարկածի, հիվանդներն ունենում են ուշադրության տեղափոխելիության վատթարացումներ, քանի որ ուշադրության տեղափոխելիությունն է գործի դնում այն մեխանիզմը, որը պահանջում է տեղեկատվության ընտրողականության վերահսկում [122, 146, 173, 207, 214, 215]:

Հոգեբանական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ դիտվում են կամաձին ակտիվ ուշադրության, նրա կայունության և տեղափոխելիության վատթարացումներ, ընդ որում այդ խանգարումները աճում են դեֆեկտի զարգացման հետ մեկտեղ, արտացոլելով հոգեկան գործունեության ընդհանուր իջեցումը [30]: Ակտիվ ուշադրության խանգարումների հետ մեկտեղ պահպանվում է պասիվ ուշադրությունը: Հետազոտողների կարծիքով նման խնդիրները կարող են ձևավորվել հիվանդությունից տարիներ առաջ: Հիվանդների մոտ խաթարված է զտման մեխանիզմը, բարձր է ուշադրության շեղելիությունը, որը դրսևորվում է խանգարման սուր փուլի ընթացքում, և նվազում է դեղորայքային բուժման ժամանակ [31]: Բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ խաթարվում են ուշադրության գործառույթները, սակայն որոշ հետազոտությունների համաձայն՝ ի տարբերություն առողջ հետազոտվողների, դիտվում է կամաձին տարածական ուշադրության հարաբերական ուժեղացում [217]:

1.2. Անձի ինքնագիտակցության հասկացման մոտեցումները մասնագիտական գրականության մեջ

Անձի ինքնագիտակցության խնդիրը վաղուց գիտնականների՝ հոգեբանների և փիլիսոփաների ուշադրության կիզակետում է: Մենք կուսումնասիրենք ինքնագիտակցության էությունը, կանդրադառնանք տարբեր հեղինակների ուսումնասիրություններին և տեսություններին:

Վ.Ս. Մերլինը նշում է, որ ինքնագիտակցության օբյեկտը ոչ թե իրականությունն է, այլ սեփական անձը որպես գործունեության սուբյեկտ [54]: Ինքնագիտակցության զարգացումը պայմանավորված է տարաբնույթ բարդությունների հաղթահարմամբ՝ խնդրային իրավիճակներից ելքի որոնումներով, կյանքի հակասությունների հաղթահարմամբ՝ կյանքի իմաստը որոշող ընտրությունների կատարումով [53]:

Համաձայն Ս.Լ. Ռուբինշտեյնի՝ գիտակցության և ինքնագիտակցության ձևավորումը կարևոր է, քանի որ այն մասնակցում է անձի կայացման գործընթացում: Նա նշում էր, որ անձը, լինելով գիտակից սուբյեկտ, գիտակցում է ոչ միայն իր շրջապատը, այլ նաև ինքն իրեն շրջապատի հետ հարաբերություններում: Անձի ուսումնասիրությունն ավարտվում է անձի ինքնագիտակցության բացահայտմամբ: Ինքն իր՝ որպես եսի գիտակցումը համարվում է զարգացման արդյունք [69]: Ս.Լ. Ռուբինշտեյնը դիտում էր ինքնագիտակցությունը որպես ճանաչման արդյունք, որի համար պահանջվում է գիտակցել սեփական ապրումների իրական պայմանավորվածությունը: Հոգեկանի դրսևորումների վերլուծության արդյունքում նա առանձնացրեց երկու ձև՝ օբյեկտիվ ձև, այսինքն գործունեություն, և հոգեկանի գոյության սուբյեկտիվ ձև, այսինքն ռեֆլեքսիա, ներհայեցողություն, ինքնագիտակցություն, հոգեկանի արտացոլումը ինքն իր մեջ [68]:

Անձի ինքնագիտակցության խնդրին անդրադարձել է Ա. Ադլերը, որոնք արտացոլված են “թերաթեքության բարդույթ” և “գերազանցության բարդույթ” տեսության մեջ: Թերաթեքության զգացումը մարդու ինքնիրականցման ձգտման սկզբնաղբյուրն է: Վարքաբանական դպրոցն ինքնագիտակցությունը դիտում է որպես վարքային կատեգորիա, որը կարելի է շոշափելի դարձնել մարդու գործողություններում [83]: Էքզիստենցիալ հոգեբանությունը դիտարկում է մարդկային եսի էությունը ինքնիրականցման գործընթացի, ստեղծագործականության սահմաններում [67]: Ինքնագիտակցության խնդիրը խորապես ուսումնասիրվել է ռուս հեղինակների՝ Վ.Վ. Ստոլինի, Ի.Ի. Չեսնակովայի, Ի.Ս.Կոնի, Ա.Գ. Սպիրկինի, Լ.Ս. Վիգոտսկու, Ա.Ն.Լեոնտևի, Ս.Լ.Ռուբինշտեյնի, Բ.Գ.Անանևի կողմից: Մի շարք հեղինակների կողմից ինքնագիտակցությունը հասկացվում է որպես ռեֆլեքսիա (Վ.Պ.Չինչենկո, Մ.Կ. Մամարդաշվիլի, Ի.Ս.Կոն, Վ.Ս. Մերլին, Ս.Լ.Ռուբինշտեյն, Ա.Գ.Սպիրկին, Վ.Վ. Ստոլին): Համաձայն նրանց սեփական որակների, նպատակների, իմաստների՝ ռեֆլեքսիայի գործընթացը հարստանում է սոցիալական միջավայրից եկող հետադարձ կապով, ինչը թույլ է տալիս անձին շտկել սեփական գործունեությունը, շփումը, հետևաբար նաև՝ ղեկավարել սեփական վարքը: Չնայած ինքնագիտակցության կառուցվածքի հասկացման տարբերություններին, մի շարք հետազոտողներ (Լ.Ի. Բոժովիչ, Ա.Վ.Լիբին, Ա.Բ. Օրլով, Ս.Ռ.Պանտիլեն) կարծում են, որ անձի առանցքն ինքնագիտակցությունն է: Բ.Գ. Անանևը դիտում է ինքնագիտակցությունը որպես

անձի զարգացման բարձրագույն աստիճան [7]: Ի.Ի. Չեսնակովան կարծում է, որ ինքնագիտակցությունն ինքնաճանաչման, հուզական ինքնավերաբերմունքի և ինքնակարգավորման միասնություն է [85, 86]: Դ. Ա. Լեոնտևի կարծիքով ինքնագիտակցությունը կախված է, նախ և առաջ, մարդու կողմից իրականացվող գործունեությունից: Նա առանձնացնում է եսի գոյության հինգ սահմանագիծ: Առաջին սահմանագիծը մարմնական կամ ֆիզիկական “ես”-ն է՝ որպես սեփական մարմնի վերապրում: Երկրորդը՝ սոցիալ-դերային “ես”, այսինքն հասարակության մեջ հասարակական դերերի վերապրումն է: Երրորդը՝ հոգեբանական եսն է, որը թույլ է տալիս վերապրել գործունեության դրդապատճառներն ու պահանջմունքները: Չորրորդ և հինգերորդ սահմանագիծը ներառում է սեփական եսի զգացումը որպես ակտիվության աղբյուր, ինքնավերաբերմունքը և եսի իմաստը [43]:

Ի.Ս. Կոնը մարդու ինքնագիտակցության մեջ առանձնացնում է չորս մակարդակ: Ստորին մակարդակը ներառում է չգիտակցված ապրումներում դրսևորվող դիրքորոշումներ, որոնք ասոցիացվում են ինքնազգացողության և ինքն իր նկատմամբ հուզական վերաբերմունքի հետ: Հաջորդ մակարդակը սեփական անձի առանձին հատկանիշների գիտակցումն ու գնահատումն է: Երրորդ մակարդակը կազմված է մնացած երկու մակարդակների մասնավոր ինքնագնահատականների հիման վրա, որի արդյունքում ստացվում է համեմատաբար ամբողջական պատկեր: Ամենաբարձր մակարդակը ենթադրում է “ես պատկերի” ներառումն անձի արժեքային ուղղվածության ընդհանուր համակարգի մեջ, կապված կենսագործունեության նպատակների և միջոցների գիտակցման հետ [36]: Վ.Ս. Մուխինան նշում է, որ ինքնագիտակցությունն ունի պատմական, սոցիալական բնույթ: Ինքնագիտակցության մեջ արտացոլվում է հասարակության զարգացման պատմական ժամանակաշրջանը, որում ապրում է կոնկրետ մարդը, ինչպես նաև իր հասարակական շրջապատի արժեքները: Բացի այդ, նա նշում է նաև, որ մարդուն հատուկ է յուրահատուկ էությունը, որն արտահայտվում է ինքնագիտակցության մեջ [57]: Վ.Վ. Ստոլինը սահմանում է անձի ինքնագիտակցությունը որպես հոգեկան գործընթացների միասնություն, որի շնորհիվ անձն առանձնացնում է իրեն շրջապատող աշխարհից, բացահայտելով սեփական էությունը, փոխում իր վերաբերմունքն իր անցյալի, ներկայի և ապագայի նկատմամբ [77]:

Ի.Վ. Վաչկովը ինքնագիտակցությունը բնորոշում է որպես սուբյեկտի՝ ինքն իր մասին պատկերացումների դինամիկ համակարգ, սեփական ինտելեկտուալ, ֆիզիկական և այլ հատկանիշների գիտակցումը և հասկացումը, այդ հատկանիշների գնահատումը և վերաբերմունքը դրանց նկատմամբ, ինչպես նաև տվյալ անձի վրա ազդող արտաքին գործոնների սուբյեկտիվ ընկալումը [20]:

Ինքնագիտակցությունը հանդիսանալով գիտակցության կենտրոն, նշանակում է ինքնանույնականացում, տարածության և ժամանակի գիտակցում: Յասպերսը ինքնագիտակցությունը հակադրում էր առարկայական գիտակցությանը՝ առանձնացնելով չորս հիմնական չափանիշներ: Առաջին հերթին ինքնագիտակցությունը ենթադրում է գործունեության մեջ լինելու զգացում, այսինքն՝ սեփական անձը ընկալել որպես ակտիվ, գործող: Երկրորդը՝ սեփական անձի՝ որպես «մի ամբողջականության» գիտակցումն է ամեն վայրկյան: Երրորդը սեփական նույնության գիտակցումն է: Այսինքն՝ մարդը գիտակցում է, որ սա հենց ինքն է, հենց այնպիսին, ինչպիսին նա կա: Իսկ վերջինը այն գիտակցումն է, որ նա առանձին է և տարբեր շրջապատող աշխարհից [1]:

Ինքնագիտակցության առավել համընդհանուր սահմանում է տվել Գ.Գ.Ֆիլիպովան, նշելով, որ ինքնագիտակցությունը որոշակի չափով բնորոշ է նաև բարձրագույն կենդանիներին: Հեղինակը սահմանում է ինքնագիտակցությունը որպես հոգեկան արտացոլման ձև, որում արտացոլման օբյեկտ է դառնում հենց սուբյեկտը [79]:

Այսպիսով, հոգեբանության մեջ առանձնացվում են ինքնագիտակցության թե աղբյուրները, և թե կառուցվածքը, դիտարկվում են նրա բովանդակությունը, մեխանիզմները և գործառությանն նշանակությունը: Ինքնագիտակցության կայացման համար կարևորվում են մարդկության կեցության բազմաթիվ կողմերը, ինչպես արտաքին (գործունեություն, շփում), այնպես էլ ներքին (սեփական անձի նկատմամբ հետաքրքրություն, սեփական կյանքի տարբեր իրադարձությունների սուբյեկտիվ վերապրում, առաջատար հոգեբանական պաշտպանությունները և քոփինգ-նազմավարությունները, կոգնիտիվ հնարավորությունները և այլն) [7, 17, 22, 26, 35, 41, 42, 65, 70, 75, 76, 77, 79, 84, 86, 87]:

Ընդհանրացնելով վերը նշվածը՝ մեր ուսումնասիրության համար հետևյալ կարևոր եզրակացության կարող ենք հանգել. ինքնագիտակցությունը գործընթաց է,

որի շնորհիվ մարդը ճանաչում է ինքն իրեն, կարողանում է վերահսկել սեփական վարքը և կարգավորել հարաբերությունները, ձևավորել ինքնավերաբերմունք: Ինքնագիտակցությունը, այսպիսով, կարելի է դիտել որպես անձի զարգացման և կայացման բարձրագույն աստիճան:

Անձի ինքնագիտակցությունն ինքն իր մասին պատկերացումների միասնություն է, որն արտահայտվում է “ես կոնցեպցիայում”: Անձի զարգացման գործընթացում ինքնագիտակցությունն ավելի է բարդանում, և պատկերների քանակի ավելացման հետ մեկտեղ ձևավորվում է ինտեգրված, խորքային և ադեկվատ “ես” պատկեր [73]:

Ինքնագիտակցության ֆենոմենի խորքային ուսումնասիրության համար, մենք կանդրադառնանք “ես պատկերի”, “ես-կոնցեպցիայի” ուսումնասիրությանը: Այս հասկացությունները հաճախ օգտագործվում են որպես հոմանիշ, սակայն գրականության վերլուծության արդյունքում, կարելի ասել, որ դրանք դիտվում են որպես առանձին երևույթ: “Ես պատկերի” առարվել տարածված տարանջատումներից է “իրական ես” և “իդեալական ես” տարանջատումը, որն կարելի հանդիպել Ու.Ջեմսի, Զ.Ֆրոյդի, Կ.Լեվինի, Կ.Ռոջերսի և բազմաթիվ այլ հեղինակների մոտ: Բացի նշված տարանջատումից, Ու. Ջեմսն առանձնացնում է նաև “նյութական ես” և “սոցիալական ես” [73, 36]: Ռոզենբերգն առանձնացնում է “ներկա ես”, “դինամիկ ես”, “փաստացի ես”, “հավանական ես” և “իդեալականացված ես” [36]: Շ. Սամուելն ընդգծում է “ես-կոնցեպցիայի” չորս չափում՝ մարմնի պատկեր, “սոցիալական ես”, “կոգնիտիվ ես” և ինքնագնահատական [202]:

Հոգեբանության մեջ առաջիններից մեկը, ով լայնորեն սկսեց կիրառել “ես” հասկացությունը, Զ.Ֆրոյդն էր: Իր տեսության մեջ “եսը” հոգեկան ապարատի բաղադրիչ է, որը պատասխանատու է որոշումների ընդունման համար: Ա.Ադլերը հատուկ ուշադրություն է դարձնում “ստեղծագործական եսի” հասկացությանը, որը բացահայտում է անձի զարգացման գործընթացի էությունը: Փսիխոսինթեզի տեսության մեջ հատուկ տեղ է գրավում “ես” հասկացությունը: Ռ.Ասաջոլին առանձնացնում է գիտակցական “եսը” և բարձրագույն “եսը” [73]:

Ի.Ի. Չեսնակովան, հիմնվելով Ս.Լ. Ռուբինշտեյնի գաղափարների վրա, սահմանում է ինքնագիտակցությունը որպես մարդու կողմից ինքն իր ճանաչման բարդ գործընթաց, որի ժամանակ անցում է տեղի ունենում առանձին, իրավիճակային պատկերներից դեպի ամբողջական ինտեգրում, այսինքն սեփական եսի

հասկացություն, հետագա զարգացման դեպքում՝ ընդհանրացված “ես պատկեր”, ամբողջական կառուցվածքային գոյացություն [86]:

Ա.Վ. Լիբինը “ես պատկերը” համարում է կենտրոնական գոյացություն անձի կառուցվածքում, կարծելով, որ այն համակարգ է մարդու՝ իր մասին պատկերացումների որպես առանձին և յուրահատուկ սուբյեկտ [44]: Ժամանակակից հոգեբանական բառարանում (խմբ.՝ Բ.Գ. Մեշերյակով և Վ.Պ.Ջինչենկո) ինքնագիտակցությունը սահմանված է որպես “մարդու ինքն իր գիտակցումը որպես անհատականություն”: Ինքնագիտակցությունը մարդու ինքն իր, աշխարհում իր դիրքի և տարբեր երևույթների և օբյեկտների նկատմամբ իր վերաբերմունքի ճանաչման մակարդակներից մեկն է: Ինքնագիտակցությունը մասամբ ներառում է “ես-կոնցեպցիայի” այն բովանդակությունը, որը պոտենցիալ գիտակցվում է: “Ես-կոնցեպցիան” մարդու ապրումների և ինքն իր մասին պատկերացումների հարաբերականորեն կայուն և ընդհանրացված համակարգ է [74]:

Վեյթենը և համահեղինակները “ես-կոնցեպցիան” սահմանում են որպես մարդու՝ ինքն իր էության, յուրահատկությունների և իրեն բնորոշ վարքի պատկերացումների միասնություն, նշելով, որ այն ինքնարնկալման ամբողջություն է [226]:

Կ.Ռոջերսն առանձնացնում է “ես-կոնցեպցիայի” հետևյալ երեք բաղադրիչները.

1. “ես պատկեր”, այսինքն ինչպես է մարդն իրեն տեսնում, և դա միշտ չէ որ համընկնում է իրականության հետ: Յուրաքանչյուր անձի “ես պատկեր” ներառում է ֆիզիկական առանձնահատկությունները, անձնային հատկանիշները և սոցիալական դերերը:
2. Ինքնագնահատական: Բազմաթիվ գործոններ կարող են ազդեցություն ունենալ մարդու ինքնագնահատականի վրա՝ այլոց հետ համեմատվելը, ուրիշների կողմից տրված գնահատականը:
3. Իդեալական “ես”, այսինքն ինչպիսին մարդը կցանկանար լինել: Համաձայն Կ.Ռոջերսի՝ հաճախ մեր իրական “ես”-ը չի համընկնում մեր ցանկալի “եսի” հետ [200]:

Ինչպես նշում է Ռ.Բերնսը, “ես-կոնցեպցիան” սեփական անձին ուղղված կողմնորոշումների հանրագումար է, որը կարելի է դասակարգել հետևյալ երեք բաղադրիչների.

1. *կողմնորոշման կոզնիտիվ բաղադրիչ*՝ “Ես պատկեր”, մարդու՝ իր մասին պատկերացումներն են:
2. *հուզական-գնահատական բաղադրիչ*՝ ինքնագնահատական, այդ պատկերացումների հուզական գնահատականը: “Ես պատկերի” կոնկրետ կողմեր կարող են առաջացնել քիչ թե շատ ուժեղ հույզեր, կապված այդ կողմերի ընդունման կամ քննադատման հետ:
3. *հնարավոր վարքային հակազդում*, այսինքն այն կոնկրետ գործողություններն են, որոնց առաջացման պատճառը կապված է “Ես պատկերի” և ինքնագնահատականի հետ [14]:

“Ես կոնցեպցիայի” կառուցվածքային բաղադրիչները է “Ես պատկերը”, որը բաղկացած է կոզնիտիվ և հուզական (ինքնավերաբերմունք) բաղկացուցիչներից: Ինքնավերաբերմունքի կառուցվածքում առանձնացնում են.

- սեփական անձի նկատմամբ ընդհանրացված հուզական վերաբերմունքը
- ինքնագնահատականը, սեփական ձեռքբերումների և հաջողությունների նկատմամբ տաբերակված վերաբերմունքը [10, 45, 74]:

Ա.Բեկը և Ա.Ֆրիմանը, անդրադառնալով ինքն իր գնահատման և սեփական անձին ուղղված հրահանգների խնդրին, կապում են դրանց առաջացման պատճառները խորքային կառուցվածքների հետ, այսինքն “Ես-կոնցեպցիայի” հետ կամ սեփական եսի սխեմայի հետ: Չափազանցված բացասական կամ դրական “Ես-կոնցեպցիան” կարող են հանդիսանալ այն գործոնները, որոնք մարդուն “տեղափոխում” են “անձի տիպեր” խմբից “անձի խանգարումներ” խումբ [101]:

Մի շարք արտասահմանյան հետազոտությունների համաձայն՝ ինքնավերաբերմունքի որակն անմիջականորեն պայմանավորված է անձի ինքնիրականացման և ինքնաընդունման անձի կարողություններով [161, 204]:

Այսպիսով, ինքնագիտակցությունն ինքն իր գիտակցման ռեֆլեքսիվ գործընթաց է: Համաձայն Ե.Պ.Բաշայեվայի՝ անձնային ռեֆլեքսիան ինքնագիտակցության մեխանիզմ է և սեփական ներքին աշխարհը, անհատական առանձնահատկությունների արտացոլելու ունակություն է: Ինքնառեֆլեքսիան մարդուն հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրել սեփական անձը տարբեր կողմերից, բացահայտել, գնահատել, ընդունել կամ չընդունել սեփական հոգեբանական որակները, ներաշխարհի ռեսուրսները [12]: Իր աշխատանքում հատուկ ուշադրություն

է դարձրել ինքնառեֆլեքսիային Լ.Ի.Ադամյանը, դիտելով այն որպես ինքն իր վրա կենտրոնանալու գիտակցության կողմից ձեռք բերված ունակություն [5]: Ռեֆլեքսիան ինքնաճանաչումն է, որի ընթացքում մարդ խորհրդածում է սեփական ապրումների, մտքերի մասին, վերլուծում իր կատարած գործողությունները, ինչը թույլ է տալիս ներհոգեկան պայմաններ ստեղծել ինքնակատարելագործման, վարքագիծն ու մտածելակերպը հետագայում ցանկալի փոփոխությունների ենթարկելու համար [1]:

Հետազոտողները նշում են, որ բացի ռեֆլեքսիայից ինքնագիտակցության զարգացման կարևոր մեխանիզմներից է նաև նույնականության ֆենոմենը [56]: Համաձայն Կ. Յասպերսի՝ “Ես”-ն ինքնագիտակցության մեջ հասկացվում է որպես անձի նույնականություն, միասնություն, ինչպես նաև ուրիշ մարդկանցից և օբյեկտներից առանձնանալու միջոց, այսինքն ինքնանույնականություն, որը հիմնված է “եսը” “ոչ եսից” առանձնացնելու վրա: Նույնականության գիտակցումը դիտվում է որպես եսի հատկանիշներից մեկը, որը մտնում է անձի ինքնագիտակցության կառուցվածքի մեջ [93]: Վ. Ստոլինը ևս նշում է, որ ինքնագիտակցության ձևավորման գործընթացում կարևոր դեր ունի նույնականացման ֆենոմենը: Նա սեռային նույնականացման ձևավորման հիմքում կարևորում է ներգրավումն իրական հարաբերությունների մեջ: Համաձայն Ստոլինի՝ տարբերում են հոգեբանական սեռային տիպավորումը և սեռային նույնականությունը: Սեռային տիպավորումը կանացի կամ տղամարդկային սեռային դերի հետ կապված վարքի իրական ատրիբուտների, հուզական հակազդեցությունների առանձնահատկությունների, դիրքորոշումների ձեռքբերումն է: Մարդու սեռային դերի ձևավորման համար նշանակություն չունեն սեռական օրգանները, կարևոր է ծնողների վերաբերմունքը և դաստիարակությունը կյանքի առաջին 3-4 տարիների ընթացքում: Ի տարբերություն սեռադերային տիպավորման սեռային նույնականությունը (սեռային ինքնագիտակցությունը) ինքն իր մասին պատկերացումներն են որպես որոշակի սեռի ներկայացուցչի [77]: Համաձայն Վ.Ե.Կազանի՝ սեռային նույնականությունը սեռային ինքնագիտակցության մի կողմն է, որն արտացոլում է ինքն իր որպես կոնկրետ սեռի ներկայացուցչի, կամ սեփական սեռի բնութագրիչների պատկանելիության ապրումները [28]:

Գրականության մեջ տարանջատում են նույնականության երկու տեսակ՝ անձնային և սոցիալական: Անձնային նույնականությունն անձի ֆիզիկական,

ինտելեկտուալ և բարոյական հատկանիշների ամբողջությունն է, իսկ սոցիալականը՝ անձի որոշակի սոցիալական խմբի պատկանելիությունն է [27]: Անձնային նույնականությունը բնորոշելու համար անդրադառնանք Ռ.Վ.Բերնսի կողմից “ես-կոնցեպցիայի” սահմանմանը: Նրա կարծիքով, անձնային նույնականությունն անձի՝ իր մասին պատկերացումների միասնություն է, համալրված դրանց գնահատականով: “Ես-կոնցեպցիայի” նկարագրողական բաղադրիչը նա անվանեց “ես-պատկեր”, ինչը ներառում է ինքնավերաբերմունքը, ինքնագնահատականը, ինքնաընդունումը: Ըստ երևույթի, նկարագրելով անձնային նույնականությունը, Ռ.Բերնսը շեշտը դնում է հասարակական միջավայրից կախված անձի ինքնագնահատականի վրա [14]: Տ.Ջ. Կոզլովան, անդրադառնալով նույնականության երկու տեսակներին, նշում է, որ “ես ինքս” (անձնային նույնականություն) և “ես խմբում” (սոցիալական նույնականություն) երբեմն ձուլվում են, այսինքն դրանք դժվար է իրարից առանձնացնել [33]: Այսպիսով, ինքնանույնականությունը ամբողջական, գործունյա, արտաքին միջավայրում չաղճատված արտահայտումը և սեփական ամբողջական եսի գիտակցումն է [64]:

Մեր ուսումնասիրության տեսանկյունից կարևոր է դիտարկել կոգնիտիվ կառուցվածքի և ինքնագիտակցության կապի առանձնահատկությունները: Մ. Ռոզենբերգը նշում է, որ անձնային զարգացումն անմիջականորեն կապված է կոգնիտիվ գործընթացների հետ: Նա մատնանշում է կապն ինքնագիտակցության զարգացվածության, “ես պատկերի” տարբերակման, տարանջատման մակարդակի և կոգնիտիվ բարդության աստիճանի հետ: Ասելով “ես պատկերի” տարբերակում, նա նկատի ունի անձի կողմից գիտակցվող անձնային որակների քանակը և սեփական առանձնահատկությունների մասին օբյեկտիվ կարծիք ձևավորելու կարողությունը [66]:

Ն.Ի.Չուպրիկովան կոգնիտիվ կառուցվածքը բացատրում է որպես գիտելիքների ներկայացուցչական ներքին, հարաբերականորեն կայուն հոգեբանական համակարգ, որը պահպանվում է երկարատև հիշողության մեջ և մշակում ընթացիկ տեղեկատվությունը [88]: Այս մոտեցման հիման վրա Տ.Ա.Ռատանովայի կողմից կատարած հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ դեռահասները, որոնք ունեն ավելի տարանջատված կոգնիտիվ կառուցվածք, բարձր առաջադիմություն, բնորոշվում են առավել ադեկվատ ու բարձր ինքնագնահատականով և անձնային զարգացման բարձր մակարդակով [66]: Չ.Կարվերը նշում է, որ ինքնաճանաչման ունակության աղբյուրը մարդու մտածողության և գործողությունների համալիրն է [116]: Ինքնաճանաչման

համար կարևոր դեր է խաղում ինքն իր վրա ուղղված ուշադրությունը: Այն թույլ է տալիս նաև կարգավորել սեփական վարքը և կարևոր է դրդապատճառների ձևավորման համար [116, 126, 133]:

Նշված հետազոտություններն ընդգծում են կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ինքնագիտակցության համար: Քանի որ գրականության մեջ նման երևույթը համեմատաբար շատ չէ ուսումնասիրված, մեր հետազոտության համար այս եզրակացությունը կարևոր է, մենք կարող ենք ուսումնասիրել կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության հետ կապը նաև շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ:

1.2.1. Ինքնակարգավորման և ինքնակառավարման գործառույթներ

Ինքնագիտակցությունը մարդու գործունեության մեջ կարևոր գործառույթ է կատարում, այն է սեփական գործունեության, շրջապատի հետ փոխհարաբերությունների և շփման կազմակերպումը [82]: Մասնագիտական գրականության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ինքնագիտակցությունը բազմաթիվ կարևոր գործառույթներ է կատարում: Մենք շեշտը կդնենք ինքնակարգավորման և ինքնակառավարման գործառույթների ուսումնասիրության վրա, քանի որ այդ գործառույթների արդյունավետությունը կախված է կոգնիտիվ գործընթացների հետ:

Համաձայն Վ. Ստոլինի՝ ինքնագիտակցությունը կատարում է ակտիվացման գործառույթ: Այդ մոտիվացնող գործառույթի հիմքում կարող են տարբեր պատճառներ լինել: Վ.Ստոլինը մեկնաբանում է “իդեալական ես”-ի պատկերացումները բարոյական այնպիսի որակների առկայությամբ, ինչպիսիք են պարտքի զգացումը, խիղճը, պատասխանատվությունը, սեփական արժանապատվության և ինքնահարգանքի զգացումները: Ինքնագիտակցությունը որպես ինքնճանաչման ձև նպաստում է այս կամ այն հատկանիշի զարգացմանը, հետևաբար նաև անձի զարգացմանը: Կարևոր գործառույթներից է նաև սուբյեկտի՝ այլ մարդկանց, տարբեր հասարակական խմբերի հետ շփումների հաստատման գործառույթը, ընդ որում ինքնագիտակցությունն իր կոգնիտիվ և հուզական ձևով կարող է պայմանավորել այդ շփումների, հարաբերությունների բնույթն ու ոճը, ինչպես նաև շրջապատի նկատմամբ վերաբերմունքը [77]:

Ինքնագիտակցության զարգացման հետ անմիջականորեն կապված են սեփական վարքի տիրապետման գործընթացները [91]: Ժամանակակից հետազոտողները կարծում են, որ մարդու ինքնակարգավորման ոճը կապված է ինքնագիտակցության հետ [18, 37, 55]: Առավել կատարյալ ինքնագիտակցությունը, որն առավել տարբերակված է, ճկուն, բայց միևնույն ժամանակ կայուն է, ապահովում է բարձր սթրես-կայունություն [70]:

Վ.Մորոսանովայի աշխատանքում հաստատված է այն վարկածը, համաձայն որի անձնային մակարդակը, ինքնակարգավորման համակարգի առանձին գործոնները կախված են մարդու դրդապատճառա-պահանջմունքային ոլորտի առանձնահատկություններից [55]: Ի.Չեսնակովան «ինքնակարգավորում» հասկացությունը հասկանում է որպես վարքի այնպիսի կարգավորում, որը ներառում է ինքնաճանաչում և հուզական-արժեքավոր (эмоционально-ценностный) ինքնավերաբերմունք [86]: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ կարգավորող գործառույթի վրա ազդում է անձի արժեքային կողմնորոշումը, որը երեխաների, ինչպես նաև մեծահասակների մոտ կարող է առաջին պլան մղվել: Կախված այդ արժեքներից փոխվում են նաև ինքնագիտակցության բնութագրիչները [58]:

Փ.Կարոլին նշում է, որ ինքնակարգավորման և ինքնակառավարման գործառույթները կապված են ապագայի նպատակներին հասնելու ուղղությամբ գործողություններ նախաձեռնելու և նպատակաուղղելու ունակության հետ: Ընդ որում, նպատակների ընտրությունը պայմանավորված է անձնային նույնականության ուժգնությամբ, սոցիալ մշակութային գործոններով, մտային մոդելով: Վերացարկման մակարդակը, կառուցվածքային կազմակերպման ունակությունը հնարավորություն են տալիս մարդուն պահպանելու, կազմակերպելու, փոխակերպելու և ակտիվացնելու սեփական եսի, աշխարհի մասին տեղեկատվությունը, որն էլ նպաստում է նպատակաուղղված վարքի կառուցմանը [156]: Համաձայն Տ.Սլոտինայի՝ ինքնակառավարման ունակությունը պահանջում է հատուկ հոգեբանական պայմաններ, որակներ, որոնք բնորոշ են միմիայն մարդուն և որոնք վերաբերում են նրա գիտակցված ներքին փորձին [73]:

Ինքնակառավարման և ինքնակարգավորման մասին խոսելիս անհրաժեշտ է անդրադառնալ կատարողական գործառույթի ուսումնասիրությանը: Եսի պոտենցիալ կապը կոգնիտիվ գործընթացների հետ ուսումնասիրել է Ռ.Շտերնբերգը, ով բնորոշեց

կատարողական գործառույթը որպես պլանավորման, մոնիտորինգի, տեղեկատվության մշակման վերանայման գործընթացն [218]: Գրականության մեջ կատարողական գործառույթը երբեմն փոխարինվում է “կատարողական վերահսկման գործառույթ”, “կատարողական կառավարում” կամ “կոգնիտիվ կառավարում” հասկացություններով [124]: Կատարողական գործառույթը սերտորեն կապված է բարձրագույն կոգնիտիվ գործընթացների հետ, ինչպիսիք են ուշադրությունը, պլանավորումը, որոշումների կայացումը, հույզերի ինքնակարգավորումը, նպատակասլաժ վարքի նախաձեռնումը, վարքի տիրապետումը և այլն [169, 220]: Համադրելով մի շարք հետազոտությունների արդյունքներ, կարող ենք ասել, որ կատարողական գործառույթի բաղադրիչներն են գիտակցվածությունը, ինքնակառավարումը և աշխատանքային հիշողությունը, որոնք ինտեգրում են բարձրագույն կոգնիտիվ ֆունկցիաները և ուշադրության վերահսկողությունը [99, 112, 113, 127, 177, 193]: Նախնական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ այս երեք բաղադրիչների միջև գոյություն ունի կապ: Գիտակցվածության բաժրացմանն ուղղված հոգեմարզումները (թրեյնինգները) կարող են կատարելագործել աշխատանքային հիշողությունը [118, 155, 228], ինչպես նաև նպաստել կամային վարքի ինքնակառավարման [212, 213], սթրեսերի և հուզական ռեակտիվության ինքնակարգավորման [221, 222] լավացմանը:

Ա.Բեկը մատնանշում է կառավարման գործառույթի երկու ուղղվածություն՝ դեպի սեփական անձը (ինքնակարգավորում) և դեպի արտաքին միջավայր: Նա գտնում է, որ ինքնակառավարման գործընթացները կապված են այն բանի հետ, թե ինչպես է մարդը շփվում ինք իր հետ: Ներքին հաղորդակցումը բաղկացած է ինքնակառավարումից, ինքնահաշվետվությունից, ինքն իրեն գնահատելու եղանակից, նախապաշարմունքներից և ինքն իրեն ուղղված հրահանգներից: Նշված գործընթացներն ավելի արտահայտիչ են դառնում, երբ մարդու մոտ դրանք գերակշռում են կամ անբավարար են: Այն մարդիկ, որոնք չափից ավելի են կառավարում իրենց, հակված են ունենալու ճնշվածության զգացում, այնինչ անբավարար ինքնակառավարումը նպաստում է իմպուլսիվության [100, 101]:

1.3. Շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները և կապը կոգնիտիվ ֆունկցիաների հետ

Շիզոֆրենիայի ամենավաղ նկարագրություններում էլ մենք հանդիպում ենք, որ սեփական եսի զգացումի աղավաղումները շիզոֆրենիայի հիմնական կլինական դրսևորումներից են (Կրեպելին, Բլեյլեր, Մինկովսկի, Յասպերս, Շնայդեր) [140, 144, 156, 162, 184, 190, 196, 205,]: Կրեպելինի “նվագախումբն առանց դիրիժորի” փոխաբերությունը նույնպես մատնանշում է գիտակցության “ներքին միասնության կորուստը”, և արձագանք ստացավ գրեթե բոլոր նշանավոր կլասիկ հետազոտողների մոտ [104, 103, 195]: Բլեյլերը կարծում էր, որ հիվանդի եսի հետ բազմազան փոփոխություններ են տեղի ունեցել, ներառելով եսի մասնատումը և ուղիղ մտածելու ունակության կորուստը [104]:

Քանի որ շիզոֆրենիայի ժամանակ խանգարվում են ինքնագիտակցության գործընթացները և նրա կառուցվածքը (Թ.Մ.Վասիլյեվ, Վ.Պ.Կրիտսկայա, Տ.Կ.Մելեշկո, Մ.Ս.Բուրնո, Յու.Ֆ.Պոլյակով, Ա.Բ.Խոլմոգորովա, Վ.Դ.Վիդ, Կ.Ռոջերս, Ռ.Լենգ, Մ.Կլայն, Ֆ.Մարսելլա, Դ.Բաննիստեր, Պ.Ֆեդերն), կլինիկական, ընդհանուր և անձի հոգեբանության մեջ մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում նորմայում և շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ինքնագիտակցության առանձնահատկությունների համեմատությանն ուղղված հետազոտությունները [8]:

Այսպիսով, շիզոֆրենային սպեկտրի խանգարումների ժամանակ հիմնական “ես-աշխարհի” կառուցվածքը խանգարվում է, այսինքն այն փոփոխությունների է ենթարկվում, դառնում անկայուն և տատանվող, պատճառ դառնալով տագնապալի և խանգարված ինքնորոշման, ինչը հաճախ տեղի է ունենում արդեն մանկության կամ վաղ դեռահասության տարիքում: Հիվանդները զգում են նույնականության միջուկի անցողիկություն և պակասույթ, զգում են, որ ուրիշներից տարբեր են և սոցիալական աշխարհից օտարացած: Առկա և նաև որպես ֆիզիկական սուբյեկտ գոյության զգացումի նվազում, աղավաղվում է “սեփականության” զգացումը (օրինակ՝ թվում է, որ մտքերը իրականում իմը չեն), ինչպես նաև նվազում է ներքին աշխարհի գաղտնիության զգացումը [148]:

Հոգեվերլուծողները, անդրադառնալով շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության խնդրին, նշում են, որ նրանց մոտ նվազում է նույնականության զգացումը, թուլանում է եսի և ուրիշների միջև սահմանը [128, 206]: Զ.Ֆրոյդը պնդում է,

որ շիզոֆրենիա առաջանում է, երբ անձը անջատում, առանձնացնում է իրեն աշխարհից և կենտրոնացնում է իր ողջ ֆիզիկական էներգիան ինքն իր վրա: Այս տեսանկյունից, եսն ամբողջովին կտրվում է աշխարհից և փակվում է միայն ինքն իր մեջ [129, 130]: Ֆենոմենոլոգիական մոտեցման համաձայն՝ շիզոֆրենիան ենթադրում է ինքնագիտակցության էքստրեմալ ձևը՝ օտարացում [203]: Համաձայն Լ. Դավիդսոնի՝ շիզոֆրենիայով հիվանդները զգում են իրենց որպես սեփական պատմության բացակայություն և զգացողություն ունեն, որ անարժան են այդ պատմությանը [125]:

Շիզոֆրենիան էական ազդեցություն է ունենում ես-կոնցեպցիայի ձևավորման և զարգացման վրա, տալով նրան որակական ինքնատիպություն, աղավաղելով իր հիերարխիկ կառուցվածքը, իր մեջ ներառված տարրերը և իր միջև կապերի բնույթը:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների համար բնորոշ է ես-կոնցեպցիայի երեք բաղկացուցիչ մասերի (կոգնիտիվ, հուզական, դրդապատճառա-վարքային), իրենց փոխկապակցման և ընդհանուր ես-կոնցեպցիայի կառուցվածքի, իր ամբողջականության խանգարումը: Ես-կոնցեպցիայի կոգնիտիվ տարրն ունի հետևյալ առանձնահատկությունները՝ անկայունություն, հակասականություն, անհետևողականություն և իր մասին գիտելիքների, պատկերացումների համակարգի դրվագայնություն, եսի սահմանների կարծրություն կամ լրզվածություն: Ես-կոնցեպցիայի հուզական տարրը բնորոշվում է ինքնագիտակցության աններդաշնակությամբ, բացասական, երկարժեք և անհետևողական հուզական ինքնավերաբերմունքի գերակշռությամբ, դրդապատճառա-վարքային տարրը՝ ինքն իր մասին պատկերացումների և աններդաշնակ ինքնավերաբերմունքի իրականացմամբ, հասարակության մերժման վախով, թույլ արտահայտված հասարակական հավանության դրդապատճառով: Ես-կոնցեպցիայի կառուցվածքում որոշիչ գործոններն են կոգնիտիվ և հուզական բաղկացուցիչները, ինչը վկայում է այն մասին, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների հասարակական վարքում դրդապատճառների նվազումը պայմանավորված է իր մասին պատկերացումների համակարգի խանգարումով, անհամապատասխան բացասական և երկարժեք ինքնավերաբերմունքով: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդության ցածր տևականությամբ և պրոգրեդիենտությամբ շիզոֆրենիայով հիվանդները, որոնք ունեն բարձրագույն կրթություն և ապրում են ընտանիքում, նկատվում է ես-կոնցեպցիայի ավելի աղեկվատ կազմավորում, առավել քիչ է խախտված իր մասին պատկերացումների համակարգի

ամբողջականությունը և հավասարակշռությունը, առավել շատ է արտահայտված դրական հուզական ինքնավերաբերմունքը: Այսինքն, դեֆեկտի զարգացման և հասարակական մեկուսացման հետ մեկտեղ ուժեղանում են ես-կոնցեպցիայի կազմալուծումը և աններդաշնակությունը [19]: Ինչպես արդեն նշեցինք, ինքնագիտակցության ձևավորման գործընթացում կարևոր դեր ունի նույնականացման ֆենոմենը [77], որի գիտակցումը դիտվում է եսի կարևոր հատկանիշներից մեկը [93]: Նույնականացման կարևոր բաղադրիչներից են սեռային նույնականությունը և սեփական մարմնի ընկալումը, այսինքն մարմնի պատկերը (կամ “ֆիզիկական եսը”), որոնք խանգարվում են շիզոֆրենիայի ժամանակ [13]: Վաղ հասունացման շրջանում գրեթե բոլոր աղջիկները և տղաները դժվարություններ են ունենում՝ կապված սեռային նույնականության հետ: Նրանք իրենց վստահ չեն զգում իրենց կնոջ կամ տղամարդու դերում, քանի որ նոր են ընդունել այդ դերը, թողնելով երեխայի դերը: Աղջիկները հաճախ նախանձում են տղաներին և կցանկանային փոխել իրենց սեռը (հոգեվերլուծողները բացատրում են այդ երեկույթը էդիպյան բարդությամբ): Տղաների մոտ համեմատաբար քիչ է հանդիպում սեռը փոխելու ցանկությունը, չնայած վերջին ժամանակներում ավելի հաճախ, սովորաբար այն վկայում է սեռային նույնականացման գործընթացի արտահայտված խանգարման մասին: Մեծահասակները նույնպես իրենց չեն զգում հարյուրտոկոսանոց տղամարդ կամ կին, սեռային նույնականությունը երբեք կատարյալ չի լինում, միշտ նրանում կարելի է որոշ դեֆեկտներ գտնել, որոնք կարող են դրսևորվել գիտակցական ապրումներում, կամ գիտակցությունից արտամղված բովանդակություններում: Ըստ Ա.Կեմպինսկու սեռային դերը ստուգելու կարևոր ձևը սեռական կոնտակտն է: Շիզոֆրենիայով հիվանդներից շատերը սեռական կոնտակտ հաստատելու դժվարություններ ունեն, և այդպիսով հնարավորություն չեն ունենում սեռային դերը ստուգելու: Աուտիստիկ դիրքորոշումը դժվարեցնում է հակառակ սեռի հետ կոնտակտ հաստատելը, իսկ դա բերում է նրան, որ հնարավոր չի լինում ստուգել սեփական կանացիությունը կամ առնականությունը: Դրա հետևանքով սեռային դերը ռեալիզացվում է ֆանտազիաներում: Աճում է սեփական սեռային դերի նկատմամբ անվստահությունը: Նույնականացման անորոշությունը շիզոֆրենիայի դեպքում ավելի է բարդացնում պատկերը: Հիվանդի մոտ այնպիսի տպավորություն է ստեղծվում, որ իր սեռը փոխվում է, օրինակ, տղամարդը համոզված է լինում, որ իր կրծքերը մեծանում են, սեռական օրգանները

փոքրանում են և նմանվում են կանացի սեռական օրգանների, փոխվում է ձայնը, անհետանում են դեմքի մազերը և այլն: Երբեմն հիվանդը զգում է, որ ինքն ունի հակառակ սեռին բնորոշ սեռական օրգաններ և երազներում դառնում է սիրային էքսցեսների օբյեկտ, որի ժամանակ ինքը համապատասխանում է իր նոր սեռային դերին: Նույնականության խանգարումները հանդիպում են նաև համասեռամոլության վախի ձևով: Այսպիսով, սեփական սեռային դերի նկատմամբ կասկածները ավելի են ուժեղացնում հակառակ սեռի հետ սեռական հարաբերություններ հաստատելու վախը, իսկ այդ վախը արատավոր շրջանի մեխանիզմով իր հերթին ուժեղացնում է նույնականության անորոշությունը [29]:

Ս.Կուլիշն ուսումնասիրել է շիզոֆրենիայով հիվանդ տղամարդկանց մոտ հանդիպող սեռային դիսֆորիայի համախտանիշը (ՍԴՀ)՝ բնածին սեռին պատկանելիության և դրա հետ կապված սոցիալական սեռային դերի անբավարարվածություն, որը կարող է արտահայտվել թե սեռային պատկանելիության կասկածներով և թե սեռի ժխտմամբ: ՍԴՀ-ի և շիզոֆրենիայի դեպքում սեռական զարգացման հիմնական խախտումները կապված են ֆիզիկական և հոգեկան եսի աղավաղման հետ [39]: Ս. Մաթևոսյանն իր գիտական աշխատանքում ևս անդրադարձել է սեռի ժխտման համախտանիշին: Կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ այն բնորոշ է ոչ միայն տրանսսեքսուալությանը, այլ նաև տարբեր հոգեկան խանգարումներին, որոնց ժամանակ գերակայում են սեռի փոփոխման գերարժեք կամ զառանցական մտքերը: Ուսումնասիրելով շիզոֆրենիայով հիվանդներին, Ս. Մաթևոսյանը բացահայտել է նրանց սեռային նույնականության մի շարք առանձնահատկություններ: Սեռի ժխտման համախտանիշի ձևավորման մեխանիզմը տղամարդկանց և կանանց մոտ տարբեր է: Կանանց մոտ այն կապված է հոգեկան եսի աղավաղման և հոգեսեքսուալ կողմնորոշման փուլի խանգարումների հետ, տղամարդկանց մոտ՝ ֆիզիկական եսի, բազային սեռային իդենտիֆիկացիայի և սեռային դերի ձևավորման փուլերում [48]:

Մեր աշխատանքում կուզենայինք քննարկել կոգնիտիվ գործընթացների դերը շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության մեջ և դիտարկել հիմնական տեսությունները, որոնք անդրադարձել են այս խնդրին:

Քննարկենք շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնաճանաչման խնդիրների վերաբերյալ որոշ բացատրություններ: Ինքնաճանաչման խնդիրները նախ կարելի բացատրել կանխող համակարգի (feed-forward model system) դիսֆունկցիայով, որի դերը սեփական գործողությունների և խոսքի հետևանքների զգայական կանխատեսումն է: Այս համակարգի դիսֆունկցիան հանգեցնում է սխալ զգայաշարժական կանխատեսմանը, որն էլ իր հերթին հանգեցնում է մտքերի և գործողությունների ինքնակարգավորման խափանմանը: Գործողությունների և հոգեկան երևույթների նույնականացման համար պատասխանատու հիշողության և մտածողության գործընթացների դիսֆունկցիան ուղղակիորեն կապված է ինքնաճանաչման դժվարությունների հետ: Այդ դիսֆունկցիաները ներառում են ընկալվող մասնիկների, բովանդակային տեղեկատվության վերամշակման հիմնարար խանգարումները և այն կոգնիտիվ գործողությունները, որոնք կապված են հոգեկան ներքին երևույթների և հիշողության հետ: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ լսողական ցնորքներ, ինչպես նաև բացասական ախտանիշներ ունեցող շիզոֆրենիայով հիվանդները դժվարանում են նույնականացնել սեփական գործողությունները և մտքերը, վերագրելով սեփական վարքն ու մտքերն արտաքին աղբյուրներին, դրա հետևանքով էլ ցուցաբերում են ինքնաճանաչման դեֆիցիտ [158, 192, 224]:

Ժամանակակից հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ինքնակարգարգավորման սոցիալական բաղադրիչի վատթարացումը սերտորեն կապված է կոգնիտիվ և կամային բաղադրիչների դեֆիցիտի հետ, ինչը բարդացնում է նպատակին հասնելու համար օպտիմալ ռազմավարության մշակումը: Կոգնիտիվ բաղադրիչի վատթարացումը կարող է հանգեցնել հասարակական պահանջներին համապատասխան վարքի վերահսկման, հետևություններ անելու և փորձ ձեռք բերելու ունակության և սոցիալական ընկալման թուլացման [38]:

Ե.Տ.Սոկոլովան նշում է, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների հասկացումը կարող է դիտվել որպես ինքնավերահսկման և ինքնակարգավորման անձնային հարմարվողական համակարգ, որը զարգանում է “ես” կառուցվածքի արտաքին միջավայրի հետ փոխազդեցության միջոցով: Շիզոֆրենիայի ժամանակ ողջ իմացական համակարգի անցումը դեպի գործառնության առավել պարզունակ մակարդակ նոր փոխազդեցություններ է ստեղծում կոգնիտիվ և հուզական

գործընթացների միջև: Հուզական-աֆեկտիվ և ճանաչողական, ռացիոնալ-ռեֆլեքսիվ գործընթացների փոխհարաբերություններով է որոշվում ինքնանույնականության համակարգային կառուցվածքը և գործառնությունը, պաշտպանական ռազմավարությունների կոգնիտիվ միջնորդավորվածության մակարդակը, իրականության վերահսկման գործընթացները, իրականության “թեստավորման” որակը որպես իրականության կոգնիտիվ “տիրապետում”, իմաստի ինտուիտիվ հասկացումը և մարդկանց էմպատիկ հասկացումը: Հեղինակի կատարած հետազոտությունների տվյալները վկայում են, որ առկա է կապ ինչպես կոգնիտիվ չտարբերակվածության (չդիֆերենցացվածության) և “ես պատկերի” անկայունության, այնպես էլ միջանձնային հարաբերություններում հստակ կողմնորոշման կորստի միջև: Կոգնիտիվ չտարբերակվածությանը համապատասխանում է ընդհանրացման կոնկրետ իրավիճակային մակարդակը, ընդհանրացման և սիմվոլիզացիայի ունակության դեֆիցիտը, մտածողության կոնկրետությունը, փոխաբերությունների իմաստի հասկացման բարդությունները, ստեղծագործական երևակայության և ապրումակցման դեֆիցիտը: Համաձայն այս մոդելի՝ ինքնանույնականացման առաջնային խանգարումները (անկայունությունը, տարրալուծումը, “ինքնանույնականության դիֆուզիան”), ինչպես նաև երկրորդային-կոմպենսատոր պաշտպանական կառույցները (պարզունակ արխայիկ գործընթացների գերակայությունը) կարող են մեկնաբանվել հուզական-կոգնիտիվ ռճերի առանձնահատկություններով: Այսպիսով, կոգնիտիվ ցածր տարբերակվածության մակարդակի, նրա ոչ բավարար հստակության և պարզության միջոցով կարելի է բնութագրել ինքնանույնականության առանձնահատկությունները որպես հոգեբանական մեխանիզմեր, որոնք պատասխանատու են եսի միջհամակարգային և ներհամակարգային կապերի կառուցվածքային դեգրիտեգրման և ժամանակավոր անկայունության համար [75]:

Համաձայն Ի.Ի. Չեսնակովայի՝ սեփական արտաքինի, սեփական եսի մասին պատկերացումների ձևավորման հիմքում ընկած է “ուրիշի”, “սեփական եսի” և “ուրիշի” հետ համեմատության ընկալումն ու հասկացումը, որն էլ իր հերթին կարևոր դեր է խաղում ինքնագիտակցության կայացման մեջ: Քանի որ շիզոֆրենիայի ժամանակ հաճախ խանգարվում են այդ ընկալումները, համապատասխանաբար խանգարվում են նաև սեփական ֆիզիկական “եսի” մասին պատկերացումները, ուստի ինքնագիտակցության խանգարումները հիմնականում արտահայտվում են

դեպերսոնալիզացիայի համախտանիշով [85]: Մարմնի պատկերն ունի հոգեբանական բնույթ և հիմնականում պայմանավորված է սեփական եսի մասին ունեցած համոզմունքներով ու պատկերացումներով: Այն, թե ինչ ենք զգում մեր մարմնի հանդեպ, ուղղակիորեն կապված է այն բանի հետ, թե ինչ ենք զգում ինքներս մեր հանդեպ, ինչպես ենք վերաբերում ինքներս մեզ [183]: Այսպիսով, անդրադառնալով մարմնի պատկերին, մենք առնչվում ենք մեր եսի, ինքնագիտակցության, ինքնավերաբերմունքի հետ:

Ի.Ս.Սեչենովը նշում է, որ ներքին և արտաքին զգայական օրգաններից եկող զգայությունների համադրումը համարվում է ինքնագիտակցության ձևավորման միջուկը: Դրանց մի մասը մարդ ընկալում է սովորական ճանապարհով (սեփական ձայնը՝ լսողության միջոցով, մարմնի մասերը՝ տեսողության և շոշափելիքի), իսկ մնացածը գալիս են մարմնի միջից, և գիտակցության մեջ արտացոլվում են որպես անորոշ զգացողություններ: Այսինքն, կարելի է ասել, որ զգայությունների առաջին մասը կրում է օբյեկտիվ բնույթ, երկրորդը՝ զուտ սուբյեկտիվ [24]:

Ե.Տ.Սոկոլովան մեծ ներդրում ունեցավ ֆիզիկական “ես պատկերի” և ինքնագնահատականի կորելյացիայի ուսումնասիրություններում: Նա առանձնացնում է ֆիզիկական “ես պատկերի” կոգնիտիվ և հուզական բաղադրիչները: Կոգնիտիվ բաղադրիչը ներառում է անձի՝ իր արտաքինի մասին պատկերացումները կամ, այլ կերպ ասած, հատկանիշներ, որոնցով նա ինքն իրեն բնութագրում է: Այդ հատկանիշները մարդ գնահատում է համեմատության միջոցով, որը տեղի է ունենում երկու եղանակով՝

- ինթերսուբյեկտիվ, այսինքն համեմատությունը տեղի է ունենում “Ես-Ուրիշ” բանաձևով, “ավելի մեծ կամ փոքր է, քան ուրիշի/ուրշների մոտ” սկզբունքով
- ինթրասուբյեկտիվ, երբ համեմատությունը տեղի է ունենում “Ես-Ես” սկզբունքով, օրինակ ժամանակային դիտանկյունից “ես ներկայում- ես անցյալում” և այլն [75]:

Ուսումնասիրելով ֆիզիկական “ես-պատկերը”, Ռ.Մեյլին հաստատում է, որ անձի ֆիզիկական պատկերի բավարարվածության մակարդակը կարող է մեծ նշանակություն ունենալ հոգեկան դրսևորումների և փորձի դինամիկայի վրա: Նրա կողմից կատարած հետազոտությունները վկայում են այն մասին, որ հետազոտվողները չափազանց զգայուն սեփական ֆիզիկական որակների

գնահատականի նկատմամբ, ինչը սերտորեն կապված է անձի ինքնագնահատման հետ: Շիզոֆրենիայով հիվանդները, համաձայն Ռ. Մեյլիի, հակված են առավել բարձր գնահատել իրենք իրենց, ի տարբերություն առողջ մարդկանց: Այս փաստը նա մեկնաբանում է որպես ռեգրեսիա դեպի առաջնային նարցիսիզմ [50]:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների նեյրոկոգնիտիվ դեֆիցիտի և ինքնագիտակցության (կամ եսի) խանգարումների միջև փոխկապակցվածության ժամանակակից ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ եսի խանգարումների բարձր աստիճանն էականորեն կապված է խոսքային հիշողության վատթարացման հետ: Ենթադրվում է, որ խոսքային հիշողությունը կապված է հիվանդի՝ իր սեփական մտքերը գիտակցելու, կառավարելու, հիշելու և իմաստավորելու ունակության դեֆիցիտի հետ: Վերոնշյալներն այնպիսի գործառույթներ են, որոնք սերտորեն կապված են տարրական ինքնագիտակցության հետ [145]: Եսի խանգարումները կարող են կապված լինել սեփական փորձին տիրապետելու զգացումի խանգարման հետ: Բ.Նելսոնը, Տ.Վիթֆորդը և համահեղինակները, հիմնվելով ֆենոմենոլոգիական և նեյրոկոգնիտիվ վերջին հետազոտությունների վրա, կարծում են, որ եսի խանգարումները կարող են կապված լինել հիշողության, կանխատեսման և ուշադրության դեֆիցիտի հետ, ինչը բերում է հիպերռեֆլեքսիվության, սոցիալական ինտուիտիվ ընկալման դժվարությունների [185]:

Այսպիսով, այս գլխում մենք անդրադարձանք մասնագիտական գրականության մեջ ամփոփված շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության գիտական ուսումնասիրություններին ու հետազոտություններին:

Ամփոփելով այդ ուսումնասիրությունների արդյունքները՝ կարող ենք ասել, որ պարանոիդ շիզոֆրենիան մեծամասամբ հանդես է գալիս որպես հարաճուն փսիխոտիկ խանգարում, որի ելակետային բնութագրիչը համարվում է իմացական դեֆիցիտը: Կոգնիտիվ խանգարումները լինելով շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հոգեկան դեֆեկտի բաղադրիչ, կարող է անմիջականորեն ազդել նրանց սոցիալական ադապտացիայի, երկրորդային հոգեախտանիշների առաջացման, ինվալիդիզացիայի հարցում: Բացի այդ, շիզոֆրենիայի հիմնական կլինական դրսևորումներից են սեփական եսի զգացումի աղավաղումները, ինքնագիտակցության,

ինքնանույնականության նվազումը, որոնք սահմանափակում են հիվանդների սոցիալական ադապտացիան ու կենսագոծունեությունը:

Կարելի է եզրակացնել, որ ինքնաճանաչման ունակության աղբյուրը, ինքնակառավարման ձևավորման հնարավորությունները կապված են կոգնիտիվ մի շարք կարևոր գործընթացների հետ, որոնք ախտահարվելով, հանգեցնում են եսի խանգարումների, ինքնաճանաչման, ինքնավերահսկման և ինքնակարգավորման դեֆիցիտի, սեփական ֆիզիկական եսի մասին պատկերացումների աղավաղման, սեռային նույնականության ճգնաժամի:

ԳԼՈՒԽ 2.

