

წამების შედეგების დოკუმენტირება და რეაბილიტაცია

სახელმძღვანელო პრინციპები (მესამე გამოცემა)

*მარიამ ჯიშკარიანი, მსოფლიო ფსიქიატრთა ასოციაციის სექციის
“წამების ფსიქოლოგიური შედეგები და აღკვეთა” წევრი*

*წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრი “ემპათია”,
(RCT/EMPATHY, Georgia)*

Address: 23 Kandelaki Str. Tbilisi, 0160, Georgia.

Phone/Fax: + (995 32) 238 10 15

E – mail : centre@empathy.ge

URL: www.empthy.ge



სარჩევი

თავი I. წამება.....	3
თავი II. წამების მეთოდები.....	5
თავი III. წამების შედეგები	15
თავი IV. დიაგნოსტიკა და ექსპერტიზა.....	75
თავი V. მკურნალობა და რეაბილიტაცია.....	90
დანართი 1 : პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მკურნალობის ექსპერტთა შეთანხმებული გაილდინების ზოგიერთი სქემა	99
დანართი №2.....	111
წამების მსხვერპლთა მონიტორინგისა და რეაბილიტაციის სამედიცინო და ფსიქო - სოციალური პროგრამა.....	111
გამოყენებული ლიტერატურა.....	124

თავი I. წამება

წამების განმარტება (გაეროს წამების საწინააღმდეგო კონვენცია მუხლი). აღნიშნული კონვენციის თანახმად წამების დეფინიცია შემდეგია:

ნაწილი I

მუხლი 1.

“ამ კონვენციის მიზნებისათვის განსაზღვრება “წამება” ნიშნავს ნებისმიერ მოქმედებას, რომელიც რომელიმე პირს განზრახ აყენებენ ტკივილს ან ტანჯვას, ფიზიკურს ან მნებობრივს, რათა მისგან ან მესამე პირისგან მიიღონ ცნობები ან აღიარება, დასაჯონ ქმედებისათვის, რომელიც მან ან მესამე პირმა ჩაიდინა ან რომლის ჩადენაშიც იგი ეჭვმიტანილია, აგრეთვე დააშინონ ან აიძულონ იგი ან მესამე პირი ან ნებისმიერი მიზეზით, რომელსაც საფუძვლად უდევს ნებისმიერი ხასიათის დისკრიმინაცია, როცა ასეთ ტკივილსა და ტანჯვას აყენებს, სახელმწიფოს თანამდებობის პირი ან სხვა ოფიციალური პირი, ან მათი წაქეზებით, ნებართვით და მღუმარე თანხმობით.”

წამება წარმოადგენს არაჰუმანური, ადამიანური ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის უკიდურეს ფორმას.

წამების მიზანი

ჯალათების მიერ მოწოდებული ახსნა-განმარტებების თანახმად, ხშირ შემთხვევაში, ისინი თავს იმართლებენ, რომ წამება ემსახურება ინფორმაციის მოპოვებას, განსაკუთრებით კი ისინი ამართლებენ წამების გამოყენებას იმ შემთხვევაში, როცა საქმე ეხება გერორისგების დაკავებას და სამოგალოებისათვის საშიშ დამნაშავეებს, სამოგალოების უსაფრთხოებისათვის საჭირო ინფორმაციის მოპოვებას; თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი ფორმულირება არ ასახავს წამების ჭეშმარიტ მიზანს და მხოლოდ თავის მართლების ფორმალური ხასიათის მაგარებელია.

როგორც აჩვენა მსოფლიოში ჩატარებულმა კვლევებმა და ასევე ჩვენს მიერ წლების მანძილზე შესწავლილი წამების შემთხვევების სტატისტიკურმა თუ ფსიქო-სოციალურმა ანალიზმა, წამების უმთავრეს მიზანს შეადგენს:

- პიროვნების საბოლოო გატყუება-განადგურება, მისი მომავლის სრული განადგურება; მისი ფსიქო – სოციალური ფუნქციონირების სრული მოშლა.
- ზოგადად სამოგალოების დაშინება-გერორიზირება,
- ხშირ შემთხვევაში, ისეთი დანაშაულის აღიარება, რომელიც აღნიშნულ პიროვნებას არ ჩაუდენია;
- იძულება, გახდეს ინფორმატორი, ან მიაწოდოს ინფორმაცია სხვა ადამიანებზე, ხშირად კი იმგვარ ფაქტებზე, რომელიც ამ სხვა ადამიანებს არ ჩაუდენიათ;
- ხშირ შემთხვევაში წამება და სასტიკი მოპყრობა ემსახურება ეთნიკური ნიშნით შეურაცხყოფისა და ღატაკუნის მოთხოვნილებას; ასევე აღმსარებლობისა და იდეოლოგიის გამო პიროვნების დამცირებასა და განადგურებას;

- ხშირ შემთხვევაში, წამება როგორც თავის თავად არასამართლებრივი ქმედება, ხდება საშუალება “კრიმინალური სამართლის” დამკვიდრებისა, როგორც არის ფულის გამოძალვის მიზნით ადამიანთა დაპატიმრება, ხშირ შემთხვევაში უკანონო, ძალოვანი სტრუქტურების მხრიდან რეკეტირება და ტერორიზირება;
- ძალზე ხშირად ამგვარი ქმედება დაკავშირებულია ჯალათთა სადისტურ ტენდენციებთან.
- და ბოლოს, წამების პრაქტიკა ურყევი საფუძველი ხდება ავტორიტარული სახელმწიფოს ურთიერთობებისა და გლობალურად ემსახურება სამოგადოების უკიდურეს დაშინებასა და დათრგუნვას, რათა მათ არ მიმართონ რაიმე სახის პროტესტს და ვერ გაბედონ არსებული რეჟიმის წინააღმდეგ გალაშქრება.

ამგვარად, წამება არა მარტო პიროვნების ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ განადგურებას ემსახურება, არამედ მას უფრო ფართო და მოგადი დანიშნულება გააჩნია, ისეთი როგორც არის სოციალური და პოლიტიკური შედეგები, როგორც ცალკეული ქვეყნებისათვის, ასევე მთელი კაცობრიობისათვის. იგი მთელს კაცობრიობაში თესავს შემაძრწუნებელი შიშის, უმწეობისა და მორჩილების განცდებს, რომელიც გადაეცემა მთელ რიგ თაობებს და ხშირ შემთხვევაში, არაცნობიერად აყალიბებს ქცევის სტერეოტიპებს, როგორც პოტენციურ ჯალათთა შორის (სახელმწიფო მანქანის წარმომადგენელი), ასევე პოტენციურ მსხვერპლთა შორისაც და ხდება საფუძველი მთელ რიგ სახელმწიფოებში სტაბილური და ძნელად გრანსფორმირებადი, მყარი ავტოკრატიული მმართველობის სტერეოტიპის ჩამოყალიბებისა.

სოციალურ-პოლიტიკური თვალსაზრისით, მთელი რიგი ავტორები წამებას განიხილავენ შემდეგნაირად:

Lira (1995): “უფრო ფართოდ რომ განვიხილოთ, წამების მიზანია დააშინოს მესამე მხარეები და საზოგადოებაში გამოწვიოს შიში, დათრგუნვა, პარალიზება, უუნარობა და მორჩილება. ადამიანის უფლებების დარღვევა არ უნდა განვიხილოთ განცალკევებულად მხოლოდ ერთი პიროვნების უფლებების დარღვევის გადმოსახედიდან. მათი შედეგები მრავლისმომცველია, რადგან ისინი ასახავენ არა მარტო კონფლიქტის მიმართ სისტემის რეაგირებას, არამედ მოგადად პოლიტიკური დაშინების გარემოს. ეს ქმნის ქრონიკული შიშის აგმოსფეროს. აქედან გამომდინარე, წამება წარმოადგენს საზოგადოებისათვის არა მარტო პოლიტიკური, არამედ სოციალური, მნეობრივი, ფსიქო-სოციალური და ფსიქიკური ჯამრთელობის პრობლემას. წამების ფაქტის გამოძიება ნიშნავს წამების, როგორც მოვლენის განხილვას, რომელიც გავლენას ახდენს მოსახლეობაზე და ადამიანებზე, როგორც საზოგადოების სოციალურ არსებებზე.”

Summerfield (1995): “სისასტიკე ხშირად მიზნად ისახავს მსხვერპლის ეკონომიური, სოციალური და კულტურული სამყაროს გამიზნულად განადგურებას. “

“ამ თვალსაზრისით, წამებამ შეიძლება გამოიწვიოს თემის ტრავმირება, რომელმაც თავის მხრივ შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა ფორმის საზოგადოებრივი დისფუნქციის ჩამოყალიბება. წამებას შეუძლია გეროში ამყოფოს მოსახლეობა და შექმნას ისეთი წესრიგი, რომელიც ეფუძნება მოახლოებულ, მასშტაბურ შიშს, მუქარას, გეროსს და ღათრგუნვას და არა დამოუკიდებლობასა და თავისუფლებას. მას შეუძლია შექმნას რეპრესიული გარემო. ეს არის დაუცველი, გეროსის, უნდობლობის და სოციალური ცხოვრების გახლეჩვის გარემო. წამების მიმართ კოლექტიური შიში ხანგრძლივი დროით ახდენს გავლენას კოლექტიურ ქცევებზე. უფრო მეტიც, კვლევამ გვაჩვენა, რომ წამების შედეგები შეიძლება გადაეცეს თაობებს, წარმოქმნას ისტორიული ტრავმა.”(Lira, 2002).

თავი II. წამების მეთოდები

წამება არის დინამიური პროცესი, რომელიც იწყება დაკავებით ან თავისუფლების შეზღუდვით და რომელიც მოიცავს აღნიშნულის შედეგად მიყენებულ ერთ ან რამდენიმე ტრავმას, რომელიც შეიძლება მოხდეს სხვადასხვა დროსა და სხვადასხვა ადგილას და დასრულდეს მსხვეპლის გათავისუფლებით ან გარდაცვალებით (Somnier, 1992). მოვლენების ეს კასკადი შეიძლება ისევ დაიწყოს მოკლე დროში ისე, რომ არ დაუტოვოს პიროვნებას გამოჯანმრთელობის დრო.

ხშირ შემთხვევაში გამოიყენება როგორც წამების ფიზიკური მეთოდები, ასევე ფსიქოლოგიური; თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარი დაყოფა პირობითია: ნებისმიერ შემთხვევაში წამება მოიცავს ორივე კომპონენტს: როგორც ფიზიკურს, ასევე ფსიქიკურსაც.

წამების მეთოდები, რომლებიც განიმარტება როგორც ფიზიკური წამება – მოიცავს მეთოდებს, რომლებიც გულისხმობს მსხვერპლის მიმართ ჯალათების მიერ განხორციელებულ ფიზიკურ ძალადობას და ტკივილს ან სხვა პირის მიერ განხორციელებულ ნებისმიერ სხვა ფიზიკურ (სხეულის) ტრავმირებას, და აქვე გვინდა შევიგანოთ ფიზიკური წამების მეთოდები, რომლებიც არ გოვებს რაიმე ფიზიკურ კვალს (მაგალითად გაზით მოგუდვა-შენიღბება); რა თქმა უნდა, ისევ გავიმეორებთ, რომ წამების დაყოფა ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ მეთოდებად ძალიან ძნელია და პირობითია, რადგან ყველა ფსიქოლოგიურ მეთოდს აქვს ფიზიკური-სომატური შედეგებიც (მაგალითად, სიცხე, შიმშილობა და სხვა) და, რაღა თქმა უნდა, ფიზიკურ მეთოდებს აქვთ შემდგომი ფსიქოლოგიური შედეგებიც. ბემათ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ფსიქოლოგიურ მეთოდებად განიხილება პირობითად ისეთი მეთოდები, რომლებიც უპირველეს ყოვლისა მიახს აყენებენ მსხვერპლის მორალურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას და არ მოიცავს სხვა პირის მხრიდან რაიმე სახის ფიზიკურ ძალადობას.

აღიარებულია, რომ წამების მეთოდები, რომელნიც სერიოზულ საფრთხეს უქმნიან ადამიანის სიცოცხლეს ან მის ფიზიკურ თუ ფსიქიკურ ფუნქციონირებას, იწვევენ შემადრწუნებელი შიშის განცდას, რაც პიროვნებისათვის ღრმა და ხანგრძლივი ტრავმატიზაციის მიზეზი ხდება.

უნდა აღინიშნოს, რომ მეხსიერება, თავდაცვა, არსებული საზოგადოების აღქმა და ბიოლოგიური მეთოდები მჭიდრო ურთიერთკავშირშია. ფსიქოლოგიურ

(„თეთრი“) და ფიზიკურ („წითელი“) წამებას შორის აღრე არსებული განსხვავება დღეს ხელოვნურად გამოიყურება, მაგრამ ორივე ასპექტი უნდა განვიხილოთ შემოწმების დროს, როგორც აუცილებელი ნაწილი (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

წამება შეიძლება დაიგეგმოს ექსპერტების ან „ჩვეულებრივი“ ჯალათების მიერ, ის შეიძლება გამოყენებული იყოს სისტემატურად ან დროდადრო. შედეგები ხშირად „ასახავს“ ამ განზრახვებს. წამების მიზნები შეიძლება განსხვავდებოდეს, მაგრამ ხშირად მათი მიზანია: ხანმოკლე შედეგისათვის: მსხვერპლის ან სხვა პირების „გატეხვა“ ინფორმაციის მიღების ან სხვა მიზნით. ხოლო ხანგრძლივი შედეგისათვის: საკუთარი თავისადმის რწმენისა და სოციალური ფუნქციონირების დაქვეითება, ქრონიკული ტანჯვა, ნდობის დაკარგვა (წამება არის „დემოკრატიის წინააღმდეგ მიმართული ყველაზე ეფექტური იარაღი“ (Inge Genefke).

როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, საკუთრივ წამებას წინ უსწრებს დაპატიმრებისა და ეგრეთ წოდებული « ლომკის » (გატეხვის) პერიოდი, რომელიც ხასიათდება შემდეგი ზოგადი თუ კონკრეტული ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური სისასტიკით, როგორც არის:

- ზოგადად საზოგადოებაში გავრცელებული აზრი და საზოგადოების გამოცდილება წამებასთან დაკავშირებით, რომ ნებისმიერ დაკავებას აუცილებლად მოჰყვება წამება;
- ასევე წამების წინა პერიოდი, რომელიც ხასიათდება სხვადასხვა სახის მუქარით, როგორც პიროვნების, ასევე მისი ოჯახის მიმართ;
- აშკარა თვალთვალთა და ღვენით, ასევე პიროვნების თავისუფლების სხვა სახის შეზღუდვით;
- ხშირი დაკითხვებით თუ დაბარებებით სამართალდამცავ ორგანოებში;
- სახლში შევარდნებითა და ოჯახის დაწიოკებით;
- დემინფორმაცია და საფრთხე გრამვის შემდგომი შესაძლო შედეგების შესახებ.

ყოველივე აღნიშნული იწვევს ადამიანის უკიდურეს გადაღლასა და დაძაბულობას, პიროვნების კომპენსატორული ფუნქციების ამოწურვასა და ფსიქო-ემოციურ ასთენიზაციას, უძილობას, გამოუვალი სიგუაციის შექმნას; აღნიშნული ვითარებით ხდება « წამებისათვის პიროვნების შემზადება », პიროვნების წინასწარი ერთგვარი გატეხვა და დაშინება. ამგვარ ქმედებებს მოსდევს დაპატიმრების აქტი, რომელიც თავისი ფორმებით ასევე დამთრგუნველი და სასტიკია: შეიარაღებული ნიღბიანების შეცვენა ოჯახში ან ქუჩაში თავდასხმა, თვალშისაცემი სისასტიკე, ყველაფრის დამსხვრევა – დაღეწვა და პიროვნების სასტიკი ცემა დაპატიმრების მომენტშივე, რაც შეიძლება განხორციელდეს ჩექმებით, მუშტებით, იარაღის გარეშით თუ სხვა ბლაგვი საგნებით, ხელბორკილების დადება და დამამცირებელი მოუხერხებელი პოზით შეგენვა მანქანაში. ამგვარი წამების წინა პერიოდი ხელს უწყობს პიროვნების შემზადებას გარდაუვალი პიროვნული განადგურებისათვის და უკიდურესი უიმედობის განცდის ჩამოყალიბებას.

დაპატიმრების პერიოდი თავდება თავისუფლების აღკვეთით პოლიციის იზოლატორში ან ციხეში, სადაც ყველაზე ხშირად ადგილი აქვს ადამიანის წამებას.

დაკავების ადგილზე მიყვანისთანავე იწყება აუტანელი ტანჯვისა და სისტემატური ცემის პერიოდი, რაც გამოიხატება ხანგრძლივ, მომქანცველ, დამამცირებელ დაკითხვებში, პიროვნების ბუნებრივი მოთხოვნილებების შეზღუდვაში, კერძოდ კი წყლისა და საკვების არ მიცემაში, საპირფარეოში არ გაშვებაში; ასევე ადგილი აქვს ცემას, სხვადასხვა მხრიდან მოულოდნელ

დარტყმებს ფეხებით, ხელებით, ხელკეცებით ან სხვა საგნებით, რასაც უწოდებენ მსხვერპლის ეგრეთწოდებულ « ბოქსირებას »; არცთუ იშვიათად დაკავებულს აიძულებენ დაკითხვისა და წამების მოლოდინში მდგომარე პოზაში დაჰყოს რამდენიმე დღის განმავლობაში (ეგრეთწოდებული « planton » ის პოზა).

ყველაზე ხშირად გავრცელებული ფიზიკური წამების მეთოდები შემდეგია :

- ცემა, სისტემატიზირებული და არა სისტემატიზირებული ;
- “სტომატოლოგიური” წამება;
- ჩამოკიდება;
- არა ფიზიოლოგიური მდებარეობა;
- ელექტრო დენით წამება;
- მოგუდვა – მოხრჩობა;
- სექსუალური წამება;
- ფარმაკოლოგიური წამება;
- დალდასმა;
- დამწვრობა;

ცემა

როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, დაკავების ადგილას მიყვანისთანავე, იწყება დაკავებულის უსისტემო ცემა სხვადასხვა მხრიდან და სხვადასხვა საშუალებებით, როგორც წესი, ამგვარ ქმედებაში მონაწილეობს რამდენიმე ჯალათი ერთდროულად.

სისტემატიზირებული ცემის მაგალითად შეიძლება გამოყენებულ იქნას ისეთი მეთოდები, როგორიც არის “ფალანგა” ან “ტელეფონი”. “ფალანგა” ფართოდ არის გავრცელებული ახლო აღმოსავლეთში, თუმცა ჩვენი კვლევების თანახმად, იგი ფართოდ არის გავრცელებული საქართველოშიც. ამ დროს მსხვერპლს ურტყამენ მონოტონურად ან შიშველ ტერფებზე ან ფეხსაცმლიან ტერფზე, უფრო ხშირად რემინის ხელკეცით, ან ხის მაგარი საგნით ან სხვა მყარი ბლაგვი საგნით, ამავე დროს მსხვერპლის ფეხები აწეულია და ფიქსირებულია ან სკამის ზურგზე ან სხვა საშუალებებით არის შეკრული. ამგვარ მდგომარეობაში ადამიანს არა აქვს თავდაცვის საშუალება, რაც ფსიქოლოგიურად აძლიერებს ამგვარი ცემის ეფექტს და იწვევს პანიკური შიშის მდგომარეობას. ხშირად, ამის შემდეგ მსხვერპლს აიძულებენ იაროს შიშველი ფეხით დამსხვრეულ მინებზე ან ქვებზე, იღვეს ყინულზე და ა.შ., რაც მეტისმეტად მტკივნეულია და ამ დროს სახის გამომეცხველება აუწერელ ტანჯვას გამოხატავს.

“ფალანგის” უშუალო შედეგებია – წვივებისა და ტერფის მიდამოს ტკივილები, ჰემატომები და შეშუპება, სიარულის შეუძლებლობა, რაც მსხვერპლს აიძულებს გადაადგილდეს დაჩოქილ მდგომარეობაში (სკლიუვი, 1992).

“ტელეფონის” გამოყენებისას ერთდროულად ხდება დარტყმის მიყენება ორივე ყურის მიდამოში, ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევებში, ეს ხორციელდებოდა გამილილი ხელის შემორტყმით ერთდროულად ორივე მხრიდან, რის შედეგადაც ხშირ შემთხვევაში ადგილი აქვს დაფის აპკის გახეთქვას ან დაზიანებას. ამგვარი დაზიანება შემდეგში იწვევს სმენის მხრივ სერიოზულ პრობლემებს, ხშირად გართულებას ჩირქოვანი ოტიტის სახით და აგარებს ქრონიკულ ხასიათს.

ხშირ შემთხვევაში ბლაგვი მკვრივი საგნით ხორციელდება ცემა მოგეხილობის ადგილებში ან დაზიანებულ მიდამოში; ხშირია დარტყმები მუცლის არეში, განსაკუთრებით საყურადღებოა ცემა თავის მიდამოში, რაც ჩვენს მიერ

საკმაოდ ხშირად იქნა აღწერილი და რასაც თითქმის ყოველთვის თან ახლავს თავის გვინის დახურული გრავმა, გონების დაკარგვა და ხშირად თავის გვინის სერიოზული გრავმა – გვინის შერყევის ან დაქეცილობის სახით.

“სტომატოლოგიური” წამება

ამგვარ შემთხვევებში მსხვერპლს უგდებენ კბილებს, ეს ხდება ცემისას ან ხშირად ხდება ჯანმრთელი კბილების ამოღება სტომატოლოგიური ინსტრუმენტებით, ან სხვა არასტერეილური იარაღებით, ასევე ხშირია კბილების არეში ელექტრო დენის გაგარების შემთხვევები.

ჩამოკიდება

ხშირ შემთხვევაში ამ დროს საუბარია ეგრეთწოდებულ “პალესტინურ ჩამოკიდებაზე”, როდესაც მსხვერპლს კიდებენ უკან შეკრული ხელებით; უფრო ხშირად კი პოსტ – საბჭოურ ქვეყნებში გამოიყენება ეგრეთწოდებული “ლასტოჩკა” და მისი მოდიფიცირებული ვარიანტები, როდესაც ადამიანს, რომელსაც ხელები და ფეხები უკან ააქვს შეკრული და ამ მდგომარეობაში მას ჩამოკიდებენ. ასევე ჩამოკიდების სახეა “მარაო”, როდესაც მსხვერპლს ჰკიდებენ ფეხებით და აგრიანებენ ვერტიკალურად;

წამების ამგვარი მეთოდი ხშირად შერწყმულია სხვა მეთოდებთან, როგორც არის ელექტრო დენით წამება და არაფიზიოლოგიური მდგომარეობა (მაგ. “ლასტოჩკა”, როდესაც მსხვერპლის მდგომარეობა არაფიზიოლოგიურია და ამავე დროს მას ჰკიდებენ); ელექტრო დენით წამებისას ჩამოკიდებულ მდგომარეობაში მყოფ მსხვერპლს სხეულის მგრძობიარე ადგილებზე: ყურის ბიბილოებზე, გენიტალურ მიდამოში, ენაზე, კბილებზე ან თითების ბოლოებზე ან დვრილებზე – უერთებენ ელექტროდებს და აგარებენ ელექტრო დენს.

ამგვარი მეთოდები, საერთოდ ნაკლებად გოვებენ ფიზიკურ კვალს, თუმცა ხანგრძლივი დროით და ხშირად ქრონიკულად იწვევენ მოძრაობათა დარღვევას, სხეულის სხვადასხვა მიდამოში ტკივილებს და ხშირად ტკივილს მთელი სხეულის არეში, განსაკუთრებით კი თავის, კისრისა და ბურგის მიდამოში.

არაფიზიოლოგიური მდგომარეობა

ასეთი მდგომარეობის მაგალითად შეიძლება მოყვანილ იქნას ეგრეთწოდებული “კუ”, ადამიანს აგდებენ მცირე ზომის გალიაში, სადაც მას არ შეუძლია გაიმართოს, ამავე დროს არ აძლევენ საკვებსა და წყალს და იგი ამ მდგომარეობაში იმყოფება დღეების განმავლობაში; ასევე შეიძლება ჩააგდონ მცირე ზომის ორმოში ან სარდაფში, სადაც იგი იძულებულია დღეების განმავლობაში იმყოფებოდეს სიბნელეში, საკვებისა და წყლის გარეშე, მდგომარე პოზიციაში; ამავე დროს ჩვენს მიერ იქნა აღწერილი შემთხვევები, როდესაც თავზე ასხამენ ექსკრემენტებს, ან ორმოში ამავე დროს არის ჩასხმული დიდი რაოდენობით წყალი; ამგვარი წამება ხშირ შემთხვევაში იწვევს ორგანოთა სერიოზულ ქრონიკულ დაზიანებას; განსაკუთრებით კი (მაგალითად წყლიან ორმოში სიცივეში ჩაგდება) იწვევს რეპროდუქციის ფუნქციებისა და ორგანოების სერიოზულ პრობლემებს, ურო – გენიტალური სისტემის დაზიანებას; რაც ჯალათთა მიზნითა ჩანაფიქრით, სწორედ რომ რეპროდუქციის უნარის დაკარგვას ემსახურება და ამ მეთოდებს ხშირად მიმართავენ ეთნო – კონფლიქტების შემთხვევაში.

ელექტროდენით წამება

წამების ეს სახე იწვევს განსაკუთრებით მტკივნეულ კრუნხვებს, მსხვერპლი ამ დროს იკვნეტს ენას, გუჩებს ან ლოყას. იგი ხშირ შემთხვევაში ტარდება სხეულის მგრძობიარე არეებში ელექტროდების დადებითა და დენის გატარებით. წამების აპარატები სხვადასხვაგვარია, მაგალითად ელექტროდენის ჯოხი ან მახვილი ფანქრისებური საგანი; ჩვენს შემთხვევაში ხშირად იქნა აღწერილი “გელეფონის აპარატით” დენის გატარების მეთოდი, ასევე ელექტროდების დადება დასველებული ღრუბლის შემოხვევით მაჯებსა და წვივებზე, რაც ხშირ შემთხვევაში კრუნხვითი განგვირთვების მიზეზი ხდება; ამ დროს ადამიანი თითქმის ყოველთვის ჰკარგავს გონებას, შემდეგ მას ასულიერებენ წლის დასხმით და კვლავ განავრძობენ ამგვარ წამებას; ამგვარი მეთოდი იწვევს შოკურ მდგომარეობას როგორც ტკივილით, ასევე სტრესით განპირობებულს, თუმცა კვალის დატოვების თვალსაზრისით, შესაძლოა დატოვოს მცირე დამწვრობის კვალი, რომელიც ძნელად მესამჩნევია.

გაგუღვა – მოხრჩობა

წამების ამ მეთოდის ერთ – ერთ სახეობას განეკუთნება “სუბმარინო”, რაც გამოიხატება შემდეგში: ადამიანს თავით უშვებენ წყალში და ასე აჩერებენ იქამდე, სანამ არ დაიწყება მოხრჩობის სიმპტომები, რაც შესაბამისად იწვევს სიკვდილის საშინელ შიშს. ამავე დროს, ჩართული არის გელევიზორი ან რადიო, იმის გამო, რომ შემდგომში მუდმივად ამ ნივთების ხილვის ან ხმების გაგებისას მსხვერპლს მუდმივად ჰქონდეს წამებასთან დაკავშირებული ასოციაციები და მოგონებანი.

სექსუალური წამება

სექსუალური წამების მსხვერპლნი შესაძლოა გახდნენ როგორც ქალები, ასევე მამაკაცები, ან ბავშვები. იგი გამოიხატება უშვერი სიყვავებით ლანძღვასა და შეურაცხყოფის მიყენებაში; ასევე იძულებით ან ძალადობრივ გაშიშვლებაში; დამამცირებელი პოზის მიღებაში; მასგურბაციათა და ერთმანეთის გაუპატიურებაში მონაწილეობაში; გაუპატიურება ხდება ჯალათების მხრიდანაც და უპირატესად ატარებს ჯგუფურ ხასიათს. ამგვარი წამება ხშირად მიმდინარეობს სხვა პატიმრების ან გყვეების თანდასწრებით, ხშირ შემთხვევაში კი – ოჯახის წევრთა თანდასწრებით. ამგვარი საშინელი მოპყრობა უპირველეს ყოვლისა ემსახურება ადამიანის დამცირებასა და პიროვნულ განადგურებას და იწვევს ხანგრძლივ და დაუვიწყარ სულიერ ტრავმას.

ასევე სექსუალური წამების დროს ხშირად ხდება სხვადასხვა მჭრელი და მხხვლეგავი საგნებით ან ელექტრო დენით სქესობრივი ორგანოების დაზიანება, რაც ხშირ შემთხვევაში რეპროდუქციუის უნარის მოსპობას ემსახურება. იმავე მიზნით ყინვაში მამაკაცებსა და ქალებს ხშირად აყენებენ დღეების განმავლობაში ცივ ყინულიან წყალში. ამგვარი მეთოდები, ჩვენი დაკვირვებით, უფრო ხშირად იხმარება ეთნიკური წმენდის ბონებში და საფუძვლად ეთნიკური ან რელიგიური მიზნის უღევს.

ფარმაკოლოგიური წამება

ჯალათები იძულებით ასმევენ პაგიმარს გაბლეგებს ან უკეთებენ ინექციას; ხშირ შემთხვევაში ამ მიზნით გამოიყენება ფსიქოტროპული პრეპარატები, რომელთა დიდი ღირებულება და არასაჭიროებისამებრ გამოიყენება იწვევს მძაფრ გვერდით მოვლენებს. ხშირ შემთხვევაში კი იძულებით უკეთებენ ნარკოტიკულ საშუალებებს, რაც იწვევს მიჩვევას და მსხვერპლი ხდება დამოკიდებული ჯალათზე, ნარკოტიკული პრეპარატისთვის აკეთებს ყველაფერს, ხდება ინფორმატორი და ა.შ.

საბჭოთა პერიოდის ეგრეთ წოდებულ “ ” - ში, ფართოდ გამოიყენებოდა ფარმაკოლოგიური პრეპარატები ინფორმაციის მისაღებად და დაკითხვის დროს.

დაღის დასმა, დასახიზრება

ამ მიზნით გამოიყენება მრავალი მეთოდი, როგორც არის ფრჩხილების დაძრობა, თმების ამოგლეჯა, წარმოდული ნაწილების მოკვეთა – მაგალითად ყურის, თვალის ამოთხრა, თითის მოჭრა, ენისა ან გარე სასქესო ორგანოების ამპუტირება.

დამწვრობა

ამ მიზნით ხშირად გამოიყენება ანთებული სიგარეტის მიწვა, განსაკუთრებით კი სხეულის მგრძობიარე ნაწილებზე; იყენებენ ასევე ეგრეთწოდებულ “დაუთოვების მეთოდს” , როცა ცხელ უთოს ადებენ სხეულის სხვადასხვა ნაწილებზე; ასევე აკრავენ გისოსებზე, რომელსაც ნელ – ნელა აცხელებენ; იყენებენ გავარვარებული შანთით დადაღვის მეთოდსაც.

წამების უპირატესად ფსიქიკურ/ფსიქოლოგიური მეთოდები

წამების ფსიქიკური მეთოდები მეგად ფართოდ გამოიყენება და იწვევს ადამიანის სერიოზულ გრავირებას, რომლის შედეგებიც შესაძლოა ქრონიკულად მიმდინარეობდეს. ამგვარი მეთოდები გამოიჩინება დიდი მრავალფეროვნებითა და დახვეწილობით, და დროთა განმავლობაში ისინი უფრო და უფრო დახვეწილი ხდება, რაც უგყუარად მიუთითებს იმაზე, რომ ამგვარი მეთოდების, ისევე როგორც ფიზიკური მეთოდების, შემუშავებაში მონაწილეობენ სპეციალისტები. ჩვენ აქ მოვიყვანთ რამდენიმე მათგანს, რათა ნათელი წარმოგვინა შეიქმნას ამგვარი მეთოდების სისასტიკესა და პიროვნებისათვის დამანგრეველ როლზე.

დეპრივაცია

ხშირ შემთხვევაში პაგიმარს დაპაგიმრებისთანავე ათავსებენ იზოლირებულად მარგო და მას არა აქვს საშუალება ჰქონდეს კონტაქტი ან სხვა პაგიმრებთან ან ოჯახის წევრებთან, ასევე არ აძლევენ ადვოკატთან დაკავშირების საშუალებას. პაგიმარი ამ დროს თავს გრძნობს გარე სამყაროსაგან მთლიანად მოწყვეტილად, აბსოლუტურად დაუცველად და უმწეოდ, იგი მთლიანად არის დამოკიდებული ჯალათების ნება-სურვილზე. მას არა აქვს ინფორმაცია იცის თუ არა ვინმემ მისი დაპაგიმრების შესახებ, გრძნობს, რომ იგი შესაძლოა მოკლან, დაიკარგოს უგზო-უკვლოდ, ისე, რომ მის შესახებ ვერავინ ვერ გაიგოს ვერაფერი.

