ԿԱՄՈ ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

Խաչատուր Աբովյանի անվան հայկական պետական մանկավարժական համալսարանի գիտահետազոտական կենտրոնի տնօրեն, հոգեբանական գիտությունների դոկտոր

ՊԱՏԵՐԱԶՄԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՄԱՐՏԱԿԱՆ ՀԵՐԹԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԶԻՆԾԱՌԱՅՈՂՆԵՐԻ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՏՐԱՎՄԱՆԵՐԻ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Սույն գիտական հետազոտությունը նվիրված է պատերազմական պայմաններում ռազմիկների ստացած հոգեբանական վնասվածքների տեսակներին, առանձնահատկություններին, դրանց կանխարգելմանը, վերականգնմանը և բուժմանը: Հեղինակի կողմից ներկայացվում է հոգեբանական կորուստների նվազեցմանը միտված արդյունավետ մեթոդաբանություն, տեսականորեն հիմնավորված և գործնականորեն փորձարկված զինվորական հոգեբանների մասնագիտացումներ, ինչպես նաև նման հոգեբանների պատրաստման արդի ձևաչափեր:

Հանգույցային բառեր և արտահայտություններ. հոգեվնասվածք, հոգեբանական կորուստ, ատր-սթրեսային խանգարում, հետվնասվածքային սթրեսային խանգարում, զինվորական հոգեբաններ, հոգեվնասվածքի կանխարգելում, բուժում, վերականգնում:

«Քառօրյա պատերազմը» ևս մեկ անգամ ցույց տվեց, որ հայ ժողովրդի միակ պաշտպանն ու դաշնակիցը սեփական բանակն է: Մեր տարածաշրջանը աշխարհի ամենառազմականացվածներից է: Անտարակույս, պատերազմները կարծես մեր տարածաշրջանում երբեք չեն ավարտվում, այլ միայն ընդհատվում են փխրուն հրադադարով կամ ոչ պակաս փխրուն զինադադարով: Բայց եթե անգամ հրադադարից անցնենք զինադադարի ռեժիմի և նույնիսկ կարողանանք թշնամուն ստորագրել տալ հաշտության պայմանագիր, անգամ այդ ժամանակ ապահովագրված չենք լինի նոր պատերազմի վտանգից: Արդի դարաշրջանում պատերազմը ընդունում է նոր կերպարանք ու ձև, այն դարձել է բազմաչափումնային և հիբրիդային: Պատերազմը բուն մարտադաշտերից զատ զուգահեռաբար սկսել է մղվել նաև այլ մարտադաշտերում. տեղեկատվական, հոգեբանական, տնտեսական, էներգետիկ, դիվանագիտական, կրթական, գիտական, մշակութային: Այս առումով բացառություն չէր նաև ապրիլյան պատերազմը: Այն իսկապես պատերազմ էր՝ իրեն բնորոշ ողջ դաժանությամբ: Առանց չափազանցության, արդեն վճռվում էր ոչ միայն Արցախի գոյության հարցը, այլև մեր ողջ Հայրենիքի ապագան: Որովհետև պատերազմը ազգերի համար կենաց-մահու հարց է՝ ապրելու և մեռնելու երկընտրանք, ուստի և եղել ու մնում է որպես կենսունակության գլխավոր քննություն:

Ապրիլյան քառօրյա պատերազմի իրադարձությունները շարունակվում են տարբեր մասնագետների կողմից վերլուծության ենթարկվել ու անհրաժեշտ հետևությունների հիմք դառնալ, այդ թվում նաև հոգեբանների համար:

Այսօր Հայաստանի հանրապետությունում, ի թիվս այլ կարևորագույն ոլորտների, չափազանց կարևորվում է Զինված ուժերում իրենց պարտքը կատարող զինծառայողների բարոյահոգեբանական պատրաստվածությունը՝ որպես զինված ուժերի մարտունակությունը բարձրացնող նախապայման:

Անկասկած, մարտական պատրաստության, մարտական հզորության և մարտունակության գործում անուրանալի է այն անձանց դերը, որոնց շնորհիվ իրականացվում է զինվորական ծառայությունը: Այդ պատճառով, զինվորական միավորների մարտական պատրաստվածության կարևորագույն չափանիշը հանդիսանում է այն բարոյահոգեբանական մթնոլորտը, որտեղ իրենց գործունեությունն են ծավալում զինծառայողները:

Վերոնշյալի մասին կան համապատասխան վերլուծություններ, դիտարկումներ [4,5,10,11,12,13]: Այժմ խիստ հրատապ է պատերազմական պայմաններում և մարտական հերթապահության ժամանակ ստացած զինծառայողների հոգեբանական վնասվածքների հետևանքների առանձնահատկությունները, վերականգնումը և բուժման հիմնախնդիրները: Հատկապես մեզ հետաքրքրել է տարաբնույթ հոգեվնասվածքների առաջացման մեխանիզմները, դրսևորման բազմաձևությունները, առաջին և ստացիոնար օգնություն ցուցաբերելու ալգորիթմները, վերականգնողական գործընթացները, հոգեբանական կորուստների վերականգնման ուղիները:

Այդ նպատակով մեր կողմից ուսումնասիրվել են հանրապետության մի շարք հիվանդանոցներ և հոգեբանական ծառայություններ դիմած նմանատիպ անձանց հիվանդության պատմությունները. զրուցել ենք նրանց բուժող բժիշկների, հոգեբանների հետ: Ուսումնասիրվել է նաև նմանատպ իրավիճակներում հայտնված երկրների կիրառած միջազգային փորձը, ինչպես նաև համապատասխան գիտական հետազոտությունները:

Պամությունը փաստում է, որ ռազմական գործողությունների և հատկապես պատերազմի ժամանակ ռազմիկների մոտ դրսևորվում են ծանր տագնապի և դեպրեսիայի վիճակներ: Այդ ախտանիշների համախումբը սկզբնական շրջանում անվանեցին «կարոտաբաղձություն», քանի որ գտնում էին, որ դա արդյունք է զինվորի տևական ժամանակ տանից բացակայության: Առաջին համաշխարհային պատերազմի ժամանակ նման հոգեվիճակը անվանեցին նաև ռազմական նևրոզ՝ հավաստելով, որ այն արդյունք է հրետանու ռմբակոծման արդյունքում գլխուղեղի միկրոարնահոսության կամ սալջարդի: Երկրորդ համաշխարհային, ինչպես նաև Կորեայի պատերազմների ժամանակ այն կոչեցին «ռազմական հոգեկան տրավմա»: Վիետնամական պատերազմի արդյունքում կլինիցիստները նկատեցին, որ զինվորների մեծամասնության մոտ նման լուրջ ախտանիշներ դիտվում են նաև բուն ռազմական գործողություններից հետո:

Վիետնամի պատերազմից հետո ԱՄՆ-ում վետերանների նման հոգեբանական խնդիրների վրա սկզբում լուրջ ուշադրություն չդարձվեց, քանի որ ցանկանում էին, որ ազգը շուտ մոռանա այդ անիմաստ պատերազմը [7, էջ 176]: Սակայն 1970-ական թվականներին ռազմական և քաղաքացիական հոսպիտալների և հիվանդանոցների բժիշկները ահազանգում էին, որ նման անձինք շարունակում են ունենալ հոգեբանական ծանր խնդիրներ, որոնք արհամարհվել կամ անուշադրության էին մատնվել հիվանդության ծագման շրջանում: Այժմ կան տվյալներ, որ Վիետնամում մարտնչած զինվորների 29 տոկոսը տառապել են սուր կամ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումով, իսկ 22 տոկոսն ունեցել են որոշակի սթրեսային ախտանիշներ [7, էջ 177]: Այդ պատերազմի մասնակիցների 10 տոկոսը հետագայում էլ տառապում էր հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումով՝ ներառելով «հետադարձ կադրի» ֆենոմենը՝ հանկարծակի ծագող պատկերներով, մղձավանջային երազներով: Պարսից ծոցի պատերազմի վետերանների մոտ նման երևույթները նույնպես օրինաչափ էին: Նրանց 1/3-ի մոտ պատերազմի ավարտից վեց ամիս

հետո էլ անհանգստացրել են նման վիճակները, որի արդյունքում նրանք սկսել են մեծ չափով ալկոհոլ կամ նարկոտիկ օգտագործել [7, էջ 179]:

Ժամանակակից պատերազմի պայմանները՝ կրակի միջոցների բազմազանությունը, իրադրության բարդությունը և փոփոխությունը, իսկ որ ամենակարևորն է, ժամանակակից զենքի մեծ խոցելիությունը ոչ միայն զինվորի ֆիզիկականի, այլ նաև հոգեկանի վրա ունեն դեստրուկտիվ ազդեցություն: Վտանգի, վախի գիտակցումը կամ ապրումը անձի մոտ առաջացնում է հոգեկան ներքին լարվածության վիճակ, որն էլ ազդում է հոգեկանի բոլոր ոլորտների վրա՝ վտանգի տակ դնելով անձի հոգեկան կայունությունը: Մի դեպքում, այն կարող է դրական ազդել զգայական օրգանների վրա՝ հանգեցնելով, օրինակ, տեսողության, լսողության սրման: Սակայն այդ նույն լարվածությունը մի այլ դեպքում կարող է բթացնել զգայությունը (օրինակ՝ մարդը նայում է, բայց չի տեսնում), ուղորդել զգայությունները սխալ ուղղությամբ՝ իրադրության հետ կապ չունեցող օբյեկտներին:

Նման լարվածությունը հանգեցնում է վախի դրսևորմանը: Լարվածությունը կարող է դրդել ըմբռնմանը՝ այն դարձնելով առավել առարկայական, ընտրողական, ուղղորդված: Բարձրանում է նաև մարդու դիտողականությունը, նրա սրատեսությունը: Նա առավել լավ կարող է կողմնորոշվել, սակայն կարող է և տեղի ունենալ հակառակը. լարվածությունը կարող է թուլացնել ըմբռնումը: Այդ դեպքում շրջապատը կարող է ընկալվել ոչ հասկանալի, ոչ հստակ, մինչև անգամ կարող է ծագել պատրանքներ, իսկ գերլարվածության արդյունքում նաև՝ աֆեկտիվ պատրանք: Դրա ցայտուն օրինակ կարող է համարվել այն, երբ մութ գիշերով միայնակ զինվորը վախի աֆեկտի ազդեցության տակ քարը կամ կոճղը ընկալում է որպես կենդանի:

Լարվածությունը առավել մեծ ազդեցություն ունի ուշադրության վրա՝ դարձնելով այն ուղղորդված և ընտրողական, սակայն կարող է դրսևորվել նաև հակադիր որակ՝ ուշադրության փոշիացում և նեղացում: Լարված իրավիճակները կարող են նպաստել մտածողության ակտիվացմանը, նրա հստակության և պարզության վրա և հակառակը՝ առաջացնել անորոշության և մտահանգման կորուստ: Հիշողության վրա լարվածությունը նույնպես տարբեր ձևով է ազդում: Մի կողմից՝ նրա ազդեցության տակ հիշողությունը կարող է կենտրոնանալ և հիշողության պահեստից արագ ձևով վերարտադրել անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, մյուս կողմից լարվածությունը կարող է խաթարել կամ էլ ընկճել հիշողությունը և մարդը չի կարող օգտագործել սեփական գիտելիքները և փորձը:

Վտանգի դեպքում կամքը կարող է ակտիվանալ և մարդը կարող է ձեռք բերել հնարավորություն՝ կենտրոնացնելու սեփական բարոյական և ֆիզիկական ուժերը նպատակին հասցնելու համար: Մեկ այլ դեպքում, երբ կամքը ճնշված է, մարդը կորցնում է հսկողությունը սեփական վարքի վրա և չի կարողանում ազդել իրադարձությունների վրա՝ անհրաժեշտ ձևով իրականացնել յուրացրած հմտությունները, արդյունքում գործում է իմպուլսիվ:

Մարտի վտանգով պայմանավորված՝ լարվածությունը յուրահատուկ ձևով ազդում է անձի հատկանիշների, նրա բովանդակության վրա: Անձի ներքին նպատակաուղղվածության և ամբողջության աստիճանից կախված՝ լարվածության հետևանքով հոգեկան գործընթացները կարող են դրդվել կամ արգելակվել: Դրա համար մարտին պատրաստվելու համար նպատակահարմար է զինվորների մոտ դաստիարակել բարձր բարոյական- քաղաքացիական և ռազմական որակներ:

Լարվածության ազդեցությունը զին-

վորների վարքի վրա մեծ չափով կախված է կոնկրետ գործողությունների ընթացքից: Հրաման ստանալուց հետո զինվորը նախապատրաստում է զենքը, ռազմամթերքը և իմաստավորում սեփական խնդիրները: Այդ փուլում նրա վիճակը գնահատվում է որպես հուզական բարձր լարվածությամբ: Հրամանատարի խնդիրն է դրականորեն ուղղորդել զինվորի վիճակը, այսինքն՝ ներշնչել նրան վստահություն իր ուժերին, ընդունակություններին, բարեհաջող լուծելու ստեղծված խնդիրները:

Խնդիրներ լուծելու գործընթացում զինվորը գտնվում է ներքին գրգռվածության վիճակում: Դա դրսևորվում է, օրինակ, գրգռիչների նկատմամբ բարձր հակազդմամբ: Ներքին գրգռվածությունը կարող է հնարավորություն տալ պատասխանատվության, վստահության, կենտրոնացվածության, ուշադրության մեծացմանը: Միևնույն դեպքում այն կարող է անցնել գերգրգռվածության, երբ գիտակցությունը կենտրոնանում է. օրինակ՝ ենթադրյալ վտանգի նկատմամբ, իսկ մնացածը բացարձակապես կորչում է նրա ուշադրության ոլորտից: Այդպիսի զինվորի գործունեությունը ցածր արդյունավետություն ունի: Այդ պատճառով խնդիրը լուծելու պայմաններում զինվորի գրգռվածությունը պետք է ուղղորդվի հրամանատարի կողմից: Խնդրի հաջողակ լուծումը զինվորին հուզականորեն լիցքավորում է: Այդ զգացմունքային ապրումը նույնպես կարող է առաջացնել առույգություն, երջանկություն և բավարարվածություն [4,5]:

Արդի ռազմական հոգեբանության խնդիրներից մեկն էլ զինվորի հոգեկանի հուսալիության ապահովումն է, բարդ իրադրություններում նրա սխալվելու բացառումը:

Յուրահատուկ առանձնահատկություններ են դրսևորվում մարտական պայմաններում մարտիկների ստացած հոգեվնասվածքների արդյունքում:

Հոգեբան Վ.Մարգարյանը գտնում է, որ մարտական հոգեվնասվածք ասելով՝ պետք է հասկանալ անձի կողմից մեծ ուժգնությամբ ապրում, որը պայմանավորված է մարտական իրադրության հոգեխոցիչ գործոնների կարճատև կամ երկարատև ներգործությամբ, ինչն էլ հանգեցնում է տարբեր աստիճանի ծանրությամբ հոգեկան խանգարումների: Մարտական իրադրության հիմնական հոգեխոցիչ գործոնը վտանգն է՝ սպառնալիքը կյանքին և ֆիզիկական առողջությանը: Վտանգի ընկալումը ամենաուժեղ հոգեխոցիչ գործոնն է: Այն առաջանում է այլ մարդկանց մահվան և խեղման սարսափելի պատկերների ազդեցությամբ:

Մարտում վախի զգացում ապրում է յուրաքանչյուր զինծառայող: Ոմանք կամքի ուժով այն ճնշում են, մինչդեռ մյուսները դա չեն կարողանում անել: Յուրաքանչյուր մարդ ունի իր «դիմացկունության սահմանը»: Մարտական հոգեվնասվածքի առաջացման հավանականությունը մեծապես պայմանավորված է մարդու անհատական-անձնային և հոգեֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով [1, էջ 69]: Մենք նույնպես համամիտ ենք վերը նշված ձևակերպման հետ, սակայն գտնում ենք, որ այն ունի ինչպես սեփական անձի, այնպես էլ դիմացինի նկատմամբ դեստրուկտիվ ուղղվածություն:

Այսպիսով՝ մարտական հոգեվնասվածքը մարտական իրադրության ծայրահեղ գործոնների նկատմամբ զինծառայողի ուժեղ ապրումների հետևանքն է: Այն առաջացնում է հոգեկանի ժամանակավոր խանգարում, ինչն էլ իր հերթին հանգեցնում է մարտունակության մասնակի կամ լիովին կորստի [1, էջ 74]: Ներկայացնենք նմանատիպ հոգեվիճակի օրինակ. հետազոտվողը հիշում է իր առաջին փոխհրաձգությունը և հանդիպումը թշնամիների հետ: «Մի քանի վայրկյանների ընթացքում ես կորցրի հսկողությունն իմ օրգանիզմի վրա: Այն, ինչ եղավ ինձ հետ, դժվար է բա-

ռերով նկարագրել: Դժոխքը տարածվել էր երկրի վրա: Ես այնքան վախեցած էի և մտածում էի, որ այդտեղից կենդանի դուրս չեմ գա: Ես վստահ էի դրանում: Ես տեսա բազմաթիվ խոցված, մասնատված դիակներ: Այդպես էլ չհասկացա, թե ինչպես կենդանի մնացի: Ես չէի կարողանում այդ պատկերները հեռացնել ինձանից: Այն ինձ մոտ դրսևորվում էր նաև քնած ժամանակ իմ երազներում: Մարտական գործողությունների առաջին օրերին հաճախ էի նկատում, որ արտասվում եմ: Ես շատ էի ուզում տուն գնալ, ես շատ միայնակ էի, անօգնական, իսկապես վախեցած, սակայն հասկանում էի, որ չեմ կարող տուն գնալ, քանի դեռ այս դժոխքը չի վերջացել»:

Նման հակազդումը առաջին անգամ մարտական տվյալ իրադրությանը բնական է և հասկանալի: Տրավմատիկ իրադրության կամ դրանից հետո շատ մարդիկ բարձր տագնապային և դեպրեսիվ վիճակում են լինում: Որոշ անձանց մոտ տագնապը և դեպրեսիան կարող են պահպանվել երկար ժամանակ: Այդ մարդիկ կարող են տառապել սուր սթրեսային խանգարումներով կամ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումներով, որոնք ծագում են որպես հակազդում հոգեբանական տրավմատիկ իրադրության (Sharan et al., 1996, APA, 1994):