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

2.1. Հետազոտության կազմակերպման փուլերը

Հետազոտության նախնական փուլ (2010-2011թթ.): Այս փուլում որոշվել են հետագա աշխատանքի նպատակը, խնդիրները և վարկածի ձևակերպումը, որը հնարավոր եղավ իրականացնել տեսական գրականության աղբյուրների վերլուծության շնորհիվ:

Հետազոտության առաջին փուլ (2011թ.): Այս փուլի նպատակն է հոգեախտորոշիչ մեթոդիկաների ընտրությունը՝ մեր առջև դրված խնդիրները լուծելու համար: Կոգնիտիվ ֆունկցիաների հոգեբանական առանձնահատկությունների ուսումնասիրության համար ընտրվել են Ա.Ռ.Լուրիայի “Պիկտոգրամա” մեթոդիկան, օգտվել ենք Բ.Գ.Խերսոնսկու ինտերպրետատիվ սխեմայից, և Փիրսոն Էդուարդյան Կորպորացիայի Նեյրոհոգեբանական Վիճակի Գնահատման Կրկնվող Թեստը /RBANS/: Ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները պարզելու նպատակով ընտրել ենք Ռ.Բերնսի կողմից ադապտացված “Ինքնանկար” պրոյեկտիվ թեստը, օգտվելով Կ.Մահովերի և Ա.Վենգերի վերլուծությունների և մեկնաբանությունների սխեմայից, և Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի “Ով եմ ես” քսան պատասխանների թեստը՝ կիրառելով զուգահեռ Վ.Ի.Յուրչենկոյի “Ինչպիսին եմ ես” քսան պատասխանների մոդիֆիկացված թեստը:

Հետազոտության երկրորդ փուլ (2011-2014 թթ.): Այս փուլի ընթացքում կատարվել է էմպիրիկ հետազոտության տվյալների հավաքագրում: Հետազոտությանը մասնակցել են 46 պարանոիդ շիզոֆրենիա ախտորոշում ունեցող հիվանդներ, և որպես ստուգիչ խումբ ընտրվել են 46 հոգեպես առողջ մասնակիցներ: Ընտրված մեթոդիկաների օգնությամբ ստացել ենք շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ մասնակիցների կոգնիտիվ ֆունկցիաների, ինքնագիտակցության առանձնահատկությունների մասին տվյալներ: Բացի հիմնական մեթոդիկաներից ստացված տվյալների հավաքագրումից, ուսումնասիրվել և հավաքագրվել են կլինիկական անամնեստիկ տվյալները, հետազոտվողների սոցիալ-դեմոգրաֆիկ առանձնահատկությունների մասին տեղեկատվությունները:

Հետազոտության երրորդ փուլ (2014-2015 թթ.): Այս փուլի նպատակն է ընդհանրացնել ստացված էմպիրիկ տվյալները և հիմնավորել առաջ քաշված

վարկածները: Կատարվել է տվյալների վիճակագրական մշակում, վերլուծություն և բովանդակային մեկնաբանություն: Բացահայտվել է իմացական գործընթացների դերը և ազդեցությունն ինքնագիտակցության վրա, դուրս են բերվել ինքնագիտակցության բաղադրիչների և կոգնիտիվ ֆունկցիաների կորելյացիոն կապերը շիզոֆրենիայով ախտորոշված հիվանդների մոտ և նորմայում:

2.2. Հետազոտության ընտրանքի նկարագրություն

Հետազոտությանը մասնակցել են պարանոիդ շիզոֆրենիա ախտորոշում ունեցող 53 հիվանդներ և 49 հոգեպես առողջ անձինք: Հետազոտվողների հիմնական խումբը կազմում են 53 շիզոֆրենիայով հիվանդներ, սակայն նրանցից 7-ի արդյունքները համարել ենք անվավեր, քանի որ հետազոտությունը կամ որևէ թեստ մնացել է անավարտ, և նրանց իրական թիվը կազմում է 46: Հետազոտությունն անց է կացվել Նորքի հոգեբուժական բժշկական կենտրոնում 2011 թ. նոյեմբերից մինչև 2013 թ. մարտ ժամանակահատվածում: Հետազոտության անցկացման ժամանակ նրանք հոգեպես կայուն վիճակում էին և ստանում էին դեղորայքային բուժում: Բացառվել են այն հետազոտվողները, որոնք անամնեզում ունեցել են գանգուղեղային վնասվածք, նյարդաբանական հիվանդություններ, զարգացման դժվարություններ կամ հապաղում, հոգեակտիվ նյութերի չարաշահում կամ կախվածություն (բացառությամբ նիկոտինային կախվածության) վերջին 6 ամիսների ընթացքում: Դեմոգրաֆիական առանձնահատկությունները.

- Տարիքային առանձնահատկություններ. 18-51 տարեկան, $42,97 \pm 9.35$, տարիքային ստորին սահմանը ընտրվել է 18 տարեկանը, քանի որ այդ տարիքում է ավարտվում ինքնագիտակցության վերջնական ձևավորումը, վերին սահմանի ընտրությունը պայմանավորված է նրանով, որ 50 տարեկանից հետո նկատվում կոգնիտիվ ֆունկցիաների թուլացում:
- Սեռային առանձնահատկություններ. հետազոտությանը մասնակցել է 26 (56.52%) տղամարդ և 20 (43.48%) կին:
- Կրթություն. 26 (56.52%) հետազոտվող ունի բարձրագույն կրթություն, 20 (43.48%) հետազոտվող՝ միջնակարգ:
- Ընտանեկան կարգավիճակ. ամուրի՝ 26 (56.52%), ամուսնացած՝ 15 (32.61%), նախկինում ամուսնացած՝ 5 (10.87%):

Ստուգիչ խումբը կազմված է հոգեպես առողջ 49 մասնակիցներից, որոնցից 3 հետազոտվողի արդյունքները համարել ենք անվավեր հետազոտության կամ թեստի անավարտության պատճառով, և այդպիսով նրանց թիվը կազմում է 46: Որպես ստուգիչ խումբ հոգեպես առողջ հետազոտվողների ընտրությունը պայմանավորված է բևեռականության սկզբունքով, ինչի շնորհիվ համեմատությունը դառնում է ավելի ակնհայտ: Մեր հետազոտության շրջանակներում հատկապես կարևորել ենք բացահայտել, թե ինչպես են առողջ անձանց կոգնիտիվ ֆունկցիաների միջին և միջինից բարձր ցուցանիշները ազդում ինքնագիտակցության բաղադրիչների վրա մի կողմից, և ինչպիսի ազդեցություն են կրում ինքնագիտակցության բաղադրիչները հիվանդ անձանց շրջանում մյուս կողմից, այսինքն, ախտաբանական և նորմալ կոգնիտիվ ֆունկցիաների ինքնագիտակցության վրա ունեցած ազդեցության տարբերությունները:

Հետազոտությունն անց է կացվել Մ.Հերացու անվ. Երևանի Պետական Բժշկական Համալսարանում և Ավ. Մկրտչյանի անվ. Տնտեսաիրավագիտական համալսարանում 2013 թ. հունվարից մինչև, 2014 թ. դեկտեմբեր ժամանակահատվածում: Ստուգիչ խումբը կազմված է 3-րդ, 4-րդ կուրսի ուսանողներից, 1-ին, 2-րդ կուրսի մագիստրոսներից, դասախոսներից, ադմինիստրատիվ աշխատողներից՝ 18-50 տարեկան, 16 տղամարդ և 30 կին: Ստուգիչ խմբում բացառվել են այն հետազոտվողները, որոնք հայտնել են իրենց կամ ընտանիքից որևէ անդամի պատմության մեջ հոգեկան խանգարման, գանգուղեղային վնասվածքների առկայության, տրամադրության վրա ազդող դեղորայքի օգտագործման մասին, վերջին 6 ամիսների ընթացքում հոգեակտիվ նյութերի չարաշահման կամ կախվածության մասին (բացառությամբ նիկոտինային կախվածության): Դեմոգրաֆիական առանձնահատկությունները.

- Տարիքային առանձնահատկություններ. 18-50 տարեկան, 27,80±8.29,
- Սեռային առանձնահատկություններ. հետազոտությանը մասնակցել է 16 (34.78%) տղամարդ և 30 (65.21%) կին:
- Կրթություն. 45 (97.8%) հետազոտվող ունի բարձրագույն կրթություն, 1 (2.2%) հետազոտվող՝ հետբուհական: Ստուգիչ խմբում բարձրագույն կրթությունը եղել է պարտադիր պայման, քանի որ մեր նպատակն է ուսումնասիրել կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների

ինքնագիտակցության վրա և համեմատել այդ ազդեցությունն առողջ մասնակիցների հետ: Մեզ համար կարևոր է տեսնել նաև բարձրագույն կրթության դեպքում բարձր կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունն ինքնագիտակցության վրա:

- Ընտանեկան կարգավիճակ. ամուրի՝ 29 (63%), ամուսնացած՝ 16 (34.8%), նախկինում ամուսնացած՝ 1 (2.2%):

2.3. Գործնական /էմպիրիկ/ հետազոտության մեթոդների նկարագրություն

Էմպիրիկ տվյալների հավաքագրման համար կիրառել ենք *զրույցի, դիտման, կլինիկական անամնեստիկ տվյալների վերլուծության* և *թեստավորման* մեթոդները:

Հոգեբանական կիսակառուցվածքային զրույցն իր մեջ ներառում է մի շարք նախօրոք պատրաստված հարցեր, որոնց միջոցով.

- ✓ ստեղծել ենք հետազոտվողների, հատկապես հիվանդների հետ հոգեբանական այլանս, առանց որի հնարավոր չէր հետազա հետազոտությունը: Հետազոտվողները ծանոթացել են հետազոտության մասնակցության տեղեկացված համաձայնության պայմանագրին
- ✓ հավաքագրել կենսագրական տվյալներ (Տես հավելված 1)
- ✓ պարզել նրանց ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները (Տես հավելված 2)

Դիտման մեթոդի միջոցով գնահատել ենք հետազոտվողների կոգնիտիվ ֆունկցիաները, գրանցել հուզական արձագանքները, հանձնարարությունները կատարելու տեմպը:

Կլինիկական անամնեստիկ տվյալների վերլուծության մեթոդը ներառում է հիվանդության պատմության, դիտարկումների և կլինիկական այլ նյութերի ուսումնասիրում:

Թեստավորման մեթոդը ներառում է մի շարք մեթոդիկաներ.

Պիկտոգրամա մեթոդիկան ընտրել ենք, քանի որ այն հաճախ է օգտագործվում պաթոհոգեբանական հետազոտություններում և հատկապես վալիդ է շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրության համար: Պիկտոգրամա մեթոդիկան առաջին անգամ առաջարկել է Ա.Ռ.Լուրիան՝ միջնորդավորված հիշողության, ինչպես նաև մտածողության առանձնահատկությունների, անձնային-

հուզական ոլորտի ուսումնասիրության համար: Մեթոդիկան հնարավորություն է տալիս բացահայտել վերլուծությունների և համադրությունների կարողությունները, մասնավորապես վերացական-իմաստային և կոնկրետ-առարկայական բաղադրիչների հարաբերակցության կարողությունները: Մեթոդիկայի նյութը կազմված է 16 հասկացություններից, մեթոդիկան հնարավորություն է տալիս շեղվել ստանդարտ բառերի փաթեթից (4-6 բառերի շրջանակում): Լսելով յուրաքանչյուր հասկացությունը, հետազոտվողը պետք է (առանց տառային նիշի կիրառման) վերածի պատկերի կամ սիմվոլի: Այնուհետև, պատկերելուց հետո, նայելով պատկերներին պետք է վերհիշի հետազոտվողի կողմից կարդացած բառը կամ բառակապակցությունը: Հետազոտվողին տրամադրվում են հետևյալ 16 բառերը և բառակապակցությունները՝ 1. ուրախ տոն; 2. բաժանում; 3. ծանր աշխատանք; 4. համեղ ընթրիք, 5. արդարություն; 6. հարստություն; 7. երջանկություն; 8. ընկերություն; 9. հիվանդություն; 10. տխրություն; 11. զարգացում; 12. հույս; 13. սոված երեխա; 14. կասկած; 15. խաբեություն; 16. մութ գիշեր: Տվյալները մշակել ենք օգտվելով Բ.Գ.Խերսոնսկու ինտերպրետատիվ սխեմայից, որը պիկտոգրամայի տվյալների վերլուծության ամենաամբողջական սխեմաներից մեկն է: Հիմնականում կիրառել ենք որակական վերլուծություն, որի ժամանակ հաշվի ենք առել.

- **վերացարկման գործոնը** (կոնկրետ, մետաֆորիկ, երկրաչափական սիմվոլների, ատրիբուտիվ պատկերներ),

- **անձնային նշանակության գործոնը** (անձնային նշանակալի, ֆորմալ պատկերներ),

- **հաճախականության գործոնը** (ստանդարտ, կրկնվող և ինքնատիպ պատկերներ),

- **ադեկվատության գործոնը** (ադեկվատ՝ պատկերի և հասկացության համապատասխանությունը, ոչ ադեկվատ պատկերներ),

- **պատկերների վերարտադրման արդյունավետության գործոնը** (արդյունավետ վերարտադրված հասկացությունների քանակը) [80, 81, 16]:

Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրության համար կիրառել ենք **Փիրսոն Էդուարդյան Կորպորացիայի Նեյրոհոգեբանական Վիճակի Գնահատման Կրկնվող Թեստ /RBANS/:**

Այս թեստի միջոցով ուսումնասիրվում են մարդու նեյրոկոգնիտիվ ֆունկցիաները, այն բաղկացած է հետևյալ ենթաթեստերից.

- Անմիջական հիշողություն, ներառում է ցուցակից սովորելը, պատմության վերհիշում

- Տեսատարածական/Կառուցողական, ներառում է պատկերի կրկնօրինակում, գծերի կոմնորոշում

- Լեզվական, ներառում է նկարի անվանում, խոսքի ճկունություն

- Ուշադրություն, ներառում է թվերի հերթականություն, կոդավորում

- Հետաձգված հիշողություն, ներառում է ցուցակի վերհիշում, ցուցակի ճանաչում, պատմության վերհիշում, պատկերի վերհիշում

Յուրաքանչյուր սանդղակ բաղկացած է կոնկրետ առաջադրանքներից (Տես հավելված 4), վերջում հաշվարկվում են ընդհանուր միավորները, փոխարկվում ցուցանիշային միավորի, գումարվում են և վերջում նույնպես փոխարկվում ցուցանիշային միավորների գումարի (Տես հավելված 5) և համադրվում սանդղակային աղյուսակների հետ: Սանդղակային աղյուսակները պարունակվում են ստիմուլային գրքույկում [198]: RBANS թեստն ադապտացվել է հայերեն լեզվով մի քանի փուլերով՝ համաձայն Ամերիկյան Հոգեբանական Ասոցիացիայի Հոգեբանների և Վարքի Կոդեքսի Էթիկական Սկզբունքի (American Psychological Association's Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct) [97], Թեստերի Թարգմանման և Ադապտացման համար Միջազգային Հանձնաժողովի Ուղեցույցների (International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests) [153] և թեստերի ադապտացման գրականության ուսումնասիրության: Թարգմանությունն իրականացվել է հայերեն-անգլերեն լեզուների իմացություն ունեցող հոգեբանների և պրոֆեսիոնալ թարգմանչի կողմից: Թեստի խոսքային նշանները թարգմանվել են հաշվի առնելով մշակութային համապատասխանությունը, վանկերի քանակը, ֆոնեմները [98]:

Մեր հետազոտության մեջ անդրադարձել ենք ինքնանույնականացման բնութագրիչների, սեռային և ֆիզիկական (մարմնի պատկեր) նույնականության, ինքնառեֆլեքսիայի, ինքնավերաբերմունքի և ինքնագնահատականի ուսումնասիրությանը, մի քանի կարևոր պատճառներից ելնելով: Ինչպես արդեն նշել ենք ներածության մեջ, շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը ինքնագիտակցության նշված բաղադրիչների վրա ուսումնասիրված չէ:

Բացի այդ ընտրված հետազոտական մեթոդիկաները թույլ տվեցին ուսումնասիրել ինքնագիտակցության միայն վերոնշյալ բաղադրիչները: Ինչ խոսք մասնագիտական գրականության մեջ հայտնի են ինքնագիտակցության այլ բաղադրիչներ և առանձնահատկություններ՝ Իրական-ես, Իդեալական-ես և այլն: Սակայն մեր հետազոտության շրջանակներում մենք խնդիր ենք դրել ուսումնասիրել ինքնագիտակցության վերոնշյալ բաղադրիչները: Գոյություն ունեցող մեթոդիկաները, որոնցով ուսումնասիրվում են ինքնագիտակցության այլ բաղադրիչները, որպես կանոն կառուցվածքային հարցարաններ են, որոնց նպատակահարմարությունը պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդ անձանց ուսումնասիրման մեջ չի ապահովում գիտականորեն հիմնավորված և հուսալի արդյունքներ:

Ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները և բաղադրիչներն ուսումնասիրելու համար ընտրել ենք **Ինքնանկար** պրոյեկտիվ թեստը: Թեստն ադապտացվել է Ռ.Բերնսի կողմից (ԱՄՆ, Մարդու զարգացման ինստիտուտ, ք. Սիեթլ): Ինքնանկար թեստը հնարավորություն է տալիս հետազոտելու ինքնագիտակցության այնպիսի բաղադրիչներ, ինչպիսիք են ինքնավերաբերմունքը, ինքնագնահատականը, մարմնի պատկերը, սեռային նույնականությունը, ուստի, մեր աշխատանքի նպատակից ելնելով, վերլուծության ժամանակ շեշտը դրել ենք այդ բաղադրիչների վրա: Հետազոտվողին տրվում է թուղթ և մատիտ, հրահանգվում է պատկերել ինքնանկար: Պատկերված նկարում մարդն անգիտակցորեն պրոյեկտում է իր գիտակցված կամ չգիտակցված ցանկությունները, կոնֆլիկտները, վերաբերմունքն իր և արտաքին միջավայրի նկատմամբ: Արդյունքների վերլուծության ժամանակ հիմնվել ենք Կ.Մահոլերի և Ա.Վենգերի պրոյեկտիվ մեթոդիկայի մեկնաբանությունների վրա: Առաջ քաշված մեկնաբանության սկզբունքները բազմիցս ստուգվել են կլինիկական պրակտիկայում: Շիզոֆրենիայով հիվանդների նկարներն այնքան աղքատ էին իրենց բովանդակությամբ, որ վերլուծությունների ժամանակ հիմնվել ենք հիմնականում կառուցվածքային, ֆորմալ կողմերի վրա [21, 23, 49]:

Ինքնագիտակցության առանձնահատկությունների ուսումնասիրության համար կիրառել ենք **Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի “Ով եմ ես” քսան պատասխանների թեստը**: Մեթոդիկան առաջարկվել է 1954 թ. Մ.Կունի և Տ. ՄակՊարտլենդի կողմից և ստեղծված է Մանֆրեդ Կունի ես-կոնցեպցիայի տեսության հիման վրա: Մեթոդիկային տեսական հիմք է հանդիսանում սոցիալական դերերի և դերային վարքի տեսությունը,

որի շրջանակներում էլ հնարավոր է պարզել մարդու ինքնաընկալումը որպես այդ դերերի կրող: Սակայն մեթոդիկան բացի դերային ասպեկտից ուսումնասիրում է նաև մարդու ինքնանույնականության այլ առանձնահատկությունները: “Ով եմ ես” թեստը ենթադրում է որ հետազոտվողը պետք է 20 պատասխան ներկայացնի “Ով եմ ես” հարցադրմանը (Տես հավելված 3): Թեստը որոշում է մարդու նույնականությունը, «ես» պատկերը /կամ Ես-կոնցեպցիան/, բաղկացած է հետևյալ սանդղակներից.

- սեռային նույնականության վերլուծության սանդղակ (սեռի ուղղակի, անուղղակի բնութագրում, սեռի բնութագրիչների բացակայություն)
- նույնականության վալենտության, ինքնագնահատականի սանդղակ (բացասական, չեզոք, դրական, բարձրացված)
- տարբերակման և ռեֆլեքսիվության մակարդակը որոշող սանդղակ (ցածր, միջին, բարձր)
- նույնականության բնութագրերի վերլուծության սանդղակ, որը ներառում է 24 ցուցանիշներ, որոնք, միավորվելով, կազմում են նույնականության հետևյալ 7 ընդհանրացված բաղադրիչները՝ “Սոցիալական Ես”, “Կոմունիկատիվ Ես”, “Նյութական Ես”, “Ֆիզիկական Ես”, “Գործունյա Ես”, “Հեռանկարային Ես”, “Ռեֆլեքսիվ Ես”: Առկա են նաև 2 ինքնուրույն ցուցանիշներ՝ պրոբլեմային և իրավիճակային նույնականություն [40]:

Այս թեստի հետ զուգահեռ կիրառել ենք նաև Վ.Ի.Յուրչենկոյի “Ինչպիսին եմ ես” քսան պատասխանների մոդիֆիկացված թեստը (Տես հավելված 3), որը նույնպես ուսումնասիրում է “Ես” պատկերը, սակայն նրա միջոցով կարելի է ավտորոշել նաև հետազոտվողների ինքնավերաբերմունքը և ինքնագնահատականը:

Այսպիսով, նկարագրված մեթոդների և մեթոդիկաների օգնությամբ մենք ուսումնասիրել ենք շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ հետազոտվողների կոգնիտիվ ֆունկցիաները և ինքնագիտակցության բաղադրիչները: Արդյունքների մշակման նպատակով կիրառել ենք վիճակագրական վերլուծության մեթոդը, օգտվելով SPSS 16.0 for Windows 2007 ծրագրից, մասնավորապես ուշադրություն դարձնելով կորելյացիոն վերլուծություններին ըստ Փիրսոնի և Սպիրմանի:

ԳԼՈՒԽ 3.

ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ: ԿՈԳՆԻՏԻՎ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ԷՄՊԻՐԻԿ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐՅԴՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆՈՐՄԱՅՈՒՄ ԵՎ ՇԻՋՈՖՐԵՆԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

3.1. Շիզոֆրենիայով հիվանդների հիշողության, ուշադրության, լեզվական ճկունության, տեսողատարածական ընկալման ուսումնասիրության արդյունքները

Մեր կողմից անցկացված հետազոտության շրջանակներում ուսումնասիրել ենք շիզոֆրենիայով հիվանդների և ստուգիչ խմբի մասնակիցների այնպիսի կոգնիտիվ ֆունկցիաներ, ինչպիսիք են հիշողությունը, ուշադրությունը, լեզվական ճկունությունը, տեսատարածական ընկալումը: Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրության համար, ինչպես մանրամասն բացատրվել է 2-րդ գլխում, կիրառել ենք Փիրսոն Էդուարդյան Կորպորացիայի Նեյրոհոգեբանական Վիճակի Գնահատման Կրկնվող Թեստը /RBANS/: Շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 1-ում, որտեղ ներառված են RBANS թեստի բոլոր ենթաթեստերից ստացված միջին միավորները և ստանդարտ շեղումները: Աղյուսակում ներառված են նաև ցուցանիշային ընդհանուր միավորը և տոկոսային աստիճանը:

Աղյուսակ 1. Շիզոֆրենիայով հիվանդների (խ.1) և հոգեպես առողջ մասնակիցների (խ.2) կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրության արդյունքները RBANS թեստի միջոցով

	Անմիջական հիշողություն	Տեսատարածական	Լեզվական	Ուշադրություն	Հետաձգված հիշողություն	Ցուցանիշային և ընդհանուր միավոր	Տոկոսային աստիճան %
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
Խ.1	67.52 ±19.02	78.43 ±18.78	69.86 ±15.07	61.39 ±12.25	70.63 ±19.52	63.86 ±14.75	3.91 ±6.98
Խ.2	106.63 ±15.56	105.26 ±14.52	86.47 ±15.29	82.23 ±14.15	101.82 ±10.56	94.97 ±13.04	40.6 ±26.37

Աղյուսակ 1-ում ներկայացված արդյունքների համաձայն՝ շիզոֆրենիայով հիվանդների անմիջական հիշողության միջինացված միավորները (67.52 ± 19.02) համեմատած ստուգիչ խմբի անմիջական հիշողության միավորների, ցածր են: Հետազոտվողների 71.6%-ը (33 հիվանդ) հավաքել են անմիջական հիշողության

միջինից ցածր միավորներ, ինչը խոսում է կարճատև հիշողության վատթարացման մասին: Մասնավորապես, թեստի անցկացման ժամանակ նրանք դժվարանում էին սովորել և հիշել ցուցակից չորս անգամ ընթերցված 10 բառերը, վերհիշել երկու անգամ ընթերցված կարճ պատմությունը:

Տեսատարածական ընկալման միավորները (78.43 ± 18.78) առավել բարձր են, համեմատած մնացած այլ սանդղակների միավորների հետ: Հետազոտվողների 53.5%-ը (20 հիվանդ) հավաքել է տեսատարածական ընկալման ենթաթեստից միջին և միջինից բարձր միավորներ ($80+$), ինչը ենթադրում է որ պատկերի կրկնօրինակման և գծերի կոմպոզիցիայի առաջադրանքներն ի տարբերություն մյուս ենթաթեստերի առաջադրանքների ավելի բարձր ցուցանիշներ ունեն:

Լեզվական ճկունության միջինացված միավորները ևս ցածր են (69.86 ± 15.07): Հետազոտվողների 78.1%-ի (35 հիվանդ) միավորները միջինից ցածր են, ինչը վկայում է նրանց մոտ լեզվական ճկունության ցածր մակարդակի մասին: Նրանք դժվարանում էին անվանել ցուցադրվող նկարները և կատարել խոսքի ճկունության առաջադրանքը, որի ժամանակ անհրաժեշտ է 60 վայրկյանի ընթացքում հիշել հնարավորինս շատ մրգերի և բանջարեղենի անվանումներ: Դիտման մեթոդի արդյունքները ցույց են տալիս, որ այս առաջադրանքի ընթացքում հիշողության պրոցեսները դանդաղում են, ավելանում են կրկնողությունները:

Ուշադրության միավորները (61.39 ± 12.25) համեմատաբար ամենացածր ցուցանիշն ունեն: Հետազոտվողների 91.2%-ը (42 հիվանդ) հավաքել է միջինից ցածր միավորներ, ինչը վկայում է ուշադրության վատթարացման մասին: Հիմնվելով դիտման մեթոդի արդյունքների վրա կարող ենք ասել, որ հիվանդները կողավորման առաջադրանքը ևս դանդաղ և սխալներով էին կատարում, ինչը վկայում է կենտրոնացման դժվարությունների մասին, և թվով քիչ նիշերի լրացնելը վկայում է ուշադրության համեմատաբար փոքր ծավալի մասին:

Ցածր միավորներ են նկատվում նաև հետաձգված հիշողության ենթաթեստից (70.63 ± 19.52): Հետազոտվողների 60.8%-ը (28 հիվանդ) հավաքել է միջինից ցածր միավորներ, ինչը փաստում է տեղեկատվության թույլ պահպանման և վերարտադրման մասին: Հիմնականում հիվանդները դժվարանում էին կատարել ցուցակի վերհիշման, ցուցակի ճանաչման, պատմության վերհիշման, պատկերի վերհիշման առաջադրանքները: Ենթադրում ենք, որ հետաձգված հիշողության ցածր

ցուցանիշները պայմանավորված են մի կողմից անմիջական հիշողության և մյուս կողմից ուշադրության ցածր ցուցանիշներով:

Ցուցանիշային ընդհանուր միավորը կազմում է 63.86 ± 14.75 , ինչը, համաձայն թեստի, ստիմուլային գրքուկի համադրման աղյուսակների, համապատասխանում է 3.91 ± 6.98 տոկոսային աստիճանի:

Ստուգիչ խմբում, ի տարբերություն հիմնական խմբի, անմիջական և հետաձգված հիշողության միավորները բարձր են (համապատասխանաբար 106.63 և 101.82), բարձր են նաև տեսատարածական ընկալման միավորները (105.26 ± 14.52): Համեմատելով այս ենթաթեստերի միավորների հետ, ավելի ցածր են լեզվական ճկունության (86.47 ± 15.29) և ուշադրության (82.23 ± 14.15) միավորները: Ցուցանիշային ընդհանուր միավորը կազմում է 94.97 ± 13.04 , իսկ տոկոսային աստիճանը՝ 40.6 ± 26.37 :

Ուսումնասիրված սուբթեստային գործոնների միջև կորելյացիոն վերլուծությունները տվել են հետևյալ արդյունքները (աղյուսակ 2.)

Աղյուսակ 2. RBANS թեստի սուբթեստային գործոնների միջև կորելյացիոն վերլուծություններն ըստ Պիրսոնի խ.1-ում

		Անմիջական հիշողություն	Տեսատա- րածական	Լեզվական	Ուշադրություն	Հետաձգված հիշողություն
Անմիջական հիշողություն	Pearson Correlation	1	.488**	.570**	.498**	.738**
	Sig. (2-tailed)	-	.001	.000	.000	.000
	N	46	46	46	46	46
Տեսա- տարածական	Pearson Correlation	.488**	1	.560**	.389**	.538**
	Sig. (2-tailed)	.001	-	.000	.008	.000
	N	46	46	46	46	46
Լեզվական	Pearson Correlation	.570**	.560**	1	.452**	.558**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	-	.002	.000
	N	46	46	46	46	46
Ուշադրություն	Pearson Correlation	.498**	.389**	.452**	1	.404**
	Sig. (2-tailed)	.000	.008	.002	-	.005
	N	46	46	46	46	46
Հետաձգված հիշողություն	Pearson Correlation	.738**	.538**	.558**	.404**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.005	-
	N	46	46	46	46	46

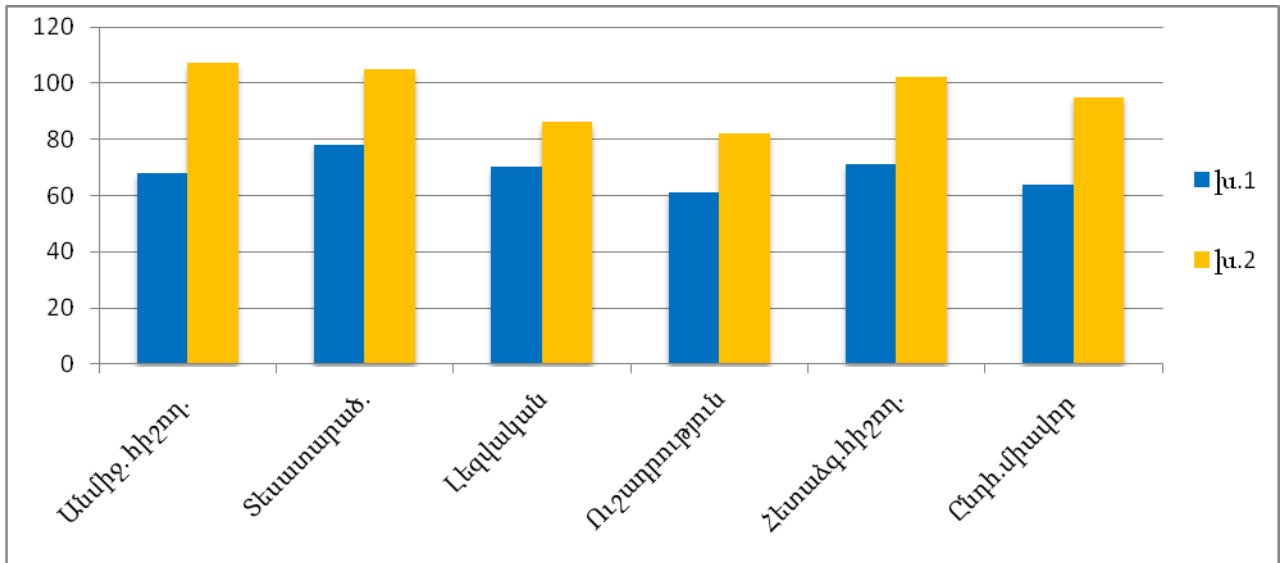
** . $p < 0.01$

Աղյուսակ 2-ում երևում է, որ անմիջական հիշողության և հետաձգված հիշողության միջև ակնհայտ է նշանակալի ուժեղ կապ ($r=.738$, $p<0.001$): Վերջինս նշանակում է, որ անմիջական հիշողությունը սերտորեն կապված է հետաձգված հիշողության հետ, և շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ վատթարացած անմիջական հիշողությունը հանգեցնում է նաև հետաձգված հիշողության վատթարացմանը: Այսպես օրինակ՝ եթե հիվանդը բառերի ցուցակը կամ պատմությունը չի կարողանում լավ հիշել և անմիջապես վերարտադրել, ապա որոշ ժամանակ անց դրանց վերարտադրումը ևս թույլ է լինում: Կորելյացիոն կապն ուժեղ է նաև լեզվական ճկունության և անմիջական հիշողության միջև ($r=.570$, $p<0.001$), ինչպես նաև լեզվական ճկունության և հետաձգված հիշողության միջև ($r=.558$, $p<0.001$): Դա պայմանավորված է նրանով, որ լեզվական ճկունության առաջադրանքները սերտորեն կապված են հիշողության հետ, օրինակ՝ պատկերներն անվանելու համար հետազոտվողը պետք է ճանաչի և հիշի առարկայի կամ մրգերի ու բանջարեղենների անվանումները, ինչը նույնպես պահանջում է հիշողություն: Որքան թույլ է հիշողությունը, այնքան դա բացասաբար է ազդում լեզվական ճկունության վրա: Կորելյացիոն դրական ուժեղ կապ է նկատվում անմիջական հիշողության և ուշադրության միջև ($r=.498$, $p<0.001$): Սա խոսում է այն մասին, որ ուշադրության և անմիջական հիշողության գործընթացները փոխազդում են միմյանց վրա. այսպես, ուշադրությունը կենտրոնացնելու դժվարությունները հաճախ ազդում են անմիջական հիշողության վրա և հանգեցնում վերջինիս վատթարացմանը: Ուշադրության առաջադրանքները ևս պահանջում են անմիջական հիշողության տարրեր, օրինակ՝ կողավորման առաջադրանքները կատարելիս, որքան շատ սիմվոլ և իրենց համապատասխան թիվ մտապահվի, այնքան ավելի շատ կկարողանա հետազոտվողը կողավորել 90 վայրկյան ժամանակահատվածում: Ուշադրության մյուս առաջադրանքը ևս սերտորեն կապված է անմիջական հիշողության հետ, օրինակ՝ թվերի հերթականության կրկնողությունը, թույլ անմիջական հիշողության դեպքում, նույնպես դժվարանում է:

Նկ. 1-ում ներկայացված է շիզոֆրենիա ունեցող մասնակիցների (խ.1) և ստուգիչ խմբի (խ.2) անմիջական հիշողության, տեսատարածական ընկալման, լեզվական ճկունության, ուշադրության, հետաձգված հիշողության միավորների և ցուցանիշային

ընդհանուր միավորների համեմատությունը: Արդյունքները խիստ տարբերվում են միմյանցից:

Նկ. 1. Շիզոֆրենիայով հիվանդների (խ.1) և հոգեպես առողջ մասնակիցների (խ.2) RBANS թեստից ստացված արդյունքների համեմատությունը



Համաձայն նկ.1-ում ներկայացված RBANS թեստից ստացված տվյալների՝ կոգնիտիվ ֆունկցիաների տարբերությունը երկու խմբերում ուժեղ է արտահայտված: Այսպես, մեծ է տարբերությունն անմիջական հիշողության (խ.1=67.52, խ.2=106.63), տեսատարածական ընկալման (խ.1=78.43, խ.2=105.26) և հետաձգված հիշողության (խ.1=70.63, խ.2=101.82) միավորների միջև: Ավելի ցածր միավորներ են ստացվել լեզվական ճկունության (խ.1=69.86, խ.2=86.47) և ուշադրության (խ.1=61.39, խ.2=82.23) ենթաթեստերից երկու խմբերում էլ, այնուամենայնիվ հիվանդների խմբում միավորները ավելի ցածր են: Մեծ է նաև ցուցանիշային ընդհանուր միավորների տարբերությունը (խ.1=63.86, խ.2=94.97), տոկոսային աստիճանը ևս կտրուկ տարբերվում է (խ.1=3.91%, խ.2=40.6%): Այսպիսով, փորձարարական խմբում, համեմատած ստուգիչ խմբի հետ, նկատվում են նշված կոգնիտիվ ֆունկցիաների ակնհայտ ցածր ցուցանիշներ:

RBANS թեստից ստացված միավորները պայմանականորեն բաժանել ենք չորս խմբի. նվազագույն ցուցանիշ՝ 40-60 միավոր, ցածր ցուցանիշ՝ 61-80 միավոր, միջին ցուցանիշ՝ 81-100 միավոր և բարձր ցուցանիշ՝ 101-120+ միավոր: Աղյուսակ 3-ում ներկայացրել ենք շիզոֆրենիա ունեցող մասնակիցների (խ.1) և ստուգիչ խմբի (խ.2) արդյունքների հաճախականությունն ըստ մեր կողմից առանձնացված միավորների 4 խմբերի:

Աղյուսակ 3. Շիզոֆրենիայով հիվանդների (խ.1) և հոգեպես առողջ մասնակիցների (խ.2) RBANS թեստի արդյունքների հաճախականության համեմատությունը

Միավորներ	Անմիջական հիշողություն		Տեսա-տարածական		Լեզվական		Ուշադրություն		Հետաձգված հիշողություն	
	խ. 1 N (%)	խ. 2 N (%)	խ. 1 N (%)	խ. 2 N (%)	խ. 1 N (%)	խ. 2 N (%)	խ. 1 N (%)	խ. 2 N (%)	խ. 1 N (%)	խ. 2 N (%)
40-60	16 (34.8)	-	9 (19.6)	-	15 (32.6)	4 (8.7)	25 (54.3)	5 (10.9)	17 (36.9)	-
61-80	17 (36.9)	1 (2.2)	17 (36.9)	2 (4.4)	20 (43.5)	11 (23.9)	17 (36.9)	12 (26.1)	11 (23.9)	-
81-100	10 (21.7)	15 (32.6)	14 (30.4)	10 (21.7)	11 (23.9)	21 (45.7)	4 (8.7)	31 (67.4)	17 (36.9)	26 (56.5)
101-120+	3 (6.5)	30 (65.2)	6 (13.1)	34 (37.9)	-	10 (21.7)	-	5 (10.9)	1 (2.2)	20 (43.5)

Համաձայն աղյուսակ 3-ում ներկայացված արդյունքների՝ շիզոֆրենիա ունեցող հետազոտվողների (խ.1) մեծամասնությունը (71.7%) անմիջական հիշողության նվազագույն և ցածր ցուցանիշ է գրանցել, ստուգիչ խմբում (խ.2) միայն 1 մասնակից (2.2%) է ունեցել ցածր ցուցանիշ: Խ.1-ում միջին և բարձր ցուցանիշներ ունեցել են 13 մասնակից (28.2%), իսկ խ.2-ում՝ 45 մասնակից (97.8%): Խ.2-ում բացակայում է նվազագույն ցուցանիշը, իսկ բարձր ցուցանիշ են ունեցել 30 հետազոտվողներ (65.2%), այնինչ խ.1-ում՝ ընդամենը 3 մասնակից (6.5%):

Տեսատարածական ընկալման նվազագույն և ցածր ցուցանիշները խ.1-ում կազմում են 56.5% (26 հիվանդ), միջին ցուցանիշը՝ 30.4% (14 հիվանդ) և բարձր՝ 13.1% (6 հիվանդ): Ստուգիչ խմբում նվազագույն ցուցանիշ չի գրանցվել, ցածր ցուցանիշ հանդիպել է 2 մասնակցի մոտ (4.4%), միջին և բարձր ցուցանիշներ ունեն 44 մասնակից (59.6%):

Շիզոֆրենիայով հիվանդների խմբում լեզվական ճկունության նվազագույն և ցածր ցուցանիշներ ունեն 35 հիվանդ (76.1%), միջին ցուցանիշ՝ 11 հիվանդ (23.9%), բարձր ցուցանիշ չի գրանցվել: Իսկ ստուգիչ խմբում 4 մասնակից ունի նվազագույն ցուցանիշ (8.7 %), ցածր՝ 11 (23.9%), նվազագույն և ցածր ցուցանիշները հանդիպել են

հետազոտվողների 32.6%-ի մոտ: Միջին ցուցանիշ հանդիպել է 21 մասնակցի մոտ (45.7%), և բարձր՝ 10 մասնակցի մոտ (21.7%):

Խ.1-ում գրանցվել է ուշադրության նվազագույն և ցածր ցուցանիշ 42 հիվանդի մոտ (91.2%), իսկ խ.2-ում 17 մասնակցի մոտ (37%): Խ.1-ում միջին ցուցանիշ հանդիպել է 4 մասնակցի մոտ (8.7%), խ.2-ում միջին ցուցանիշ հանդիպել է 31 հետազոտվողի մոտ (67.4%), իսկ բարձր՝ 5 հետազոտվողի մոտ (10.9%):

Հետաձգված հիշողության նվազագույն ցուցանիշ գրանցվել է խ.1-ում 17 հիվանդի մոտ (36.9%), ցածր՝ 11 հիվանդի մոտ (23.9%) երկու ցուցանիշներն իրար հետ 60.8%-ի մոտ, այնինչ խ.2-ում նվազագույն և ցածր ցուցանիշ չի գրանցվել ոչ մի մասնակցի մոտ: Հիվանդների խմբում միջին ցուցանիշ է հանդիպել 17 մասնակցի (36.9%), և բարձր՝ միայն 1 մասնակցի մոտ (2.2%): Ի տարբերություն փորձարարական խմբի, ստուգիչ խմբում միջին միավոր հանդիպել է 26 մասնակցի (56.5%), իսկ բարձր՝ 20 մասնակցի մոտ (43.5%):

Ընդհանուր ցուցանիշային միավորի նվազագույն ցուցանիշը խ.1-ում գրանցվել է 20 հիվանդի մոտ (43.5%), միջին ցուցանիշը՝ 16 հիվանդի մոտ (34.8%), այնինչ հոգեպես առողջ մասնակիցների խմբում նվազագույն ցուցանիշ չի հանդիպել ոչ մի մասնակցի մոտ (0%), իսկ ցածր ցուցանիշ ունեցել է 6 մասնակից (13%): Խ.1-ում միջին ցուցանիշ գրանցել է 10 մասնակից (21.7%), իսկ բարձր ցուցանիշ ոչ ոք չի ունեցել (0%): Խ.2-ում 40 մասնակից (87%) գրանցել է միջին և բարձր ցուցանիշ:

Հետաքրքրական են տոկոսային աստիճանի արդյունքները երկու խմբերում: Շիզոֆրենիայով հիվանդների խմբում նվազագույն տոկոսային աստիճան ($\leq 0.1-1\%$) է գրանցվել 31 մասնակցի մոտ (67.4%), և մնացած հետազոտվողների մոտ (32.6%) հանդիպել է 2-27 տոկոսային աստիճանը: Առավելագույն տոկոսային աստիճանն այս խմբում 27% է, հանդիպել է 1 մասնակցի մոտ (2.2%): Խ.2-ում 1 տոկոսային աստիճան հանդիպել է 2 մասնակցի մոտ (4.3%): 2-50 տոկոսային աստիճան հանդիպել է 26 հետազոտվողի մոտ (56.5%), և 56-93 տոկոսային աստիճանն (ընդ որում 93% առավելագույնն է) հանդիպել է 16 մասնակցի մոտ (34.8%):

3.2. Շիզոֆրենիայով հիվանդների հիշողության, ինչպես նաև մտածողության առանձնահատկությունների, անձնային-հուզական ոլորտի ուսումնասիրության արդյունքները

Մեթոդի արդյունքներից կարելի է դատել հետազոտվողների ընդհանրացման և վերացարկման գործընթացների մասին, թե ինչքանով էին կարողանում կոնկրետ և վերացական հասկացությունները վերածել սիմվոլների: Կարևորել ենք հետազոտվողի՝ պիկտոգրամա ընտրելու ժամանակ կիրառած ասոցիացիաների բնույթը. համապատասխանությունը, ադեկվատությունը տրված բառին, ասոցիացիաների չափազանց կոնկրետությունը, կամ ընդհակառակը՝ չափազանց վերացական պայմանական-սիմվոլիկ բնույթը: Էական դեր է խաղում պիկտոգրամայի հուզական հազեցվածությունը, որն արտահայտում է հետազոտվողի հուզական վիճակը: Հետազոտության արդյունքներից կարելի է դատել նաև տրամաբանական հիշողության մասին, թե բառերի միջնորդավորումը տեսողական պատկերների ինչքանով է օգնում հետազոտվողին հիշել դրանք:

Այս մեթոդը հատկապես վալիդ է շիզոֆրենիայի ախտորոշման համար, քանի որ մեծամասամբ պատկերներն անհամապատասխան են տրված բառերին ոչ իմաստային առումով, ոչ հուզական: Այստեղ հատկապես ուշադրություն ենք դարձրել հիվանդի կողմից ընտրված պատկերների ընտրության դրդապատճառների մեկնաբանությանը: Երբեմն շիզոֆրենիայով հիվանդների պատկերները չափազանց վերացական նշանների տեսքով էին: Այդպիսի ձևական-սխեմատիկ պիկտոգրամաներն արտահայտում են հիվանդների մտածողությանը բնորոշ “դատարկ” սիմվոլիկան: Անհրաժեշտ է նշել, որ պիկտոգրամա մեթոդիկան բացահայտում է ասոցիատիվ գործընթացների խանգարումները հաճախ այն ժամանակ, երբ դրանք մնում են աննկատ այլ մեթոդիկաներով ուսումնասիրության դեպքում:

Ներկայացնենք պիկտոգրամա մեթոդիկայից ստացված արդյունքները նորմայում և շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ: Աղյուսակ 4-ում ներկայացրել ենք հիմնական գործոնների միջինացված տվյալները և ստանդարտ շեղումները երկու խմբերում: Հիմնական գործոններն են՝ ադեկվատության, վերարտադրողականության, վերացարկման (կոնկրետ, ատրիբուտիվ, երկրաչափական, մետաֆորիկ պատկերներ),

հաճախականության (ստանդարտ, կրկնվող և ինքնատիպ պատկերներ), անձնային նշանակության (անձնային նշանակալի, ֆորմալ պատկերներ):

Աղյուսակ 4. Պիկտոգրամա մեթոդիկայից ստացված արդյունքները շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ (խ.1) և ստուգիչ խմբում (խ.2):

Պատկերների կատեգորիան	խ.1	խ.2
	$M \pm m$	$M \pm m$
Ադեկվատ պատկերներ %	63,13 \pm 21.34 %	99,04 \pm 2.62 %
Վերարտադրման արդյունավետություն %	47,5 \pm 28.62 %	88,85 \pm 14.43 %
Կոնկրետ պատկերներ	4,93 \pm 2.94	4,32 \pm 2.03
Ատրիբուտիվ պատկերներ	5,02 \pm 2.13	5,28 \pm 1.5
Երկրաչափական, գրաֆիկական պատկերներ	2,80 \pm 3.49	2,95 \pm 2.05
Մետաֆորիկ պատկերներ	2,63 \pm 1.95	3,65 \pm 1.64
Ստանդարտ պատկերներ	5,78 \pm 3.15	5,47 \pm 1.92
Կրկնվող պատկերներ	2,60 \pm 1.69	5,28 \pm .00
Ինքնատիպ պատկերներ	6,82 \pm 3.91	5,10 \pm 2.34
Անձնային նշանակալի, անձնավորված պատկերներ	5,19 \pm 2.87	4,67 \pm 2.49
Ֆորմալ պատկերներ	10,04 \pm 3.0	11,32 \pm 2.49

Մինչև ստացված արդյունքների մեկնաբանությանն անցնելը, նշենք, որ շիզոֆրենիայով հիվանդները մեթոդիկայի առաջադրանքը դժվարությամբ էին հասկանում, այնուհետև կատարելիս երկար ժամանակ էր պահանջվում, որպեսզի բառը կամ բառակապակցությունն արտահայտեն սիմվոլի կամ պատկերի միջոցով: Հատկապես դժվարանում էին այնպիսի վերացական բառերի դեպքում, ինչպիսիք են “կասկածը”, “խաբեությունը”, “արդարությունը”: Ստուգիչ խմբում հրաժարման “շոկային” հակազդեցություններ հազվադեպ էին հանդիպում, հիմնականում

առաջադրանքը հեշտ էին հասկանում, սիմվոլ ընտրելու համար երկար ժամանակ չէր պահանջվում:

Աղեկվատության գործոն: Մտապահելու համար կիրառվող ասոցիատիվ կապերը կարող են լինել արհեստական և ֆորմալ, սակայն դրանք պետք է լինեն համապատասխան (աղեկվատ) իրենց բովանդակությամբ, քանի որ հենց ընտրության աղեկվատությունն է ապահովում վերարտադրման հուսալիությունը: Այսպիսով, ինչպես երևում է Աղյուսակ 4-ում, փորձարարական խմբի պատկերների ընտրության աղեկվատությունը միջինում կազմում է մոտ 63% է, իսկ ստուգիչ խմբում՝ 99%: Խ.1-ում հետազոտվողների 26%-ի (12 հիվանդ) մոտ աղեկվատության ցուցանիշները նորմալի տիրույթում են (80-100%), 4.3%-ի (2 հիվանդ) մոտ բացակայում են աղեկվատ պատկերները, իսկ մնացած 69.7%-ի (30 հիվանդ) մոտ գերակշռում են անաղեկվատ պատկերները, նրանց մոտ աղեկվատության ցուցանիշը տատանվում է 31.25 -75.00% տիրույթում: Խ.2-ում բոլոր հետազոտվողների (100%) պատկերների աղեկվատության ցուցանիշները նորմալի տիրույթում են (87.50-100%): Աղեկվատ և ոչ աղեկվատ պատկերների բաժանման չափանիշները չեն կարող լինել սուբյեկտիվ, քանի որ հիվանդների կողմից մտապահելու համար հորինված պատկերները և դրանց բացատրությունը շատ հեռու են մեր առաջարկված հասկացության բովանդակությունից, չնայած որ նույն հիվանդի պիկտոգրամայում հանդիպում են նաև աղեկվատ պատկերներ: Օրինակ՝ “ուրախ տոն” բառակապակցության համար հիվանդը նկարում է զենք և զինվորներ, բացատրելով, որ “Այն ժամանակ, երբ շատ մարդիկ ուրախ տոն են կազմակերպում, ուրիշ տեղ կարող է պատերազմ լինել”: Մեկ ուրիշ հիվանդ “տխրություն” բառի համար նկարում է ուրախ մարդու դեմք, բացատրելով, որ “Ես հիմա ուրախ եմ, ուրախությունը տխրության հակառակն է”: Նման իմաստով “հեռացած” պատկերները կարելի է մեկնաբանել տրամաբանական մտածողության խանգարումներով: Ինչպես արդեն նշել ենք գրականության վերլուծության մեջ (Գլուխ 1), համաձայն Բ.Վ. Ջեյգարնիկի տվյալների՝ հիվանդների մոտ հանդիպում են մտածողության ընդհանրացման գործընթացի աղավաղումներ: Ընդհանրացման ժամանակ կիրառվող հատկանիշները, որպես կանոն, նկարագրվում են, որպես “գաղտնի, ձևական և անբովանդակ”: Հեղինակը նշում է, որ մտածական ընթացքի ժամանակ հիվանդների մոտ նկատվում են որոշակի անսպասելի անցումներ անհամապատասխան ասոցիացիաների [25]: Անաղեկվատ պատկերների

գերակշռությունը հիվանդների մոտ կարելի է մեկնաբանել նաև որպես պատահական չուղղորդված, կեղծ վերացական և դատարկ ասոցիացիաների առաջացում: Հիվանդները հաճախ չեն կարողանում առանձնացնել հասկացության, առարկայի առաջնային իմաստը, կենտրոնանալով դրանց երկրորդական, անէական կողմի վրա, դրանով էլ բացատրվում է պատկերների չկապակցվածությունը:

Բովանդակությանը չհամապատասխանող պատկերները հիմնականում կարող են արտահայտվել օբյեկտների հետևյալ ընտրությամբ.