მას ამ დროს არა აქვს არანაირი მორალური თუ იურიდიული დახმარების საშუალება, არც იმის საშუალება, რომ სხვა პატიმართაგან მაინც მიიღოს თანადგომა ან რაიმე სახის ინფორმაცია. ხშირ შემთხვევაში ეს მეთოდი შერწყმულია სხვა სახის ტანჯვასთანაც, როგორც არის სიბნელე: საკანში არ არის ნათურა, არ შემოდის დღის სინათლე, არა აქვს საათი ან სხვა პირადი მოხმარების საგნები; ეს, როგორც წესი, იწვევს დემორიენგაციას დროსა და გარემოში, ხშირად კი დღე-ღამის რითმის მყარ დარღვევას, რაც შემდგომში იღებს ქრონიკულ ხასიათს; ამავე დროს, შესაძლოა, ამგვარ ვითარებაში დამატებული იქნას სხვადასხვა სახის სტერეოტიპული რიგმული კომპონენტები, ისეთი როგორც არის, მაგალითად: გაფუჭებული ონკანი კამერაში, რომლიდანაც წყალი მონოტონურად წვეთავს და რომელიც არ იკეცება, ასევე ნათურა, რომელიც პერიოდულად თანაბარი ინტერვალებით ინთება და ქრება, ამგვარი მოქმედებები იწვევს საკმაოდ მძიმე ფსიქიკურ აშლილობებსა და ასევე პირობითი რეფლექსის გამომუშავებას ამა თუ იმ მოქმედებაზე, ან პიროვნების შთაგონებადობის გამრდას, რაც შემდგომში დაკითხვებისას გამოიყენება “ეფექტის” მისაღწევად, ვინაიდან ქვეითდება თვითკონტროლისა და ყურადღების კონცენტრაციის უნარი.

ხშირად ეს მეთოდი შერწყმულია ძილის დეპრივაციასთან: ადამიანს არ აძლევენ ძილის საშუალებას სხვადასხვა სახის ხმაურის მეშვეობით. ხშირად მას ესმის სხვა პატიმრების წამების ხმები ან შემადრწუნებელი ხმაური, ან გაჰყავთ ღამეში რამდენჯერმე დაკითხვამზე; ძილის დეპრივაცია იწვევს სერიოზულ ფსიქიკურ აშლილობებს და როგორც წესი ძილის ფუნქციის მყარ დარღვევას ხშირად მთელი სიცოცხლის მანძილზე.

ხანგრძლივი იზოლაცია ხშირად იწვევს პალუცინაციური განცდების ჩამოყალიბებას, ძლიერდება “გაგიჟების შიში”, სხვადასხვა სახის ფობიები და პანიკური შფოთვის შეტევები.

ბუნებრივი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების შეზღუდვა

პატიმარს არ აძლევენ საათობით ან მთელი დღის განმავლობაში საშუალებას დაიკმაყოფილოს ბუნებრივი მოთხოვნილებები, არ უშვებენ საპირფარეოში, არა აქვს საშუალება დაიცვას პირადი ჰიგიენა, არ აძლევენ საკვებსა და სასმელ წყალს, ამგვარი ქმედებები მიმდინარეობს ხშირად პერმანენტული დაკითხვის ფონზე და ინსტრუქციით, თუ მიიღებენ საჭირო ინფორმაციას ან აღიარებას, მას მიცემენ ამგვარი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილები საშუალებას.

აგენტი საკანში

ამგვარი მეთოდები ხშირად გამოიყენებოდა საბჭოთა ციხეებსა და იზოლაციონებში, და ხშირად დღესაც გამოიყენება პოსტ - საბჭოთა ქვეყნებში. მეთოდის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ ყველამ იცის, რომ ერთ-ერთი საკანში არის შეკრული აგენტი. ეს გარემოება იწვევს მუდმივი დაძაბულობისა და ეჭვის საფუძველს, ურთიერთ აგრესიას, თვითკონტროლისა და მოჭარბებული სიფხიბლის, მუდმივი შიშის მდგომარეობას, რომ ბელმეტი არაფერი წამოსცდეს. ამგვარ სიგუაციაში ხანგრძლივი პერიოდით ყოფნა უმეტეს შემთხვევაში იწვევს პიროვნების პარანოიალურ განვითარებას და ლიგერატურაში ფართოდ აღწერილი “ციხის პარანოიის”, ცალკეულ შემთხვევებში, კი პარანოიდული რეაქტიული ფსიქოზის, ჩამოყალიბებას, რაც პრაქტიკულად საკმაოდ ხშირად განთავისუფლების შემდეგ იღებს ქრონიკულ ხასიათს.

წამებაზე დასწრება

ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევათა უმრავლესობაში პატიმარს მიყვანისთანავე ასწრებდნენ “წამებისათვის განკუთვნილ ოთახში”, სადაც ასევე იგი უყურებს განთავსებულ სპეციალურ ინსტრუმენტებს, სხვის წამებას, რაც გამანადგურებელ შთაბეჭდილებას ახდენს პიროვნებაზე; ხდება იდენტიფიკაციის განცდის ჩამოყალიბება და ამითი ხშირად სწრაფად მიიღწევა “შედეგი”, ადამიანი ტყდება და ყველაფერზე თანახმაა; ხშირად კი ამგვარი მეთოდის სისასტიკე მაგულობს, და პიროვნებას აყურებინებენ ოჯახის წევრის ან ახლო მეგობრის წამებას. ასევე შექმნილია სპეციალური ფილმები წამებაზე, რომელთაც აყურებინებენ პატიმრებს და უცხადებენ, რომ მას იგივე მოელის; ხშირად კი სახელმწიფოში გავრცელებული წამება და ამგვარი მეთოდების შესახებ ინფორმაცია იწვევს მთელი მოსახლეობის დაშინებასა და წამებას; პოტენციურად ყველა პატიმარი განიხილება უკვე როგორც წამების მსხვერპლი, ვინაიდან დაკავებულმა ადამიანმა წინასწარვე იცის, თუ რა ელის და იგი თავიდანვე მორალურად გატეხილია; ამგვარი საზოგადოების “ინფორმირებულობა” იწვევს მთელი თაობებისა და მომდევნო თაობების გრავმირებას, დათრგუნვას, დამოუკიდებლობისა და თავისუფლების მოთხოვნის დაქვეითებასა და შიშს, უაზრო და გაუცნობიერებელ მორჩილებას გოტალიგარული რეჟიმებისადმი.

მოლოდინი

პატიმარმა ხშირ შემთხვევაში არ იცის თუ როდის გაიყვანენ დაკითხვაზე და როდის აწამებენ; დაკითხვებს შორის ინტერვალი სპეციალურად ყოველთვის ვარიირებს, რათა ადამიანმა არ განსაზღვროს სწორად – თუ როდის მიყავთ დაკითხვაზე და ვერ მოასწროს მორალურად შემზადება; ამგვარი პერმანენტული წამების მოლოდინი იწვევს მუდმივი შიშისა და დაძაბულობის განცდას, და მსგავსი განცდა შესაძლოა მუდმივად თან სდევდეს წამების მსხვერპლს.

არარეალური არჩევანი

ამ მეთოდს ძალიან ხშირად მიმართავენ ჯალათები. ამ დროს საშინელი მუქარის ქვეშ, მაგალითად ცოლ – შვილის გაუპატიურება ან ოჯახის დახოცვა, პატიმარს ეძლევა წინადადება გასცეს ინფორმაცია, ანუ იგი ღგება საშინელი “არჩევანის” წინაშე, ხშირ შემთხვევაში – გასცეს მეგობრები ან გაწიროს ოჯახი; ეს მეთოდი კიდევ უფრო დაიხვეწა საბჭოთა პერიოდში და ამგვარ სიგუაციაში პატიმარს აიძულებდნენ გამხდარიყო “შეკრული აგენტი – ინფორმატორი”, დაეწერა არარეალური საჩივარი ან დასმენის წერილი მთავრობისათვის არასასურველ პიროვნებაზე, დამდგარიყო ცრუ მოწმედ და ა.შ. ამგვარი მეთოდები განსაკუთრებით გამოიყენებოდა სგალინის რეჟიმის პერიოდში და ასახვა პოსტ-საბჭოთა პერიოდშიც ჰპოვა – ცრუ მოწმეების გავრცელებული ინსტიტუტი სასამართლოებზე, საქმის ძიებისას და სხვა. ამგვარი სიგუაცია იწვევს ქრონიკულად მიმდინარე თვითდანაშაულის განცდის ჩამოყალიბებას.

მუქარა და “ცრუ სიკვდილი”

წამებისას ფართოდ გამოიყენება მუქარის სახვადასხვა და სასტიკი ფორმები. მუქარა ოჯახის წევრებზე; გაუპატიურების მუქარა, ჩვენი დაკვირვებით, ამგვარი მუქარა ფართოდ და “ეფექტურად” გამოიყენება კაცი პატიმრების მიმართ; ასევე არსებობს სიკვდილის მუქარა, სამუდამო პატიმრობის მუქარა, ოჯახის წევრების წამებისა და თვალწინ გაუპატიურების მუქარა.

გამოიყენება “ცრუ სიკვდილით დასჯის” მეთოდიც, დაკავებულს უცხადებენ, რომ მას ხვალ გამოთენიისას დახვრეტენ და სთავაზობენ დაწეროს ანდერძი, ან რამდენჯერმე საფეთქელთან ადებენ იარაღს ცყვიების გარეშე (პატიმარმა არ იცის, რომ იარაღში ცყვიები არ არის), და ჩახმახს გამოკრავენ ხელს. ამგვარი ქმედება იწვევს გადაულახავი შიშის განცდას, ანადგურებს ადამიანს პიროვნულად, ხშირია ამ დროს უნებლიე შარდვისა და ღებუცხის მოვლენები, რაც შემდგომში დამატებით იწვევს სირცხვილის განცდასაც.

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად მიმართავენ ისეთი წამების სიგუაციების ფოტოგრაფირებას ან ვიდეო – აუდიო ჩაწერას, რომელიც იწვევს მძაფრ სირცხვილის განცდას, მაგალითად გაუპატიურება და სექსუალური წამების სხვა სახეები და ამის გამჟღავნებით აშინებენ წამების მსხვერპლს და აიძულებენ მუდმივად იყოს მათ დაქვემდებარებაში, ასრულოს მათი განკარგულებები; ამგვარი სიგუაციისას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ეთნოკულტურულ ფაქტორს; ცალკეულ ეთნიკურ ჯგუფებში გაუპატიურება აღიქმება საშინელ ცოდვად და ამგვარი სიგუაციის შემდეგ ადამიანმა თავი უნდა მოიკლას ან შური იძიოს და ა.შ. ხშირად ასეთ სიგუაციებში პიროვნება ყველაფერზე თანახმაა. ერთის მხრივ ისინი ხდებიან თვითონ სახელმწიფოს მიერ ინსპირირებული გერორისტული დაჯგუფების წევრები და აწყობენ გერორისტულ აქტებს, რომელიც ემსახურება ცალკეული სახელმწიფოების პოლიტიკურ მრახვებს, როგორცაა – ქვეყნის დაპყრობა, გენოციდი და ა.შ., ან მეორეს მხრივ, ამგვარი ქალები ხდებიან “შახიდები”, სრულიად ბრმად ემორჩილებიან გერორისტთა მოთხოვნებს, მათ ამოძრავებთ მძაფრი შურისძიებისა და სირცხვილის დაძლევის განცდა.

სექსუალური წამება

კონკრეტული ფიზიკური აქსპეტები წამების შემდეგ იწვევენ ხანგრძლივ ფსიქოლოგიურ ტანჯვას ქალებში. გაუპატიურების შესახებ ჭორებმა ან ეჭვებმა შესაძლოა გამოიწვიოს სოციალური შედეგები. ამგვარი ფიზიკურ/ფსიქოლოგიური კომპონენტის მომცველი წამების მეთოდები მრავალგვარია, მაგალითად:

- ქალწულობის დაკარგვა,
- დაფეხმძიმება,
- „სოციალური სტატუსისათვის” მიანის მიყენება- ოჯახის მიმართ პატივისცემის დაკარგვა,
- დაოჯახების პერსპექტივისათვის მიანის მიყენება (მნიშვნელოვანია ასევე ეკონომიკური თვალსაზრისით, თუ გრადიციულ საზოგადოებაში არსებობისათვის ქალები დამოკიდებული არიან ქორწინებაზე) ,
- ფიზიკური შედეგები „მუდამ” გვახსენებს განცდილ სირცხვილსა და გამაღიზიანებელ მოგონებებს.

ფსიქოლოგიური წამების სხვა მაგალითებს განეკუთვნება:

- სხვების წამებაზე დასწრება,

- მსხვერპლის დადანაშაულება,
- წამალზე ან მკურნალობაზე უარის თქმა, იმ დროს როცა პაციენტისათვის ცნობილია ჯანმრთელობის შემდგომი გაუარესების შესახებ,
- ურთიერთგამომრიცხავი („დამაბნეველი“) ბრძანებების გაცემა.

აღსანიშნავია, რომ მოვლენებმა წამებამდე ან მის შემდეგ, როგორცაა მაგალითად ღვენის ფაქტები ან მეგობრებისა და ოჯახის წევრების გარდაცვალება, შესაძლოა გამოიწვიოს დამატებითი ტრავმული სტრესი.

აღსანიშნავია, რომ ფარმაკოლოგიური წამების მეთოდები მოიცავს ხშირ შემთხვევაში ფსიქიკური ზეგავლენის კომპონენტს, ამიტომ უნდა იქნას განხილული კომპლექსურად ფიზიკურ/ფსიქოლოგიური მეთოდების თვალსაზრისით. პრეპარატებს ხშირად იყენებენ სხვადასხვა ქვეყნებში ფსიქოლოგიური წამების ან პატიმრებისა და სხვა მსხვერპლთა დამორჩილების მიზნით*, აგრეთვე როგორც ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობის „კანონიერ“ საშუალებად. ბიოლოგიური გავლენა ჩვეულებრივ დროშია შეზღუდული, თუმცა ზოგიერთ პრეპარატში შეიმჩნევა მოქმედების ხანგრძლივი შედეგები** პრეპარატების უმრავლესობის კვალის დადგენა ძნელდება, როცა მათი გამოყენება ხდება ხანგრძლივი ინტერვალებით..

- ბენზოდიამინები
- ნევროლეპტიკები
- ჰალუცინოგენები
- სპეციალური ფარმაკოლოგიური ჯგუფები, შხამები

აღსანიშნავია, რომ ხშირად მიმართავენ ეგრეთწოდებული დემინფორმაციის სტრატეგიების გამოყენებას, მსხვერპლის ფსიქოლოგიური დათრგუნვის მიზნით, ამის მაგალითებია:

- განცხადება, რომ მეზობელი ოთახიდან გამოსული ყვირილი გამოწვეულია მეგობრის წამებით.
- განცხადება, რომ ის მოათავსეს ციხეში წამებაგამოვლილი პირთან, დემინფორმაცია ან ინფორმაცია ნაწამებ პირთა ოჯახის წევრებთან ან მეგობრებთან დაკავშირებით და სხვა.

წამების ბიოფსიქოლოგიური სტრატეგიებს განეკუთვნება:

- ზეგალიზიანება: ხანგრძლივი ხმაური ან შუქი, გადაჭედვა (ძალიან ბევრი ხალხი ერთ ოთახში)
- გამლიზიანებლების შეზღუდვა, ან დემორიენგაცია, დროის/სივრცის არევა, იზოლაცია,
- პრეპარატების მიღება, რომლებიც იწვევს უსუსურობის, ტკივილის და დემორიენგაციის შეგრძნებას,
- საკვების ან წყლის მიღების შეზღუდვა,
- ძილის დეპრივაცია.

განსაზღვრული კულტურული თვალსაზრისით „მიუღებელ“ მეთოდებს განეკუთვნება:

- მსხვერპლის იძულება შეასრულოს კულტურული/მორალური თვალსაზრისით მიუღებელი ქმედებები („ტაბუს“ დარღვევა),
- პატიმრობა ანგისანიგარულ პირობებში,
- კულტურული „ტაბუს“ დარღვევა,
- საკუთარ სამოგადოებაში მსხვერპლის შერცხვენა. (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

თავი III. წამების შედეგები

ფსიქიკური და ფიზიკური შედეგები

უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შედეგები გამოირჩევა პოლიმორფულობით და წარუშლელ კვალს გოვებს როგორც ადამიანის ფსიქიკაზე ასევე მის ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. ძალზედ ძნელია მოახდინო წამებით გამოწვეულ შედეგთა ლიფერენცირება ფსიქიკურ და ფიზიკურ სიმპტომებად, ვინაიდან ეს სიმპტომები მჭიდროდ არიან გადაჯაჭვული ერთმანეთზე და ახდენენ ურთიერთგავლენას, რაც მეტწილად განაპირობებს დარღვევათა მრავალფეროვნებასა და ქრონიკული მიმდინარეობის ტენდენციებს.

აღნიშნულ ნაშრომში ჩვენ, დიაგნოსტიკის გაადვილების მიზნით, ცალკე განვიხილავთ წამების ფსიქიკურ და ფიზიკურ შედეგებს, თუმცა მოწოდებული მასალიდან ნათელია მათი მჭიდროდ და რთული ურთიერთკავშირი.

წამების ფსიქიკური შედეგები

როგორც ცნობილია, წამება და განსაკუთრებული სტრესული მოვლენები, რომელიც სერიოზულ საშიშროებას წარმოადგენს ადამიანის სიცოცხლისათვის, იწვევენ სერიოზულ სტრესულ დარღვევებს, რომელთა სიმპტომებიც გამოირჩევა პოლიმორფულობითა და მრავალფეროვნებით. ამგვარ გრავმულ სტრესულ მოვლენათა შორის წამებას განსაკუთრებული როლი ენიჭება, ვინაიდან იგი წარმოადგენს ერთი ადამიანის ან ჯალათთა ჯგუფის მიერ მეორე ადამიანის ან ადამიანების ჯგუფის მიზანდასახულ და გეგმაზომიერ, წინასწარგანზრახულ ტანჯვას, რაც მნიშვნელოვან სტრესს წარმოადგენს არა მარტო ადამიანის ფიზიკური არსებობისათვის, რაც უპირატეს ფაქტორს წარმოადგენს ბუნებრივი კატასტროფების ან ომის დროს, არამედ ფუნდამენტურ საფრთხეს უქმნის მის სულიერ არსებობასა და ნორმალურ ფსიქიკურ ფუნქციონირებას, შეიცავს რა უპირატესად მორალურად გამანადგურებელი გრავმის ფაქტორს, რაც დაკავშირებულია შეურაცხყოფისა და უსუსურობის, დამოკიდებულებისა და მომავლის მხრივ სრული გაურკვევლობის განცდებთან.

ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე განსაკუთრებით მძიმე სტრესული ფაქტორების, მათ შორის წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის შედეგების შესწავლას დიდი ისტორია აქვს. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარი სამეცნიერო კვლევები უპირატესად წარმოებულია ომისა და ბუნებრივი კატასტროფების დროს დაზარალებულთა შორის, ან წამების მსხვერპლთა შორის ციხეებიდან განთავისუფლების შემდეგ და არ არის ფართოდ ჩატარებული კვლევები წამების მწვავე შედეგებთან დაკავშირებით, კვლევები ციხეებში არსებულ წამების მსხვერპლთა შორის და ასევე სპეცსამსახურების მიერ საბჭოთა პერიოდში წამებაგამოვლილ პირთა შორის, ვინაიდან ამგვარი კვლევების ჩატარება საბჭოთა პერიოდში იყო შეუძლებელი და ამჟამადაც სირთულეს წარმოადგენს იმ ქვეყნებში, სადაც დღემდე ფართოდ არის გავრცელებული წამების პრაქტიკა. ასე რომ წამების ფსიქიკური შედეგების კვლევა ჯერაც არ არის სრულყოფილი და საჭიროებს მკვლევართა სერიოზულ ძალისხმევას მისი გაფართოების მიზნით.

გრაფული სტრესის ფაქტორის ისტორიული მიმოხილვა

1871 წლიდან მოყოლებული, ფრანკო - პრუსიის ომიდან დაწყებული, ყველა გამოკვლევა მიუთითებდა რომ ფსიქიკური აშლილობების რიცხვი ომის დროს საგრძნობლად მაგულობს. პირველი მსოფლიო ომის მონაცემებით, რუსეთის არმიიდან ევაკუირებული იყო 35000 ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირი, მათ შორის ყველა ფსიქიატრიული ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემები მიუთითებდა, რომ ფსიქომების რიცხვი ძირითადად ფსიქოგენიების, რეაქტიული ფორმების ხარჯზე მაგულობს, მაშასადამე დაავადებების, რომელნიც დაკავშირებულია ომის ვითარებასთან (60% ყველა ევაკუირებულიდან). გამოკვლევების საფუძველზე, რომელიც პირველი მსოფლიო ომის დროს იყო ჩატარებული, ეჭვს აღარ იწვევდა ის გარემოება, რომ: 1. ომის დროს ფსიქიკური აშლილობებით ავადობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად იზრდება; 2. სრულიად ცხადი გახდა, რომ ავადობის მაჩვენებელი იზრდება არა ძირითადი ფსიქომების, არამედ ფსიქოგენური დაავადებების, ე. ი. ნევროზებისა და რეაქტიული ფსიქომების ხარჯზე. ასევე, დავას აღარ იწვევდა ის გარემოება, რომ არავითარი სპეციფიური ომის ფსიქომი არ არსებობს, ომის პირობები იყენებენ ჩვეულებრივ პათოლოგიურ მექანიზმებს. ამაზე მიუთითებდა მშვიდობიან პერიოდში, მიწისძვრების დროს, შემადრწუნებელი სიგუაციების შედეგად, განვითარებული ფსიქოგენური რეაქციების შესახებ უამრავი საილუსტრაციო მასალა: მიწისძვრები შანსიში (1556წ.), კალკუტაში (1667წ.), მესინში (1908წ.), ასევე – 1916 წლის მონაცემები Provence 11-26 თებერვალს გემის ჩაძირვისას განვითარებული ფსიქოგენური რეაქციების შესახებ, რომელსაც აკვირდებოდა Clunet, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რეაქციები, რომელნიც მან იხილა, ისგერიულს არ განეკუთვნებოდნენ.

ასე რომ, 20-იანი წლებისათვის ეჭვს აღარ იწვევდა ძლიერი მაგრაფირებული სიგუაციებით გამოწვეულ ფსიქიკურ აშლილობათა მიკუთვნების საკითხი ფსიქოგენიებისადმი. როგორც ცნობილია, გერმინი "ფსიქოგენია" მოწოდებულ იქნა ჯერ კიდევ გასული საუკუნის მიწურულში Somer მიერ, რომელიც მისი შინაარსის შესახებ წერდა შემდეგს: "ფსიქოგენიის" სახელწოდების მიღმა მე ვგულისხმობ დაავადებათა დიდ ჯგუფს, რომელიც აღნიშნულია კრებითი სახელწოდებით "ისგერია". აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თვითონ Somer უშვებდა ეთიოგენურ ფაქტორთა კომბინირებას ფსიქოგენიის წარმოშობაში, რაც უკვე მიუთითებდა იმ გარემოებაზე, რომ ახალი ცნება მოიცავდა არა მარტო ისგერიას, არამედ მდგომარეობებს მის ფარგლებს მიღმაც. ფსიქოგენურ ფაქტორს ცნობილი გერმანელი ფსიქიატრი Grisinger (1881წ.) გადამწვევგ როლს ანიჭებდა და მიიჩნევდა როგორც "ყველაზე მთავარ და მდიდარ წყაროს შემლილობისა". მაგრამ ამ პერიოდისათვის ჯერ კიდევ სადავო იყო ფსიქოგენიათა კლასიფიკაციისა და ნომოლოგიის საკითხები. როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, მრავალი მკვლევარი მათ განიხილავდა როგორც ისგერიის გამოვლინებებს, თუმცა უკვე ცხადი იყო არაისგერიული, წმინდა ემოციური აშლილობების არსებობაც, რამედაც თვალნათლივ მიუთითებს Clovis Vincent მონაცემები, რომელიც ომის წინა ხაზზე აწარმოებდა დაკვირვებებს. იგი წერს: "იქ, სადაც დიდი რაოდენობით ეცემა ნალმები, რაც იწვევს სიკვდილიანობასა და ჭრილობებს, არასოდეს მინახავს ისგერიული გამოვლინებები კრუნჩხვების, კონტრაქტურისა და ერთი ან რამოდენიმე კიდურის პარალიზის სახით, მე იქ ვხვდებოდი მხოლოდ ემოციური რიგის გამოვლინებებს, ყველაზე ხშირად: ცრემლებს; კანკალს; გაშეშების შეგვევებს (Un etat d'hebetude), რომლის დროსაც ავადმყოფი გაუნძრეველია, კითხვებზე არ პასუხობს; გაჭიკარდიას; სუნთქვის გახშირებას; აბნევას."

20-იან წლებში კლინიკურ ფსიქიატრიაში აღინიშნა მნიშვნელოვანი ეტაპი ფსიქოგენიათა იმ ჯგუფის შესწავლისა, რომელიც ცნობილია რეაქტიული ფსიქომების სახელწოდებით, რაც დაკავშირებულია Karl Jaspers-ის სახელთან. მისი კონცეფციის თანახმად, რეაქტიული ფსიქომები ვითარდება პიროვნებასა და მისთვის გაუსაძლის რეალობას შორის კონფლიქტის საფუძველზე და, ამავე დროს, ეს რეალობა აუცილებლად აისახება დაავადების კლინიკურ სურათში. Jaspers მიხედვით, გაუსაძლისი რეალობა შეიძლება იყოს პატიმრობა, უბედური შემთხვევები, მიწისძვრები და საერთოდ კატასტროფანი, დარდი სამშობლოზე, სექსუალური ძალადობა, ძლიერი შიში, შეძრწუნება, სამხედრო სამსახური, ენობრივი იზოლაცია და სხვ. მიზეზის მიხედვით, იგი შესაბამისად განასხვავებდა სიგუაციის მიხედვით პროვოცირებულ ფსიქომებს: ციხის ფსიქომი; ნოსტალგიური ფსიქომი; "გუვერნანტის" პარანოია; მიწისძვრით გამოწვეული ფსიქომი და ა.შ. იგი, მიზეზთა გარდა, განასხვავებდა აგრეთვე რეაქციათა სტრუქტურას: ისტერიული, პარანოიდული, დეპრესიული, ცნობიერების შეცვლა, პრიმიტიული და სხვა. "ჭეშმარიტი რეაქტიული ფსიქომებისგან, ალბათ, ჩვენ უნდა განვასხვავოთ, გარდა სპონტანური და ინსპირირებული ფსიქომებისა, ასევე მხოლოდ სულიერი შეძრწუნებით კაუბალურად განპირობებული ნორმიდან გადახრის მდგომარეობანი, ყოველგვარი გასაგები კავშირის გარეშე, როგორც არის მაგ. ვაზომოტორული, ნევრასთენიური სინდრომი, თანმხლები შიშის განცდით და ა.შ. კატასტროფის შემდეგ." – წერს Jaspers ნაშრომში "სწავლება რეაქტიული ფსიქომების შესახებ". მის მიერ მოწოდებული რეაქტიულ მდგომარეობათა კლინიკო - დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები: პათოლოგიური რეაქციის კავშირი ფსიქიკურ გრავმასთან მისი წარმოშობის დროის, შინაარსისა და მიმდინარეობის მიხედვით, დღემდე კლინიკური ფსიქიატრიისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია.

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ 60 -იანი წლებისათვის აღწერილი იქნა რეაქტიულ მდგომარეობათა მოგვიანებული ფორმები, ანუ გრავმული მომენტიდან ძალზე დაშორებული ფორმები, რომელთა დროსაც ირღვევა Jaspers "დროის კავშირის" კრიტერიუმი, თუმცა გრავმული მოვლენა სრულიად აისახება კლინიკურ სურათში. მოგვიანებულ რეაქციათა შემთხვევაში "ლაგენტური" დრო ფსიქიკურ გრავმასა და პათოლოგიურ რეაქციას შორის ძალზე გახანგრძლივებულია და შესაძლოა რამოდენიმე წელსაც კი აღწევდეს. (, , ჭითავა). ამის მიზეზად ძირითადად გრავმის ინტრაფსიქიკური გადამუშავებისა და საბოლოო გაცნობიერების გახანგრძლივებული პროცესი მიიჩნევა, "ასევე მისი შედეგის ასახვა პიროვნების საყოფაცხოვრებო სიგუაციაში, როდესაც პიროვნება ყოველი ფეხის ნაბიჯზე გრძნობს უკვე მომხდარი უსიამოვნების, ან უბედურების შედეგს." (ჭითავა).

შემდგომი მნიშვნელოვანი ეტაპი გლობალური გრავმებით გამოწვეული ფსიქოგენიების შესწავლისა დაკავშირებულია მეორე მსოფლიო ომთან (1939 – 1945 წწ.) ამერიკელი და ინგლისელი ავტორების მიერ 1941-1945 წწ. ნერვულ - ფსიქიატრიული აშლილობები წარმოდგენილია უმთავრესად ფსიქონევროზების ჯგუფით, რომელშიც შედის ფსიქოგენიების როგორც ნევროზული, ასევე ფსიქომური ფორმები. ფართოდ არის წარმოდგენილი ომის პერიოდის კვლევები რუსი ავტორების მიერ. ფსიქოგენური აშლილობანი მათ მიერ ძირითადად წარმოდგენილია მწვავე რეაქტიული ფსიქომებით: აფექტოგენური სტუპორითა და ფუგიფორმული რეაქციით. უფრო ხშირად, ვიდრე მწვავე რეაქციები, გამოვლენილ იქნა გახანგრძლივებული რეაქტიული ფსიქომები. 1941 - 1945 წწ. - ში მათი რიცხვი რუსეთში სამხედრო მოსამსახურეთა შორის შეადგენდა ყველა რეაქტიულ ფსიქომთა 93%. აღწერილ იქნა შემდეგი ფორმები: ა) ფსიქოგენური ცნობიერების ბინდისებური აშლა (ცნობიერების აფექტური შევიწროება), . .

მონაცემებით, ამ ჯგუფმა შეადგინა 16 - დან 27% - მდე ყველა რეაქტიული ფსიქოზისა. ბ) რეაქტიული დეპრესია, რომელიც განისაზღვრა როგორც ომის დროის წამყვანი ფსიქოგენური რეაქცია (. . . , . . . , . . .). ამავე დროს აღნიშნავდნენ, რომ ფსიქოგენურად განპირობებული დეპრესია ხშირად გვხვდებოდა რთული სინდრომების სტრუქტურაში, მაგ. შიშის ნევროზის დროს, სადაც ადგილი ჰქონდა შფოთვის აფექტს (. . .); გამოხატული ასთენიებისას, რაც უფლებას აძლევდათ გამოეკვეთათ ასთენო - დეპრესიული მდგომარეობანი (. . . , . . .). რეაქტიულმა დეპრესიებმა შეადგინა რეაქტიულ მდგომარეობათა 40% მეორე მსოფლიო ომის დროს რუსეთის არმიაში. გ) ასევე ფართოდ იქნა აღწერილი და განისაზღვრა როგორც წამყვანი აშლილობა რეაქტიული პარანოიდი, რომელმაც შეადგინა 12% რეაქტიული მდგომარეობებისა რუსეთის არმიაში. იგი გამოირჩეოდა მწვავე დასაწყისით, სიმპტომთა გამოხატული ფსიქოგურობითა და კეთილსაიმედო გამოსავლით. . . რეაქტიული პარანოიდის განვითარებაში გადამწყვეტ მნიშვნელობას მიაკუთვნებდა "დროებით შეცვლილ ნიადაგს", რაც განპირობებული იყო ეგზოგენური და სომატოგენური ფაქტორებით. . . ნამრომში "მწვავე პარანოიდების შესახებ" გამოთქვამდა შემდეგ მოსაზრებებს: 1. ეგზოგენური ზეგავლენა (გადაღება, ხანგრძლივი უძილობა, არარეგულარული კვება, მსუბუქი გაცივება), რაც დროებით ცვლის პიროვნებას აღრე მისთვის არანაშანდობლივი მგრძობიარობის მიმართულებით, განაპირობებს სიგუაციის დიფერენცირებული შეფასების გართულებასა და რთული კონფლიქტების წარმოქმნას. გრავმული სიგუაციის ადგილას, რომელიც შესაძლოა არც არსებობდეს, ჩაენაცვლება გარეგანი ვითარება, "გარეშე განცდათა მოზღვაება". 2. ასეთ პირობებში განვითარებული მწვავე პარანოიდული რეაქციები – გარეგანი ვითარების პარანოიდი – ხასიათდება დევნის ბოღებით, იდეებით, გამოხატული შიშის აფექტით, დაავადების მწვერვალზე ცნობიერების შეცვლით, მწვავე მოვლენათა გავლის შემდგომი ამნეზიით.

