

ՀԱՍՄԻԿ ՇԱՀԻՆՅԱՆ

ՄԱՆԴԱՅԻՆ ԿԱՐՔԱԶԵՎԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՀԱՆԴԻՍԱՑՈՂ ՆՅԱՐԴԱՅԻՆ ԲՈՒԼԻՄԻԱՅԻ ԵՎ ԱՆՈՌԵԿՍԻԱՅԻ ՀՈԳԵԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՏԵՍԱԿԱՆ ՈՐՈՇ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ընտրելով սննդային վարքածիքի բուլիմիկ և անոռեկսիկ խանգարումները որպես հետազոտությունների թիրախ, դրանց տեսական հետազոտությունների և վերլուծությունների փուլին բնականոն կերպով հետևեց գործնական աշխատանք կատարելու անհրաժեշտությունը: Կանգնելով այդ խնդրի առաջ՝ մենք փորձեցինք տարբեր անկախ եղանակներով հավաքագրել սննդային վարքածիքի խանգարումների «թիրախ խմբերի» ներկայացուցիչներ՝ ակնկալվող գործնական աշխատանքներին մասնակցելու համար: Դրա արդյունքում մեր հետազոտ հետազոտությունների մասնակից դարձան 90 տարբեր տարիքային խմբերի, սոցիալական դիրքերի և մասնագիտությունների ներկայացուցիչ կամավորներ: Ակնկալվող հոգեախտորոշման գործընթացի նախնական փուլում մենք դիմեցինք գրականության օգնությանը: Այսպիսով, ըստ Օբոգովի, հոգեախտորոշումը թույլ է տալիս բացահայտել անհատի առավել նշանակալի հոգեբանական հատկանիշները և անհրաժեշտ տեղեկատվություն ստանալ այն հոգեբանական համակարգերի վերաբերյալ, որոնք գտնվում են անհատի վարքածիքի հիմքում:[3]

Հոգեախտորոշումն այն «բանալին» է, որը թույլ է տալիս առավել արդյունավետ իրականացնել հոգեթերապևտ/այցելու համագործակցությունը՝ հիմք հանդիսանալով հետագա հոգեթերապևտիկ միջոցառումների ծրագրման համար: Ճիշտ կատարված հոգեախտորոշումը թույլ է տալիս հոգեթերապևտին ամբողջովին պատկերացնելով այցելուի խնդրի խորությունը՝ բուժման մեթոդների համակարգ ընտրել տվյալ այցելուի համար անհատապես: Ինչպես օրինակ նոր ի հայտ եկած և «ստաժավոր» սննդային վարքածիքի խանգարումով տառապող անհատների բուժման ժամկետները և կիրառվող մեթոդաբանությունը կարող են արմատապես տարբեր լինել՝ կախված հոգեախտորոշման ամբողջական պատկերից:

Հոգեախտորոշման իրականացման համար անհրաժեշտ մեթոդներն են. հոգեախտորոշման գրույցը և հոգեբանական թեստավորումը:

Հոգեախտորոշման գրույցի փուլում հոգեթերապևտի առաջնային խնդիրն է հոգեախտորոշման գրույցի ընթացքում բացահայտել հավանական կապը տվյալ այցելուի մոտ առկա ախտանիշների սկզբնական դրսևորումների և այցելուի կյանքում կատարված կարևոր իրադարձությունների, կամ փոփոխությունների միջև, կամ հերքել նման կապի առկայությունը: Եթե նման կապը բացահայտված է, ապա հետագա գրույցի գործընթացում անհրաժեշտ է պարզել, թե արդյոք այցելուն ինքը գիտակցում է այդ կապի առկայությունը և այն նշանակությունը, որն ունեցել են տվյալ իրադարձությունները նրա մոտ առկա սննդային վարքածևի խանգարման զարգացման գործընթացում: Դա պարզելու համար անհրաժեշտ է որպեսզի հոգեթերապևտը բացարձակ պատկերացում ունենա տվյալ այցելուի անձնային հատկանիշների, մանկության տարիներին նրա անձի զարգացման պայմանների, նրա սոցիալականացման ընթացքում առաջացած կոնֆլիկտների և ներկայում դրանց վրա սևեռվածության աստիճանի վերաբերյալ:[1]