- Բովանդակային իմաստից զուրկ (10%): Դատարկ, անբովանդակ, սխեմատիկ կապերն են, որոնք հաճախ հասնում են արտուրդի: Հետազոտվողներն այնքան բառացի պատկերներ են նկարում, որ դրանք շատ դժվար է տարբերակել: Երբեմն ոչ թե պատկերներ են ստեղծում, այլ դատարկ սխեմաներ: Օրինակ՝ հիվանդը “արդարություն” բառը պատկերում է որպես երկրաչափական պատկեր՝ շրջանակ, բացատրելով, որ “Արդարությունն ինձ մոտ կապված է շրջանի հետ, որովհետև շրջանը չունի ոչ մի սուր անկյուն”:
- Կեղծ վերացական (8%): Պատկերների ընտրության այս ձևը համարվում է կեղծ վերացական (փսևդոաբստրակտ), քանի որ մտապահելու միջոց են հանդիսացել ոչ թե դատարկ նշանները, գծերը և կետերը, այլ արտաբանական պատկերներ: Օրինակ՝ հիվանդը “խաբեություն” բառի համար նկարում է տձև մի առարկա, բացատրելով, որ “սա ձև չունեցող անորոշ առարկա է, քանի որ երբ ես ստում եմ իմ մամային, ինքը անորոշության մեջ է լինում”: Այստեղ հիվանդների պատկերների ընտրությունը չափազանց լայն է, և չի արտահայտում բառի բովանդակության իրական առաջնային իմաստը: Այստեղ պետք է նշել, որ հոգեպես առողջ մարդկանց մոտ ևս հանդիպել են արտաբանական նշաններ և սիմվոլներ, սակայն իրենց մոտ դրանք բովանդակային են: Նրանց համար սիմվոլը որևէ հասկացության պայմանական նշանակությունն է (օրինակ՝ “սիրտը” սեր, “խաչ”՝ հույս, “պարույր”՝ զարգացում): Ստուգիչ խմբում հետազոտվողները հստակ տարբերում էին բառացի նշանակությունը փոխաբերականից, կոնկրետը՝ վերացականից:
- Ընտրությունն ըստ հնչողության (3%): Տվյալ դեպքում հիվանդները պատկեր ընտրելիս, առաջնորդվում էին բառի հնչունային բաղադրիչներով, և ընտրում էին այնպիսի պատկերներ, որի անվանման մեջ մտնում էր կարդացած բառի նույն

վանկը: Օրինակ՝ «բաժանում» հասկացության ժամանակ հիվանդը նկարում է բաժակ, քանի որ առաջին երկու վանկը «բա-ժա» նմանացրել է «բաժակ» բառի հետ: Այստեղ խախտված են տրամաբանական կապերը, բառերը կապված չեն իրար հետ իմաստային կերպով, այդ բառերի միջև կապը գոյանում է արտաքին հնչյունային նմանության հիման վրա: Մեկ այլ օրինակ՝ «հույս» հասկացության համար հիվանդը պատկերեց կնոջ կրծքեր, բացատրելով որ հույսը ուսերեն «надежда»-ն է, այդ բառն էլ հիվանդը կապեց ուս երգչուհի Նադեժդա Բաբկինայի անվան հետ ու նկարեց նրա կրծքերը:

- Կոնկրետ պատկերներ՝ վերացարկված մեկնաբանությամբ (5%): Այստեղ հիվանդները նկարում էին ոչ թե դատարկ կամ արստրակտ սիմվոլներ, այլ կոնկրետ պատկերներ: Սակայն դրանք չէին արտացոլում տրված հասկացության բովանդակային կողմը: Օրինակ՝ հիվանդը նկարում է թուր «ընկերություն» հասկացության համար, և բացատրում, որ «իսկական ընկերության ժամանակ մեջքից թրով չեն խփում, թուրը կարող է կտորի ընկերության ամրությունը»: Այստեղ մենք տեսնում ենք, որ հիվանդը վերցնում է հասկացության կողմերից մեկը, որը այնքան է ընդլայնվում, որ որոշում է պատկերի ընտրությունը:
- Հուզական տպավորության վրա հիմնված կոնկրետ պատկերներ: Այս ընտրությունը շատ մոտ է վերը նկարագրված ընտրությանը, պարզապես այստեղ գերակշռում է հուզական հագեցվածությունը: Օրինակ՝ «տխրություն» հասկացության համար հիվանդը նկարում է սարդոստայն, մեկնաբանելով, որ «սարդոստայնը միշտ կապված է տան մութ անկյունների հետ, իսկ մութ անկյունները տխրեցնում են ինձ»:

Վերարտադրողականության գործոն: Այս գործոնի միջոցով հնարավոր է լինում գնահատել հիշողության ուսումնասիրության արդյունքները: Աղյուսակ 4-ում երևում է միջնորդավորված հիշողությունն ինչպես է դրսևորվում այդ երկու խմբերում: Խ1-ում և խ2-ում արդյունքներն ակնհայտորեն տարբերվում են: Պատկերների վերարտադրման արդյունավետությունը փորձարարական խմբում կազմում է 47,5%, իսկ ստուգիչ խմբում՝ 88,85%: Հիվանդների ընդամենը 15.21%-ի (7 մասնակից) մոտ վերարտադրման արդյունքները նորմայի տիրույթում են (81-93.7%), մնացած 84.78%-ի (39 մասնակից) մոտ նորմայից ցածր են, տատանվում են 0-75% տիրույթում: 6.5%-ը (3 հիվանդ) ընհանրապես ոչ մի պատկեր չի կարողացել վերհիշել: Ստուգիչ խմբում

հետազոտվողների 82.6%-ի մոտ (38 մասնակից) արդյունքները նորմալի տիրույթում են (81.2-100%), 17.39%-ի մոտ (8 մասնակից) նորմալից ցածր են և տատանվում են 50-75% տիրույթում: Քանի որ հիվանդները մտապահման գործընթացը միջնորդավորում էին անադեկվատ, այսինքն ընտրում էին հիշելու համար այնպիսի պատկերներ, որոնք չունեին ոչ մի բովանդակություն, չէին կրում ոչ մի տեղեկատվություն, կամ արտահայտում էին հասկացության երկրորդային, ոչ էական կողմերը, հետևաբար դրանք չէին կարողանում հետագայում օգնել վերհիշել, վերարտադրել հասկացությունը: Հաճախ ոչ պիկտոգրամաներ կազմելուց, ոչ էլ դրանք վերարտադրելուց հիվանդները չէին կարողանում բացատրել ու մեկնաբանել դրանց ընտրությունը: Օրինակ՝ հնարավոր չէ բացատրել, թե ինչու “ուրախ տոն” հասկացությունը հիվանդները պատկերում են որպես խաչ, “զարգացումը” քառակուսի, “հիվանդությունը” երկու կետ, իսկ “ընկերությունը” մի կետ, ինչի պատճառով էլ հնարավոր չէ հիշել հասկացությունը, նայելով նկարած դատարկ սիմվոլներին: Այսինքն, հիմնականում սլաքները, գծերը, կետերը, խաչերը, շրջանները, քառակուսիները և կորերը զուրկ են օբյեկտիվ բովանդակությունից և հիվանդի համար չեն ծառայում որպես տրամաբանական կապերի և վերարտադրման միջոց: Սակայն, կուզենայինք նշել, որ հիվանդները դժվարանում էին վերհիշել անգամ այն պատկերները, որոնց ընտրությունն ադեկվատ էր, բացատրվում էր հիվանդի կողմից և իր մեջ բովանդակություն էր կրում:

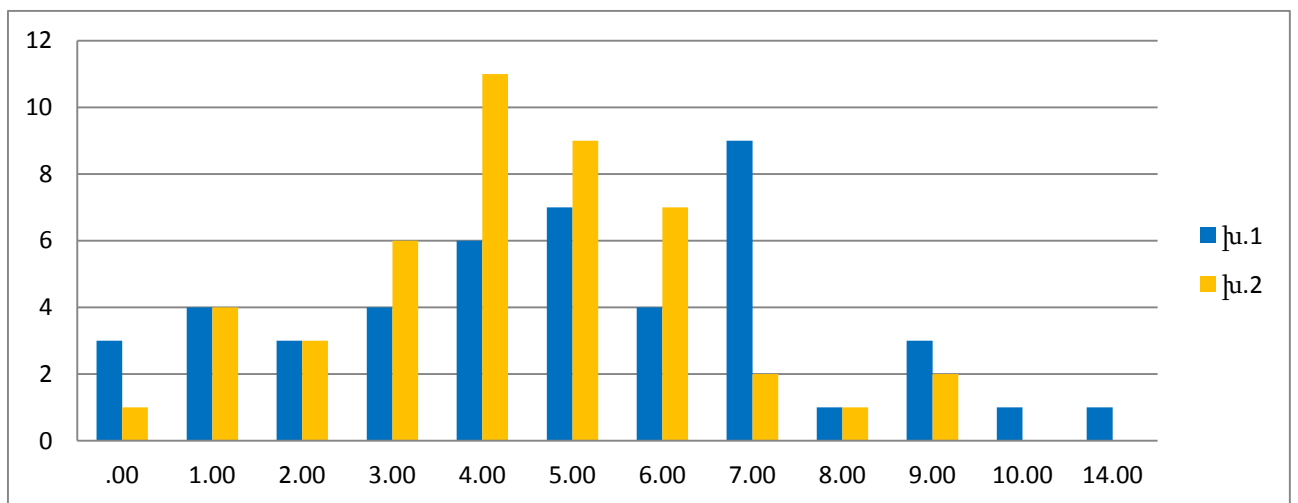
Շիզոֆրենիայով հիվանդների խմբում վերարտադրողականության և ադեկվատության գործոնների միջև կորելյացիոն վերլուծությունն ըստ Պիրսների ցույց տվեց, որ նշված գործոնների միջև առկա է ուժեղ կորելյացիոն կապ ($r=.561$, $p<0.01$): Դա խոսում է այն մասին, որ հիվանդների մոտ հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը սերտորեն կապված է մտածողության ադեկվատության հետ: Այսինքն, երբ տեղեկատվությունը մտապահելու համար հիվանդը ստեղծում է այդ տեղեկատվությանը (հասկացությանը) անհամապատասխան, հիմնական իմաստը չարտահայտող զուգորդություններ, հետագայում քսանում է նույն տեղեկատվության արդյունավետ, ճշգրիտ վերարտադրումը:

Վերացարկման գործոն: Պիկտոգրամա մեթոդիկան լայնորեն կիրառվում է մտածողության առանձնահատկությունների պաթոհոգեբանական ուսումնասիրության մեջ: Վերացարկման գործոնն արտացոլում է նկարի պատկանելիության աստիճանը

կոնկրետ իրավիճակին: Պիկտոգրամայի կառուցվածքում ըստ վերացարկման գործոնի ներառված են հիմնական պատկերների հետևյալ տեսակները՝ Կոնկրետ (Կ), Ատրիբուտիվ (Ա), Երկրաչափական (Եր) և Մետաֆորիկ (Մ):

- Կոնկրետ պատկերները վերաբերում են կոնկրետ իրավիճակին: Հիմնականում, հասկացությունը կարող է պատկերված լինել մարդկային կերպարների կամ գործողություն կատարող մարդկանց միջոցով: Աղյուսակ 4-ում երևում է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ կոնկրետ պատկերների ընտրության հաճախականությունը գերազանցում է $(4,93 \pm 2.94)$, համեմատած ստուգիչ խմբի հետ $(4,32 \pm 2.03)$: Դիագրամի միջոցով փորձենք ցույց տալ այդ տարբերությունները: Նկ.2-ում ներկայացնենք կոնկրետ պատկերների հանդիպման հաճախականությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների (խ.1) և ստուգիչ (խ.2) խմբերում:

Նկ. 2. Կոնկրետ պատկերների ընտրության հաճախականությունը խ.1-ում և խ.2-ում

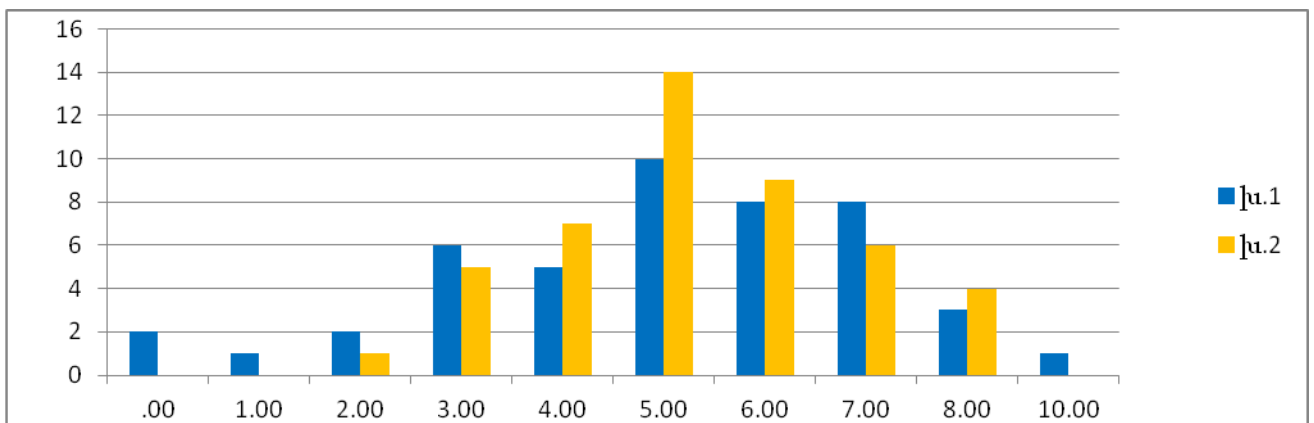


Նկ.2-ում երևում է, որ խ.1-ում 3 հիվանդի մոտ (6.5%) ընդհանրապես բացակայում են կոնկրետ պատկերները, իսկ 11 հիվանդի մոտ (23.9%) կոնկրետ պատկերների քանակը տատանվում է 1-3 (16 ընդհանուր պատկերների քանակից): Նաև դիտվում է հակառակ ծայրահեղությունը. 15 հիվանդի մոտ (32.6%) դրանք գերակշռում են (7-14 պատկեր): Ստուգիչ խմբում պատկերն այլ է. 1 հետազոտվողի մոտ (2.2%) ընդհանրապես բացակայում են, 13 հետազոտվողի մոտ (28.2%) քիչ են հանդիպում՝ 1-3 պատկեր, և մեծամասնության՝ 27 հետազոտվողի մոտ (58.6%) դրանց ընտրության հաճախականությունը նորմայի տիրույթում է (4-6 պատկեր): Ստուգիչ խմբում կոնկրետ

պատկերները գերակշռում են 5 հետազոտվողի մոտ (10.8%): Այսպիսով, ելնելով արդյունքներից, կարելի է ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների կոնկրետ պատկերները կամ բացակայում են ու քիչ են, այսինքն անգամ կոնկրետ հասկացությունների դեպում նրանք կիրառում են արստրակտ, սխեմատիկ սիմվոլներ, կամ կոնկրետ պատկերները ծայրահեղ գերակշռող են, ինչը վկայում է այն մասին, որ հիվանդների մոտ թուլացած է վերացական մտածողության կարողությունը: Երբ գերակշռող էին կոնկրետ պատկերները, հաճախ հիվանդների մոտ դիտվում էր որևէ կոնկրետ պատկերի ստերեոտիպ անադեկվատ կրկնություն, օրինակ՝ հիվանդը “տխրություն”, “երջանկություն”, “կասկած”, “հիվանդություն” հասկացությունների համար նկարում է ոչ մի միմիկա չարտահայտող դեմք:

- Ատրիբուտիվ պատկերներն ընտրվում են պատկանելիության, ատրիբուտիվության սկզբունքով: Այստեղ պատկերվում են ոչ թե կոնկրետ իրավիճակներ, այլ՝ պատկերներ, որոնք վերաբերում են տվյալ հասկացությանը, օրինակ՝ “ուրախ տոն” հասկացության համար պատկերվում է հրավառություն, կամ “հիվանդություն” հասկացության համար՝ ջերմաչափ: Աղյուսակ 4-ում երկու խմբերում ատրիբուտիվ պատկերների ընտրության հաճախականության տարբերությունը մեծ չէ (խ.1՝ 5,02 ± 2.13, խ.2՝ 5,28 ± 1.5), չնայած ստ. շեղումը խ.1-ում ավելի մեծ է: Դիագրամի միջոցով (նկ.3) տեսնենք տարբերությունները:

Նկ. 3. Ատրիբուտիվ պատկերների ընտրության հաճախականությունը խ.1-ում և խ.2-ում

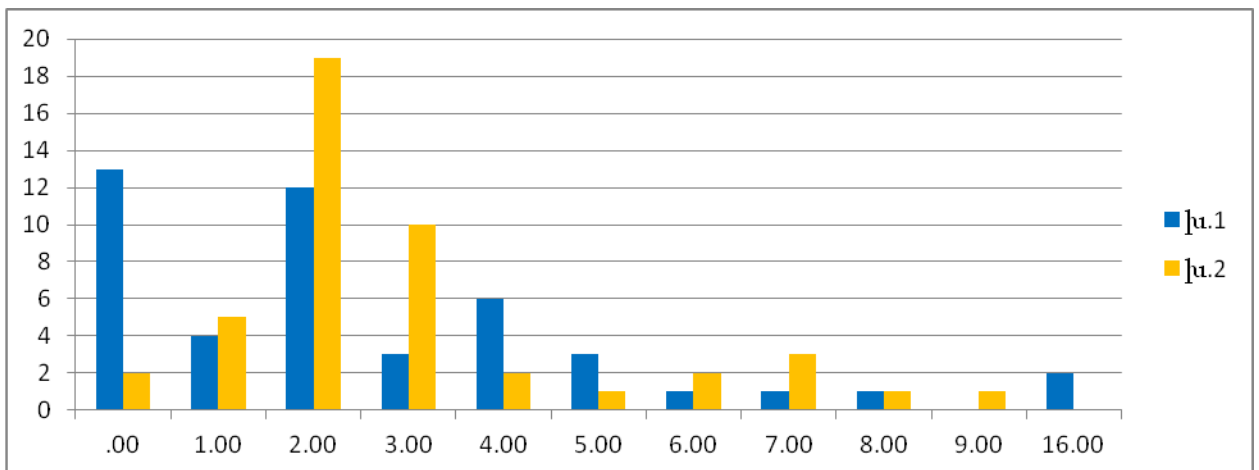


Նկ. 3-ում, ի տարբերություն ստուգիչ խմբի, հիվանդ մասնակիցների մոտ կրկին նկատվում է ատրիբուտիվ պատկերների ծայրահեղ ընտրություն: Շիզոֆրենիա ունեցող 11 հիվանդների մոտ (23.91%) բացակայում կամ քիչ են հանդիպում ատրիբուտիվ պատկերները (1-3 պատկեր), ստուգիչ խմբի 6 մասնակցի (13.04%) մոտ են դրանք քիչ

հանդիպել (2-3 պատկեր): Խ.1-ում 19 հիվանդի մոտ (41.33%) նորմալի տիրույթում են (4-6 պատկեր), իսկ Խ.2-ում՝ 26 մասնակցի մոտ (56.52%): 12 հիվանդի մոտ (26%) և 10 առողջ մասնակիցների մոտ (21.73%) ատրիբուտիվ պատկերները գերակշռող են, ինչը խոսում է մտածողության վերացարկման դժվարությունների մասին:

- Երկրաչափական սիմվոլներ: Այստեղ արստրալտ ասոցիացիային համապատասխանում է դրա սիմվոլիկ, գրաֆիկական արտահայտման եղանակը, որն ունի բովանդակային կապ հասկացության հետ: Օրինակ՝ “բաժանում” հասկացությունը կարող են պատկերել հակառակ կողմեր ցույց տվող սլաքների, կամ “զարգացում” հասկացությունը՝ հետզհետե աճող դիագրամի օգնությամբ: Սիմվոլները հաճախ կրում են տարածված համընդհանուր բնույթ: Փորձարարական և ստուգիչ խմբերում երկրաչափական պատկերները գրեթե հավասարաչափ են հանդիպել (Խ.1՝ $2,80 \pm 3.49$, Խ.2՝ $2,95 \pm 2.05$): Փորձարարական խմբում մեծ է ստ.շեղման միավորը, ուստի ավելի մանրամասն դիտարկենք երկու խմբերում երկրաչափական պատկերների ընտրության հաճախականությունը նկ. 4-ում:

Նկ. 4. Երկրաչափական պատկերների ընտրության հաճախականությունը Խ.1-ում և Խ.2-ում

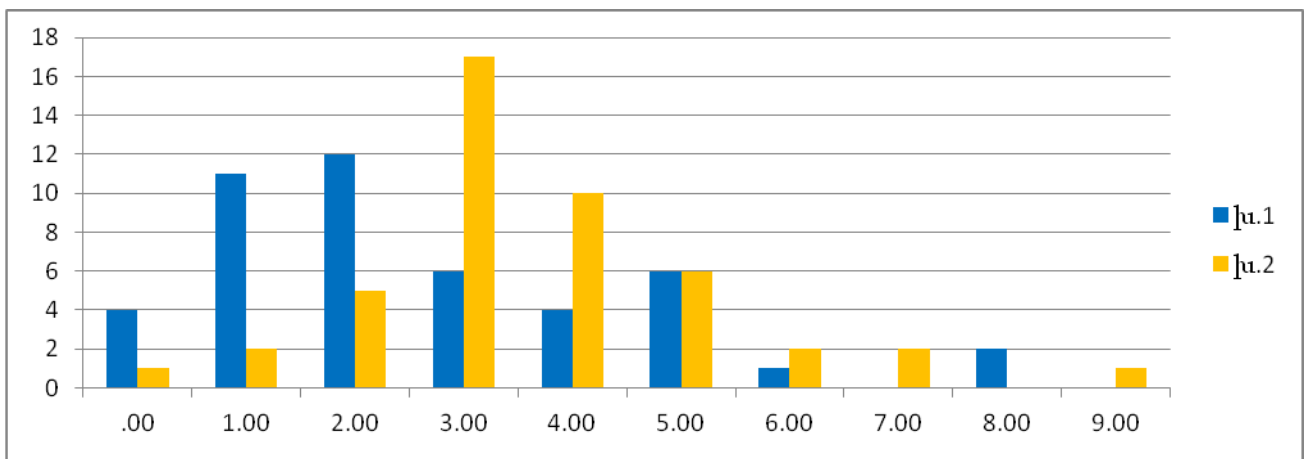


Նկ.4-ում ներկայացված արդյունքներից երևում է, որ Խ.1-ում 13 հիվանդի մոտ (28.26%) ընդհանրապես բացակայում են երկրաչափական պատկերները, դա բացատրվում է նրանով, որ այդ հիվանդներն ունեն արստրալտ ասոցիացիաներ կատարելու դժվարություններ: Ստուգիչ խմբում հետազոտվողների մեծամասնությունը՝ 36 մասնակից (78.26%) կիրառել է 16 ընդհանուր պատկերից 1-4 երկրաչափական պատկեր, ինչը համարվում է նորմալ քանակ, այնինչ հիվանդների խմբում՝ միայն 25

մասնակից (54.34%): Հետաքրքիր է նաև, որ խ.1-ում 2 հիվանդ (4.3%) նկարել են միայն երկրաչափական սիմվոլներ, ընդ որում այդ սիմվոլները հիմնականում ստերեոտիպային էին կրկնվում, կրելով պերսեվերացիաների բնույթ, անբովանդակ և անադեկվատ էին:

- Մետաֆորիկ պատկերներ: Այս կատեգորիային են դասվում այն պատկերները, որոնց մեջ արտարկտ բնույթի ասոցիացիան արտահայտվում է միջնորդավորված, կոնկրետ առարկայի միջոցով: Մեծամասամբ, այդ կապը կրում է մետաֆորիկ բնույթ, իր հիմքում ընկած է գրական պատկեր: Որպես օրինակ կարող է ծառայել ժամի վրա խաչ քաշած պատկերը “Երջանկություն” հասկացության համար (“Երջանիկները ժամանակին չեն հետևում”): Մեր հետազոտության ստուգիչ խմբում հետազոտվողներից մեկը “հույս” հասկացության համար պատկերեց ծխախոտի տուփ և հիշեց ռուսական “Кино” երաժշտական խմբի հայտնի երգի հետևյալ բառերը “Но если есть в кармане пачка сигарет, значит, все не так уж плохо на сегодняшний день”. Համաձայն Աղյուսակ 4-ում ներակայցրած արդյունքների՝ ստուգիչ խմբում ավելի շատ են հանդիպել մետաֆորիկ պատկերներ ($3,65 \pm 1.64$), քան փորձարարական խմբում ($2,63 \pm 1.95$): Դիտարկենք Նկ.5-ում մետաֆորիկ պատկերների ընտրության հաճախականությունը երկու խմբերում:

Նկ.5. Մետաֆորիկ պատկերների ընտրության հաճախականությունը խ.1-ում և խ.2-ում

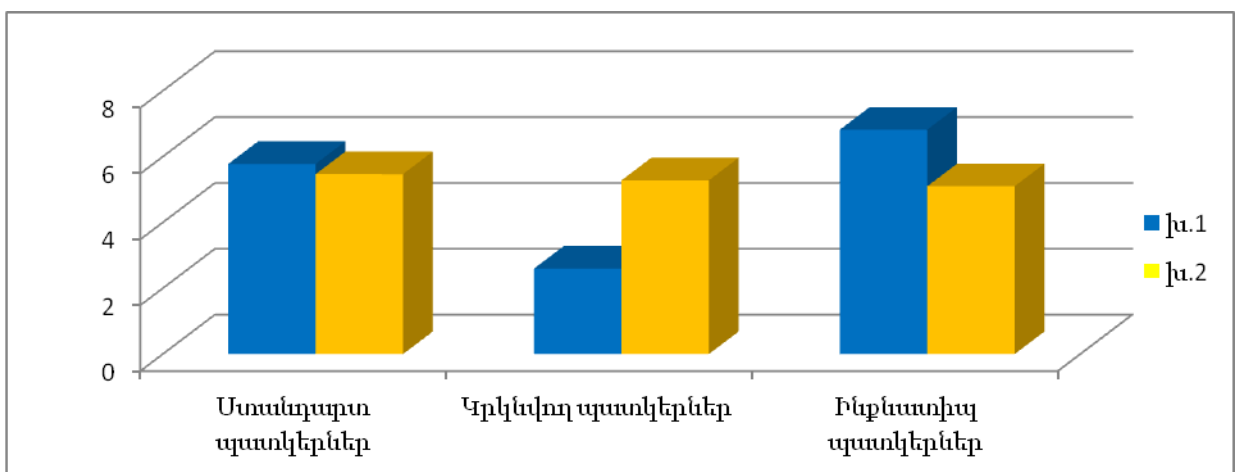


Նկ.5-ում երևում է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդներից 4 հետազոտվող (8.69%) ընդհանրապես չի օգտագործել մետաֆորիկ պատկերներ, իսկ ստուգիչ խմբում ընդամենը մեկ մասնակից (2.2%): Հիվանդների մեծամասնության մոտ՝ 29 հիվանդի

(63%) մետաֆորիկ պատկերների ընտրության հաճախականությունը տատանվում է 1-4 պատկերի տիրույթում, իսկ ստուգիչ խմբի մեծամասնության՝ 35 հետազոտվողի մոտ (76%) այդ պատկերները տատանվում են 3-6 պատկերի տիրույթում: Արդյունքների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հիվանդները համեմատաբար քիչ են կիրառել մետաֆորիկ պատկերներ, ինչը ևս խոսում է արատրակտ մտածելու խնդիրների մասին: Իսկ հիվանդների նկարած մետաֆորիկ պատկերներում մեծամասամբ բացակայում էր հասկացության բովանդակությունը, դրանք դատարկ իմաստ էին կրում: Շատերը բացատրում էին իրենց մետաֆորիկ նկարները բարդ փիլիսոփայական գաղափարներով, բերելով գրական մեջբերումներ, բայց այդ ամենը համապատասխան չէր տրված հասկացությանը, և արտահայտում էին հիվանդի մտածողության ռեզոնյորությունը:

Հաճախականության գործոն: Տվյալ վիճակագրական գործոնը մատնանշում է ընտրության հարաբերական հաճախականությունը: Հաշվի առնելով բնական բաշխումն ըստ հաճախականության, նպատակահարմար է պատկերները դասել հետևյալ 3 աստիճանների. *ստանդարտ պատկերներ* (հանդիպում են ավելի հաճախ, քան 20-ը 100- արձանագրությունից), *ինքնատիպ պատկերներ* (հանդիպում են ավելի հազվադեպ, քան 2-ը 100 արձանագրությունից), *կրկնվող պատկերներ* (գրավում են միջանկյալ տեղ ստանդարտ և ինքնատիպ պատկերների միջև): Պատկերների հաճախականության մասին մանրամասն տեղեկությունը ներառված է օժանդակ աղյուսակներում:

Նկ.6. Պատկերների ընտրության արդյունքներն ըստ հաճախականության գործոնի խ.1-ում և խ.2-ում



Նկ.6-ում երևում է, որ ստուգիչ խմբի (խ.2) արդյունքները գրեթե հավասարաչափ են բաշխված հաճախականության հետևյալ 3 աստիճաններում՝ ստանդարտ պատկերներ (5,47 ± 1.92), կրկնվող պատկերներ (5,28 ± .00), ինքնատիպ պատկերներ (5,10 ± 2.34): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ արդյունքները տարբերվում են:

Ստանդարտ պատկերներ գրեթե նույնչափ են օգտագործել, որքան ստուգիչ խմբում (5,78 ± 3.15), սակայն հետաքրքրական է, որ ստանդարտ շեղումն է բարձր եղել: Խ.1-ում 7 հետազոտվողի մոտ (15.21%) գերակշռում էին ստանդարտ պատկերները (16 պատկերից 9-13 պատկեր), իսկ խ.2-ում ընդամենը 1 մասնակցի մոտ (2.2%): Դա բացատրում ենք նրանով, որ տվյալ հիվանդների մոտ ստեղծագործական մտածողությունն ավելի թույլ է, և գերակշռում էին մարդու կամ մարդու մարմնի մասերի ստերեոտիպ կրկնությունները: Կրկնվող պատկերները, համեմատած խ.2-ի հետ, ավելի քիչ են հանդիպել (2,60 ± 1.69), քանի որ դրանց ընտրության մեջ հիմնականում գերակշռում էին ստանդարտ կամ ինքնատիպ պատկերները: Ինքնատիպ պատկերները, համեմատած խ.2-ի հետ, ավելի շատ են հանդիպել (6,82 ± 3.91), մեծ է նաև ստանդարտ շեղումը: Խ.1-ում 13 մասնակցի մոտ (28.26%) գերակշռում էին ինքնատիպ պատկերները (16-ից՝ 9-16 պատկեր), իսկ խ.2-ում՝ 2 մասնակցի մոտ (4.3%), ընդ որում 16 պատկերից ինքնատիպ պատկերների քանակն 9-ն է: Այստեղ ինքնատիպ պատկերների մեծ քանակը կապված է ոչ այնքան հիվանդների ոչ ստանդարտ, ստեղծագործական մտածողության, որքան մտածողության անադեկվատության հետ: Այսինքն, քանի որ հիվանդների մեծամասնության մոտ (տես աղյուսակ 4.) գերակշռում են անհամապատասխան պատկերները, այսինքն կիրառել են այնպիսի պատկերներ, որոնք արտացոլում են հասկացության ոչ էական, երկրորդային կողմերը, դրանք չենք հանդիպել առողջ հետազոտվողների մոտ և նորմատիվ արձանագրություններում և համարել ենք ինքնատիպ: Այսպիսով, շիզոֆրենիայով հիվանդների 43.5% մոտ արդյունքներն ըստ հաճախականության գործոնի ծայրահեղական են. 15.21% մոտ գերակշռում են ստանդարտ պատկերները, իսկ 28.26% մոտ՝ ինքնատիպ: Մի դեպքում հիվանդներն ունեն ստեղծագործական մտածողության դժվարություններ և օգտագործում են ստերեոտիպային կրկնվող պատկերներ, մյուս դեպքում մտածողությունն ինքնատիպ է, բայց ոչ ադեկվատ:

Անձնային նշանակության գործոն: Հետազոտվողների սեփական փորձից վերցրած պատկերների գնահատումը մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում: Հենց անձնային նշանակալի պատկերներում իրականանում է մեթոդի պրոեկտիվ տարրը: Այս պատկերներում հետազոտվողներն արտացոլում են իրենց հետաքրքրությունները, ցանկությունները և մտադրությունները: Անձնային նշանակալի պատկերներում արտացոլվում են հիվանդների ակտուալ ապրումները, զառանցական մտքերը, սուիցիդալ հակումները: Անձնային նշանակալի, անձնավորված պատկերների շարքին է կարելի դասել այնպիսք, որոնց մեջ հետազոտվողը հենց իրեն, իր մարմնի մասերն է նկարել, կամ իր մասնակցությամբ դրվագներ է պատկերել, կամ նկարել է անցյալի հիշողությունների, իր հետաքրքրությունների հետ կապված պատկերներ: Ֆորմալ պատկերները զուրկ են անձնային նշանակությունից:

Վերլուծելով արդյունքները՝ կարող ենք ասել, որ ընդհանուր առմամբ գերակշռում են ֆորմալ պատկերները, իս.1-ում դրանք կազմում են $10,04 \pm 3.0$, իսկ իս.2-ում՝ $11,32 \pm 2.49$, անձնային նշանակալի պատկերները իս.1-ում՝ $5,19 \pm 2.87$, իսկ իս.2-ում՝ $4,67 \pm 2.49$ (տես աղյուսակ 4.): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ անձնային նշանակալի պատկերներն ավելի շատ են հանդիպել, քան առողջ հետազոտվողների մոտ: Իս.1-ում 6 հետազոտվողի մոտ (13%) գերակշռում են անձնավորված պատկերները (16-ից 9-13 պատկեր), իսկ իս.2-ում՝ 3 հետազոտվողի մոտ (6.52 %): Առողջ հետազոտվողների մոտ սուբյեկտիվ նշանակալի բովանդակությամբ կամ էգոցենտրիկ պատկերներն ավելի հազվադեպ են հանդիպել, ավտաբանության դեպքում անձնային պայմանավորվածությունն ավելի կտրուկ արտահայտում ունի: Օրինակ՝ հիվանդը հրաժարվում էր նկարել “համեղ ընթրիք” հասկացությունը, քանի որ ինքը չի սիրում ընթրել: Հիվանդների մոտ շատ հաճախ (37%) “հիվանդություն” հասկացության դեպքում հանդիպում էր դագաղի պատկերը, ինչն արտացոլում էր հիվանդների մահվան վախը, առողջ հետազոտվողների խմբում միայն 1 մասնակից (2.2%) էր դագաղ նկարել: Հաճախ “հույս” հասկացության համար նկարում էին դեղահաբեր ու խաչ քաշում դրանց վրա, բացատրելով, որ հույս ունեն, որ մի օր կբուժվեն և դեղորայք չեն ընդունի: Մի հետազոտվողի մոտ պատկերն արտացոլում էր իր թունավորման զառանցանքը. “կասկած” հասկացության համար նա նկարեց բաժակ և թույն

պարունակող սրվակ, բացատրելով, որ կասկածում է, որ իր սկեսուրն ուզում է իրեն թույնել: Մեկ այլ հիվանդ, ով ուներ խանդի զառանցանք, “խաբեություն” հասկացության համար նկարեց իր կնոջը և մի քանի տղամարդու, բացատրելով, որ իր կինը խաբում է իրեն և դավաճանում է այլ տղամարդկանց հետ: Սակայն, հիվանդների մոտ հանդիպում էր նաև մյուս ծայրահեղությունը, երբ անգամ հուզական նշանակություն ունեցող բառերի համար նկարում էին շատ ընդհանուր, չանձնավորված պատկերներ, հիվանդների 10.86%-ը ընդհանրապես չի տվել անձնային նշանակալի պատկերներ: Դա բացատրվում է նրանով, որ շատերը խուսափում էին բացվել հետազոտողին և ցույց տալ իրենց ներքին ապրումները:

Ամփոփելով պարանորիդ շիզոֆրենիայի կոգնիտիվ ֆունկցիաների էմպիրիկ ուսումնասիրության արդյունքները, կարող ենք ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում է բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների՝ կարճատև և երկարատև հիշողության, հիշողության վերարտադրման, մտածողության ադեկվատության ուշադրության, խոսքի ճկունության, տեսատարածական ընկալման վատթարացում:

Վերացական և կոնկրետ մտածողության ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ հիվանդների մոտ թուլացած է վերացական մտածողության կարողությունը, սակայն այն դեպքում, երբ անհրաժեշտ էր ցուցաբերել կոնկրետ մտածողություն, նրանք դժվարանում էին կոնկրետանալ, ցուցաբերելով մտածողության ռեզոնյորություն: Համաձայն ստեղծագործական մտածողության արդյունքների, հիվանդները մի դեպքում ունեն ստեղծագործական մտածողության դժվարություններ (օգտագործում են ստերեոտիպային կրկնվող պատկերներ), մյուս դեպքում մտածողությունը ինքնատիպ է, բայց ոչ ադեկվատ:

Բացահայտվել է նաև հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների վատթարացումների փոխապայմանավորվածությունը ըստ հետևյալ դրսևորումների՝ կարճատև և երկարատև հիշողության, լեզվական ճկունության և կարճատև հիշողության, լեզվական ճկունության և երկարատև հիշողության, ուշադրության և կարճատև հիշողության, հիշողության վերարտադրման դժվարությունների և մտածողության ադեկվատության:

ԳԼՈՒԽ 4.

ԻՆՔՆԱԳԻՏԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԿՈԳՆԻՏԻՎ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ՀԵՏ ՈՒՆԵՑԱԾ ԿԱՊԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՇԻՉՈՖՐԵՆԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Այս գլխում մենք կուսումնասիրենք շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության խանգարումները, շեշտը կդնենք հիվանդների սեռային նույնականության, մարմնի պատկերի ուսումնասիրության, ինչպես նաև նույնականացման բնութագրիչների, նույնականացման վալենտության, ինքնավերաբերմունքի, ռեֆլեքսիայի առանձնահատկությունների ուսումնասիրության վրա:

4.1. Ինքնանույնականացման, ինքնավերաբերմունքի և ինքնառեֆլեքսիայի առանձնահատկությունների ուսումնասիրությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ հետազոտվողների մոտ

4.1.1. Ինքնանույնականության առանձնահատկությունների ուսումնասիրումը շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ հետազոտվողների մոտ

Մեր աշխատանքում կարևոր ենք համարել ուսումնասիրել շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ինքնանույնականացման առանձնահատկությունները և համեմատել դրանք առողջ մասնակիցներից ստացված արդյունքների հետ: Ինքնանույնականությունն ուսումնասիրելու համար օգտագործել ենք Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի «Ով եմ ես» քսան պատասխանների թեստը և Վ.Ի.Յուրչենկոյի “Ինչպիսին եմ ես” քսան պատասխանների մոդիֆիկացված թեստը: “Ով եմ ես” հարցը տրամաբանորեն կապված է ինքն իր ընկալման բնութագրերի, այսինքն “ես-պատկերի” հետ: Պատասխանելով “Ով եմ ես” հարցին՝ մարդը նշում է սոցիալական դերեր և բնութագրեր, որոնց հետ նա իրեն նույնականացնում է: Նա նկարագրում է իր համար նշանակալի սոցիալական դերերը և այն հատկանիշները, որոնք, իր կարծիքով, կապված են իր անձի հետ: Ինքնանույնականության բնութագրերի վերլուծության սանդղակը ներառում է 24 ցուցանիշ, որոնք միավորվելով կազմում են նույնականության 7 ընդհանրացված ցուցանիշ: Դրանք են.