მეორე მსოფლიო ომის შემადრწუნებელ მოვლენათა მრავალფეროვნებამ, რაც დაკავშირებული იყო კოლოსალურ მსხვერპლთან და ფაშისგურ ბანაკთა გამოცდილებასთან, დეპორტირებულთა დიდ რაოდენობასთან, გამოიწვია ფსიქოპათოლოგიურ აშლილობათა ისეთი სახეები, რომლებიც წარმოადგენდნენ გადაგანილი ფსიქიკური გრავმატიმაციის შორეულ შედეგებს.

გადაგანილი ფსიქიკური გრავმის შორეული ნერვულ - ფსიქიკური შედეგები ყოფილ დეპორტირებულთა შორის პირველად, ფრანგი ექიმების მიერ იქნა შესწავლილი. 1948 წ. Dreifus და 1957წ. Fishes მიუთითებდნენ შექცევად და შეუქცევად ასთენიებზე აღნიშნულ კონტინგენტში. დაავადების ძირითად ნიშნებს წარმოადგენდა: წონაში დაკლება, ნაადრევი და სწრაფი დაბერება, ვაზომოტორული აშლილობები და დარღვევები საჭმლის მომწელებელ სისტემაში. 1950 წ. ფრანგმა ფსიქიატრმა Targowla აღწერა ასთენიის მძიმე ფორმა პაროქსიმული, ემოციური ეკმენიის შეგვეებით ყოფილ დეპორტირებულთაში. შეგვეები ხასიათდებოდა მიწაზე უეცარი დაცემითა და ცნობიერების დაკარგვით: ავადმყოფი ბორგავდა ან იწვა უმოძრაოდ, სხვა შემთხვევებში გამოხატული იყო მომიერი მოტორული აგმნება, სახვითი მოძრაობებითა და გარკვეულ წილად შეზღუდული მეტყველებით. შეგვეების შემდეგ ვითარდებოდა სრული ამნეზია.

ფრანგი ექიმები, დანიელი ექიმებისაგან განსხვავებით, ხაზს უსვამენ უპირატესად ფსიქოგენური ფაქტორის როლს მსგავსი აშლილობების განვითარებაში (Misere Morale). ფიზიოლოგიურ დანაკლისთა შერწყმა მორალურ

განჯვასთან აღწერილ იქნა როგორც დეპორტირებულთა ასთენიური სინდრომი, რომელიც იყო კვალიფიცირებული როგორც ფსიქიკური გრაემის შორეული შედეგი.

Targowla მიხედვით, ყოფილ ფრანგ დეპორტირებულთა შორის ასთენიის სინდრომი აღინიშნებოდა 65-70% - ში. Fishes მიუთითებდა დეპორტირებულთა შორის სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტზე მოსახლეობის უკიდურესად გაჭირვებულ ფენებთან შედარებითაც კი. 38000 ფრანგ დეპორტირებულთაგან 16000, თითქმის 50%, გარდაიცვალა რეპატრიაციის შემდეგ (Desual 1957 წ.). უნგრეთში განთავისუფლების შემდეგ გარდაიცვალა ყოფილ დეპორტირებულთა 20% - მე მეტი (. . . 1958წ.). Michel (1957წ.) თვლიდა, რომ "პოსტბანაკური ასთენია" შესაძლოა განიხილებოდეს როგორც გარკვეული ნომოლოგიური ერთეული.

1952 - 1954 წწ. დანიელმა ექიმებმა P. Helweg-Larsen et al., (1952წ.) და K. Herman, P. Thygesen (1954 წ.) აღწერეს ნევრასთენიული მდგომარეობანი ყოფილ დეპორტირებულ დანიელთა შორის, რაც აღინიშნებოდა ექსპატიმართა 75%.

გრაემული სტრესისა და მისგან გამოწვეული ფსიქიკური დარღვევების შესწავლის საკითხთან დაკავშირებით შეუძლებელია არ აღინიშნოს იმ ფსიქიატრთა და ფსიქოთერაპევტთა ღვაწლი, რომელნიც თვითვე აღმოჩნდნენ საკონცენტრაციო ბანაკთა ტყვეები და საკუთარ თავზე გამოსცადეს ფაშიზმის მთელი რიგი უბედურებანი მეორე მსოფლიო ომის დროს. განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს Viktor Frankl, Adler, Cohen და Kolle დაკვირვებები. ნაშრომში "ფსიქოლოგი საკონცენტრაციო ბანაკში", V. Frankl საკუთარი განცდებისა და გამოცდილების საფუძველზე ტყვეობისას ოსვენციმის, დაჰაუს და გერებიენშტადტის საკონცენტრაციო ბანაკებში, აღნიშნავს რომ ტყვეთა რეაქციები შესაძლოა დაიყოს სამ ფაზად: 1. საკონცენტრაციო ბანაკში მოხვედრის შოკი; 2. ბანაკში ხანგრძლივად ყოფნისას ხასიათის გიპიური ცვლილებები; 3. განთავისუფლება. Cohen მიხედვით გამოყოფილია შემდეგი სტადიები: 1. პირველადი რეაქციის ფაზა; 2. ადაპტაციის ფაზა; 3. აპათიის ფაზა.

შოკის ფაზას Cohen აღწერს შემდეგნაირად: "მე მქონდა შეგრძნება, რომ მე არავითარი კავშირი არ მაქვს ამ ყოველივესთან, თითქოს ყველაფერი ერთად აღებული მე არ მეხება. ჩემი რეაქცია მქლავნდებოდა სუბიექტისა და ობიექტის დისოციაციამში. თუმცა, ბოლოსდაბოლოს, მდგომარეობა მიდიოდა უძლიერეს ფსიქიკურ გრაემამდე, როცა ახალმოსული იგებდა გაზის კამერების შესახებ, რაც იწვევდა შეძრწუნების მწვავე რეაქციას." V. Frankl შოკის ფაზას მიაკუთვნებს ანომალურ განცდათა რეაქციებს, თუმცა იქვე დასძენს: "ამავე დროს არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ისეთ ანომალურ სიტუაციაში, რომელსაც წარმოადგენს საკონცენტრაციო ბანაკი ამგვარ განცდათა ანომალური რეაქციები არის რაღაც ნორმალური." მეორე, ხასიათობრივი ცვლილებებისა და ადაპტაციის ფაზა ხასიათდებოდა აპათიითა და აგრესიით; ფსიქონალიგიკოსთა შეფასებით, ფსიქოლოგიური რეგრესიით; პიროვნების შიზოიდური გიპით ხასიათობრივი ცვლილებით; ხოლო საკონცენტრაციო ბანაკში ყოფნის უვადობის განცდა იწვევდა "მომავლის დაკარგვის" შეგრძნებას (Frankl, Cohen). თუმცა Adler ამის შესახებ წერდა: "არ შეიძლება განვიხილოთ ხასიათის ცვლილება როგორც პიროვნების აზრების სახეცვლილება ან მორალური დაცემა. ჩვეულებრივ, უეცრად იკარგებოდა, თითქოს არც ყოფილიყოს, მხოლოდ გარეგნული აღზრდილობა". Frankl ეხება სუიციდების პრობლემასაც საკონცენტრაციო ბანაკებში, რომელიც, ჯერ კიდევ პირველი მსოფლიო ომის დროიდან, ცნობილია როგორც "მჩხვლეტავი მავთულის (მავთულხლართის) სინდრომი" (Vischer 1918წ.). განთავისუფლების ფაზის შესახებ Frankl წერდა: "ბანაკიდან განთავისუფლებული ჯერ ისევ არ არის გამოსული

დეპერსონალიზაციის შეგრძნებიდან. მას ჯერ კიდევ არ შეუძლია დატკბეს სიცოცხლით – მან ჯერ უნდა ისწავლოს ეს, ის ამას გადაეჩვიოს". ასევე იგი Hoffmeyer და Hertel-Wulff მონაცემების გათვალისწინებით, აღნიშნავს, რომ განთავისუფლების შემდეგ დამახასიათებელი სიმპტომები იყო: მოუსვენრობა, დაღლილობის შეგრძნება, კონცენტრაციის გაუარესება, აგზნებადობა, ერთ ადგილზე ყოფნის გართულება, მეხსიერების დაქვეითება, გამღიზიანებლობა, ვეგეტატიური სიმპტომები, ღებრესიები და თავის ტკივილები. ამგვარი სიმპტომები აღნიშნებოდა 78%; აქედან 47% უჩიოდა "ღამის კოშმარებს საკონცენტრაციო ბანაკის სახით". Kolle მონაცემებით, ფართოდ იყო წარმოდგენილი აღნიშნულ კონცინგენცში ქრონიკული ღებრესია. იგი წერდა 1958 წ.: "ბევრს დღესაც არ შეუძლია დაივიწყოს თავიანთი ახლობლების დაპატიმრებასა და დახოცვასთან დაკავშირებული განცდები; ეს განცდები სდევნიან მათ დღისით და ღამით, სიზმრებშიც კი." ჯერ კიდევ მაშინ იგი ეჭვის ქვეშ აყენებდა ამ კონცინგენცში ღებრესიის ქრონიკული ფორმისა და სხვა ფსიქორეაქტიულ დარღვევათა მიკუთვნების საკითხს "ნევროზის" მოგად კრებით მცნებასთან, ვინაიდან სახეზე იყო ამ ადამიანთა ცხოვრების სრული კრაზი. მათ ღებრესიაზე, ჩვეულებრივ, ნაკლებად მოქმედებდა განთავისუფლების ფაქტიც კი.

პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა წარმოშობის პრეისტორიაში აღსანიშნავია E. Lindemann (1944წ.) გამოკვლევები. იგი მიუთითებდა რა გახანგრძლივებული სტრესის შემდგომი აშლილობების გარკვეულ თავისებურებებზე, შემოიგანა "პათოლოგიური მწუხარების" (Pathological Grief) ცნება. მისი აზრით, ამ სინდრომს შესაძლოა მივაკუთვნოთ სუბიექტის ანომალური რეაქცია უბედურებაზე, რომლის შედეგადაც ვითარდება სხვადასხვა ფსიქიკური და ფსიქოსომატური აშლილობანი, მათ შორის "სუფთა ნევროზები". "პათოლოგიური მწუხარების" სინდრომი, მკვლევარის აზრით, შესაძლოა განვითარდეს უშუალოდ უბედურების შემდეგ, ან გარკვეული დროის გავლის შემდეგ, შეიძლება მკაფიოდ იყოს გამოხატული, ან პირიქით ძალზე სუსტად. ავტორმა ეს აშლილობები დააჯგუფა შემდეგნაირად: 1. ფსიქოგენურად განპირობებული სომატური აშლილობები (ყელში მოჭერის შეგრძნება, ქოშინი, ამოოხვრა, მუცელში სიცარიელის შეგრძნება, კუნთოვანი სისუსტე, ტანში ტეხვის შეგრძნება, თანმხლები თავის ტკივილით, გემოვნების მოშლა); 2. დანაკლისის მუდმივი წარმოდგენით შეწუხებულობა (მიცვალებულის და ა.შ.); 3. მწუხარების გრძნობა; 4. მგრული დამოკიდებულებისა და გამღიზიანებლობის რეაქციები; 5. ადრე დამახასიათებელი ქცევის სტერეოტიპების დარღვევა.

შემდგომში W. Niderland ნაშრომში "გადარჩენილთა სინდრომის კლინიკური მიმოხილვა" და R. Lifton სტაგიაში "გადარჩენილნი ჰიროსიმაში", გაკეთებულია დასკვნა იმის შესახებ, რომ სტრესული მოვლენები და კატასტროფანი იწვევენ ხანგრძლივ ფსიქიკურ აშლილობებს. ასეთი მდგომარეობანი მათ მიერ იქნა კვალიფიცირებული როგორც "გადარჩენილთა სინდრომი" (Survivor Syndrome).

უფრო მოგვიანებით, A. Burgess და L. Holmstrom შემოიგანეს "გაუპატიურებულთა სინდრომის" (Rape-trauma Syndrome) ცნება. ამ სინდრომს განსაზღვრავდნენ როგორც სპეციფიურ ფსიქოსომატურ სინდრომს, რომელიც უვითარდება გაუპატიურებულთა დაახლოებით მესამედს მოგვიანებით პერიოდში და ხასიათდება ჩვეული ემოციურობის დაკარგვითა და "გრავემაგოფობიით", მომაგებული აგზნებადობითა და გამღიზიანებლობით, განმეორებადი ღამის კოშმარებით.

გასული საუკუნის 70 - იან წლებში კლინიცისტთა განსაკუთრებული ყურადღება კვლავ მიიპყრო ადამიანის ფსიქიკაზე ომის პერიოდის სტრესების

გავლენის საკითხმა, რაც დაკავშირებული იყო ვიეტნამის ომის მასალებთან, რომელთა საფუძველზეც, C. Figley მიერ მოწოდებული იქნა ტერმინი "პოსტვიეტნამის სინდრომი" (Post-Vietnam Syndrome), რომელიც შორეულ პერიოდში ხასიათდება უპირატესად განმეორებადი აკვიატებული მოგონებებით, ხშირად მკვეთრი წარმოსახვებით (Flashbacks), თანმხლები დათრგუნულობისა და შიშის განცდით, სომატური აშლილობებით; გაუცხოებისა და ინდიფერენტულობის მდგომარეობით, ჩვეული ინტერესების დაკარგვითა და დანაშაულის განცდით; შემაშინებელი სიმბრებით, რაც დაკავშირებულია ომის გამოცდილებასთან; მომაგებული აგზნებადობით, გამღიზიანებლობით, ფეთქებადობით.

ამგვარად, 70 - იანი წლების ბოლოსათვის დაგროვილი მასალა მიუთითებდა იმ გარემოებაზე, რომ განსაკუთრებული გრავმული სტრესით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი, მაგრავშირებელ ფაქტორთა სხვადასხვაობის მიუხედავად, ხასიათდებიან ერთგვაროვნებითა და სპეციფიურობით და არ თავსდებიან ფსიქიკურ აშლილობათა არცერთ საყოველთაოდ მიღებულ ნომოლოგიაში. სწორედ ამიტომ, M. Horowitz და თანაავგორების მიერ ეს აშლილობები გამოყოფილ იქნა დამოუკიდებელ სინდრომად, სახელწოდებით "პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა" (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD) და პირველად 1980წ. შეგანილ იქნა ამერიკულ დიაგნოსტიკურ კლასიფიკაციაში DSM - III - ში როგორც ცალკე კლინიკური ფორმა; შემდგომში, იმავე ავტორთა მიერ, შემუშავებული იქნა ამ აშლილობის კლინიკო - დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, რომლებიც 1987წ. შეგანილ იქნა DSM - III - R - ში. ამჟამად ეს კრიტერიუმები ფართოდ არის წარმოდგენილი DSM - IV - ში (რუბრიკაში "შფოთვითი აშლილობანი") და 1991წ. - დან შეგანილია როგორც ცალკე კლინიკური ფორმა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე - 10 გადასინჯვაში (ICD - 10), რუბრიკაში "რეაქცია მძიმე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევები" და შეესაბამება შემდეგი კოდი: **F - 43.1**.

როგორც უკვე იქნა აღინიშნული წამების ფსიქიკური შედეგები არა საკმარისად არის შესწავლილი, მათ შორის აღსანიშნავია, რომ კვლავაც დაუდგენელია კორელაცია წამების ცალკეულ მეთოდებსა და მათ მიერ გამოწვეულ ფსიქიკურ აშლილობებს შორის (Basoglu, 1992). ასევე არსებობს აზრი და უნდა აღინიშნოს, რომ ეს აზრი ფიგურირებს ყველა განსაკუთრებული სტრესული სიტუაციით გამოწვეული აშლილობების გენემის ანალიზშიც, რომ წამებით გამოწვეული ფსიქიკური გართულებები დამოკიდებულია ასაკზე, სქესზე, ეთნოკულტურულ თავისებურებებსა და პოლიტიკურ თუ რელიგიურ შეხედულებებზე (Somnier და სხვა, 1992).

სამეცნიერო ლიგერატურაზე დაყრდნობითა და ჩვენი გამოკვლევების ანალიზის შედეგად ცხადი გახდა, რომ ყველაზე მეტად გავრცელებულ ფსიქიკურ აშლილობას წამების შემთხვევაში წარმოადგენს პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და ასევე ხშირია მისი ქრონიკული და გართულებული ან კომბინირებული ვარიანტები, რომლის შესახებაც შემდგომში იქნება საუბარი.

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ეპიდემიოლოგიის საკითხები

PTSD-ის ცნების კლინიკური შინაარსის დადგენისა და დაზუსტების შემდეგ შესწავილ იქნა მისი გავრცელების ხარისხი. დღეისათვის გამოქვეყნებულია მრავალი ეპიდემიოლოგიური კვლევის მონაცემი, რომელიც PTSD-ის გავრცელების

საორიენტაციო სურათს გვაძლევს. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარი ეპიდემიოლოგიური კვლევები მწირია წამების შემთხვევაში.

H.C. Archibald, R.D. Tuddenham (1965) მიერ შესწავლილი იქნა ასაკობრივი პროცესების გავლენა სტრესულ რეაქციათა გამოვლინებებზე. მეორე მსოფლიო ომის დროს ტრავმირებულთა შორის გამოკვლევებისას ომიდან 20 წლის შემდეგ მათ ივარაუდეს, რომ პოსტტრავმული სტრესული დარღვევების სიმკვამები ასაკთან ერთად უფრო იკვეთება. მეორე მსოფლიო ომის დამთავრების 40 წლის შემდეგ ყოფილ სამხედრო ტყვეებში PTSD აღინიშნებოდა 67% - ში (Kluznik J.C., 1986).

PTSD-ის განსაკუთრებით მაღალი ხარისხი აღწერილია ყოფილ დეპორტირებულთა და საკონცენტრაციო ბანაკების ყოფილ ტყვეთა შორის, 90%-დან 100%-მდე. აღნიშნული კვლევები ჩატარებული იქნა კორეის ომის ყოფილ პატიმართა შორის (P.B. Sutker, Daniel K. et al., 1988 - 1990), მეორე მსოფლიო ომის ყოფილ პატიმართა შორის (Z. Solomon, Y. Neria, O. Abraham et al., 1992-1993), ასევე სპარსეთის ყურის სამხედრო კონფლიქტის დროს ჰოლოკავის მსხვერპლთა შორის (Z. Solomon, E. Prager, 1991-1992). ხოლო ამერიკის სამშვიდობო მისიის ჯარებში სპარსეთის ყურის კონფლიქტის დროს PTSD აღწერილ იქნა 8% - ში. (What Is PTSD? The American Journal of Psychiatry, Editorial, 1997)

დამწვრობით ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთა შორის ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად 2, 6 და 12 თვის შემდეგ, 1990 - 91 წწ, შესაბამისად PTSD აღმოჩენილ იქნა 35,2%, 40%, 45,2%. მნიშვნელობა ენიჭებოდა დამწვრობის ფართობს, სახის დაზიანებასა და სუბიექტურ პრედიქტორებს. (S. Perry, et al., 1992).

სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთა შორის PTSD ვარიანებს 46% - 66% ფარგლებში. (Becker I.V. et al., 1984, Browne A., Finkelhor D. 1986, Nadelson C.C. 1989, Bowners I.T. et al., 1991).

განსაკუთრებით მაღალია PTSD-ის გავრცელების ხარისხი ლტოლვილთა შორის. გენოციდის მსხვერპლ კამბოჯელ ლტოლვილთა შორის PTSD აღმოჩენილ იქნა 86%. (Carlson E.B., Rosser - Hogan R., 1991). ინდო-ჩინეთის ლტოლვილთა შორის 322 პაციენტიდან 226 აღწერილ იქნა მიმდინარე PTSD, ხოლო კიდევ 15 აშლილობა განუვითარდა მოგვიანებით (Kinril, Frederikson, Rath, Fleck, Karls., 1984). ლტოლვილთა შორის PTSD-ის ყველაზე მაღალი პროცენტი, 93%, აღწერილია ლაოსელ მთის ხალხში (Main), ხოლო ყველაზე დაბალი ვიეტნამის ლტოლვილებში – 54% (R.C. McKelvey, J.A. Webb, 1996). "ეთნიკური წმენდის" მსხვერპლ ბოსნიელ ლტოლვილთა შორის PTSD აღწერილია 65%, ხოლო შემთხვევათა 35% – დეპრესია (S.M. Weine, D.F. Becker, et al., 1995).

PTSD -ის გავრცელების ხარისხი ამერიკელთა მონაცემებით (C.S. North, E.M. Smith et al., 1994) საშუალოდ ვარიანებს 19%-დან – 80%-მდე.

ამგვარად, ეპიდემიოლოგიური მონაცემები შესამჩნევად ვარიანებს 3,5% დან 67% პროცენტამდე საშუალოდ სხვადასხვა ფაქტორების გათვალისწინებით (ტრავმის ხასიათი, ასაკი, სქესი, სოციო-კულტურული და ეთნო-კულტურული განსხვავებანი და სხვა). რიგ ავტორთა აზრით, ასეთი სხვაობის მიზეზად ერთიანი მუსტი კრიტერიუმების არარსებობა გვევლინება. მთელი რიგი ავტორები მიიხიზვენ, რომ განსაკუთრებით სასტიკი წამების შემთხვევაში პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა სიმკვამები გვხვდება პრაქტიკულად 100 % შემთხვევაში.

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შედეგების გამოვლენის სისშირე სხვადასხვაგვარია:

ყველა ადამიანში არ აისახება შედეგები ნებისმიერ გარემოებებში გადატანილი წამების შემდეგ.

- წამებადელი ცხოვრება, თავდაცვა, წამებისას განცდილი შეგრძნებები და ისეთი შემდგომი პოზიტიური და ნეგატიური ფაქტორები, როგორცაა, უსაფრთხოება, მართლმსაჯულება ან სოციალური მხარდაჭერის სხვა ფორმები შეიძლება ზეგავლენას ახდენდეს იმ შემთხვევაში, თუ სიმპტომები ვლინდება ან ქრონიკული ხდება.
- გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ განსაკუთრებულ გარემოებებში და ინტენსიური წამების ან ღვევის აქტების შემდეგ გამოვლენილი შედეგების გავრცელების მაჩვენებელი 100%-ს აღწევს – ყველა არის სერიოზულად გრავირებული. აშლილობის ყველაზე გავრცელებულ სახეობას წარმოადგენს დეპრესია და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა..
- დაავადებათა შეთანაწყობის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია განსაკუთრებით ისეთ დაავადებებს შორის, როგორცაა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და დეპრესია - რომელთა შეთავსების მაჩვენებელი 90%-ს აღწევს.

ვიქტორ ფრანკლმა, საკონცენტრაციო ბანაკში გადარჩენილმა ადამიანმა და ფსიქოთერაპევტმა, გააკეთა შემდეგი კომენტარი: მას, ვისაც აქ „გონება არ დაუკარგავს“ აღარ აქვს „დასაკარგი გონება“. (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ეგიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხები

განსაკუთრებული სტრესული სიგუაციით განპირობებული ფსიქიკური დარღვევების, რეაქტიულ მდგომარეობათა ეგიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხი პირველი მსოფლიო ომიდან მოყოლებული, ფართო განხილვის საგანს წარმოადგენდა. ამ საკითხებთან დაკავშირებით მდიდარი მასალა მოგვცა პირველი და მეორე მსოფლიო ომის გამოცდილებამ, რომლის დროსაც საფუძვლიანად იქნა შესწავლილი ტრავმული და ომის პერიოდის ნევროზები, ასევე სხვა ფსიქორეაქტიული დარღვევები.

პირველი მსოფლიო ომის დროიდან მოყოლებული იმ საკითხის შესახებ, თუ რა როლი ენიჭება ტრავმული ფსიქო-ნევროზების განვითარებაში ფსიქიკურ ტრავმას, აქვს თუ არა მას პათოგენეზური მნიშვნელობა, თუ მხოლოდ პროვოკაციული, არსებობდა დიდი უთანხმოება, რომელიც დაიყვანებოდა იმაზე, თუ რომელი მომენტი – ეგზოგენური თუ ენდოგენური – არის გადამწყვეტი განსაკუთრებული სტრესით გამოწვეულ ფსიქიკურ დარღვევათა წარმოქმნაში.

1950 წ. W. Sargent, E. Slater აღნიშნავენ ტრავმული ნევროზის განვითარებაში გარეგანი აგრესიის გადამწყვეტ მნიშვნელობას და ამტკიცებდნენ, რომ გარკვეულ ვითარებაში, როცა ადამიანები ძალზედ ტრავმირებულნი არიან, "არავის გააჩნია იმუნიტეტი".

PTSD ეგიოლოგიისა და პათოგენეზის თანამედროვე კონცეფციები მეტნაკლებად ასახავენ ტრავმულ ნევროზთან დაკავშირებით წარსულში არსებულ კონცეფციათა შორის კონფლიქტს.

მთელ რიგ ავტორთა მიხედვით (Brett E.A., Spitzer R.L., Williams J.B.; Green B.L., Lindy J.D.; Horowitz M.J.; Millier T.W.), PTSD-ის საფუძველს წარმოადგენს ფსიქიკური ტრავმა, რომელიც აღინიშნება როგორც განსაკუთრებული მოვლენა (Life Stress Event) და რომელიც იწვევს მძიმე ფსიქიკურ სტრესს. ასეთი "მოვლენა"

ყველა შემთხვევაში უჩვეულოა პიროვნებისათვის და თან ახლავს შიში, შეძრწუნება და უმწეობის განცდა.

ფსიქიკური ტრავმა – "მოვლენა" – შესაძლოა იყოს როგორც პირადი, ინდივიდუალური: გაუპატიურება, ახლობელი ადამიანის დაღუპვა, წამება, ძალადობა, ასევე – მასობრივი, საერთო: ომი, ბუნებრივი კატასტროფანი და სხვა. ზოგიერთი ტრავმული მოვლენა, მაგ. წამება, ყოველთვის იწვევს PTSD, ხოლო სხვა, მაგ. საგრანსპორტო კატასტროფა, მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში. რაც უფრო ხანგრძლივია ფსიქიკური ტრავმის "მოვლენის" მოქმედება, მით უფრო ღიძია PTSD განვითარების ალბათობა (. . .).

თანამედროვე მიდგომებით (Thomas Wenzel, WPA, 2004) სტრესისა და გადარჩენის ფსიქოლოგიის არსი განისაზღვრება შემდეგი მოდულებით:

- საფრთხეში მოხვედრა ააქტიურებს რეაქციებს, რომელნიც ჩვეულებრივ სასარგებლოა გადარჩენისათვის და შეიძლება მივიჩნიოთ არანორმალური მოვლენების მიმართ ნორმალურ რეაქციებად
- უკიდურეს საფრთხესთან ბრძოლა ააქტიურებს ორგანიზმის ყველა „სისტემას“ და წარმოადგენს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ პროცეს–ადაპტაციას.
- ხანგრძლივი სტრესის დროს ვითარდება ფიზიკური და ფსიქოლოგიური „გადაწვა“ (გამოფიგვა) რეაქციის სახეები იცვლება, რათა შენარჩუნებული იქნას გადარჩენისათვის საჭირო ძირითადი ენერჯია
- მოგვიანებით გამოვლენილი მრავალი სიმპტომი ასახავს ამ, ორგვარი ტიპის, ადაპტაციის რეაქციებს.

PTSD წარმოშობის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან და სერიოზულ მიზეზად ითვლება ადამიანის ძირითად უფლებათა დარღვევა, რაც ჩვეულებრივ ორგანიზებული ძალადობის სახით ვლინდება. (Inge Genefke; Lone Jacobsen, Knud Smidt-Nielsen, Rachel Yehuda, boasz Kahana, James Schmeidler, Steven M. Southwick, Skye Wilson, Earl I. Giller; Zahava Solomon, Yuval Neria, Abraham Ohry et al.; Edward Prager) ეს კონცეფცია ფართოდ არის აღიარებული მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ. დამკვიდრებულია შემდეგი განსაზღვრება: "ადამიანთაშორისი მიყენება გამოხატული ტკივილისა და განჯვის, რომელიც არ წარმოადგენს აუცილებლობას, ორგანიზებული ჯგუფის მიერ დეკლარირებული ან ნაგულისხმები სტრატეგიის შესაბამისად და/ანუ იღვათა და დამოკიდებულების სისტემით. ეს თავისთავში მოიცავს ყოველგვარ ძალადობრივ ქმედებას, რომელიც მიუღებელია მოგადსაკაცობრიო სტანდარტების პოზიციიდან და აქვს კავშირი მსხვერპლის შეგრძნებებთან." ორგანიზებული ძალადობა, გაეროს ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის შესაბამისად, ასევე მოიცავს "წამებას, სასტიკ, არაჰუმანურ ან დამამცირებელ მოპყრობას ან დასჯას". სასამართლოს გარეშე პატიმრობა, ცრუ ეკზეკუციები, მძევალთა აყვანა ან სხვა ნებისმიერი ფორმა თავისუფლების ძალადობრივი წართმევისა აგრეთვე განხილულია ორგანიზებული ძალადობის განსაზღვრებაში (. . .).

ფაქტორთა მთელი რიგი აძლიერებს ფსიქიკურ ტრავმას. მათ შორის უპირატესად მნიშვნელოვანია – სიკვდილის უშუალო ალბათობა, მსხვერპლთან იდენტიფიკაცია, სოციალური კავშირების დაკარგვა, შორეული შედეგების მხრივ გაურკვეველობა, დაგვიანებული მკურნალობა, ან მკურნალობის არ არსებობა, უმწეობის განცდა, განცდებით ურთიერთინდუცირება (Durham T.W., Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N., McDeniel E.G., . . . , . . .).

იყო მცდელობა განესაზღვრათ ტრავმის ფიზიკური და ემოციური შემადგენლობა, თუმცა აღმოჩნდა, რომ ხშირ შემთხვევაში PTSD უვითარდებოდათ

პირებს, რომელთაც არ მიუღიათ სხეულის დაზიანება, მაგრამ რომელნიც ინტენსიურად განიცდიდნენ ფიზიკური განადგურების პოტენციურ რისკს. მრავალი მკვლევარი ფიზიკურ და ემოციურ ტრავმას შორის ამგვარ დაყოფას მიიჩნევს ხელოვნურად და თვლის, რომ ამ ორ კომპონენტს შორის ყოველთვის არსებობს მჭიდრო ურთიერთკავშირი. (Padovoni L., 1950, Fenichel O., 1953; Kardiner A., Karonyi E.K., 1977; Weil F., 1985).

15 წლის, 1980 - 1995, განმავლობაში, წარსულში ტრავმულ ნევროზთან დაკავშირებით Bonhoffer - Oppenheim დავის მსგავსად, არსებობდა დიდი კონფლიქტი PTSD ეთიოპათოგენებთან დაკავშირებით ტრავმულ და კონსტიტუციურ კონცეფციებს შორის.

მკვლევართა ერთი ჯგუფი ასკვნის, რომ PTSD განვითარებაში გადამწყვეტი როლი განეკუთვნება კონსტიტუციას, განვითარების ფიქსაციას, ან გენეტიკურ პრედისპოზიციას. კერძოდ კი პიროვნებებს ისტერიული პიროვნული ორგანიზაციითა და წარსულში განუმუხტავი ემოციური სტრესებით, დისოციაციური ტენდენციებით უფრო ხშირად უვითარდებათ PTSD, ამიგომ ისინი PTSD განიხილავენ, როგორც ნაკლოვანი პიროვნების რეაქციას (Ch.R. Marmar, D.S. Weiss, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank, K. Jordan, R.A. Kulka, R.L. Hough). ხოლო Breslau N., Davis G.C., Andresski P., Peterson E. თვლიან, რომ PTSD უპირატესად უვითარდებათ მამაკაცებს ბავშვობაში დევიაციური დარღვევებით და განვითარების დაბალი დონით, რომელთა ნათესავებში გამოვლენილია ფსიქიკური პათოლოგიისა და ალკოჰოლიზმის შემთხვევები.

Andreasen N.C., Horowitz M.J., Figley C.R., Green B.L., Lindy J.D., Rahel Yehuda, Alexander C. McFarlane პათოგენებურ როლს PTSD განვითარებაში ექსტრემალურ ტრავმულ მოვლენას ანიჭებენ (Extremely Traumatic Event) და მიიჩნევენ, რომ PTSD წარმოადგენს ადაპტაციის ბუნებრივ პროცეს ექსტრემორდინარულ სიტუაციაში და მისი სიმპტომთა პატერნი არ არის დამოკიდებული კონსტიტუციურ მიდრეკილებაზე. მათი აზრით, PTSD წარმოადგენს ნორმალური პიროვნების რეაქციას არანორმალურ, არაორდინარულ ცხოვრების პირობებზე.

Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Kramer T.L., Best C.L.; Yehuda R., Pitman R.K., Foy D.W. მიიჩნევენ, რომ PTSD განვითარების რისკი უფრო მეტია განმეორებითი ტრავმატიზაციის შემთხვევაში, ვიდრე პირველადი ტრავმის შემთხვევაში.