Սովորաբար նման իրադրությունը դառնում է տվյալ անձի համար վտանգավոր: Այլ տագնապային խանգարումներից սրանք տարբերվում են նրանով, որ կյանքի համար մեծ վտանգ են ներկայացնում: Համաձայն DSM-IV-ի, եթե վերը նշված տագնապները, վախը և նրան ուղեկցող երևույթները ծագում են անմիջապես տրավմատիկ դեպքից հետո և տևում մեկ ամսից պակաս, ապա այդ երևույթը ախտորոշվում է որպես սուր սթրեսային խանգարում: Եթե այդ ախտանիշները պահպանվում են մեկ ամսից էլ երկար, երբեմն էլ տարիներ, ապա ախտորոշվում է որպես հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումներ: Որոշ դեպքերում սուր սթրեսային խանգարումները վերափոխվում են հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման: Սթրեսի այս երկու տեսակները իրենց դրսևորման և տեսակների տարբերակներով հանդերձ նման են տագնապային խանգարումներին.

1. Տրավմատիկ իրադրության ապրում. այս մարդկանց մոտ կարող են կրկնվել որոշ հիշողություններ, մտքեր, մղձավանջներ, որոնք առնչվում են այդ իրադարձության հետ:

2. Փախուստ. նման մարդիկ, որպես օրենք, փորձում են խուսափել տվյալ գործունեությունից, որը նրանց հիշեցնում է տրավմատիկ իրադրությունը և փորձում են խուսանավել նրանց հետ կապված մտքերից, զգացումներից, խոսակցություններից:

3. Ցածրացված զգայունություն. նման մարդիկ կարող են այլ մարդկանցից մեկուսանալ, կորցնել սեփական անձի նկատմամբ հետաքրքրությունը: Նրանք կարող են նաև կորցնել նաև այսպիսի խորը զգացումները, ինչպիսիք են՝ նրբությունը և սեռականությունը: Որոշ անձանց մոտ նկատվում են նաև դիսոցիացիայի ախտանիշներ կամ հոգեբանական անջրպետ: Նրանք ունենում են դժվարություններ նաև հիշողության հետ կապված կամ ապրում են անիրականի զգացում, որ ամբողջ շրջապատը հանդիսանում է տարօրինակ կամ ոչ իրական:

4. Գրգռողականության մեծացում, տագնապի և մեղքի զգացում. նման խանգարմամբ անձինք կարող են զգալ արտակարգ լարվածություն, վախենում են յուրաքանչյուր գրգիռից: Նրանց մոտ զարգանում է քնի և ուշադրության կենտրոնացման հետ կապված խնդիրներ: Նրանք կարող են զգալ ուժեղ մեղքի զգացում՝ կապված տրավմատիկ իրադրության ապրման կամ մարդկանց մահվան հետ: Որոշ մարդկանց մոտ առաջանում է մեղքի զգացում, որով-

հետև իրենք կենդանի են մնացել[7]:

Վերը նշված հոգեվիճակները կարող են պարբերաբար անձին ուղեկցել դեռևս երկար ժամանակ. ներկայացնենք պատերազմի մասնակիցներից մեկի մոտ մեկ տարի հետո դրսևորված ախտանիշները. «Ես չեմ կարողանում այդ հիշողությունները դուրս շպրտել իմ ուղեղից: Կերպարները ինձ մոտ վերադառնում են վառ դետալներով: Դրանք կարող են առաջացնել այնպիսի չնչին գրգիռներ, ինչպիսիք են՝ դռան թակոցը կամ շոգիացած մսի հոտը: Անցած գիշեր ես պառկել եմ և հանգիստ քնել, ինչը հազվադեպ է պատահում, սակայն լսելով կայծակի ձայնը՝ ես կրկին վերադարձա մարտադաշտ՝ մեր դիտակետ: Ես վստահ էի, որ հաջորդ կրակոցները ինձ են դիպչելու, և ես կմեռնեմ: Իմ ձեռքերը սառեցին, իսկ քրտինքը պատեց ամբողջ մարմինս: Ես զգում էի, թե ինչպես են մազերս ցցվել: Ես չէի կարողանում վերահսկել հիշողությունս, իսկ սիրտս աշխատում էր մեծ արագությամբ: Ես զգում էի ծծմբի զզվելի հոտը»:

Սուր կամ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումները կարող են ծագել ցանկացած տարիքում, հետևաբար պատերազմական իրադրություններում գտնվող ցանկացած տարիքի անձի դեպքում վերը նշվածը օրինաչափ է:

Տրավմատիկ իրադրության ծանրությունը և բնույթը նույնպես հնարավորություն են տալիս հաստատելու, որ անձի մոտ ձևավորվում է սթրեսային խանգարում: Հետազոտություններից փաստվում է, որ Վիետնամի 253 պատերազմի վետերաններ, ովքեր տևական ժամանակ եղել են գերի, ապա գերությունից վերադառնալուց հինգ տարի հետո էլ նրանց մոտ առկա էր հոգեկանի տարբեր դրսևորումներ: Նրանցից 23 տոկոսի մոտ դիտարկվել են հոգեկան ախտաբանական դրսևորումներ, չնայած նրանք եղել են առողջ սպաներ: Մեծ մասամբ, որքան ուժեղ է եղել տրավման, այնքան՝ մեծ է սթրեսային խանգարման հավանականությունը, քանի որ ենթարկվել էին դաժան բռնությունների և ստացել ծանր ֆիզիկական և հոգեկան վնասվածքներ: Հետաքրքիր է նման զինվորներից մեկի խոսքը. «Շատ դժվար էր մեռածների մեջ լինել կենդանի» [7]:

Կատարված հետազոտությունները փաստում են, որ ապրիլյան պատերազմի օրերին և նրանից հետո, ճիշտ է համեմատաբար քիչ, բայց գրանցվել են նման բնույթի ախտորոշումներով մարտիկներ. որոնց ցուցաբերվել է համապատասխան մասնագիտական օգնություն:

Պատերազմական պայմաններում յուրահատուկ խումբ են կազմում գանգուղեղային տրավմաներին համակցող հոգեկան ձևախեղումները: Գանգուղեղի վնասվածքի վերոհիշյալ բոլոր ձևերի դեպքում նյարդահոգեկան զանազան խանգարումներ կարող են առաջանալ, որոնք, անկախ վնասվածքի տեսակից, 3 հիմնական շրջանի են բաժանվում՝ գիտակցության խանգարման սկզբնական շրջան, սուր շրջանում հանդիպող հոգեկան խանգարումներ և հեռավոր հետևանքների շրջան:

Գիտակցության խանգարման սկզբնական շրջանն սկսվում է գանգուղեղային վնասվածքից անմիջապես հետո: Այն բնորոշվում է գիտակցության այս կամ այն աստիճանի խանգարմամբ, որը վնասվածքի բնույթից ու ծանրությունից մինչև սոպորի և կոմայի հասնող վիճակներով, հաճախ տևելով մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ, իսկ ծանր դեպքերում՝ նույնիսկ օրեր:

Գանգուղեղային վնասվածքի բարենպաստ ընթացքի դեպքում հիվանդը անգիտակից վիճակից դուրս է գալիս աստիճանաբար, ընդ որում գիտակցության վերականգնումից հետո տեղի ունեցած դեպքերի նկատմամբ առաջանում է ամնեզիա, որը կարող է արտահայտվել անտերոգրադ ամնեզիայի (վնասվածքից անմիջապես հետո տեղի ունեցածի

մոռացում), ոչ հազվադեպ նաև ռետրոգրադ ամնեզիայի (մինչ վնասվածքը եղած որոշ ժամանակահատվածի մոռացում) ձևերով: Որոշ դեպքերում հիվանդը կատարվածի մասին որոշ դրվագներ կարող է հիշել, որոնք սակայն հաճախ լիարժեք և ստույգ չեն լինում: Օրինակ՝ քառօրյա պատերազմի հերոսներից Ալբերտի և Հովհաննեսի մոտ: Ալբերտը կորցրել էր տեսողությունը և խոսքը, որոնք ներկայումս վերականգնվել են, իսկ այժմ նա տառերն է սովորում: Նրա մարմնի սեփական ընկալումն աղճատված էր, նա կարծում էր, թե մարմնի կեսը իրենը չի: Բավականին երկար ժամանակ մորը չի ճանաչել: Հովհաննեսն էլ չի հիշում իր կյանքի վերջին երեք տարիները:

Գանգուղեղային վնասվածքի դեպքում գիտակցության վերականգնումից հետո շատ հաճախ տեղ են գտնում հոգեկան թուլության (ասթենիայի) երևույթները, որոնք արտահայտվում են գլխացավերով, գլխապտույտներով, հիշողության թուլությամբ, ուշադրության ցրվածությամբ: Որոշ դեպքերում դիտվում է դյուրագրգռություն, գերզգայնություն (հիվանդները չեն կարողանում տանել ուժեղ ձայնը, վառ լույսը, ցավը, անգամ ասեղի ծակոցը): Տրամադրությունը դառնում է անկայուն, քունը խանգարվում է, դառնում մակերեսային և ընդհատումներով:

Ոչ հազվադեպ հանդիպում են անոթային և վեգետատիվ զանազան խանգարումներ (սրտային գործունեության և զարկերակային ճնշման անկայունություն, գերքրտնություն և այլն), ինչպես նաև ակնախաղ, ակնաստիկական ֆենոմեն, երերուն քայլվածք, քիթ-շրթունքային ծալքի անհավասարություն, լեզվի թեքում և այլն: Ասթենիկ վիճակը տևում է մինչև 2-3 շաբաթ և աստիճանաբար անցնում է, եթե հիվանդի վիճակը չի բարդանում սուր խանգարումներով: Այդ խանգարումներից են՝ գիտակցության մթնշաղային վիճակները, երբ հիվանդները կատարում են արտաքուստ կանոնավոր, սակայն չգիտակցված գործողություններ («ամբուլատոր ավտոմատիզմ»): Կարող են դիտվել նաև հոգեշարժական գրգռվածություն, անշարժությամբ ուղեկցվող քնկոտ վիճակ և այլն [3, էջ 261-267]:

Բացառությամբ գանգուղեղային տրավմաների՝ նման հոգեվնասվածքների բուժման գործում պետք է հիշել, որ դրանք ոչ միայն նյարդային համակարգի, այլև ամբողջ օրգանիզմի հիվանդություն են, և որ դրանց հիմքում, հոգեկան տրավմաներից բացի, ընկած են նաև մարմնային մի շարք գործոններ: Այդ տեսակետից հոգեվնասվածքների բուժումը պետք է տարվի համալիր ձևով՝ հիմնական շեշտը դնելով արտաքին պայմանների փոփոխության, տրավմա առաջացնող պատճառների և հոգեկան ապրումների վերացման, նյարդային համակարգի, ինչպես նաև ամբողջ օրգանիզմի ու առանձին օրգանների խանգարված աշխատանքի կարգավորման վրա: Պետք է ստեղծել աշխատանքի և հանգստի նորմալ ռեժիմ: Չափազանց լավ է, գոնե բուժման շրջանում, հիվանդներին հեռու պահել տհաճություններից, ընդհարումներից ու բախումներից, ինչպես նաև ժխորից, մտավոր և ֆիզիկական գերլարումից: Հիվանդի համար պետք է ստեղծել առողջ ու հանգիստ մթնոլորտ, բարյացակամ վերաբերմունք, վստահություն, անշուշտ՝ հաշվի առնելով հոգեխոցվածքի ձևը և յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում անհատական մոտեցում ցուցաբերել[9]:

Բոլոր դեպքերում բուժական կարևոր միջոցառում է պսիխոթերապիան, մասնավորապես՝ ռացիոնալ պսիխոթերապիան: Ներշնչման միջոցով կատարվող հոգեկան այդ ներգործության դեպքում բազմակի զրույցների նպատակը հիվանդներին համոզելը, բացատրելը, ոգևորելն ու մխիթարելն է և միտքն իր հիվանդագին ապրումներից հեռացնե-