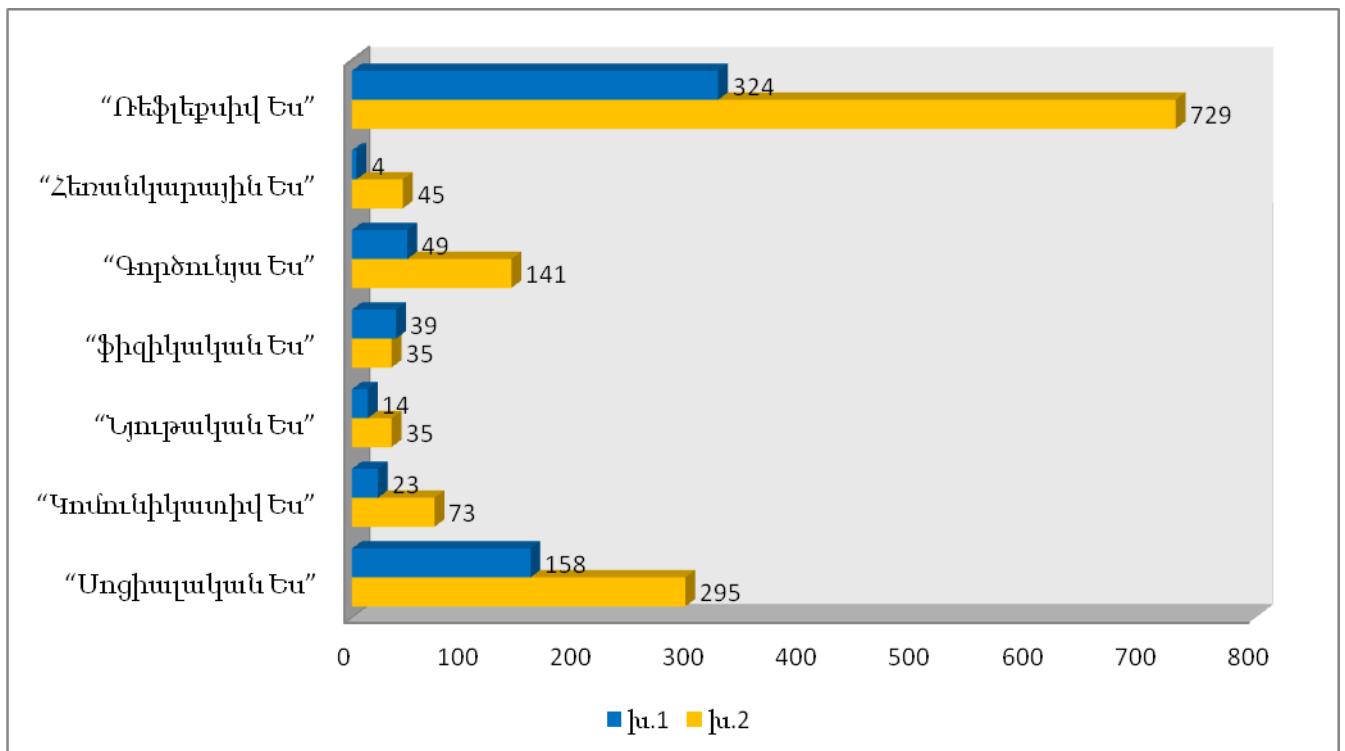
1. “Սոցիալական Ես”, այն ներառում է սեռի ուղիղ բնութագրումը, սեռային դերը, ուսումնական-մասնագիտական դերային կարգավիճակը, ընտանեկան պատկանելիությունը, էթնիկ-կրոնական նույնականությունը, աշխարհայացքային նույնականությունը, խմբակային պատկանելիությունը:
2. “Կոմունիկատիվ Ես”, ներառում է ընկերների շրջանակը, այսինքն որքանով է մարդ գիտակցում իրեն որպես ընկերական խմբի անդամ, և շփումը, մարդկանց հետ փոխհարաբերությունների գնահատումը և առանձնահատկությունները:
3. “Նյութական Ես”, որը ենթադրում է մի շարք առանձնահատկություններ՝ սեփականության նկարագրում, սեփական ապահովվածության գնահատում, նյութական արժեքների նկատմամբ վերաբերմունք, արտաքին միջավայրի նկատմամբ ունեցած վերաբերմունք:
4. “Ֆիզիկական Ես”, որը ներառում է ֆիզիկական տվյալների, արտաքինի սուբյեկտիվ նկարագրեր (օր.՝ ուժեղ, համակրելի), ֆիզիկական տվյալների, արտաքինի, հիվանդագին դրսևորումների փաստացի նկարագրեր (օր.՝ հասակ, մազերի գույն), սննդային նախասիրություններ, վնասակար սովորություններ:
5. “Գործունյա Ես”, գնահատվում է երկու ցուցանիշների օգնությամբ՝ զբաղմունք, հետաքրքրություններ, գործունեություն, փորձ և հմտությունների, կարողությունների, իմացությունների սուբյեկտիվ գնահատում:
6. “Հեռանկարային Ես”, կապված է ապագայի ծրագրերի հետ, ներառում է հետևյալ 9 ցուցանիշները՝ մասնագիտական հեռանկարներ (օր.՝ապագա բժիշկ), ընտանեկան հեռանկարներ (օր.՝ապագա մայր, շատ երեխաներ կունենամ), խմբակային հեռանկարներ (օր.՝ուզում եմ դառնալ խմբի լիդեր, մարզիկ), կոմունիկատիվ հեռանկարներ (օր.՝կապված շփման, ընկերների հետ), նյութական հեռանկարներ (օր.՝ կաշխատեմ, որ տուն գնեմ), ֆիզիկական հեռանկարներ (օր.՝ուզում եմ առողջ լինել), գործունյա հեռանկարներ (օր.՝ուզում եմ ավելի շատ կարդալ, օտար լեզվի լավ տիրապետել), անձնային հեռանկարներ (օր.՝ուզում եմ ավելի ուրախ, հանգիստ լինել), ձգտումների գնահատում (օր.՝ձգտող, շատ ցանկություններ ունեցող մարդ):
7. “Ռեֆլեքսիվ Ես” ներառում է երկու ցուցանիշ՝ անձնային նույնականություն, այսինքն անձնային որակներ, բնավորության գծեր, վարքի անհատական ոճ,

հուզական ինքնավերաբերմունք և խորքային էքզիստենցիալ նկարագրեր (օր.՝տիեզերքի մի մասն եմ, իմ էությունը, բանական էակ):

Բացի այս հիմնական ցուցանիշներից հանդիպում է նաև խնդրային նույնականություն (օր.՝ես ոչինչ եմ, ես չգիտեմ ով եմ) և իրավիճակային վիճակ, որը տվյալ պահին է վերապրում հետազոտվողը (օր.՝ես քաղցած եմ, հիասթափված եմ):

Արդյունքների վերլուծության ժամանակ յուրաքանչյուր մարդու կողմից նշած բնութագրերը դասակարգել ենք վերոնշյալ ցուցանիշների մեջ և հաշվարկել ենք դրանց քանակը: Ներկայացնենք ինքնանույնականության բնութագրերի վերլուծության սանդղակի բոլոր ցուցանիշների տվյալները հետազոտական երկու խմբերում:

Նկ.7 Ինքնանույնականության բնութագրերի վերլուծության սանդղակի ցուցանիշները խ.1 և խ.2-ում



Նկ.7-ում երևում է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդներն ի տարբերություն ստուգիչ խմբի մասնակիցների ինքնանույնականության ավելի քիչ բնութագրեր են տվել բոլոր ցուցանիշներում: “Սոցիալական եմ” ցուցանիշի բնութագրերը համարյա կրկնակի անգամ քիչ են հանդիպել շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ (խ.1՝ 158 բնութագիր, խ.2՝ 295 բնութագիր): Հիվանդների 15.2 % (7 հիվանդ) ընդհանրապես չի նշել սոցիալական որևէ դեր, այսինքն “Սոցիալական եմ” ցուցանիշի բնութագրերը բացակայում են, իսկ

ստուգիչ խմբում՝ 0%: Ինքնանույնականացման բնութագրերի մեջ սոցիալական դերերի բացակայությունը կարող է վկայել նույնականության ճգնաժամի կամ անձի ինֆանտիլության մասին: Շիզոֆրենիայով հիվանդների 50% (23 հիվանդ), առողջ մասնակիցների 23.25% (10 հետազոտվող) 1-3 սոցիալական դերի բնութագիր է տվել, ինչը համարվում է քիչ քանակ և վկայում է սոցիալական որևէ խմբին պատկանելիության թույլ գիտակցման մասին: 4-9 սոցիալական դերի բնորոշում տվել է հիվանդների 28.2% (13 հիվանդ) և առողջ մասնակիցների 58.7% (27 հետազոտվող), ինչը համարվում է նորմալ քանակ և խոսում է սեփական սոցիալական դերերի գիտակցման մասին: 10-16 սոցիալական դերի բնութագրեր տվել են հիվանդների 6.2% (3 հիվանդ), առողջ մասնակիցների 19.5% (9 հետազոտվող), ինչը նշանակում է սոցիալական բնութագրերի գերակայություն և ըստ թեստի մեկնաբանության նշանակում է սոցիալական դերերի և սոցիալական ինքնանույնականության առավել շեշտադրում, որի դեպքում ավելի թույլ են արտահայտված ինքնանույնականացման այլ բնութագրերը: Այսպիսով, կարող ենք ասել, որ հիվանդների մեծամասնության մոտ դիտվում է սոցիալական որևէ խմբին պատկանելիության թույլ գիտակցում կամ “Սոցիալական Եսի” ընդհանուր ինքնանույնականության ճգնաժամ, իսկ առողջ մասնակիցների մեծամասնությունն ունի սեփական սոցիալական դերերի նորմալ գիտակցում կամ չափից ավելի շեշտավորված սոցիալական նույնականություն:

“Կոմունիկատիվ Եսի” բնութագրերը ևս գերակշռում են ստուգիչ խմբում (խ.1՝ 23 բնութագիր, խ.2՝ 73 բնութագիր): “Կոմունիկատիվ Եսի” ցուցանիշը ցույց է տալիս, թե որքանով է մարդ գիտակցում իրեն որպես ընկերական խմբի անդամ և ինչպես է գնահատում մարդկանց հետ ունեցած իր փոխհարաբերությունները և առանձնահատկությունները: Հիվանդների 65.2 % (30 հիվանդ) և առողջ մասնակիցների 23.9% (11 հետազոտվող) ընդհանրապես չի նշել “կոմունիկատիվ Եսի” բնութագիր, ինչը կարելի է մեկնաբանել, որ մարդու որպես շփման սուբյեկտ ինքնագիտակցումը թույլ է կամ բացակայում է: Հիվանդների 34.7% (16 հիվանդ), առողջ մասնակիցների 76% (35 հետազոտվող) նշել են 1-5 փոխհարաբերություններից վերաբերող բնութագիր: “Կոմունիկատիվ Եսի” բնութագրերի գերակայություն երկու խմբում էլ չի նկատվել: Այստեղ ևս նկատում ենք, որ հիվանդների մեծամասնության

մոտ որպես շփման սուբյեկտ ինքնանույնականությունը ճգնաժամային է, ինչը, մեր կարծիքով, սերտորեն կապված է սոցիալական ինքնանույնականության ճգնաժամի հետ:

“Նյութական Եսի” բնորոշումները նույնպես գերակշռում են ստուգիչ խմբում (խ.1՝14 բնութագիր, խ.2՝35 բնութագիր): “Նյութական Եսը” ցույց է տալիս մարդու՝ իրեն շրջապատող նյութական արժեքների, սեփականության հետ նույնականացումը: Հիվանդների 82.6% (38 հիվանդ) և առողջ մասնակիցների 60.9% (28 հետազոտվող) չի նշել “Նյութական Եսի” ոչ մի բնութագիր: 1-4 բնութագիր նշել է հիվանդների 17.4% (8 հիվանդ) և առողջ մասնակիցների 39.1% (18 հետազոտվող):

Հետաքրքրական են “Ֆիզիկական Եսի” ցուցանիշի արդյունքները: Համաձայն թեստի մեկնաբանության՝ “Ֆիզիկական Եսը” ներառում է սեփական ֆիզիկական տվյալների, արտաքին տեսքի, հիվանդագին դրսևորումների, սննդի հանդեպ նախասիրությունների, վնասակար սովորությունների նկարագրում: Նկ.9-ում տեսնում ենք, որ հիվանդների մոտ ավելի շատ են հանդիպել ֆիզիկական նույնականության բնութագրերը (39 բնութագիր), քան առողջ հետազոտվողների մոտ (35 բնութագիր): Սակայն, դիտելով բնութագրերի հանդիպման հաճախականությունը հետազոտվողների մոտ, պատկերը փոխվում է: Շիզոֆրենիայով հիվանդների 65.2% (30 հիվանդ) և հոգեպես առողջ մասնակիցների 52.2% (24 հետազոտվող) ընդհանրապես չեն նշել ֆիզիկական նույնականությունը մատնանշող որևէ հատկանիշ: 1-4 բնութագիր նշել է հիվանդների 32.6% (15 հիվանդ) և առողջ մասնակիցների 47.8% (22 հետազոտվող): 1 (2.2%) շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդ նշել է 11 ֆիզիկական հատկանիշ, ինչը վկայում է չափից ավելի կենտրոնացում սեփական մարմնական դրսևորումների և արտաքին տեսքի վրա, և մեր կողմից մեկնաբանվում է որպես սեփական “Ֆիզիկական Եսի” հետ կապված մտահոգություն կամ հոգեբանական կոնֆլիկտ: Սեփական ֆիզիկական նույնականության բնորոշումն ուղղակիորեն կապված է մարդու գիտակցվող ներաշխարհի սահմանների ընդլայնման հետ, քանի որ “Եսի” և “ոչ Եսի” սահմաններն ի սկզբանե անցնում են սեփական մարմնի ֆիզիկական սահմաններով: Այսպիսով, ելնելով նրանից, որ սեփական մարմնի գիտակցումը մարդու ինքնագիտակցության համակարգի կարևոր գործոններից է, և անձնային

զարգացման գործընթացում “ես պատկերի” հարստացումը և ընդլայնումը սերտորեն կապված են հուզական վիճակների ռեֆլեքսիայի և մարմնական ընկալումների հետ [40], ապա կարող ենք ասել, որ հիվանդների մեծամասնության մոտ նկատվում է ֆիզիկական նույնականության ճգնաժամ, ինչն էլ բերում է ընդհանուր ինքնագիտակցության և “ես պատկերի” վատթարացման կամ խանգարումների:

Ըստ Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի, “Գործունյա Եսի” բնորոշումները կարևոր տեղեկություն են տալիս մարդու զբաղմունքի, հետաքրքրությունների, ինչպես նաև մարդու ունակությունների, գիտելիքների, ձեռքբերումների ինքնագնահատման մասին: Սեփական “Գործունյա Եսի” նույնականությունը կապված է սեփական անձի վրա կենտրոնացման ունակության, արարքների հավասարակշռության, սեփական տազնապի հետ աշխատելու կարողության, հուզական կայունության հետ, այսինքն համարվում է հուզա-կամային և կոմունիկատիվ ունակությունների միասնության արտացոլում: Համաձայն նկ.7-ում պատկերված արդյունքների՝ առողջ հետազոտվողների տված բնութագրերի քանակն ակնհայտորեն գերազանցում է հիվանդների տված բնութագրերի քանակը (խ.1՝ 49 բնութագիր, խ.2՝ 141 բնութագիր): Հիվանդների մեծամասնությունը 73.9 % (34 հիվանդ) և հոգեպես առողջ մասնակիցները 10.9% (5 հետազոտվող) ընդհանրապես չի նշել “գործունյա Եսի” որևէ բնութագիր: Հիվանդների 21.7% (10 հիվանդ) նշել է 1-5 բնութագիր, ինչը համարվում է նորմալ քանակ, 2.2% (1 հիվանդ) նշել է 11 բնութագիր, որը խոսում է չափից ավել կենտրոնացման և ֆիքսացիայի մասին: Առողջ հետազոտվողների մեծամասնությունը 89.1% (41 հետազոտվող) նշել է 1-8 բնութագիր, ինչը համարվում է նորմալ քանակ: Այսպիսով, կարող ենք ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մեծամասնության ինքնագիտակցումը որպես գործունյա սուբյեկտ բացականում է, և սեփական ձեռքբերումների, կարողությունների ունակությունների ինքնագնահատումը բավականին թույլ է: “Գործունյա Եսի” հետ սերտորեն կապված է “Հեռանկարային Եսը”, որը ենթադրում է ինքնանույնականություն ապագայի ծրագրերի, սեփական ձգտումների հետ: Եթե “Գործունյա Եսը” ցույց է տալիս թե մարդ ինչպես է գնահատում իր ձեռքբերումներն ու գործունեությունը ներկայում, ապա “Հեռանկարային Ես-ն” ուղղված է դեպի ապագա, և ցույց է տալիս, թե մարդ ինչպես է գնահատում իր

գործունեությունը կամ իրեն որպես գործող սուբյեկտ ապագայում: Հեռանկարային բնութագրերը վկայում են նաև սեփական անձի կատարելագործման ձգտման մասին: Նկ.9-ում երևում է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների արդյունքներն ակնհայտորեն տարբերվում են առողջ հետազոտվողների արդյունքներից (խ.1՝ 4 բնութագիր, խ.2՝ 45 բնութագիր): Հետաքրքիր է “Հեռանկարային Եսի” բնութագրերի հանդիպման հաճախականությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ, նրանց 95.7 % (44 հիվանդ) չի նշել ոչ մի բնութագիր, 4.3% (2 հիվանդ) նշել է 1 և 3 հատ բնութագիր կապված “Հեռանկարային Եսի” հետ: Ստուգիչ խմբի հետազոտվողների 50% (23 հետազոտվող) չի նշել ոչ մի բնութագիր, մնացած 50% (23 հետազոտվող) նշել են 1-4 բնութագիր: Այսպիսով, մենք տեսնում ենք, որ շիզոֆրենիայով գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ արտահայտված չէ “Հեռանկարային Եսը”, հետևաբար նաև ինքնազարգացման և ինքնակատարելագործման ձգտումը, ինչպես նաև ապագայում որպես գործունյա սուբյեկտ ինքնանույնականությունը:

Ելնելով նկ.7-ում պատկերված արդյունքներից, “Ռեֆլեքսիվ Եսը” բավականին շատ է արտահայտված երկու խմբերում էլ: “Ռեֆլեքսիվ Եսը” ներառում է անձնային նույնականություն, այսինքն անձնային որակներ, բնավորության գծեր, վարքի անհատական ոճ, հուզական ինքնավերաբերմունք և խորքային էքզիստենցիալ նկարագրեր: Փորձարական խմբում ռեֆլեքսիվ բնութագրերի քանակը կազմում է 324, իսկ ստուգիչ խմբում՝ 729: Այս արդյունքները ցույց են տալիս, որ առողջ հետազոտվողներն ավելի լավ են կարողանում սուբյեկտիվորեն գնահատել և գիտակցել սեփական հատկանիշները, որակները, նրանց մոտ ավելի շատ են հանդիպում էքզիստենցիալ նկարագրերը 52.17%-ի մոտ (24 հետազոտվող), շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ (10.86%, 5 հիվանդ): Հետաքրքրական է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների 26% (12 հիվանդ) մոտ հանդիպում են հակասական բնութագրեր, այսինքն միևնույն հատկանիշի ամբիվալենտ գնահատում, օրինակ՝ շատ բարի և չար, շփվող և չշփվող, մարդասեր և մարդատյաց և այլն: Առողջ մասնակիցների մոտ նույնպես կային ամբիվալենտ գնահատականներ, բայց ավելի քիչ՝ 6.5% (3 հետազոտվող): Դա կարելի է մեկնաբանել որպես հակասական “ես պատկեր”, որը բարդացնում է անձի ինքնանույնականության ձևավորումը:

“Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրերի միջև կորելյացիոն կապի վերլուծությունները ցույց տվեցին, որ կորելյացիոն ուժեղ կապ կա “Կոմունիկատիվ Եսի” և “Գործունյա Եսի” միջև ($r=.408$, $p<0.01$), դա նշանակում է, որքան զբաղմունքի, հետաքրքրությունների, ունակությունների, գիտելիքների, ձեռքբերումների ինքնագնահատումն ավելի բարձր է հիվանդի մոտ և ավելի լավ է զարգացած սեփական անձի վրա կենտրոնացման ունակությունը, սեփական տազնապի հետ աշխատելու կարողությունը, այնքան ավելի լավ է գիտակցում իրեն որպես ընկերական խմբի անդամ և գնահատում մարդկանց հետ ունեցած իր փոխհարաբերությունները: Ուժեղ կորելյացիոն կապ է նկատվել “Կոմունիկատիվ Եսի” և “Ռեֆլեքսիվ Եսի” միջև ($r=.521$, $p<0.01$), “Գործունյա Եսի” և “Ռեֆլեքսիվ Եսի” միջև ($r=.442$, $p<0.01$): Դա նշանակում է, որքան հիվանդի մոտ զարգացած է սեփական անձնային առանձնահատկությունների գիտակցումը, այնքան նա ավելի հեշտ է կարողանում հարաբերություններ հաստատել մարդկանց հետ և գիտակցել սեփական անձը որպես փոխահարաբերվող սուբյեկտ և այնքան ավելի բարձր է սեփական անձի ունակությունների, գիտելիքների, ձեռքբերումների ինքնագնահատումը: Նկատվում է նաև կապ “Սոցիալական Եսի” և “Ֆիզիկական Եսի” բնութագրերի միջև ($r=.372$, $p<0.05$), այսինքն սոցիալական դերերի ինքնանույնականությունը կապված է հիվանդների ֆիզիկական ինքնանույնականության հետ: Ստուգիչ խմբի հետազոտվողների մոտ նկատվեց միայն “Կոմունիկատիվ Եսի” և “Հեռանկարային Եսի” միջև կորելյացիոն կապ ($r=.379$, $p<0.01$), ինչը խոսում է նրա մասին, որ որքան մարդու մոտ զարգացած է ինքնագիտակցումը որպես շփման սուբյեկտ, այնքան ավելի բարձր է ինքնազարգացման և ինքնակատարելագործման ձգտումը, ինչպես նաև ապագայում որպես գործունյա սուբյեկտ ինքնանույնականությունը:

Կատարել ենք նաև կորելյացիոն վերլուծություն “Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրիչների և նույն թեստի սեռադերային նույնականության և սեռադերային մոդելավորման սանդղակների միջև: Աղյուսակ 5-ում ներկայացրել ենք միայն ուժեղ կորելյացիոն կապերը, ամբողջական կորելյացիոն վերլուծությունները:

Աղյուսակ 5. “Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրիչների և սեռային նույնականության գործոնների միջև կորելյացիոն վերլուծություններն ըստ Պիրսոնի խ.1-ում և խ.2-ում

Ինքնանույնականության բնութագրեր և սեռադերային նույնականության բնութագրեր	Կորելյացիոն կապ Նշանակալիություն	խ.1	խ.2
“Սոցիալական Ես” և անուղղակի սեռի բնութագրեր	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.422** .004	.607** .000
“Սոցիալական Ես” և սեռի բնութագրիչների բացակայություն	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.287 .053	-.519** .000
“Կոմունիկատիվ Ես” և սեռի ուղղակի դրական բնութագրեր	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.450** .002	.402** .006
“Հեռանկարային Ես” և սեռի ուղղակի դրական բնութագրեր	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.391** .007	.167 .288
“Ռեֆլեքսիվ Ես” և սեռի ուղղակի դրական բնութագրեր	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.369* .012	-.041 .787

** , p ≤ 0.01

* , p ≤ 0.05

Աղյուսակ 5-ում ներկայացված կորելյացիոն վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ թե հիվանդների և թե առողջ մասնակիցների “Սոցիալական Եսի” և անուղղակի սեռային բնութագրերը կապված են, հատկապես այդ կապը ուժեղ է առողջ մասնակիցների մոտ ($r=.607$, $p<0.001$): Դա նշանակում է, որքան սոցիալական ինքնանույնականությունը բարձր է, այնքան մարդ ավելի է գիտակցում իր սեռային դերը և սեռադերային վարքը: Դիտվում է նաև հակառակ կորելյացիան, որը ևս ավելի ուժեղ է առողջ մասնակիցների մոտ ($r=-.519$, $p<0.001$), որքան թույլ է սոցիալական դերերի ինքնանույնականությունը, այնքան առկա է սեռային անորոշություն: Երկու խմբերում էլ “Կոմունիկատիվ Եսի” և սեռի ուղղակի դրական բնութագրերի միջև նկատվում է կորելյացիոն կապ (խ.1՝ $r=.450$, $p<0.005$ խ.2՝ $r=.402$, $p<0.01$), ինչը նշանակում է, որ մարդու ինքնագիտակցումը որպես փոխհարաբերվող սուբյեկտ դրական է ազդում սեփական սեռի ընկալման վրա: Շիզոֆրենիայով հիվանդ հետազոտվողների խմբում նկատվում է “Հեռանկարային Եսի” և սեռի ուղղակի դրական բնութագրերի միջև կորելյացիոն կապ ($r=.391$, $p<0.01$), “Ռեֆլեքսիվ Եսի” և սեռի ուղղակի դրական բնութագրերի միջև ($r=.369$, $p<0.01$): Դա նշանակում է, որ սեռային նույնականության համար կարևոր դեր է խաղում սեփական հոգեկան դրսևորումներում որակների գիտակցումն ու ապագայում որպես գործունյա սուբյեկտ ինքնանույնականությունը, ինքնազարգացման և ինքնակատարելագործման ձգտումը: Ստուգիչ խմբում նշված բնութագրերի միջև նշանակալի կապեր չկան, ըստ երևույթին,

նրանց մոտ սեռային նույնականությունը կապված է “Ռեֆլեքսիվ Եսի” և “Հեռանկարային Եսի” հետ:

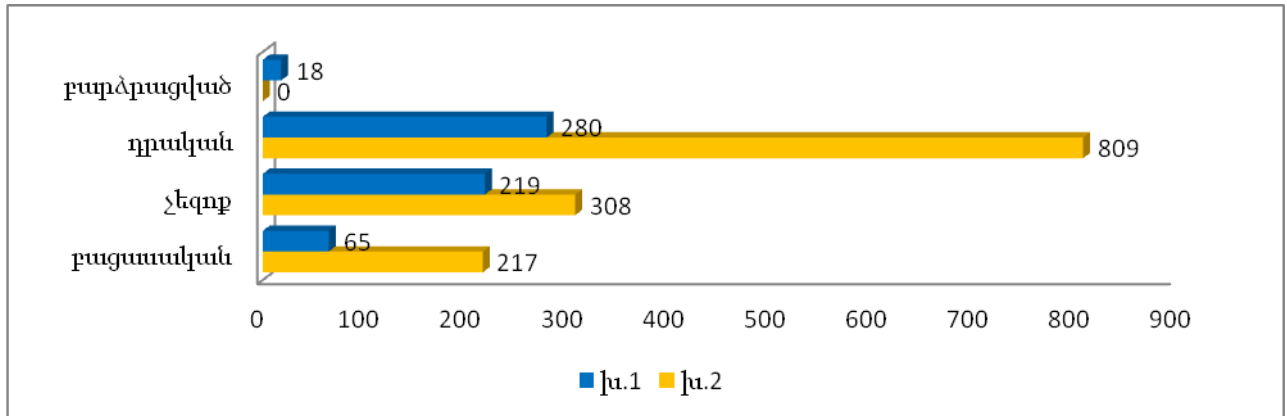
4.1.2. Ինքնավերաբերմունքի և ինքնագնահատականի էմպիրիկ ուսումնասիրությունը հետազոտական երկու խմբերում

Ինքնավերաբերմունքն ուսումնասիրելու համար մեր կողմից կիրառվել է Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի «Ով եմ ես» քսան պատասխանների թեստը և Վ.Ի.Յուրչենկոյի “Ինչպիսին եմ ես” քսան պատասխանների մոդիֆիկացված թեստը, որն առավել լավ է օգնում ուսումնասիրել հետազոտվողի ինքնավերաբերմունքի առանձնահատկությունները: Ինքնավերաբերմունքն ուսումնասիրելու համար օգտվել ենք թեստի մեջ ներառված ինքնանույնականության վալենտության սանդղակից: Այն ցույց է տալիս ինքնանույնականության բնութագրերի գերիշխող հուզական գնահատականը, այդ գնահատականն իրականացվում է մասնագետի կողմից: Ինքնանույնականության վալենտության տեսակներն են.

- բացասական, սեփական նույնականությունը նկարագրելիս գերակշռում են բացասական հատկանիշները, ավելի շատ շեշտավորվում են թերությունները, նույնականության խնդիրները, ինքնավերաբերմունքը բացասական է:
- չեզոք, դիտվում է ինքնանույնականության դրական և բացասական բնութագրերի հավասարակշռություն կամ բացակայում է ինքնանկարագրման հուզական գնահատականը (այսինքն հետազոտվողը թվում է ընդամենը սոցիալական դերերը), ինքնավերաբերմունքը չեզոք է:
- դրական, նույնականության դրական բնութագրերը գերազանցում են բացասական բնութագրերը, ինքնավերաբերմունքը դրական է:
- բարձրացված, արտահայտվում է կամ բացասականի բնութագրերի բացակայությամբ, կամ հանդիպում են գերադրական աստիճանի բնութագրեր, օրինակ՝ ես բոլորից լավն եմ, ես աստված եմ, ես աշխարհի խելացին եմ, այստեղ խոսքը գնում է չափազանցված ինքնավերաբերմունքի մասին:

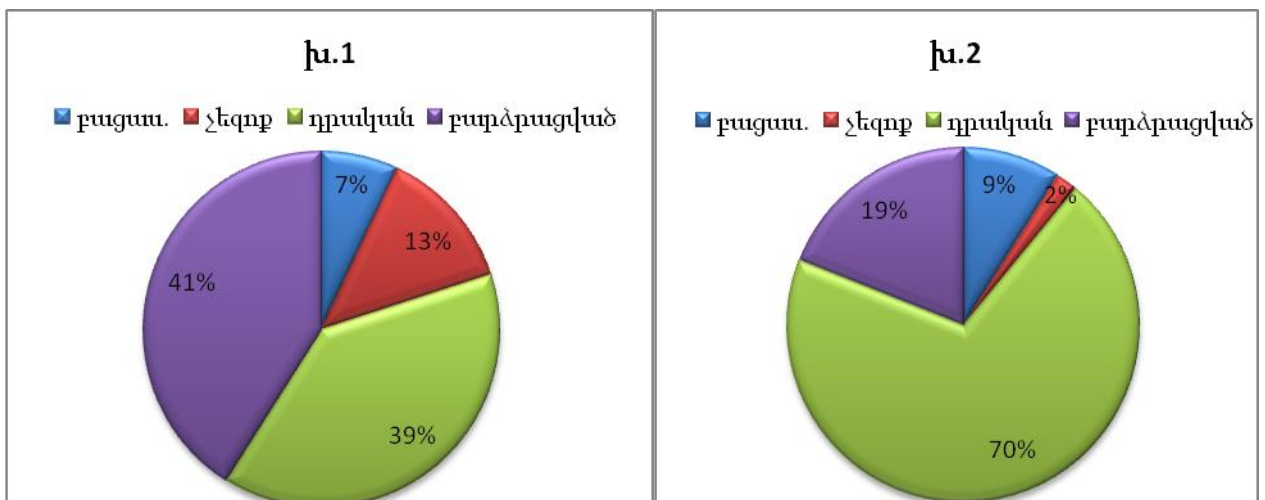
Անդրադառնանք արդյունքների վերլուծությանը և ներկայացնենք ինքնանույնականության վալենտության բնութագրերի հաճախականությունը հետազոտական երկու խմբերում (նկ.8):

Նկ.8. Ինքնանույնականության վալենտության բնութագրերի հաճախականությունը խ.1-ում և խ.2-ում



Նկ.8-ում երևում է, որ առողջ մասնակիցների հուզական գնահատականներն ավելի շատ են, քան հիվանդների մոտ, դա բացատրվում է նրանով, որ “Ռեֆլեքսիվ Եսի” բնութագրերն առողջ հետազոտվողների մոտ գերակշռում են (նկ.7), այսինքն նրանք ավելի շատ ինքնանկարագրող հատկանիշներ են նշել: Մենք տեսնում ենք, որ հուզական դրական գնահատականն առավել շատ է հանդիպում հետազոտական երկու խմբերում: Շիզոֆրենիայով հիվանդների խմբում նկատվում են բարձրացված գնահատականները, ինչը բացակայում է առողջ մասնակիցների մոտ որպես ուղղակի բնորոշում, սակայն, քանի որ բացասական բնորոշումների բացակայությունը ևս նշանակում է բարձրացված գնահատական, ապա առողջ մասնակիցների մոտ հանդիպում ենք ինքնավերաբերմունքի չափազանցված դրևորումը (նկ. 9):

Նկ.9. Ինքնանույնականության վալենտության տեսակները խ.1-ում և խ.2-ում



Ինչպես երևում է նկ.9-ում, ինքնանույնականության բացասական վալենտություն ունեն շիզոֆրենիայով հիվանդների 7% և առողջ հետազոտվողների 9%, ինչը վկայում է բացասական ինքնավերաբերմունքի մասին: Ինքնանույնականության չեզոք վալենտության տեսակը հանդիպել է շիզոֆրենիայով հիվանդների 13% և առողջ հետազոտվողների 2%-ի մոտ: Բարձրացված վալենտության տեսակն ավելի շատ հանդիպել է հիվանդների մոտ (41%), և առողջ հետազոտվողների 19%-ի մոտ, ինչը վկայում է չափազանցված, անադեկվատ ինքնավերաբերմունքի մասին: Նշված 3 տեսակները (գերակշռում են հիվանդների մեծամասնության՝ 61% մոտ, և առողջ մասնակիցների 30% մոտ) բնորոշում են ինքնանույնականության ոչ ադապտիվ վիճակը, կապված է դյուրագրգռության, անկայունության, տագնապայնության, ընկճվածության, խոցելիության, սեփական ուժերի հանդեպ անվստահության հետ: Ինքնանույնականության դրական վալենտություն ունեն հիվանդների 39% և առողջ հետազոտվողների 70%: Դրական վալենտության առկայությունը կարող է վկայել ինքնանույնականության ադապտիվ վիճակի, դրական ինքնավերաբերմունքի մասին, քանի որ կապված է նպատակներին հասնելու հաստատականության, պատասխանատվության, գործնական ուղղվածության, սոցիալական համարձակության, ակտիվության, ինքնավստահության հետ: Այսպիսով, կարող ենք ասել, որ, ի տարբերություն ստուգիչ խմբի հետազոտվողների, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ առավել հաճախ հանդիպում է բացասական, չեզոք և չափազանցված ինքնավերաբերմունքը, և դրա հետևանքով նրանց մեծամասնության մոտ դիտվում է ինքնանույնականության ոչ ադապտիվ վիճակը:

Ուսումնասիրել ենք նաև շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների ինքնագնահատականի առանձնահատկությունները և համեմատել դրանք հոգեպես առողջ մասնակիցների ինքնագնահատականի հետ (աղյուսակ 6): Ինքնագնահատականն ուսումնասիրելու համար օգտվել ենք “Ինքնանկար” պրոեկտիվ թեստից՝ ուշադրություն դարձնելով պատկերված նկարի չափսերի և տեղակայման վրա: Վերլուծության ժամանակ առանձնացրել ենք նկարի հետևյալ չափսերը՝ թղթի $\leq 1/3$, $1/2$, $2/3$, ամբողջ թուղթը զբաղեցրաց պատկեր, և նկարի տեղակայման հետևյալ ձևերը՝ թղթի կենտրոնում, թղթի վերին և ստորին հատվածում [21, 23]:

Աղյուսակ 6. Ինքնակար մեթոդիկայի նկարի ֆորմալ և կառուցվածքային վերլուծություն, ինքնագնահատականի ցուցանիշների հանդիպման հաճախականությունը

Նկարի դետալներ	Մեկնաբանություն	Խ.1	Խ.2
		հանդիպման հաճախականություն Բցրձ թվ. (%)	
Նկարի չափը			
թղթի ≤1/3	Թույլ էգո, ցածր ինքնահարգանք, թույլ էներգետիկ մակարդակ, ցածր ինքնագնահատական	21 (45.6%)	9 (19.5%)
թղթի 1/2 - 2/3	Աղեկվատ ինքնագնահատական, շեշտը դրվում է Եսի վրա	18 (39.1%)	21 (45.6%)
ամբողջ թուղթը զբաղեցրած նկար	Ագրեսիվ միտումներ, միջավայրի նկատմամբ դիմադրություն, տագնապայնություն, բարձրացված ինքնագնահատական	7 (15.2%)	16 (34.7%)
Նկարի տեղակայումը թղթի վրա			
նկարը թղթի ստորին հատվածում	Տրամադրության դեպրեսիվ ֆոն, հոռետեսական տրամադրվածություն, կախվածություն, ցածր ինքնագնահատական	4 (8,7%)	2 (4.3%)
նկարը թղթի կենտրոնում	Եսակենտրոնություն, լավ հարմարողականություն, սեփական կենսական ուղին ուղղորդելու կարողություն	20 (23.4%)	32 (69.6%)
նկարը թղթի վերին հատվածում	Բարձր ինքնագնահատական, ինքնահաստատման միտում, դժգոհություն հասարակության մեջ զբաղեցրած դիրքից, շրջապատի կողմից անբավարար վերաբերմունք	22 (47.8%)	12 (26,1%)

Ելնելով աղյուսակ 6-ում ներկայացված տվյալներից, հիվանդների 39.1%-ի մոտ է հանդիպում նկարի պատկերումը թղթի 1/2 - 2/3-ի չափով, ինչը վկայում է աղեկվատ ինքնագնահատականի մասին, այս մարդիկ շեշտավորում են սեփական եսը: Ստուգիչ խմբում աղեկվատ ինքնագնահատականն ավելի շատ է հանդիպել (Խ.1՝39.1%, Խ.2՝ 45.6%), սակայն ի տարբերություն մեր հիմնական խմբի հետազոտվողների, այստեղ ավելի շատ է հանդիպում է բարձրացված (34.7%), քան ցածր ինքնագնահատականը (19.5%): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հակառակ պատկերն է. ավելի հաճախ հանդիպել է ցածր ինքնագնահատականը, թույլ էգոն, ցածր ինքնահարգանքը (45.6%) և ավելի քիչ բարձրացված ինքնագնահատականը, ագրեսիվ միտումները (15.2%): Ելնելով թղթի վրա նկարի տեղակայման վերլուծություններից, պատկերը փոքր ինչ

փոխվում է: Շիզոֆրենիայով հիվանդների 23.4% և առողջ հետազոտվողների 69.6%-ն է նկարը պատկերել թղթի կենտրոնում, ինչը վկայում է եսակենտրոնության, լավ հարմարողականության մասին: Նկարը ստորին հատվածում են պատկերել հիվանդների 8,7% և առողջ հետազոտվողների 4.3%-ը, ինչը վկայում է տրամադրության դեպրեսիվ ֆոնի, հոռետեսական տրամադրվածության, ցածր ինքնագնահատականի մասին: Նկարը պատկերել են թղթի վերին մասում հիվանդ հետազոտվողների 47.8% և առողջ հետազոտվողների 26,1%-ը, ինչը կարելի վերլուծել որպես բարձր ինքնագնահատական, ինքնահաստատման միտում, դժգոհություն հասարակության մեջ զբաղեցրած դիրքից, շրջապատի կողմից անբավարար վերաբերմունք:

Եթե մենք համադրենք “Ինքնանկար” մեթոդիկայի նկարի չափի և տեղակայման ցուցանիշները, ապա կստանանք աղյուսակ 7-ում արտացոլված ինքնագնահատականի հետևյալ պատկերը երկու խմբերում:

Աղյուսակ 7. Ինքնագնահատականի առանձնահատկությունները խ.1-ում և խ.2-ում

Ինքնագնահատական	նկարի չափը և տեղակայումը	խ.1	խ.2
		հանդիպման հաճախականություն Բցրձ թվ. (%)	
ցածր ինքնագնահատական, դեպրեսիվ ֆոն	թղթի $\leq 1/3$ և թղթի ստորին հատված	2 (4.3%)	1 (2.2%)
ցածր ինքնագնահատական, կենտրոնացում եսի վրա	թղթի $\leq 1/3$ և թղթի կենտրոն	5 (10.9%)	2 (4.3%)
ցածր ինքնագնահատական, ինքնահաստատման միտում, դժգոհություն հասարակության մեջ զբաղեցրած դիրքից	թղթի $\leq 1/3$ և թղթի վերին հատված	14 (30.4%)	6 (13%)
Ադեկվատ ինքնագնահատական, դեպրեսիվ ֆոն	թղթի $1/2 - 2/3$ և թղթի ստորին հատված	2 (4.3%)	1 (2.2%)
Ադեկվատ ինքնագնահատական, կենտրոնացում եսի վրա, հարմարողականություն	թղթի $1/2 - 2/3$ և թղթի կենտրոն	8 (17.4%)	14 (30.4%)
Ադեկվատ ինքնագնահատական, ինքնահաստատման միտում, դժգոհություն հասարակության մեջ զբաղեցրած դիրքից	թղթի $1/2 - 2/3$ և թղթի վերին հատված	8 (17.4%)	6 (13%)
Բարձրացված ինքնագնահատական, ագրեսիվ միտումներ, միջավայրի նկարտմամբ դիմադրություն,	ամբողջ թուղթը զբաղեցրած նկար և թղթի կենտրոն	7 (15.2%)	16 (34.8%)

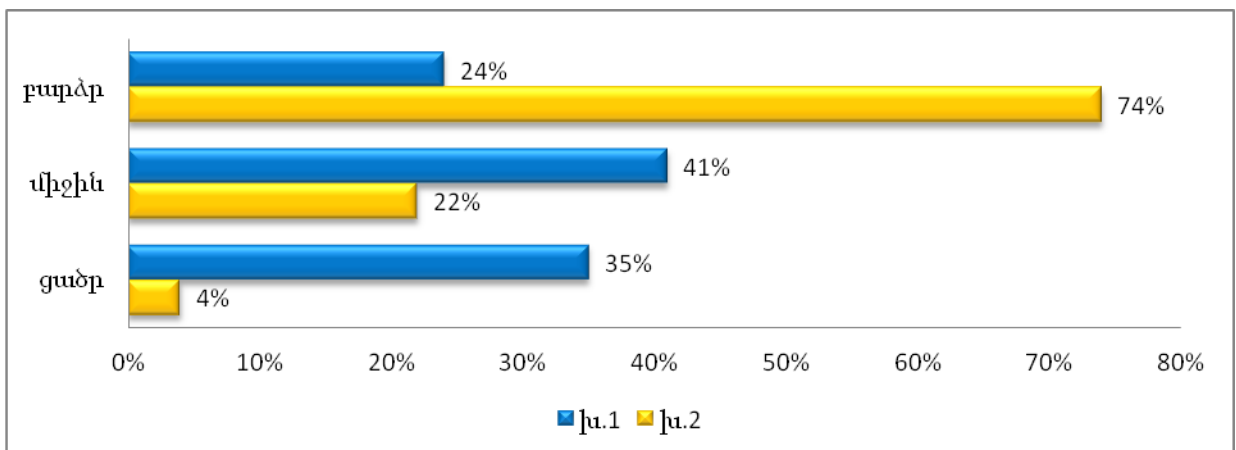
Աղյուսակ 7-ում երևում է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ավելի շատ է հանդիպել ցածր ինքնագնահատականի և ինքնահաստատման միտումի, հասարակության մեջ զբաղեցրած դիրքից դժգոհության համադրությունը (30.4%), այնինչ ստուգիչ խմբում դա հանդիպել է 13%-ի մոտ: Երկու խմբերում էլ քիչ են արտահայտվել ցածր ինքնագնահատականը և դեպրեսիվ ֆոնի համադրությունը (խ.1՝ 4.3%, խ.2՝2.2%) և աղեկվատ ինքնագնահատականը և դեպրեսիվ ֆոնի համադրությունը (խ.1՝ 4.3%, խ.2՝2.2%): Աղեկվատ ինքնագնահատական և եսի վրա կենտրոնացում, հարմարվողականություն ունեն հիվանդների 17.4% և առողջ հետազոտվողների 30.4%: Շիզոֆրենիայով հիվանդների 17.4% ունեն աղեկվատ ինքնագնահատական, որի ժամանակ առկա է ինքնահաստատման միտումը, հասարակության մեջ զբաղեցրած դիրքից դժգոհությունը, ստուգիչ խմբում 13%: Բարձրացված ինքնագնահատական և ագրեսիվ միտումներ, միջավայրի նկատմամբ դիմադրություն նկատվում է հիվանդների 15.2% մոտ և առողջ հետազոտվողների 34.8% մոտ:

Հետաքրքրական է, որ “Ով եմ ես” թեստից ինքնավերաբերմունքի վալենտության բարձրացված աստիճան ունեցող շիզոֆրենիայով հիվանդները (n=19), “Ինքնանկար” թեստից ստացված արդյունքների համաձայն, ունեն ցածր ինքնագնահատական (52,6%): Դա բացատրվում է նրանով, որ “Ով եմ ես” կամ “Ինչպիսին եմ ես” հարցերին պատասխանելիս, նրանք միտված էին ներկայացնելու սեփական անձը դրական տեսանկյունից և այդպիսով տալիս էին կամ միայն դրական կամ ուրճացված դրական նկարագրեր, բայց իրականում պրոեկտիվ մեթոդիկայի օգնությամբ, որն արտացոլում է մարդու իրական ինքնագնահատականը և ինքնավերաբերմունքն առանց հետազոտվողի գիտակցման, բացահայտվեց, որ նրանց ուրճացված դրական ինքնավերաբերմունքի հիմքում ընկած են ցածր ինքնագնահատականը և թերարժեքության զգացումը: Ստուգիչ խմբում պատկերն այլ է. ովքեր ունեն ինքնավերաբերմունքի վալենտության բարձրացված աստիճանը (n=9), 44,4% ունեն բարձրացված ինքնագնահատական և ագրեսիվ միտումներ, 22.2%-ը՝ ցածր ինքնագնահատական:

4.1.3. Ինքնառեֆլեքսիայի էմպիրիկ ուսումնասիրությունը փորձարարական և ստուգիչ խմբերում

Ինչպես արդեն նշել ենք, բացի նույնականացման ֆենոմենից և ինքնավերաբերմունքից, ինքնագիտակցության զարգացման կարևոր մեխանիզմներից է նաև ինքնառեֆլեքսիայի գործընթացը: Ինքնառեֆլեքսիայի զարգացման մակարդակն ուսումնասիրելու համար օգտվել ենք Մ.Կունի և Տ. ՄակՊարտլենդի «Ով եմ ես» քսան պատասխանների թեստի և Վ.Ի.Յուրչենկոյի «Ինչպիսին եմ ես» քսան պատասխանների մոդիֆիկացված թեստի ռեֆլեքսիայի սանդղակից: Համաձայն այս թեստի՝ ռեֆլեքսիայի բարձր զարգացման մակարդակ ունեցող մարդն ավելի շատ պատասխաններ է տալիս «ով եմ ես» և «ինչպիսին եմ ես» հարցերին, ավելի հեշտ և արագ է գտնում իր անձնային առանձնահատկություններին վերաբերող պատասխաններ: Իսկ այլ մարդիկ, որոնք հազվադեպ են մտածում սեփական անձի կամ կյանքի մասին, կամ ունեն ինքնագիտակցության խանգարումներ, դժվարանում են պատասխանել այդ հարցերին, դա վկայում է ռեֆլեքսիայի ցածր մակարդակի մասին: Այս թեստն առանձնացնում է ռեֆլեքսիայի 3 աստիճան՝ ցածր, միջին և բարձր: Ցածր ռեֆլեքսիայի մասին է խոսում այն, երբ մարդը 12 թույլագրված կարողանում է 1-3 պատասխան տալ ու չի կարողանում ուրիշ պատասխաններ գտնել: Ռեֆլեքսիայի միջին մակարդակի մասին կարելի է խոսել, եթե հետազոտվողը կարողանում է գրել 4-14 բնութագրեր: Ռեֆլեքսիայի բավականին բարձր մակարդակի մասին է խոսում 15 և ավել բնութագրերի առկայությունը:

Նկ. 10. Ինքնառեֆլեքսիայի զարգացման մակարդակը խ.1-ում և խ.2-ում:



Նկ.10-ում տեսնում ենք, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ռեֆլեքսիայի զարգացման մակարդակը բավականին ցածր է, ի տարբերություն ստուգիչ խմբի հետազոտվողների: Ռեֆլեքսիայի ցածր մակարդակ ունեն 16 հետազոտվող (35%), միջին մակարդակ՝ 19 հետազոտվող (41%), և բարձր մակարդակ՝ 11 հետազոտվող (24%): Ստուգիչ խմբի 34 հետազոտվողների մոտ (74%) դիտվում է ռեֆլեքսիայի զարգացման բավականին բարձր մակարդակ, և ընդամենը 2 հետազոտվողի մոտ (4%) է դիտվում ռեֆլեքսիայի ցածր մակարդակ: Շիզոֆրենիայով հիվանդ հետազոտվողները շատ դանդաղ էին պատասխանում հարցերին, բազմաթիվ հարցեր էին տալիս հանձնարարության հետ կապված, շատերը հազիվ 1,2 բնութագիր էին գրում, ու հաճախ բնութագրերը կրկնվում էին: Այսպիսով, մենք կարող ենք ասել, որ շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների ներքին աշխարհի ինքնադիտումը, ինքնաճանաչումը բավականին թույլ են կամ խաթարված, նրանք դժվարանում են ճանաչել սեփական անձնային, վարքային առանձնահատկությունները, գնահատել դրանք:

4.2. Սեռադերային վարքի և սեռային նույնականության ուսումնասիրումը նորմայում և շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ

Մեր կողմից անցկացված հետազոտության մեջ սեռադերային տիպավորման (վարքի) առանձնահատկություններն ուսումնասիրելու համար օգտվել ենք Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի «Ով եմ ես» քսան պատասխանների թեստից, և Ռ.Բերնսի կողմից ադապտացված “Ինքնանկար” պրոյեկտիվ թեստի միջոցով հնարավորություն ենք ունեցել պարզելու հիվանդների սեռային նույնականության և սեփական սեռի ընկալման առանձնահատկությունները:

Ներկայացնենք շիզոֆրենիայով հիվանդների (խ.1) և հոգեպես առողջ հետազոտվողների (խ.2) սեռային նույնականության ուսումնասիրության արդյունքները աղյուսակ 8-ում, որոնք ստացել ենք “Ինքնանկար” մեթոդիկայի օգնությամբ: Արդյունքների վերլուծության ժամանակ հիմնվել ենք Կ.Մահովերի և Ա.Վենգերի պրոյեկտիվ մեթոդիկայի մեկնաբանությունների վրա, կիրառել ենք կառուցվածքային ֆորմալ վերլուծություն, քանի որ շիզոֆրենիայով հիվանդների նկարները տարբերվում էին աղքատ բովանդակությամբ: Պարզելու համար սեռային նույնականությունը ձևավորված է թե անորոշ, հաշվի ենք առել հետևյալ չափանիշները.

- նկարում մարդու կազմվածքի համապատասխանությունը սեռին,
- պատկերված հագուստի և արքեսուարների համապատասխանությունը սեռին,
- սանրվածքի համապատասխանությունը սեռին,
- առաջնային սեռային նշանների առկայություն (կրծքեր, սեռական օրգաններ):

Այս չափանիշներից 1-2-ի առկայության դեպքում կարելի է համարել, որ մարդու մոտ ձևավորված է սեռային նույնականությունը, եթե մարդու մոտ բացակայում են նշված բոլոր չափանիշներն, ապա այստեղ խոսքը գնում է սեռային նույնականության անորոշության մասին:

Աղյուսակ 8. “Ինքնանկար” մեթոդիկայից ստացված սեռային նույնականության արդյունքները խ.1-ում և խ.2-ում

	խ.1. հետազոտվողների քանակը (Բցձ. թվ.)	%	խ.2. հետազոտվողների քանակը (Բցձ. թվ.)	%
Սեռային նույնականության անորոշություն	32	69.6	3	6.5
Ձևավորված սեռային նույնականություն	14	30.4	43	93.5

Ինչպես երևում է աղյուսակ 8-ում, ստացված արդյունքները բավականին տարբերվում են հիվանդ և առողջ հետազոտվողների մոտ: Շիզոֆրենիա ունեցող 32 հիվանդների մոտ (69.6%) դիտվում է սեռային նույնականության անորոշություն, այնինչ առողջ մասնակիցների մոտ սեռային անորոշությունը հանդիպել է 3 հետազոտվողի մոտ (6.5%): Ելնելով Կ.Մահովերի և Ա.Վենգերի պրոյեկտիվ մեթոդիկայի մեկնաբանություններից, սեռային անորոշության մասին են վկայում մարդու այնպիսի նկարները, որոնց մեջ չկա սեռը բնութագրող որևէ հատկանիշ: Հիվանդների մեծամասնության նկարներում բացակայում էին սեռին համապատասխան կազմվածքը, սանրվածքը, արքեսուարները և սեռային նշանները, այսինքն նայելով նրա ինքնանկարին հնարավոր չէ հասկանալ, ինչ սեռի մարդ է պատկերված: Խ.2-ում 43 հետազոտվողի մոտ (93.5%) առկա էին 2-ից ավել սեռին վերաբերող չափանիշներ:

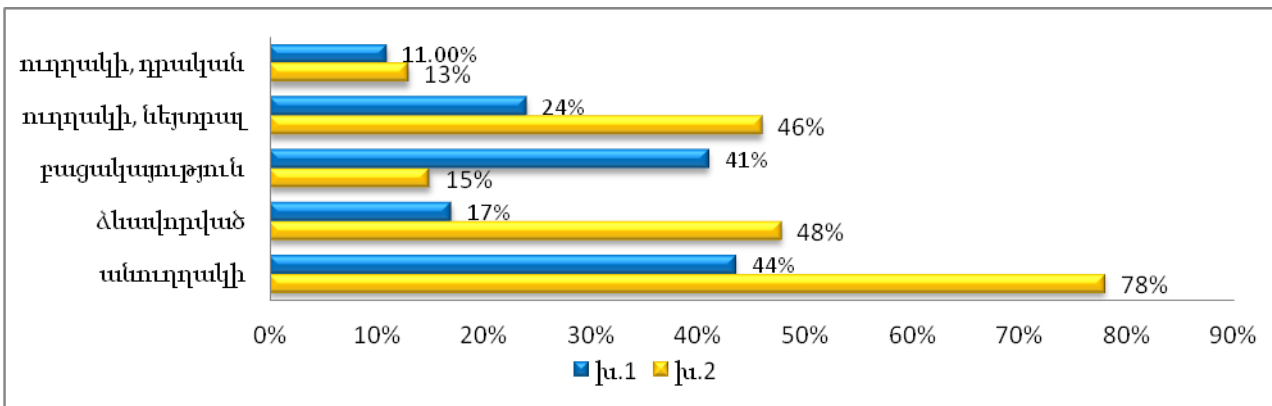
Սեռային նույնականության մասին էին վկայում նաև այնպիսի գենդերային խորհրդանիշները, ինչպիսիք են կանանց մոտ երկար մազերը, մազակալները, երկար թարթիչները, երկար կամ կարճ զգեստը, կիսաշրջազգեստը, կրծքերը, կանացի կազմվածքը՝ նեղ իրան, լայն կոնքեր, բարձրակրունկ կոշիկները, աքսեսուարները՝ վզնոց, մատանի, պայուսակ; տղամարդկանց մոտ կարճ մազերը, մորուքը, առնական կազմվածքը՝ լայն թիկունք, մկանուտ ձեռքեր, նեղ կոնքեր, տաբատը, գոտին, ագրեսիվ որոշակի ատրիբուտները՝ ատրճանակ, ծխախոտ, դաջվածք: Նման խորհրդանիշներ և սեռային նույնականության վերաբերող չափանիշները հանդիպել են խ.1-ում 14 հետազոտվողի մոտ (30.4%), խ.2-ում՝ 43 հետազոտվողի մոտ (93.5%): Կային այնպիսի հիվանդներ, որ նկարել էին ինքնանկարը ռոբոտի ձևով (4.3 %), հակառակ սեռին համապատասխան նշաններով (6.5%), ինչպես նաև երկու սեռին բնորոշ առաջնային սեռային նշաններով, այսինքն նկարել էին և առնանդամ, և կանացի կրծքեր (6.5 %), ինչը նույնպես վկայում է սեռային նույնականության անորոշության մասին:

Համաձայն Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի «Ով եմ ես» քսան պատասխանների թեստի մեկնաբանության՝ սեռադերային նույնականությունը (տիպավորումը) Ես-կոնցեպցիայի մի մասն է, որի ժամանակ անձը գիտակցում է իր պատկանելիությունը տղամարդու կամ կնոջ սոցիալական դերին: Սեռադերային նույնականության առանձնահատկությունները դրսևորվում են նրանում, թե մարդ ինչպես է բնորոշում իր սեռադերային նույնականությունը և նույնականացման դրսևորումների ցուցակում որ տեղում է գտնվում իր սեռադերային նույնականության այդ բնորոշումը: Սեռադերային նույնականության բնորոշումները վերլուծելու համար, այն, ըստ Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի, անհրաժեշտ է դասակարգել հետևյալ կերպ.