ასევე PTSD განვითარების რისკი მეტია პრემორბიდულად ალკოჰოლიზმითა და ნარკოტიკული ნივთიერებებით დაგვირთულ პიროვნებებში, რასაც ადასტურებს როგორც ვიეტნამის, ასევე ავღანეთის ომის ვეტერანთა შორის ჩატარებული გამოკვლევები. (Tom Williams, Jelinek J.M., James Newman, . . . , . . .)

V. Charlot et al, ასევე . . . , რომელსაც დიდი წვლილი მიუძღვის ავღანეთის ომის ვეტერანთა კვლევაში, დიდ მნიშვნელობას PTSD განვითარებაში სტრესის მომენტში პიროვნების ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას ანიჭებს. "განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფიზიკური გამოფიგვა, არასაკმარისი ძილი, საკვებისა და წყლის უკმარობა (დეჰიდრაცია), ანუ ყოველივე, რაც იწვევს დაღლილობას ბრძოლაში" – წერს იგი.

Atkinson B., Henderson J.M., Sparr B.W., Deal R., ვიეტნამის ომის ვეტერანებზე დაკვირვების შედეგად მიიჩნევენ, რომ ერთ-ერთი წამყვანი ფაქტორი PTSD ეტიოლოგიაში არის ტრავმირებულის არასწორი შეფასება და არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულება.

მნიშვნელოვანი როლი PTSD ეტიოპათოგენეზში ენიჭება მორალურ და მსოფლმხედველობრივ ფაქტორს, ვინაიდან ახლად მიღებული ექსტრაორდინარული გამოცდილება არ თავსდება პიროვნების ადრე არსებულ სქემებში და იწვევს ფასეულობათა სისტემის მსხვერველს, ისეთი ბაზისური ფუნქციების ხელჰყოფას, რომლის საფუძველზეც პიროვნება ქმნის წარმოდგენებს საკუთარ თავზე, სამყაროზე და ამ სამყაროში თავის ადგილზე. (Weil F., Jonathan Shay).

მკვლევართა ნაწილი PTSD ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვან როლს ანიჭებს ეთნო-კულტურულ თავისებურებებს, თუმცა ეს საკითხები დღეისათვის არასაკმარისადაა შესწავლილი (J. Marsella, Matthew J. Friedman).

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გადაწყვეტილებით, PTSD განსაკუთრებული რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნება:

1. ბავშვები და მოზარდები, რომელთა მშობლებიც იქნენ მოკლულნი, ან ობლები, ან ბავშვები და მოზარდები, რომელთა მშობლებიც გაშორებულნი არიან, დანგრეული ოჯახებიდან და რომელნიც ცხოვრობენ საომარ ზონაში, ან ლტოლვილნი და იძულებით გადაადგილებულნი.
2. მარტოხელა მოხუცები, მცხოვრებნი ომის ზონაში, ლტოლვილნი, ან იძულებით ადგილნაცვალნი, რომელთაც ესაჭიროებათ სოციალური დახმარება.
3. ქალები, რომელთაც განიცადეს პირველადი გრავმატიზაცია (გაუპატიურება, წამება), ან მეორადი გრავმატიზაცია (ბავშვების ან ქმრის მოკვლა, ოჯახის სტრუქტურის დარღვევა და ცხოვრების სოციო-ეკონომიური პირობების მკვეთრი გაუარესება).
4. მამაკაცები, რომელთაც განიცადეს ომის ფსიქოლოგიური თუ ფიზიკური გრავმები (მოიცავს საკონცენტრაციო ბანაკებში ყოფნას, წამებას; აგრეთვე ლტოლვილნი და იძულებით ადგილნაცვალნი).
5. პიროვნებები შერეული ეთნიკური წარმომობით, ან მცხოვრებნი შერეულ ოჯახებში, შერეული ქორწინებებით, ეთნიკური წმენდის მსხვერპლნი.

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ დამარალებულნი შესაძლოა იყოს არამარტო "მოვლენის" უშუალო მონაწილენი. მსგავს განცდებში ერთვებიან ოჯახის წევრები, მეზობლები, მაშველნი და სხვ. (K. Cormie, J. Howell), ასევე D. Jones აზრით – სავადმყოფოებისა და პრომეექტურების თანამშრომელნიც.

ამგვარად, PTSD ეტიოლოგიაში დღეისათვის კაუზალური მნიშვნელობა ენიჭება არაორდინარულ გრავმას და ეს აშლილობა განიხილება, როგორც კანონზომიერი რეაქცია არანორმალურ სიგუაციაზე და შეიძლება განუვითარდეს ნებისმიერ ინდივიდს. მნიშვნელოვან როლს PTSD განვითარებაში თამაშობს: პიროვნების ისტორია, ფსიქიკური თუ სომატური მდგომარეობა გრავმატიზაციის მომენტში, მსოფლმხედველობა, ფასეულობები და მორალური დაყენებები გრავმამდე. ასევე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება "მოვლენის" შერწყმას სოციალურ-ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან: უძილობა, შიმშილი, წყლის ნაკლებობა, სიცივე, ენერგეტიკული პრობლემები და სხვ., რაც იწვევს პიროვნების დამცავი მექანიზმების განლევადობასა და ქმნის პათოლოგიურად შეცვლილ ნიადაგს. ეთნო-კულტურალური თავისებურებანი, გრადიციული, რელიგიური შეხედულებანი, რომელთა მსხვერველაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამა თუ იმ ეთნიკური ჯგუფისა თუ პიროვნებისათვის, ასევე გარემომყოფი სოციუმის დამოკიდებულება, საზოგადოების რეაქცია, სოციალური პირობები, მეორადი გრავმები "მოვლენის" დამთავრების შემდგომ განსაკუთრებით მოქმედებენ PTSD მიმდინარეობასა და სიმპტომთა სიმყარებზე.

დიდ სირთულეს წარმოადგენს PTSD პათოგენეზური მექანიზმების განსაზღვრა, ვინაიდან დღეისათვის არსებობს სხვადასხვა შეხედულებანი ამ

საკითხისადმი და რამდენიმე პრინციპულად განსხვავებული მიდგომა შესწავლისადმი. (. . .). აქედან გამომდინარე E. Brett განასხვავებს პათოგენეზის ფსიქოლოგიურ, ბიოლოგიურ და კომპლექსურ მოდელებს.


პათოგენეზის ფსიქოლოგიურ მოდელებს შორის განსაკუთრებით საყურადღებო და დღეისათვის აღიარებულია M. Horowitz მოდელი, იგი ეყრდნობა Z. Freud იდეებს, ასევე საკუთარ კლინიკურ თუ ექსპერიმენტულ გამოცდილებას.

Z. Freud იკვლევდა რა პირველი მსოფლიო ომის მონაწილე ჯარისკაცებს, რომელთაც აღენიშნებოდათ ღამის კოშმარებით, ივარაუდა, რომ ეს სიმშრები გამოხატავენ "ტრავმულ ხაგებს" პირველად ლოკალიზაციას, ხოლო მათი განმეორებადობა – დაცვის ინფანტილურ ფორმას, როცა უბედურების მუდმივი არაენობიერი აღდგენა მესხიერებაში იწვევს დამცავი გამოცდილების ფორმირებას. სქემატურად ეს გამოიყურება შემდეგნაირად: გარეგანი ზემოქმედება – მოგონებები – ავადმყოფური ეფექტი – დაცვა. ხოლო ამ შემთხვევებში გამოვლენილი დარღვევები მის მიერ კვალიფიცირებულ იქნა როგორც ნევროზული – "ტრავმული ნევროზი". უფრო მოგვიანებით 1939 წ., ნაშრომში "მოსე და მონოთეიზმი", Z. Freud აღნიშნავს, რომ ტრავმული ნევროზის დროს აღვილი აქვს ნეგატიურ და პოზიტიურ რეაქციებს. პირველნი, თითქოსდა განდევნიან ტრავმას დათრგუნვით, გაქცევითა და ფობიებით, ხოლო მეორენი – პირიქით, ახსენებენ მას მოგონებების, ხაგებისა და ფიქსაციების სახით. M. Horowitz რეაქციათა ამ ჯგუფებს შეესაბამება "უარყოფისა" და "განმეორებადი განცდის" სიმპტომთა ჯგუფები. გარეგანი ზემოქმედების ფაქტორი M. Horowitz განსაზღვრა, როგორც "აბსოლუტურად ახალი ინფორმაციის შემცველი "ტრავმული სტრესული მოვლენა", რომელის ინტეგრაციაც უნდა მოახდინოს პიროვნებამ წინამორბედ ცხოვრებისეულ გამოცდილებაში." მთლიანობაში M. Horowitz სქემა გამოიყურება შემდეგნაირად: ტრავმული სტრესი – უარყოფა – განმეორებითი განცდა – შეთვისება. კლინიკური დაკვირვებებისა და სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საფუძველზე M. Horowitz დაასკვნა, რომ სიმპტომურად "უარყოფა" ვლინდება ამნემიით, ყურადღების დარღვევით, ზოგადი ფსიქიკური შებოჭილობით, შენელებით, ტრავმის მომაგონებელი ნებისმიერი მოვლენიდან, ან მასთან დაკავშირებული ასოციაციებიდან გაქცევის ტენდენციით. "განმეორებადი განცდის" სიმპტომები ხასიათდება განმეორებადი აკვიატებული აზრებით, ძილის დარღვევით, ღამის კოშმარებით, "Flashbacks" დისოციაციური ეპიზოდებით, შფოთვის შეგრძნებით.

Z. Freud, M. Horowitz შეხედულებებმა განვითარება ჰპოვა E. Brett, R. Ostroff შრომებში, რომელთაც PTSD პათოგენეზური მექანიზმი წარმოადგინეს, როგორც "განდევნისა" და "განმეორებითი განცდის" ფსიქოლოგიურ მოვლენათა ურთიერთობის შედეგი. სტამბოლის პროტოკოლის სპეციალური გრენინგებისათვის მომზადებული მსოფლიო ფსიქიატრთა ასოციაციის სექციის « წამების ფსიქოლოგიური შედეგები და აღკვეთა » მასალებში აღწერილია წამების შედეგად განვითარებული სტრესული დარღვევების შემდეგი მექანიზმები :

I ეტაპი: საფრთხე: უშუალო საფრთხის დამუშავება, რაც შემდეგი მექანიზმით განისაზღვრება:



1) საფრთხე  2) შიში (რა ხდება?) 3) აქტივაცია : რეაქცია: სხეულის საფრთხის მრავალმხრივი „სისტემები“ აქტივირებულია ; 4) შეფასება (რა შეიძლება მოხდეს) ; 5) ბრძოლა, რეაგირების გიპები : თავის მომკვდარუნება“, გაშეშება , დისოციაცია, („ფანტაზიებში განსვლა“) ; 6) გადაფასება .

II ეტაპი: რეაქცია შემდგომ კონტაქტზე

1) მსგავსი სიგნალი (შეიძლება არ იყოს ვეფხვი); 2) შიში, ორიენტირებული რეაგირება, 3) აქტივაცია - ვეფხვის ბოლო შეტევის, გრაემების შესახებ მოგონება 4) ბრძოლა, თავიდან აცილების მცდელობა, „თავის მომკვდარუნება“, გაშეშება, დისოციაცია. 5) ძლიერი რეაქცია, პანიკა.

III ეტაპი: შემდგომ ცხოვრებაში გახსენებადი რეაქცია

1) ვეფხვის თავიდან აცილება, გახსენება (მსგავსი სიგუაცია): არ არსებობს საფრთხე, არამედ მსგავსი სიგუაცია; 2) აქტივაცია-ოფლიანობა, სწრაფი მაჯისცემა, დაძაბვა, გაძნელებული სუნთქვა; 3) აკვიატებული მოგონებები: ვეფხვის ბოლო შეტევის გრაემები, გკივილები, ძილში კომშარები; ძლიერი რეაქცია, პანიკა - „თავის მომკვდარუნება“, გაშეშება , დისოციაცია, შემდგომში თავის არიდება , გამოფიგვა; 4) ქრონიკული მდგომარეობა წარმოქმნის „პოსტტრაავმულ სტრესულ აშლილობას“ ან „სხვა აშლიობებს“ –არ არის ადაპტაცია

ამგვარად წამების გადატანა და მომდევნო ფსიქოლოგიური მექანიზმები შემდეგი სქემებით შეიძლება გამოისახოს:



შიში/ორიენტირებული რეაგირება

აქტივაცია
რეაქცია: სხეულის საფრთხის „სისტემები“ აქტივირებულია
შეფასება:
აღრინდელი წამების გახსენება,
მოლოდინი
გარდუეალობა
ბრძოლა
„მკედრის როლის თამაში“, გაშეშება , დისოციაცია,
უმწეობის ქრონიკული მდგომარეობა
გამოფიგვა

წამების გადაგანა: დისოცია

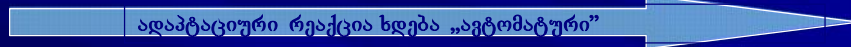
წამება

გარდუვალობა

შემდგომი ცხოვრება

გამახსენებელი:

მოგონებები, მსგავსი სიგუაციები, მრგვალი თარიღი



ადაპტაცია-მაგალითი:

დისოცია

დისოცია არის გიჟური რეაგირების ნიმუში, თუ რეალობიდან გაქცევა შეუძლებელია:

- ფანტაზიებში განსვლა
- არსებულ რეალობისგან მოწყვეტა

დისოცირებული სიმპტომები:

- ხანმოკლე ამნეზია
- წამების გარემოებების ღავიწყება,
- მესსიერების „ამოვარდნები“

©:Thomas Wenzel/ WPA, 2004

თავდაცვის ფორმებს განეკუთვნება:

აქტიური თავდაცვა

- წინააღმდეგობის გაწევა (ეს შესაძლოა სახიფათო იყოს)
- მნიშვნელობის მიცემა, პირად რელიგიურ და პოლიტიკურ რწმენაში ინტეგრირება,
- ჯგუფური მხარდაჭერა პატიმრებს შორის
- წამების ისეთი ფსიქოლოგიური შედეგების აღმოფხვრა, როგორცაა მსხვერპლის „დადანაშაულება“ ან შერცხვენა
- გამოცდილების აქტიური ასახვა და ინტეგრაცია
- თვით განსაზღვრა, როგორც წამებაგამოვლილის და არა მსხვერპლის

თავდაცვის სხვა ფორმები

- უარყოფა – („ეს არ მომხდარა. ეს მხოლოდ ჩემი ფანტაზიაა. ეს მალე დასრულდება და მე თავისუფალი ვიქნები“)
- აგრესორთან გაიგივების დაწყება ან მისი განცხადებები ან ქცევა ხშირად წარმოადგენს არაპირდაპირ რეაქციას მძევლის მდგომარეობაში და ძალიან იშვიათად შეიძლება გადაიზარდოს წამებაში* , განსაკუთრებული ფორმაა „ტრამპული კავშირი“ (ჯალათთან ემოციური ურთიერთობის დამყარება). ისინი ხშირად განმარტებულია როგორც თავდაცვის (დაცვა) სტრატეგია,

რომელმაც შეიძლება ექსტრემალურ გარემოებებში უზრუნველყოს გადარჩენა. რისკები შესაძლოა გამოვლინდეს შემდგომ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაში, როცა კონფლიქტი დასრულდება.

ალსანიშნავია, რომ თუ თავდაცვა შეწყდება გრავიმირება გახდება შესაძლო შედეგი (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

უკანასკნელი წლების ნეიროფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური გამოკვლევების შედეგები დაედო საფუძვლად PTSD ბიოლოგიური მოდელის შექმნას (Davidson J., Walker J.I., Kilts C., Mendelson G.), რომელთა მიხედვით PTSD პათოგენეზური მექანიზმი განპირობებულია ენდოკრინული სისტემის ფუნქციის დარღვევით, რაც გამოწვეულია ზებლურბლოვანი სტრესული ზემოქმედებით.

დღეისათვის უფრო მეტად პერსპექტიულად ითვლება პათოგენეზის თეორიული მოდელები, რომელნიც ითვალისწინებენ PTSD განვითარების როგორც ფსიქოლოგიურ, ასევე ბიოლოგიურ ასპექტებს. ამ პირობებს ყველაზე მეტად შეესაბამება L. Kolb, B. Green, J. Lindy, T. Miller ნეიროფსიქოლოგიური ჰიპოთეზები. კერძოდ, ვიეტნამის ომის ვეტერანებზე ჩატარებული ფსიქოფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური კვლევების შედეგების განზოგადებით, მიუთითებენ, რომ ინტენსივობითა და ხანგრძლივობით განსაკუთრებული მასტიმულირებელი ზემოქმედების შედეგად წარმოიქმნება თავის გვინის ქერქის ნეირონებში ცვლილებები, სინაფსურ გადაცემათა ბლოკირება და ნეირონთა დაღუპვაც კი. ამ დროს, უპირველეს ყოვლისა, ზიანდება გვინის ბონები, რომლებიც პასუხისმგებელია აგრესიულობასა და ძილის ციკლზე. ავტორთა კლინიკური დაკვირვებები დადასტურებული იყო ლაბორატორული დიაგნოსტიკის შედეგებით.

ამგვარად, გრავიმის განსაზღვრება წამების კონტექსტიდან გამომდინარე შემდეგია :

■ გრავიმირება არის პროცესი, როცა განსაკუთრებულ გარემოებებში წარმოქმნილი სტრესული ფაქტორები (სტრესორები) უფრო ძლიერია, ვიდრე პიროვნების ადეკვატური დამუშავების ან თავდაცვის რესურსები და საკუთარი განცდის მსოფლმხედველობაში ინტეგრაცია, რასაც შედეგად მოჰყვება პიროვნების კეთილდღეობის სისტემური ნგრევა.

გრავიმირება არ იწვევს მხოლოდ პესა (პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა)-ს, არამედ, შეიძლება გამოხატული იყოს მრავალ სხვა სიმპტომში ან აშლილობაში, რაც დამოკიდებულია პიროვნების ისტორიაზე, სტრესული რეაქციის ნიმუშებზე და დაუცველობაზე, გადაგანილი გრავიმის ტიპზე, და კულტურაზე ყველაზე ხშირად, პესა, დეპრესია, სომატოფორმული, დისოციაციური და კვებითი აშლილობები დაკავშირებულია ადრე გადაგანილ „გრავიმასთან“.

გრავიმის ტიპები შემდეგი შეიძლება იყოს:

■ ტიპი I (ა): ერთეული შემთხვევა

■ ტიპი II (ბ): განმეორებითი შემთხვევა

ტიპი III: განმეორებითი შემთხვევები. ხანგრძლივი მუქარა ან ბავშვობიდან გამოყოფილი შიში, პოზიტიური (დამცავი) ფაქტორების არარსებობა. (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

წამების ფსიქიკური შედეგების უპირატესად გამოვლენილი კლინიკური ფორმები

ცალკეულ ლიგერატურაში გამოყოფენ « წამების სინდრომს », თუმცა, წამების სინდრომი“ განისაზღვრა შედეგებთან დაკავშირებული განხილვების ადრეულ ეტაპზე, და მოიცავს ისეთ სიმტომებს, რომელთა დიდი ნაწილი შეგანილია პოსტტრავმული სტრესული აშლილობისა (პტსა) და კომპლექსური პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის განსაზღვრებებში. ეს სინდრომი ძირითადად ამოღებულია და შეცვლილია სტანდარტული დიაგნოსტიკური გერმინებით (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

მიუხედავად იმისა, რომ გამოკვლევა იწყება გამოვლენილი და აღმოჩენილი ფსიქოლოგიური რეაქციისა და სიმპტომების დონეზე, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის მიზნებისათვის, მუსტი კრიტერიუმების საფუძველზე დასმული დიაგნოზი შეიძლება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი აღმოჩნდეს.

ზოგიერთი ატიპიური ან განსაკუთრებული კულტურისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების ასევე, წამებაზე აშკარა რეაქციების ან ჯერ კიდევ გაურკვეველი სიმპტომების გამო, ასევე განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება აღწერილობას სიმტომების დონეზე ან უბრალო აღწერილობას დიაგნოსტიკური კატეგორიის განსაზღვრის გარეშე.

სტამბოლის პროტოკოლი : წამების ეფექტური გამოძიებისა და დოკუმენტირების სახელმძღვანელო, ემყარება კლასიფიკაციის ორ დიაგნოსტიკურ სისტემას, რომლებიც მსგავსია მაგრამ არ არის ერთნაირი. საჭიროა გადაწყვეტილების მიღება იმის შესახებ, თუ რომელი სისტემა უნდა იქნას გამოყენებული.

- ICD 10: დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მე-10-ე გადასინჯვა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. V (F) თავი ეხება ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დიაგნოსტიკას.
- DSM IV: დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო, გამოცემა IV (ახალი: IV TR). ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია.

შენიშვნა: DSM IV ეხება მხოლოდ ფსიქიკური დიაგნოსტიკას.

ორი სისტემა: ICD 10, DSM IV (TR)

ICD 10 თავი V

+

- ინტეგრირებულია სომატური დიაგნოსტიკის კოდეზში,
- გამოიყენება მრავალი ქვეყნის კლინიკურ პრაქტიკაში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ოფიციალური დოკუმენტი,
- ითვალისწინებს შედეგების სასარგებლო კატეგორიებს (F 62.0, პიროვნების ქრონიკული ცვლილება წამების შემდეგ),
- განსაზღვრავს პესა-ს კატეგორიებს, სახელმძღვანელოს კლინიკურ ვერსიაში*.

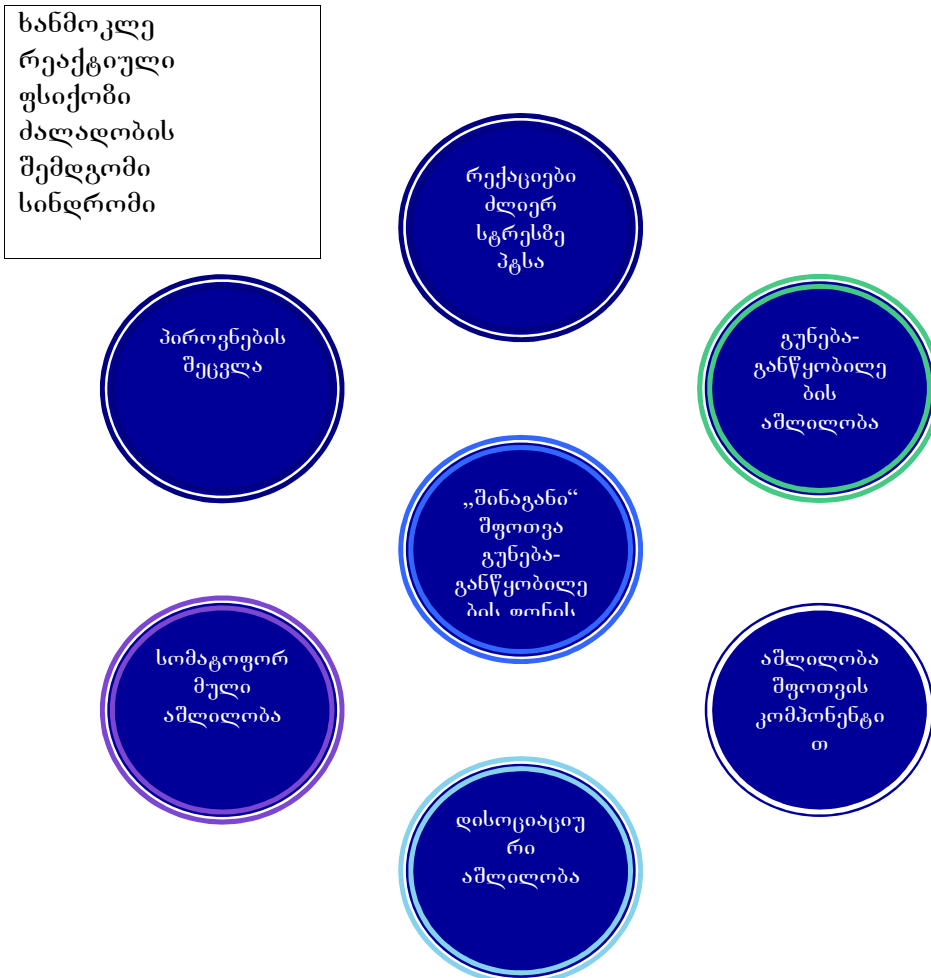
DSM IV

+

- მრავალფეროვანი გამოკვლევის მონაცემები პესა-ის შესახებ ამ სისტემაში,
- გარკვევით ოპერაციონალიზებული (ასევე, შეზღუდვა – თავდაპირველად კვლევისათვის საჭირო კრიტერიუმი – შესაძლოა ძალიან მკაცრი იყოს),
- მრავალი კვლევითი და დიაგნოსტიკური დოკუმენტები სხვადასხვა ენებზე,
- პესა DESNOES კატეგორია განხილვის პროცესშია.

ICD 10 სისტემა – თავი V

ყველაზე მნიშვნელოვანი კატეგორიები, რომელიც შეიძლება იყოს ასოცირებული წამებასთან მოცემულია შემდეგ სქემაზე:



- Z 65.4: დანაშაულის ან გერორიზმის, მათ შორის წამების მსხვერპლი,
- Z 65. 3: თავისუფლების აღკვეთა,
- Z 65.5 კატასტროფის ან ომის ზემოქმედება,
- X 85- 09: სასტიკი მოპყრობის, მათ შორის წამების სხვა შედეგები,
- S 06-ით გათვალისწინებული სხვა კოდეზი.

ყველაზე ფართოდ გავრცელებული რეაქციები ექსტრემალურ ცხოვრებისეულ მოვლენებზე: ICD 10 - ის მიხედვით შემდეგია:

(აუცილებელი არ არის, რომ ყველა გამოვლინდეს თითოეულ შემთხვევაში)

მწვავე სტრესული რეაქცია/აშლილობა ICD 10: 43.0, რამდენი საათი ან დღე მოვლენის შემდეგ

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პგსა): ICD 10: F 43.1, რამდენიმე დღის ან წლის გავლის შემდეგ.

პიროვნების შეცვლა კატასტროფის გადაგანის შემდეგ ICD 10: 62.0. 2 წელი და მეტი

წამების მწვავე პერიოდის შედეგების შესწავლა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ ძალზედ ლიმიტირებულია და ამ განცლათა შეფასება თუ ანალიზი უპირატესად ყვრდნობა ანამნეზურ და პოსტფაქტუმ მონაცემებს.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად ფსიქო – რეაბილიტაციის ცენტრი « ემპათია » მონაცემებით, ყველაზე ხშირად მწვავე პერიოდში გვხვდება ემოციურ – შოკური რეაქციები (საერთო რიცხვიდან №255 ამგვარი რეაქცია აღვნიშნებოდა 245 – 96 %), რომელსაც ხშირ შემთხვევაში თან სდევდა სუიციდური აზრები, ან პარა – სუიციდური ქმედებანი ან თვით–დაზიანების ფაქტები (56 შემთხვევაში – 21,9 %), აქვე უნდა აღვნიშნოს, რომ ფსიქიკური მოვლენებს თან სდევდა ხშირ შემთხვევაში სომატური დარღვევები, რომელიც გამოიხატებოდა: თავის გვინის გრავით, გონების დაკარგვით (146 შემთხვევა – 57,30 % საერთო რიცხვიდან 255), სხვადასხვა სახის ჰემორაგიული სინდრომი ცემის ან სხვა სახის წამების შედეგად განვითარებული (87 შემთხვევა – 34,10 %) და ტკივილით გამოწვეული გრავმული შოკის სინდრომი (128 შემთხვევაში – 50, 2 %).

ჩვენს მიერ წარმოებული კვლევების შედეგად ცხადი გახდა, რომ წამების მწვავე პერიოდში ვხვდებით აფექტურ – შოკური რეაქციების როგორც სტუპორომულ ვარიანტს, ასევე ექსპლოზიურ – აგზნებით რეაქციებს. სტუპორომული ვარიანტის დროს უპირატესად წარმოდგენილი იქნა ისეთი სიმპტომები როგორიც არის : « ფსიქიკის გაყინვა » - გაშეშება, როგორც ფსიქიკური ფუნქციების, ასევე ფიზიკური, რასაც ხშირ შემთხვევაში თან ახლდა უკიდურესი გამოფიგვისა და გაღალღის განცლა, ხშირად თანმხლები ინსომნიით; ყოველივე აღვნიშნულს ხშირად თან სდევდა ცნობიერების შევიწროებისა და დემორიენტაციის, დეპერსონალიზაციის განცლები. ამგვარ სიტუაციაში წამების მსხვერპლნი ვეღარ აღიქვამენ შექმნილ სიტუაციას, ვერ წვდებიან კარგად შეკითხვის ან საუბრის შინაარსს, შეზღუდულია მოქმედებები და თვითკონტროლის მექანიზმების ფუნქციონირება, ამ დროს იგი მექანიკურად აღვილად აწერს ხელს ყოველგვარ შემოთავაზებას, არ სწევს წინააღმდეგობას არავითარ ქმედებაზე ;

უკიდურესად შენელებულია, შეზღუდული ან არარსებულია რექციები. ამგვარ მდგომარეობას ხშირად წინ უსწრებს გემბლურბლოვანი ფიზიკური თუ ფსიქიკური გემოქმედების მომენტი, ასევე უკიდურესი უმწეობისა და სიგუაციაზე დამოკიდებულების განცდა. ამგვარი აშლილობები უპირატესად ვლინდება ქალებში, იგი ასევე ფართოდ წარმოდგენილია მოზარდებში, თუმცა საკმაოდ ხშირად გვხვდება მამაკაცებშიც.

მსხვერპლის ამგვარი « გაყინული » მდგომარეობა უმეტესწილად არასწორად აღიქმება ჯალათების მიერ და განიხილება « მდუმარე პროტესტისა და წინააღმდეგობის რეაქციად », რაც იწვევს მათ კიდევ უფრო გაღიზიანებასა და სისასტიკეს.

რეაქციის აგზნებადი ტიპი ხასიათდება ექსპლოზიური-ბრუტალური რეაქციებით, აგზნება ატარებს ქაოსურ ხასიათს. ხშირია ამ შემთხვევაში სუიციდის მცდელობა ან სუიციდი, თან სდევს ცნობიერების შევიწროება, არ ხდება სიგუაციის სწორი აღქმა, დაქვეითებულია თვითკონტროლი, მოსალოდნელია თვითდაზიანების შემთხვევები ; ფსიქოლოგიური მექანიზმი ამ დროს უპირატესად შემდეგია: აუტანელი ტანჯვა, იწვევს ფსიქიკის გემბლურბლოვან გაღიზიანებას, ამ ყველაფრიდან თავის დაღწევის ცნობიერ თუ არაცნობიერ სურვილსა და ხშირად სიგუაციის შეწყვეტის მოტივით გაუაზრებელ უკონტროლო ქმედებას, რასაც მოჰყვება სუიციდი ან თვითდაზიანება; თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად ამგვარი ქმედება სრულიად გაცნობიერებულია და მიზანმიმართულია სიგუაციის შეწყვეტაზე: წამების მსხვერპლი ამჯობინებს სიკვდილს ამგვარი ტანჯვის გაგრძელებას, ვინაიდან მისთვის სიგუაცია, ფიზიკური თუ მორალური ტკივილი გაუსაძლისი ხდება. ამგვარი რეაქცია ჩვენს მიერ უპირატესად აღწერილ იქნა მამაკაცებს შორის. რაღა თქმა უნდა, იგი ისევე, როგორც სტუპოროზული ვარიანტი ჯალათების კიდევ უფრო გასასტიკებას იწვევს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარი რეაქციები წარმოადგენს ნორმალური ადამიანის ნორმალურ რეაქციას არანორმალურ და სასტიკ მოვლენაზე და მის განვითარებაში წამებას უნდა მიენიჭოს გადაწყვეტი მნიშვნელობა.

მწვავე სტრესული რეაქცია (მწვავე სტრესული აშლილობა DSM IV სისტემაში) ხშირია სტრესის ფონზე, და არ შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც ძირითადი სამედიცინო პრობლემა, რადგან ის ჩვეულებრივ იხსნება მკურნალობის გარეშე. **DSM IV: 308.3 მწვავე სტრესული აშლილობა.**

მსრ-ის დოკუმენტირება შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს კვლევის პროცესში, არსებული სიმტკიცებისა და თავისუფლების აღკვეთის, წამების ან სხვა ფაქტორების შედეგად წარმოქმნილი დაზიანების განმარტების მიზნით, რადგან ის პირდაპირ კავშირშია სტრესის გამომწვევ შემთხვევასთან.

თავისუფლების აღკვეთისა და წამების დროს ან ცოცხალი ხნის შემდეგ, რეაქციები ვლინდება ხშირად, და თანდათან შეიძლება განვითარდეს პგსა ან სხვა ქრონიკული მდგომარეობა. პგსა შეიძლება უფრო ხშირი იყოს აღრინდელი ძლიერი სტრესული რეაქციის შემდეგ.