լը: Լավ արդյունքներ են ստացվում նաև հիպնոսային քնի վիճակում կատարվող ներշնչումից, ինչպես նաև աուտոգեն մարզման ձևով անցկացվող ինքնաներշնչումից:

Այդ բոլորին զուգընթաց կարգավորվում և ամրացվում է հիվանդի ինչպես մարմնական, այնպես էլ նյարդային ու հոգեկան վիճակը:

Այս նպատակով դեղորայքային թերապիան զուգակցում են ինսայթ, ընտանեկան, խմբային թերապիաներով և ինքնասուզման մեթոդիկաներով:

Որպես օրենք՝ այս մոտեցումները օգտագործվում են իրար հետ համակցված տարբերակներով, որովհետև իրարից անկախ վերը նշվածներից ոչ մեկը չի վերացնում բոլոր ախտանիշները: Հանգստացնող միջոցները իջեցնում են անձի լարվածությունը և բարձրացնում ներոտիկությունը: Հակադեպրեսանտները իջեցնում են գիշերային մղձավանջների հաճախականությունը, «հետադարձ կադրի» դրսևորումը, ոչ ցանկալի հիշողությունները և դեպրեսիայի դրևորումը: Վարքային տեխնիկաներից ինքնասուզումը նույնպես նպաստում է յուրահատուկ ախտանիշների նվազեցմանը և հաճախ հանգեցնում է ադապտիվության մեծացմանը:

Ռելաքսացիոն թրեյնինգները օգնում են նման հոգեվնասվածքով անձանց ներբազատվելու «հետադարձ կադրի» էֆեկտից և գիշերային մղձավանջներից: Սկզբում հոգերանը օգնում է այցելուին որոշելու, թե մարտի հատկապես որ դրվագներն են հաճախակի հիշվում: Այնուհետև օգնում է պատկերացնելու այդ դրվագներից մեկը՝ բոլոր մանրամասնություններով, և խնդրում անշարժացնել այդ կերպարը, քանի դեռ տագնապը չի անցել: Յուրաքանչյուր նման վարժությունից հետո հոգերանը այցելուին զուգորդում է դրական կերպարների հետ և ուղեկցում նրան մինչև ռելաքսացիա:

Չնայած դեղորայքային թերապիան և սուզման տեխնիկան բերում են որոշակի բարելավման և թեթևության, կլինիկական հոգերանների մեծ մասը գտնում են, որ միայն այդ մոտեցումները չեն կարող ամբողջովին օգնել պատերազմի մասնակիցներին՝ բուժվելու հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումից: Այդ մարդիկ նաև պետք է անցնեն ռազմական գործողություններից առաջացած տպավորությունների հասկացմանը և նրան, թե որ ազդեցությունն է շարունակում իրենց վրա թողնել նման տպավորություն: Այդ պատճառով հաճախ բուժում իրականացնողը օգնում է հիվանդին արտահայտելու իր խորքային զգացմունքները, ընդունելով այն, ինչ իրենք են իրականացրել և ապրել, քիչ քննադատեն և սովորեն նորից վստահել մարդկանց:

Երբեմն մտքերն արտահայտելու փորձերը և հասկացմանն անցնելու (ինսայթ) մեթոդները օգտագործում են նաև ամուսնական թերապիայի ժամանակ: Իրականում հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումների ախտանիշները հակում ունեն ավելի վառ դրսևորվելու ընտանիքի անդամների նկատմամբ, որոնց վրա կարող է ուղղակի ազդել տագնապի հակազդումները, դեպրեսիվ տրամադրությունը կամ բարկության դրսևորումը:

Ընտանիքի անդամների կողմից օգնության դրսևորումը կարող է մեղմացնել տագնապները, որոնք նա փորձել է լուծել, տեսնել նրանց ազդեցությունը ուրիշների վրա, սովորել ուրիշներին ճիշտ հասկանալու և լուծելու սեփական խնդիրները [7, էջ 181–184]:

Պատերազմի մասնակիցները կարող են նաև բաժանվել իրենց ապրումներով և զգացմունքերով, սեփական փորձի հասկացմանը, միմյանց օգնելու բանավեճի խմբերում: Շատերը գտնում են, որ այս ձևաչափի թերապիայի ժամանակ առավել մատչելի է հիշողության մեջ կենդանացնել այն իրադրություններն և զգացմունքները, որոնք երկար ժամանակ մոռացված էին: Բանավեճային

խմբերում կա մեկ խնդիր ևս. դա իրենց կենդանի մնալու և ընկերների զոհվելու մեղքի զգացումն է: Երբ նման անձիք ազատ խոսում են իրենց ապրումների մասին, որոնք կապված են պատերազմի հետ, թեկուզ մեղքի զգացման մասին, ապա նրանք սկսում են ազատվել դրանից և օբյեկտիվորեն գնահատել սեփական արարքները՝ անցյալի իրադրությունների համատեքստում: Ներկայացնենք հետազոտված դեպքերից մեկը, թե ինչպես է ճիշտ մոտեցումը ապահովում օբյեկտիվ արդյունքներ. «Երբ ես վերադարձա պատերազմից, գիտեի, որ ինձ անհրաժեշտ է հոգեբանական օգնություն: Ես վստահ էի, որ եթե չբուժվեմ, ապա կարող էի կամ մարդ սպանել, կամ ինքնասպանություն գործել: Ես գնացի բժշկի: Նա շարունակ ինձ հիմար հարցեր էր տալիս՝ արդյոք մարդ սպանել եմ և ունեմ արդյոք մեղքի զգացում դրա հետ կապված: Նա ինձ հարցրեց նաև իմ քույրերի և եղբայրների մասին, սակայն ոչ մի հարց չտվեց, թե ինչպիսին են եղել իմ ապրումները պատերազմի դաշտում: Նա ինձ շատ դեղեր էր տալիս: Ես նրա մոտ հաճախեցի մոտ մեկ ամիս, սակայն արդյունքի չհասա, հետևապես հետագայում էլ չհաճախեցի: Ինձ անհրաժեշտ էր մեկ այլ մասնագետ, ով կհասկանար ինձ, իմ խնդիրները և ոչ իմ անցյալը: Այնուհետև ինձ ուղարկեցին մի այլ մասնագետի մոտ: Իմ կարծիքով՝ նա ավելի ազնիվ էր, քանի որ նշեց, որ ինքը պատերազմի վետերան չէ, չի եղել պատերազմի դաշտում և վետերանների հետ աշխատելու փորձ չունի և առաջարկեց դիմել այլ նեղ մասնագետի:

Միայն երեք ամիս անց մենք գտանք հոգեբանական համապատասխան ծառայություն և մասնագետ, և ինձ մոտ վերականգնվեց հույսը, որ ինձ կօգնեն: Ես ստացա այդ օգնությունը, որը ինձ շատ հարկավոր էր: Ես նկատեցի, որ հեշտ է լինել աշխատավայրում և մտածել ընտանիքի մասին: Իմ գիշերային մղձավանջները դարձան ավելի թույլ և ոչ հաճախակի: Այժմ առավել հեշտ է ապրելը, ես սովորում եմ վստահել մարդկանց և ժամանակի մեծ մասը անց եմ կացնում իմ կնոջ և երեխաների հետ»:

Այսպիսով՝ հանգում ենք այն եզրակացության, որ հոգեվնասվածքների վերականգնումը կատարվում է հետևյալ փուլերով.

1. Տրավմատիկ իրադարձությունների նկատմամբ մարդկանց հակազդման համապատասխանեցում: Խորհրդատուները մարդկանց տրամադրում են տեղեկատվություն իրենց մոտ հնարավոր ծագող ախտանիշների մասին, օրինակ՝ քնի հետ կապված խնդիրներ, ուշադրության կենտրոնացման դժվարություններ կամ կորուստի հետ կապված հարցեր: Ըստ էության՝ մարդկանց տրվում է օբյեկտիվ տեղեկատվություն, ըստ որի դրանք օրինաչափ են այդ իրադարձությանը:

2. Տագնապայնության, բարկության և այլ բացասական հույզերի արտահայտման հնարավորություն: Որպեսզի նվազեցվի տագնապը, բարկությունը, ֆրուստրացիան, հոգեբանները պետք է հնարավորություն տան պատերազմի մասնակիցներին խոսելու սեփական ապրումների և զգայությունների մասին:

3. Ինքնաուսուցման հմտությունների ուսուցում: Հոգեբանների կողմից տրավմատիկ անձանց մոտ սթրեսակայունության, տոլերանտության, ադապտացիայի, ինքնաօգնության հմտություններ են ձևավորում:

4. Պարբերական օգնության ապահովում: Առաջին օգնությունից հետո անհրաժեշտ է նաև կազմակերպել նեղ ստացիոնար օգնություն, որը պահանջում է առավել նեղ մասնագիտական միջամտություն:

Կատարված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ արդի բանակում հոգեբանի ինստիտուտի առկայությունը օբյեկտիվ անհրաժեշտություն է: Կարծում ենք, որ հոգեբանները պետք է ունենան իրենց կատարած կոնկրետ

գործառույթներին համապատասխան մասնագիտական լիարժեք կոմպետենցիաներ: Սովորաբար տարբեր հոգեվնասվածքներով անձանց ցուցաբերվում է կարճաժամկետ, սանիտարական և երկարաժամկետ օգնություն, որոնցից յուրաքանչյուրը համապատասխանում է կոնկրետ նորմատիվային ակտի: Վերլուծելով նման գործընթացը՝ գտնում ենք, որ բանակի համար անհրաժեշտ է պատրաստել հետևյալ ուղղվածությամբ ռազմական հոգեբաններ՝

1.Ոչ մարտական պատրաստաժանումներում աշխատող, որի գործառույթներն են.

· նախազորակոչի հոգեբանական ուղեկցում.

· զորակոչված զինվորի հոգեբանական հարմարման կազմակերպում, զինծառայության ողջ գործընթացում նրանց ակտիվության ապահովում.

· զինվորական ծառայության արդյունավետության բարձրացմանը խոչընդոտող հոգեբանական գործոնների հաղթահարում, ստորաբաժանումներում առողջ բարոյահոգեբանական մթնոլորտի ձևավորում.

· հոգեբանական խորհրդատվություն (հոգեբանական աջակցություն), սթրեսային և այլ լարված իրավիճակներում անձի հետ հոգեբանական աշխատանքի իրականացում. սթրեսմենեջմենթ.

· վերադաստիարակության խնդիրներ ունեցող զինվորների ուղղորդում և ուղեկցում.

· Կոնֆլիկտների արդյունավետ լուծման ապահովում. կոնֆլիկտների կառավարում:

· հոգեդիագնոստիկա (հոգեբանական ախտորոշում՝ թեստավորում, ինտերվյու, դիտում, հարցաթերթիկային հարցում և այլ մեթոդներ) անձնակազմի հոգեբանական որակների և առանձնահատկությունների հետազոտում, տվյալների վերլուծություն և համապատասխան անհատական հոգեբանական դիմանկարի կազմում.

2.Պատերազմական գործողություններին մասնակցող և մարտական հերթափոխություն իրականացնող սպորաբաժանումների, որի գործառույթներն են՝

· խմբային համախմբվածություն և համատեղ գործունեության արդյունավետության բարձրացման ապահովում.

· արտակարգ իրավիճակներում արդյունավետ շփման հմտությունների զարգացում, զինվորների մարտական գործողություններին հոգեբանական նախապատրաստում, արագ կողմնորոշման, սթրեսակայունության և հոգեբանական անընկալունակության ձևավորում.

· մարտի ժամանակ ստացված հոգեվնասվածքի կամ դրսևորվող տագնապի և վախի դեպքերում զինվորներին առաջին հոգեբանական օգնության և մարտական ոգու բարձրացման, վստահության և ինքնավստահության ապահովում.

· հակառակորդի կողմից կիրառվող հոգեբանական տարբեր մանիպուլյացիոն ներազդման տեխնիկաների կանխատեսում, կիրառման չեզոքացում, հակակիրառում.

· զինվորներին հոգեբանական պատերազմի նախապատրաստում.