- սեռի ուղղակի բնորոշում, որն իր մեջ ներառում է չեզոք, օտարացած, հուզական դրական, հուզական բացասական բնորոշումները,
- սեռի անուղղակի բնորոշում,
- սեռի բնորոշման բացակայություն:

Ներկայացնենք շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ հետազոտվողների սեռադերային նույնականության առանձնահատկություններն ըստ վերոնշյալ դասակարգման (նկ.11):

Նկ. 11. “Ով եմ ես” թեստից ստացված սեռադերային նույնականության արդյունքների վերլուծությունը խ.1 և խ.2-ում



Ուղղակի բնորոշումների (խ.1՝35%, խ.2՝59%) առկայության դեպքում կարևորվում է հոգեհարաբերակ ոլորտը, համարվելով ինքնագիտակցության ներքուստ ընդունելի և կարևոր մի մաս, իր մեջ ներառվում են նեյտրալ (խ.1՝ 24%, խ.2՝ 46%), օտարացած (դիստանտային) (խ.1 և խ.2՝ 0%), դրական հուզական(խ.1՝11%, խ.2՝ 13%), բացասական հուզական (խ.1 և խ.2՝ 0%) բնորոշումները: Անուղղակի բնորոշումների (խ.1՝44%, խ.2՝78%) գերակայության ժամանակ առկա է որոշակի սեռադերային վարքի յուրահատկությունների, առանձնահատկությունների իմացություն, բնորոշումները հիմնականում արտահայտվում են սոցիալական դերերի միջոցով (օրինակ՝ մայր, որդի, ընկեր, ուսուցչուհի և այլն): Համաձայն «Ով եմ ես» թեստի՝ բնորոշումների բացակայությունը (խ.1՝41%, խ.2՝15%) վկայում է սեռի ամբողջական պատկերացման բացակայության մասին կամ չձևավորված սեռային նույնականության, ընդհանուր նույնականության ճգնաժամի մասին: Համաձայն արդյունքների՝ հիվանդների 17%-ի և առողջ հետազոտվողների 48%-ի մոտ է առկա ձևավորված սեռային նույնականություն, այսինքն նրանք տվել են սեռի հետ կապված ուղղակի (դրական, չեզոք) և անուղղակի բնորոշումներ:

Ուսումնասիրել ենք նաև սեռային նույնականության և ընտանեկան կարգավիճակի միջև կապը: Հետաքրքրություն են ներկայացնում շիզոֆրենիայով հիվանդների ամուսնացած (նաև ամուսնալուծված) և ամուրի հետազոտվողներից ստացված արդյունքները: Համաձայն “Ինքնանկար” մեթոդիկայից ստացված տվյալների՝ ամուսնացած (նաև ամուսնալուծված) հետազոտվողների (n=20) 40%-ն է ընկալում սեփական սեռային նույնականության առանձնահատկությունները, սակայն

նրանց մոտ դիտվում են սեռական ոլորտի և սեռային նույնականության կոնֆլիկտներ, հուզական լարվածություն և այդ թեմատիկայի խուսափում: Ամուսնացած հետազոտվողների մնացած 60%-ը չունի ձևավորված սեռային պատկանելիության գիտակցում: Իսկ ամուրիների (n=26) միայն 23%-ի մոտ է ձևավորված սեռային նույնականացումը, նրանց մոտ ևս առկա են սեռային նույնականության հետ կապված կոնֆլիկտներ և հուզական լարվածություն, մնացած 77%-ի մոտ առկա է անորոշ կամ չձևավորված սեռային նույնականություն: Համաձայն «Ով եմ ես» թեստի արդյունքների՝ հիվանդների խմբում, ովքեր տվել են սեռի հետ կապված ուղղակի (դրական, չեզոք) և անուղղակի բնորոշումներ, այսինքն ունեն ձևավորված սեռային նույնականություն, 71,4%-ը ամուսնացած (կամ ամուսնալուծված) է, իսկ 28,5%-ն ամուրի: Այն հիվանդների, ովքեր չէին տվել սեռին վերաբերող բնորոշում, այսինքն նկատվում է սեռային նույնականության անորոշություն, 9.5%-ն է ամուսնացած, իսկ 90,4%-ը՝ ամուրի: Այսպիսով կարելի է ենթադրել, որ այն հիվանդների մոտ, որոնք ամուսնացած են, ունեն երեխաներ, առավել շատ է ձևավորված սեռադերային նույնականությունը, քանի որ իրենց սեռին համապատասխան դերեր են ստանձնել, ինչպես նաև սեռական հարաբերությունները թույլ են տալիս «ստուգել» սեփական կանացիությունը կամ առնականությունը: Սակայն շիզոֆրենիայով հիվանդների սեռային պատկանելիության գիտակցումը և ամբողջական ընկալումը խախտված է թե ամուսնացած և թե ամուրի հիվանդների մեծամասնության մոտ: Այն հիվանդները, ում մոտ ձևավորված են սեռադերային վարքը և սեռային նույնականությունը, հաճախ ունենում են նշված ոլորտի կոնֆլիկտներ, հուզական լարվածություն, փախուստ իրենց սեռի հետ կապված թեմաներից:

4.3. Շիզոֆրենիայով հիվանդների և առողջ հետազոտվողների մարմնի պատկերի էմպիրիկ ուսումնասիրությունը

Նույնականացման կարևոր բաղադրիչներից է նաև սեփական մարմնի ընկալումը, այսինքն մարմնի պատկերը: **Մարմնի պատկերի (ՄՊ)** առանձնահատկություններն ուսումնասիրելու համար կիրառել ենք “Ինքնանկար” պրոյեկտիվ թեստը: Արդյունքների վերլուծության ժամանակ հիմնվել ենք Կ.Մահովերի

և Ա.Վենգերի պրոյեկտիվ մեթոդիկայի վերլուծությունների վրա: Կատարել ենք պատկերի կառուցվածքային ֆորմալ վերլուծություն: Մարմնի պատկերի ուսումնասիրության համար ընտրել ենք այս մեթոդը, քանի որ, ըստ Կ.Մահովերի, մարդու կողմից պատկերվող մարդկային մարմինը համադրվում է տվյալ մարդուն բնորոշ հակումների, տազնապանների, ներքին կոնֆլիկտների հետ: Նկարված պատկերը, ինչ-որ իմաստով, հենց նույն մարդն է, անկախ նրանից թե որքանով է նա դա գիտակցում: Մարդու պատկեր նկարելու գործընթացը ոչ այնքան գրաֆիկական հմտության խնդիրն է, որքան սեփական անձի պրոեկցիայի, իր բոլոր մարմնական իմաստներով, որոնք արդիականանում են իր մարմնի պատկերի մեջ: Նկարի մեջ հետազոտվողը գրաֆիկորեն արտահայտում է մարմնի պատկերի հետ ցանկացած կոնֆլիկտ: Մարմնի պատկերը հաճախ փոփոխությունների է ենթարկվում հոգեկան և ֆիզիկական հիվանդությունների ժամանակ [49]: Քանի որ հիվանդների մոտ նկարների բովանդակությունն աղքատ է, կենտրոնացել ենք վերլուծության կառուցվածքային և ֆորմալ կողմերի վրա: Մարմնի պատկերի առանձնահատկությունների ուսումնասիրության համար ուշադրություն ենք դարձրել պատկերի հետևյալ դետալների վրա՝ սիմետրիկության, միջին գծի, մարմնի ձևի և համամասնության, ուրվագծի, նկարի ուղղահայաց դիրքի, սայթաքումների, նկարի համապատասխանությանը տարիքին, պատկերի ավարտության և թեմատիկայի: Ընդ որում, միջին գծի ընդգծումը, ուրվագծի խախտումը և նկարի անավարտությունը կապված են մարմնի պատկերի հոգեբանական կոնֆլիկտների հետ, իսկ սիմետրիկության, մարմնի ձևի և համամասնության, նկարի ուղղահայաց դիրքի խախտումները, սայթաքումները, նկարի անհամապատասխանությունը տարիքին, սխեմատիկ նկարը (նկարի թեմատիկայի բացակայությունը) վկայում են մարմնի պատկերի խանգարումների մասին: Արդյունքների հաշվարկման նպատակով, նշված դետալների յուրաքանչյուր խախտման դեպքում նշանակել ենք 1 միավոր: Ելնելով միավորներից՝ պայմանականորեն առանձնացրել ենք երեք հետևյալ կատեգորիաները՝ ՄՊ խանգարում, ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտ և նորմալ ՄՊ, ելնելով միավորների բաշխման հետևյալ սկզբունքից.

- Նորմալ ՄՊ, եթե հետազոտվողը հավաքել է 1 միավոր ՄՊ խախտումների մասին վկայող դետալներից՝ պատկերի սիմետրիկության, մարմնի ձևի և համամասնության, նկարի ուղղահայաց դիրքի խախտումներից,

սայթաքումներից, նկարի տարիքային անհամապատասխանությունից, սխեմատիկ նկարից

- ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտ, եթե հետազոտվողը հավաքել է 1-3 միավոր մարմնի պատկերի հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտների մասին վկայող դետալներից՝ միջին գծի ընդգծումից, ուրվագծի խախտումից և նկարի անավարտությունից; 1-2 միավոր ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների մասին վկայող դետալներից + 1 միավոր ՄՊ խանգարումների մասին վկայող դետալներից,
- ՄՊ խանգարում, եթե հետազոտվողը հավաքել է ≥ 3 միավոր ՄՊ խանգարումների մասին վկայող դետալներից; 2 միավոր մարմնի պատկերի խանգարման մասին վկայող դետալից + 1 միավոր ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտի մասին վկայող դետալից:

“Ինքնանկար” մեթոդիկայից ստացված արդյունքների համաձայն՝ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ մարմնի պատկերի աղավաղումներ նկատվեց 46 հիվանդից 38-ի մոտ (82.7%), մնացած 17.2%-ն ունեին ադեկվատ մարմնի պատկեր, սակայն բոլորի մոտ առկա էին մարմնի ընկալման և ընդունման հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտներ: Ստուգիչ խմբում մարմնի պատկերի աղավաղումներ հանդիպել է 9 մասնակցի մոտ (19.56%), մնացած 37 մասնակիցներն (80.43%) ունեին ադեկվատ մարմնի պատկեր, նրանցից 29 մասնակցի մոտ (78.37%) առկա էին մարմնի ընկալման հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտներ, իսկ մնացած 8 մասնակիցներ ունեին նորմալ մարմնի պատկեր առանց մարմնի ընկալման և ընդունման հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտների: Ներկայացնենք մարմնի պատկերի հաճախ հանդիպող աղավաղումների ցուցանիշները, դրանց մասին վկայող դետալների հանդիպման հաճախականությունը և դրանց վերլուծությունը (աղյուսակ 9):

Աղյուսակ 9. Ինքնանկար մեթոդիկայի արդյունքների կառուցվածքային և ֆորմալ կողմերի վերլուծություն և մարմնի պատկերի հաճախ հանդիպող աղավաղումների ցուցանիշները

Դետալներ	Մեկնաբանություն	խ.1	խ.2
		Հաճախական. Բցրձ.թվ (%)	
սիմետրիկության արտահայտված խախտումներ	ընդհանուր ֆիզիկական անադեկվատություն, չկոորդինացվածության զգացում	23 (50%)	7 (15.2%)
միջին գծի չափից ավելի ընդգծում	մտահոգություն մարմնական խնդիրներով, մարմնի անլիարժեքության զգացում	20 (43.5%)	23 (50%)

Աղյուսակ 9-ի շարունակություն

ուրվագծի խախտումներ (ուժեղ ընդգծված, ոչ հստակ, լրոզված գիծ, ուրվագծի ճեղքեր)	մարմնական և հոգեկան չպաշտպանվածության զգացում, անձնական և մարմնական սահմանների կարևորություն, լարվածություն, մարմնի հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտներ	18 (39.1%)	15 (32.6%)
մարդու մարմնի ձևի և համամասնության կոպիտ խախտումներ, քառոտիկ գծեր, անորոշ պատկեր	մարմնի պատկերի խանգարումներ, հոգեկան շեղումներ	38 (82.6%)	9 (19.6%)
նկարի շեղումը ուղղահայաց դիրքից, սայթաքումներ (գծերը չեն հասնում ճիշտ կետին), ամբողջական պատկերի խախտում (ուրվագիծը չի փակվում)	հոգեկան զարգացման հապաղում, ուղեղի օրգանական ախտահարումներ, ինչի հետևանքով խախտվում է տարածական և սեփական մարմնի ադեկվատ ընկալումը	16 (34.8%)	8 (17.4%)
նկարի անհամապատասխանությունը տարիքին, այսինքն չի համապատասխանում տարիքային նորմերի ցուցանիշներին	կոգնիտիվ խախտումներ, հանդիպում են մտավոր հետամնացության, զարգացման հապաղումների, ուղեղի օրգանական ախտահարումների, հոգեկան շեղումների ժամանակ	27 (58.7%)	9 (19.6%)
անավարտ նկար (այսինքն դիմանկար, առանց մարմնի)	մարմնի հատվածների բացթողումը կամ յուրահատուկ ձևով ընդգծումը վկայում է հոգեբանական կոնֆլիկտի մասին կապված այդ հատվածների հետ, տվյալ դեպքում խոսքը գնում է ամբողջ մարմնի մասին	19 (41.3%)	14 (30.4%)
նկարի թեման նշված չէ, ամորֆ և սխեմատիկ պատկեր է	մարմնական խնդիրներից խուսափում, ոչ հասունություն, մարմնի պատկերի ամբողջականության զգացման կորուստ	32 (69.6%)	3 (6.5%)

Ինչպես երևում է աղյուսակ 9-ում, հիվանդների 50% ունեն արտահայտված սիմետրիկության խախտումներ, ստուգիչ խմբում դրանք հանդիպել են 15.2%-ի մոտ: Ասիմետրիան հաճախ արտահայտվում է, երբ նկարի մեջ մարմնի մի կեսը տարբերվում է մյուսից, օրինակ՝ մի ձեռքը կամ ոտքը ավելի երկար է, հաստ է մյուս ձեռքից կամ ոտքից: Սիմետրիկության արտահայտված խախտումները վկայում են ընդհանուր

Ֆիզիկական անադեկվատության, չկորոդինացվածության զգացման, անճկունության մասին: Միջին գծի ընդգծման խնդիրը երբեմն վերաբերում է սիմետրիկության ասպեկտին, սակայն այլ դեր է խաղում: Միջին գիծն ի սկզբանե համարվում է մարմնի առանցքը, ինչպես և Ռոռշախի թեստի մեջ արտացոլում է մարմնի ընկալման հետ կապված անգիտակցական խնդիրները: Միջին գիծը կարող է պատկերվել կոճակների, փողկապի, քթի կամ միջին գծում ցանկացած դետալի չափից շատ ընդամամբ: Երկու խմբում էլ բավականին շատ է հանդիպել միջին գծի չափից ավելի ընդգծում. խ.1-ում՝ 43.5%, խ.2-ում՝ 50%: Միջին գծի ընդգծումը խոսում է ոչ այնքան մարմնի պատկերի խանգարումների, որքան մարմնական խնդիրների, մտահոգության, անհանգստության, մարմնական անկատարության զգացման մասին, ինչն իր հերթին վկայում է մարմնի հետ կապված հոգեբանական ներքին կոնֆլիկտների մասին: Մարմնի հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտների մասին են վկայում նաև մարդու պատկերի ուրվագծի խախտումները, դրանք են չափից ավել ընդգծումը, բազմաթիվ շտրիխներով գիծը, ոչ հստակ լրոգած ուրվագիծը, ուրվագծի ճեղքերը, անհամաչափ ընդգծումը (որոշ հատվածներ՝ մգեցված, որոշ հատվածներ՝ շատ թույլ գծած): Երկու խմբերում գրեթե հավասարաչափ են հանդիպել ուրվագծի խախտումները՝ խ.1-ում՝ 39.1%, խ.2-ում՝ 32.6%: Ուրվագծի խախտումները կարելի է վերլուծել որպես մարմնական և հոգեկան չպաշտպանվածության զգացում, անձնական և մարմնական սահմանների կարևորություն, լարվածություն, մարմնի հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտներ: Մարմնի հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտներն են մատնանշում նաև անավարտ նկարը (այսինքն դիմանկար, առանց մարմնի): Կրկին այստեղ մենք տեսնում ենք, որ երկու խմբում գրեթե հավասար են հանդիպել անավարտ նկարները, խ.1-ում՝ 41.3%, խ.2-ում՝ 30.4%: Երբ հետազոտվողը որոշ մարմնի հատվածներ բաց է թողնում կամ յուրահատուկ ձևով ընդգծում, դա սովորաբար վկայում է հոգեբանական կոնֆլիկտի մասին կապված այդ հատվածների հետ, տվյալ դեպքում խոսքը գնում է ամբողջ մարմնի մասին:

Մարմնի պատկերի կոպիտ խանգարումների մասին են խոսում մարդու մարմնի ձևի և համամասնության կոպիտ խախտումները, քառոտիկ գծերը, անորոշ լրոգած պատկերը: Համամասնության կոպիտ խախտումներ նկատվել են հիվանդների մեծամասնության մոտ (82.6%), ստուգիչ խմբում համեմատաբար քիչ են հանդիպել

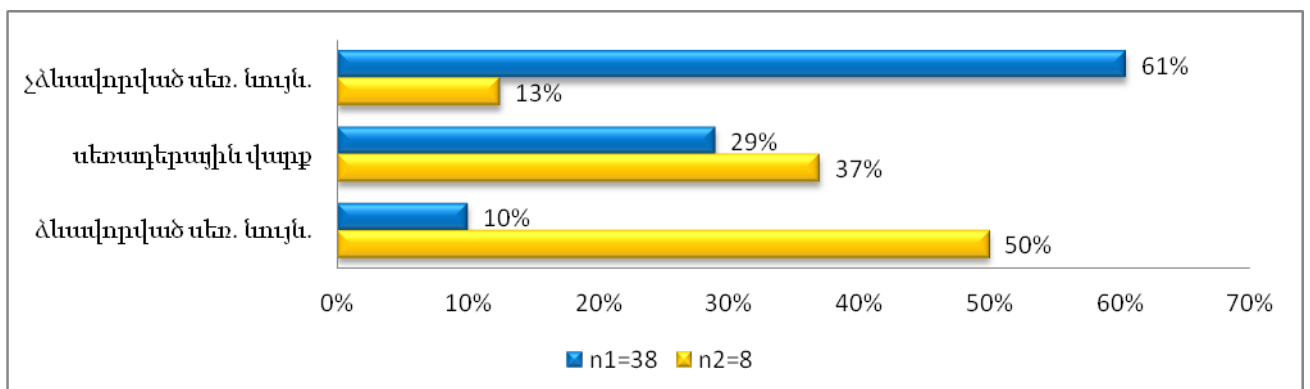
(19.6%): Ինչպես նշվում է գրականության մեջ և ինչպես ցույց են տալիս կլինիկական հետազոտությունները, ձևի և համասնության կոպիտ խախտումները բնորոշ են հոգեկան խանգարում ունեցող մարդկանց, և ունեն կարևոր հոգեախտորոշիչ նշանակություն: Մարմնի պատկերի խանգարումների առկայությունը կարող են մատնանշել նաև նկարի շեղումը ուղղահայաց դիրքից, սայթաքումները (գծերը չեն հասնում ճիշտ կետին), ամբողջական պատկերի խախտումը (ուրվագիծը չի փակվում): Այստեղ երևում է, որ հիվանդների մոտ այս դետալի խախտումը հիվանդների մոտ առավել հաճախ է հանդիպում (34.8%), քան ստուգիչ խմբի մասնակիցների մոտ (17.4%): Բացի նրանից, որ սայթաքումները և ուղղահայաց դիրքի շեղումները խոսում են հոգեկան զարգացման հապաղման կամ օրգանական խանգարումների մասին, այն արտահայտում է նաև մարմնի անադեկվատ ընկալումը: Քանի որ “Ինքնանկար” մեթոդիկան հիմնված է հոգեկան դրսևորումների, մասնավորապես այս դեպքում մարմնի պատկերի պրոեկցիայի վրա, ապա սուբյեկտի ժամանակագրական տարիքն էական մեկնաբանության չի ենթարկվում: Սակայն արդյունքների վերլուծության ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել տարիքային խմբին, քանի որ փոքր տարիքային խմբերում տարբեր նորմատիվներ են հաստատված: Երբ նկարը չի համապատասխանում տարիքային նորմայի ցուցանիշներին, օրինակ՝ մեծահասակը նկարում է շրջանկար (голубоног) որպես ինքնանկար կամ բաց թողնում կարևոր մարմնի հատվածները (օրինակ՝ նկարում է դեմք, բայց մոռանում է նկարել քիթ կամ շուրթեր), ապա խոսքը գնում է ոչ միայն զարգացման հապաղման, կոգնիտիվ խանգարումների, մտավոր հետամնացության, այլև մարմնի պատկերի անադեկվատության կամ կոպիտ խանգարումների մասին: Հիվանդների 58.7%-ի մոտ է հանդիպել պատկերի անհամապատասխանությունը տարիքային չափանիշներին, իսկ ստուգիչ խմբում՝ ավելի քիչ՝ 19.6%:

Ակնհայտ մեծ է տարբերությունը հիվանդների և առողջ հետազոտվողների նկարի թեմայի ընտրության մեջ: Սովորաբար թեմատիկան ընտրվում է մարդու նախասիրություններին, ֆանտազիաներին, մասնագիտական հետաքրքրություններին, սոցիալական կարգավիճակին, հոգեբանական խնդիրներին համապատասխան, և սուբյեկտը պատկերում է դրանց վերաբերող ատրիբուտներ, հագուստ: Թեմատիկայի ընտրությունն արտացոլում է մարդու ինքնանույնականությունը, օրինակ՝ երաժիշտը կամ երաժշտական նախասիրություններ ունեցող մարդը կարող է նկարել մի մարդու,

ով երաժշտական գործիք է նվագում: Հիվանդների մոտ մենք տեսնում ենք, որ շատ հաճախ (69.6%) հանդիպել են ամորֆ, սխեմատիկ պատկերներ, որտեղ անգամ սեռային նույնականություն արտացոլված չէ, ստուգիչ խմբում հազվադեպ են (6.5%) հանդիպել ամորֆ նկարները (6.5%): Սխեմատիկ նկարը կարելի է վերլուծել որպես մարմնական խնդիրներից խուսափում, ոչ հասունություն, մարմնի պատկերի ամբողջականության զգացման կորուստ և ընդհանուր ինքնանույնականության խնդիր: Սխեմատիկ նկարի և տարիքային անհամապատասխանության միջև նկատվել է ուժեղ կորելյացիոն կապ ըստ Փիրսոնի. խ.1-ում՝ $r=.501$, $p<0.001$, իսկ խ.2՝ $r=.536$, $p<0.001$, սխեմատիկ նկարի և մարդու մարմնի ֆորմայի և համամասնության խախտումների միջև խ.1-ում՝ $r=.444$, $p<0.001$, խ.2-ում կապ չի հայտնաբերվել; սխեմատիկ նկարի և ասիմետրիայի միջև խ.1-ում և խ.2-ում՝ $r=.378$, $p<0.001$, համամասնության խախտումների և ասիմետրիայի միջև խ.1ում՝ $r=.459$, $p<0.001$, խ.2ում՝ $r=.554$, $p<0.001$:

Ուսումնասիրելով մարմնի պատկերի առանձնահատկությունները շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ՝ առանձնացրեցրել ենք երկու խումբ, մարմնի պատկերի աղավաղումներ ունեցող ($n1=38$) և հիվանդներ, որոնց մոտ չի նկատվել մարմնի պատկերի աղավաղումներ, սակայն առկա են եղել մարմնի ընդունման հետ կապված կոնֆլիկտներ ($n2=8$): Երկու խմբում էլ ուսումնասիրել ենք սեռային նույնականացման առանձնահատկություններն ըստ “Ով եմ ես” թեստի (Նկ.12):

Նկ.12. Մարմնի պատկերի և սեռային նույնականության կապը



Նկ.12-ում տեսնում ենք, որ մարմնի պատկերի աղավաղումների դեպքում հիվանդների մոտ դիտվում է նաև սեռային նույնականության անորոշություն,

դեզինտեգրացիա կամ բացակայություն (61%), և մարմնի ընկալման աղավաղումներով հիվանդների 11% մոտ է ամբողջությամբ ձևավորված սեփական սեռի ընկալումը, մնացած 29%-ի մոտ առկա է սեռադերային վարք՝ պայմանավորված իրենց սեռին համապատասխան սոցիալական դերերով: Մյուս խմբում, որտեղ մարմնի կոպիտ աղավաղումներ չկան, սեռային նույնականությունը ձևավորված չի ընդամենը 13%-ի մոտ, իսկ 50%-ի մոտ ձևավորված է սեռային նույնականությունը:

Կորելյացիոն վերլուծություններն ըստ Փիրսոնի ցույց են տալիս, որ “Ինքնանկար” թեստի սեռային նույնականության անորոշության և սխեմատիկ նկարի միջև առկա է կորելյացիոն կապ խ.1-ում $r=,487$, $p<0.01$, խ.2-ում $r=,643$, $p<0.01$, և խ.1-ում սեռային նույնականության անորոշության և նկարի տարիքային անհամապատասխանության միջև $r=,405$, $p<0.01$, խ.2-ում այդ կապը թույլ է $r=,314$, $p<0.05$: Կարող ենք ասել, որ այն մասնակիցների մոտ, որոնց նկարում բացակայում են սեռին բնորոշ դետալները, հիմնականում ինքնանկարը սխեմատիկ է և չի համապատասխանում իրենց տարիքային առանձնահատկություններին: Քանի որ սխեմատիկ նկարը և տարիքային անհամապատասխանությունը մենք վերլուծում ենք որպես մարմնական խնդիրներից խուսափում, մարմնի պատկերի ամբողջականության զգացման կորուստ, մարմնի պատկերի անադեկվատություն կամ կոպիտ խանգարումներ, ըստ կորելյացիոն վերլուծության կարող ենք ասել, որ նման խնդիրը հաճախ կապված է սեփական սեռի անադեկվատ ընկալման հետ:

Այսպիսով, մենք տեսնում ենք, որ մարմնի ընկալումը կարող է մեծ ազդեցություն ունենալ սեփական սեռի ընկալման վրա, և հակառակը: Այսինքն, կարելի է ասել, որ մարմնի ընկալումն ու սեռային նույնականությունը փոխկապակցված են և փոխպայմանավորված:

4.4. Կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ հետազոտվողների ինքնագիտակցության վրա

Այս ենթագլխում կներկայացնենք փորձարարական և ստուգիչ խմբերում կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության կապը, ինչպես նաև կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունն ինքնագիտակցության

առանձնահատկությունների վրա: Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրության համար մեր կողմից նախատեսված մեթոդիկաների յուրաքանչյուր սանդղակ կապել ենք ինքնագիտակցության ուսումնասիրության սանդղակների հետ և վերլուծել այդ կապը, ազդեցությունն ու փոխազդեցությունը: Կապերի և ազդեցությունների ուսումնասիրության համար կիրառել ենք վիճակագրական վերլուծության մեթոդը, օգտվելով SPSS 16.0 for Windows 2007 ծրագրից, մասնավորապես կորելյացիոն վերլուծություններն ըստ Փիրսոնի և Սպիրմանի և ռեգրեսիոն վերլուծությունները:

4.4.1. Շիզոֆրենիայով հիվանդ և հոգեպես առողջ հետազոտվողների կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունն ինքնանույնականության առանձնահատկությունների վրա

Ուսումնասիրել ենք RBANS թեստի ենթաթեստերի ցուցանիշների ազդեցությունն “Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրիչների ցուցանիշների վրա, պարզելու համար, թե ինչ ազդեցություն են ունենում կոգնիտիվ ֆունկցիաներն ինքնանույնականության առանձնահատկությունների վրա հոգեպես առողջ և շիզոֆրենիայով հիվանդ հետազոտվողների մոտ: Ազդեցությունն ուսումնասիրել ենք ռեգրեսիոն վերլուծությունների և կորելյացիոն վերլուծությունների միջոցով:

RBANS թեստի ենթաթեստերի ցուցանիշների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրիչների ցուցանիշների միջև կորելյացիոն վերլուծությունները շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ցույց են տալիս, որ կորելյացիոն կապ է նկատվում.

- Անմիջական հիշողության և “Գործունյա Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.497, p<0.001,$
- Անմիջական հիշողության և “Ռեֆլեքսիվ Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.391, p<0.01,$
- Տեսա-տարածական ընկալման և “Կոմունիկատիվ Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.411, p<0.005,$
- Տեսա-տարածական ընկալման և “Ռեֆլեքսիվ Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.394, p<0.01,$

- Լեզվական ճկունության և “Ռեֆլեքսիվ Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.432, p<0.005$,
- Հետաձգված հիշողության և “Սոցիալական Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.402, p<0.01$,
- Հետաձգված հիշողության և “Ռեֆլեքսիվ Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.427, p<0.005$,
- Ցուցանիշային միավորի և “Գործունյա Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.467, p<0.001$,
- Ցուցանիշային միավորի և “Ռեֆլեքսիվ Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.437, p<0.005$,
- Տոկոսային աստիճանի և “Կոմունիկատիվ Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.425, p<0.005$,
- Տոկոսային աստիճանի և “Գործունյա Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև, $r=.511, p<0.001$:

Կորելյացիոն վերլուծության արդյունքներից ելնելով կարող ենք ասել, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր ցուցանիշները, հատկապես կարճատև հիշողությունը կարևոր դեր են խաղում մարդու՝ որպես գործող սուբյեկտ ինքնաընկալման վրա: Որպես շփման սուբյեկտ ինքնաընկալման վրա կարող են ազդել տեսա-տարածական ընկալումը և կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր ցուցանիշները: Ուժեղ կապ է նկատվում երկարատև հիշողության և “Սոցիալական Եսի” միջև: “Ռեֆլեքսիվ Եսը” կապված է գրեթե բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների հետ, ինչի հիման վրա կարող ենք գալ այն եզրակացության, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաները մեծ դեր են խաղում մարդու սեփական անձնային որակների, բնավորության գծերի, վարքի առանձնահատկությունների ինքնագնահատման և ինքնագիտակցման համար:

Պիկտոգրամա թեստի գործոնների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրիչների ցուցանիշների միջև կորելյացիոն վերլուծություններից ելնելով կարող ենք ասել, որ նկատվում է կոնկրետ պատկերների և “Ֆիզիկական Եսի” բնութագրիչների միջև կորելյացիոն կապ ըստ Փիրսոնի ($r=.377, p<0.01$): Այս կապը նշանակում է, որքան բարձր է հիվանդի կոնկրետ մտածողությունը, այնքան շատ է հանդիպում սեփական մարմնի գիտակցումը և ընկալումը: Ըստ

հաճախականության գործոնի՝ կրկնվող պատկերների և “Նյութական Եսի” միջև նկատվում է կորելյացիոն կապ ըստ Փիրսոնի ($r=.408$, $p<0.005$), դա նշանակում է, որքան շատ են հանդիպում հիվանդների մոտ կրկնվող պատկերները, այսինքն մտածողության ինքնատիպությունն ավելի ցածր է, այնքան շատ է նրանց մոտ հանդիպում ինքնանույնականացումը շրջապատող նյութական արժեքների, սեփականության հետ:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների և ստուգիչ խմբում կատարած ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքների միակողմանի լինելու պատճառով նշանակալիությունը բացակայում է, ուստի անհիմաստ ենք համարում քննարկել այդ արդյունքները:

Ստուգիչ խմբում RBANS թեստի ենթաթեստերի ցուցանիշների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրիչների ցուցանիշների միջև չեն նկատվում ուժեղ կորելյացիոն կապեր, այդ կապերը կամ թույլ են կամ միջին, ուստի կարևոր չենք համարում քննարկել դրանք: Սակայն հետաքրքիր կապ ենք հայտնաբերել Պիկտոգրամա թեստի գործոնների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնանույնականության բնութագրիչների ցուցանիշների միջև կորելյացիոն վերլուծությունների ժամանակ: Ըստ այդ վերլուծությունների միայն ուժեղ հակառակ կապ է նկատվում հիշողության վերարտադրման արդյունավետության և “Հեռանկարային Եսի” բնութագրերի ցուցանիշների միջև ($r=-.540$, $p<0.05$): Դա նշանակում է, որքան բարձր են եղել հիշողության վերարտադրման արդյունքները, այնքան ցածր են եղել “Հեռանկարային Եսի” բնութագրերի ցուցանիշները: Դա կարող է բացատրվել նրանով, որքան մարդու հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը բարձր է, այնքան այն կարող է խանգարել մարդուն կենտրոնանալ ապագայում գործունեություն ծավալելու վրա և գիտակցել սեփական հեռանկարները:

4.4.2. Շիզոֆրենիայով հիվանդ և հոգեպես առողջ հետազոտվողների կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունն ինքնագնահատականի և ինքնավերաբերմունքի վրա

Ներկայացնենք RBANS թեստի ենթաթեստերի ցուցանիշների ազդեցությունն “Ինքնանկար” թեստի միջոցով ուսումնասիրված ինքնագնահատականի առանձնահատկությունների վրա ռեգրեսիոն վերլուծության միջոցով (աղյուսակ 10):

Աղյուսակ 10. Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունն ինքնագնահատականի վրա խ.1-ում և խ.2-ում:

	Անմիջ. հիշող.		Տեսա-տարած. ընկալում		Լեզվական շկուն.		Ուշադր.		Հետաձգ.հիշ.		Ընդ. Ցուց. միավոր		Տոկոս. աստ.	
	խ. 1 Beta sig.	խ. 2 Beta sig.	խ. 1 Beta sig.	խ. 2 Beta sig.	խ. 1 Beta sig.	խ. 2 Beta sig.	խ. 1 Beta sig.	խ. 2 Beta sig.	խ. 1 Beta sig.	խ. 2 Beta sig.	խ. 1 Beta sig.	խ. 2 Beta sig.	խ. 1 Beta sig.	խ. 2 Beta sig.
Ցածր ինքնագնահատ., դեպրեսիվ ֆոն	.104 NS	1.110 NS	.015 NS	.342 NS	-.210 NS	.775 NS	.022 NS	.064 NS	-.261 NS	.377 NS	-.113 NS	-2.080 NS	.150 NS	.114 NS
Ցածր ինքնագնահատ., կենտրոնացում եսի վրա	.094 NS	.033 NS	.223 NS	-.053 NS	-.001 NS	1.051 NS	.155 NS	.228 NS	.119 NS	.829 p>.05	-.244 NS	-1.465 NS	-.350 NS	-.004 NS
Ցածր ինքնագնահատ., դժգոհություն հասարակ.դիրքից	.361 NS	-.180 NS	.277 NS	-.256 NS	.088 NS	-.618 NS	-.053 NS	-.175 NS	-.237 NS	-.155 NS	-.355 NS	1.057 NS	.061 NS	.031 NS
Ադեկվատ ինքնագնահատ, դեպրեսիվ ֆոն	-.298 NS	.638 NS	-.340 NS	.224 NS	-.325 NS	.586 NS	-.158 NS	.545 NS	-.143 NS	.464 NS	.212 NS	-4.421 NS	.511 p<.05	2.414 p=.005
Ադեկվատ ինքնագնահատ. կենտրոնացում եսի վրա, հարմարողական.	-.150 NS	.265 NS	.177 NS	.396 NS	-.021 NS	.448 NS	.008 NS	.359 NS	.450 p>.05	.280 NS	.055 NS	-.792 NS	-.242 NS	-.411 NS
Ադեկվատ ինքնագնահատ., ինքնահաստատ. միտում, դժգոհություն հասարակ.դիրքից	-.195 NS	-.977 NS	-.431 NS	-.549 NS	.341 NS	-1.324 NS	-.225 NS	-.716 NS	-.491 p<.05	-.941 p>.05	.659 p>.05	2.956 NS	.218 NS	.164 NS
Բարձրացված ինքնագնահատ. ազրես. միջ.նկ. դիմադրություն	-.069 NS	.012 NS	-.096 NS	.036 NS	-.146 NS	.074 NS	.240 NS	-.001 NS	.472 p=.05	-.513 NS	-.143 NS	.545 NS	-.126 NS	-.513 NS

- ուժեղ ազդեցություն, վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի
- ուժեղ ազդեցություն, վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալի
- միջին ազդեցություն, վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի

Աղյուսակ 10-ում առանձնացրել ենք 3 տեսակի ազդեցություններ՝ ուժեղ, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի, ուժեղ և վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալի, միջին և վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի:

Ցածր ինքնագնահատականի և դեպրեսիվ ֆոնի վրա հիվանդների խմբում ոչ մի կոգնիտիվ ֆունկցիա ազդեցություն չի ունեցել, իսկ ստուգիչ խմբում ուժեղ ազդեցություն են գործել Անմիջական հիշողությունը ($Beta=1.110$, $p=NS$), Լեզվական ճկունությունը ($Beta=.775$, $p=NS$), և միջին ազդեցություն՝ Տեսա-տարածական ընկալումը ($Beta=.342$, $p=NS$) և Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=.377$, $p=NS$): Լեզվական ճկունությունը ($Beta=1.051$, $p=NS$) ստուգիչ խմբում բավականին ուժեղ ուղիղ ազդեցություն է ունեցել ցածր ինքնագնահատականի և եսի կենտրոնացման վրա, ինչպես նաև ուժեղ և վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալի ազդեցություն է ունեցել Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=.829$, $p>0.05$): Իսկ շիզոֆրենիայով հիվանդների խմբում՝ միջին հակառակ ազդեցություն է ունեցել տոկոսային աստիճանը ($Beta=-.350$, $p=NS$), այսինքն ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ցածր տոկոսային աստիճանն ազդել է ցածր ինքնագնահատականի և եսի վրա կենտրոնացման վրա: Ստուգիչ խմբում ցածր ինքնագնահատականի և հասարակական դիրքից դժգոհության վրա հակառակ ուժեղ, ազդեցություն է ունեցել Լեզվական ճկունությունը ($Beta=-.618$, $p=NS$) և ուղիղ բավականին ուժեղ ազդեցություն՝ ընդհանուր ցուցանիշային միավորը ($Beta=1.057$, $p=NS$), հիվանդների խմբում ընցհանուր ցուցանիշային միավորը հակառակ միջին ազդեցություն է ունեցել ($Beta=-.355$, $p=NS$): Ընդհանրացնելով՝ կարող ենք ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ցածր ինքնագնահատականի վրա ազդեցություն են ունեցել ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ցածր տոկոսային աստիճանը և հետաձգված հիշողության ցածր միավորները, իսկ ստուգիչ խմբում հակառակը՝ անմիջական հիշողության, լեզվական ճկունության, հետաձգված հիշողության և ընդհանուր ցուցանիշային բարձր միավորները:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ադեկվատ ինքնագնահատականի և տրամադրության դեպրեսիվ ֆոնի վրա միջին հակառակ ազդեցություն է ունեցել Տեսա-տարածական ընկալումը ($Beta=-.340$, $p=NS$), և ուժեղ, վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալի ազդեցություն՝ տոկոսային աստիճանը ($Beta=.511$, $p<0.05$): Ստուգիչ խմբում ադեկվատ ինքնագնահատականի և դեպրեսիվ ֆոնի վրա ազդել են Անմիջական հիշողությունը ($Beta=.638$, $p=NS$), Լեզվական ճկունությունը ($Beta=.586$, $p=NS$), Ուշադրությունը ($Beta=.545$, $p=NS$) և Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=.464$,

p=NS): Աղեկվատ ինքնագնահատականի և եսի վրա կենտրոնացման վրա ազդել է հիվանդների մոտ հետաձգված հիշողությունը (Beta=.450, $p>0.05$): Հետաքրքիր արդյունքներ ենք ստացել ստուգիչ խմբում՝ աղեկվատ ինքնագնահատականի և եսի վրա կենտրոնացման վրա ուղիղ միջին ազդեցություն են ունեցել Տեսա-տարածական ընկալումը (Beta=.396, p=NS) և Ուշադրությունը (Beta=.359, p=NS), սակայն նկատվում է բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ընդհանուր ցուցանիշային միավորի (Beta=-.792, p=NS) և տոկոսային աստիճանի (Beta=-.411, p=NS) հակառակ ազդեցությունը: Աղեկվատ ինքնագնահատականի և հասարակական դիրքից դժգոհության վրա շիզոֆրենիայով հիվանդների խմբում հակառակ ազդեցություն են ունեցել Տեսա-տարածական ընկալումը (Beta=-.431, p=NS) և Հետաձգված հիշողությունը (Beta=-.491, p=NS), և ուղիղ, վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալի ազդեցություն է ունեցել ընդհանուր ցուցանիշային միավորը (Beta=.659, $p>0.05$): Ստուգիչ խմբում նկատվում է միայն հակառակ ազդեցությունը, այսինքն աղեկվատ ինքնագնահատականի և հասարակական դիրքից դժգոհության վրա ազդում են Անմիջական հիշողության (Beta=-.977, p=NS), Տեսա-տարածական ընկալման (Beta=-.549, p=NS), Ուշադրության (Beta=-.716 p=NS), Հետաձգված հիշողության (Beta=-.941, $p>0.05$) ցածր միավորները:

Այսպիսով, հանգում ենք նրան, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների աղեկվատ ինքնագնահատականի վրա ազդեցություն են ունենում կոգնիտիվ ֆունկցիաների միջին և բարձր միավորները՝ կոգնիտիվ ֆունկցիաների ընդհանուր ցուցանիշային միավորը, տոկոսային աստիճանը և Հետաձգված հիշողությունը, սակայն հանդիպել է նաև Տեսա-տարածական ընկալման, Հետաձգված հիշողության հակառակ ազդեցությունը, տվյալ արդյունքներն ըստ մեզ պայմանավորված են, աղեկվատ ինքնագնահատականի հետ մեկտեղ հանդիպող դեպրեսիվ ֆոնով և հասարակական դիրքից դժգոհությամբ, քանի որ աղեկվատ ինքնագնահատականի և եսի վրա կենտրոնացման դեպքերում չի նկատվում որևէ կոգնիտիվ ֆունկցիայի ցածր միավորի ազդեցություն: Ստուգիչ խմբում եթե ցածր ինքնագնահատականի դեպքում կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուղիղ ազդեցությունն է նկատվում, ապա աղեկվատ ինքնագնահատականի դեպքում հիմնականում հակառակ ազդեցությունն է, հատկապես, երբ աղեկվատ ինքնագնահատականի հետ մեկտեղ հանդիպում է

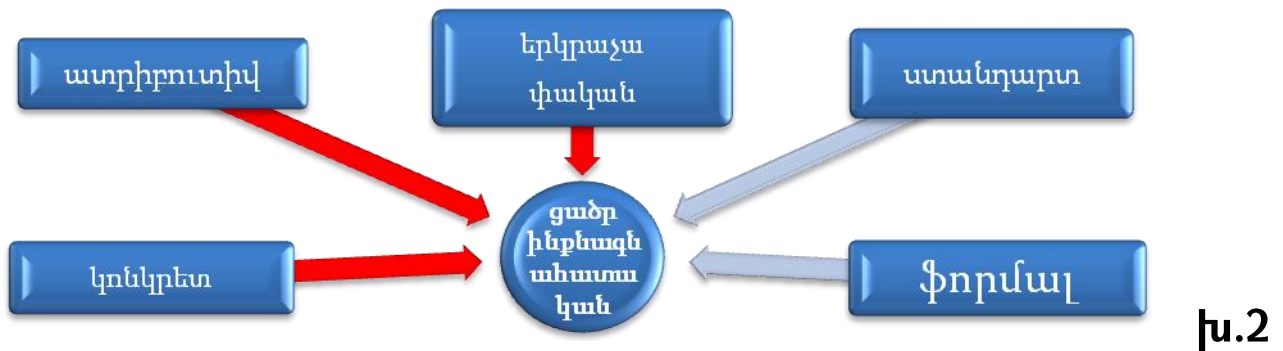
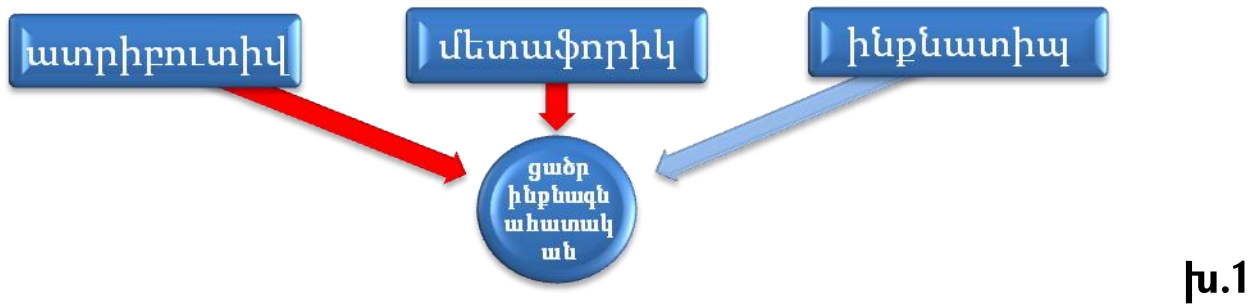
հասարակական դիրքից դժգոհությունը, այս պարագայում նկատվում է գրեթե բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների հակառակ ազդեցությունը: Իսկ ադեկվատ ինքնագնահատականի և դեպրեսիվ ֆոնի համադրության, ադեկվատ ինքնագնահատականի և “եսի” վրա կենտրոնացման համադրության դեպքում հանդիպում է Տեսատարածական ընկալման, Անմիջական հիշողության, Լեզվական ճկունության, Ուշադրության և Հետաձգված հիշողության ուղիղ ազդեցություն, այսինքն նշված կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր միավորներն են ազդում, այսինքն այստեղ, ըստ երևույթի, նշանակություն ունի հասարակական դիրքից դժգոհության գործոնը:



Անադեկվատ բարձրացված ինքնագնահատականի վրա հիվանդների խմբում ազդել է միայն Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=.472$, $p=0.05$), իսկ ստուգիչ խմբում հակառակ ուժեղ, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի ազդեցություն են ունեցել Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=-.513$, $p=NS$) և տոկոսային աստիճանը ($Beta=-.513$, $p=NS$): Դա բացատրվում է նրանով, որ որքան ցածր են եղել ստուգիչ խմբի մոտ ընդհանուր բոլոր կոգնիտիվ գործընթացները և Հետաձգված հիշողությունը, այնքան շատ է հանդիպել բարձրացված ինքնագնահատական, այսինքն որքան թույլ են մարդու կոգնիտիվ ֆունկցիաները, այնքան հավանականությունը մեծ է, որ ինքն իր գնահատումն անադեկվատ ուրճացված կլինի:

Կատարել ենք նաև կորելյացիոն վերլուծություն ըստ Փիրսոնի, ըստ այդ վերլուծության շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում է ուժեղ կորելյացիոն կապ Լեզվական ճկունության և ադեկվատ ինքնագնահատականի (դեպրեսիվ ֆոնի հետ մեկտեղ) միջև ($r=.398$, $p<0.01$), ինչպես նաև ադեկվատ ինքնագնահատականի (եսի վրա կենտրոնացման հետ մեկտեղ) և Ուշադրության միջև ($r=.392$, $p<0.01$): Այսինքն, որքան բարձր են Ուշադրության, Լեզվական ճկունության միավորները, այնքան շատ է հանդիպում ադեկվատ ինքնագնահատականը: Առողջ մասնակիցների մոտ նկատվում է ադեկվատ ինքնագնահատականի (դեպրեսիվ ֆոնի հետ մեկտեղ) և Տեսատարածական ընկալման միջև բացասական կորելյացիոն կապը ($r=-.428$, $p<0.005$):

Ուսումնասիրել ենք նաև Ինքնանկար թեստի ինքնագնահատականի տարբեր ցուցանիշների վրա Պիկտոգրամա մեթոդիկայի արդյունքների ազդեցության ռեգրեսիոն վերլուծությունը (նկ. 13):

Նկ.13. Պիկտոգրամա թեստի գործոնների ազդեցությունը ցածր ինքնագնահատականի վրա շիզոֆրենիայով հիվանդների (խ.1) և հոգեպես առողջ մասնակիցների (խ.2) մոտ:



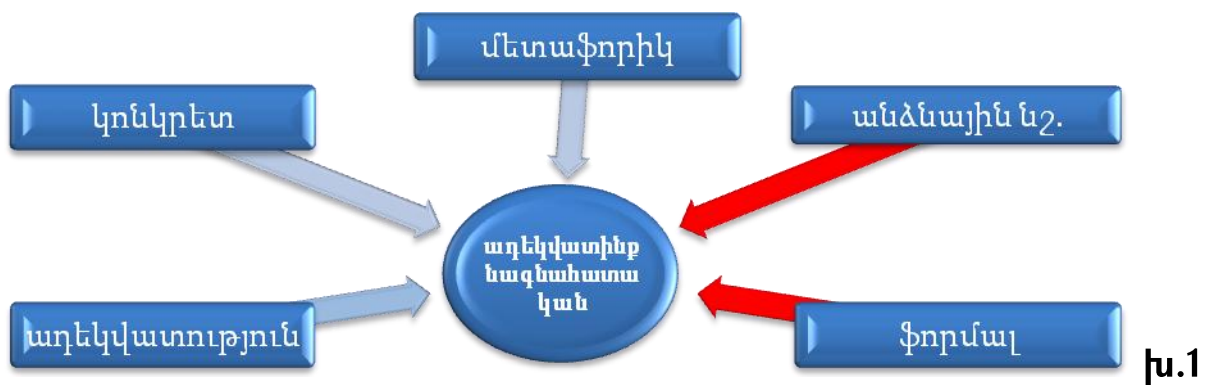
 հակառակ ազդեցություն
 ուղիղ ազդեցություն

Նկ. 13-ում երևում է, որ շիզոֆրենիա ունեցող հետազոտվողների ցածր ինքնագնահատականի վրա հակառակ ազդեցությունն են ունենում ատրիբուտիվ ($Beta=-.921, p=NS$), մետաֆորիկ ($Beta=-.931, p=NS$), և ուղիղ ազդեցությունն ինքնատիպ պատկերների միավորները ($Beta=.704, p=NS$): Այսպիսով, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ թույլ վերացական (մետաֆորիկ պատկերներ) և կոնկրետ մտածողությունը (ատրիբուտիվ) և չափից շատ արտահայտված մտածողության ինքնատիպությունը (այս պարագայում կապված է ոչ թե ստեղծագործական և վերացական մտածողության հետ, այլ անադեկվատ պատկերների հետ) ազդում է հիվանդների ցածր ինքնագնահատականի վրա: Հիվանդների մոտ ցածր ինքնագնահատականի և հասարակական դիրքից դժգոհության վրա հակառակ ազդեցություն է ունեցել ադեկվատության գործոնը ($Beta=-.510, p=NS$). որքան

պատկերների աղեկվատությունը ցածր է եղել, այնքան շատ է ազդեցություն եղել ցածր ինքնագնահատականի և հասարակական դիրքից դժգոհության վրա:

Ստուգիչ խմբում՝ կոնկրետ (Beta=-.920, p=NS), ատրիբուտիվ (Beta=-.794, p=NS), երկրաչափական (Beta=-.734, p=NS) պատկերները հակառակ ազդեցություն են ունենում ցածր ինքնագնահատականի վրա, ուղիղ ազդեցություն են ունենում ստանդարտ (Beta=.519, p=NS) և ֆորմալ պատկերները (Beta=.771, p=NS): Այսինքն, առողջների մոտ էլ հակառակ պատկերն է. որքան թույլ է կոնկրետ և սիմվոլիկ (երկրաչափական պատկերներ) մտածողությունը, և միևնույն ժամանակ շատ են հանդիպում ֆորմալ, անձնային նշանակություն չունեցող և ստանդարտ պատկերները, այնքան շատ է այն ազդում ցածր ինքնագնահատականի վրա:



Նկ.14. Պիկտոգրամա թեստի գործոնների ազդեցությունն աղեկվատ ինքնագնահատականի վրա շիզոֆրենիայով հիվանդների (խ.1) և հոգեպես առողջ մասնակիցների (խ.2) մոտ