« სტრესზე მწვავე რეაქციის » დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები მოცემულია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე – 10 გადასინჯვის (ICD – 10) თავში F (ფსიქიატრია), კერძოდ კი **F 43 – რეაქცია მძიმე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევა.**

აღნიშნული დარღვევის კოდია F 43.0.

მწვავე რეაქცია სტრესზე – კლინიკური გამოვლინებები

« ეს არის მნიშვნელოვანი სიმძიმის ტრანზიტორული აშლილობა, რომელიც უვითარდებათ პირებს, რომელთაც არა აქვთ გამოხატული ფსიქიკური აშლილობა, პასუხად განსაკუთრებულ ფსიქიკურ ან ფსიქოლოგიურ სტრესზე და რომელიც, ჩვეულებრივ, ამოიწურება რამოდენიმე საათის ან დღის განმავლობაში. ამგვარ სტრესულ ფაქტორად შესაძლოა გვევლინებოდეს ძლიერი მაგრავმირებული გარემოება, რომელიც ემუქრება ადამიანის ან მისთვის ძვირფასი ადამიანის უსაფრთხოებას, სიცოცხლეს, ფიზიკურ მთლიანობას (მაგ. ბუნებრივი კატასტროფა, უბედური შემთხვევა, ბრძოლა, დანაშაულებრივი ქმედება, გაუპატიურება) ან უჩვეულოდ მკვეთრი და შემაშინებელი სოციალური მდგომარეობის / ან გარემოცვის ცვლილება, მაგალითად უამრავი ახლობლის დაკარგვა ან სახლში ხანძარი. აშლილობის განვითარების რისკი იზრდება ფიზიკური გამოფიტვისა და ორგანული ფაქტორების არსებობისას »

კომენტარი : როგორც ვხედავთ, ნაკლებად არის ასახული წამების ფაქტორი და მისი როლი ამ დაავადების განვითარებაში, რაც მეტყველებს კვლევათა ნაკლებობაზე.

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

უნდა იყოს განსაზღვრული და მკაფიო კავშირი დროში უჩვეულო სტრესორის ბეგავლენასა და სიმპტომთა გამოვლინებას შორის; დასაწყისი ჩვეულებრივ არ არის თანდათანობითი ან იწყება რამდენიმე წუთში. ამასთანავე სიმპტომებს:

- ა) აქვთ შერეული ხასიათი და სურათი არის ცვალებადი ; ინიცირების სტადიაზე გაბრუების სიმპტომებთან ერთად ვლინდება ღებრესია, შფოთვა, სიბრაზე, უძწეობის განცდა, ჰიპერაქტიულობა და გარიყულობა, მაგრამ არცერთი მათგანი არ პრევალირებს ხანგრძლივად.
- ბ) ამოიწურება სწრაფად (ყველაზე დიდი რამოდენიმე საათში) ინ შემთხვევებში, სადაც შესაძლებელია სტრესული ფაქტორის მოშორება. იმ შემთხვევებში, როცა სტრესი ხანგრძლივდება ან თავისი ბუნებიდან გამომდინარე არ შეიძლება შეწყდეს, სიმპტომები ლაგდება 24 – 48 საათიდან სამი დღის განმავლობაში თანდათანობით.

მოიცავს :

- ✚ კრიზისულ მდგომარეობას ;
- ✚ მწვავე კრიზისულ მდგომარეობას ;
- ✚ საბრძოლო გადაღლას ;
- ✚ ფსიქიკურ შოკს

(ICD – 10 1999)

როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც უპირატესად ხშირად გვხვდება წამების მსხვერპლთა შორის არის პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, მისი მწვავე თუ ქრონიკული ვარიანტები.

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის კლინიკა და დიაგნოსტიკა

როგორც ცნობილია, PTSD პირველად, მთელი რიგი გამოკვლევების საფუძველზე, M. Horowitz მიერ 1980 წ. იქნა შემოღებული და ამავე წელს იგი იქნა შეგანილი, როგორც ცალკე კლინიკური ფორმა ამერიკულ დიაგნოსტიკურ კლასიფიკაციაში – DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – ფსიქიკურ აშლილობათა დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო). DSM-II გამოხატული სტრესით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობები, გამოხატული სტრესული რეაქციები და ტრანზიციონული სიგუაციური დარღვევები მიეკუთვნებოდა მწვავე სიმპტომურ დისტრესს, ხოლო გახანგრძლივებული ფორმები შოთვისა და დეპრესიულ ნევროზებს. ხოლო წამყვანი როლი ამ დარღვევათა განვითარებაში განეკუთვნებოდა ფიქსაციის მოვლენასა და გენეტიკურ პრედისპოზიციას, ეკზოგენურ სტრესი კი მიჩნეული იყო, როგორც არასპეციფიური ფაქტორი, რომელიც ავლენდა, გამოააშკარავებდა და ახანგრძლივებდა ფსიქიატრიულ სიმპტომთა მიმართ დიათეზს. ფილოსოფიური, სოციალური, ფსიქოლოგიური და კლინიკური მოსაზრებებისა და კონცეფციების გათვალისწინებით, შემოღებული იქნა PTSD დიაგნოზი, რომლის განვითარებაშიც კაუზალური მნიშვნელობა ენიჭება ექსტრაორდინარულ ტრავმას, რომელიც განისაზღვრება როგორც ტრავმული სტრესული მოვალენა (Life Stress Event) და შესაძლოა განუვითარდეს ნებისმიერ ნორმალურ ადამიანს. PTSD წარმოადგენს ბუნებრივ პროცესს ადპტაციისა ექსტრაორდინარულ სტრესულ სიგუაციაში და მისი სიმპტომთა პატერნი არ არის დამოკიდებული პრემორბიდულ კონსტიტუციაზე. (M. Horowitz, Rachel Yehuda, Alexander McFarlane). James Neuman, Tomas Williams et al. აღნიშნავენ, რომ PTSD არის ბუნებრივი, შექცევადი პროცესი, ნორმალური რეაქცია არანორმალურ შემთხვევაზე ნ თვის განმავლობაში და ამ პერიოდში იგი განიხილება, როგორც მწვავე აშლილობა, ხოლო PTSD გადამრდისას ქრონიკულ პროცესში მონაწილეობს ფაქტორთა კომპლექსი და მათ შორის პრემორბიდული ფსიქოპათოლოგიური განწყობა. ტრავმული სტრესის შემსწავლელი საუნივერსიტეტო ცენტრის მიერ ეს ფაქტორები იდენტიფიცირებული იქნა "სამ ჭრილში – ტრავმული სტრესორები, პიროვნების თავისებურებანი და სოციალური და გარემომცველი ფაქტორები – რომელთა მუდმივი კომპლექსური ურთიერთობა თამაშობს გადამწყვეტ როლს აშლილობის გახანგრძლივებაში." (Lindy, Grace, Green, 1984). ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის მიერ 1980 წლიდან PTSD გახანგრძლივებული და ქრონიკული ფორმები განიხილება, როგორც "ნევროტიზაციის პროცესი". პიროვნებებში, რომელთაც არ აღენიშნებოდათ პრემორბიდულად ფსიქიკური აშლილობები და გამოხატული სტრესის შედეგად განუვითარდათ PTSD, იგი განიხილება, როგორც "რეაქტიული ნევროზი". იმ პირთა შორის, რომელთაც პრემორბიდული პიროვნული ორგანიზაცია არის ნორმალური ან მცირედ ნევროტული PTSD განიხილება, როგორც ძირითადი დიაგნოზი. James Newman "ძირითად დიაგნოზში" გულისხმობს ფსიქიკურ აშლილობას, რომელმედაც უნდა იქნას ძირითადად ფოკუსირებული მკურნალობის სტრატეგია, ასეთ შემთხვევებში PTSD ძირითად სიმპტომებად მიჩნეულია ტრავმული მოვლენის მტკივნეული მოგონებები. ხოლო იმ პირთა შორის, რომელთაც პრემორბიდულად აღენიშნებოდათ გამოხატული ნევროტული ორგანიზაცია PTSD ძირითად სიმპტომებთან ერთად აღენიშნებათ "ფიქრები ტრავმამდელ კონფლიქტებზე. PTSD ყოველთვის იწვევს ამგვარი ინტრაპერსონალური კონფლიქტების ეგზაცერბაციას,

რაც აქტუალური რჩება PTSD სიმპტომთა რელუციების შემდეგაც. ითვლება, რომ PTSD უპირატესად უვითარდებათ პიროვნებებს შესუსტებული ადაპტაციის უნარით.

იმ პირთა შორის, რომელთაც აღენიშნებათ ძირითადი დიაგნოზი PTSD, გამოყოფენ, ამ აშლილობის ორ უმთავრეს ფაქტორს: გრავმის პიროვნებისათვის აქტუალური მოვლენების აკვიატებული მკვიფნეული მოგონებანი და ხასიათობრივი ცვლილებები, რომელიც უვითარდება პიროვნებას ამ მოგონებათა გავლენით. მოგონებანი კლინიკურად გამოხატულია სხვადასხვა ფორმით; რომელთაგან უპირატესად გავრცელებულია: 1. აკვიატებული ფიქრები, რომელთა დროსაც უნებლიედ კვლავ განიცდება გრავმული მოვლენა, ან ფიქრები დაკავშირებული გრავმულ მოვლენასთან. 2. ღამის კოშმარები, რომლის დროსაც გრავმული მოვლენა ხელახლა განიცდება მკაფიოდ და დეტალურად. ღამის კოშმარები ეპიზოდების სახით განსაკუთრებით ვლინდება სტრესულ სიტუაციებში, ან როდესაც ახლოვდება გრავმული მოვლენის საიუბილეო თარიღები. ძილის დარღვევა თითქმის ყოველთვის PTSD დამახასიათებელი პატერნია, იმ შემთხვევებშიც კი, როცა არ ვლინდება ღამის კოშმარები და იგი გამოიხატება ჩაძინების გაძნელებასა და გამოღვიძებისას გამოუძინარობის შეგრძნებაში. ეს ხშირად წარმოადგენს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენების მიზეზს, "თვითმკურნალობის" მიზნით, რაც იწვევს "უკუკავშირის ეფექტს", რომლის გამოც ღამის კოშმარები ვლინდება უფრო ინტენსიურად.

აკვიატებული მოგონებები ვლინდება უფრო იშვიათად, ვიდრე ღამის კოშმარები და ძირითადად რეალურად, ნათელი ცნობიერების ფონზე, თუმცა შესაძლებელია გახანგრძლივებული დისოციაციური მდგომარეობის განვითარებაც, რომელიც ცნობილია "Flashbacks" ეპიზოდების სახელწოდებით (დისოციაციური ეპიზოდი, როდესაც გრავმული მოვლენა ან მასთან დაკავშირებული სიტუაციები თითქოს კვლავ მეორდება). ამგვარი დისოციაციური ეპიზოდები დამახასიათებელია მეტად ძლიერი გრავმატიმაციის შემთხვევაში, როდესაც გრავმულ მოვლენას წარმოადგენს მძიმე ფიზიკური გრავმა, წამება, ინცესტი და სხვა. "Flashbacks" ეპიზოდები უპირატესად უვითარდებათ ნარკოტიმაციის, ან ალკოჰოლიმაციის, ან სხვა სახის ინგოქსიკაციის ფონზე. დისოციაციის ეპიზოდების არსებობა მიუთითებს PTSD მკვეთრად გამოხატულ, მძიმე ფორმაზე.

აკვიატებულობათა სიმპტომები ასევე ვლინდება ქცევაშიც. გრავმის მსხვეპლთ აქვთ მძიმე, უსიამოვნო ემოციები, როდესაც ისინი ფიქრობენ ან გაიხსენებენ გრავმულ მოვლენას, რაც იწვევს შფოთვის მომატებას და ამიგომ დამახასიათებელია იმ სიტუაციებისგან გაქცევა, თავისარიდება, რომელნიც ახსენებენ გრავმის შესახებ. ქცევის ეს პატერნი ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის მიერ განიხილება, როგორც "კონტრ-ფობიური" (Counter Phobic) ქცევა, რომელიც ხშირ შემთხვევაში იწვევს პიროვნების განმარტოებისაკენ ტენდენციების, გარემოსაგან იზოლირებასა და თავისთავში ჩაკეცვას, ურთიერთობების პრობლემებს.

გემოთ მოყვანილი სიმპტომები დამახასიათებელია M. Horowitz მიერ მოწოდებული განმეორების ფაზისათვის (Intrusive/Repetive Phase).

უპირატესად PTSD ქრონიკული და რთული ფორმებისთვის დამახასიათებელია M. Horowitz მიხედვით განდევნის/უარყოფის (Avoidance/Denial Phase) ფაზის სიმპტომთა არსებობა, რომელიც ხასიათდება გრავმასთან დაკავშირებული, თუ მიმდინარე პრობლემების განდევნით, რაც ვლინდება დეპრესიულ ან პირიქით აგრესიულ რეაქციაში, განსაკუთრებით იმ სიტუაციებში, რომელნიც სტიმულაციას უწევენ გრავმული მოვლენის გახსენებას. ამ შემთხვევაში

პაციენტები თავს არიღებენ მკურნალობას, იმ მოტივით, რომ ამაზე საუბარი, ვერ შეცვლის ვერაფერს, და აცხადებენ, რომ მათ არ გააჩნიათ რაიმე ემოცია.

განდევნის, უარყოფისა და ემოციური "გაყინვის" (Psychic Numbing) სიმპტომები მნიშვნელოვანი და დამახასიათებელია PTSD კლინიკური სურათისათვის. ამ სიმპტომთა არსებობისას კლინიკოსტა ვარაუდით საქმე გვაქვს ხასიათობრივ ცვლილებებთან, რისთვისაც დამახასიათებელია ადაპტაციის უნარის დაქვეითება. ასეთი ხასიათობრივი ცვლილებები პრემორბიდულად არსებული პიროვნული, ხასიათობრივი დარღვევებისაგან განსხვავებით, გამოირჩევა თვითკრიტიკის მაღალი მაჩვენებლითა და დანაშაულის, თვითგვემის განცდით.

PTSD ერთერთ ცენტრალურ სიმპტომად მიჩნეულია თვითბრალდების განცდა, რაც გულისხმობს გრავმულ სიგუაციაში პიროვნების საკუთარი ქცევით, მოქმედებით უკმაყოფილებას. "მე რომ ასე მოვექცეულიყავი და ა.შ." ამგვარი თვითბრალდების "ლაქა" აღენიშნებათ იმ პირთ, რომელთაც განიცადეს ძალზე მძიმე ტრავმა, რომელნიც გახდნენ ადამიანების სიკვდილის ან დამახინჯების თვითმხილველნი. ამგვარი განცდები ფართოდ არის აღწერილი მასალებში ვიეტნამის ომის ვეტერანების შესახებ, ასევე ჰოლოკაოს მსხვერპლთა შორის და სხვა მასობრივი ტრავმატიზაციის შემთხვევებისას. თვითბრალდების, დანაშაულის განცდა უპირატესად ვლინდება შემდეგი პოსტულირებით – "მე რაგომ გადავრჩი, როცა სხვა დაიღუპა". ამგვარი განცდის არსებობა მიუთითებს დეპრესიულ სიმპტომატიკაზე. დეპრესია წარმოადგენს PTSD თანმხლებ თავისებურებას. (T. Williams).

შემდგომი სიმპტომი, რომელიც გვეხმარება დიფერენციალური დიაგნოსტიკისას, არის თვითკონტროლის დაკარგვის შიში, რაც ვლინდება მომაკვებელი გამღიზიანებლობისა და აგზნებადობის სიმპტომებში, იმპულსურ ემოციებსა და ქცევაში და იწვევს ადაპტაციის დარღვევებს, ურთიერთობების პრობლემებს, რაც უკიდურეს შემთხვევაში ვლინდება ექსპლოზიურ ხასიათობრივ ცვლილებებში, რაც შესაძლოა აგარებდეს გამუდმებული "ფეთქებადობის", ან იშვიათი ფეთქებადობის ხასიათს.

მრავალი ავტორის აზრით, PTSD არ წარმოიქმნება "ვაკუუმში", ყველა ადამიანს ახასიათებს გარკვეული პრემორბიდული პიროვნული თავისებურებანი, მაგრამ ითვლება, რომ ჯანმრთელი ავადდებიან უფრო იშვიათად, ვიდრე პრემორბიდულად ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები, ისეთი ანამნეზით, როგორც არის ალკოჰოლიზმი და ნარკოტიკების ან სხვა ნივთიერებების გამოყენება, თავის ქალას ტრავმები, პიროვნული აშლილობანი და სხვა. აქედან გამომდინარე ხშირ შემთხვევაში PTSD შერწყმულია სხვა დარღვევებთან, ალკოჰოლიზმი და ნარკომაზია, პიროვნული აშლილობანი, და სხვა ფსიქიკური აშლილობანი. ასეთ შემთხვევებში ითვლება, რომ PTSD უფრო მძიმე ხასიათისაა. (Card J.J., Domash M.D., Sparr L.F., Figley C.R., Hedlin H. et al., Horowitz M.J., Symonds M., Van Der Kolk et al.).

უნდა აღინიშნოს, რომ რიგი ავტორები PTSD კლინიკაში უპირატესობას ანიჭებენ არა "აკვიატებულ მოგონებათა", არამედ "განდევნისა და უარყოფის, ემოციური გაყინვის" სიმპტომებს და მათ მიიჩნევენ ამ აშლილობისათვის პათოგენომურად, ცენტრალურ ფენომენად. (Edna B. Foa, Davis S. Riggs, Beth S. Gershuny, 1995).

PTSD დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები პირველად 1987 წ. იქნა შეგანილი DSM-III დამატებაში DSM-III-R, ხოლო ამჟამად სრულყოფილად არის მოცემული DSM-IV, რუბრიკაში "შფოთვითი აშლილობანი, სადაც შეესაბამება კოდი – 309.81.

DSM-IV მიხედვით ეს კრიტერიუმები შემდეგია:

- A. პიროვნება განიცდის სტრესის გემოქმედებას, როცა ერთდროულად არსებობს შემდეგი ორი გარემოება: 1. პიროვნება უშუალოდ განიცდის ან მხილველი და მონაწილეა განსაკუთრებული სტრესული მოვლენისა, ეს "მოვლენა" შესაძლოა იყოს: სიკვდილი, სიცოცხლის საფრთხე, სერიოზული დაზიანება, შეურაცხყოფა, ფიზიკური განადგურების მუქარა. 2. პიროვნების საპასუხო რეაქცია მოიცავს: ინტენსიურ შიშს, უმწეობისა და საშინელების განცდას. შენიშვნა: ბავშვებში შეიძლება გამოვლინდეს დებორგანიზებული და აჟიტირებული ქცევა.
- B. მაგრავმირებელი მოვლენა მუდმივად, პერსისტენტულად განიცდება შემდეგი გზებით: 1. მომხდარის ხელმეორე და დაჟინებული განმეორება, წარმოდგენების, აზრებისა და შეგრძნებების სახით. შენიშვნა: ბავშვებში განმეორებად თამაშებში ვლინდება ტრავმის თემა და ასპექტები. 2. აკვიატებული დამთრგუნველი სიმპტომები ტრავმის შესახებ. შენიშვნა: ბავშვებში შესაძლოა იყოს გაუცნობიერებელი კომპარული სიმპტომები. 3. შეგრძნება და ქვევა, თითქოს პიროვნება კვლავ იმყოფება მაგრავმირებელ სიტუაციაში (გაცოცხლებული წარმოდგენები, ილუზიები, ჰალუსინაციები, "Flashbacks" ეპიზოდები). შენიშვნა: ბავშვები თამაშში აღადგენენ მაგრავმირებელ სიტუაციას. 4. ინტენსიური ფსიქოლოგიური განცდა იმ შინაგან ან გარეგან მიზეზებზე, რომლებიც ახსენებენ, ან სიმბოლურად გამოხატავენ ტრავმას. 5. ინტენსიური ფსიქოლოგიური რეაქცია იმ შინაგან ან გარეგან გამღიზიანებლებზე, რომლებიც ახსენებენ, ან სიმბოლურად გამოხატავენ ტრავმას.
- C. ტრავმასთან ასოცირებულ სტიმულთაგან მუდმივი გაქცევა და განურჩევლობა გარშემო მომდინარე მოვლენებისადმი, რაც პიროვნებას ტრავმამდე არ აღენიშნებოდა. ეს შესაძლოა გამოვლინდეს შემდეგი სამი /ან მეტი/ სახით: 1. ტრავმასთან დაკავშირებული აზრების, განცდებისა ან საუბრისაგან გაქცევის მცდელობა. 2. იმ საქმიანობისაგან, ადგილებისა და ადამიანებისგან თავის არიდება, რომელნიც იწვევს მოგონებებს ტრავმის შესახებ. 3. ტრავმის უმნიშვნელოვანესი ასპექტების აღდგენის შეუძლებლობა. 4. მნიშვნელოვან საქმიანობაში მონაწილეობის, ან ინტერესთა გამოხატული შესუსტება. 5. გაუცხოებისა და სხვებისაგან განმარტოების შეგრძნება. 6. აფექტების შეზღუდვა (სიყვარულის გრძნობის განცდის შეუძლებლობა). 7. მომავლის უპერსპექტივობის განცდა (ფიქრები, რომ არ ეყოლება ოჯახი, შვილები, არ ექნება კარიერა ან ნორმალური ადამიანური ცხოვრება).
- D. გამოვლიძების პერსისტენტული სიმპტომები, რომელიც არ აღინიშნებოდა ტრავმამდე, რაც ვლინდება შემდეგი ორი ან მეტი ნიშნით: 1. ჩაძინების გაძნელება ან ძილის დაღვევა. 2. გამღიზიანებლობა ან განრისხება. 3. კონცენტრაციის გაძნელება. 4. სიფხიმლის მომატება. 5. მომატებული შიშის გრძნობა.
- E. B, C, D კრიტერიუმთა სიმპტომების ხანგრძლივობა უნდა აღემატებოდეს 1 თვეს.
- F. აღევაება იწვევს კლინიკურად მნიშვნელოვან მდგომარეობას ან სოციალური და ადაპტაციური მექანიზმების მოშლას, ან ფუნქციონირების სხვა მნიშვნელოვანი მხარეების მოშლას.

DSM-IV მიხედვით, PTSD მიმდინარეობის მიხედვით, გამოყოფილია მწვავე, ქრონიკული და დაგვიანებული ფორმები. მწვავე – დიაგნოსტირდება, თუ სიმპტომები აღინიშნება არაუმეტეს 3 თვისა. ქრონიკული – თუ სიმპტომები გრძელდება 3 თვეზე მეტხანს. დაგვიანებული: თუ სტრესულ მოვლენასა და სიმპტომების გამოვლენას შორის გასულია არა ნაკლებ 6 თვისა.

1991 წლიდან PTSD დიაგნოზი შეტანილ იქნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვაში (ICD-10 /International Classification of disease - 10 Revision/), რუბრიკაში რეაქცია **გამოხატულ სტრესზე და ადაპტაციური აშლილობანი და შეესაბამება კოდი – F 43.1., მოიცავს გრავმულ ნევროზს.**

ICD-10 მიხედვით PTSD წარმოადგენს დაგვიანებულ, გახანგრძლივებულ რეაქციას, გამოწვეულს მხოლოდ და მხოლოდ სიცოცხლისათვის საშიში სტრესული მოვლენებითა და სიტუაციებით, რომელთაც შესაძლოა გამოიწვიონ ზოგადი დისტრესი ნებისმიერ ადამიანში.

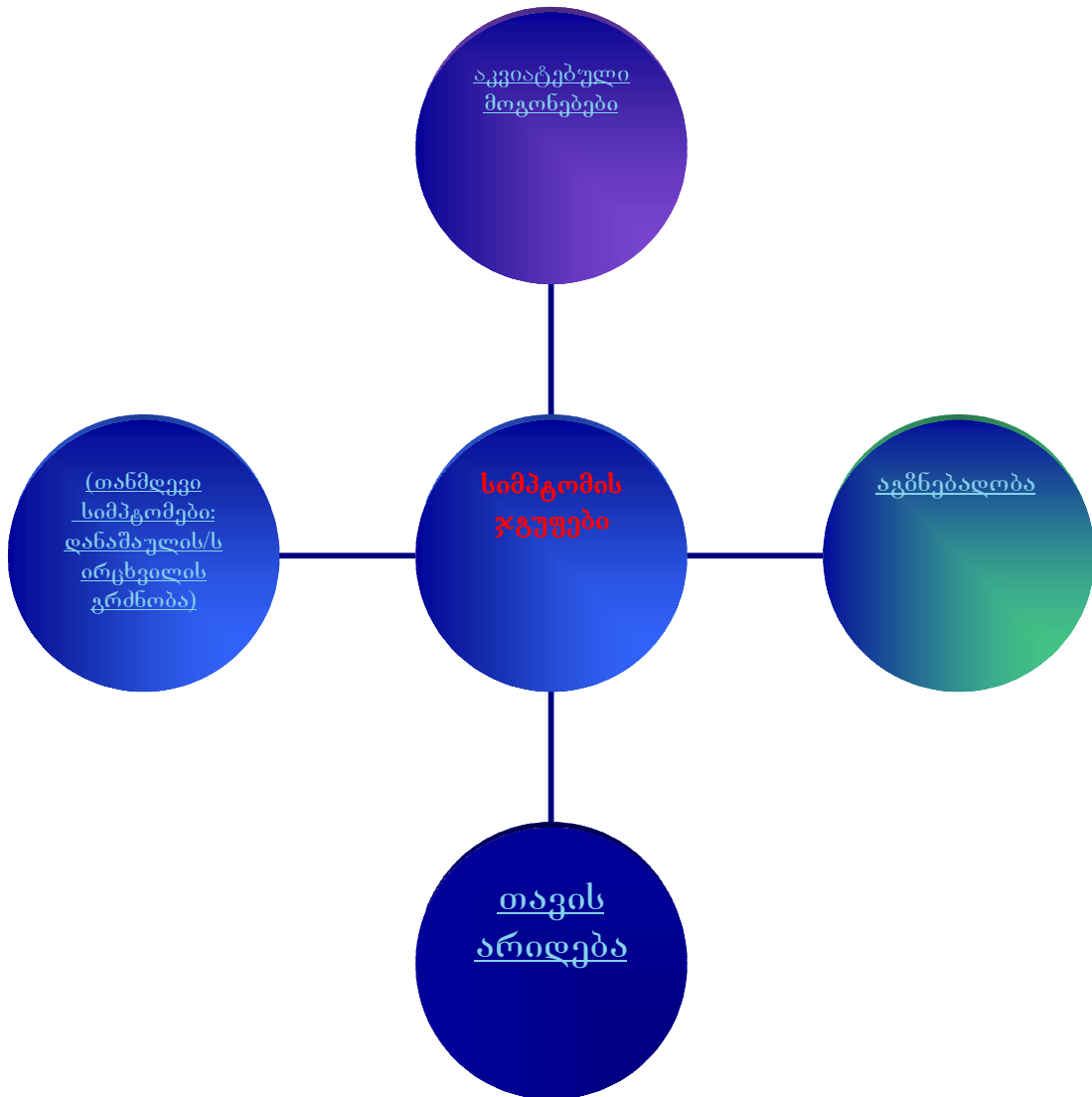
ICD-10 მიხედვით ტიპურ, პათოგნომურ სიმპტომებად მიჩნეულია გრავმის განმეორებადი განცდის სიმპტომები, ხოლო "განდევნის" სიმპტომები არ არის მიჩნეული დიაგნოსტიკისათვის აუცილებლად, ასევე ვეგეტატიური დარღვევები, ემოციური აშლილობანი და ქცევის დარღვევები შესაძლოა არსებობდეს, მაგრამ არ ითვლება პირველხარისხიანად დიაგნოსტიკისას. ლაგენგური პერიოდი შესაძლოა არსებობდეს რამდენიმე კვირიდან 6 თვემდე, თუმცა შესაძლებელია PTSD დიაგნოსტიკის მოგვიანებითაც, თუ საქმე გვაქვს ტიპურ ნიშნებთან. წინასწარგანწყობის ფაქტორებად მიჩნეულია პიროვნული თავისებურებანი, კერძოდ კი კომპულსური და ასთენიური, ასევე ნევროლოგიური დარღვევები, თუმცა არ ითვლება დიაგნოზის განვითარების აუცილებელ პირობად.

ICD 10: F43.1 - PTSD

- ვლინდება, როგორც მოგვიანებითი და/ან გახანგრძლივებული რეაქცია სტრესის გამომწვევ, განსაკუთრებით საშიშ ან კატასტროფულ მოვლენაზე ან სიტუაციაზე (მოკლე ან ხანგრძლივი), რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს სულიერი ტანჯვა თითქმის ყველა ადამიანში (მაგ. სტიქიური ან ანტროპოგენური კატასტროფა, ბრძოლა, სერიოზული ავარია, სხვების ძალადობრივი სიკვდილის მოწმედ ყოფნა, ან წამების, ტერორიზმის, გაუპატიურების ან სხვა დროს მსხვერპლად ყოფნა).
- წინასწარ განსაზღვრულმა ფაქტორებმა, როგორცაა პიროვნების ხასიათის თავისებები (მაგ. ავადმყოფური მიდრეკილების მქონე, სუსტი ადამიანი) ან ფსიქო-ნერვული ავადმყოფობის პრე-ისტორია, შეიძლება შეამცირონ სინდრომის განვითარების შესაძლებლობა ან გაართულონ მისი მიმდინარეობა, მაგრამ ეს ფაქტორები არც აუცილებელია და არც საკმარისი აღნიშნული სინდრომის წარმოქმნის მიზეზის ასახსნელად.
- ტიპური სიმპტომები მოიცავს აკვიატებულ მოგონებებში („წარსულის გახსენება“) ან სიზმრებში გრავმის განმეორებით გაცოცხლების ეპიზოდებს, რომლებიც ვლინდება, როგორც: „გაშეშების“ გრძნობა და ემოციური დაჩლუნგება, სხვა ადამიანებისაგან გარიყვა, გარემოში რეაგირების არქონა, ანჰედონია, და გრავმის გამახსენებელი მოქმედებებისა და სიტუაციებისგან თავის არიდება. ჩვეულებრივ არსებობს შიში და ხდება თავის არიდება ისეთი ფაქტორებისგან, რომლებიც წამების მსხვერპლს თავდაპირველ გრავმას აგონებს. იშვითად, შეიძლება ძლიერად იფეთქოს შიშმა, პანიკამ ან აგრესიამ, რომელიც ინიცირებულია გრავმის ან მასზე თავდაპირველი რეაქციის უეცარი მოგონების და/ან განმეორების გამომწვევი სტიმულით.
- ჩვეულებრივ არსებობს ჰიპერაგზნებალობის მდგომარეობა, რომელიც გამოხატულია ზედმეტი სიფხიბლით, შიშის რეაქციის მომატებული დონით და უძილობით. შფოთვა და დეპრესია ჩვეულებრივ დაკავშირებულია

გემოაღნიშნულ სიმპტომებთან და ნიშნებთან, და მსხვერპლი ხშირად ფიქრობს თვითმკვლელობაზე. ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების დიდი რაოდენობით მოხმარება შეიძლება საკმაოდ რთული ფაქტორი იყოს.

კოსტრუქციული სტრესული აშლილობის ძირითადი სიმპტომო კომპლექსები



პოსტგრაფული სტრესული აშლილობა

DSM IV 309.81

- ძლიერი სიმპტომები აღინიშნება 3 თვეზე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში.
- ქრონიკული სიმპტომები აღინიშნება 3 თვის ან მეტი პერიოდის განმავლობაში.
- მიუთითეთ, თუ:
- სიმპტომები ელინდება მოგვიანებით. სიმპტომები არ გამოვლენილა შემთხვევის დღიდან მინიმუმ 6 თვის შემდეგ.

ICD 10 F 43. 1

- სიმპტომების მოგვიანებით გამოვლენა.

©:Thomas Wenzel/ WPA, 2004

აღსანიშნავია, რომ პოსტგრაფული სტრესული აშლილობის არსებობისას, გრავმის გახსენება შეიძლება მოხდეს ფრაგმენტულად ან ფოტოგრაფიული სიზუსტით. მეხსიერების მხრივ პრობლემები შეიძლება დაკავშირებულ იქნას დისოციაციური სიმპტომების არსებობასთან: ამნეზია, რასაც მოჰყვება ფრაგმენტული მეხსიერება, კონცენცრაციასთან დაკავშირებული სირთულეები და სხვა.

გრავმის სრულყოფილი გახსენებისას უპირატესად წარმოდგენილია: აკვიატებული მოგონებები, წარსულის გახსენება, ღამის კოშმარები, აკვიატებული ფიქრები, ფიზიკურ გრავმასთან ასოცირებული ტკივილი და სხვა.