· տեղեկատվական-հոգեբանական անվտանգության և հոգեբանական պաշտպանության ապահովում:

3.Պատերազմական պայմաններում բժշկական սպացիոնարներում և մասնագիտական ծառայություններում աշխատող (կլինիկական), որի գործառույթներն են՝

· հոգեբանական կորուստների կանխարգելում, արդյունավետ վերականգնում և համալրում.

· բազմամասնագիտական խմբերում համակցված տրավմաներով զինվորների հոգեբանական օգնության, բուժման և վերականգնման ապահովում.

· ծանր հոգեվնասվածքների բուժում և վերականգնում:

4.Հետպատերազմական պայմաններում հիվանդանոցներում, վերականգնողական կենտրոններում, հոգեբանական ծառայություններում աշխատող (կլինիկական), որի գործառույթներն են.

· հաշմանդամների հոգեբանական ուղեկցում և վերականգնում.

· պատերազմի մասնակիցներին՝ քաղաքացիական կյանքին հարմարման ապահովում, հոգեկան առողջության խնդիրների բարելավում.

· պատերազմի մասնակիցների ընտանիքի անդամների հետ հոգեկարգավորման աշխատանքների իրականացում.

· պարբերաբար հոգեխորհրդատվության և հոգեկարգավորման գործընթացների ապահովում:

Ելնելով վերոնշյալից առաջարկում ենք՝

1. Զինվորական հոգեբաններ պատրաստող բուհերում՝ բակալավրիատում ուսուցումը կազմակերպել ընդհանուր զինվորական կոմպետենցիաների ձևավորման հիման վրա՝ շրջանավարտին տալով զինվորական հոգեբանի որակավորում:

2. Մագիստրոսական կրթություն ապահովող բուհերում իրականացնել նեղ մասնագիտական կրթություն՝ ոչ մարտական ստորաբաժանումներում աշխատող, պատերազմական գործողություններին մասնակցող և մարտական հերթափոխություն իրականացնող ստորաբաժանումների, պատերազմական պայմաններում բժշկական ստացիոնարներում և մասնագիտական ծառայություններում աշխատող (կլինիկական), հետպատերազմական պայմաններում հիվանդանոցներում, վերականգնողական կենտրոններում, հոգեբանական ծառայություններում աշխատող (կլինիկական) զինվորական հոգեբանների մասնագիտացմամբ՝ ուսման ընթացքում շեշտադրելով հստակ նախատեսված կարողությունների, գիտելիքների և հմտությունների ձևավորումը:

Իսկ մինչ այդ նման մասնագետների բացը լրացնել վերապատրաստումների միջոցով, ընդ որում նման գործընթացը պետք է իրականացվի միջնաժամկետ և երկարաժամկետ վերապատրաստումների տարբերակներով:

Այսպիսով՝ պատերազմական պայմաններում և մարտական հերթապահության ժամանակ զինծառայողների ստացած հոգեբանական վնասվածքների առանձնահատկությունների իմացությունը, նրա հետևանքների բուժման և վերականգնման հիմնախնդիրները խիստ կարևորվում են արդի ռազմական հոգեբանության կողմից, ինչպես նաև մարդկային ռեսուրսների արդյունավետ կառավարման և համալրման առումով:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Վ.Հ. Մարգարյան, Մարտական գործունեության հոգեբանական հիմքերը, Երևան, 2009թ., 283 էջ:
2. Ի.Բ., Պողոսյան, Հոգեբանական պատերազմ. հիմնական գործոնները, Երևան, 2009թ., 288 էջ:
3. Մ.Ա. Մելիք-Փաշայան, Վ.Հ. Հովհաննիսյան, Հոգեբուժություն, Երևան, 1994թ., 356 էջ:
4. Барабанщиков А.В., Давыдов В.П., Феденко Н.Ф., Основы военной психологии и педагогики, Москва, 1988.- 272 с.
5. Военная психология и педогогика. Под. ред. Кулакова В.Ф., Москва, 1998.-384 с.
6. Ильин Е.П., Эмоции и чувства, 2е изд., Питер, 2011.-782 с.
7. Комер Рональд, Нарушения и патологии психики, Санкт-Петербург, Москва, 2002.-604с.
8. Петер С.Л., Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, Москва, 2001.
9. Попов В.Е., Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий, Москва, 1992.

10. Серookий Ю.Е., Информационно-психологическое противоборство: уроки Афганистана, Москва, "Военная мысль", 2003. N 12, с. 69-72.
11. Старунский А.Г., Психологические операции ВС США на современном этапе, Москва, "Военная мысль", 2003. N 11, с. 62-71.
12. Wakin M. The Ethics of Leadership// War. Morality and Proffesion, Edited by Col. Maiham M. Wakin. US Air Force. London: Westview Press., inc., Boulder, Colorado, 1986-308p.
13. War Morality and Military Proffesion , Edited by Col. Maiham M. Wakin, US Air Force. London: Westview Press., inc., Boulder, Colorado, 1986-248p.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРАВМ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧЕННЫХ В ПРОЦЕССЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ И БОЕВОГО ДЕЖУРСТВА

КАМО ВАРДАНЯН

Руководитель научно-исследовательского центра Армянского государственного педагогического университета им. Хачатура Абовяна

Данное научное исследование посвящен видам, особенностям психологических травм, полученных воинами в военных условиях, их профилактике, восстановлению и лечению. Автор представляет эффективную методологию, направленную на снижение психологических потерь, теоретически обоснованные и практически апробированные специализации военных психологов, а также современные формы подготовки соответствующих психологов.

PECULIARITIES OF SOLDIERS' PSYCHOLOGICAL TRAUMAS AND THEIR SIDE–EFFECTS DURING WARTIME AND COMBAT DUTY

KAMO VARDANYAN

Head of Research Center at Khachatur Abovian Armenian State Pedagogical University, Doctor of Psychology

This Scientific Research is dedicated to the soldiers' psychological trauma types, characteristics, their prevention, rehabilitation and treatment during wartime. The author presented an effective methodology aimed at reducing the psychological losses, theoretically grounded and practically tested military psychologists specializations, as well as modern forms of preparing a specialized psychologist.