խ.1



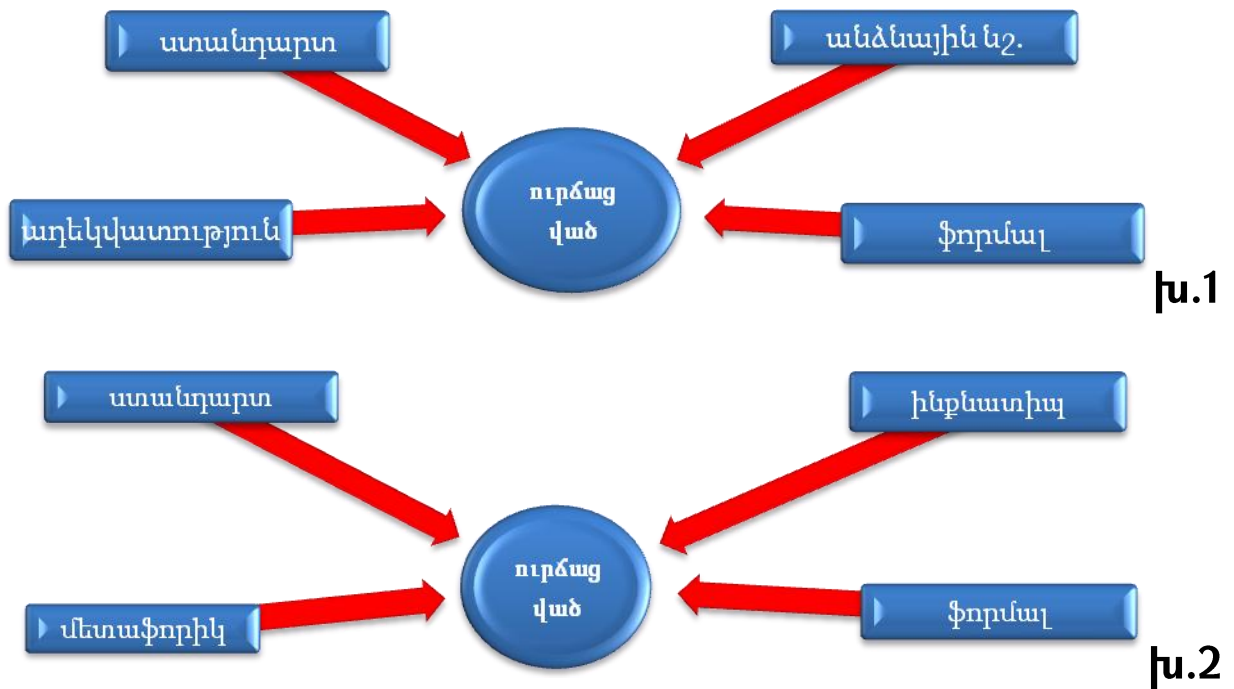
խ.2

 հակառակ ազդեցություն
 ուղիղ ազդեցություն

Համաձայն նկ.14-ի՝ շիզոֆրենիայով հիվանդների ադեկվատ ինքնագնահատականի վրա ազդեցություն են ունենում ադեկվատության գործոնը (Beta=.833, p=NS), կոնկրետ (Beta=.457, p=NS), մետաֆորիկ պատկերները (Beta=.662, p=NS), և հակառակ ազդեցություն են ունենում անձնային նշանակալի (Beta=-.781, p=NS) և ֆորմալ պատկերները (Beta=-.616, p=NS): Այսինքն, ադեկվատության գործոնի բարձր ցուցանիշների, կոնկրետ և վերացական մտածողության (մետաֆորիկ պատկերներ) հավասար արտահայտվածության դեպքում, անձնային նշանակալի և ֆորմալ պատկերների հավասարաչափ բաշխվածության դեպքում, շատ է հանդիպում ադեկվատ ինքնագնահատականը հիվանդների մոտ: Ընդ որում, ադեկվատ ինքնագնահատականի և “Ես”ի վրա կենտրոնացման վրա ավելի է շատանում անձնային նշանակալի պատկերների քանակի (Beta=1.038, p=NS) և հիշողության վերարտադրման արդյունավետության (Beta=.726, p=NS) ազդեցությունը: Իսկ դեպրեսիվ ֆոնի համադրությամբ ադեկվատ ինքնագնահատականի վրա ազդեցություն են ունենում ֆորմալ պատկերները (Beta=1.055, p=NS), և հակառակ ազդեցություն են ունենում վերացարկման գործոնի բոլոր ցուցանիշները՝ կոնկրետ (Beta=-.957, p=NS), ատրիբուտիվ (Beta=-.352, p=NS), երկրաչափական (Beta=-.812, p=NS), մետաֆորիկ (Beta=-.662, p=NS), ինչը խոսում է այն մասին, որ մտածողության թե կոնկրետ և թե վերացական ձևի թույլ աշխատանքը բերում է ադեկվատ ինքնագնահատականի, որն ուղեկցվում է դեպրեսիվ տրամադրությամբ, հոռետեսությամբ: Իսկ հասարակական դժգոհությամբ ուղեկցվող ադեկվատ ինքնագնահատականի վրա ազդեցություն են ունենում ինքնատիպ (Beta=.577, p=NS) և մետաֆորիկ (Beta=.657, p=NS) մտածողության ձևերը:

Ստուգիչ խմբում ադեկվատ ինքնագնահատականի վրա ազդում են մետաֆորիկ (Beta=.755, p=NS), ինքնատիպ (Beta=.576, p=NS), ֆորմալ պատկերների (Beta=.572, p=NS) մեծ քանակը: “Ես”ի վրա կենտրոնացման հետ մեկտեղ հանդիպող ադեկվատ ինքնագնահատականի վրա հակառակ ազդեցություն են ունենում ատրիբուտիվ (Beta=-1.148, p=NS), երկրաչափական (Beta=-.848, p=NS) պատկերները, ինքնատիպ (Beta=-.829, p>0.05) և ֆորմալ պատկերները (Beta=-1.117, p=NS): Այսինքն, մենք տեսնում ենք, որ սեփական անձի վրա կենտրոնացման հետ մեկտեղ թուլանում է մտածողության կոնկրետությունը, ինքնատիպությունը և ուժեղանում է անձնային նշանակալիությունը:

Նկ.15. Պիկտոգրամա թեստի գործոնների ազդեցությունն ուրճացված ինքնագնահատականի վրա խ.1 և խ.2 մոտ:



➔ հակառակ ազդեցություն

Նկ.15 տեսնում ենք, որ հետազոտական երկու խմբերում էլ մտածողության տեսակների ազդեցությունն անադեկվատ ուրճացված ինքնագնահատականի վրա հակառակն է: Քննարկենք յուրաքանչյուր խմբում այդ ազդեցության առանձնահատկությունները և տարբերությունները: Շիզոֆրենիայով հիվանդների ցածր անադեկվատության գործոնը ($Beta = -.866, p = NS$), ստանդարտ պատկերների ($Beta = -.723, p = NS$) ցածր ցուցանիշը, անձնային նշանակալի ($Beta = -.632, p = NS$) և ֆորմալ պատկերների ($Beta = -.898, p = NS$) ցածր ցուցանիշներն ազդում են ուրճացված ինքնագնահատականի վրա, դա կարելի բացատրել նրանով, որ մտածողության անադեկվատությունը բերում է նաև անադեկվատ բարձր ինքնագնահատականի: Ստուգիչ խմբում մենք նույնպես տեսնում ենք, որ ստանդարտ ($Beta = -.482, p = NS$), ինքնատիպ ($Beta = -.830, p = NS$) և ֆորմալ ($Beta = -.659, p = NS$), ինչպես նաև վերացական (մետաֆորիկ) ($Beta = -.529, p = NS$) բնութագրերի ցածր միավորներն ազդում են անադեկվատ բարձր ինքնագնահատականի վրա:

RBANS թեստի կոգնիտիվ ֆունկցիաների ցուցանիշների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնավերաբերմունքի վալենտության ցուցանիշների միջև կորելյացիոն

վերլուծությունները շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ցույց են տալիս, որ ըստ Փիրսոնի, կորելյացիոն նշանակալի կապ է նկատվում ինքնավերաբերմունքի դրական վալենտության և հետևյալ կոգնիտիվ ֆունկցիաների միջև. անմիջական հիշողության ($r=.501, p<0.001$), տեսա-տարածական ընկալման ($r=.508, p<0.001$), ուշադրության ($r=.404, p<0.005$), հետաձգված հիշողության ($r=.527, p<0.001$), ընդհանուր ցուցանիշային միավորի ($r=.553, p<0.001$), տոկոսային աստիճանի ($r=.525, p<0.001$): Դա նշանակում է, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր միավորների դեպքում շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հաճախ նկատվում է դրական ինքնավերաբերմունք: Ստուգիչ խմբում կորելյացիոն ուժեղ կապեր չեն նկատվեցին վերոնշյալ ցուցանիշների միջև:

Պիկտոգրամա թեստի գործոնների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնավերաբերմունքի վալենտության ցուցանիշների միջև կորելյացիոն վերլուծություններն ըստ Փիրսոնի ցույց են տալիս որ, շիզոֆրենիայով հիվանդների խմբում նկատվում է ստանդարտ պատկերների և ինքնավերաբերմունքի բարձրացված վալենտության միջև հակառակ կորելյացիա ($r=-.394, p<0.01$), ինքնատիպ պատկերների և ինքնավերաբերմունքի բարձրացված վալենտության միջև նշանակալի կորելյացիոն կապ ($r=.451, p<0.005$): Այս արդյունքները նշանակում են, որ ուրճացված ինքնագնահատականի և ինքնավերաբերմունքի դեպքում շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հաճախ նկատվում է ինքնատիպ, ոչ ստանդարտ մտածողության ձևը: Ստուգիչ խմբում կորելյացիոն ուժեղ և նշանակալի կապեր չեն հայտնաբերվել, սակայն ռեգրեսիոն վերլուծությունների համաձայն՝ ինքնավերաբերմունքի բացասական վալենտության վրա հակառակ ուժեղ, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի ազդեցություն է ունենում հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը ($Beta=-.775, p=NS$), ինքնավերաբերմունքի չեզոք վալենտության վրա ևս հակառակ ուժեղ, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի ազդեցություն են ունենում հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը ($Beta=-.586, p=NS$), և RBANS թեստի անմիջական հիշողությունը ($Beta=-.971, p=NS$): Այս արդյունքները ցույց են տալիս, որ առողջ մասնակիցների մոտ թույլ հիշողությունը և հիշողության վերարտադրման ցածր արդյունավետությունը բացասաբար են ազդում մարդու դրական ինքնավերաբերմունքի վրա:

4.4.3. Կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ անձանց ինքնառեֆլեքսիայի վրա

Կատարել ենք RBANS և Պիկտոգրամա թեստերի կոգնիտիվ ֆունկցիաների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնառեֆլեքսիայի ցուցանիշների միջև կորելյացիոն վերլուծություն ըստ Փիրսոնի և ռեգրեսիոն վերլուծություն:

Ուսումնասիրենք RBANS թեստի կոգնիտիվ ֆունկցիաների և “Ով եմ ես” թեստի ինքնառեֆլեքսիայի ցուցանիշների միջև կորելյացիոն կապերը: Նկատվում են ինքնառեֆլեքսիայի ցածր ցուցանիշների և անմիջական հիշողության ($r=-.357$, $p<0.01$), լեզվական ճկունության ($r=-.422$, $p<0.005$), ուշադրության ($r=-.426$, $p<0.005$), հետաձգված հիշողության ($r=-.428$, $p<0.005$) միջև ուժեղ հակառակ, նշանակալի կորելյացիոն կապերը: Այս արդյունքները վկայում են այն մասին, որ որքան ցածր են կարճատև և երկարատև հիշողության, ուշադրության, լեզվական ճկունության միավորները, այնքան շատ է հանդիպում շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ինքնառեֆլեքսիայի ցածր մակարդակը: Նույն պատկերը նկատվում է նաև ինքնառեֆլեքսիայի բարձր մակարդակի դեպքում: Այսպես, նկատվում են ինքնառեֆլեքսիայի բարձր ցուցանիշների և անմիջական հիշողության ($r=.423$, $p<0.005$), հետաձգված հիշողության ($r=.444$, $p<0.005$), ընդհանուր ցուցանիշային միավորի ($r=.424$, $p<0.005$) միջև նշանակալի կորելյացիոն կապեր: Այսինքն, կարճատև և երկարատև հիշողության տեսակների և կոգնիտիվ ֆունկցիաների ընդհանուր բարձր ցուցանիշների դեպքում շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հաճախ է հանդիպում ինքնառեֆլեքսիայի բարձր մակարդակը:

Պիկտոգրամա թեստի կրկնվող պատկերների և ռեֆլեքսիայի բարձր մակարդակի միջև ևս նկատվում է ուժեղ, վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալի կորելյացիոն կապ ($r=.466$, $p<0.001$): Այսինքն, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ կրկնվող պատկերների (ստանդարտ և ինքնատիպ պատկերների միջակայքում գտնվող) գերակշռության ժամանակ հանդիպում է ինքնառեֆլեքսիայի բարձր մակարդակ:

Ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները չեղարկվել են նշանակալիության միակողմանիության պատճառով, ուստի կարիք չկա դրանք քննարկելու: Իսկ ստուգիչ

խմբում կորելյացիոն կապերը թույլ են և ոչ նշանակալի, այդ պատճառով դրանց նույնպես չենք անդրադառնա: Ստուգիչ խմբում ռեգրեսիոն վերլուծությունների արդյունքում նկատվեց հետաձգված հիշողության բավականին ուժեղ, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի ազդեցություն ռեֆլեքսիայի բարձր մակարդակի վրա ($Beta=.748$, $p=NS$): Այսինքն, ռեֆլեքսիայի բարձր մակարդակի վրա ուժեղ ազդում է երկարատև հիշողությունը, ինչը թույլ է տալիս երկար ժամանակ մտապահել իրադարձությունները, դրանց հետ կապված սեփական արձագանքները, հուզական և վարքային հակազդումները, որոնք էլ դառնում են վերլուծության առարկա:

4.4.4.Շիզոֆրենիայով հիվանդ և հոգեպես առողջ հետազոտվողների կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունը մարմնի պատկերի վրա:

Ուսումնասիրելու համար, թե ինչպես են ազդում ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների զարգացման մակարդակը և առանձին կոգնիտիվ ֆունկցիաների դրսևորումները սեփական մարմնի պատկերի գիտակցման և ընկալման վրա, կոգնիտիվ ֆունկցիաներն ուսումնասիրող RBANS թեստի բոլոր ենթաթեստերը կապել ենք “Ինքնանկար” պրոեկտիվ թեստի մարմնի պատկերի առանձնահատկությունները մատնանշող հիմնական դետալների հետ, ինչպես նաև այդ դետալների վերլուծության միջոցով դուրս բերված մարմնի պատկերի 3 աստիճանների հետ՝ ՄՊ-ի խանգարում, ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտ, նորմալ ՄՊ: Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը ՄՊ-ի վրա ուսումնասիրել ենք ռեգրեսիոն վերլուծության միջոցով: Նախ և առաջ ներկայացնենք RBANS թեստի՝ անմիջական հիշողության, տեսատարածական ընկալման, լեզվական ճկունության, ուշադրության, հետաձգված հիշողության ենթաթեստերի միավորների, ցուցանիշային ընդհանուր միավորների, տոկոսային աստիճանի կապն ու ազդեցությունն “Ինքնանկար” թեստի ՄՊ առանձնահատկությունների մասին վկայող դետալների հանդիպման հաճախականության վրա, պարզելու համար, թե որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր կամ ցածր աստիճանի դեպքում, որ դետալներն են առավել հաճախ հանդիպում:

Աղյուսակ 10. RBANS-ի բոլոր ենթաթեստերի՝ “Ինքնանկար” թեստի ՄՊ արտացոլող դետալների հաճախականության վրա ազդեցության ռեգրեսիոն վերլուծությունը խ.1 և խ.2-ում

Model Summary

	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Ուրվագծի խախտումներ				
խ.1	.413 ^a	.170	.018	.48907
խ.2	.393 ^a	.155	-.001	.47419
Ասիմետրիա				
խ.1	.412 ^a	.170	.017	.50129
խ.2	.306 ^a	.094	-.073	.37625
Միջին գծի ընդգծում				
խ.1	.271 ^a	.073	-.097	.52503
խ.2	.386 ^a	.149	-.007	.50739
Սխեմատիկ նկար				
խ.1	.411 ^a	.169	.016	.46147
խ.2	.264 ^a	.070	-.102	.26202
Համամասնության խախտում				
խ.1	.457 ^a	.209	.064	.37085
խ.2	.360 ^a	.129	-.031	.40726
Ուղղահայաց դիրքի շեղում				
խ.1	.471 ^a	.222	.079	.46222
խ.2	.400 ^a	.160	.006	.38212
Վրիպումներ				
խ.1	.235 ^a	.055	-.119	.49204
խ.2	.299 ^a	.089	-.078	.15311
Տարիքային անհամապատասխանություն				
խ.1	.295 ^a	.087	-.081	.51767
խ.2	.429 ^a	.184	.034	.39427
Անավարտություն				
խ.1	.370 ^a	.137	-.022	.50327
խ.2	.247 ^a	.061	-.112	.49059

a. Predictors: (Constant), RBANS Անմիջական հիշողություն, Տեսատարածական ընկալում, Լեզվական ճկունություն, Ուշադրություն, Հետաձգված հիշողություն, Ընդհանուր ցուցանիշային միավոր, տոկոսային աստիճան

Աղյուսակ 10-ում մենք ներկայացրել ենք RBANS թեստի բոլոր ենթաթեստերի ազդեցությունը «Ինքնանկար» թեստի մարմնի ընկալման մասին վկայող նկարված դետալների վրա ռեգրեսիոն վերլուծության միջոցով: Մենք տեսնում ենք, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը բավականին մեծ է հետազոտվողի կողմից ուրվագծի խախտումների վրա, շիզոֆրենայով հիվանդների մոտ մենք նկատում ենք, որ այդ ազդեցությունն ավելի մեծ է ($R=.413$): Հիվանդների մոտ չի նկատվել ուժեղ և նշանակալի ազդեցություն, սակայն ստուգիչ խմբում նկատվում է հակառակ ազդեցությունը, Անմիջական հիշողության ($Beta=-.646$, $p=NS$) և Լեզվական ճկունության ($Beta=-.599$, $p=NS$) ցածր միավորները հանգեցնում են ուրվագծի խախտումների:

Չնայած նրան, որ վիճակագրական տեսանկյունից ազդեցության նշանակալիությունը ցածր է (NS), մենք ընտրել ենք տվյալները, քանի որ այն ցույց է տալիս ուժեղ ազդեցություն: Կոգնիտիվ ընդհանուր ֆունկցիաների ազդեցությունն ասիմետրիայի վրա ևս ավելի ուժեղ է շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ($R=.412$), սակայն առանձին կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը և նշանակալիությունը ցածր է: Ստուգիչ խմբում բավականին հետաքրքիր են արդյունքները, ընդհանուր ազդեցությունը ցածր է ($R=.306$), սակայն առանձին ենթաթեստերի ազդեցությունը բավականին մեծ է, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի. Անմիջական հիշողության ազդեցությունը ($Beta=1.015$, $p=NS$), Տեսատարածական ընկալման ազդեցությունը ($Beta=1.109$, $p=NS$), Լեզվական ճկունության ազդեցությունը ($Beta=1.046$, $p=NS$) և Ուշադրության ազդեցությունը ($Beta=.955$, $p=NS$) բավականին մեծ է, միջին ազդեցություն ունի Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=.474$, $p=NS$): Ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը ցածր է շիզոֆրենիայով հիվանդների միջին գծի ընդգծման վրա, սակայն նկատվում է տոկոսային աստիճանի հակառակ ազդեցությունը ($Beta=-.385$, $p=NS$), այսինքն ցածր տոկոսային աստիճանի դեպքում առավել շատ է հանդիպում միջին գծի ընդգծում հիվանդների մոտ: Ստուգիչ խմբում նկատվում է Լեզվական ճկունության ուժեղ ազդեցություն ($Beta=.710$, $p=NS$) և տոկոսային աստիճանի ևս ուժեղ ազդեցություն ($Beta=.791$, $p=NS$), ինչպես նաև ուշադրության միջին ազդեցություն ($Beta=.419$, $p=NS$) միջին գծի ընդգծման վրա:

Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը սխեմատիկ նկարի ընտրության վրա ավելի մեծ է շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ($R=.411$), իսկ ստուգիչ խմբում՝ $R=.264$: Այստեղ նկատվում է Անմիջական հիշողության հակառակ ուժեղ ազդեցությունը ($Beta=-.500$, $p>0,05$), այսինքն Անմիջական ցածր միավորները հանգեցնում են առավել շատ սխեմատիկ նկարի ընտրությանը: Նկատվում է նաև ցուցանիշային ընդհանուր միավորի միջին և վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի ազդեցություն ($Beta=.386$, $p=NS$): Առողջ հետազոտվողների մոտ սխեմատիկ նկարի ընտրության վրա բավականին ուժեղ ազդեցություն է ունենում Անմիջական հիշողությունը ($Beta=.636$, $p=NS$) և ուժեղ հակառակ ազդեցություն է ունենում ցուցանիշային ընդհանուր միավորը ($Beta=-1.079$, $p=NS$): Աղյուսակ 10-ում տեսնում ենք, որ ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաներն ունենում են իրենց ազդեցությունը համամասնության և ֆորմայի խախտումների վրա (խ.1՝ $R=.457$, խ.2՝ $R=.360$), քննարկենք նաև առանձին կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում է կրկին Անմիջական հիշողության հակառակ ազդեցությունը ($Beta=-.407$, $p=NS$) և տոկոսային աստիճանի հակառակ ազդեցությունը ($Beta=-.457$, $p>0,05$): Դա խոսում է այն մասին, որ Անմիջական հիշողության և տոկոսային աստիճանի ցածր միավորները հանգեցնում են հիվանդների մոտ նկարի համամասնության խախտումների: Ստուգիչ խմբում նույնպես նկատվում է տոկոսային աստիճանի հակառակ ուժեղ ազդեցությունը ($Beta=-.944$, $p=NS$): Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը ուժեղ է ուղղահայաց դիրքից շեղման հաճախականության վրա երկու խմբերում էլ (խ.1՝ $R=.471$, խ.2՝ $R=.400$): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկարի ուղղահայաց դիրքից շեղման վրա ուժեղ հակառակ և նշանակալի ազդեցություն է ունենում Ուշադրությունը ($Beta=-.504$, $p=.01$): Ստուգիչ խմբում պատկերը այլ է, բավականին ուժեղ ազդեցություն են գործում Տեսատարածական ընկալումը ($Beta=1.179$, $p=NS$), Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=1.112$, $p<.01$) և տոկոսային աստիճանը ($Beta=1.169$, $p=NS$): Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ընդհանուր ազդեցությունը ցածր է վրիպումների հաճախականության վրա, սակայն դիտարկենք առանձին ֆունկցիաների ազդեցությունը: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ չնկատվեց ուժեղ ազդեցություն, իսկ ստուգիչ խմբում ազդեցություն ունեն Տեսատարածական ընկալումը ($Beta=.422$, $p=NS$), Ուշադրությունը ($Beta=.567$,

$p=NS$) և ուժեղ հակառակ ազդեցությունն ունեն ցուցանիշային ընդհանուր միավորը ($Beta= -.645, p=NS$) և տոկոսային աստիճանը ($Beta= -.530, p=NS$): Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը տարիքային անհամապատասխանության վրա ավելի ուժեղ է ստուգիչ խմբում (խ.1՝ $R=.295$, խ.2՝ $R=.429$): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ չի նկատվել առանձին կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցություն տարիքային անհամապատասխանության վրա, իսկ ստուգիչ խմբում ազդեցություն ունեցել է ընդհանուր ցուցանիշային միավորը ($Beta= .682, p=NS$) և հակառակ ազդեցություն է ունեցել Տեսատարածական ընկալումը ($Beta= -.716, p=NS$): Ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը նկարի անավարտության վրա թույլ է երկու հետազոտական խմբերում էլ (խ.1՝ $R=.370$, խ.2՝ $R=.247$): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում է Անմիջական հիշողության ուժեղ և նշանակալի ազդեցություն ($Beta=.613, p<0.05$), ընդհանուր ցուցանիշային միավորի հակառակ ազդեցություն ($Beta=.435, p=NS$): Ստուգիչ խմբում ազդեցություն են ունեցել Տեսատարածական ընկալումը ($Beta=.543, p=NS$) և ուշադրությունը ($Beta=.410, p=NS$) և հակառակ ուժեղ ազդեցություն է ունեցել ընդհանուր ցուցանիշային միավորը ($Beta=-.967, p=NS$):

Այսպիսով մենք քննարկեցինք RBANS թեստի ընդհանուր և առանձին սուբթեստերի ազդեցությունը մարմնի պատկերի առանձնահատկությունների մասին վկայող դետալների վրա: Այժմ վերլուծենք ընդհանուր և առանձին սուբթեստերի ազդեցությունը մարմնի պատկերի 3 հիմնական դրսևորումների վրա՝ ՄՊ խանգարում, ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտներ, նորմալ ՄՊ: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ բավականին ուժեղ է ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը ՄՊ խանգարումների ($R=.589$) և ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների ($R=.603$) վրա, և ավելի թույլ նորմալ ՄՊ վրա ($R=.359$): ՄՊ խանգարումների վրա ուժեղ հակառակ և նշանակալի ազդեցություն է ունեցել Անմիջական հիշողությունը ($Beta=-.521, p=0.05$), թույլ հակառակ, բայց ևս նշանակալի ազդեցություն է ունեցել Ուշադրությունը ($Beta=-.338, p=0.05$): Ուժեղ և նշանակալի ազդեցություն է ունեցել Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=.428, p<0.05$): Հակառակ ազդեցությունն է ունեցել նաև տոկոսային աստիճանը ($Beta=-.406, p>0.05$): Այսինքն, կարելի է ասել, որ Անմիջական հիշողության, Ուշադրության, տոկոսային աստիճանի ցածր միավորների և Հետաձգված

հիշողության բարձր միավորների դեպքում հաճախ են հանդիպում նաև ՄՊ խանգարումները: ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների դեպքում հակառակ պատկերն է, նշանակալի և ուժեղ ազդեցություն են ունենում Անմիջական հիշողությունը (Beta=.454, $p>0.05$), Ուշադրությունը (Beta=.463, $p<0.01$) և հակառակ ազդեցություն՝ Հետաձգված հիշողությունը (Beta=-.400, $p>0.05$): Այստեղ ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների վրա ազդում են Անմիջական հիշողության, Ուշադրության բարձր միավորները և Հետաձգված հիշողության ցածր միավորները: Նորմալ ՄՊ վրա կոգնիտիվ ֆունկցիաներն ուժեղ և նշանակալի ազդեցություն չեն ունեցել: Ստուգիչ խմբում ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունը ՄՊ խանգարումների վրա թույլ է ($R=.257$), սակայն առանձին կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցությունն է ուժեղ, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի: Անմիջական հիշողության (Beta=.813, $p=NS$), Տեսատարածական ընկալման (Beta=.649, $p=NS$), Լեզվական ճկունության (Beta=.557, $p=NS$) և Ուշադրության (Beta=.700, $p=NS$): ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների վրա ուժեղ հակառակ ազդեցությունն է ունեցել Անմիջական հիշողությունը (Beta=-.508, $p=NS$) և ուղիղ ազդեցություն տոկոսային աստիճանը (Beta=.522, $p=NS$): Իսկ Լեզվական ճկունությունը (Beta=-.737, $p=NS$) և Ուշադրությունը (Beta=-.525, $p=NS$) հակառակ ուժեղ, բայց ոչ նշանակալի ազդեցություն են ունեցել նորմալ ՄՊ վրա:

Այսպիսով, կարող ենք ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ՄՊ խանգարումների վրա ազդում են վատթարացած անմիջական (կարճատև) հիշողությունը, ուշադրությունը և ընդհանուր բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների թուլացած աշխատանքը: Դա կարելի է բացատրել, նրանով, որ հիվանդները դժվարանում են մարմնից եկող ազդակների վրա կենտրոնացնել ուշադրությունը և ֆիքսել դրանք, ուստի և չի ձևավորվում մարմնի վերաբերյալ ճշգրիտ պատկեր: Իսկ ՄՊ հոգ. կոնֆլիկտների վրա ավելի շատ ազդում է վատթարացած հետաձգված (երկարատև) հիշողությունը, իսկ այն հիվանդների մոտ մարմնի պատկերն ադեկվատ է, չի նկատվում որևէ կոգնիտիվ գործընթացի ուղիղ կամ հակառակ ուժեղ ազդեցություն: Իսկ ստուգիչ խմբում պատկերն այլ է, ՄՊ խանգարումների վրա ավելի շուտ ազդում են այնպիսի կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր միավորները, ինչպիսիք են անմիջական

հիշողությունը, տեսատարածական ընկալումը, լեզվական ճկունությունը, ուշադրությունը: Այս փաստը կարելի բացատրել նրանով, որ նշված կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուժեղ աշխատանքը հետևանք է դառնում մարմնից եկող ազդակների վրա չափից ավել կենտրոնացման համար, ինչը ևս բերում է մարմնի մասին ոչ ճշգրիտ պատկերի: Իսկ ՄՊ հոգ. կոնֆլիկտների վրա ազդում են անմիջական հիշողության ցածր միավորները: Այս փաստը կարելի է մեկնաբանել հետևյալ կերպ. կոգնիտիվ ֆունկցիաների թե վատթարացումը (հիվանդների մոտ) և թե համեմատաբար ուժեղ աշխատանքը (առողջների մոտ) հանգեցնում է ոչ ադեկվատ մարմնի պատկերի:

Ուսումնասիրել ենք նաև Պիկտոգրամա թեստի բոլոր գործոնների ազդեցությունը ՄՊ դրսևորումների վրա ռեգրեսիոն վերլուծության մեթոդով: Համաձայն այդ վերլուծությունների շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում է ադեկվատության գործոնի հակառակ ուժեղ ազդեցությունը ՄՊ խանգարումների վրա ($Beta=-.890$, $p=NS$): Նկատվեց նաև ադեկվատության գործոնի ուժեղ ազդեցություն նորմալ ՄՊ-ի և ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների վրա ($Beta=.890$, $p=NS$), ինչը խոսում է այն մասին, որ ադեկվատության ցածր ցուցանիշներն ուժեղ են ազդում ՄՊ խանգարումների հաճախականության վրա, իսկ բարձր ցուցանիշների դեպքում ավելի շատ է հանդիպում ադեկվատ մարմնի պատկերը: ՄՊ խանգարումների վրա ուժեղ են ազդում նաև ատրիբուտիվ մտածողությունը ($Beta=.945$, $p=NS$) և ստանդարտ մտածողությունը ($Beta=.571$, $p=NS$): Իսկ ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների և նորմալ ՄՊ-ի վրա ատրիբուտիվ մտածողությունը ($Beta=-.945$, $p=NS$) և ստանդարտ մտածողությունը ($Beta=-.571$, $p=NS$) հակառակ ուժեղ ազդեցություն են ունենում: Այսինքն ստանդարտ մտածողության և ատրիբուտիվ մտածողության գերակայման դեպքում, ավելի հաճախ նկատվում են ՄՊ խանգարումներ: Նկատվում է նաև անձնային նշանակալիության գործոնի ուժեղ հակառակ ազդեցությունը ՄՊ խանգարումների վրա ($Beta=-1.014$, $p=NS$): Անձնային նշանակալի պատկերների քանակի նվազման հետ մեկտեղ շատանում է ՄՊ խանգարումների քանակը:

Ստուգիչ խմբում ՄՊ խանգարումների վրա հակառակ ուժեղ ազդեցություն է ունենում հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը ($Beta=-.598$, $p=NS$), թույլ վերարտադրող հիշողությունը հաճախ հանգեցնում է ՄՊ խանգարումների: ՄՊ

հոգ. կոնֆլիկտների վրա առողջ հետազոտվողների մոտ ուղիղ ազդեցություն են ունենում մտածողության կոնկրետությունը ($Beta=.690$, $p=NS$) և սիմվոլիկ (երկրաչափական) մտածողությունը ($Beta=.419$, $p=NS$): Իսկ մտածողության կոնկրետության ցածր միավորների ($Beta=-.617$, $p=NS$) և սիմվոլիկ մտածողության ($Beta=-.621$, $p=NS$) ցածր միավորների դեպքում ավելի հաճախ հանդիպում է նորմալ ՄՊ: Աղեկվատության գործոնը թույլ, բայց ուղիղ և վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալի ազդեցություն է ունենում ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների վրա ($Beta=.370$, $p<0.01$): Եթե շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ՄՊ հոգ. կոնֆլիկտների վրա ուղիղ ազդեցություն էր ունենում անձնային նշանակության գործոնը, ապա ստուգիչ խմբում՝ ֆորմալ, անձնային նշանակություն չունեցող գործոնը ($Beta=.397$, $p=NS$):

4.4.5. Շիզոֆրենիայով հիվանդ և հոգեպես առողջ հետազոտվողների կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունը սեռային նույնականության վրա:

Այստեղ մենք կքննարկենք, թե որ կոգնիտիվ ֆունկցիաներն են ազդեցություն ունենում սեռային նույնականության և սեռադերային վարքի վրա: Ուսումնասիրել ենք RBANS թեստի բոլոր սուբթեստերի և Պիկտոգրամա թեստի բոլոր գործոնների ցուցանիշների ազդեցությունն Ինքնանկար և “Ով եմ ես” թեստերից ստացված սեռային նույնականության արդյունքների վրա ռեգրեսիոն վերլուծության օգնությամբ:

Նախ և առաջ ուսումնասիրենք RBANS թեստի միջոցով ուսումնասիրված կոգնիտիվ ֆունկցիաներն ինչպես են ազդում Ինքնանկար թեստի սեռային նույնականության սանդղակի վրա: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ RBANS թեստի ցուցանիշային միավորը հակառակ թույլ ազդեցությունն ունի սեռային նույնականության վրա ($Beta=-.306$, $p=NS$): Այսինքն, ըստ ռեգրեսիոն վերլուծության, կոգնիտիվ ֆունկցիաների ընդհանուր ցածր միավորները հանգեցնում են սեռային նույնականության անորոշության: Իսկ ստուգիչ խմբում հակառակ պատկերն ենք տեսնում, որոշ կոգնիտիվ ֆունկցիաների շատ բարձր միավորների դեպքում է նկատվում սեռային նույնականության անորոշություն, սակայն ազդեցությունը միջին է և վիճակագրական տեսանկյունից՝ ոչ նշանակալի: Այսպես, նկատվում է ուշադրության ազդեցությունը ($Beta=.500$, $p=NS$), անմիջական հիշողության ($Beta=.381$, $p=NS$),

տեսատարածական ընկալման ($Beta=.463$, $p=NS$) և տոկոսային աստիճանի ($Beta=.434$, $p=NS$) վրա:

Քննարկենք նաև Պիկտոգրամայի գործոնների ազդեցությունը սեռային նույնականության վրա: Հիվանդների խմբում սեռային անորոշության վրա հակառակ ազդեցություն ունեն ադեկվատության գործոնը ($Beta=-.492$, $p=NS$), կոնկրետության և վերացարկման գործոնը, այսինքն հակառակ ազդեցություն ունեն կոնկրետ ($Beta=-.880$, $p=NS$), ատրիբուտիվ ($Beta=-.519$, $p=NS$), երկրաչափական ($Beta=-1.011$, $p=NS$), պատկերները, որոնցից ամենաուժեղ հակառակ ազդեցությունն ունեն կոնկրետ և երկրաչափական պատկերները: Ուղիղ ազդեցություն ունեն նաև ֆորմալ պատկերները ($Beta=.450$, $p=NS$): Այսպիսով մենք տեսնում ենք, որ մեծ է սեռային նույնականության վրա ադեկվատության դերը, ստացվում է, որքան ցածր է ադեկվատությունը, այքան շատ է սեռային նույնականության անորոշությունը: Ինչպես նաև, որքան թույլ է վերացական և կոնկրետ մտածողությունը, այնքան նույնպես մեծ է սեռային անորոշության հավանականությունը: Որքան թույլ է անձնային նշանակալիության գործոնը, այնքան ևս շատ է հանդիպում սեռային նույնականության ճգնաժամ: Քանի որ ստուգիչ խմբում շատ քիչ է հանդիպել սեռային նույնականության անորոշություն (6.5%), տես Աղյուսակ 8, ուստի հնարավոր չէր կատարել ռեգրեսիոն վերլուծություն:

RBANS թեստի բոլոր ենթաթեստերի “Ով եմ ես” թեստերից ստացված սեռային նույնականության արդյունքների վրա ազդեցության ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքներն են.

Հիվանդների մոտ.

- Սեռի ուղղակի չեզոք բնութագրերի վրա չի նկատվել ազդեցություն,
- Սեռի ուղղակի դրական բնութագրերի վրա ազդեցություն է ունեցել տոկոսային աստիճանը ($Beta=.446$, $p=NS$), այսինքն բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների միջինից բարձր աշխատանքը նպաստում է դրական սեռային նույնականությանը,
- Սեռի անուղղակի բնորոշումների վրա ազդել է ընդհանուր ցուցանիշային միավորը ($Beta=.579$, $p=NS$), ինչը խոսում է այն մասին, որ բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուժեղ աշխատանքը կարող է նպաստել անուղղակի սեռային նույնականության, այսինքն սեռադերային վարքի արտահայտմանը:
- Սեռի բնորոշումների բացակայության վրա հակառակ ազդեցություն է ունեցել ընդհանուր ցուցանիշային միավորը ($Beta=-.537$, $p=NS$): Այսինքն, կոգնիտիվ

Ֆունկցիաների վատթարացումը համապատասխանաբար հանգեցնում է սեռային նույնականության ճգնաժամի կամ անորոշության:

Առողջների մոտ.

- Սեռի ուղղակի չեզոք բնորոշումների վրա հակառակ ազդեցություն են ունեցել Անմիջական հիշողությունը ($Beta=-.594$, $p=NS$), Լեզվական ճկունությունը ($Beta=-.785$, $p=NS$), Հետաձգված հիշողությունը ($Beta=-.406$, $p=NS$) և տոկոսային աստիճանը ($Beta=-1.071$, $p=NS$): Այսինքն, նշված կոգնիտիվ ֆունկցիաների թույլ աշխատանքի դեպքում հանդիպում ենք սեփական սեռի ընկալման հոգեբանական կոնֆլիկտների, քանի որ սեռի չեզոք բնորոշումները դեռ չեն խոսում սեռի անորոշության մասին, բայց մարդը միևնույն ժամանակ խուսափում է սեփական սեռի որևէ հուզական գնահատականից, ինչը, մեր կարծիքով, վկայում է հոգեբանական կոնֆլիկտների մասին,
- Սեռի ուղղակի դրական բնորոշումների վրա ուժեղ, բայց վիճակագրական տեսանկյունից ոչ նշանակալի ազդեցություն է ունեցել Ուշադրությունը ($Beta=.649$, $p=NS$),
- Սեռի անուղղակի բնորոշումների վրա ուղիղ ազդեցություն են ունեցել Անմիջական հիշողությունը ($Beta=.401$, $p=NS$), Տեսա-տարածական ընկալումը ($Beta=.412$, $p=NS$) և Լեզվական ճկունությունը ($Beta=.410$, $p=NS$): Այսինքն, առողջ հետազոտվողների սեռադերային վարքի համար կարևոր դեր են խաղում անմիջական հիշողությունը, տեսա-տարածական ընկալումը, լեզվական ճկունությունը
- Սեռի բնորոշումների բացակայության վրա կոգնիտիվ ֆունկցիաների ազդեցություն չի նկատվել:

Կատարել ենք նաև կորելյացիոն վերլուծություն, ըստ որի շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ “Ով եմ ես” թեստի սեռի անուղղակի բնորոշումների և RBANS թեստի Անմիջական հիշողության միջև առկա է կորելյացիոն կապ ($r=.388$, $p<0.01$): Այսինքն, սեռադերային վարքը հիվանդների մոտ փոխկապակցված է անմիջական (կարճատև) հիշողության հետ: Նկատվում է նաև սեռի բնութագրիչների բացակայության և Լեզվական ճկունության ($r=-.386$, $p<0.01$), ընդհանուր ցուցանիշային միավորի ($r=-.446$, $p<0.005$), տոկոսային աստիճանի ($r=-.394$, $p<0.01$) միջև բացասական կապ: Այսինքն, վատթարացած կոգնիտիվ ֆունկցիաների, թույլ

լեզվական հմտությունների դեպքում նկատվում է սեռային նույնականության անորոշություն:

Պիկտոգրամա թեստի բոլոր գործոնների “Ով եմ ես” թեստերից ստացված սեռային նույնականության արդյունքների վրա ազդեցության ռեգրեսիոն վերլուծությունը ցույց տվեց որ.

Հիվանդների մոտ.

- Սեռի ուղղակի չեզոք բնորոշումների վրա ազդեցություն է ունեցել աղեկվատության գործոնը ($Beta=.559$, $p=NS$), հակառակ ազդեցություն է ունեցել հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը ($Beta=-.472$, $p=NS$): Հակառակ ազդեցություն են ունեցել նաև կոնկրետ ($Beta=-.378$, $p=NS$), ատրիբուտիվ ($Beta=-1.027$, $p=NS$) և սիմվոլիկ (երկրաչափական պատկերներ) ($Beta=-.590$, $p=NS$) մտածողության տեսակները, իսկ մետաֆորիկ մտածողությունն ուղիղ ազդեցություն՝ ($Beta=.488$, $p=NS$): Ուղիղ ազդեցություն են ունեցել հաճախականության գործոնի բոլոր պատկերները՝ ստանդարտ ($Beta=.550$, $p=NS$), կրկնվող ($Beta=.458$, $p=NS$), ինքնատիպ ($Beta=.729$, $p=NS$): Դա նշանակում է, որ ստանդարտ, կրկնվող և ինքնատիպ պատկերների հավասարաչափ բաշխվածության դեպքում կարելի է խոսել սեռի չեզոք բնորոշումների մասին: Հակառակ ազդեցություն է ունեցել անձնային նշանակության գործոնը ($Beta=-.445$, $p=NS$): Այսինքն, անձնային նշանակալի պատկերների քիչ քանակի դեպքում նկատվում է սեռի ուղղակի չեզոք բնորոշումների մեծ քանակ,
- Սեռի ուղղակի դրական բնորոշումների վրա ազդեցություն է ունենում հիշողության վերարտադրման արդյունավետությունը ($Beta=.383$, $p=NS$), բավականին ուժեղ ազդեցություն է ունենում սիմվոլիկ մտածողությունը (երկրաչափական պատկերներ) ($Beta=.823$, $p=NS$), հակառակ ազդեցություն են ունենում կրկնվող պատկերները ($Beta=-.666$, $p=NS$),
- Սեռի անուղղակի բնորոշումների վրա ուժեղ ազդեցություն է ունենում աղեկվատության գործոնը ($Beta=.786$, $p=NS$), հակառակ ուժեղ ազդեցություն են ունենում ատրիբուտիվ ($Beta=-.784$, $p=NS$) և մետաֆորիկ ($Beta=-.892$, $p=NS$) պատկերները,

- Սեռի բնորոշումների բացակայության դեպքում նկատվում է ադեկվատության գործոնի (Beta=-.750, p=NS) և հիշողության վերարտադրման արդյունավետության (Beta=-.533, p=NS) հակառակ ազդեցություն: Ուղիղ ազդեցություն է ունենում վերացական մտածողությունը (մետաֆորիկ պատկերներ) (Beta=.797, p=NS): Սեփական սեռի ընկալման անորոշության կամ սեռային նույնականության ճգնաժամի վրա ազդում են ստանդարտ պատկերների մեծ քանակը (Beta=.412, p=NS) և ինքնատիպ պատկերների քիչ քանակը (Beta=-.579, p=NS), այսինքն, այդ դեպքում, կարող ենք ասել, վատթարացած ստեղծագործական մտածողությունը:

Առողջների մոտ.

- Սեռի ուղիղ չեզոք բնորոշումների վրա ազդեցություն ունի միայն ստեղծագործական մտածողությունը (ինքնատիպ պատկերներ) (Beta=.746, $p > 0.05$),
- Սեռի ուղղակի դրական բնորոշումների վրա ուժեղ հակառակ ազդեցություն ունի վերացական-սիմվոլիկ մտածողությունը (մետաֆորիկ պատկերներ (Beta=-1.108, p=NS) և երկրաչափական պատկերներ (Beta=-.735, p=NS)),
- Սեռի անուղղակի բնորոշումների վրա հակառակ ազդեցություն ունեն մտածողության թե կոնկրետ-առարկայական և թե վերացական-սիմվոլիկ տեսակները. կոնկրետ (Beta=-.575, p=NS), ատրիբուտիվ (Beta=-1.062, p=NS), երկրաչափական (Beta=-.759, p=NS) և մետաֆորիկ (Beta=-.697, p=NS),
- Սեռի բնորոշումների բացակայության վրա ազդեցություն են ունենում կոնկրետ (Beta=.420, p=NS), ատրիբուտիվ (Beta=.887, p=NS) և վերացական (Beta=1.122, p=NS) պատկերները: Ինչպես նաև նկատվում է ֆորմալ պատկերների բավականին ուժեղ ազդեցություն (Beta=.915, p=NS), այսինքն անձնային-հուզական ոլորտի թույլ արտահայտվածությունը հանգեցնում է սեռային նույնականության անորոշության, ճգնաժամի:

4.5. Հետազոտության արդյունքների ամփոփում

Մեր հետազոտության շրջանակներում կիրառած կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրության մեթոդիկաներն արտացոլում են շիզոֆրենիայով հիվանդների և ստուգիչ խմբի կոգնիտիվ ֆունկցիաների հիմնական առանձնահատկությունները և դրսևորումների տարբերությունները: Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուսումնասիրությունը շիզոֆրենիայով հիվանդների և հոգեպես առողջ մասնակիցների մոտ ցույց տվեց, որ ի տարբերություն ստուգիչ խմբի, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ նկատվում է բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների վատթարացում: Համեմատաբար ցածր միավորներ են գրանցվել հետաձգված (կարճատև) և հետաձգված (երկարատև) հիշողության, ուշադրության ենթաթեստերից: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մեծամասնությունը հավաքել է նվազագույն և ցածր միավորներ (40-60, 61-80) բոլոր սուբթեստերից, իսկ առողջ հետազոտվողների մեծամասնությունը՝ միջին և բարձր (81-100, 100-120+):

Ի տարբերություն ստուգիչ խմբի, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ցածր են ադեկվատության գործոնի միավորները, այսինքն հիվանդների կողմից մտապահելու համար հորինված պատկերները և դրանց բացատրությունը շատ հեռու են մեր առաջարկված հասկացության բովանդակությունից: Հիվանդները հաճախ չեն կարողանում առանձնացնել հասկացության, առարկայի առաջնային իմաստը, կենտրոնանալով դրանց երկրորդական, անէական կողմերի վրա, դրանով էլ բացատրվում է պատկերների չկապակցվածությունը: Բովանդակությանը չհամապատասխանող պատկերները հիմնականում արտահայտվել են օբյեկտների հետևյալ ընտրությամբ. բովանդակային իմաստից զուրկ, կեղծ վերացական, ընտրությունն ըստ հնչողության, կոնկրետ պատկերներ՝ վերացարկված մեկնաբանությամբ, հուզական տպավորության վրա հիմնված կոնկրետ պատկերներ: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ցածր են վերարտադրողականության գործոնի միավորները, ինչը վկայում է միջնորդավորված հիշողության վատթարացման մասին: Ըստ կորելյացիոն վերլուծության, վերարտադրողականության և ադեկվատության գործոնների միջև առկա է ուժեղ կորելյացիոն կապ ($r=.561^{**}$, $p<0.01$): Քանի որ հիվանդները մտապահման գործընթացը միջնորդավորում են անադեկվատ, այսինքն ընտրում են հիշելու հասկացության երկրորդային, ոչ էական կողմերն արտահայտող

պատկերներ, հետևաբար դրանք չեն կարողանում օգնել հետո վերհիշել, վերարտադրել հասկացությունը: Այսինքն, հիմնականում սլաքները, գծերը, կետերը, խաչերը, շրջանները, քառակուսիները, կորերը զուրկ են օբյեկտիվ բովանդակությունից և հիվանդի համար չեն ծառայում տրամաբանական կապերի և վերարտադրման միջոց: Սակայն նշենք նաև, որ հիվանդները դժվարանում են վերհիշել նաև անգամ այն պատկերները, որոնց ընտրությունն ադեկվատ էր, բացատրվում էր հիվանդի կողմից և բովանդակություն էր կրում իր մեջ:

Ելնելով վերացարկման գործոնի ուսումնասիրության արդյունքներից՝ կարող ենք ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների կոնկրետ պատկերները կամ բացակայում են ու քիչ են, այսինքն անգամ կոնկրետ հասկացությունների դեպքում նրանք կիրառում են վերացական, սխեմատիկ սիմվոլներ, կամ կոնկրետ պատկերները ծայրահեղ գերակշռող են, ինչը վկայում է որ հիվանդների մոտ թուլացած է վերացական մտածողության կարողությունը: Երբ գերակշռող են կոնկրետ պատկերները, հաճախ հիվանդների մոտ դիտվում է որևէ կոնկրետ պատկերի ստերեոտիպ անադեկվատ կրկնություն: Հիվանդները համեմատաբար քիչ են կիրառել մետաֆորիկ պատկերներ, ինչը ևս խոսում է աբստրակտ մտածելու խնդիրների մասին: Իսկ հիվանդների նկարած մետաֆորիկ պատկերները մեծամասամբ կտրված են հասկացության բովանդակությունից, կրում են դատարկ իմաստ: Շատերը բացատրում են իրենց մետաֆորիկ նկարները բարդ փիլիսոփայական գաղափարներով, բերելով գրական մեջբերումներ, բայց այդ ամենը համապատասխան չէ տրված հասկացությանը՝ արտահայտելով հիվանդի մտածողության ռեզոնյորությունը:

Ըստ հաճախականության գործոնի շիզոֆրենիայով հիվանդների 43.5% մոտ արդյունքներն ծայրահեղական են. 15.21% մոտ գերակշռում են ստանդարտ պատկերները, իսկ 28.26% մոտ՝ ինքնատիպ: Մի դեպքում հիվանդներն ունեն ստեղծագործական մտածողության դժվարություններ և օգտագործում են ստերեոտիպային կրկնվող պատկերներ, մյուս դեպքում մտածողությունը ինքնատիպ է, բայց ոչ ադեկվատ: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ անձնային նշանակալի պատկերներն ավելի շատ են հանդիպել, քան առողջ հետազոտվողների մոտ, որտեղ արտացոլվում են հիվանդների ակտուալ ապրումները, զառանցական մտքերը,

սուիցիդալ հակումները: Սակայն հիվանդների մոտ հանդիպում էր նաև մյուս ծայրահեղությունը, երբ անգամ հուզական նշանակություն ունեցող բառերի համար նկարում էին շատ ընդհանուր, չանձնավորված պատկերներ, հիվանդների 10.86%-ը ընդհանրապես չի տվել անձնային նշանակալի պատկերներ: Դա բացատրվում է նրանով, որ շատերը խուսափում էին բացվել հետազոտողի մոտ և ցույց տալ իրենց ներքին ապրումները:

Շիզոֆրենիայով հիվանդներն ի տարբերություն ստուգիչ խմբի հետազոտվողների, ինքնանույնականության ավելի քիչ բնութագրեր են տվել բոլոր ցուցանիշներում: Արդյունքները ցույց են տալիս, որ հիվանդների մեծամասնության մոտ դիտվում է սոցիալական որևէ խմբին պատկանելիության թույլ գիտակցում կամ “սոցիալական Եսի” կամ ընդհանուր ինքնանույնականության ճգնաժամ: Քանի որ “Սոցիալական Եսի” հետ սերտորեն կապված է “Կոմունիկատիվ Եսը”, ապա կարող ենք ասել, որ ինքնանույնականությունը որպես շփման սուբյեկտ, ինքնագիտակցումը որպես ընկերական խմբի անդամ և մարդկանց հետ ունեցած փոխհարաբերությունների ինքնագնահատումը ճգնաժամային է: Քանի որ սեփական ֆիզիկական նույնականության բնորոշումն ուղղակիորեն կապված է մարդու գիտակցվող ներաշխարհի սահմանների ընդլայնման հետ, քանի որ “Եսի” և “ոչ Եսի” սահմաններն ի սկզբանե անցնում են սեփական մարմնի ֆիզիկական սահմաններով, և ինքնագիտակցության համակարգի կարևոր գործոններից է, ապա հիվանդների մեծամասնության մոտ դիտվում է ֆիզիկական նույնականության ճգնաժամ, ինչն էլ բերում է ընդհանուր ինքնագիտակցության և “Ես պատկերի” վատթարացման կամ խանգարումների: Շիզոֆրենիայով հիվանդների մեծամասնության ինքնագիտակցումը որպես գործունյա սուբյեկտ (“Գործունյա Ես”) բացակայում է, և սեփական ձեռքբերումների, կարողությունների ունակությունների ինքնագնահատումը բավականին թույլ է: Արդյունքների համաձայն՝ շիզոֆրենիայով գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ արտահայտված չէ “Հեռանկարային Եսը”, հետևաբար նաև ինքնազարգացման և ինքնակատարելագործման ձգտումը, ինչպես նաև ապագայում որպես գործունյա սուբյեկտ ինքնանույնականությունը: Հիվանդների խմբում ավելի քիչ են հանդիպում “Ռեֆլեքսիվ Եսի” բնութագրեր, ի տարբերություն ստուգիչ խմբի