პგსა-ს დამახასიათებელი სიმპტომები უფრო დეტალურად შემდეგია:

- **აკვიატება (აკვიატებული მოგონებები)**, განმეორებითი განცდა, მოგონებები ბრუნდება ძალაუნებურად, ან ფიქრები გრიალებს მეხსიერებაში. აკვიატებული მოგონებები შეიძლება ინიცირებული იყოს აშკარა სტიმულით, ან შეიძლება წარმოიქმნას დამახასიათებელი მიზეზების გარეშე. ძლიერ (არასასურველი) აკვიატებულ მოგონებებს ეწოდება „წარსულში დაბრუნება“. ეს შეიძლება იყოს შემთხვევის ისეთი ელემენტების გახსენება - როგორცაა: ხმები, გამოსახულებები – ან ის შეიძლება ისეთი ძლიერი იყოს, რომ პაციენტი „ჩამორჩეს დროს“ და დროში ან სივრცეში დებორინგირებული იყოს.

აღნიშნულ სიმპტომებს ხშირად შეიძლება თან სდევდეს შფოთვის ძლიერი ფიზიკური ნიშნები, მათ შორის გაშეშება, ტაქიკარდია, სუნთქვის გახშირება, გახშირებული გულისცემა, და ისინი შეიძლება გამოვლინდეს ფსიქოფიზიოლოგიურ განზომილებებში (SPEC, ენერგეტიკულ-სპეგრაული ECG).

რუმინესცენცია ან შემთხვევის შესახებ ზედმეტი ფიქრი შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც აკვიატება.

ასევე ღამის კომპარები, რაც საკმაოდ ხშირია, შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც აკვიატების ფორმა. ისინი შეიძლება მოიცავდეს კონკრეტულ მოგონებებს მომხდარის შესახებ და სტრესის, შიშის ან - ხშირად - ღენის ზოგად წარმოდგენებს.

აკვიატებულობათა ინიცირებას შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა ფორმა, როგორცაა ხმაური, ხმის ტონი, ვიზუალური დაკვირვება (ჯოხები, სკამები), ან სიგუაცია (ლოდინი, კითხვის დასმა = დაკითხვა), სიგყვები (მოკლული მეგობრის სახელი).

■ თავის არიდება

ხშირად ხდება თავის არიდება მოგონებების, ციხეში გაგარებული ღროის შესახებ საუბრის, წამების ან ღენის სხვა აქტების მომაგონებელი საგნების, სიგუაციების ან ადგილებისაგან. გადარჩენილი ადამიანები ცდილობენ თავი გაერთონ საქმიანობით და მუშაობით, თუმცა კონცენცრაცია შეიძლება დაირღვეს დისოციაციით ან აკვიატებული მოგონებების გაფანტვის მცდელობით. გარიყულობა, რაც ასევე ნიშანდობლივია მსხვერპლისათვის, შეიძლება გამოვლინდეს მომავლის უპერსპექტივობისა და სოციალური იზოლაციის გრძნობით.

საკუთარი თავის რწმენის დაკარგვა, დაქვეითებული თვითშეფასება და საკუთარი თავის პატივისცემა

- წამებაგადაგანულ და გადარჩენილ ადამიანებს, ხშირად აწუხებთ უმოძველობის შეგრძნება, ისინი აღარ აწყობენ გეგმებს, არ აქვთ პოზიტიური მოვლენებისა და პირადი წარმატების იმედი.
- წამებაგამოვლილი და გადარჩენილი ადამიანის ქმედებანი თვითდაჯერებულობას მოკლებულია, მისი პოლიტიკური საქმიანობა შეზღუდულია, საკუთარი თავის პატივისცემის დაქვეითება აისახება მის გრძნობებსა და ქცევაში, ზოგიერთ შემთხვევაში ეს „გულისხმობს“ თავდაცვითი ან აგრესიული სახის ურთიერთქმედებას. ის თავს არიდებს დახმარებას, მას შესაძლია ჰქონდეს ისეთი გრძნობა, რომ მას არ ეხმარებიან ან ყურადღებას არ აქცევენ.
- შენიშვნა: საკუთარი თავის პატივისცემის დაქვეითება და გარიყულობა შეიძლება აისახებოდეს მრავალი ფაქტორებით, როგორცაა: სირცხვილი, წამებაგამოვლილი და გადარჩენილი ადამიანის დანაშაულის გრძნობა, ღეპრესია, და ეს ფაქტორები ხშირად წამების მიზანს წარმოადგენს. თუ აღნიშნული სიმპტომები მუდმივ ხასიათს აგარებს (და მკურნალობას არ ექვემდებარება?) შეიძლება დაისვას 62.0 დიაგნოზი.

■ ძილის დარღვევა

ძილის დარღვევა ხშირია წამებაგამოვლილ და გადარჩენილ ადამიანებში. ასევე ხშირია ღამის კომპარები, რომლებიც წამების შემთხვევებს ან ზოგადად საფრთხეს ეხება.

დარღვეული III და IV REM ფაზები, ძილის შეფერხება და დარღვეული ძილის „სტრუქტურის“ და ხარისხის სხვა ასპექტები გიპიურია. ცვლილებები შეიძლება მუდმივი იყოს.

ძილის დარღვევა აძლიერებს ან იწვევს გადაღლილობის შეგრძნებას მთელი ღლის განმავლობაში, უძწეობის გრძნობას, მესხიერების დაქვეითებას და სხვა სიმპტომებს.

ძილის დარღვევის გამომწვევი ფაქტორები:

- დაავადების თანმხლები დეპრესია,
- ნევროლოგიური (ფიზიკური) ცვლილებები ქრონიკულ პესა-ში,
- შეძენილი რეაგირება („ძილი სახიფათოა“),
- წარსულში დაბრუნების, ღამის კომპარებისა და ძილის დროს კონტროლის დაკარგვის შიში.
- მოგონებებიდან რაიმე საქმიანობაზე ყურადღების გადატანის უნარის დაკარგვა, რაც შეიძლება დაეხმაროს ღლის განმავლობაში.

■ ბედმეტი სიფხიმლე

ბედმეტი სიფხიმლე და ჰიპერაგზნებადობა წარმოადგენს მუდმივ „შფოთვას საფრთხის გამო“, რომელიც მიუთითებს უშუალო საფრთხეში ყოფნისას გამოვლენილ მუდმივი განგაშის რეაქციაზე. ამან შეიძლება გამოიწვიოს ძილის დარღვევა, შფოთვის ქრონიკული ფიზიკური სიმტომების გამოვლენა, გადამეტებული შიშის და შფოთვის რეაქცია ისეთ სტიმულებზე, როგორცაა ხმაური, და გაღიზიანებადობა, რაც წარმოქმნის ოჯახურ კონფლიქტებს ან სხვა სოციალურ შედეგებს.

აგზნებადობა

- შეკავებადი მრისხანება და შიში, რომელიც გულდასმით არის დაფარული წამებისგან გაღარჩენის მიზნით.
- შესაძლო თავის ტვინის ტრავმის მახვენებელი,
- გაღიზიანებადობა, როგორც გადამეტებული აგზნებადობის ნაწილი პესა-ის არსებობისას.

წამებაგამოვლილი და გაღარჩენილი აღამიანის დანაშაულის გრძნობა

- დანაშაულისა და სირცხვილის გრძნობა წარმოადგენს სასტიკი მოპყრობის ან წამების ხშირ და პარადოქსულ შედეგს. მაშინ, როცა ჯალათს უნდა ჰქონდეს დანაშაულის გრძნობა, ამგვარი გრძნობა „ეუფლება“ მსხვერპლს.
- იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მოცემულ სიტუაციაში მას შეეძლო საფრთხეში ჩაეგლო თავი ან თუ არ შეეძლო ემოქმედა საკუთარი სურვილისამებრ, დანაშაულის გრძნობა გადაჭარბებული ხდება იმასთან შედარებით, რაც რეალურად მოხდა და ქრონიკულ სახეს იღებს, და ეს იწვევს დეპრესიას, სიმპტომების მომატებას და წარსულში დაბრუნებას, საკუთარ თავზე

წარმოდგენის დაკარგვას, საკუთარი თავის რწმენის დაკარგვას და დახმარებისა და მკურნალობისაგან თავის არიდებას.

- გამოკითხვის პროცესში წამებაგამოვლილი ადამიანის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია შეიძლება არასრული ან ურთიერთსაწინააღმდეგო იყოს, ხოლო მისი ქცევა შეიძლება გულჩათხრობილი, ცვალებადი ან თავდაცვითი იყოს.

რიგი ავტორების აზრით, PTSD დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებში არ არის წარმოდგენილი ფსიქოსომატური კომპონენტები, რაც ითვლება ერთ-ერთ დამახასიათებელ ფენომენად განსაკუთრებული გრავით გამოწვეული დარღვევებისათვის, ისეთები როგორც არის ასთმა, კუჭ-ნაწლავის და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია და სხვა. (Jacob D. Lindy, Bonnie L. Green, Mary Grace).

PTSD ეთნო-კულტურალური ასპექტები არასრულყოფილად არის შესწავლილი, თუმცა არსებული ეთნო-კულტურალური კვლევების საფუძველზე გამოვლენილ იქნა გრავის განმეორებადობა, მაგალითად მრავალჯერადი სექსუალური ძალადობა ბავშვებზე, ევრო-ამერიკულ კულტურაშიც კი, ცემა კორეელ დიასახლისებში და სხვა, რის საფუძველზეც შემოღებულ იქნა "Complex PTSD" ცნება. (Antony J. Marsella, Matthew J. Friedman).

ეთნიკურ წმენდა გადაგანილ ბოსნიელ ლტოლვილებზე ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად, ავტორთა ნაწილის აზრით, ომის დროს აღვილი აქვს მრავალჯერად გრავმაგიზაციას, რაც ხშირად ხდება მიზეზი მრავალფეროვანი აშლილობებისა, რომელიც სცილდება PTSD საზღვრებს, რის გამოც შემოღებული იქნა ცნება "გრავმული სტრესული აშლილობა" (TSD /Traumatic Stress Disorder/), რასაც განეკუთვნება 1. მედიკამენტების, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის გამოყენება. 2. ალკოჰოლიზმის, ნარკომანიისა და გოქსიკომანიის განვითარება. 3. ექსპლოზიურ რეაქციები გრავის მსგავს, ან სიგუაციის სიმბოლურად გამახსენებელ უმნიშვნელო სტიმულზე, რომელიც ამნეზირდება პიროვნების მიერ. 4. ექსპლოზიური რეაქციები კომბინირებული ალკოჰოლის, ან ნარკოტიკების ხმარებასთან, რაც იწვევს სუიციდურ ან ასოციალურ ქმედებებს ან კრიმინალურ ძალადობას ოჯახის ან საზოგადოების წევრებზე. 5. სხვა შემთხვევაში TSD იწვევს ქრ. ინვალიდიზაციას ფსიქიკური აშლილობებით. 6. ფსიქო-სომატური სიმპტომები და დაავადებანი. 7. რეაქტიული ფსიქოზური ქმედება. 8. გრავის გრანსმისია თაობებში. TSD დროს PTSD სიმპტომები ხშირად თან ერწყმის ისეთ აშლილობებს, როგორცაა დეპრესია, დისოციაციური ფენომენი, პიროვნების შეცვლა, დესტრუქციული ქმედებანი, სხვადასხვა უსიამოვნო შეგრძნებები, აგზნებადობა და დისფორიულობა აგრესიულ ფანტაზიებთან კომბინაციაში. (Steven M. Weine, Daniel F. Becker et al.)

მიწიძვრების შედეგებისა და ჩერნობილის ავარიის შედეგებზე დაკვირვების საფუძველზე აღწერს სოციალურ-სტრესულ დარღვევებს და PTSD აგვიური ფორმებს, რომელთათვისაც არ არის ნიშანდობლივი თვალსაჩინო "განმეორებადი განცდის" სიმპტომთა არსებობა.

სომხეთის მიწისძვრის (1988 წ.) და ბაშკირეთში გამსაღენზე ავარიის (1989წ.) შედეგად დაზარალებულთა დაკვირვებების შედეგად . . . და . . . მიერ პოსტ-სტრესული დარღვევები კვალიფიცირებულ იყო, როგორც "პანიკურ-დეპრესიული აშლილობანი".

ავღანეთის ომის ვეტერანებზე ჩატარებული დაკვირვებების შედეგად . . . ასკენიან, რომ ომის ვეტერანთა შორის უპირატესად დამახასიათებელია პიროვნული აშლილობანი.

ამგვარად, ღღეისათვის PTSD კლინიკასთან და დიაგნოსტიკის საკითხებთან დაკავშირებით არ არსებობას ერთიანი მიდგომა. H. Glover აზრით, PTSD კლინიკასთან დაკავშირებული ფართო სპექტრის პრობლემების ანალიზი მიუთითებს იმაზე, რომ PTSD ან წარმოადგენს აშლილობას პოლიმორფული კლინიკური გამოვლინებებით, ან უნდა ვივარაუდოთ, რომ არსებობს ამ აშლილობის სხვადასხვა ტიპები.

უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შემთხვევებში, ხშირად პოსტტრავმული სტრესული დაავადების სიმპტომები შერწყმულია სხვა აშლილობებთან, ისეთი როგორც არის ფობიკური სინდრომი თავისი სხვადასხვა ფორმითა და გამოვლინებებით, განსაკუთრებით ამგვარი ფობიები ასოცირებული წამების სიგუაციებთან, მაგალითად ვითარდება კლაუსტროფობია, სიბნელის შიში, მარტო ყოფნის შიში და ა. შ.;

ამგვარად დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგ საკითხებზე ყურადღების გამახვილება : -

- **დაავადებათა შეთანაწყობა** – განსაკუთრებით მაღალია დეპრესიული აშლილობისა და შფოთვის კომპონენტით გამოხატული აშლილობის შეთავსების მაჩვენებელი.
- ასევე ხშირია სიმპტომების ნაწილობრივი დამთხვევა (განსაკუთრებით, პგსა, შფოთვის კომპონენტით გამოხატული აშლილობები – დეპრესია – ძალადობის შემდგომი სინდრომი (ძმს)).
- **ორმაგი დიაგნოზი** დეპრესიას, პგსა-სა და ძმს-ს შორის აღეკვამურია იმ შემთხვევაში, თუ კრიტერიუმები დაკმაყოფილებულია.
- ზოგიერთი პგსა სიმპტომი შეიძლება ხშირად სპეციფიკურად უკავშირდებოდეს წამების კონკრეტულ შემთხვევებს ან ძალადობის სხვა აქტებს.
- მაგალითი: იარაღის სროლის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა იწვევს წარსულის გახსენებისა და ინტენსიურ ფსიქოფიზიოლოგიურ რეაქციას. გადარჩენილ პიროვნებას ესროლეს ფეხში, როდესაც ის გაქცევას ცდილობდა და ამის შემდეგ სასტიკად აწამეს.
- შესაძლებელია, რომ ზოგიერთი პგსა სიმპტომი შეიძლება უფრო ხშირი იყოს წამების სპეციფიკური ფორმების შემდეგ, მაგრამ ამ ეგაპზე საკმარისი მონაცემები არ არსებობს. *1.

პგსა-ს დიაგნოზის არარსებობა არ ნიშნავს იმას, რომ პაციენტი არ არის გრავირებული.

კომპლექსური პგსა/PTSD

კომპლექსური პგსა / PTSD S (ძლიერი სტრესული აშლილობები, რომლებიც სხვაგვარად არ არის კლასიფიცირებული) წარმოადგენს ისეთ კონცეფციებს, რომლებიც შემოღებულ იქნა ძლიერ სტრესგამოვლილ ადამიანებში ხშირად გამოვლენილი იმ სიმპტომების უკეთესად ასახვის მიზნით, რომლებიც აღეკვამურად არ არის შეგანილი ICD10 და პგსა-ს კონცეფციებში.

ისინი მოიხსენიება, როგორც თანმხლები სიმპტომები სრულ DSM IV სახელმძღვანელოში; ზოგიერთი სიმპტომი შედის ICD 10 F 62.0 კატეგორიაში.

ორივე კატეგორია მსგავსია, მაგრამ დეტალები განსხვავებულია. ყველაზე გავრცელებული სიმპტომებია:

- სირცხვილის გრძნობა
- დანაშაულის გრძნობა
- სომატიზაციის ტენდენციები

სხვა გამოვლენილი სიმპტომები და ქცევის ცვლილებები

- მომატებული რისკის ძებნა (იშვიათად),
- ქცევა, რომელიც პოტენციურად საზიანოა წამებაგამოვლილი და სხვა ადამიანებისათვის,
- საზოგადოებისათვის დამახასიათებელი რეაქციები ან „სიმპტომები“.

მაშინაც კი თუ აღნიშნული სიმპტომები არ წარმოადგენს სპეციფიკური ICD 10/DSM IV კატეგორიის ნაწილს, ისინი შეიძლება იყოს კვლევის შედეგების ნაწილი, თუ ისინი აღინიშნება წამების შემდეგ.

DSM-IV განსხვავებით, ICD-10 მიხედვით ითვლება, რომ სხვა სიმპტომებთან ერთად ყოველთვის გვხვდება შფოთვა და დეპრესია, მოსალოდნელია სუიციდალური იდეაციების არსებობა, გამოყოფილია ვეგეტატიური კომპონენტიც, თუმცა არ არის მოჩვენური პათოგნომურად. ამ ორ კლასიფიკაციას შორის განსხვავება არის ასევე მიმდინარეობის საკითხებში. არ არის გამოყოფილი მწვავე და ლაგვიანებული ფორმები, ხოლო ქრონიკული ფორმა არის ღროში შემოფარგლული და შემოგანილია შორეული შედეგების ცნება. კერძოდ "პიროვნების დამცარიელებელი სტრესის შორეული ქრონიკული შედეგები, ანუ ისინი, რომელნიც მანიფესტირდებიან სტრესული ბემოქმედებიდან ათწლეულების შემდეგ, უნდა განისაზღვროს F 62.0.

F 62.0. წარმოადგენს ახალ დიაგნოზს, რომელიც განისაზღვრება, როგორც "პიროვნების ქრონიკული ცვლილებები კატასტროფის გადაგანის შემდეგ". ეს დარღვევა ვითარდება იმ შემთხვევებში, როცა სტრესი იმდენად ღრმა არის, რომ არ საჭიროებს პიროვნული თავისებურებების გათვალისწინებას. ამგვარ სტრესებს მიეკუთვნება საკონცენტრაციო ბანაკში ყოფნა, წამება, სტიქიური უბედურება, სიცოცხლისათვის საშიშ გარემოებაში ხანგრძლივად ყოფნა (მაგ. მძევალი, ტყვეობა). და ითვლება, რომ ეს აშლილობა შესაძლოა განვითარდეს PTSD მანიფესტირებული, შუალედური ფაზის გარეშე. მისთვის პათოგნომურად არის მიჩნეული შემდეგი კრიტერიუმები, რომლებიც პიროვნებას მანამდე არ აღენიშნებოდა: 1. სამყაროსადმი მგრული დამოკიდებულება, უნდობლობა. 2. სოციალური გამიჯვნა. 3. უიმედობისა და სიცარიელის შეგრძნება. 4. გამუდმებული მღელვარების, თოთქოსდა გამუდმებული საფრთხის, "უფსკრულის პირას არსებობის" ქრონიკული განცდა. 5. გაუცხოების განცდა.

ICD 10: F 62.0. პიროვნების ქრონიკული ცვლილება კატასტროფის გადაგანის შემდეგ

„პიროვნების ამგვარ ცვლილებას, რასაც მინიმუმ ორი წელი ჭირდება, შეიძლება მოჰყვეს კატასტროფულ სტრესს. სტრესი იმდენად ძლიერი უნდა იყოს, რომ საჭირო აღარ გახდეს პიროვნების დაცულობის დონის განსაზღვრა, პიროვნებაზე მისი ძლიერი ბემოქმედების შედეგის განმარტების მიზნით. ამგვარი აშლილობისათვის

დამახასიათებელია მგრული ან უნდობელი დამოკიდებულება სამყაროს მიმართ, სოციალური თვითიმოლაცია, სიცარიელის ან უიმედობის გრძობა, „გალიზიანებულად ყოფნის“ ქრონიკული შეგრძნება, თითქოს მუდმივად საფრთხეშია ან იზოლირებულია..

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (43.1) შეიძლება წინ უსწრებდეს პიროვნების შეცვლის ამ გიჟს. . .

გამონაკლისი: პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (43.1)”

ადაპტაციასთან დაკავშირებული პრობლემები:

ICD 10: დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები: 43.2 შეგუებასთან დაკავშირებული პრობლემები

■ სიმპტომები ჩვეულებრივ ვლინდება სტრესული შემთხვევის ან ცხოვრების შეცვლის დღიდან 1 თვის განმავლობაში, და სიმპტომების ხანგრძლივობა ჩვეულებრივ 6 თვეს არ აღემატება, თუ არ ჩავთვლით ხანგრძლივი დეპრესიული რეაქციის შემთხვევას. თუ სიმპტომების ხანგრძლივობა აღნიშნულ პერიოდს აღემატება, დიაგნოზი უნდა შეიცვალოს არსებული კლინიკური სურათის შესაბამისად, და ნებისმიერი ხანგრძლივი სტრესი შეიძლება კოდირებულ იქნას ICD-10-ის XXI თავში წარმოდგენილი ერთი-ერთი ძ კოდის მეშვეობით.

■ სამედიცინო და ფსიქიატრიულ სამსახურებთან კონტაქტი ძლიერი დანაკლისის ნორმალური რეაქციების გამო, რომელიც შეესაბამება განსახილველი პიროვნების კულტურას და, რომლის ხანგრძლივობაც ჩვეულებრივ 6 თვეს არ აღემატება, არ უნდა აღინიშნოს ამ წიგნში წარმოდგენილი კოდების მეშვეობით, არამედ ICD-10 –ის XXI თავში წარმოდგენილი კოდების გამოყენებით უნდა განისაზღვროს, როგორც ძ63.4 (ოჯახის წევრის გაუჩინაურება ან გარდაცვალება) და, როგორც მაგალითად Z71.9 (კონსულტირება) ან Z73.3 (სტრესი სხვაგან არ არის კლასიფიცირებული). ნებისმიერი გლოვის გახანგრძლივებული რეაქციები, რომლებიც მათი ფორმის ან შინაარსის გამო ანომალურად მიიჩნევა, კოდირებულ უნდა იქნას, როგორც 43.22, 43.23, 43.24 ან 43.25, ხოლო ის რეაქციები, რომლებიც ჯერ ისევ ინტენსიურია და, რომელთა ხანგრძლივობაც 6 თვეს აღემატება, კოდირებულ უნდა იქნას, როგორც 43.21 (ხანგრძლივი დეპრესიული რეაქცია).

დიაგნოსტიკური სახელმძღვანელო პრინციპები:

■ დიაგნოზი დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებს შორის არსებული კავშირის ყურადღებით შეფასებაზე:

- (ა) სიმპტომების ფორმა, შინაარსი და სიმწვავე;
- (ბ) წინა ისტორია და ინდივიდუალობა; და
- (გ) სტრესული შემთხვევა, სიტუაცია, ან კრიზისი ცხოვრებაში

ამ მესამე ფაქტორის არსებობა ყურადღებით უნდა დადგინდეს და უნდა არსებობდეს ძლიერი - თუმცა შესაძლოა უარყოფილი - მტკიცებულება იმისა, რომ პრობლემა არ წარმოიქმნებოდა მის გარეშე. თუ, სტრეს-ფაქტორი შედარებით მსუბუქია, ან თუ დროებითი კავშირი (3 თვეზე ნაკლებ პერიოდში) ვერ ვლინდება, პრობლემა კლასიფიცირებულ უნდა იქნას სხვა ადგილას, მისი წარმოდგენილი მახასიათებლების შესაბამისად.

- მოიცავს შემდეგს:
- * კულტურალური შოკი
- * გლოვის რეაქცია
- * ჰოსპიტალიზმში ბავშვებში

ICD 10: დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები: 43.2 შეგუებასთან დაკავშირებული პრობლემები

- მწუხარების სუბიექტური მდგომარეობა და ემოციური აშლილობა, რაც ჩვეულებრივ ხელს უშლის საზოგადოებრივ ფუნქციონირებასა და საქმიანობას, და, რომელიც წარმოიქმნება მნიშვნელოვან ცხოვრებისეულ ცვლილებასთან ან სტრესული ცხოვრებისეული შემთხვევის შედეგებთან შეგუების პერიოდში (მათ შორის სერიოზული ფიზიკური ავადმყოფობის არსებობა ან შესაძლებლობა). სტრეს-ფაქტორმა შესაძლოა შემოქმედება მოახდინოს სოციალურ გარემოში (მძიმე დანაკლისის ან იზოლირების გამო) ან საზოგადოების მხარდაჭერისა და ფასეულობების უფრო ფართო სისტემაში (მიგრაცია ან ლტოლვილის სტატუსი) პიროვნების ინტეგრირების უნარზე. სტრეს-ფაქტორი შეიძლება შეეხოს მხოლოდ პიროვნება ან ასევე მის ჯგუფს ან საზოგადოებას.
- პიროვნების განწყობილება ან დაუცველობა უფრო დიდ როლს თამაშობს რისკის წარმოქმნაში და შეგუებასთან დაკავშირებული აშლილობის გამოვლინებების ფორმირებაში, ვიდრე 43-ში განსაზღვრულ სხვა პირობებში, მაგრამ მაინც არ ივარაუდება, რომ ამგვარი პირობა არ წარმოიქმნებოდა სტრეს-ფაქტორის გარეშე. გამოვლინებები განსხვავდება, და გულისხმობს დათრგუნულ განწყობას, წუხილს (ან მათ ნარევს), არსებული სიგუაცის მოგვარების, წინასწარ დაგეგმვის ან აქტივიტეტების გაგრძელების უუნარობის გრძნობას, და ყოველდღიური საქმიანობის წარმართვის გარკვეულ უუნარობას. პიროვნება შეიძლება გრძნობდეს პასუხისმგებლობას არაბუნებრივ ქცევაზე ან ძალადობის შედეგების გამოვლენაზე, მაგრამ ეს იშვიათად ხდება. მაგრამ, აგრესიული ან ქცევისთან დაკავშირებული აშლილობები (აგრესიული ან არამეგობრული ქცევა) შეიძლება იყოს თანხმლები მახასიათებელი, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში. არცერთი სიმპტომი არ არის საკმარისი სიმწვავის ან მნიშვნელობის იმისათვის, რომ დადასტურდეს უფრო სპეციფიკური დიაგნოზი. ბავშვებში, ისეთი რეგრესული ფენომენი, როგორცაა: ღამით შარდის შეუკავებლობა, ბავშვური მეტყველება (პუერელიზმი), ან ცერა თითის წოვა, ხშირად ამ სიმპტომის ნიმუშის ნაწილს წარმოადგენს.

**ადაპტაციასთან დაკავშირებული პრობლემები: DSM IV:
დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები: F 309**

- ემოციური ან ქცევითი აშლილობის სიმპტომების განვითარება ცნობილი სტრეს-ფაქტორის (სტრეს-ფაქტორების) საპასუხოდ, რომელიც ვლინდება სტრეს-ფაქტორის (სტრეს-ფაქტორების) ზემოქმედებიდან 3 თვის განმავლობაში.
- ამგვარი სიმპტომები ან ქცევა კლინიკურად მნიშვნელოვანია, რადგან დასტურდება ერთ-ერთი შემდეგი აშლილობით:
- აშკარა მწუხარება, რომელიც იმაზე მეტია, რაც მოსალოდნელი იქნებოდა სტრეს-ფაქტორის არსებობისას
- სოციალური ან პროფესიული (აკადემიური) ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი დარღვევა
- სტრესთან დაკავშირებული დარღვევა არ აკმაყოფილებს I ღერძზე მოცემული სხვა დარღვევების (კლინიკური აშლილობა) კრიტერიუმებს და უბრალოდ არ წარმოადგენს მანამდე არსებული I და II ღერძზე მოცემული აშლილობის გამწვავებულ (ხასიათის ანომალია ან ოლიგოფრენია) ფორმას.
- სიმპტომები არ მოიცავს მძიმე დანაკლისის სიმპტომს
- სტრეს-ფაქტორის (ან მისი შედეგების) შეწყვეტის შემდეგ, სიმპტომები არ გრძელდება შემდგომ 6 თვეზე მეტი პერიოდის განმავლობაში.

DSM IV: F 309 ქვეტიპები

მიუთითეთ თუ:

- მწვავე; თუ დარღვევა 6 თვეზე მეტ ხანს არ გრძელდება
- ქრონიკული: თუ დარღვევა 6 თვე ან მეტ ხანს გრძელდება

შეგუებასთან დაკავშირებული პრობლემების ქვეტიპები შეირჩევა პრელომინანტული სიმპტომების შესაბამისად:

- დათრგუნული განწყობა
- შფოთვა
- შერეული შფოთვა და დათრგუნული განწყობა
- ქცევის შეცვლა
- ემოციებისა და ქცევის შერეული დარღვევა
- დაუდგენელი სიმპტომები არ გრძელდება შემდგომ 6 თვეზე მეტი პერიოდის განმავლობაში.

ICD 10: რეაქციები ძლიერ სტრესზე და ადაპტაციასთან დაკავშირებული პრობლემები

თუ არ არსებობს „ტიპური“ პესა, ძლიერი სტრესული აშლილობა ან პიროვნული ცვლილება, წამების ან სხვა ძალადობის აშკარა შედეგები შეიძლება კოდირებულ იქნას შემდეგნაირად:

- 43.8 სხვა რეაქციები ძლიერ სტრესზე
- 43.9 სხვა რეაქციები ძლიერ სტრესზე, რომელიც არ არის მითითებული.

ხშირია წამებაგამოვლილთა შორის კონვერსიული სიმპტომებისა და აშლილობათა გამოვლენის ალბათობა.

ტერმინი დისოციაცია გამოიყენება დიაგნოზის ღონეზე ICD 10-ში, როგორც დისოციაციური („კონვერსიული“) აშლილობა, რომელიც მიუთითებს „წარსულ მოგონებებს შორის ინტეგრაციის, პიროვნების შექმნების უნარის, სწრაფი შეგრძნებებისა და სხეულის მოძრაობის კონტროლის ნაწილობრივ ან სრულ დაკარგვაზე“. ეთნოულტურული ფენომენი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დისოციაციური სიმპტომების განვითარებისა და ინტერპრეტირებისას.

შედეგობრივი სიმპტომები ჩვეულებრივ „ნევროლოგიური“ დარღვევების ფორმას იღებს, როგორცაა: ჰემიპლეგია, ანესთეზია, ამნეზია, ფუგა, ან ორიენტაციის დაკარგვა.

- დისოციაციური სიმპტომები შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც მაგალითი იმისა, თუ როგორ შეიძლება ადაპტაციური რეაქციები გახდეს ქრონიკული და „ავტონომიური“ და წარმოქმნას დარღვევები მომავალ ცხოვრებაში, თუ ისინი განაგრძობენ არსებობას. მიუხედავად იმისა, რომ დისოციაციამ შეიძლება ხელი შეუწყოს უკიდურესი ფსიქოლოგიური და ფიზიკური სტრესისაგან თავის დაღწევას, ის შესაძლოა შემდგომი პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის განვითარებაზე წინასწარმეტყველებდეს.
- მნიშვნელოვანია დისოციაციის აღმოჩენა გამოკითხვის პროცესში. მაჩვენებლები: ყურადღების გადატანა, დეფოკუსირება, სუნთქვის სისტემის შეცვლა.
- დისოციაცია შეიძლება ინიცირებული იყოს წამების მსგავსი სიგნალებით ან სტრესული მოგონებებით გადაგვირთვის გამო.
- შემდგომ ყოველდღიურ ცხოვრებაში გამოვლენილი დისოციაციური სიმპტომები გულისხმობს ისეთ გამოთქმებს, როგორცაა:

„ვერ ვიხსენებ როგორ მივედი . . .“, „უეცრად გავიგე . . .“, „ხშირად ვერ ვიხსენებ, რა გავაკეთე გუშინ . . .“

დისოციაციური აშლილობები ICD 10: F44 დისოციაციური [კონვერსიული] აშლილობები

- 44.0 დისოციაციური ამნეზია
- 44.1 ფუგა
- 44.3 ტრანსი და შეპყრობილობის მდგომარეობები
- 44.4 მოტორიკის დისოციაციური აშლილობები
- 44.5 დისოციაციური კონველსიები
- 44.6 დისოციაციური ანესთეზია და მგრძნობელობის დაკარგვა
- 44.7 შერეული დისოციაციური აშლილობები

დისოციაციური აშლილობები DSM IV

■ დეპერსონალიზაციური აშლილობა	300.6
■ დისოციაციური ამნეზია	300.12
■ დისოციაციური აშლილობა NOS	300.15
■ დისოციაციური ფუგა	300.13
■ (დისოციაციური პიროვნული აშლილობა	300.14)

განსხვავება: ზოგადი სომატური მდგომარეობით გამოწვეული ამნესტიური აშლილობა 294.0

სომატოფორმული აშლილობები

ICD 10: “ფიზიკური სიმპტომების განმეორებით წარმოდგენა სამედიცინო გამოკვლევებზე მუდმივ მოთხოვნებთან ერთად, მიუხედავად განმეორებითი ნეგატიური შედეგებისა და ექიმების განცხადებებისა, რომ სიმპტომებს არ აქვთ ფიზიკური საფუძველი.