Այսպիսով, մենք մոտավոր սահմանեցինք ճիշտ հոգեախտորոշման հնարավոր տարբերակները և դրանց նշանակությունը հոգեթերապևտիկ միջոցառումների արդյունավետ կազմակերպման հարցում: Իհարկե հոգեախտորոշման գործընթացի առաջին փուլը, որը և որոշում է հոգեթերապևտ/այցելու հետագա համագործակցության արդյունավետությունը՝ առաջին հանդիպումն է: Ստորև ներկայացված է հոգեթերապևտ/ այցելու առաջին հանդիպման մոտավոր սխեման, որի օգնությամբ մենք փորձել ենք հոգեախտորոշման հնարավորինս պրոդուկտիվ աշխատանքներ իրականացնել 18-60 տարեկան 90 կամավոր մասնակիցների հետ: Կատարված հոգեախտորոշման արդյունքում մեզ հաջողվեց մասնակիցներից ումանց մոտ բացահայտել, իսկ մյուսների մոտ հերքել սննդային վարքածևի բուլիմիկ, կամ անոռեկսիկ խանգարումների առկայությունը: Ինչպես նաև մենք հնարավորություն ստացանք մանրակրկիտ տպավորություն կազմել տվյալ խանգարումներով տառապող մասնակիցներից յուրաքանչյուրի խնդրի և դրա ակունքների վերաբերյալ: Առաջին հանդիպման կադավարում մասնակիցներից յուրաքանչյուրի հետ անց կացվեց անհատական գրույց, որում առկա հարցերի համար որպես հիմք ընդունեցինք Մալկինա-Պիխի առաջարկած սխեման[1]: Այնուամենայնիվ, գրույցի ընթացքում այցելուների համար նախատեսված հարցերը որոշ փոփոխությունների ենթարկվեցին, ինչի արդյունքում ստացվեց հետևյալ հարցաշարը.

Հարց առաջին. "Նախևառաջ ինչն է Ձեզ ստիպել, կամ օգնել, որպեսզի դիմեք հոգեբանի օգնությանը և մասնակցեք մեր կողմից կատարվող աշխատանքին":

Հարց երկրորդ. Այցելուի մոտ առկա ներքին կոնֆլիկտների և արտաքին հոգեբանա-սոցիալական կապերի բացահայտման գործում որոշիչ դեր ունի այն հարցը, թե տվյալ անահատի մոտ ինչպիսի կյանքի իրավիճակում է առաջին անգամ ի հայտ եկել տվյալ վարքաձևը: Այսինքն, մեր նպատակն է պարզել, թե ինչպիսի հանգամանքներում է առաջացել սննդային վարքաձևի խանգարումը տվյալ անհատի մոտ: Այդ հարցը պարզելու համար մենք յուրաքանչյուր մասնակցին դիմեցինք հետևյալ հարցադրումներով. «Ի՞նչ նշանակալի իրադարձություն տեղի ունեցավ ձեր կյանքում, երբ «այդ երևույթն» առաջին անգամ ի հայտ եկավ: Ինչպիսի» փոփոխություններ տեղի ունեցան ձեր կյանքի այդ շրջանում: Ի՞նչ նոր մարդիկ հայտնվեցին ձեր կյանքում և ովքե՞ր անհայտացան ձեր կյանքից»: Այս հարցերը վերաբերում են այցելուի կյանքում տեղի ունեցած ողբերգական իրադարձություններին, կամ անհաջողություններին, անձնական կյանքում, կամ մասնագիտական գործունեության մեջ տեղի ունեցած փոփոխություններին, կյանքի պայմանների փոփոխություններին: Մենք փորձեցինք դրդել մասնակիցներին, որպեսզի նրանք այս ամենի մասին պատմեն ասոցիատիվ կերպով, քանի որ անցյալում տեղի ունեցած ամենաողբերգական իրադարձությունների մասին էլ նման պայմաններում այցելուն կարող է խոսել որպես սովորական դեպքերի մասին: Այս պարագայում եթե հոգեբանին չի հաջողվում բացահայտել պատճառահետևանքային կապերը հիվանդության և այցելուի կյանքի իրադարձությունների միջև նաև հետագա գրույցների ժամանակ, ապա տվյալ խանգարման հոգեսոմատիկ բնույթը կասկածի տակ է դրվում: Այսինքն նմանօրինակ խանգարման առկայության պարագայում դրա առաջացման աղբյուրը զուտ ֆիզիոլոգիական է: Այդօրինակ դեպքի մենք մեր հետազոտությունների ընթացքում չհանդիպեցինք:

Հարց երրորդ. Ռետրոսպեկտիվ տեսանկյունից դիտելով՝ հոգեբանը կարող է բացահայտել հիվանդության առաջացմանը խթանող կյանքի իրադարձությունները ինչպես այցելուի մանկության, այնպես էլ պատանեկության և հասուն շրջաններում: Այդօրինակ կապերը մենք փորձեցինք բացահայտել հետևյալ տեսակի հարցադրումների օգնությամբ. «Պատմեք մի փոքր ձեր մասին, ինչպիսի երեխա եք եղել, որ իրադարձություններն են առավել վառ տպավորվել ձեր մանկությունից, ինչպիսին են/կամ ինչպիսին են եղել/ ձեր ծնողները, ձեր կյանքում որ իրադարձությունները կարող եք նշել, որպես ամենակարևորը» և այլն: Անամենեզի հավաքագրման ընթացքում մենք որոշ անհրաժեշտ տեղեկատվություն ստացանք յուրաքանչյուր մասնակցի և իր ծնողների միջև փոխհարաբերությունների վերաբերյալ, մանկության տարիներին նրա զարգացման,

սոցիալականացման վերաբերյալ, ինչպես նաև նրա մասնագիտական և սեռական հասունացման /անցման շրջանի/ ընթացքի վերաբերյալ:

Հարց չորրորդ. Մասնակիցների հետ անց կացված գրույցների վերջին փուլում վերոհիշյալ հարցերի հիման վրա մենք ամբողջական պատկեր ստացանք նրանցից յուրաքանչյուրի անձի վերաբերյալ: Հաշվի առնելով նրանցից յուրաքանչյուրի հոգեկան ապրումներն ու վարքը՝ մեզ համար հնարավոր դարձավ ի հայտ եկած ախտանիշների, ինչպես նաև հիվանդության զարգացումը խթանող իրադարձությունների և անամնեզի տվյալների ճիշտ գնահատումը:

Զրույցների անց կացման ընթացքում մենք փորձեցինք օգնել յուրաքանչյուր մասնակցին առավել սթափ և ճիշտ գնահատել սեփական ռեակցիաները, ինչի համար անց կացված գրույցների բոլոր փուլերում օգտագործեցինք նաև հետևյալ տիպաի հարցադրումներ,- "Ի՞նչ է դա նշանակում ձեզ համար": "Ինչպիսի՞ ապրումներ եք ունեցել այդ պահին": Եվ այլն:

Հարկ ենք համարում նշել, որ մեր կողմից կատարված հոգեախտորոշման այս փուլի արդյունքները իրապարակման ենթակա չեն՝ ելնելով մասնագիտական էթիկայի և այցելուի կյանքի պատմության գաղտնիությունը պահպանելու նորմերից: Տվյալ փուլում հավաքագրված տեղեկատվությունը կրում է զուտ անձնական բնույթ և հանրության համար որևէ գիտական լուրջ հետաքրքրություն չի ներկայացնում:

Ավարտելով "առաջին հանդիպման" և ընդհանուր անամնեզի հավաքագրման փուլը, մենք մոտեցանք հոգեախտորոշման պրակտիկ աշխատանքի հաջորդ փուլին: Այն է՝ թեսթավորումների անցկացման միջոցով կատարված հոգեախտորոշման հաստատումը կամ հերքումը: Այսպիսով, հոգեբանական թեսթերի օգնությամբ մենք փորձեցինք լրացնել ախտորոշիչ գրույցների ընթացքում մեր մասնակիցների մասին ստացված ընդհանուր ախտորոշման պատկերը, քանի որ ոչ մի դեպքում չենք ենթադրում, որ տվյալ երկու մեթոդները կարող են փոխարինել միմյանց: Այսպիսով, մեր կողմից ստացված անամնեզի պատկերը լրացնելու և ամբողջականացնելու համար մենք անց կացրեցինք հետևյալ հոգեբանական թեսթավորումները, ըստ հետևյալ հարցաշարերի՝ "Սննդային վարքածնկի հոլլանդական հարցաշար, DEBQ"[5] և "Սննդային վարքածնկի հարցաշար ըստ Գրյուներթի"[2]:

Այսպիսով, ինչը վերաբերում է "Սննդային վարքածնկի հոլլանդական հարցաշարին /DEBQ/" (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire)[5] , այն մշակվել է 1986-ին հոլլանդացի հոգեբանների կողմից՝ սահմանափակումնային, զգայազեն և էքստերնալ սննդային վարքածների, կամ այդօրինակ վարքածների խանգարումների բացահայտման համար:

Հարցաշարը բաղկացած է 33 հարցերից, որոնցից յուրաքանչյուրը ներառում է պատասխանի 5 տարբերակ /"երբեք", "հազվադեպ", "երբեմն", "հաճախ", "շատ հաճախ"/, բացառությամբ 31-րդ կետի, որի պատասխանները հակառակ նշանակություն ունեն։ Թեսթավորումն իրականացվել է ռուսերեն լեզվով՝ հնարավոր թարգմանական իմաստային սխալներից խուսափելու համար։ Հարցերի պատասխանները գնահատվում են 1-5 բալլ, բացառությամբ 31-րդ հարցի։ Առաջին 10 հարցերը ներկայացնում են սահմանափակումնային վարքաձևի առանձնահատկությունները, հաջորդ 13 հարցերը՝ ներկայացնում են զգայազեն սննդային վարքաձևի դրսևորումները։ Հաջորդ 10 հարցերն էլ վերաբերում են էքստերնալ սննդային վարքաձևի դրսևորումներին։

Տվյալ հարցաշարի՝ /DEBQ/ օգնությամբ իրականացված հետազոտության արդյունքում 90 կանավոր մասնակիցներից 42-ի մոտ բացահայտվեց սննդային վարքաձևի սահմանափակումնային խանգարում, ընդ որում նշված 42 մասնակիցներից 7-ի մոտ ստացված արդյունքները սահմանային էին, այսինքն թեսթավորման արդյունքների վերլուծության հետևանքով ստացված տվյալները քիչ էին տարբերվում առաջարկված նորմայից։ Ընդամենը 4 մասնակցի արդյունքները տվյալ բաժնի հարցաշարի վերլուծության հետևանքում համարժեք էին առաջարկված նորմային։ Այս բաժնի վերլուծության արդյունքում մնացած մասնակիցների արդյունքների գումարը ցածր էր առաջարկված նորմայից։

Հարցաշարի հաջորդ բաժնի արդյունքների վերլուծության հետևանքով սննդային վարքաձևի զգայազեն խանգարումներ բացահայտվեցին /90 մասնակիցներից 40-ի՝ մոտ։ Ընդ որում նրանցից 4-ի տված արդյունքների գումարը սահմանային բնույթի էր։ Հարցաշարի այս բաժնի ևս 4 մասնակցի արդյունքները համապատասխանեցին առաջարկված նորմային։ Այս բաժնի վերլուծության արդյունքում մնացած մասնակիցների արդյունքների գումարը ցածր էր առաջարկված նորմայից։

Հարցաշարի երրորդ՝ սննդային վարքաձևի էքստերնալ դրսևորումների բացահայտման բաժնի արդյունքների վերլուծության հետևանքով սննդային վարքաձևի էքստերնալ խանգարումներ բացահայտվեցին 90-ից 68 մասնակիցների մոտ, որոնցից 12-ի արդյունքների գումարը սահմանային էր։ Այս բաժնի վերլուծության հետևանքում ընդամենը 6 մասնակցի արդյունքները համապատասխանեցին առաջարկված նորմային։ Մյուս մասնակիցների արդյունքների գումարը ցածր էր առաջարկված նորմայից։