հետազոտվողների, ինչը ցույց է տալիս, որ առողջ հետազոտվողներն ավելի լավ են կարողանում սուբյեկտիվորեն գնահատել և գիտակցել սեփական հատկանիշները, որակները, նրանց մոտ ավելի շատ են հանդիպում էքզիստենցիալ նկարագրերը: Շիզոֆրենիայով հիվանդների 26% (12 հիվանդ) մոտ հանդիպում են հակասական բնութագրեր, այսինքն միևնույն հատկանիշի ամբիվալենտ գնահատում, առողջ մասնակիցների մոտ նույնպես կան ամբիվալենտ գնահատականներ, բայց ավելի քիչ՝ 6.5% (3 հետազոտվող): Դա կարելի է մեկնաբանել որպես հակասական “ես պատկեր”, որը բարդացնում է անձի ինքնանույնականության ձևավորումը: Կորեյացիոն վերլուծության արդյունքներից ելնելով կարող ենք ասել, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր ցուցանիշները, հատկապես կարճատև հիշողությունը, կարևոր դեր են խաղում մարդու որպես գործող սուբյեկտ ինքնաընկալման մեջ (“Գործունյա ես”): Որպես շփման սուբյեկտ ինքնաընկալման վրա կարող են ազդել տեսա-տարածական ընկալումը և կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր ցուցանիշները: Ուժեղ կապ է նկատվում երկարատև հիշողության և “Սոցիալական Եսի” միջև: “Ռեֆլեքսիվ Եսը” կապված է գրեթե բոլոր կոգնիտիվ ֆունկցիաների հետ, ինչի հիման վրա կարող ենք գալ այն եզրակացության, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաները մեծ դեր են խաղում մարդու սեփական անձնային որակների, բնավորության գծերի, վարքի առանձնահատկությունների ինքնագնահատման և ինքնագիտակցման համար:

Ուսումնասիրելով ինքնավերաբերմունքը հետազոտական երկու խմբերում՝ կարող ենք ասել, որ, շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ առավել հաճախ հանդիպում է բացասական, չեզոք և չափազանցված ինքնավերաբերմունքը, և դրա հետևանքով նրանց մեծամասնության մոտ դիտվում է ինքնանույնականության ոչ ադապտիվ վիճակը: Կորեյացիոն վերլուծությունները ցույց տվեցին, որ կոգնիտիվ ֆունկցիաների՝ կարճատև և երկարատև հիշողությունների, տեսա-տարածական ընկալման, ուշադրության բարձր միավորների դեպքում շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հաճախ նկատվում է դրական ինքնավերաբերմունք և հակառակը: Իսկ ուրճացված ինքնագնահատականի և ինքնավերաբերմունքի դեպքում շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հաճախ նկատվում է ինքնատիպ, ոչ ստանդարտ մտածողության ձևը: Ստուգիչ խմբում, համաձայն ռեգրեսիոն վերլուծության, առողջ մասնակիցների մոտ թույլ

հիշողությունը և հիշողության վերարտադրման ցածր արդյունավետությունը բացասաբար են ազդում մարդու դրական ինքնավերաբերմունքի վրա:

Ուսումնասիրել ենք նաև շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների ինքնագնահատականի առանձնահատկությունները և համեմատել հոգեպես առողջ մասնակիցների ինքնագնահատականի հետ: Ստուգիչ խմբում ադեկվատ ինքնագնահատականն ավելի շատ է հանդիպել (խ.1՝39.1%, խ.2՝ 45.6%), սակայն, ի տարբերություն մեր հիմնական խմբի հետազոտվողների, այստեղ ավելի շատ հանդիպում է բարձրացված (34.7%), քան ցածր ինքնագնահատականը (19.5%): Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ հակառակ պատկերն է. ավելի հաճախ հանդիպել է ցածր ինքնագնահատականը, ցածր ինքնահարգանքը (45.6%) և ավելի քիչ բարձրացված ինքնագնահատականը, ազդեցիվ միտումները (15.2%): Ռեգրեսիոն վերլուծությունը երկու խմբերում ցույց է տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ցածր ինքնագնահատականի վրա ազդեցություն են ունեցել ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների ցածր աստիճանը, մասնավորապես հետաձգված հիշողության ցածր մակարդակը, իսկ ադեկվատ ինքնագնահատականի վրա ազդեցություն են ունենում կոգնիտիվ ֆունկցիաների միջին և բարձր աստիճանը: Որքան ցածր են եղել ստուգիչ խմբի մոտ ընդհանուր բոլոր կոգնիտիվ գործընթացները և հետաձգված հիշողությունը, այնքան շատ է հանդիպել բարձրացված ինքնագնահատականը, այսինքն, որքան թույլ են մարդու կոգնիտիվ ֆունկցիաները, այնքան մեծ է հավանականությունը, որ ինքն իր գնահատումն անադեկվատ ուրճացված կլինի: Ըստ կորելյացիոն վերլուծության շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ որքան բարձր է ուշադրության, լեզվական ճկունության մակարդակը, այնքան շատ է հանդիպում ադեկվատ ինքնագնահատականը: Ցածր ինքնագնահատականի վրա ազդում են նաև թույլ վերացական (մետաֆորիկ պատկերներ) և կոնկրետ մտածողությունը (ատրիբուտիվ) և մտածողության ինքնատիպությունը (այս պարագայում կապված է ոչ թե ստեղծագործական և վերացական մտածողության, այլ անադեկվատ պատկերների հետ), ադեկվատության գործոնի ցածր մակարդակը: Ուրճացված ինքնագնահատականի վրա իր ազդեցությունն են ունենում ադեկվատության գործոնի, ստանդարտ պատկերների, անձնային նշանակալի և ֆորմալ պատկերների ցածր մակարդակը: Դա բացատրվում է նրանով, որ հիվանդների մտածողության անադեկվատությունը ազդում է նաև սեփական անձի ընկալման և գնահատման վրա:

Այսպիսով մենք տեսնում ենք, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագնահատականի կոգնիտիվ ֆունկցիաների դերն ու ազդեցությունը բավականին ուժեղ է:

Ինքնառեֆլեքսիայի ուսումնասիրությունը տվեց հետևյալ արդյունքները. շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների ինքնադիտումը, ինքնաճանաչումը բավականին թույլ է կամ խաթարված, նրանք դժվարանում են ճանաչել սեփական անձնային, վարքային առանձնահատկությունները, գնահատել դրանք, իսկ ստուգիչ խմբում դիտվում է ռեֆլեքսիայի զարգացման բավականին բարձր մակարդակ: Կորեյացիոն վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ռեֆլեքսիայի ցածր մակարդակը կապված է կարճատև և երկարատև հիշողության, ուշադրության, լեզվական ճկունության ցածր աստիճանի հետ, իսկ բարձր մակարդակը՝ կարճատև և երկարատև հիշողության, կոգնիտիվ ֆունկցիաների ընդհանուր բարձր աստիճանի հետ: Ստուգիչ խմբում ռեֆլեքսիայի բարձր մակարդակի վրա ուժեղ ազդեցություն է ունենում երկարատև հիշողությունը: Հիշողության դերն ինքնառեֆլեքսիայի վրա կարելի է մեկնաբանել նրանով, որ այն թույլ է տալիս երկար ժամանակ մտապահել իրադարձությունները, դրանց հետ կապված սեփական արձագանքները, հուզական և վարքային հակազդումները, որոնք էլ դառնում են վերլուծության առարկա: Ուշադրությունն էլ ունի իր կարևոր դերը, քանի որ առանց սեփական անձի վրա ուշադրության կենտրոնացման հնարավոր չէ կատարել ներհայեցողություն և ինքնավերլուծություն: Լեզվական հմտությունների վատթարացման հետևանքով ևս հնարավոր չէ ինքնառեֆլեքսիայի բարձր մակարդակ գրանցել, քանի որ մարդու ներհայեցողությունն ու ինքնավերլուծությունը, սեփական որակների և առանձնահատկությունների առանձնացումը և գիտակցումը տեղի են ունենում ներքին կամ արտաքին խոսքային ձևերով:

Սեռային նույնականության և սեռադերային տիպավորման ուսումնասիրությունների համաձայն՝ շիզոֆրենիա ունեցող 32 հիվանդների մոտ (96.6%) դիտվում է սեռային նույնականության անորոշություն, այնինչ առողջ մասնակիցների մոտ սեռային անորոշությունը հանդիպել է 3 հետազոտվողի մոտ (6.5%): Որոշակի սեռադերային վարքի յուրահատկությունների, առանձնահատկությունների իմացությունը, գիտակցումը բնորոշ է շիզոֆրենիայով հիվանդների 44%-ին և առողջ մասնակիցների 78%-ին: Սեռի ամբողջական պատկերացման բացակայություն կամ չձևավորված սեռային նույնականություն է նկատվել հիվանդների 41%-ի և առողջ հետազոտվողների 15%-ի մոտ, ինչը վկայում է

ընդհանուր նույնականության ճգնաժամի մասին: Ըստ ռեգրեսիոն վերլուծության, շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների ընդհանուր ցածր մակարդակը հանգեցնում են սեռային նույնականության անորոշության, և հակառակը, սեռադերային տիպավորման և սեռային նույնականության վրա դրական ազդեցություն ունեն ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր միավորները: Սեռային նույնականության ճգնաժամի կամ անորոշության վրա ազդում են ընդհանուր կոգնիտիվ ֆունկցիաների վատթարացումը, հիշողության վերարտադրման անարդյունավետությունը, մտածողության անադեկվատությունը, ստանդարտ մտածողությունը, թույլ զարգացած ինքնատիպ ստեղծագործական մտածողությունը: Համաձայն կորելյացիոն վերլուծությունների՝ վատթարացած կոգնիտիվ ֆունկցիաների, թույլ լեզվական հմտությունների դեպքում նույնպես նկատվում է սեռային նույնականության անորոշություն: Իսկ ստուգիչ խմբում հակառակ պատկերն ենք տեսնում. ուշադրության, անմիջական հիշողության, տեսա-տարածական շատ բարձր միավորների դեպքում է նկատվում սեռային նույնականության անորոշություն: Մեծ է սեռային նույնականության վրա նաև մտածողության ադեկվատության, վերացական և կոնկրետ մտածողության դերը, ստացվում է, որքան ցածր են նշված ֆունկցիաները, այնքան շատ է հանդիպում սեռային նույնականության անորոշությունը:

Մարմնի պատկերի ուսումնասիրության արդյունքները ցույց են տալիս, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ մարմնի պատկերի աղավաղումներ նկատվում են 82.7%-ի մոտ, մնացած 17.2%-ն ունեին ադեկվատ մարմնի պատկեր, սակայն բոլորի մոտ առկա էին մարմնի ընկալման և ընդունման հետ կապված հոգեբանական կոնֆլիկտներ: Ստուգիչ խմբում մարմնի պատկերի աղավաղումներ հանդիպել են 19.56%-ի մոտ, մնացած մասնակիցներն (80.43%) ունեին ադեկվատ մարմնի պատկեր: Սեռային նույնականության և մարմնի պատկերի կորելյացիոն վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ մարմնի ընկալումը կարող է մեծ ազդեցություն ունենալ սեփական սեռի ընկալման վրա և հակառակը: Այսինքն, կարելի է ասել, որ մարմնի ընկալումն ու սեռային նույնականությունը փոխկապակցված են և փոխապայմանավորված: Ուսումնասիրելով ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները՝ կարելի է ասել, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ ՄՊ խանգարումների վրա ազդեցություն է ունենում անմիջական հիշողության, ուշադրության և հետաձգված հիշողության ցածր մակարդակը: Դա կարելի է բացատրել նրանով, որ հիվանդները դժվարանում են

մարմնից եկող ազդակների վրա կենտրոնացնել ուշադրությունը և ֆիքսել դրանք, ուստի և չի ձևավորվում մարմնի վերաբերյալ ճշգրիտ պատկեր: Հակառակ պատկերն է դիտվում ՄՊ հոգեբանական կոնֆլիկտների դեպքում. ազդեցություն են ունենում անմիջական հիշողության, ուշադրության բարձր մակարդակը և հետաձգված հիշողության ցածր մակարդակը: Իսկ ստուգիչ խմբում պատկերն այլ է, ՄՊ խանգարումների վրա ավելի շուտ ազդում է այնպիսի կոգնիտիվ ֆունկցիաների բարձր մակարդակը, ինչպիսիք են անմիջական հիշողությունը, տեսատարածական ընկալումը, լեզվական ճկունությունը, ուշադրությունը: Այս փաստը կարելի է բացատրել նրանով, որ նշված կոգնիտիվ ֆունկցիաների ուժեղ աշխատանքը հետևանք է դառնում մարմնից եկող ազդակների վրա չափից ավել կենտրոնացման համար, ինչը ևս բերում է մարմնի մասին ոչ ճշգրիտ պատկերի: Կարելի է նշել նաև շիզոֆրենիայով հիվանդների մտածողության ադեկվատության դերը մարմնի պատկերի վրա. ադեկվատության ցածր ցուցանիշներն ուժեղ ազդեցություն են ունենում ՄՊ խանգարումների հաճախականության վրա, իսկ բարձր ցուցանիշների դեպքում ավելի շատ է հանդիպում ադեկվատ մարմնի պատկերը: Ատրիբուտիվ և ստանդարտ մտածողության գերակայման և անձնային նշանակալիության գործոնի նվազման դեպքում, ավելի հաճախ են նկատվում ՄՊ խանգարումներ:

Ստացված արդյունքները մատնանշում են պարանոիդ շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների ինքնագիտակցության վրա կոգնիտիվ ֆունկցիաների ունեցած կարևոր դերը: Հաշվի առնելով այդ դերի և ազդեցության խորքային ուսումնասիրությունների արդյունքները, հնարավոր է մշակել թիրախային թերապևտիկ ծրագրեր, որոնք կօգնեն ներազդել հիվանդների ինքնագիտակցության բաղադրիչների (ինքնավերաբերմունքի, ինքնագնահատականի, ինքնառեֆլեքսիայի, սեռային նույնականության և մարմնի պատկերի) վրա կոնկրետ կոգնիտիվ ֆունկցիաների վերականգման միջոցով:

Այսպիսով, պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների և ինքնագիտակցության վրա իրենց ունեցած ազդեցության ադեկվատ գնահատումն ու որակավորումը մեծ նշանակություն կարող են ունենալ շիզոֆրենիայով հիվանդների թե ախտորոշման, թե բուժման, թե սոցիալական վերականգնման և ռեհիստեգրացիայի հարցում:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Փորձարարական հետազոտության ամփոփումն ու մասնագիտական գրականության վերլուծությունը թույլ է տալիս կատարել մի շարք եզրակացություններ.

1. Պարանոիդ շիզոֆրենիան, հանդես գալով ճնշող մեծամասնությամբ որպես հարաճուն, հոգեկան դեֆեկտ առաջացնող փսիխոտիկ խանգարում, անմիջական և ուղիղ կապ ունի կոգնիտիվ ֆունկցիաների իջեցման և վատթարացման հետ:
2. Բացահայտվել է պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների կոգնիտիվ ֆունկցիաների վատթարացումների փոխապայմանավորվածությունը ըստ հետևյալ դրսևորումների՝ կարճատև և երկարատև հիշողության, լեզվական ճկունության և կարճատև հիշողության, լեզվական ճկունության և երկարատև հիշողության, ուշադրության և կարճատև հիշողության, հիշողության վերարտադրման դժվարությունների և մտածողության աղեկվատության:
3. Նեյրոկոգնիտիվ թեստերի լայն կիրառումը պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների շրջանակում բացահայտեց կոգնիտիվ դեֆիցիտի լայն տիրույթ.
 - 3.1. Կոգնիտիվ ֆունկցիաներն ունենում են իրենց դերն ու ազդեցությունը պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության վրա: Հետևաբար նեյրոկոգնիտիվ դեֆիցիտը բերում է ինքնանույնականության խանգարուման:
 - 3.2. Կոգնիտիվ դեֆիցիտի այնպիսի դրսևորումներ, ինչպիսիք են վատթարացած երկարատև հիշողությունը, վերացական և կոնկրետ մտածողությունը, մտածողության անաղեկվատությունը նպաստում են ցածր ինքնագնահատականի և ինքնահարգանքի ձևավորմանը:
 - 3.3. Թույլ կամ խաթարված ինքնառեֆլեքսիան փոխկապակցված է կարճատև և երկարատև հիշողության, ուշադրության, լեզվական ճկունության վատթարացման հետ:
 - 3.4. Սեռային նույնականության ճգնաժամի (անորոշության) վրա ազդում են անաղեկվատ, ստանդարտ կամ թույլ զարգացած ինքնատիպ ստեղծագործական մտածողությունը և հիշողության վերարտադրման անարդյունավետությունը, ընդ որում ըստ կորելյացիոն վերլուծությունների, այն փոխկապակցված է թույլ լեզվական հմտությունների հետ:

- 3.5. Շիզոֆրենիայով հիվանդների մարմնի պատկերի խանգարումների վրա ազդեցություն են ունենում կարճատև և երկարատև հիշողության, ուշադրության, մտածողության ադեկվատության ցածր ցուցանշները, ընդ որում մարմնի ընկալումն ու սեռային նույնականությունը նույնպես փոխկապակցված և փոխապայմանավորված են:
4. Նման կոգնիտիվ բազմազանությունը և հետերոգենությունը շիզոֆրենիայի ժամանակ մոտեցնում են մեզ շիզոֆրենիայի պաթոգենետիկ մեխանիզմների բացահայտմանը:
5. Կոգնիտիվ ֆունկցիաների ադեկվատ գնահատումն ու որակավորումը իր նշանակությունն ու դերը կարող է ունենալ շիզոֆրենիայով հիվանդների թե ախտորոշման, թե բուժման, թե սոցիալական վերականգնման և ռեինտեգրացիայի հարցում:
6. Պարանոիդ շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության նվազման աստիճանը սահմանափակում է հիվանդների սոցիալական ադապտացիան ու կենսագոծունեությունը:

Գործնական առաջարկություններ

1. Կիրառել առաջարկված RBANS թեստը շիզոֆրենիայով հիվանդների հետ միջամտությունից առաջ և հետո, կոգնիտիվ ֆունկցիաների փոփոխությունները գրանցելու նպատակով:
2. Տարաբնույթ հոգեվերականգնողական ծրագրերում հաշվի առնել կոնգնիտիվ ֆունկցիաների վերոհիշյալ փոփոխությունները հիվանդի անհատական բուժման պլան մշակելու ընթացքում
3. Մշակել շիզոֆրենիայով հիվանդների հետ աշխատող հոգեկան առողջության մասնագետների համար թերապևտիկ ծրագրեր, հաշվի առնելով ինքնագիտակցության՝ ինքնավերաբերմունքի, ինքնագնահատականի, ինքնառեֆլեքսիայի, սեռային նույնականության և մարմնի պատկերի վերականգնման կարևորությունը:
4. Մշակել թիրախային թերապևտիկ ծրագրեր, որոնք կօգնեն ներազդել հիվանդների ինքնագիտակցության նշված բաղադրիչների վրա կոնկրետ կոգնիտիվ ֆունկցիաների վերականգման միջոցով:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Բժշկական հոգեբանություն: Ուսումնական ձեռնարկ / Խ.Վ.Գասպարյան, Ն.Գ.Ազատյան և ուրիշ. – Եր.: ԵՊԲՀ, 2015. – էջ. 86-87
2. Մելիք-Փաշայան Ա. Է.. Հոգեբուծություն: Դասագիրք բժշկական բուհերի ուսանողների համար /Ա.Է.Մելիք-Փաշայան; - Եր: Երևանի Մ. Հերացու անվան պետ. բժշկ. համալս. հրատ, 2012. – էջ 134-135.
3. Սուքիասյան Ա.Հ., Մարգարյան Ա.Պ. Հոգեբուծություն: Մաս I. - Երևան, Ասողիկ, 2006. - էջ 83-84.
4. Սուքիասյան Ա.Հ., Մարգարյան Ա.Պ. Հոգեբուծություն: Մաս II. - Երևան, Ասողիկ, 2006. - էջ 111-113.
5. Адамян Л.И. Саногенная рефлексия как фактор психологической устойчивости личности: автореф. дис. канд. психол. наук. Моск. пед. гос. ун-т. – Москва, 2012. – 18 с.
6. Алексеев А. А. Особенности переживания своего тела больными шизофренией // Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2009. – С. 74-76
7. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. М.:Педагогика 1980. – т.1. – 232с.
8. Анпилова Т.С. Сравнительный анализ структурных компонентов самосознания в норме и у больных шизофренией: дис. канд. псих. наук. - М, 2006. - 200 с.
9. Арина Г.А., Николаева В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа. Междисциплинарные проблемы психологии телесности // Материалы межведомственной научно-практической конференции. Из-во Моск. Гуманит. Ун-та, 2004.
10. Архиреева Т.В. Основные направления развития Я-концепции ребенка младшего возраста // М-лы III Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 г. - СПб, 2003. - Т.1. - С. 225-228.
11. Базыма Б.А. Психология цвета: Теория и практика. - М.: Реч, 2005. - С. 83-85.
12. Башаева Е.П. Развитие личностной рефлексии в процессе подготовки будущих бакалавров педагогики: дис. канд. пед. наук/Е.П.Башаева. - Владивосток, 2010. - 157 с.

13. Березовский А.Э., Крайнова Н.Н., Бондарь Н.С. Самосознание психически больных. - Самара: Самарский университет, 2001. - 43 с.
14. Бернс Р.В. Развитие Я-концепции и воспитание. Пер. с англ. -М.: "Прогресс", 1986. - С. 32-33
15. Блейлер Е. Руководство по психиатрии / Е. Блейлер. - М.: Изд-во Независим. психиатр. ассоциации, 1993. - 544 с.
16. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов. - Москва - Воронеж, 2002. - С. 105-108.
17. Божович Л.И. Проблемы формирования личности / Под ред. Д.И. Фельдштейна. - М.: Издательство "Институт практической психологии", Воронеж: НПО "МОДЭК", 1997. - 352 с.
18. Боязитова И.В. Взаимосвязь самооценки и волевой регуляции при переходе детей от дошкольного к младшему школьному возрасту: автореф. дис. канд. психол.наук / И.В.Боязитова. - Пятигорск., 1998.
19. Васильева Т.М. Динамика структуры Я-концепции в процессе психологической коррекции у больных шизофренией: Автореф. дис. канд. псих. наук. - М, 2004.
20. Вачков И.В. Сказкотерапия. Развитие самосознания через психологическую сказку.- М.; Ось-89.- 2007. - С.17-21.
21. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. Иллюстрированное руководство.- М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. - 160 с: ил.
22. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Т.4. Детская психология // под ред. Д. Б. Элькониной. - М.: Педагогика, 1984. - С.182-132.
23. Залеская О.В. Особенности образа тела детей с бронхиальной астмой. / Залеская О.В. Даирова Р.А./ //Современные технологии диагностики, профилактики и коррекции нарушений развития /материалы научно- практической конференции, посвященной 10-летию МГПУ/ Том III М. - 2005. - С. 47
24. Зейгарник Б. В. Патопсихология. - 2-е изд., переработанное и дополненное. - М.: Издательство Московского университета, 1986. - 287с.
25. Зейгарник Б.В. Патология мышления / Б.В. Зейгарник. - М.: Издательство Московского университета, 1962. - 380 с

26. Зинченко В.П., Моргунов Е.Б. Человек развивающийся // Очерки российской психологии. - М.: Тривола, 1994. - 304 с.
27. Иванова В.В. Общие вопросы самосознания личности / В.В. Иванова. — М. : б/и, 1999.- 312 с.
28. Каган В.Е. Стереотипы мужественности-женственности и образ "Я" у подростков // Вопросы психологии. - 1989. - №3. - С. 53-62.
29. Кемпинский А. Психология шизофрении. / Пер. с польск. - СПб., 1998. - С. 30-106.
30. Клиническая психология: Учебник для вузов. 5-ое издание./ Под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2014. - Серия "Учебник для вузов". - С. 424-425
31. Клиническая психология: Учебник. 3-е издание / Под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб: Питер, Серия «Национальная медицинская библиотека», 2008. – С. 428-465.
32. Кобзова М.П. Когнитивные нарушения и проблема социальной дезадаптации при шизофрении // Психологические исследования. - 2012. - № 2(22). - С. 10. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421200116/0022.
33. Козлова Т.З. Самоидентификация некоторых социальных групп по тесту "Кто Я?" // Социальная идентификация личности. -Т.2: книга 1 / Ред.коллегия: В.А. Ядов ответст.ред. - М: Институт социологии РАН, 1994. - С. 137-138.
34. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. - 4-е изд./ Рональд Комер . - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. - 640 с.
35. Кон И.С. В поисках себя. Личность и ее самосознание. - М: Политиздат, 1984. - 335 с.
36. Кон И.С. Открытие «Я». - М.: Политиздат, 1978. - 367 с
37. Конопкин О.А., Осницкий А.К. Логика развития способности к осознанной саморегуляции произвольной активности // Ежегодник Российского психологического общества. – Материалы III Всероссийского съезда психологов, 2003. - В 8 томах. - Т.4. - С. 352-354.
38. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. – М.: Изд-во "Институт психологии РАН", 2015. – 389 с.
39. Кулиш С.Б. Расстройства половой идентификации у мужчин с психической патологией шизофренического спектра: дис. канд. мед. наук. - Москва, 2009. - 202 с.

40. Кун М., Макпартленд Т. Тест «Кто Я?» / Модификация Т.В.Румянцевой. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. — СПб., 2006. - С. 82-103.
41. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М., 1975. - 345 с
42. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. - М., 1959. - 575 с.
43. Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности.- М.: Смысл, 1997. - 64 с
44. Либин А.В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций. - М.: Смысл, 1999. - 332 с.
45. Липкина А.И. Самооценка школьника. - М.: Просвещение, 1976. - 64 с.
46. Липкина А.Н. Психология самооценки школьника: автореф. дис д-ра психол. наук. - М., 1974. - 35 с.
47. Лопес Ибор Х.Х. Восприятие и бредовое настроение // Статья 1953 г. из "Anthology of Spanish Psychiatric Texts" (eds. J.J.Lopez Ibor, C.Carbonell, J.Garrabe), WPA, 2001. / Перевод с англ. Л.Н.Виноградовой, Е.Б.Керчево.- К содержанию номера 4, 2006.
48. Матевосян С.Н. Психические расстройства с синдромом "отвергания" пола (клинико-феноменологические и лечебно-реабилитационные аспекты) автореф. дисс. канд. мед. наук: 19.00.18 / С.Н. Матевосян . - Москва, 2005.
49. Махвер К. Проективный рисунок человека / Пер. с англ. - М.: Смысл, 1996. - 158с.
50. Мейли Р. Различные аспекты Я. // Психология личности. Тексты. Под редакцией Я.Б.Гиппенейтер, А.А. Пузыряя.- М.: Изд-во МГУ, 1982,с.139
51. Мелик-Пашаян М. А. Дефект и компенсация при шизофрении и атеросклерозе»: (Соотношение осознаваемых и неосознаваемых процессов) / М. А. Мелик-Пашаян; Под ред. А. А. Меграбяна. - Ер., Айастан: 1983. - 154 с.
52. Менделевич. В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В.Д. Менделевич. - 6-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С.223-225.
53. Мерлин В.С. Самосознание // Проблемы экспериментальной психологии личности: Уч. записки. - Т.77. - Вып.6. - Пермь, 1970. - С. 164-192.
54. Мерлин, В.С. Психология индивидуальности / В.С. Мерлин // Избр. психол. тр. М.; Воронеж, 1996. - 446 с.

55. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психологический журнал. - 1995. - Т. 23. - №6.
56. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. – 4-е издание. - М.: Издательский центр «Академия», 1999. - 456 с.
57. Мухина В.С. Личность: мифы и реальность // М-лы III Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 г. - СПб, 2003. - Т.5. - С. 518-523.
58. Непомнящая Н.И. Ценностность как личностное основание: Типы. Диагностика. Формирование. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. – 176с.
59. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Независимое сравнительное исследование // Независимый психиатрический журнал: Часть 1. Вестник НПА. - М.: Альба-Пресс, 2004. - N4. - С. 51-58. - ISSN 1028-8554 (Шифр Н112797/2004/4).
60. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Независимое сравнительное исследование // Независимый психиатрический журнал: Часть 2. Вестник НПА. - М.: Альба-Пресс, 2005. - N4. - С. 35-41. - ISSN 1028-8554 (Шифр Н112797/2005/4).
61. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Независимое сравнительное исследование // Независимый психиатрический журнал: Часть 3. Вестник НПА. - М.: Альба-Пресс, 2005. - N2. - С. 34-45. - ISSN 1028-8554 (Шифр Н112797/2005/2).
62. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Независимое сравнительное исследование // Независимый психиатрический журнал: Часть 4-я. Заключение. Вестник НПА. - М.: Альба-Пресс, 2005. - N3. - С. 12-17. - ISSN 1028-8554 (Шифр Н112797/2005/3).
63. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – Москва: «Медицина», 1974. - С. 10-135.
64. Психологические проблемы самореализации личности. Сборник / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. – СПб.: Издательство С. – Петербургского университета, 1997. – С. 72.

65. Психология самосознания // Хрестоматия / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. - Самара: Издательский Дом "БАХРАХ-М", 2000. - 672 с.
66. Ратанова Т.А. Когнитивная дифференцированность как основа личностного развития // М-лы III Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 г. - СПб, 2003. - Т.6. - С. 503-507.
67. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс, Универс, 1994. - 480 с.
68. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии - СПб: Издательство "Питер", 2007. - 713 с.- (Серия "Мастера психологии")
69. Рубинштейн С.Л. Самосознание личности и ее жизненный путь// Психология личности. Тексты / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузырея. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. С. 127–131.
70. Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия / Под ред. Д.Я. Райгородский. - Самара: Издательский Дом "БАХРАХ-М", 2003. - 656 с.
71. Скрипка Е. Ю. Исследования нарушений познавательных процессов при шизофрении в клинической психологии / Е. Ю. Скрипка // Молодой ученый. — 2011. — №11. Т.2. — С. 107-110.
72. Скрипка Е. Ю. Особенности ассоциативного процесса у больных простой и параноидной формами шизофрении / Е. Ю. Скрипка // Молодой ученый. — 2011. — №11. Т.2. — С. 111-113.
73. Слотина Т.В. Психология личности. - СПб.: Питер, 2008. - С. 33-54.
74. Современный психологический словарь / Под ред. Б.Г.Мещерякова, В.П. Зинченко. - АСТ; АСТ-Москва; Прайм-Еврознак; Москва; СПб, 2008.- С. 437-438. - С. 573.
75. Соколова Е.Т. Аффективно-когнитивная дифференцированность / интегрированность как диспозиционный фактор личностных и поведенческих расстройств // Теория развития: Дифференционно-интеграционная парадигма / сост. Н.И.Чуприкова. - М.: Языки славянских культур, 2009. - С. 151-166
76. Стернина Т.З. Понимание эмоциональных состояний другого человека детьми с нарушением умственного развития // Дефектология. - 1988. -№ 3. - С. 8-15.

77. Столин В. В. Самосознание личности. - М.: Изд-во Московского университета, 1983. — 284 с.
78. Тепеницына Т.И. Психологическая структура резонерства / Т.И. Тепеницына // В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М. : Просвещение, 1965. - 310 с.
79. Филиппова Г.Г. Перспективы изучения зачатков самосознания у высших млекопитающих // М-лы III Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 г. - СПб, 2003. - Т.8. - С.55-58.
80. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. - 3-е изд., переработанное и дополненное. - СПб., 2003. - 120с.
81. Херсонский Б.Г. Пиктограмма как метод изучения личности в норме и при некоторых нервно-психических заболеваниях: Метод. реком. - Л., 1984. - 24с.
82. Холмогорова А.Б. Зейгарник Б.В., Нарушения саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии. - 1985. - № 12. - С. 1813-1819.
83. Худобина Е.Ю. Соотношение эмоционального и когнитивного компонентов самооценки у младших школьников: автореф. дис. канд. психол.наук / Е.Ю. Худобина. М., 1988. - 22 с.
84. Цукерман Г.А., Мастеров Б.М. Психология саморазвития - М.: Интерпракс, 1995. - 288 с.
85. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. - М.:Наука, 1977. - 142 с.
86. Чеснокова И.И. Самосознание, саморегуляция, самодетерминация личности // Проблемы психологии личности: Советско-финский симпозиум. - М.: Наука, 1982. - С. 121-126.
87. Чеснокова, И.И. Психологическое исследование самосознания // Вопросы психологии. - М., 1984. - N 5. - с. 162-164
88. Чуприкова Н.И. Психология умственного развития: Принцип дифференциации. - М.: АО "СТОЛЕТИЕ", 1997.- 480 с.
89. Шатайло, Н. А. О психологических и патопсихологических подходах к понятию бреда (По поводу статьи Ричарда Гипса и Билла Фулфорда "Понимание клинической концепции бреда: путь от изолирующей и вовлекающей эпистемологии"):

- научное издание / Н. А. Шатайло // Независимый психиатрический журнал. - 2008. - N2. - С. 61-63
90. Шатилло Е. Н. Расстройства схемы тела при современных формах шизофрении: клиническая иллюстрация // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев–Харьков, 2010. — Т. 5.
91. Шевченко А.В. Особенности самосознания и условия его формирования у дошкольников с задержкой психического развития: дис. канд. псих. наук : 19.00.10. - Иркутск, 2008. - 168 с.
92. Юнг, К.Г. Работы по психиатрии / К.Г. Юнг. - Перевод с Journal of Mental Science (London) LXXXV (1939) 999-1011, В. Зеленский. - Спб.: Гуманитарное агентство "Академический проект", 2000. URL: <http://www.lib.ru/PSIHO/JUNG/workpsychiat.txt>
93. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. - М.: «Практика», 1997. -1056 с.
94. Addington J. Positive and negative symptoms of schizophrenia / J. Addington, D. Addington // Schizophrenia Research, 1991. - Vol. 5. - P. 51-59
95. Aleman A. Neurocognitive Basis of Schizophrenia: Information Processing Abnormalities and Clues for Treatment. Hindawi Publishing Corporation // Advances in Neuroscience. - Volume, 2014, Article ID 104920. - 15p. URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/104920>
96. Aleman A., Hijman R., de Haan E.H., Kahn R.S. Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis // Am J Psychiatry. - 1999 Sep. - Vol. 156, N. 9. -P.1358-1366.
97. American Psychological Association. (2002). American Psychological Association ethical principles of psychologists and code of conduct. - Retrieved July 5, 2010. URL: <http://www.apa.org/ethics/code/code.pdf>.
98. Azizian, A., Yeghiyan, M., Ishkhanyan, B., Manukyan, Y., & Khandanyan, L. Clinical validity of the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status among

- patients with schizophrenia in the Republic of Armenia // Archives of Clinical Neuropsychology. - 2011. - Vol. 26, N. 2. - P. 89-97.
99. Beaver K.M, Wright J.P, Delisi M. Self-control as an executive function: Reformulating Gottfredson and Hirschi's parental socialization thesis // Criminal Justice and Behavior. - 2007. - Vol. 34, N.10. - P. 1345-1361.
100. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. - New York: International Universities Press, 1976. - 356 p.
101. Beck A., Freeman A. Cognitive Therapy of Personality Disorders. - New York: Guilford Press, 1990. - 396 p.
102. Bellack A. S. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: is it possible? Is it necessary? // Schizophr.Bull. - 1992.-Vol.18, N.1. - P. 51-57.
103. Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörungen der Dementia Praecox und der hypophrenen überhaupt.- Leipzig, Germany: Franz Deuticke, 1914.
104. Bleuler E. In: Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias / Zinkin J, editor. - New York, NY: International Universities Press, 1950. (Original work published in 1911)
105. Boudewyn M.A., Carter C.S., Swaab T.Y. Cognitive Control and Discourse Comprehension in Schizophrenia // Schizophr Res Treatment. - 2012; 2012:484502.
106. Braff D.L., Saccuzzo D.P. Information processing abnormalities // Schizophrenia Bulletin. - 1986. - Vol. 12, N. 3. - P. 447-459
107. Brébion G., Amador X., Smith M.J., Gorman J.M. Mechanisms underlying memory impairment in schizophrenia // Psychol Med. - 1997. - Vol. 27(2). - P. 383-393. [PubMed]
108. Brenner H.D. On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. In Strauss J. S., Boker W., Brenner H.D., eds. //Psychological Treatment of Schizophrenia . - Toronto, Hans Huber, 1987. - P.136-151.
109. Brenner H.D., Hodel B., Corrigan P. The treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia // Schizophr.Bull. - 1992.-Vol.18, N.1. - P.21-26
110. Bressi S., Miele L., Bressi C. Deficits of central executive component of working memory in schizophrenia // New Trends Exp Clin Psychiatry. - 1996. - Vol. 12, N. 4. - P.243-252.

111. Broga M. I., Neufeld R. W. Evaluation of information sequential aspects of schizophrenic performance: Framework and current findings // *J Nerv Ment Dis.* – 1981. – Vol. 169 (9). –P. 569-579.
112. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 2003. Vol. 84(4). – P. 822–848. [PubMed]
113. Cahn B.R., Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies // *Psychological Bulletin.* – 2006. – Vol. 132(2). – P. 180–211.
114. Calev A. Recall and recognition in chronic nondemented schizophrenics: Use of matched tasks // *Journal of Abnormal Psychology.* - 1984. - Vol. 93(2). – P. 172-177.
115. Carson R. C., Coleman J. C., Butcher J. N. *Abnormal Psychology and Modern Life* Eighth Edition. (8, 8th) / Published by Scott, Foresman and Company. - Glanview, Illinois, Boston, London, 1988. - P. 327-337
116. Carver C. S. “Self-awareness”. In *Handbook of self and identity* / Edited by: Leary M. R. and Tangney J. P. - New York, NY: Guilford Press, 2003. – P. 179–196.
117. Cassetta B, Goghari V. Theory of mind reasoning in schizophrenia patients and non-psychotic relatives // *Psychiatry Res.* - 2014. – Vol. 218, Is. 1-2. – P. 12–19.
118. Chambers R., Chuen Yee Lo B., Allen N.B. The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect // *Cognitive Therapy and Research.* – 2008. –Vol. 32(3). – P.303–322.
119. Cirillo M.A., Seidman L.J. Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain mechanisms // *Neuropsychol Rev.* – 2003. – Vol. 13(2). – P. 43-77.
120. Cohen J.D., Barch D.M., Carter C., Servan-Schreiber D. Context-processing deficits in schizophrenia: converging evidence from three theoretically motivated cognitive tasks // *J Abnorm Psychol.* – 1999. – Vol. 108(1). – P.120-133
121. Colle L., Angeleri R., Vallana M., Sacco K., Bara B.G., Bosco F.M. Understanding the communicative impairments in schizophrenia: a preliminary study // *J Commun Disord.* – 2013. – Vol. 46 (3). – P. 294-308.
122. Cornblatt B.A., Risch N.J., Faris G., Friedman D., Erlenmeyer-Kimling L. The Continuous Performance Test, identical pairs version (CPT-IP): I. New findings about

- sustained attention in normal families // *Psychiatry Res.* – 1988. – Vol. 26(2). – P. 223–238.
123. D'Argembeau A., Raffard S., Van der Linden M. Remembering the past and imagining the future in schizophrenia // *J Abnorm Psychol.* – 2008. 117(1). – P. 247–251.
124. David S.B., Randye J.S., Pallav P., Jerry L.G.. Component Processes of Executive Function—Mindfulness, Self-control, and Working Memory - and Their Relationships with Mental and Behavioral Health // *Mindfulness* (N Y). – 2011. – Vol. 2(3). – P. 179–185.
125. Davidson L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia.* - New York, NY: New York University Press, 2003. - 227 p.
126. Duval T. S., Silvia P. J. *Self-awareness and causal attribution: A dual systems theory.* - Boston, MA: Kluwer Academic, 2001. - 179 p. [CrossRef]
127. Engle R.W., Tuholski S.W., Laughlin J.E., Conway A.R. Working memory, short-term memory, and general fluid intelligence: A latent-variable approach // *Journal of Experimental Psychology.* - 1999. Vol. 128(3). P. 309. [PubMed]
128. Frankel B. Groups for the chronic mental patient and the legacy of failure // *Int J Group Psychother.* – 1993. – Vol.43(2). – P.157–172. [PubMed]
129. Freud S. *An Infantile Neurosis and Other Works* / Strachev A, Strachev J, translators. – Vol XVII. -London, UK: Hogarth Press, 1955. *Collected Papers.* – P. 209–210.
130. Freud, S. (1914). On Narcissism. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works,* - P.73-74
131. Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure // *Schizophr Res.* – 2007. – Vol.93 (1-3). – P.253–260.[PubMed]
132. Gernsbacher M.A., Tallent K.A., Bolliger C.M. Disordered discourse in schizophrenia described by the structure building framework // *Discourse Studies.* – 1999. – Vol. 1(3). – P. 355–372.

133. Gibbons F.X. Self-attention and behavior: A review and theoretical update // *Advances in Experimental Social Psychology*. - 1990. - Vol. 23: 249–303. [CrossRef], [Web of Science ®]
134. Gold J. M., Randolph Ch., Carpenter C. J., Goldberg T. E., Weinberger D. R. Forms of memory failure in schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1992. –Vol. 101(3). –P. 487-494.
135. Gold J.M., Carpenter C., Randolph C., et al. Auditory working memory and Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry*. – 1997. –Vol. 54. – P. 159–65.
136. Gold J.M., Thaker G.K. Cognitive phenotypes of schizophrenia: Attention // *J Nerv Ment Dis*. - 2002. –Vol.190. P. 638-639.
137. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *American Journal of Psychiatry*. – 1996. – Vol.153(3). P. 321–330. [PubMed]
138. Green M.F. *Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective: Probing the Impenetrable Darkness*. - Boston, MA, Allyn and Bacon 1998.
139. Green M.F., Kern R.S., Braff D.L., Mintz J. Review Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? // *Schizophr Bull*. - 2000. – Vol. 26(1). P. - 119-136.
140. Gross G. The “basic” symptoms of schizophrenia // *Br J Psychiatry*. – 1989. - Vol.155. – P. 21–25.
141. Hahn B., Robinson B.M., Kaiser S.T., Matveeva T.M., Harvey A.N., Luck S.J., Gold J.M. Kraepelin and Bleuler Had It Right: People With Schizophrenia Have Deficits Sustaining Attention Over Time // *J Abnorm Psychol*. - 2012. – Vol. 121(3). - P. 641–648. [PubMed]
142. Hall J., Harris J.M., McKirdy J.W., Johnstone E.C., Lawrie S.M. Emotional memory in schizophrenia // *Neuropsychologia*. – 2007. – Vol. 45. – P. 1152–1159.
143. Hardoy M.C., Carta M.G., Catena M., Hardoy M.J., Cadeddu M., Dell'Osso L., Hugdahl K., Carpiniello B. Impairment in visual and spatial perception in schizophrenia and delusional disorder // *Psychiatry Res*. – 2004. – Vol. 127(1-2). – P.163-166.

144. Haug E., Lien L., Raballo A., et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders // *J Nerv Ment Dis.* – 2012. – Vol. 200. – P. 632–636
145. Haug E., Øie M., Melle I., Andreassen O.A., Raballo A., Bratlien U., Lien L., Møller P. The association between self-disorders and neurocognitive dysfunction in schizophrenia // *Schizophr Res.* – 2012. – Vol.135(1-3). – P. 79-83.
146. Heinrichs R.W. *In search of madness: Schizophrenia and Neuroscience.* – New York, NY: Oxford University Press, 2001.
147. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia. A quantitative review of the evidence // *Neuropsychology.* – 1998. – Vol. 12. – P. 426–445. [PubMed]
148. Henriksen M.G., Parnas J. Self-disorders and Schizophrenia: A Phenomenological Reappraisal of Poor Insight and Noncompliance // *Schizophr Bull.* – 2014. – Vol. 40(3). – P. 542–547.
149. Herbener E. S. Emotional Memory in Schizophrenia // *Schizophr Bull.* – 2008. – Vol. 34(5). –P. 875–887.
150. Horan W.P., Green M.F., Kring A.M., Neuchterlein K.H. Does anhedonia in schizophrenia reflect faulty memory for subjectively experienced emotions? // *J Abnorm Psychol.* – 2007. – Vol. 102. – P.507–517. [PubMed]
151. Huber G. ‘Cenesthetic schizophrenia’: A subtype of schizophrenic disease // *Neurol Psychiatry Brain Res.* – 1992. – Vol. 1. – P. 54–60.
152. Huber G., Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses // *Recenti Prog Med.* – 1989. – Vol. 80. – P.646–652. [PubMed]
153. International Test Commission. International Test Commission guidelines for Translating and Adapting Tests (version 2). – 2010. URL: <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>.
154. Jenkins G., Röhrich F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review // *Psychopathology.* – 2007. – Vol. 40(5). – P.361-368.

155. Jha A.P., Stanley E.A., Kiyonaga A., Wong L., Gelfand L. Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience // *Emotion*. – 2010. – Vol. 10(1). – P.54–64. [PubMed]
156. Karoly P. Mechanisms of self-regulation: a view systems // *Annu. Rev, Psychol.* – 1993. – Vol.44. – P. 23-52.
157. Kato S. Psychopathological study of hypochondrico-cenesthopathic symptoms in schizophrenia. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 1994. – Vol. 96. – P. 174–219. [PubMed]
158. Keefe R., Arnold M., Bayen U., McEvoy J., Wilson W. Source monitoring deficits for self-generated stimuli in schizophrenia: multinomial modeling of data from three sources // *Schizophr Res.* – 2002. – Vol. 57. – P. 51–67. [PubMed]
159. Keefe R.S., Roitman S.E., Harvey P.D., et al. A pen-and-paper human analogue of a monkey prefrontal cortex activation task: spatial working memory in patients with schizophrenia // *Schizophr Res.* – 1995. – Vol. 17. – P. 25–33.
160. Kerns J.G., Berenbaum H. Cognitive impairments associated with formal thought disorder in people with schizophrenia // *J Abnorm Psychol.* – 2002. – Vol. 111(2). – P. 211-224.[PubMed]
161. Klapp O.E. *Collective search for identity*. – N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, 1969. – 383 p.
162. Klosterkötter J. The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychoses // *Neurol Psychiatr Brain Res.* – 1992. – Vol. 1. – P. 30–41.
163. Klosterkötter J., Hellmich M., Steinmeyer E.M., Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase // *Arch Genl Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58(2). – P. 158-164.
164. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Edinburgh, UK: E. & S. Livingston; 1919.
165. Kuperberg G.R., Deckersbach T., Holt D.J., Goff D., West W.C. Increased temporal and prefrontal activity in response to semantic associations in schizophrenia // *Archives of General Psychiatry.* – 2007. – Vol. 64(2). – P. 138–151.

166. Kuperberg G.R., Kreher D.A., Ditman T. What can event-related potentials tell us about language, and perhaps even thought, in schizophrenia? // *International Journal of Psychophysiology*. – 2010. – Vol. 75(2). – P. 66–76.[PMC free article] [PubMed]
167. Kurtz M.M., Ragland J.D., Bilker W., Gur R.C., Gur R.E. Comparison of the continuous performance test with and without working memory demand in healthy controls and patients with schizophrenia // *Schizophr Res*. – 2001. – Vol. 48. – P. 307-316. [PubMed]
168. Lesh T.A., Niendam T.A., Minzenberg M.J., Carter C.S. Cognitive Control Deficits in Schizophrenia: Mechanisms and Meaning // *Neuropsychopharmacology*. – 2011. – Vol. 36(1). – P. 316–338. [PubMed]
169. Logan G.D. Executive control of thought and action // *Acta Psychologica*. -1985. – Vol. 60(2–3). – P. 193–210.
170. Lorente-Rovira E., Pomarol-Clotet E., McCarthy R.A., Berrios G.E., McKenna P.J. Confabulation in schizophrenia and its relationship to clinical and neuropsychological features of the disorder // *Psychol Med*. – 2007. – Vol. 37(10). – P. 1403-1412.
171. Lorente-Rovira E., Santos-Gómez J.L., Moro M., Villagrán J.M., McKenna P.J. Confabulation in schizophrenia: a neuropsychological study // *J Int Neuropsychol Soc*. – 2010. – Vol. 16(6). – P. 1018-1026.
172. Lorenz M. Expressive form in schizophrenic language // *Archives of Neurology and Psychiatry*. - 1957. - T 78. - P. 643-652.
173. Luck S.J., Gold J.M. The construct of attention in schizophrenia // *Biol Psychiatry*. - 2008. – Vol. 64. – P. 34-39. [PubMed]
174. Lukianowicz N. Body image disturbances in psychiatric disorders // *Brit. J. Psychiat*. – 1967. – Vol. 113. – P. 31-47.
175. Magaro P.A. *Cognition in Schizophrenia and Paranoia: The Integration Processes*. - Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1980.
176. Magaro P.A. Psychosis and schizophrenia. In: Spaulding W.D. and Cole J.K. eds. *Theories of Schizophrenia and Psychosis*. - Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1984. - P. 135-178.

177. Manna A., Raffone A., Perrucci M.G., Nardo D., Ferretti A., Tartaro A., et al. Neural correlates of focused attention and cognitive monitoring in meditation // *Brain Research Bulletin*. – 2010. – Vol. 82(1–2). – P. 46–56.[PubMed]
178. Marousarz T.Z., Koh S.D. Contextual effects on the short-term memory retrieval of schizophrenic young adults // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1980. – Vol.89. – P. 683-690.
179. Matthews J.R., Barch D.M. Episodic memory for emotional and non-emotional words in schizophrenia // *Cogn Emot*. – 2004. – Vol.18. – P. 721–740.
180. McCarley R.W., Shenton M.E., O'Donnell B.F., Nestor P.G. The psychology of schizophrenia and the biology of temporal lobe abnormalities // *Harvard Rev Psychiatry*. – 1993. – Vol. b;1. – P. 36–57.
181. McGorry P.D., Phillips L., Crump N., Yung A., Adland S., McDonald A. Predicting early transition to psychosis in young people at high risk // *Curr Opin Psychiatry*. -1999. – Vol. 12. – P. 254–258.
182. Mossaheb N., Aschauer H.N., Stoettner S., Schmoeger M., Pils N., Raab M., Willinger U. Comprehension of metaphors in patients with schizophrenia-spectrum disorders // *Compr Psychiatry*. – 2014. - Vol. 55(4). - P. 928-937.
183. Mowlavi A., Lille S., Andrews K., Yashar S., Schoeller T., Weschelberger G., Anderson R. Psychiatric patients who desire aesthetic surgery: identifying the problem patient // *Annals of plastic surgery*. – 2000. - Vol. 44, №1.
184. Nelson B., Thompson A., Yung A.R. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population // *Schizophr Bull*. – 2012. – Vol. 38. – P. 1277–1287 [PMC free article] [PubMed]
185. Nelson B., Whitford T.J., Lavoie S., Sass L.A. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia? Integrating phenomenology and neurocognition: Part 2 (aberrant salience) // *Schizophr Res*. – 2014. – Vol. 152(1). – P. 20–27.
186. Nuechterlein K.H., Barch D.M., Gold J.M., Goldberg T.E., Green M.F., et al. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia // *Schizophr Res*. - 2004. – Vol. 72. – P. 29-39. [PubMed]

187. Nuechterlein K.H., Dawson M.E. Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders // *Schizophrenia Bulletin*. - 1984. - Vol. 10. - P. 160–203.
188. Nuechterlein K.H., Green M.F., Kern R.S., Baade L.E., Barch D.M., et al. The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity // *Am J Psychiatry*. - 2008. - Vol. 165. P. 203-213. [PubMed]
189. Park S., Matthews N., Gibson C. Imitation, simulation and schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. - 2008. - Vol. 34(10). - P. 698–705.
190. Parnas J., Handest P., Jansson L., Saebye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation // *Psychopathology*. - 2005. - Vol. 38(5). - P. 259–267. [PubMed]
191. Persons J.B., Baron J. Process underlying formal thought disorders in psychiatric inpatients // *Journal of Nervous and Mental Disease*. - 1985. - Vol.173(11). - P. 667-675.
192. Posada A., Franck N., Augier S., Georgieff N., Jeannerod M. Altered processing of sensorimotor feedback in schizophrenia // *CR Biol*. - 2007. - Vol. 330(5). - P. 382–388. [PubMed]
193. Posne M.I., Rothbart M.K. Developing mechanisms of self-regulation // *Development and Psychopathology*. - 2000. - Vol. 12(3). - P. 427–441. [PubMed]
194. Priebe S., Röhrich F. Specific body image pathology in acute schizophrenia // *Psychiatry Res*. - 2001. - Vol. 101(3). - P. 289-301.
195. Raballo A., Sæbye D., Parnas J. Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study // *Schizophr Bull*. - Mar 2011. - Vol. 37, N. 2. - P. 344–351.
196. Raballo A., Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self // *Schizophr Bull*. - 2011. - Vol. 37. - P. 1017–1026. [PMC free article] [PubMed]
197. Rajender G., Kanwal K., Rathore D.M., Chaudhary D.. Study of cenesthesias and body image aberration in schizophrenia // *Indian J Psychiatry*. - 2009. - Vol. 51(3). - P. 195–198.
198. Randolph C. RBANS Manual - Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status. - San Antonio, TX: The Psychological Corporation (Harcourt), 1998.