თუ არსებობს რაიმე სახის ფიზიკური დაზიანებები, ისინი არ ხსნიან ამ სიმპტომების ხასიათსა და მოცულობას ან პაციენტის მწუხარებისა და შეფიქრიანების მიზეზს.“

წამების შემდეგ ფიზიკური ხელშეუხებლობის შესახებ წუხილი ბუნებრივია, რადგან ბიანი ხშირად ძალიან მნიშვნელოვანია და მოიცავს სხეულის მრავალ სისტემას. ბიანი ფსიქოლოგიურად შეიძლება დაუკავშირდეს სხეებში შესამჩნევ ძლიერ გრავიმებს, და ჯალათების მუქარას მუდმივი ბიანის მიყენების შესახებ („თქვენ ვერასდროს გაივლით“). სხეულის, ხელების ან ფეხების მოძრაობამ ან დაზიანებულ ადგილებზე შეხებამ შეიძლება გამოიწვიოს იმ დროში და სიტუაციაში დაბრუნება, როდესაც გრავიმა წარმოიშვა ან ახალი იყო.

სომატოფორმული აშლილობების ყველაზე მნიშვნელოვან ასპექტს აუცილებლად ფიზიკური შედეგების არარსებობა კი არ წარმოადგენს, არამედ ის, რომ შესაძლო ფიზიკური შედეგები სრულად არ ხსნის ტანჯვის ან სიმპტომების ხარისხს. მასზე შეიძლება გეგავლენას ახდენდეს კულტურისათვის დამახასიათებელი მწუხარების გამოხატვის მანერა.

„სომატოფორმული“ სიმპტომები ყურადღებით უნდა იქნას გამოკვლეული იმისათვის, რომ შეუმჩნეველი არ დარჩეს ფიზიკური შედეგები. ფიზიკური შედეგები შეიძლება „დაფაროს“ „სომატოფორმულმა“ სიმპტომებმა რამდენიმე ისეთი ფაქტორის გამო, როგორცაა: წამების უჩვეულო მეთოდების გამოყენების შედეგად მიყენებული აკიპიური გრავიმების არსებობა, კულტურული ფაქტორები, სათანადო მკურნალობის არარსებობა, ან გამოყენებული დიაგნოსტიკური საშუალებების შეზღუდვა.

ეს ფაქტორები ყურადღებით უნდა იქნას განხილული წამებაგამოვლილ და გადარჩენილ ადამიანებში, სომატოფორმული დაზიანების დიაგნოზის დასამადე. სომატოფორმული დაზიანებები ხშირად ვლინდება გრავიმაგადგანილ ადამიანთა ჯგუფების უმრავლესობაში, ასე რომ ეს შეიძლება მნიშვნელოვანი დიაგნოზი იყოს. DSM IV–ში სომატიზაცია ასევე განხილულია, როგორც თანმხლები სიმპტომი.

„სომატოფორმული“ აშლილობები

წამების შემდეგ სავარაუდოდ „სომატოფორმული“ აშლილობები შეიძლება გამოწვეული იყოს შემდეგით:

- გრავმა, რომელიც პაციენტმა დამალა წინა გამოკვლევებისას
- არადიაგნოსტირებული აგიპიური გრავმა
- კულტურისათვის დამახასიათებელი ემოციების გამოხატვა
- პესა: წარსულის მოგონებები, რაც დაკავშირებულია სხეულის დაზიანებულ ადგილებთან (სხეულის მეხსიერება)
- წამების შედეგად მიყენებული გაურკვეველი დაზიანება (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

სომატოფორმული აშლილობები DSM IV -ში

■ სხეულის დისმორფული დაზიანება	300.7
■ კონვერსიული აშლილობა	300.11
■ იპოქონდრია	300.7
■ ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან და საერთო სამედიცინო მდგომარეობასთან ასოცირებული ტკივილთან დაკავშირებული აშლილობა	307.89
■ ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან ასოცირებული ტკივილთან დაკავშირებული აშლილობა	307.80
■ სომატიზაციური აშლილობა	300.81
■ სომატოფორმული აშლილობა NOS	300.81
■ არადიფერენცირებული სომატოფორმული აშლილობა	300.81

სომატოფორმული აშლილობები ICD 10-ში

45 სომატოფორმული აშლილობები:

45.0 სომატიზაციური აშლილობა

არსებობს მრავალი ძირითადი მახასიათებელი, რეციდივული და ხშირად ცვალებადი სიმპტომები, რომელთა ხანგრძლივობა მინიმუმ ორი წელია.

45.1 არადიფერენცირებული სომატოფორმული აშლილობა

როდესაც სომატოფორმული ჩივილები მრავალგვარი, ცვალებადი და მუდმივია, მაგრამ სომატიზაციური დაზიანების სრული და გიპიური კლინიკური სურათი ჯერ არ არის დასრულებული, განხილულ უნდა იქნას ეს კატეგორია.

45.2 იპოქონდრული აშლილობა

ძირითად მახასიათებელს წარმოადგენს მუდმივი ჩაძირულობა ერთი ან მეტი სერიოზული და პროგრესული ფიზიკური დაავადების შესაძლებლობით, რომელიც ვლინდება მუდმივი სომატური ჩივილებით ან პიროვნების გარეგნობასთან დაკავშირებული მუდმივი ზრუნვით.

45.3 სომატოფორმული ვეგეტაციური დისფუნქცია

სიმპტომებს პაციენტი წარმოადგენს ისე, თითქოს ისინი გამოწვეული იყოს იმ სისტემის ან ორგანოს ფიზიკური დაზიანებით, რომელიც უმეგესწილად ან მთლიანად ავტონომიური ინერვაციისა და კონტროლის ქვეშაა (ე.ი გულსისძარღვთა, კუჭ-ნაწლავის, სასუნთქი და საშარდე-სასქესო სისტემები).

45.4 მუდმივი სომატოფორმული ტკივილთან დაკავშირებული აშლილობა პრედომინანტული ჩივილი დაკავშირებულია მუდმივ, ძლიერ და შემაწუხებელ ტკივილთან, რომელიც არ შეიძლება სრულად აიხსნას ფსიქოლოგიური პროცესით ან ფიზიკური დაზიანებით და, რომელიც წარმოიქმნება ემოციურ კონფლიქტთან ან ფსიქოსოციალურ პრობლემებთან ერთად, რაც საკმარისია, რათა გაკეთდეს დასკვნა იმის თაობაზე, რომ ისინი წარმოადგენენ მთავარ მიზეზობრივ ფაქტორებს.

ხშირია წამების მსხვერპლთა შორის შფოთვით – პანიკური აშლილობანი, განსაკუთრებით კი სიტუაციებში, რომელიც აგონებს წამების ფაქტებს, მაგალითად პოლიციის დანახვისას, სამედიცინო ინსტრუმენტების დანახვისას და ა. შ.

შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობები

- შფოთვასთან დაკავშირებული სხვა ისეთი აშლილობები, როგორცაა ფობიები და შფოთვასთან დაკავშირებული ზოგადი აშლილობა, პგსა-ის გარდა, როგორც ჩანს, ხშირია დეენის შემდეგ, თუმცა კვლევების უმრავლესობა ფოკუსირებულია პგსა-სა და დეპრესიაზე.
- სიმპტომები, რომლებიც პგსა-ის ნაწილს წარმოადგენს, ცალკე უნდა იქნას კოდირებული.
(მაგალითი: შფოთვის მწვავე მდგომარეობა პანიკის რეაქციით ხშირია პგსა-ს დროს, პანიკური ტიპის აშლილობის დამატებითი დიაგნოზი შეიძლება არ იყოს საჭირო)

შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობები DSM IV

- ძლიერი სტრესული აშლილობა 308.3
- აგორაფობია პანიკური ტიპის აშლილობის ისტორიის გარეშე 300.22
- საერთო სამედიცინო მდგომარეობით გამოწვეული შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობა 293.89
- შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობა შ 300.00
- შფოთვისგენერალიზებული აშლილობა 300.02
- ობსესურ-კომპულსიური აშლილობა 300.3
- პანიკური ტიპის აშლილობა აგორაფობიით 300.21
- პანიკური ტიპის აშლილობა აგორაფობიის გარეშე 300.01
- პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა 309.81
- სოციოფობია 300.23
- სპეციფიკური ფობია 300.29

შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობა ICD 10

- 40.0 აგორაფობია
- 40.1 სოციოფობია
- 40.2 სპეციფიკური (იზოლირებული) ფობიები
- 41.0 პანიკური ტიპის აშლილობა [ეპიზოდური პაროქსიზმული შფოთვა]
- 41.1 შფოთვის გენერალიზებული აშლილობა
- 41.2 შერეული შფოთვისა და დეპრესიული აშლილობა

- 41.3 შფოთვასთან დაკავშირებული სხვა შერეული აშლილობები (შფოთვასთან დაკავშირებულ აშლილობებთან შერეული შფოთვის სიმპტომები)
- 42 ობსესურ-კომპულსური აშლილობა

წამების შედეგად ხშირად ვითარდება დეპრესიული მდგომარეობა

DSM – IV ის მიხედვით იმისათვის, რომ ღრმა დეპრესიის დიაგნოზი დაისვას, აუცილებელია ორი კვირის განმავლობაში ყურადღება მიექცეს თუნდაც ხუთ ქვემოთჩამოთვლილ ფაქტორს :

- 1) დათრგუნული განწყობა; 2) ინტერესის საგრძნობი დაქვეითება და ინტერესის დაკარგვა ან თითქმის დაკარგვა ცხოვრებისეულ სიამოვნებებზე ; 3) წონის დაკარგვა ან მადის შეცვლა ; 4) უძილობა ან გადაძინებული ძილი ; 5) ფსიქომოტორული აგზნება ან დაქვეითება ; 6) დაღლილობა ან ძალის გამოცლა ; 7) უსარგებლობის შეგრძნება და ზედმეტად ან უსაფუძვლოდ თავის დადანაშაულება; 8) ფიქრის ან აზრის მოკრების დაქვეითებული უნარი ; 9) აკვიატებული ფიქრი სიკვდილზე ან თვითმკვლელობაზე.

სიმძიმის მიხედვით დეპრესიული მდგომარეობა შეიძლება იყოს მსუბუქი, საშუალო სიმძიმისა და მძიმე, ფსიქომორი სიმპტომების გარეშე, თუმცა ასევე დიაგნოსტიკირდება მძიმე დეპრესია ფსიქომორი სიმპტომებით. წამების შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა სიმძიმის დეპრესია. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვითაც შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ დეპრესიის სიმძიმისა და გიპის განსაზღვრისათვის მოცემულია ICD – 10 – ში, თავში აფექტური აშლილობები ; მსუბუქ დეპრესიას შეესაბამება შემდეგი კოდი: F 32.0 მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდი. საშუალო დეპრესიულ ეპიზოდს შეესაბამება კოდი F 32.1; მძიმე დეპრესიულ ეპიზოდს ფსიქომორი სიმპტომების გარეშე F 32.2 ; ხოლო მძიმე დეპრესიულ ეპიზოდს ფსიქომორი სიმპტომებით, ისეთი როგორიც არის ბოდვა, ჰალუცინაციები, სტუპორის მდგომარეობა, შეესაბამება კოდი F 32.2; სიმძიმის განსაზღვრა შემდეგი სამი დეპრესიისათვის დამახასიათებელი კრიტერიუმის გამოხატვის ხარისხით ხდება: 1) გუნება – განწყობის დაქვეითება; 2) ფსიქიკური ფუნქციების შენელება; 3) მოტორული ფუნქციების შენელება; ამავე დროს დეპრესია შესაძლოა მიმდინარეობდეს სომატური კომპონენტის თანხლებით, ან თანხლების გარეშე; ასევე შესაძლებელია განვითარდეს შერეული – დეპრესიული სინდრომები შფოთვით - დეპრესიული; დისფორიული კომპონენტით, ასევე აჟიტირებული დეპრესია მოტორული შენელების კომპონენტის გარეშე, მასკირებული დეპრესია სომატოფორმული და ჰიპოქონდრიული გამოვლინებებით და სხვა;

გუნება-განწყობილების აშლილობები (აფექტური აშლილობები)

DSM IV

- დეპრესიული აშლილობა NOS 311
- დისტიმური აშლილობა 300.4
- ღრმა დეპრესიული აშლილობა, რეციდივული 296.3x
- ღრმა დეპრესიული აშლილობა, ერთი ეპიზოდი 296.2x
- საერთო სამედიცინო მდგომარეობით გამოწვეული გუნება-განწყობილების აშლილობა 293.83
- გუნება-განწყობილების აშლილობა NOS 296.90

შენიშვნა: ასევე იხილეთ ალაპგაციური აშლილობის დეპრესიული ქვეკლასი
გუნება-განწყობილების აშლილობები (აფექტური აშლილობები)
ICD 10

ICD 10 F32: დეპრესიული ეპიზოდი

- „ქვემოთ მოცემულ გიპიურ მსუბუქ, ზომიერ ან მწვავე ეპიზოდებში, სუბიექტი განიცდის გუნება-განწყობილების დაქვეითებას, ენერჯის შემცირებას და აქტიუობის ვარდნას.

სიამოვნების, ინტერესისა და კონცენტრაციის უნარი დაქვეითებულია, და ოდნავი ძალისხმევის შემდეგაც კი ძლიერი მოთენთილობა ჩვეულებრივი მოვლენაა. ძილი ჩვეულებრივ დარღვეულია, ხოლო მადა - დაქვეითებული. საკუთარი თავის პატივისცემა და საკუთარ ძალებში რწმენა თითქმის ყოველთვის დაქვეითებულია, და მსუბუქ ფორმაშიც კი, ხშირად წარმოიქმნება დანაშაულის ან უვარგისობის გრძნობა. დაქვეითებული გუნება-განწყობილება ოდნავ იცვლება დღიდან დღემდე, არ რეაგირებს გარემოებებზე და მას შეიძლება თან ახლდეს ე.წ. „სომატური“ სიმპტომები, როგორცაა: ინტერესისა და სიამოვნების გრძნობის დაკარგვა, დილით ჩვეულ ღრომე რამდენიმე საათით ადრე გაღვიძება; დეპრესიის გაუარესება დილით, შესამჩნევი ფსიქომოტორული შეკავება, აქტივაცია, მაღის დაკარგვა, წონაში დაკლება და ლიბიდოს დაკარგვა. სიმპტომების რაოდენობისა და სიმწვავის გათვალისწინებით, დეპრესიული ეპიზოდი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც მსუბუქი, ზომიერი ან ღრმა.“

მოიცავს შემდეგს: დეპრესიული რეაქციის ცალკეული ეპიზოდები, ფსიქოგენური დეპრესიის ცალკეული ეპიზოდები, რეაქტიული დეპრესიის ცალკეული ეპიზოდები.

- F32.0 მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდი
- F32.1 ზომიერი დეპრესიული ეპიზოდი
- F32.2 ღრმა დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომების გარეშე

(აქტივებული დეპრესიის ცალკეული ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომების გარეშე. ძლიერი დეპრესიის ცალკეული ეპიზოდი ფსიქოტური სიმპტომების გარეშე. ვიგალური დეპრესიის ცალკეული ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომების გარეშე)

- F32.3 ღრმა დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომებით.

გუნება-განწყობილების აშლილობები (აფექტური აშლილობები)

ICD 10

F34 გუნება-განწყობილების [აფექტური] აშლილობები

ხანგრძლივი და ჩვეულებრივ ცვალებადი გუნება-განწყობილების აშლილობები, როდესაც ინდივიდუალური ეპიზოდების უმრავლესობა საკმარისად მწვავე არ არის იმისათვის, რომ განხილულ იქნას, როგორც ჰიპომანიაკალური ან მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდი. იმის გამო, რომ რამდენიმე წლის და, ზოგჯერ კი სუბიექტის ცხოვრების დიდი ნაწილის განმავლობაში გრძელდება, ისინი დაკავშირებულია მნიშვნელოვან სულიერ განჯვასთან და უუნარობასთან. ზოგიერთ შემთხვევაში,

რეციდივული ან ერთჯერადი მანიაკალური ან დეპრესიული ეპიზოდები შეიძლება თან დაერთოს ხანგრძლივ აფექტურ აშლილობას.

ფორმები:

34.1 დისტიმია

34.0 ციკლოფრენია

უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შემთხვევაში განვითარებული დეპრესია უმეტეს შემთხვევაში განეკუთვნება რეაქტიულ მდგომარეობებს და იგი თავისი რეგისტრით შესაძლოა იყოს როგორც ნევროზული, ასევე ფსიქოზური.

ფსიქოზი

ფსიქოზი წამების დროს ან შემდეგ შეიძლება გამოვლინდეს, როგორც:

- რეაქტიული ფსიქოზი, რომელიც გამოწვეულია ძლიერი სტრესის გამო (როგორც ფსიქოლოგიური წამების ან ხანგრძლივი პატიმრობის დროს), შეიძლება მიიღოს კულტურულ-სპეციფიური ფორმები.
- ადრე არსებული ფსიქოზის „ინიცირება“ (ეგზაცერბაცია), როგორცაა შიზოფრენია ან შიზოაფექტური აშლილობა,
- ფიზიკური ფაქტორებით გამოწვეული ორგანული ფსიქოზი.

წამების მსხვერპლთა შემთხვევაში ასევე მოსალოდნელია მწვავე რეაქტიული პარანოიდის განვითარება, რომელიც ხასიათდება მწვავე აფექტური განცდებითა და ბოღვითი აღქმით; ქრონიკული გრავმატიზაციის შედეგად ან წამების ქრონიკულ შედეგებს შესაძლოა მივაკუთვნოთ ქრონიკული პარანოიკალური სინდრომის განვითარება; ასევე წამების შემთხვევაში ნიშანდობლივია ქრონიკული დეპრესიული აშლილობის განვითარებაც.

უნდა აღინიშნოს, რომ რეაქტიული მდგომარეობების განვითარებისას გრავმა აისახება განცდებში, მას წამყვანი როლი მიენიჭება დარღვევათა განვითარებაში და ბოღვითი აზრები ან სხვა განცდები და გამონათქვამები არ სცილდება მაგრავმირებელი სიგუაციის ფარგლებს.

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შედეგად განვითარებული ფსიქიკური აშლილობები გამოირჩევა მრავალფეროვნებით და ისინი შესაძლოა იყოს როგორც ნევროზული ასევე ფსიქოზური რეგისტრის.

წამება ხშირ შემთხვევაში ხელს უწყობს ენდოგენური ფსიქოზების მანიფესტაციასაც, ისეთი როგორც შეიძლება იყოს შიზოფრენიული ფსიქოზები ან დეპრესიულ – მანიაკალური მდგომარეობა, ასევე ამ დაავადებათა გამწვავებას;

ხშირ შემთხვევაში კი იგი ხდება ქრონიკული პიროვნული ცვლილებების ან პიროვნულ აშლილობათა განვითარების მიზეზი, განსაკუთრებით კი იმ შემთხვევებში, როცა ფსიქიკური გრავმა შერწყმულია თავის გვინის ორგანულ დაზიანებასთან; იგი შეიძლება გახდეს ასევე გრავმული ეპილეფსიის მიზეზი, ფსიქიკური და ნევროლოგიური კომპონენტების მკაფიო გამოხატულებით.

ფსიქიკურ აშლილობათა ხასიათი თუ მიმდინარეობა და ხანგრძლივობა დამოკიდებულია წამების სიმძიმესა და ხანგრძლივობაზე, ასევე გარემო სოციალურ სიტუაციაზე და მთელ რიგ დამატებით სტრესულ ფაქტორებზე, რომელსაც განსაკუთრებული გრავმა იწვევს ადამიანის ცხოვრებაში;

ფსიქოზი DSM IV

- შესაბამისი კატეგორიები
- ხანმოკლე ფსიქოზური აშლილობა 298.8
 - ბოლვითი აშლილობა 297.1
 - ფსიქოზური აშლილობა, გამოწვეული [მიუთითეთ საერთო სამედიცინო მდგომარეობა], ბოლვითი იდეებით 293.81
 - ფსიქოზური აშლილობა, გამოწვეული [მიუთითეთ საერთო სამედიცინო მდგომარეობა], ჰალუცინაციებით 293.82
 - ფსიქოზური აშლილობა NOS 298.9

ხანმოკლე ფსიქოზური აშლილობა 298.8

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

- ერთი (ან მეტი) შემდეგი სიმპტომის არსებობა:
ბოლვითი იდეები, ჰალუცინაციები, არეული მეტყველება (მაგ. ხშირი გაღახვევა ან არათანმიმდევრულობა), საკმაოდ არაორგანიზებული ან კატატონური ქცევა.

შენიშვნა: არ მოიცავს სიმპტომს თუ ის კულტურულად ნებადართული რეაგირების ნიმუშია.

- აშლილობისას ეპიზოდის ხანგრძლივობა მინიმუმ 1 დღე და მაქსიმუმ 1 თვეა, რის შემდეგაც საბოლოოდ ხდება ფუნქციონირების ავადმყოფობამდელ მდგომარეობაში დაბრუნება. ამგვარი აშლილობა არ აიხსნება მხოლოდ ფსიქოზური მახასიათებლებით გამოხატული გუნება-განწყობილების აშლილობით, შიმოაფექტური აშლილობით ან შიზოფრენიით და არ არის გამოწვეული ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების ფიზიოლოგიური შედეგებით (მაგ. ნარკოტიკების, მედიკამენტების ბოროტად მოხმარება) ან საერთო სამედიცინო მდგომარეობით.

მიუთითეთ, თუ:

- გამოწვეულია მნიშვნელოვანი სტრეს-ფაქტორით (სტრეს-ფაქტორებით) (ხანმოკლე რეაქტიული ფსიქოზი): თუ სიმპტომები წარმოიქმნება მალე იმ შემთხვევების შემდეგ და საპასუხოდ, რომლებიც, ცალკე ან ერთად, აშკარად სტრესული იქნებოდა თითქმის ყველასათვის მსგავს სიტუაციებში, პიროვნების საზოგადოებაში.

ფსიქოზი ICD 10

შესაბამისი კატეგორიები

F23.9 მწვავე და გრანზიგორული ფსიქოზური აშლილობები (იხილეთ მომდევნო სლაიდი)

F22.0 ბოლვითი აშლილობა

ადრეულ ლიგერატურაში ხშირად განხილული დევნის შემდგომი აშლილობები შეიძლება 62.0 –ის ნაწილი იყოს (პიროვნების ქრონიკული ცვლილებები კატასტროფის გადაგანის შემდეგ).

F23.9 მწვავე და გარდამავალი ფსიქოზური აშლილობა

- “(ა) მწვავე სიმპტომების გამოვლენა (2 კვირის განმავლობაში) ;
 - (ბ) გიპიური სინდრომების არსებობა;
 - (გ) თანმხლები ძლიერი სტრესის არსებობა.
- მწვავე სიმპტომების გამოვლენა განისაზღვრება, როგორც ნორმალური მდგომარეობიდან აშკარად არანორმალურ ფსიქოზურ მდგომარეობაში გადასვლა (ფსიქოზური მახასიათებლების გარეშე) 2 კვირის ან ნაკლები პერიოდის განმავლობაში. დადასტურებულია, რომ მწვავე სიმპტომების გამოვლენა დაკავშირებულია კეთილსაიმედო გამოსავალთან, და შეიძლება ითქვას, რომ რაც უფრო უცნაოდ ვლინდება სიმპტომები მით უფრო კარგია გამოსავალი. ამიტომ, რეკომენდებულია, რომ საჭიროების შემთხვევაში (48 საათის ან ნაკლები პერიოდის განმავლობაში) განისაზღვროს სიმპტომების უეცარი გამოვლენა.
- შერჩეული გიპიური სინდრომები, ნიშნავს პირველ რიგში, სწრაფად ცვალებად და არამდგრად მდგომარეობას, რომელსაც აქ ეწოდება „პოლიმორფული“ და, რომელიც რამდენიმე ქვეყანაში ცნობილი ვახდა მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობასთან დაკავშირებით, და მეორე რიგში, გიპიური შიზოფრენიული სიმპტომების არსებობას.
- თანმხლები ძლიერი სტრესი ასევე შეიძლება განისაზღვროს მეხუთე მახასიათებლით (თუ საჭიროა) . . . თანმხლები ძლიერი სტრესი იმას ნიშნავს, რომ პირველადი ფსიქოზური სიმპტომები წარმოიქმნება ისეთი ერთი ან მეტი მოვლენის დღიდან დაახლოებით 2 კვირის განმავლობაში, რომელსაც განსახილველი პიროვნების საზოგადოების წარმომადგენელ ადამიანთა უმრავლესობა სტრესულ შემთხვევად მიიჩნევდა მსგავს გარემოებებში. გიპიურ მოვლენად მიიჩნევა მძიმე დანაკლისი, პარტნიორის ან სამსახურის მოულოდნელი დაკარგვა, განქორწინება, ან ომის, ტერორიზმის ან წამების შედეგად მიყენებული ფსიქოლოგიური ტრავმა. გახანგრძლივებული ცხოვრებისეული პრობლემები ამ კონტექსტში არ უნდა იქნას განხილული, როგორც სტრესის წყარო“.

კვებასთან დაკავშირებული აშლილობები მიმოხილვა

- ნერვული ანორექსია და კვებასთან დაკავშირებული სხვა გიპიური აშლილობები, მათ შორის ბულიმიით და ლოთობით გამოხატული კვებასთან დაკავშირებული აშლილობები ჩვეულებრივ ვითარდება ბავშვობაში ან ახალგაზრდობაში, და ხშირად დაკავშირებულია ტრავმასთან.
- გარდა ამისა, ამგვარი აშლილობები ვლინდება მოზრდილებში, წამების ან დევნის შემდეგ, თუმცა ცნობილი შემთხვევები კვებასთან დაკავშირებული „აგიპიური“ აშლილობებია.

- კულტურული ფაქტორები და სექსუალური წამება შეიძლება პირდაპირ უკავშირდებოდეს კვებასთან დაკავშირებული აშლილობების წარმოქმნას.

კვებასთან დაკავშირებული აშლილობები DSM IV, ICD 10

DSM IV

- ნერვული ანორექსია 307.1
- ნერვული ბულემია 307.51
- კვებასთან დაკავშირებული აშლილობა NOS 307.50

ICD 10

- ნერვული ანორექსია F 30.0
- ნერვული ბულემია F 50.2
- მადის დაკარგვა (R63.0), ანორექსია NOS (R63.0), აგიპიური ნერვული ანორექსია F 50.1, კვებასთან დაკავშირებული სხვა აშლილობები (F50.8), სხვა ფსიქოლოგიურ აშლილობებთან დაკავშირებული პირღებინება (F 50.2). (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

ფსიქიკურ აშლილობებს წამების დროს თან სდევს ხშირად წამალდამოკიდებულებისა და ალკოჰოლიზმის მოვლენები, რომელთა მიღებასაც ხშირად საფუძვლად უდევს აკვიატებულ განცდათა და მოგონებებისაგან თავის დაღწევის სურვილი ან მყარი უძილობის პრობლემა; ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება შეიძლება წამების შედეგების გართულებულ ფორმას წარმოადგენდეს. წამებაგამოვლილი ადამიანები ძილის დარღვევებს, პესა-ს (წარსულში დაბრუნება) ან დეპრესიას შეიძლება „მკურნალობდნენ“ მათ საზოგადოებაში ხელმისაწვდომი ნარკოტიკების ასევე, ალკოჰოლის, ნიკოტინის, ან ფარმაკოლოგიური პრეპარატების მეშვეობით, რაც წარმოქმნის მათზე დამოკიდებულების რისკს (ძირითადად ბენზოდიამეპინებით, რომელსაც უნიშნავს ექიმი).

თავის გვინის გრავმის ან დამიანების შესაძლო ფაქტორები (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

- ბლავვი საგნით მიყენებული გრავმა (დახურული)
- ცემის შედეგად მიღებული ღია გრავმა
- სერიოზული და ხანგრძლივი შიმშილობა
- დახრჩობასთან და ცერებრალურ (თავის გვინის) ჰიპოქსიასთან (ქანგბადის უკმარისობა, იხილეთ მომდევნო მაგალითები) დაკავშირებული სპეციფიკური სიმპტომები
- მტკივნეული და ხანგრძლივი ნჯღრევა

„სუბმარინო“

■ „სველი სუბმარინო“:



სახესხვაობა:
„წყალში ჩაშვება“

■ „მშრალი სუბმარინო“

მაგალითი:
პოლიეთილენის
პაკეტი

©Thomas Wenzel/ WPA, 2004

„სუბმარინო“

■ ფიზიკური შედეგი:

მოსრჩობა/პიპოქსია, შესაძლოა მავნე ნივთიერებების შიღვა



ხანგრძლივი შემოქმედა თავის ტვინზე, რომელიც არ არის კარგად გამოკვლეული

■ ფსიქოლოგიური შედეგი:

ხანმოკლე: ძლიერი შიში, უმწყობა, ლებორიენტაცია

გახანგრძლივებული: პგსა, პანიკური შეტევები

©Thomas Wenzel/ WPA, 2004

თავის ტვინის ტრავმის ასპექტებიდან უნდა აღინიშნოს:

- ფოკალური თავის ტვინის ტრავმა: ლოკალიზებული დაზიანება, დიფუზური თავის ტვინის ტრავმა.
- დამატებითი დიფუზური თავის ტვინის ტრავმა ჩვეულებრივ არსებობს თავის ტვინის ტრავმის ყველა ფორმაში.

- პოსტკომოციური სინდრომი (PCS) ხშირია, სიმპტომები ნაწილობრივ ჰგავს დეპრესიისა და პოსტ-ტრავმის ზოგიერთ სიმპტომს.

DSM IV შემოთავაზებული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები პოსტკომოციური სინდრომისათვის (PCS)

- თავის ტრავმის ისტორია, რომელმაც გამოიწვია ტვინის სერიოზული შერყევა (მაგ. გონების დაკარგვა, პოსტტრავმული ამნეზია, ან კრუნჩხვითი განგვირთვები).
- ყურადღებასთან ან მეხსიერებასთან დაკავშირებული პრობლემების ნეიროფსიქოლოგიური ნიშანი.
- სამი ან მეტი სიმპტომი, რომლის ხანგრძლივობა 3 თვეზე მეტია და, რომელიც თავის ტრავმის მიყენებიდან ძალიან მალე წარმოიქმნება ან, რომელიც ადრე არსებული სიმპტომების მნიშვნელოვან გაუარესებაზე მიუთითებს.
 - მოთენთილობა
 - მოუწესრიგებელი ძილი
 - თავის ტკივილი
 - თავბრუსხვევა
 - გაღიზიანებალობა
 - შფოთვა, დეპრესია ან აფექტური ლაბილურობა
 - პიროვნების ცვლილება
 - აპათია ან სპონტანურობის დაკარგვა

ICD-10 შემოთავაზებული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები პოსტკომოციური სინდრომისათვის (PCS)

ICD 10: F 07.2

- ანამნეზში თავის ტრავმა, რომელსაც თან ახლდა გონების დაკარგვა მიუთითებს იმაზე, რომ სიმპტომები წარმოიქმნება მაქსიმუმ 4 კვირის განმავლობაში.
- სამი ან მეტი სიმპტომი:
 - თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, შეუძლოდ ყოფნა, მოთენთილობა, ხმაურის აუგანლობა
 - გაღიზიანებალობა, დეპრესია, შფოთვა, ემოციური ლაბილურობა
 - კონცენტრაციის გაძნელება, მეხსიერების ან გონებრივი შესაძლებლობების დაქვეითება, მნიშვნელოვანი დარღვევის ნეიროფსიქოლოგიური ნიშნების გარეშე
 - უძილობა
 - დაქვეითებული გოლერანგულობა ალკოჰოლისადმი
 - ზემოაღნიშნულ სიმპტომებზე ფიქრი და თავის ტვინის დაზიანების იპოქონდრიული შიში და ავადმყოფის როლის თამაში.

თავის გვინის გრავმის ან დაზიანების შესაძლო „ძირითადი“ მაჩვენებლები

კლინიკური სიმპტომები:

- კონცენტრაცია უნარის დარღვევა და/ან ხანმოკლე მეხსიერების დარღვევა, გაღიზიანებადობა, გუნება-განწყობილების ცვალებადობა, ამნეზია, ენერჯის არქონა.
- თავის ტკივილი

არასაკმარისი კვება და შიმშილობა (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

არასაკმარისი კვების ან შიმშილობის ზემოქმედება ხშირად უგულვებელყოფილია დიაგნოსტიკის დროს და არ ექცევა ყურადღება ამგვარი ზემოქმედების შედეგებს.