Հարկ է նշել նաև, որ ըստ հարցաշարի բոլոր երեք բաժիններից ստացված արդյունքների համադրության, մենք հնարավորություն ստացանք պարզել, որ թեսթավորման 90 մասնակիցներից 16-ի սննդային վարքածևի խանգարումներ են դիտարկվում առաջարկված թեսթի բոլոր երեք բաժիններին համապատասխան: Համադրելով ստացված տվյալները նախապես անց կացված զրույցի արդյունքների հետ, մենք հարկ համարեցինք տվյալ 16 մասնակիցների մոտ ախտորոշել առողջեկսիկ սննդային խանգարում՝ բուլիմիկ նուպաների առկայությամբ, որոնց հաճախականությունը, ըստ զրույցի արդյունքում ստացված տվյալների կազմում է ամսական մեկ անգամից մինչև շաբաթական մեկ-երկու անգամ:

Համապատասխանաբար, մասնակիցներից 18-ի մոտ ախտորոշվեց սահմանափակումնային և էքստերնալ բնույթի սննդային վարքածևի խանգարումներ: 8 մասնակիցների մոտ ախտորոշվեց սննդային վարքածևի սահմանափակումնային և զգայազեն խանգարումների առկայությունը: 14 մասնակիցների մոտ ախտորոշվեց սննդային վարքածևի զգայազեն և էքստերնալ խանգարումների առկայությունը: Մասնակիցներից միայն 2-ի մոտ կատարվեց սննդային վարքածևի միայն զգայազեն խանգարման ախտորոշում, մինչդեռ 20 մասնակցի մոտ ախտորոշեցինք միայն էքստերնալ բնույթի սննդային վարքածևի խանգարման առկայությունը: Առաջարկված հարցաշարի տվյալների համաձայն 90 կամավոր մասնակիցներից ոչ ոքի մոտ հնարավոր չեղավ միայն սահմանափակումնային սննդային վարքածևի խանգարման ախտորոշում: Նշենք նաև, որ կամավոր մասնակիցներից 12-ի մոտ սննդային վարքածևի որևէ խանգարման առկայությունը հերքվեց: Հետևաբար, հետազա գործողությունների մասնակիցների թիվը կազմում է 78 մարդ:

Աշխատանքի հաջորդ փուլում մենք հարկ համարեցինք ստացված տվյալներն ամրապնդել Գրյուներթի առաջարկած "Սննդային վարքածևի հարցաշար"[2]-ի կիրառմամբ կրկնակի թեսթավորում կատարելով: Այն հեղինակի կողմից առաջարկվել է 1989 թվականին և թույլ է տալիս բացահայտել սահմանափակումնային սննդային վարքածևը, որը բնութագրվում է քաշի պահպանման ուղղված կանխորոշված ճիգերով: Այն ուշադրություն է սևեռում ինչպես սահմանափակումնային, այնպես էլ զգայազեն և էքստերնալ սննդային վարքածևների դրսևորման վրա: Հարցաշարի վերլուծությունը կատարվում է համեմատաբար պարզ եղանակով՝ ներկայացված հարցերին առաջարկվում են պատասխանի երկու տարբերակներ /այո, ոչ/: Հարցաշարի պատասխանների վերլուծությունը կատարվում է ըստ ստացված դրական պատասխանների թվի:

Հարցաշարում առկա 30 հարցերը համապատասխանաբար բաժանված են 3 տիպերի, որոնք ունեն սահմանափակումնային, զգայազեն և էքստերնալ բնույթ:

Աշխատանքի այս փուլում թեսթավորման դրական պատասխանների քանակը միջինում կազմեց 12-19:

Աշխատանքի հաջորդ փուլում մենք նաև անհրաժեշտ համարեցինք իրականացնել մեր մասնակիցների մոտ առկա հնարավոր հարակից տազնապայմանության և դեպրեսիվ վիճակների/խանգարումների/ բացահայտմանն ուղղված թեսթավորում: Այդ նպատակով, որպես հոգեախտորոշման միջոցներ, մենք ընտրեցինք Ջ. Թեյլորի առաջարկած “Անձնային տազնապայմանության բացահայտման հարցաշարը”[4], ինչպես նաև “Բեկի դեպրասիայի բացահայտման հարցաշարը”[6]: Դրանցից յուրաքանչյուրի արդյունքները հարկ ենք համարում դիտարկել առանձին-առանձին: Ինչպես նաև հակիրճ կանդիդատացնանք դրանց արդյունքների վերլուծությունների համադրությանը:

Այսպիսով, Թեյլորի կողմից առաջարկված “Անձնային տազնապայմանության բացահայտման հարցաշարը” [4] դիտարկվում է որպես անձնային տազնապայմանության աստիճանի չափման մեթոդ: Հարցաշարը կազմված է 50 հաստատական նախադասություններից, որոնք թեսթավորման մասնակիցը պետք է հաստատի, կամ հերքի: Թեսթի արդյունքների վերլուծությունը կատարվում է ըստ առաջարկված բանալիի, որում առաջին 13 հարցերի համար մեկական բալ գնահատվում է յուրաքանչյուր բացասական պատասխանը, մինչդեռ հաջորդ 37 հարցերի համար մեկական բալ գնահատվում է յուրաքանչյուր դրական պատասխանը: Արդյունքում ստացված բալերի գումարը գնահատվում է ըստ առաջարկված քանակի, ընդ որում 40-50 բալի արդյունքը գնահատվում է որպես չափազանց բարձր տազնապայմանության ցուցանիշ: 25-40 բալի արդյունքը գնահատվում է որպես բավական բարձր տազնապայմանության ցուցանիշ: 15-25 բալի արդյունքը գնահատվում է որպես միջին/բարձրի հակված/ տազնապայմանության ցուցանիշ: 5-15 բալի արդյունքը գնահատվում է որպես միջին /ցածրի հակված/ տազնապայմանության ցուցանիշ և 5-0 բալի արդյունքը գնահատվում է որպես ցածր տազնապայմանության ցուցանիշ: Ըստ վերոհիշյալ թեսթի արդյունքների 78 հարցվողներից 48-ի մոտ բացահայտվեց անձնային տազնապայմանության շատ բարձր ցուցանիշ: Հարցվողներից 15-ը տառապում են անձնային տազնապայմանության բավական բարձր աստիճանով: Մասնակիցներից 12 մոտ առկա է անձնային տազնապայմանության միջին/բարձրի հակված/ ցուցանիշ և միայն 3 մասնակցի մոտ անձնային տազնապայմանության ցուցանիշը կազմում է միջին/ցածրի հակված/ ցուցանիշ: Այս հետազոտության ընթացքում մենք պարզեցին նաև, որ 78 սննդային վարքաձևի տարրաբնույթ համադրություն-

ներով տառապող մասնակիցներից ոչ մեկի մոտ անձնային տազնապայմանության ցուցանիշը ցածր չէ: Հետևաբար, մեր հետազա պրակտիկ աշխատանքների կազմակերպման գործընթացում հատուկ ուշադրություն կսեռենք անձնային տազնապայմանության խնդրի լուծմանն ուղղված անհրաժեշտ գործողություններին, իհարկե աշխատանքի թեմայի առնչությամբ մեր կողմից ընտրված հոգեթերապևտիկ միջոցառումների կադապարում:

1961 թվականին Ա. Տ. Բեկի կողմից առաջարկվել է “Դեպրեսիայի չափման հարցաշարը” որը մշակվել է կլինիկական հետազոտությունների հիման վրա և թույլ է տալիս բացահայտել դեպրեսիայի որոշ, առավել նշանակալի ախտանիշները[6]: Հարցաշարը կազմված է 21 հարցից, որոնցից յուրաքանչյուրը ներառում է դեպրեսիային բնորոշ 4 հաստատական նախադասություններ: Ենթադրվում է, որ հարցվողը պետք է հաստատի ներկայացված կետերից այն, որը համապատասխանում է իր ներկա վիճակին: Հնարավոր է նաև մի քանի կետերի նշումը, եթե դրանք համապատասխանում են հարցվողի ներկա վիճակին: Առաջարկված կետերը գնահատվում են 0-3 բալլ՝ համապատասխանաբար վիճակի ծանրության աստիճանին: Հարցաշարի պատասխանների ընդհանուր գումարը կազմում է 0-62 միավոր: Ընդ որում 0-9 միավորների առկայությունը վկայում է դեպրեսիվ ախտանիշների բացակայության մասին: 10-15 միավորների առկայությունը վկայում է սուրդեպրեսիվ /թեթև դեպրեսիայի/ վիճակի մասին: 16-19 միավորների առկայությունը փաստում է ոչ սուր դեպրեսիվ վիճակի մասին: 20-29 միավորները մատնանշում են միջին ծանրության արտահայտված դեպրեսիան և 30-62 միավորները վկայում են ծանր, խիստ արտահայտված դեպրեսիվ վիճակի մասին: Հարցաշարի 1-13 կետերը դրա կոգնիտիվ-աֆեկտիվ ենթաբաժինն են կազմում, իսկ 14-21 կետերը՝ դեպրեսիայի սոմատիկ արտահայտումների ենթաբաժինը: Թեյլորի և Բեկի հարցաշարերով կատարված հետազոտությունների համադրությունը բավական հետաքրքիր եզրակացությունների է դրդում: Այսպիսով, 78 հարցվողներից 44-ից ստացված արդյունքները տատանվում են 26-62 միավորների կադապարում: Այսինքն, տվյալ անհատների մոտ առկա է ծանր կամ միջին /ծանրի հակված/ դեպրեսիվ վիճակներ: Տվյալ 44 անհատները Զ. Թեյլորի առաջարկված հարցաշարի արդյունքների համաձայն անձնային տազնապայմանության շատ բարձր ցուցանիշ ցույց տվեցին: Մասնակիցներից 16-ի մոտ տվյալ հարցման արդյունքների գումարը կազմեց 18-25 միավոր, ինչը վկայում է տվյալ անհատների մոտ ոչ սուր, կամ միջին/ցածրի հակված/ դեպրեսիվ վիճակներ: Տվյալ արդյունքների համադրությունը Զ. Թեյլորի կողմից առաջարկված թեսթի արդյունքների հետ նույնպես հետաքրքիր էր, քանի որ տվյալ ոչ սուր, կամ միջին/ցածրի հակված/ դեպ-

րեսիվ վիճակներով տառապող 16 անհատներից 15-ը նախորդ հարցման համաձայն անձնային տագնապայնության բավական բարձր ցուցանիշ են դրսևորել: Եվս 10 անհատների կողմից ստացված հարցման արդյունքները տատանվում են 8-15 միավորների շրջանում, որոնցից 7-ի արդյունքները կարելի է գնահատել որպես դեպրեսիվ ախտանիշների բացակայություն /8-10 միավոր/ և միայն 3 անհատի մոտ /11-15 միավոր/ դիտարկվում են սուբդեպրեսիվ, այսինքն թեթև դեպրեսիայի հակված վիճակներ: Հարցվողներից 8 մասնակիցների կողմից լրացված հարցաշարերի վերլուծությունը /մինչև 8 միավոր/ հանգեցրեց այն եզրակացության, որ տվյալ անհատների մոտ դեպրեսիվ ախտանիշները բացակայում են: Այսպիսով, համադրելով վերոհիշյալ երկու հարցաշարերի կիրառմամբ ստացված արդյունքները, մենք եկանք այն եզրակացության, որ տվյալ խանգարումների կապն իսկապես անհերքելի է, ինչն ի նկատի կունենանք հետագա հոգեթերապևտիկ գործողությունների կազմակերպման ընթացքում:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1.Малкина-Пых И.Г. /Терапия пищевого поведения-М.:Эксмо, 2007/ (Справочник практического психолога),. стр. 174-177.

2.Малкина-Пых И.Г. /Терапия пищевого поведения-М.:Эксмо, 2007/ (Справочник практического психолога),. стр. 266-268.

3.Обозов Н.Н. /Психодиагностика личности -СПб.,1998/ /ссылка Малкина-Пых И.Г. /Терапия пищевого поведения-М.:Эксмо, 2007 (Справочник практического психолога),с. 173.

4.Тейлор Дж. /Личностная шкала проявлений тревоги (Дж.Тейлор, адаптация Т.А.Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. – СПб., 2002. С.126-128.

5.Van Strein T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. /The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior//International Journal of Eating Disorders,1986,vol.5(2),pp.295-315.

6.<http://psylab.info> /энциклопедия психодиагностики,Шкала депрессии Бека/