199. Riechenberg A., Harvey P.D. Neuropsychological impairments in schizophrenia: integration of performance-based and brain imaging findings // *Psychol Bull.* – 2007. – Vol.133. – P. 833–858. [PubMed]
200. Rogers C. A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework / In (ed.) S. Koch // *Psychology: A Study of a Science. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context* - New York: McGraw Hill, 1959. – P. 184-256.
201. Sadock B.J., Sadock V.A., Kaplan H.I. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. - Volume 1. - Lippincott Williams & Wilkins, 2005. - 4179 p.
202. Samuel S.C. Enhancing self-concept in early childhood. - N.Y., 1977.
203. Sass L.A. Schizophrenia, self-experience and the so called negative symptoms / In: Zavahi D, editor. *Exploring the Self: Philosophical and Psychopathological Perspectives on Self-experience.* - Philadelphia, PA: John Benjamins Publishing Company, 2000
204. Schneiderman L. The psychology of social change. - N.Y. Human sciences press, inc., 1988.
205. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept // *Schizophr Bull.* – 2009. – Vol. 35. - P. 5–8. [PMC free article] [PubMed]
206. Selzer M.A., Schwartz F. The continuity of personality in schizophrenia // *J Psychother Pract Res.* – 1994. – Vol. 3(4). – P. 313–324. [PMC free article] [PubMed]
207. Servan-Schreiber D., Cohen J.D., Steingard S. Schizophrenic deficits in the processing of context. A test of a theoretical model // *Arch Gen Psychiatry.* – 1996. – Vol. 53(12). – P. 1105-1112. [PubMed]
208. Shakow D. Segmental set // *Archives of General Psychiatry.* – 1962. – Vol. 6. – P. 1–17. [PubMed]
209. Sharma T. Quetiapine—efficacy in different domains // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2001. – Vol. 11 (Suppl 4):S. – P. 385–390.
210. Sharma T., Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment // *Psychiatr Clin North Am.* – 2003. – Vol. 26(1). – P. 25-40.

211. Simon A.E., Cattapan-Ludewig K., Zmilacher S., Arbach D., Gruber K., Dvorsky D.N., Roth B., Isler E., Zimmer A., Umbricht D. Cognitive Functioning in the Schizophrenia Prodrome // *Schizophrenia Bulletin*. - 2007. - Vol. 33(3). - P. 761–771.
212. Singh N.N., Lancioni G.E., Winton A.S.W., Adkins A.D., Wahler R.G., Sabaawi M., et al. Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training // *Behavior Modification*. - 2007. - Vol. 31(3). - P. 313–328. [PubMed]
213. Singh N.N., Wahler R.G., Adkins A.D., Myers R.E. Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness // *Research in Developmental Disabilities*. - 2003. - Vol. 24(3). - P. 158–169. [PubMed]
214. Smid H.G., de Witte M.R., Homminga I., van den Bosch R.J. Sustained and transient attention in the Continuous Performance Task // *J Clin Exp Neuropsychol*. - 2006. - Vol. 28. -P. 859-883. [PubMed]
215. Smid H.G., Martens S., de Witte M.R, Bruggeman R. Inflexible Minds: Impaired Attention Switching in Recent-Onset Schizophrenia // *PLoS One*. - 2013. - Vol. 8(10). URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0078062>
216. Space L.G., Cromwell R.L. Personal constructs among schizophrenic patients / In: Schwartz S. ed. - *Language and Cognition in Schizophrenia*. - Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
217. Spencer K.M., Nestor P.G., Valdman O., Niznikiewicz M.A., Shenton M.E., McCarley R.W. Enhanced Facilitation of Spatial Attention in Schizophrenia // *Neuropsychology*. - 2011. - Vol. 25(1). - P. 76–85. [PubMed]
218. Sternberg, R. J. *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. - New York: Cambridge University Press, 1985.
219. Stuss D.T., Kaplan E.F., Benson D.F., et al. Evidence for the involvement of orbitofrontal cortex in memory functions: an interference effect // *J Comp Physiol Psychol*. - 1982. - Vol. 96. - P. 913–925.
220. Suchy Y. Executive functioning: Overview, assessment, and research issues for non-neuropsychologists // *Annals of Behavioral Medicine*. - 2009. - Vol. 37(2). - P. 106–116. [PubMed]

221. Tang Y.Y., Ma Y., Fan Y., Feng H., Wang J., Feng S., et al. Central and autonomic nervous system interaction is altered by short-term meditation // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. – 2009. – Vol. 106(22). – P. 8865–70. [PMC free article] [PubMed]
222. Tang Y.Y., Ma Y., Wang J., Fan Y., Feng S., Lu Q., et al. Short-term meditation training improves attention and self-regulation // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. – 2007. – Vol. 104(43). – P. 17152–56. [PMC free article] [PubMed]
223. Tyler L.K., Marslen-Wilson W.D., Randall B., Wright P., Devereux B.J., Zhuang J., Papoutsi M., et al. Left inferior frontal cortex and syntax: function, structure and behaviour in patients with left hemisphere damage // *Brain*. – 2011. – Vol. 134 (2). – P. 415–431.
224. Waters F., Woodward T., Allen P., Aleman A., Sommer I. Self-recognition Deficits in Schizophrenia Patients With Auditory Hallucinations: A Meta-analysis of the Literature // *Schizophrenia Bulletin*. – 2012. –Vol. 38(4). – P. 741
225. Weinberger D.R., Gallhofer B. Cognitive function in schizophrenia // *Int Clin Psychopharmacol*. – 1997. - Vol. 12 (Suppl 4). – P. 29–36. [PubMed]
226. Weiten W., Dunn D. S., Hammer E. Y. *Psychology Applied to Modern Life: Adjustments in the 21st Century*. - Belmont, CA: Wadsworth, 2012. – 672 p.
227. Wood S.M., Potts G.F., Martin L.E., Kothmann D., Hall J.F. et al. Disruption of auditory and visual attention in schizophrenia // *Psychiatry Res*. – 2007. – Vol. 156. – P. 105–116. [PubMed]
228. Zeidan F., Johnson S. K., Diamond B.J., David Z., Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training // *Consciousness and Cognition*. – 2010. – Vol. 19(2). – P. 597–605. [PubMed]
229. Zubin J., Spring B.J. Vulnerability: A new view of schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1977. – Vol. 86. – P. 103-126.

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1.

Կենսագրական տվյալների հավաքագրման բլանկ:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների խումբ (Ա խումբ)

№ _____

1. Սեռը՝ արական իգական
2. Ծննդյան տարեթիվը _____
3. Ծննդյան վայրը _____
4. Մասնագիտությունը _____
5. Կրթությունը միայն դպրոց ԲՈՒՀ ասպիրանտուրա
6. Ընտանեկան կարգավիճակը՝ ամուսնացած եմ ապրում եմ մենակ ապրում եմ ծնողներիս/ բարեկամներիս հետ
7. Սոցիալական կարգավիճակը՝ ուսանող աշխատող չեմ աշխատում տնային տնտեսուհի այլ _____
8. Դուք երբևէ ծխե՞լ եք: այո ոչ
9. Եթե այո, ապա օրեկան միջին հաշվով՝ 0-5 հատ 5-10 հատ 10-15 հատ 15-20 հատ 20 ից ավել
10. Նշեք քանի տարի եք դուք ծխել/ծխում: _____
11. Քանի տարի եք բուժվում հոգեբուժական կլինիկայում: _____
12. Գանգուղեղային վնասվածքների առկայություն: այո ոչ
13. Նյարդաբանական հիվանդությունների առկայություն: այո ոչ
14. Վերջին 6 ամիսների ընթացքում տրամադրության վրա ազդող դեղորայքի օգտագործում: այո ոչ
15. Վերջին 6 ամիսների ընթացքում հոգեակտիվ նյութերի չարաշահում: այո ոչ
16. Զարգացման դժվարությունների կամ հապաղման առկայություն: այո ոչ

Ախտորոշում _____

Հոգեկան վիճակը _____

Ամսաթիվը՝ _____

Կենսագրական տվյալների հավաքագրման բլանկ:

Ստուգիչ խումբ (Բ խումբ)

Ա.Ա.Հ. _____

№ _____

1. Սեռը՝ արական իգական
2. Ծննդյան տարեթիվը _____
3. Ծննդյան վայրը _____
4. Մասնագիտությունը _____
5. Կրթությունը միայն դպրոց ԲՈՒՀ ասպիրանտուրա
6. Ընտանեկան կարգավիճակը՝ ամուսնացած եմ
 ապրում եմ մենակ ապրում եմ ծնողներիս/ բարեկամներիս հետ
7. Սոցիալական կարգավիճակը՝ ուսանող աշխատող
 չեմ աշխատում տնային տնտեսուհի այլ _____
8. Դուք երբևէ ծխե՞լ եք: այո ոչ
9. Եթե այո, ապա օրեկան միջին հաշվով՝
 0-5 հատ 5-10 հատ 10-15 հատ 15-20 հատ 20 ից ավել
10. Նշեք քանի տարի եք դուք ծխել/ծխում: _____
11. Երբևէ ստացե՞լ եք բուժում հոգեբուժական կլինիկայում: այո ոչ
12. Ձեր ընտանիքից որևէ անդամ ունեցե՞լ է հոգեկան խանգարում կամ դիմել է հոգեբուժական ծառայության: այո ոչ
13. Երբևէ ստացե՞լ եք գանգուղեղային վնասվածքներ: այո ոչ
14. Վերջին 6 ամիսների ընթացքում օգտագործե՞լ եք տրամադրության վրա ազդող դեղորայք: այո ոչ
15. Վերջին 6 ամիսների ընթացքում եղե՞լ են հոգեակտիվ նյութերի չարաշահման դեպքեր: այո ոչ

Ամսաթիվը՝ _____

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2.

Շիզոֆրենիայով հիվանդների ինքնագիտակցության առանձնահատկությունները պարզաբանող հարցեր:

Ինչպես եք Ձեզ զգում:

Իմչ գանգատներ ունեք:

Որտեղ եք գտնվում:

Որն է հիմնական պատճառը, որ Դուք գտնվում եք այստեղ:

Ում հետ եք եկել:

Ում ցանկությամբ եք եկել:

Ստիպողաբար, թե ինքնակամ:

Ինչն էր պատճառը, որ Ձեզ ստիպողաբար բերեցին /կամ ինքնակամ որոշեցիք գալ այստեղ:

Կարող եք նկարագրել Ձեր հիվանդությունը և ինչպես է այն դրսևորվում:

Ինչպիսի բուժում եք ստանում:

Ինչպես եք վերաբերվում Ձեր հիվանդությանը:

Ձեր հարազատ, բարեկամ, ընկերները ինչպես են վերաբերվում Ձեզ և Ձեր հիվանդությանը:

Մնացած բոլոր հարցերը կազմվել են ելնելով հիվանդի պատասխաններից:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3.

Մ.Կունի և Տ.ՄակՊարտլենդի «Ով եմ ես» քսան պատասխանների թեստ

Թեստը որոշում է մարդու նույնականությունը, «ես» պատկերը, բաղկացած է հետևյալ սանդղակներից. Ֆիզիկական “ես”, սոցիալական “ես”, ռեֆլեկսիվ “ես”, տրանսցենդենտալ “ես”:Անցկացման եղանակը. հետազոտվողին տրվում է ստորև ներկայացրած բլանկը, որտեղ հետազոտվողը պետք է գրի 20 տարբեր պատասխաններ “Ով եմ ես” հարցին:

Գրեք 20 տարբեր պատասխաններ “Ով եմ ես” հարցին: Պատասխանեք այնպես, ինչպես կպատասխանեիք ինքներդ Ձեզ: Պատասխանները գրեք այն հերթականությամբ, որը գալիս է Ձեր մտքին:	
1 _____	11 _____
2 _____	12 _____
3 _____	13 _____
4 _____	14 _____
5 _____	15 _____
6 _____	16 _____
7 _____	17 _____
8 _____	18 _____
9 _____	19 _____
10 _____	20 _____

Վ.Ի.Յուրչենկոյի “Ինչպիսին եմ ես” քսան պատասխանների մոդիֆիկացված թեստ, որը նույնպես ուսումնասիրում է “ես պատկերը”, սակայն նրա միջոցով կարելի է ավստորոշել նաև հետազոտվողների ինքնավերաբերմունքը:Անցկացման եղանակը. հետազոտվողին տրվում է ստորև ներկայացրած բլանկը, որտեղ հետազոտվողը պետք է գրի 20 տարբեր պատասխաններ “Ինչպիսին եմ ես” հարցին:

Գրեք 20 տարբեր պատասխաններ “Ով եմ ես” հարցին: Պատասխանեք այնպես, ինչպես կպատասխանեիք ինքներդ Ձեզ: Պատասխանները գրեք այն հերթականությամբ, որը գալիս է Ձեր մտքին:	
1 _____	11 _____
2 _____	12 _____
3 _____	13 _____
4 _____	14 _____
5 _____	15 _____
6 _____	16 _____
7 _____	17 _____
8 _____	18 _____
9 _____	19 _____
10 _____	20 _____

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4.

RBANS

Բլանկ Ա

Նյութագրաբանական վիճակի Գնահատման կրկնվող թմառ
 Զգիտաֆոր (Ներդրվի
 Հայերեն թարգմանությունը՝ Ալլեն Ազիզյանի, Ելիզավետա Մանուկյանի

Անուն _____ Տարիք _____ Մեռ _____ կրթություն _____

Քննողի անուն _____ Թմառի օր _____ Ազգություն _____

Դիտումներ: _____

	Անիմալի Տեսություն	Տնտրա- Տարածական/ Կատարողական	Լեզվային	Ուղղակիություն	Տնտրողական Տեսություն	Ընդհանուր Նիշ	
Ցուցանիշային Միավոր							
վստահության ապրանքություն ----- %							
Տեղադրյալ Աստիճան							
Ցուցանիշային Միավոր						Տեղադրյալ Աստիճան	
160						> 99.9	160
155						> 99.9	155
150						> 99.9	150
145						99.9	145
140						99.6	140
135						99	135
130						98	130
125						95	125
120						91	120
115						84	115
110						75	110
105						63	105
100						50	100
95						37	95
90						25	90
85						16	85
80						9	80
75						5	75
70						2	70
65						1	65
60						0.4	60
55						0.1	55
50						< 0.1	50
45						< 0.1	45
40						< 0.1	40

Ապրանքանիշային Մանուկում: "Նյութագրաբանական վիճակի Գնահատման կրկնվող թմառ" և "RBANS"-ը Փիրսոն Էդուարդյան (Կոնսոլիդացիայի կամ իր մասնագետների գործարարային ապրանքանիշեր են ԱՄՆ-ում նախատեսված այլ ներկրներում:

PEARSON

Տնտրողական իրավունք: Նյութագրաբանական վիճակի Գնահատման կրկնվող թմառ: Վնդիմակային իրավունք . 1998 NCS Փիրսոն (Կոնսոլիդացիա): Հայերեն թարգմանության հնդկականային իրավունք . 2009 վերադասարկված և թարգմանված է թայլանդական: Բոլոր իրավունքները վերապահված են:

Psych

Ցուցակից Սովորելը

Փորձ 1

Ասեր *Ես կկարդամ բառերի մի ցուցակ: Ուշադիր լսեմ, և նրա մա վերջացնում, կրկնեմ այդ բառերը: Պարտադիր չէ, որ բառերը կրկնեմ վիճակույն հնրթանկանությամբ ինչ մա մա կարդացել - սպազատմա կրկնեմ այնքան բառ ինչքան որ հիշում եմ և ցանկացած հնրթանկանությամբ: Պա թղ է:*

Փորձ 2-4

Ասեր *Ես նորից կկարդամ ցուցակը: Երբ վերջացնում, կրկնեմ այնքան բառ ինչքան որ հիշում եմ, նույնիսկ նրա նախնին անգամ ասել էիք այդ բառը:*

Պատասխանները գրանցեմ հաջորդականությամբ:

Միավորների նշանակում - բոլոր փորձերի ընթացքում յուրաքանչյուր ճիշտ հիշված բառին նշանակել 1 միավոր:

Ցուցակ	Փորձ 1	Փորձ 2	Փորձ 3	Փորձ 4
Շուկա				
Փաթեթ				
Արմունկ				
Խնձոր				
Վերիաթ				
Կարպետ				
Փուշիկ				
Ճամփա				
Թամբ				
Վատդ				

Պատասխանների ճիշտ թիվը	+	+	+	=
	Փորձ 1-ի Գումարը	Փորձ 2-ի Գումարը	Փորձ 3-ի Գումարը	Փորձ 4-ի Գումարը

Ուղիանոր Միավոր
Բալային Նամակարգ = 0-40

2 Պատմության վերհիշում

Փորձ 1
 Ասեք **Ես կվարդամ մի կարծ պատմություն: Ինչու՞մ եմ, որ ուշադիր լսեմ, և նրա վերջացնեմ այն, կրկնեմ այդ պատմությունը ինչպե՞սով որ հիշեմ: Աշխատեմ օգտագործել միմեկույն բառերը: Պա՞րզ է:**
 Կարդացե՛ք ստորև բերված պատմությունը և՛ ասե՛ք **Այժմ կրկնե՛ք այդ պատմությունը ինչպե՞սով որ հիշե՞մ նրա:**

Փորձ 2
 Ասեք **Ես հորից կվարդամ այդ պատմությունը: Երբ վերջացնեմ, կրկնե՛ք այն ինչպե՞սով որ հիշե՞մ նրա: Աշխատե՛ք ճշգրտե՛նք կրկնելը:**
 Կարդացե՛ք ստորև բերված պատմությունը և՛ ասե՛ք **Այժմ կրկնե՛ք այդ պատմությունը ինչպե՞սով որ հիշե՞մ նրա:**

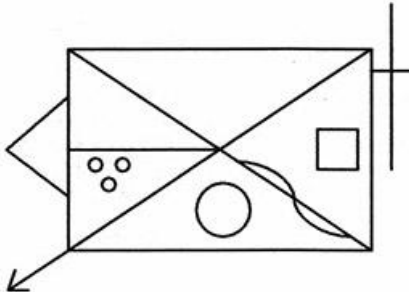
Միավորների նշանակում - ստորև բերված յուրաքանչյուր մուգ գրված բառի կամ փակագծում նշված տարբերակի համար նշանակել 1 միավոր: Այլ տարբերակների կամ մնջրնումաներ գրանցել Պատասխաններ սյունակում:

Պատմությունը	Պատասխաններ	Փորձ 1 (0 կամ 1)	Փորձ 2 (0 կամ 1)	Ընդամենը (0-2)
1. Երկշաբթի				
2. Մայիսի				
3. Չորսին				
4. Երևիվանի Արարիկի շրջանում				
5. Շատ ուժեղ				
6. Տղան սկսվեց				
7. Երբու				
8. Տարբանոց				
9. Եւ մեկ ռևատորան				
10. Կրթմանվեցին				
11. Նախքան հրշեջները (պատճառնիկ)				
12. Կարողացան հանգցնել այն (անջատել, ստրել)				

Ընդամենը Միավոր
 (Փորձ 1 + Փորձ 2)
 Բալային համակարգ = 0-24

Օտվեր այս էջը և ցույց տվեք խթանը քննվողին Պատկերը Նկարելու Էջի հետ մեկտեղ: Ասեք քննվողին, որպեսզի նա նկարի պատկերի ճիշտ կրկնօրինակը: Ասեք, որ այս առաջադրանքը ժամանակի սահմանափակում ունի, սակայն միավորը հիմնված է լինելու միայն իր կատարած կրկնօրինակի ճշգրտության վրա:

Միավորների նշանակում - 1 միավոր նկարի ճշտության և ամբողջականության համար, և 1 միավոր ճիշտ տեղադրության համար: Միավորներ նշանակելու չափանիշների և օրինակների համար տես հավելված 1-ը Գրքայի Ա-ում:

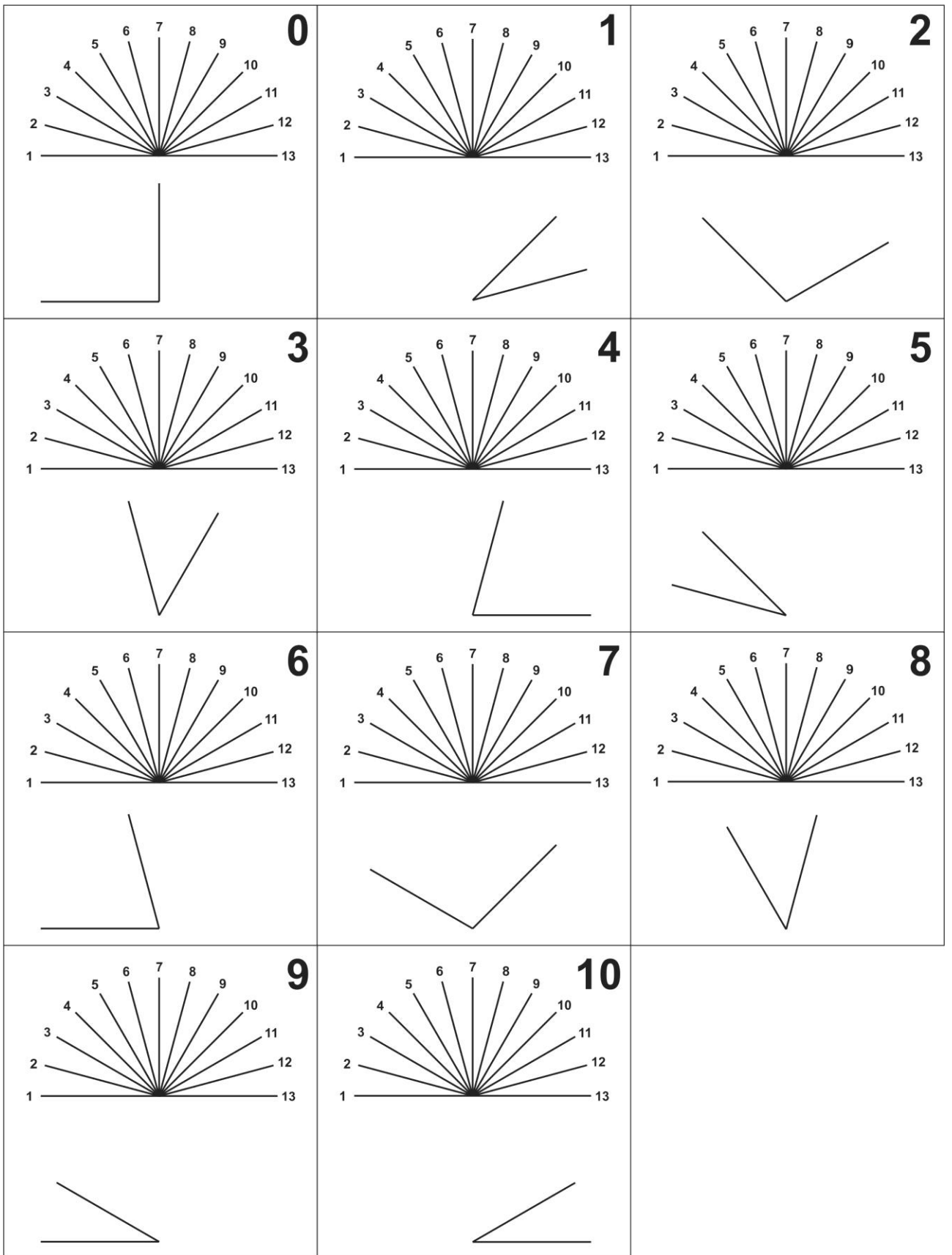


Պատկերի Վերարտադրման Չափանիշներ

(Օտվեր օգտագործման համար)

Ատարկա	Նկար (0 կամ 1)	Տեղադրություն (0 կամ 1)	Միավոր (0,1 կամ 2)	Միավոր նշանակելու Չափանիշներ
1. ուղղանկյուն				Նկար - գծերը հոծ են և ուղիղ: անկյունները 90 աստիճան են; վերնի/ներքնի գծերը 25% նրկար են, քան կտրի գծերը Տեղադրություն - 15 աստիճանից ավելի պտտված չէ
2. անկյունագծային խաչ				Նկար - գծերը անխախտ են և ուղիղ: մոտավորապես պետք է խաչվեն Տեղադրություն - գծերի ծայրերը պետք է հաստվեն ուղղանկյան անկյունների ասանց ծածկելու կամ զգալի տարածություն թողնելու գծերի եզրերի և անկյունների միջև
3. հորիզոնական գիծ				Նկար - գիծը հոծ է և ուղիղ: ուղղանկյան կմսից ավելի չպետք է ձգվի Տեղադրություն - պետք է անցնի ուղղանկյան ձախ կողմով, մոտավորապես ուղիղ անկյան տակ և հատվի անկյունագծային խաչին
4. շրջան				Նկար - կլոր, հոծ և փակված: տրամագիծը պետք է լինի մոտավորապես ուղղանկյան բարձրության 1/4 - 1/3 Տեղադրություն - համապատասխան հատվածում է; չի դիպում պատկերի այլ մասերին
5. 3 փոքր շրջաններ				Նկար - կլոր, հոծ և փակված: միմյանց հավասար: նուանկյունածու դասավորությամբ: միմյանց չեն դիպում Տեղադրություն - համապատասխան հատվածում են; չեն դիպում պատկերին; կազմած նուանկյունին 15 աստիճանից ավելի պտտված չէ
6. քառակուսի				Նկար - պետք է փակ լինի; անկյունները 90 աստիճան; գծերը հոծ են և ուղիղ: բարձրությունը կազմում է ուղղանկյան բարձրության 1/4 - 1/3 Տեղադրություն - համապատասխան հատվածում է; չի դիպում պատկերին; 15 աստիճանից ավելի պտտված չէ
7. կոր գիծ				Նկար - 2 կոր հատվածները մոտավորապես հավասար են և սիմետրիկ շրջված: կորերի ճիշտ դասավորություն Տեղադրություն - գծի եզրերը եզրվում են անկյունագծին; չեն կտրում ուղղանկյան անկյունին կամ անկյունագծային հատման կետին
8. արտաքին խաչ				Նկար - արտաքին խաչի ուղղահայաց գիծը զուգահեռ է ուղղանկյան կողմին; > է ուղղանկյան կողմի 1/2-ից; հորիզոնական գիծը խաչվում է 90 աստիճանի տակ և ուղղահայաց գծի նրկարության 20-50% է կազմում Տեղադրություն - արտաքին խաչի հորիզոնական գիծը դիպում է ուղղանկյանը, չի մտնում ուղղանկյան մեջ և գտնվում է ուղղանկյան վերին գագաթից 1/3-ի շափուկ զածր
9. նուանկյունի				Նկար - նուանկյան գագաթի անկյունը 60-100 աստիճան է; կողմերը ուղիղ և հոծ են; նուանկյան հիմքը գտնվում է ուղղանկյան ձախ ուղղահայաց կողմի վրա և կազմում է նրա 50%-ը Տեղադրություն - մոտավորապես գտնվում է ուղղանկյան ձախ ուղղահայաց կողմի կենտրոնում
10. նետ				Նկար - ուղիղ և հոծ; նետի գլուխը կազմող գծերը մոտավորապես հավասար են և չեն գերազանցում նրկարության 1/3-ը Տեղադրություն - պետք է դուրս գա ուղղանկյան ճիշտ անկյունից և նետի կոթը լինի ուղղանկյան անկյունագծի շարունակությունը

Ընդհանուր Միավոր
Բալային համակարգ = 0-20



4 Գծերի կողմնորոշում

Ժամանակ - 20 վայրկյան
 յուրաքանչյուր հարցի համար

Ցույց տվեք օրինակը և ասեք **Այս նրբեր գծերը ներքևում** (ցույց տվեք) **նման են վերին գծերից նրբության: Կարո՞ղ դու ասել գծերի թվերը կամ մասնանշանք այն գծերը, որոնց նրանք համապատասխանում են:** Ուղղեք սխալները և համոզվեք, որ ըննվողը հասկանում է առաջադրանքը: Շարունակեք 1-10 հարցերը:

Միավորների նշանակում - 1 միավոր յուրաքանչյուր ճիշտ ցույց տված գծի համար:

Հարց	Պատասխաններ	Ճիշտ Պատասխաններ	Միավոր (0, 1 կամ 2)
Օրինակ		1, 7	
1.		10,12	
2.		4,11	
3.		6,9	
4.		8, 13	
5.		2,4	

Հարց	Պատասխաններ	Ճիշտ Պատասխաններ	Միավոր (0, 1 կամ 2)
6.		1,6	
7.		3,10	
8.		5,8	
9.		1,3	
10.		11,13	
Ընդհանուր Միավոր Բալային Համակարգ = 0-20			

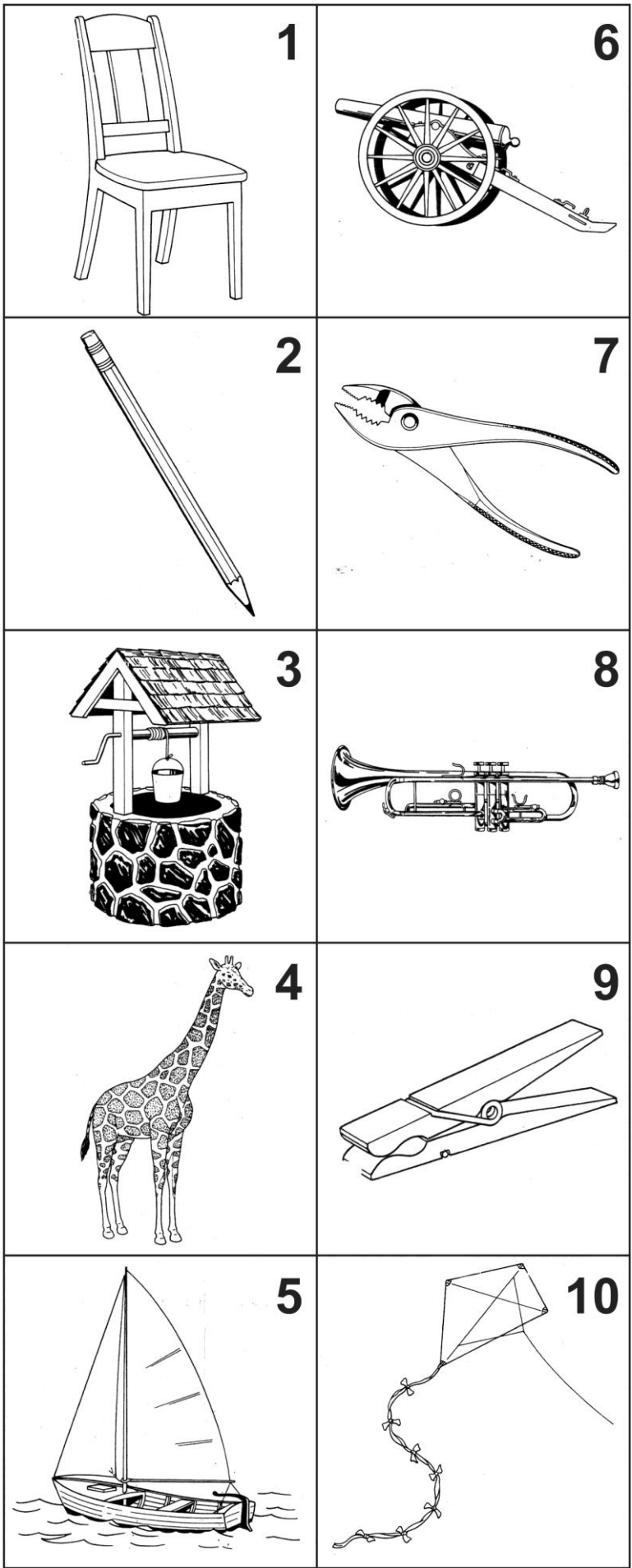
5 Նկարի Անվանում

Ժամանակ - 20 վայրկյան
 յուրաքանչյուր օրինակի համար

Խնդիրը ըննվողին անվանել յուրաքանչյուր նկար: Հուշեք իմաստը միայն այն դեպքում, երբ ըննվողը պատկերը սխալ է ընկալում:

Միավորների նշանակում - 1 միավոր յուրաքանչյուր նկարի համար, որն անմիջապես կամ հուշումից հետո ճիշտ է անվանվել:

Նկար	Իմաստային Հուշում	Պատասխաններ	Միավոր (0 կամ 1)
1. աթոռ	կահույք		
2. մատիտ	գործածվում է գրելու համար		
3. ցրիտր	այնտեղից ջուր են հանում		
4. ընձուղտ	կենդանի		
5. առազաստանավ	գործածվում է ջրի մակերևույթի վրա («նավակի» դեպքում հարցրեք «ինչպիսի»)»		
6. թնդանոթ	զենք, գործածվում է պատերազմի ժամանակ		
7. արցան	գործիք (սլաակագուրջի)		
8. շնվոր	երաժշտական գործիք (կոռնետ)		
9. սնդմիչ (շափկկա)	լվացքը պարանից ամրացնելու համար		
10. օդապարուկ	թռցնում են օդում		
Ընդհանուր Միավոր Բալային Համակարգ = 0-10			



6 Խոսքի ճկունություն/Սահունություն ժամանակ - 60 վայրկյան

Ասեր *Մյժմ ինձ ասե՛ր աստիճանի մրցման ու բանբարեկենդանի անուններ: Ոնց ասելու մե 1 բառի, որպեսզի մտաբերե՛ր մե ասեր ինտրադերին չափ չափ բառեր:*

Միավորների նշանակում - 1 միավոր յուրաքանչյուր ճիշտ բառի համար:

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. _____ | 11. _____ | 21. _____ | 31. _____ |
| 2. _____ | 12. _____ | 22. _____ | 32. _____ |
| 3. _____ | 13. _____ | 23. _____ | 33. _____ |
| 4. _____ | 14. _____ | 24. _____ | 34. _____ |
| 5. _____ | 15. _____ | 25. _____ | 35. _____ |
| 6. _____ | 16. _____ | 26. _____ | 36. _____ |
| 7. _____ | 17. _____ | 27. _____ | 37. _____ |
| 8. _____ | 18. _____ | 28. _____ | 38. _____ |
| 9. _____ | 19. _____ | 29. _____ | 39. _____ |
| 10. _____ | 20. _____ | 30. _____ | 40. _____ |

Ընդհանուր Միավոր
Բալային Համակարգ = 0-40

7 Թվերի Հերթականություն

Ասեր *Ես ասելու մե բառերի խմբեր մե ուզում մե, որ կրկնե՛ր իմ մտնից: Պա՛րզ է:*

Կարգազեր թվերը՝ յուրաքանչյուր թիվը 1 վայրկյան արագությամբ: Երկրորդ խմբից կարգազեր միայն այն դեպքում, եթե առաջին խմբում տվյալ կետը սխալ է վերադարձվել: Դադարեցրե՛ր կարգալը, եթե երկու խմբերում էլ տվյալ կետը սխալ է արտադրվել:

Միավորների նշանակում - 2 միավոր առաջին խմբում ճիշտ պատասխանած կետերի համար, 1 միավոր երկրորդ խմբում ճիշտ պատասխանած կետերի համար, եւ 0 միավոր եթե երկու խմբում էլ կետերը սխալ են վերադարձվել:

Կետ Առաջին խումբ	Խմբի Միավորը (0 կամ 2)	Երկրորդ խումբ	Խմբի Միավորը (0 կամ 1)	Կետի Միավորը
1. 4-9		5-3		
2. 8-3-5		2-4-1		
3. 7-2-4-6		1-6-3-8		
4. 5-3-9-2-4		3-8-4-9-1		
5. 6-4-2-9-3-5		9-1-5-3-7-6		
6. 2-8-5-1-9-3-7		5-3-1-7-4-9-2		
7. 8-3-7-9-5-2-4-1		9-5-1-4-2-7-3-8		
8. 1-5-9-2-3-8-7-4-6		5-1-9-7-6-2-3-6-5		

Ընդհանուր Միավոր
Բալային Համակարգ = 0-16

8 Կողավորում

Ժամանակ - 90 վայրկյան

Ասեր **Նայիր այս վանդակներին** (ցույց տվիր օրինակը): **Այս նշաններից յոթը անցրին համապատասխանում է մի թիվ: Այստեղ ներքևում նայից նշաններ կան, սակայն չկան թվեր: Դուրս պետք է լրացնել վանդակները յոթը անցրած նշաններ համապատասխանող թվով:**

Յուրադրվր Ձեր բացատրածը առաջին երեք վանդակում: Ասեր **Այժմ փորձի համար լրացրեք մնացած վանդակները մինչև այս կրկնակի գծից** (ցույց տվիր): Փորձի ընթացքում ուղղորդ սխալները: Նախկան բուն առաջադրանքի սկսնիլը, հավաստիացնր, որ քննվողը հասկացել է առաջադրանքը և ճիշտ է լրացրել օրինակը:

Ասեր **Այժմ շարունակեք լրացնել վանդակները նշաններից համապատասխանող թվերով: Լրացրեք հնարախիղին չափ սրտոց առանց որևէ վանդակ թայ թողնելու: Նոր համարում նր գծի վերջին, սկսնր հաջորդ գծից: Փոսորտ առ նր: Կարող եք սկսել:**

Եթև քննվողը շնոկում է, ևս բնրեր նրան դնսփ առաջադրանքը: Եթև քննվողը ի վիճակի չէ հասկանալու առաջադրանքը, ապա այս առաջադրանքի միավորը 0 պնտր է նշանակել:

Միավորների նշանակում - 1 միավոր յուրաքանչյուր ճիշտ կողավորված վանդակի համար 9 վայրկյանի ընթացքում (լրացված օրինակը հաշվի մի առնր):

Մտնորացնր այս գուցումներին նախկան տվյալ կնտի անցկացումը:

Ընդհանուր Միավոր
Բալային Տամակարգ = 0-89

⊂	∧	=	⊋	∨	⊃	+	⊥	⊆
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Օրինակ _____

=	⊆	⊂	∧	+	⊋	⊥	⊃	∨										

⊥	⊃	∨	⊆	=	∧	⊂	+	⊋	∧	⊥	⊂	+	⊋					

⊃	⊆	∧	=	∨	⊂	⊋	+	⊥	=	⊃	∧	⊆	⊂					

+	⊂	⊆	⊋	=	⊆	+	∧	⊃	⊂	⊋	⊥	+	⊆					

⊂	+	⊆	⊃	∧	=	⊥	⊋	⊂	=	+	∨	⊥	∧					

∧	=	⊋	⊆	+	∨	⊥	⊋	∧	⊃	∨	⊥	⊂	⊋					

9 Յուգակի Վերհիշում

Ասեր *Վշտ մ եր բաների այն ցուցակը, որ կարգադրված են թմաթի սկզբում: Այժմ ասեր ինձ այն բաները, որ հիշում եր:*

Միավորների նշանակում - 1 միավոր յուրաքանչյուր ճիշտ մտաբերած բառի համար:

Յուգակ (կատորար)	Պատասխան	Միավոր
Շուկա		
Փարնը		
Արմունկ		
Խնձոր		
Վերնաթ		
Կարգին		
Փայիկ		
Ճամփա		
Քանթ		
Վլատոլ		
Ընդհանուր Միավոր Ընդամենը համակարգ = 0-10		

10 Յուգակի Ճանաչում

Ասեր *Ես կկարգադրեմ մի բանի քառ: Դրանցից մի բաները կաշին թմաթի սկզբում կարգադրած ցուցակի մեջ, իսկ մի բանը կը չկային: Ինձ ասեր, թե՛ այս բաներից որտեղ էին այդ ցուցակում: Յուրաքանչյուր բառի համար հարգրեք _____ բառը կա՞ր այդ ցուցակում:*

Միավորների նշանակում - 1 միավոր յուրաքանչյուր ճիշտ հիշած բառի համար: Երջանակի մեջ ասեր ցնվողի պատասխանը (ա = այո, ո = ոչ), մուգ մեծատառերը նշանակում են ճիշտ պատասխանները (Ա, Ո):

Յուգակ	Երջագծեր մեկը	Յուգակ	Երջագծեր մեկը	Յուգակ	Երջագծեր մեկը	Յուգակ	Երջագծեր մեկը
1. Խնձոր	Ա ո	6. նավորդ	ա Ո	11. Փայիկ	Ա ո	16. Քանթ	Ա ո
2. մնոր	ա Ո	7. թավիշ	ա Ո	12. դաշտ	ա Ո	17. Վլատոլ	Ա ո
3. Շուկա	Ա ո	8. Կարգին	Ա ո	13. Ճամփա	Ա ո	18. հրնշտակ	ա Ո
4. Վերնաթ	Ա ո	9. հովիտ	ա Ո	14. ոստրի	ա Ո	19. Փարնը	Ա ո
5. կտոր	ա Ո	10. Արմունկ	Ա ո	15. աշակերտ	ա Ո	20. արդու	ա Ո

Ընդհանուր Միավոր
Ընդամենը համակարգ = 0-20

11 Պատմության Վերհիշում

Ասե՛ք Վերս' մ'եր հրդեհի մտքին այն պատմությունը, որ կարդացի մեզ բնագիտության մասին: Այժմ նորից պատմիր ինձ այդ պատմությունը, այնքան իրարան որ հիշում եր:

Միտքերն ընդհանուր - ստորին բնութագրող յուրաքանչյուր մուգ գույնով բառի կամ փակագծում նշված տարրերակի համար նշանակել 1 միավոր: Այլ տարրերակները կամ մեթոդները գրանցել Պատասխաններ սյունակում:

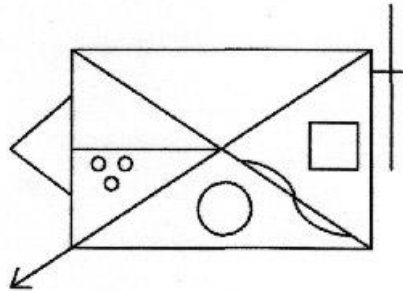
Պատմությունը (կարգով)	Պատասխաններ	Միավոր (0 կամ 1)
1. Երկրագործի		
2. Մայրի		
3. Չորսին		
4. Երևմտյանի Ազատական շրջանում		
5. Շատ ուժեղ		
6. Հրդեհ սկսվեց		
7. Երկու		
8. Հյուսիսում		
9. Եւ մեկ շնորհքան		
10. Կրթությանը		
11. Նախքան հրդեհները (պատմական)		
12. Կարողացան հանգստանալ այն (անցյալում, մարմն)		
Ընդհանուր Միավոր Բալային Համակարգ = 0-12		

12 Պատկերի Վերհիշում

Ասեր *Չէշտ մ'ըր այն պատկերը, որ հրկեօրինակների մի թիվ տառը: Այժմ նկարներ ետյն պատկերը պահպան, ինչպես որ ինչում էր: Եթե ինչում էր պատկերի մի հատված, բայց վատան չէր, բե՛ն որ տեղադրել այն, նկարներ այն որնէ՛ մի տեղ: Եկարներ պահպանը, ինչպես որ ինչում էր:*

Այժմ բացը նկարնու էլը:

Միտվորների նշանակում - 1 միտվոր նկարի ճշտության և ամբողջականության համար, եւ 1 միտվոր ճիշտ տեղադրության համար: Միտվորներ նշանակելու չափանիշների եւ օրինակների համար տես Հավելված 1-ը Գրքայի Ա-ում:



Պատկերի Վերադրական Չափանիշներ

(Օտար օգտագործման համար)

Ստորագրում	Նկար (0 կամ 1)	Տեղադրություն (0 կամ 1)	Միտվոր (0,1 կամ 2)	Միտվոր նշանակելու Չափանիշներ
1. ուղղանկյուն				Նկար - գծերը հոծ են եւ ուղիղ; անկյունները 90 աստիճան են; վերնի/ներքինի գծերը 25% երկար են, քան կողքի գծերը Տեղադրություն - 15 աստիճանից ավել պտտված չէ
2. անկյունագծային խաչ				Նկար - գծերը անխախտ են եւ ուղիղ; մուտավորապես պետք է խաչվեն Տեղադրություն - գծերի ծայրերը պետք է հասնեն ուղղանկյան անկյունների ստանդ ծածկելու կամ գլախ տարածության թափնու գծերի ներքին եւ անկյունների միջև
3. հորիզոնական գիծ				Նկար - գիծը հոծ է եւ ուղիղ; ուղղանկյան կմախք ավել չպետք է ձգվի Տեղադրություն - պետք է անցնի ուղղանկյան ձախ կողմով, մուտավորապես ուղիղ անկյան տակ եւ հատվի անկյունագծային խաչին
4. շրջան				Նկար - կլոր, հոծ եւ փակված; տրամագիծը պետք է լինի մուտավորապես ուղղանկյան թափնության 1/4 - 1/3 Տեղադրություն - համադասափասն հատվածում է; չի դիպչում պատկերի այլ մասերին
5. 3 փոքր շրջաններ				Նկար - կլոր, հոծ եւ փակված; միմյանց հավասար; նաանկյունաանու դասավորությամբ; միմյանց չեն դիպչում Տեղադրություն - համադասափասն հատվածում են; չեն դիպչում պատկերին; կազմում նաանկյունին 15 աստիճանից ավել պտտված չէ
6. քառակուսի				Նկար - պետք է փակ լինի; անկյունները 90 աստիճան; գծերը հոծ են եւ ուղիղ; թափնությանը կազմում է ուղղանկյան թափնության 1/4 - 1/3 Տեղադրություն - համադասափասն հատվածում է; չի դիպչում պատկերին; 15 աստիճանից ավել պտտված չէ
7. կոր գիծ				Նկար - 2 կոր հատվածները մուտավորապես հավասար են եւ սիմետրիկ շրջված; կորերի ճիշտ դասավորություն Տեղադրություն - գծի ներքերը հարվում են անկյունագծին; չեն կզնում ուղղանկյան անկյունին կամ անկյունագծային հատման կետին
8. արտաքին խաչ				Նկար - արտաքին խաչի ուղղանկյանց գիծը զուգահեռ է ուղղանկյան կողմին; > է ուղղանկյան կողմի 1/2-ից; հորիզոնական գիծը խաչվում է 90 աստիճանի տակ եւ ուղղանկյանց գծի նրկաության 20-50% է կազմում Տեղադրություն - արտաքին խաչի հորիզոնական գիծը դիպչում է ուղղանկյանց, չի մտնում ուղղանկյան մեջ եւ գտնվում է ուղղանկյան վերին գագաթից 1/3-ի չափով ցածր
9. նաանկյունի				Նկար - նաանկյան գագաթի անկյունը 60-100 աստիճան է; կողմերը ուղիղ եւ հոծ են; նաանկյան կիսրը գտնվում է ուղղանկյան ձախ ուղղանկյանց կողմի վրա եւ կազմում է նրա 50%-ը Տեղադրություն - մուտավորապես գտնվում է ուղղանկյան ձախ ուղղանկյանց կողմի կենտրոնում
10. նետ				Նկար - ուղիղ եւ հոծ; նետի գլուխը կազմող գծերը մուտավորապես հավասար են եւ չեն վերադաանում նրկաության 1/3-ը Տեղադրություն - պետք է դուրս գա ուղղանկյան ճիշտ անկյունից եւ նետի կորը լինի ուղղանկյան անկյունագծի շարունակությունը

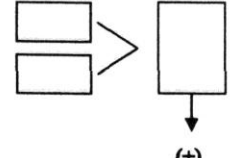
Շնորհանոր Միտվոր
Բալային համարը = 0-20

Նիշերի Փոխանցման Էջ ..

I. Անմիջական Վերադարձություն

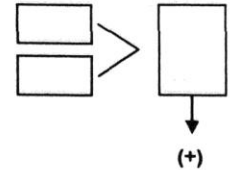
- 1. Ցուցանիշի Մոկորնելու Ընդհանուր Միավոր.....
- 2. Պատմությունը Հիշելու Ընդհանուր Միավոր.....

Ընդհանուր Միավոր Ցուցանիշային Միավոր



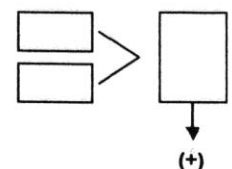
II. Տեսողատարածական/Կառուցողական

- 3. Պատկերի կրկնօրինակման Ընդհանուր Միավոր.....
- 4. Գծերի կողմնորոշման Ընդհանուր Միավոր.....



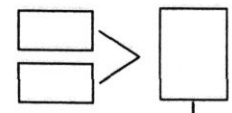
III. Անգլանի

- 5. Նկարը Անվանելու Ընդհանուր Միավոր.....
- 6. Խոսքի ձևափոխման Ընդհանուր Միավոր.....



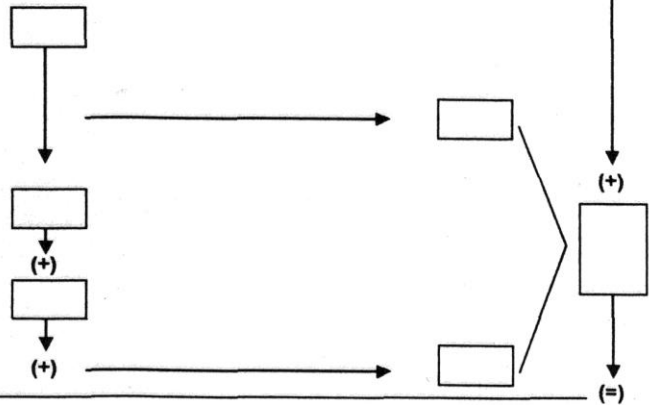
IV. Ուշադրություն

- 7. Թվերի Վերականգնության Ընդհանուր Միավոր.....
- 8. կողավորման Ընդհանուր Միավոր.....



V. Վտանգված Վերադարձություն

- 9. Ցուցանիշի վերհիշելու Ընդհանուր Միավոր.....
- 10. Ցուցանիշի ճանաչման Ընդհանուր Միավոր.....
- 11. Պատմության վերհիշման Ընդհանուր Միավոր.....
- 12. Պատկերի վերհիշման Ընդհանուր Միավոր.....



Օգտագործեք Գրքույկ Ա-ի հավելված 2-ը, որպեսզի ընդհանուր միավորները փոխանցվեն ցուցանիշային միավորների և ցուցանիշային միավորների գումարը ընդհանուր նշի:

Ցուցանիշային Միավորների Գումար

Ցուցանիշային Միավորների Գումար