- ხანმოკლე ზემოქმედება უარყოფით მენჯავლენას ახდენს ფსიქოლოგიურ პარამეტრებზე, მათ შორის მეხსიერებაზე, ყურადღებაზე, აქტივაციასა და გუნება-განწყობილებაზე, რაც აისახება ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემებით (ელექტროლიტები და სხვა პარამეტრები); ცვლილებები ჩვეულებრივ შექცევადია.

ხანგრძლივმა ზემოქმედებამ შეიძლება გამოიწვიოს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანება.

- ორივე ფაქტორით გამოწვეულმა დარღვევამ შეიძლება ხელი შეუშალოს სრულ და საბოლოო გამოკითხვას; შესაძლოა მკურნალობა აუცილებელი აღმოჩნდეს.

წამების შედეგები აისახება არა მარტო ფსიქიკურ ფუნქციებზე, არამედ ხშირად მას თან სდევს სექსუალური დისფუნქციის კომპონენტი, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქიკური ზემოქმედებით და თითქმის ყოველთვის, უვითარდებათ სექსუალური წამების მსხვერპლებს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური პრობლემები, რომელიც წამების მსხვერპლს უვითარდება, აისახება მის ოჯახსა და გარემოცვაზე; სოციალური თვალსაზრისით ვლინდება კონფლიქტები ოჯახში, ზოგადი ხასიათის სირთულეები ინტერპერსონალური ურთიერთობების მხრივ, შრომის უნარის დაქვეითება და სხვა, რაც კომპლექსში წარმოადგენს ფსიქო-სოციალურ პრობლემათა ერთობლიობას, რომელიც საფრთხეს უქმნის როგორც წამების მსხვერპლის, ასევე მისი ოჯახისა და საზოგადოების ნორმალურ ფუნქციონირებას. აქედან გამომდინარე, ეს პრობლემა არა მარტო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ხასიათის, არამედ სოციალური თუ პოლიტიკური და ზოგადსაკაცობრიო ხასიათისაა.

ცენტრი « ემპათია »ს მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად გამოვლენილ იქნა ცალკეულ რისკის ჯგუფებში კლინიკური თავისებურებანი და დამატებითი სტრესორები, რომელიც საფუძველი ხდება კომპლექსური პოლიმორფული და ქრონიკულ დარღვევათა განვითარებისათვის.

სამედიცინო დახმარების ნაკლებობა, უმეტეს შემთხვევაში წამების მსხვერპლთა მიმართ არაპროფესიული მოპყრობა და დამოკიდებულება იწვევს მწვავე ფიზიკურ და ფსიქიკურ დარღვევებს. აღნიშნულ დარღვევებს კიდევ უფრო აღრმავებს თანმხლები არაადამიანური ცხოვრების პირობები, რასაც ადგილი აქვს როგორც წინასწარი დაკავების საკნებსა და საპყრობილებებში, ასევე ლტოლვილთა და იძულებით ადგილნაცვალ პირთა შორისაც. ყოველივე ამგვარი სიტუაცია, წარსულის მაგრავემირებელ სტრესულ შემთხვევებთან ერთად იწვევს კომპლექსური გრავმული სტრესული სინდრომის ქრონიზაციას, თანმხლები სომატური და ფსიქო – სომატური დარღვევებით, რაც ვლინდება პიროვნების ქრონიკული ცვლილებებისადმი გენდენციების ჩამოყალიბებაში.

ყოველივე აღნიშნული იწვევს სოციალურ სფეროში ადაპტაციის დარღვევებს, ხშირ კონფლიქტებს და აძლიერებს აგრესიულ რეაქციებს. არასწორი დამოკიდებულება და შეუსაბამო სამედიცინო დახმარება, ციხეებში რეაბილიტაციის სისტემის არ არსებობა და სპეციფიკური დახმარების არ არსებობა წამების მსხვერპლთათვის არის მიზეზი შემდეგი ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური დარღვევებისა :

წამების მიმდინარე და ქრონიკული შედეგები

წამების ფსიქიკური (ფსიქოლოგიური) შედეგები (ICD - 10-ის შესაბამისად) და გამოყენებულ ფსიქოლოგიურ ტესტებზე დაყრდნობით.

ზრდასრულებისათვის (სულ რაოდენობა 204)

დიაგნოზი	კოდი (ICD – 10) – F - Code	პაგიმრები ყოფილი პაგიმრები 109/ სიხშირე	ლტოლვილები ჩეზნეთიდან 24 / სიხშირე	იძულებით ადგალინაცვალ პირები აფხაზეთიდან და სამხრეთ ოსეთიდან 29 / სიხშირე	გალის რეგიონი 42	ნომერი/ სიხშირე 204-ს შორის
მწვავე სტრესული რეაქცია	43.0.	6 / 0, 05	0	-	1 / 0, 02	7 / 0, 03
PTSD	43.1.	17 / 0, 15	8 / 0, 33	10 / 0, 34	12 / 0, 28	47 / 0, 23
PTSD დეპრესიით	43.1 ; 43.22.	15 / 0, 14	8 / 0, 33	10 / 0, 34	11 / 0, 26	44 / 0, 21
PTSD სომატური აშლილობით	43.1 45.	11 / 0, 10	2 / 0, 08	2 / 0, 07	10 / 0, 24	25 / 0, 12
PTSD პოსტ კომოციური შ სინდრომით	43.1. 07.2.	23 / 0, 21	3 / 0, 12	2 / 0, 07	-	28 / 0, 14
ქრონიკული პიროვნული ცვლილებები (წამების შემდეგ)	62.0.	13 / 0, 12	3 / 0, 12	4 / 0, 14	4 / 0, 09	24 / 0, 12
ემოციური პიროვნული აშლილობები PTSD-თან ერთად	60.3. 43.1.	7 / 0, 06	-	-	1 / 0, 02	8 / 0, 04
პიროვნული ორგანული აშლილობა (ეპილეფსია PTSD-სთან ერთად)	07.0. 43.1.	3 / 0, 03	-	-	1 / 0, 02	4 / 0, 02
PTSD ფსიქომური სინდრომით	43.1 ?	8 / 0, 07	-	-	1 / 0, 02	9 / 0, 04
კონვერსიულ-	44	2 / 0, 02	-	-	-	2 / 0, 009

დისოციაციური აშლილობა PTSD-თან ერთად	43.1					
დემენცია (თავის ტვინის ტრავმით გამოწვეული (წამების დროს მიღებული ტრავმის შედეგად)	03.	0	-	1 / 0, 03	1 / 0, 02	2 / 0, 009
შიზოფრენია	20.0ხ0	3 / 0, 03	-	-	-	-
დისოციალური პიროვნული აშლილობა	60.2	1 / 0, 009	-	-	-	-

როგორც ცხრილებიდან ჩანს, ყველაზე გავრცელებული დიაგნოზი იყო პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, რომელიც ვლინდებოდა “განმეორებითობის ფაზის” სიმპტომებში: (ტრავმული სტრესული მოვლენის – წამების - შესახებ აკვიატებული განცდების, მოგონებების, ღამის კოშმარებისა და ძილის დარღვევაში) და “გაქცევის ფაზისათვის” დამახასიათებელ სიმპტომებში დეპრესიითა და ფსიქო – სომატური, ვეგეტატიური რეაქციებით. უნდა აღინიშნოს, რომ უმეტეს შემთხვევაში გამოვლინდა სხვადასხვა ფსიქო-სომატური სინდრომი, როგორც არის: ქრონიკული ტკივილის სინდრომი (თავის, ზურგის, კისრის არეში): 204 შემთხვევა – 82,93%; ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური დარღვევები: 142 შემთხვევა – 56,34%; არტერიული წნევის ცვალებადობა (88-34,92%) და ტკივილი გულის არეში (139-55,16%); როგორც სპეციფიკური დარღვევა ქალ პაციენტებში – დისმენორეა, მოზარდებში კი – ენურეზი.

ზოგიერთი თავისებურებანი, რომელიც გამოვლინდა მოზარდ წამების მსხვერპლთა შორის (2004 – 2005 წწ. კვლევები):

მოზარდებისათვის (სულ 43)

დიაგნოზი	კოდი F თავში	პირები (სულ 35)		პაციმარი / სისხირე სულ 43/ ს
		პაციმრები 35 / ს	გალის რაიონი 8 / ს	
არაორგანული ენურეზი PTSD – ისთან ერთად	98.0. 43.1.	2 / 0, 06	2 / 0, 25	4 / 0, 09
სოციალურად ინტეგრირებული ქცევითი აშლილობა PTSD - სთან ერთად	91.2. 43.1.	8 / 0, 23	-	8 / 0, 19
სოციალურად დემინტეგრირებული აშლილობა PTSD - სთან ერთად	91.1. 43.1.	9 / 0, 26	-	9 / 0, 21
PTSD დეპრესიასთან ერთად	43.1. 43.22.	12 / 0, 34	-	12 / 0, 28
ეპილეფსია PTSD -სთან ერთად, ენურეზით	07.0. 43.1.	3 / 0, 08	-	3 / 0, 07
ქცევის დეპრესიული აშლილობა PTSD	92.0	-	3 / 0, 37	3 / 0, 07
PTSD	43.1	1 / 0, 03	3 / 0, 37	4 / 0, 09

ტოქსიკომანია – არასრულწლოვან პაციენტებში - 20 შემთხვევა.

უნდა აღინიშნოს, რომ მოზარდებში გამოვლენილი პაციენტობამდე არსებული პრობლემები: ოჯახში და ქუჩაში ძალადობის მაღალი დონე, ჰიპოკონტროლი, განათლებისა და ელემენტარული სოციალური უნარ-ჩვევების ნაკლებობა, ტოქსიკომანიის მაღალი დონე და ნარკოტიკების მოხმარება ან ალკოჰოლის გამოყენება, ციხეში ცუდ დამოკიდებულებასთან ერთად ხშირ შემთხვევაში იწვევს გამოხატულ პიროვნულ ცვლილებებს, რაც უმეტეს შემთხვევებში ვლინდება

სტაბილური სახის სოციალურ ქცევით აშლილობაში და ადაპტაციის შესაძლებლობების შესუსტებაში.

მოზარდებში ზემოთ მოყვანილ სინდრომებს აღენიშნება ზოგიერთი მნიშვნელოვანი თავისებურება, რომელსაც ჩვენ ვუწოდებთ “ბავშვი – დიდის ფენომენი”, რაც გულისხმობს კონფლიქტს ბავშვის ფსიქო-ფიზიკურ შესაძლებლობებსა და ბავშვების გარშემო არსებული სასტიკი რეალობის ობიექტურ მოთხოვნებს შორის. სოციალური დაცვის სისტემის არარსებობა და ადექვატური სასამართლო სისტემის დეფიციტი შანს არ უტოვებს არასრულწლოვან “დამნაშავეებს” განვითარდნენ და დაიწყონ ახალი ცხოვრება გათავისუფლების შემდეგ.

პატიმრებს შორის ჩაგარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ციხეებისათვის დამახასიათებელი ბუნებრივი თავისებურებანი: თავისუფლების შეზღუდვა, ოჯახის წევრებისაგან იზოლაცია, არჩევანისა და ინტერესთა სფეროს შეზღუდვა, სასამართლოს გადაწყვეტილების მოლოდინი წინასწარი პატიმრობის იზოლაციაში ყოფნის დროს – მუდმივი ფაქტორებია, რომლებიც ამძაფრებს პიროვნების დაძაბულობას და იწვევს პიროვნების კომპენსატორული მექანიზმების შესუსტებას. პოსტ-საბჭოთა, ციხეებში ციხეთა ბუნებრივ ნეგატიურ ფაქტორებს ემატება “პოსტ – საბჭოთა ციხის სპეციფიური ნეგატიური ფაქტორები”, როგორც არის ბანაკის სისტემა, ციხეების გადავსებულობა, კრიმინალური გარემო, პიროვნული შესაძლებლობების რეალიზაციის ნაკლებობა, ოპერატიული-სააგენტო სისტემა და პატიმრების მიმართ არადაამიანური დამოკიდებულება, ხშირად არაკვალიფიცირებული სამედიცინო დახმარება და სამედიცინო ეთიკის ნორმების უხეში დარღვევა, რაც კიდევ უფრო ღრმა მაგრავმირებელი ფაქტორი ხდება პიროვნებისათვის.

ეს ფაქტორები უარყოფით გავლენას ახდენენ პიროვნების ადაპტაციის შესაძლებლობებზე და, წამებასა და არაადამიანურ ან ღირსების შემლახავ მოპყრობასა და დასჯასთან ერთად, უმეტეს შემთხვევაში, იწვევენ პიროვნების ქრონიკულ ცვლილებებს, რაც უპირატესად ვლინდება პიროვნების იზოლაციაში, ფსიქოლოგიურ აუტიზაციაში, უნდობლობასა და სამყაროსადმი უკიდურესად მგრულ დამოკიდებულებაში. ყოველივე ზემოთ მოყვანილი ხშირ შემთხვევაში მიზეზი ხდება მყარი “მგრის ხაგის” ფენომენის ჩამოყალიბებისა, რაც ხდება მიზეზი რეაბილიტაციის გართულებისა.

ჩვენი დაკვირვების შესაბამისად, ლტოლვილების შემთხვევაში მძიმე ფსიქო-ფიზიკური აშლილობების წარმოქმნაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დამატებითი (გრაფმის შემდგომი) სტრესული ფაქტორები, რომლებიც განვითარებად და ლტოლვილებში ქვეყნებში მეტად თვალსაჩინო ხდება, როგორც არის:

- № არსებული საომარი მდგომარეობანი;
- № მსოფლიო საზოგადოების მხრიდან ლტოლვილების გრაგედის მიმართ ყურადღების ნაკლებობა;
- № საზოგადოების ამ ნაწილისათვის დაცვის მექანიზმების არარსებობა;
- № სიკვდილის ან გაურკვევლობის მუდმივი შიში, საშინელი ინფორმაციის მოლოდინი (ოჯახის წევრის ან ახლო ნათესავის გარდაცვალება; მათი დაპატიმრება; ვინმეს გაუპატიურება და წამება);
- № დაუცველობის, უსარგებლობისა და უძღურების შეგრძნება, ეთნიკური დევნა – შევიწროება, სამყაროსაგან და საზოგადოებისაგან გარიყულ მდომარებაში ყოფნა.
- № ადამიანის გაგაცებისა და დაკარგვის შემთხვევები.
- № სოციალური მოთხოვნებისა და პიროვნული მოტივაციების შეზღუდვა

№ უკიდურესად შეზღუდული ჰუმანიტარული დახმარება, რომელიც განხილული უნდა იყოს, როგორც არაადამიანური ცხოვრების პირობები.

უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი დრამატული სიტუაცია იწვევს პიროვნების ქრონიკულ სულიერ და ფიზიკურ გრავიმირებას, რაც ვლინდება ქრონიკულ პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობაში ან სომატურ დაავადებებში, ქრონიკულ დეპრესიასა და შიშში, რომელსაც თან ახლავს სხვა სამყაროს და გარემოს მიმართ უნდობლობა და მტრული განწყობა, ინტერპერსონალური და ინტრაპერსონალური კონფლიქტები და სირთულეები. უკიდურესად კრიზისული მდგომარეობა ქმნის ადაპტაციასა და რეაბილიტაციასთან დაკავშირებულ სირთულეებს.

გარდა ამისა, უმეტეს შემთხვევებში ლტოლვილებს გააჩნიათ ძლიერი უნდობლობა და აუტოიზოლაციის ან თავიანთ თემში იზოლაციის ტენდენციები. ჩვენი აზრით, ეს არის შედეგი ძლიერი და ხანგრძლივი დისგრესისა და მომავლის გაურკვევლობისა. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ მიმდინარე კონფლიქტის ზონებში წამების მსხვერპლთა შორის წამების შედეგებს თან ერთვის ფართოდ გამოვლენილი პერმანენტული შფოთვით – ფობიკური სინდრომი, რომელსაც თან სდევს რელაქსაციის მიზნით ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისადმი ლტოლვა. ჩვენი აზრით, ამის მიზეზი არის მუდმივი საშიშროების მოლოდინის მდგომარეობა და უსაფრთხოების გარანტიების არარსებობა.

წამების ფიზიკური შედეგები

წამების მწვავე ფიზიკური შედეგები

როგორც უკვე წინა თავში მოკლედ იქნა აღნიშნული, მეგად ხშირია სხვადასხვა სახის ჰემორაგიული სინდრომის არსებობა, ასევე თავის ტვინის მწვავე გრავმა გონების დაკარგვით, ასევე ხშირია სხვადასხვა ლოკალიზაციის მოგეხილობანი და ამოვარდნილობანი, ტკივილით გამოწვეული ან სისხლდენით გამოწვეული გრავმული შოკი; სხვადასხვა სახის მწვავე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები.

ცენტრი « ემპათია »ს მიერ 2004 – 2005 წლებში ჩატარებული კვლევების შედეგად დადგინდა იქნა, რომ წამების მწვავე შედეგებს შორის უპირატესად გვხვდება შემდეგი დარღვევები შემდეგი თანაფარდობით :

წამების მწვავე ფიზიკური შედეგები

ფიზიკური გრავმა	სულ № 535	სიხშირე F
კრანიალური გრავმა გონების დაკარგვით	318	0.594
ჭრილობა	185	0.346
დამწვრობა	54	0.101
მწვავე სისხლდენა, ჰემორაგია	169	0.316
მოგეხილობანი და ამოვარდნილობანი	80	0.149
გულ – სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა	242	0.452
გრავმული შოკი	107	0.2
სასუნთქი სისტემის მხრივ დარღვევები	166	0.31
ინფექციური დაავადებები : TB,	40	0.075

ფალარათი, მწავე პროსტატიტი და სხვა.		
ურო – გენიტალური სისტემის მწავე დაზიანება	93	0.174
თირკმლის დაზიანება	92	0.172
დაქეილობა, ჰემატომა	242	0.452
ნეუროლოგიური დარღვევები პარეზი, პარალიზი, კრუნჩხვითი მოვლენები და სხვა	115	0.215
ოკულარული სისტემის მწავე დაზიანება	68	0.127
ოტო – ლარინგოლოგიური სისტემის მწავე დაზიანება	105	0.196

როგორც მოცემული ცხრილიდან ჩანს, ხშირია სხვადასხვა ორგანოს მხრივ სხვადასხვა დარღვევები, რაც უპირატესად უკავშირდება წამების გამოყენებულ მეთოდებს, ასე მაგალითად : ყელ – ყურ – ცხვირის სისტემის დაზიანებათაგან ყველაზე ხშირია დაფის აპკის დაზიანება – გახეთქვა « ტელეფონის » მეთოდის გამოყენებისას. ამგვარი დაზიანებანი უპირატესად აღწერილი იქნა პატიმრებში. დამწვრობა თავისი ლოკალიზაციისა და ფორმის მიხედვით მიუთითებს გამოყენებულ წამების მეთოდზე; მაგალითად სიგარეტით დამწვრობის კვალი ან უთოთი დამწვრობის კვალი და ა.შ. ოკულარული სისტემის მხრივ ხშირია ცემის შედეგად მხედველობის მწავე მოშლა ან ბალურის ჩამოშლის შედეგად ერთ ან ორივე თვალში მხედველობის დაკარგვა; თირკმელების საპროექციო არეში ცემის შედეგად ხშირია პასტერნაკის დაღებითი სინდრომის არსებობა, ჰემატურიით, შარდვის გაძნელება ან შეხუთვა. ფიზიკური ცემის შედეგად სხვადასხვა ბლაგვი საგნებით თითქმის ყოველთვის გვხვდება სხეულის სხვადასხვა ნაწილის დაქეილობა და სისხლნაჟღერებები, ხშირია სხეულის უნივერსალური დაქეილობაც. მჭრელი ან მხსველგავი საგნით დაზიანებისას ხშირია სხვადასხვა არეში ჭრილობები; ძალბედ ხშირად, როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, გვხვდება ჰემორაგიული სინდრომი და გრავმული შოკი, რაც დაკავშირებულია ცემასთან ან სხვა სახის წამების მეთოდების გამოყენებასთან : მოგებილობები, ამოვარდნილობანი ან სხვა ძლიერი ტკივილით გამოწვეული შოკი; აღწერილი იქნა შემთხვევები კომბინირებულად თავში ცემისა და ელექტრო-შოკის მეთოდების გამოყენებისას კრუნჩხვითი მოვლენებისა და გულყრის განვითარებისათვის, რაც შემდგომში ჩამოყალიბებულ იქნა გრავმული ეპილეფსიის დიაგნოზად; აგრეთვე აღსანიშნავია, რომ ხშირია ელექტროდენზე შეერთებით და აირწინაღობით მოგუდვა-მოსხრობის კომბინირებული წამების შემთხვევები.

წამების მოგვიანებითი და ქრონიკული ფიზიკური შედეგები

წამების გამოყენებული მეთოდების მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, ფიზიკური შედეგებიც გამოირჩევა მრავალფეროვნებით და ხშირად ერთსა და იმავე წამების მსხვერპლს აღნიშნება სხვადასხვა ორგანოთა სისტემის მხრივ დარღვევები. აქედან გამომდინარე, ხშირად ისმება კომბინირებული დიაგნოზი (რამოდენიმე ერთდროულად) და დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდი.

ამავე დროს, უნდა აღინიშნოს, რომ ისეთი ზოგადი ხასიათის არაჰუმანური და არაადამიანური მოპყრობის მეთოდები, რომელნიც ფართოდ არის დანერგილი იმ ქვეყნების საპატიმროებში, სადაც ინტენსიურად გამოიყენება წამების პრაქტიკა,

აქვეითებს ორგანიზმის რეაქტიულობას ან თვითონვე ხდება ცალკეულ ქრონიკულ დაავადებათა მიზეზი. ამგვარ პირობებს შესაძლოა მივაკუთვნოთ : სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების არქონა და მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების ხშირი შეზღუდვა, რაც სხვადასხვა სახის ინფექციური დაავადებებისა თუ კანის დაავადებების საფუძველი ხდება; ასე მაგალითად ჩვენს მიერ ფართოდ იქნა გამოვლენილი მუნის შემთხვევები, ასევე ხშირია ტუბერკულოზის ამ გზით გავრცელების შემთხვევები, რომელსაც ხელს უწყობს საკანთა გადავსებულობა, როდესაც ერთ 20 ადგილიან საკანში მორიგეობით სძინავს 60 პაციენტს; რაღა თქმა უნდა, ამგვარი სიტუაციები იწვევს აგრესიულობის ზრდასა და ძალადობას თვითონ პაციენტებს შორისაც ; საკანში ხშირად არ აღწევს დღის სინათლე, პაციენტები ვერ ხედავენ მზეს, არის გადაჭარბებული სინესტე და ა.შ ამგვარ პირობებში ხანგრძლივად მოხვედრილი პიროვნება არც ერთ შემთხვევაში არ რჩება ჯანმრთელი და მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა რაიმე დაავადება მწვავედ არ იქნას გამოვლენილი, ამგვარ პირობებში მოხვედრილი ადამიანი ციხიდან გამოსვლის შემდეგ ქრონიკულად ხდება დაავადებული, შეიძლება ითქვას, რომ მისი თითქმის ყველა ორგანო და ორგანოთა სისტემა მეტ – ნაკლებად გამოსულია მწყობრიდან, ისევე როგორც მისი ფსიქიკა.

სხვადასხვა სისტემის მხრივ გამოვლენილი დაზიანებები :

მხედველობის სისტემა

ოკულარული სისტემის მხრივ, როგორც აღვნიშნეთ, ხშირია დაზიანებები მწვავე პერიოდში, თუმცა ეს დაზიანებანი უკუგანვითარებას განიცდის; ქრონიკულ ფორმებში უპირატესად გვხვდება კონიუნქტივითები, ასევე შესაძლოა მხედველობის გაუარესება. თუმცა ხშირად პაციენტები უჩივიან თვალეში გაორებას და აკომოდაციის დარღვევას, ოკულისტის კონსულტაციისა და გამოკვლევის შემდეგ ნათელი ხდება, რომ აქ ორგანულ დაზიანებას არა აქვს ადგილი. ასეთ შემთხვევაში უნდა ვივარაუდოთ, რომ საქმე გვაქვს ეგრეთ წოდებულ « შოლგის სინდრომთან », რომელიც შემდეგში იქნება აღწერილი.

ყელ – ყურ – ცხვირის სისტემა

ყველაზე ხშირია ამ შემთხვევაში დაფის აპკის გახეთქვა – დაზიანება, რაც მიზეზი ხდება ჩირქოვანი ოტიტებისა და სმენის ქრონიკული დაზიანებისა. ოტიტი ატარებს ქრონიკულ ხასიათს და მიმდინარეობს ხშირი გამწვავებებით. ხშირია ძვილის გამრუდების შემთხვევები, რაც ხდება ცხვირით სუნთქვის გაძნელების, ძილის პრობლემების წარმოქმნის მიზეზი. აღსანიშნავია ასევე თავბრუსხვევის მოვლენები. ყოველივე აღნიშნული დაზიანება დგინდება ოტოლარინგოლოგის კონსულტაციის შედეგად. აუცილებელია სმენალობის განსაზღვრისათვის ტიმპანიტომეტრიული და აუდიომეტრიული გამოკვლევების ჩატარება, ასევე სრულფასოვანი სურდოლოგიური გამოკვლევა. იმ შემთხვევაში თუკი ადგილი არა აქვს რაიმე ორგანულ დაზიანებას, ან ნევროლოგიური ხასიათის დაზიანებას შესაძლოა ვივარაუდოთ « შოლგის სინდრომის » არსებობა.

კბილები

ვინაიდან ძალზედ ხშირად გამოიყენება ცემა სახის მიდამოში, ხშირია კბილების დაზიანების შემთხვევები, რაც გამოიხატება კბილების ამოგდებაში, ჩალეწვაში; ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ აღწერილია წამების მეთოდები, როდესაც გაუტკივარების გარეშე არა სტომატოლოგიური და არა სტერილური ინსტრუმენტებით, მაგალითად « პლოსკოგუფის»(ბრტყელტუნას) ან « გაზის » მეშვეობით, ხდება კბილების ამოღება ; რაც ხშირ შემთხვევაში ხდება ქრონიკული ინფექციის მიზეზი, ვითარდება ღრძილების ქრონიკული ანთება, კარიესი, რასაც ხელს უწყობს სანიტარულ – ჰიგიენური პირობების არ ქონა და ნორმების დარღვევა. ამგვარად, თითქმის ყველა წამების მსხვერპლს აღენიშნება სტომატოლოგიური პრობლემები, რაც საჭიროებს სტომატოლოგიურ მეთვალყურეობას მუდმივად, და ხშირად ამგვარი პრობლემა ხდება დისპეუსიურ დარღვევათა მიზეზიც.

სასუნთქი სისტემა

რესპირატორული დაავადებების მხრივ ზოგადი რეაქტიულობის დაქვეითების ფონზე ხშირია რესპირატორული ინფექციები, ადამიანი ხშირად ცივდება, ხშირად ემართება სურდო, ფილგვების ანთება. ასევე ამ თვალსაზრისით ხშირად ვხვდებით ტუბერკულოზის შემთხვევებსაც, რის გავრცელებასაც განაპირობებს ის არაადამიანური პირობები, რომელშიც წამების მსხვერპლი ან ზოგადად პაციენტი ხვდება, განსაკუთრებით კი ისეთ ციხეთა სისტემაში, რომელიც გავრცელებულია პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში.

გულ – სისხლძარღვთა სისტემა

წამების მსხვერპლთა შორის თითქმის ყოველი გადარჩენილი წარმოადგენს ჩივილებს გულ – სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, რაც მეტწილად ფსიქო – სომატური ხასიათისაა და შედეგია გადატანილი მძიმე სტრესისა ან შესაძლოა განვიხილოთ მასკირებული დეპრესიის სინდრომში, რაც განსაკუთრებით ნიშანდობლივია მამაკაცებში.

თუმცა აუცილებელია ჩაგარებულ იქნას სრულფასოვანი კარდიოლოგიური გამოკვლევა ორგანული დაზიანების გამორიცხვის მიზნით.

გულსისხლძარღვთა პათოლოგიის მხრივ საკმაოდ გავრცელებულია ისეთი დაავადებების შემთხვევები, როგორც არის ჰიპერტონული დაავადება, ასევე გულის ქრონიკული იშემიური დაავადება, მიოკარდიოდისტროფია. ამგვარი დაავადებების განვითარებაში მრავალი ფაქტორი მონაწილეობს და იგი ერთ-ერთი წამყვანია ხანგრძლივად არაადამიანურ პირობებში, ყოველგვარი უკმარისობის პირობებში ადამიანის ყოფნისას განვითარებულ სხვადასხვა ორგანოთა მხრივ განვითარებულ ქრონიკულ დისფუნქციათა შორის. თუმცა არსებობს გავრცელებული აზრიც, რომ გამოკვლევითა 72 % - ში 0% აღმოაჩნდა ორგანული ცვლილებები გულ – სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ (Juler, Shmidt-Nielsen, 1995). ამის გამო ხშირად ამგვარ ჩივილებს მიაკუთვნებენ « შოლტის სინდრომს ».

კუჭ – ნაწლავის სისტემა

ლიტერატურულ მონაცემებზე დაყრდნობით, გამოკვლეულთა 70% წარმოადგენს ჩივილებს კუჭ – ნაწლავის სისტემის მხრივ, თუმცა ამგვარი დარღვევები ობიექტური კვლევის შედეგად არ დასტურდება, მხოლოდ გამოკვლეულთა 30% აღნიშნება ობიექტურად დადასტურებული დარღვევები (Juler, Shmidt-Nielsen, 1995).

უპირატესად წარმოდგენილია წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ჩივილები: ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, მშიერი ტკივილის სიმპტომი, ბოყინი, გულისრევის შეგრძნება, თუმცა სტაგისტიკურად გასტროსკოპიული გამოკვლევა მხოლოდ 2 % - ში ავლენს დარღვევებს.

ცენტრი « ემპათია »ს მონაცემებით, ფართოდ არის წარმოდგენილი გასტრიტები, დისპეპსიური მოვლენები, კოლიტები, ხშირად დგინდება დისბაქტერიოზის დიაგნოზიც. ინფექციურ დაავადებათა შორის ვლინდება ქრონიკული ჰეპატიტები (გადატანილი A ჰეპატიტის შედეგად) არის შემთხვევები B და C ჰეპატიტების დიაგნოსტირებისა.

კუჭ – ნაწლავის სისტემის მხრივ დარღვევათა განვითარების მნიშვნელოვან საფუძველს როგორც გახანგრძლივებული სტრესული სიტუაცია, ასევე არაადმიანური ყოფითი პირობები, არა კონდიციური კვება, უსუფთაობა და სხვა ფაქტორები წარმოადგენს.

შარდ – სასქესო სისტემა

გამოკვლეულთა უმრავლესობა წარმოადგენს ამ სისტემათა მხრივ ჩივილებს. უპირატესად ამგვარი დარღვევების მიზეზი ხდება ცემა თირკმელებისა და მუცლის ან წელის არეში, სექსუალური ძალადობა, ელექტრო – შოკის გამოყენება გენიტალურ მიდამოში.

ცენტრი “ემპათია”ს მონაცემებით ხშირია თირკმელების საპროექციო არეში ტკივილები, დადებითი პასტერნაკის სინდრომით. შარდის ლაბორატორული გამოკვლევისას დგინდება მიკროჰემატურიის სინდრომი; ექოსკოპიური გამოკვლევისას აღმოჩენილ იქნა თირკმლის დაწვევის სინდრომიც, რაც დაკავშირებულია ასევე ცემასთან.

ღვენილთა შემთხვევაში მეტად ხშირად იქნა გამოვლენილი ქრონიკული პროსტატიტები მამაკაცებში, სექსუალური და რეპროდუქციული უნარის დაქვეითებით; ასევე ქალებში ქრონიკული ანთებითი მოვლენები შარდ – სასქესო სისტემის მხრივ; აღმოჩენილ იქნა სამეილოსნოს ფიბრომიომის შემთხვევები, რომელიც მეტად ხშირია პაგიმარ ქალთა შორის, თუმცა აღნიშნული დაავადებების პირდაპირი კავშირის დადგენა წამებასთან მეტად რთულია. ხშირია საკვერცხეების ქრონიკული ანთების კლინიკური გამოვლინება; მეტად ხშირად პაგიმარ ქალთა შორის გამოვლენილ იქნა დისმენორეის შემთხვევები; ნაადრევი კლიმაქსი; ამგვარი დარღვევები უპირატესად შეიძლება მივაკუთვნოთ ფსიქო – სომატურ დაღვევათა რიცხვს.

სექსუალური ძალადობა თავის ფსიქიკური თუ ფიზიკური კომპონენტებით, უსათუოდ იწვევს ლიბიდოს დაქვეითებას, სექსუალურ დისფუნქციასა და ურთიერთობების დარღვევას.

მამაკაცებში გაუპატიურების შედეგად ხშირად ვითარდება სწორი ნაწლავის მიდამოში სხვადასხვა სახის დარღვევები: ნახეთქები, ჭრილობები; ასევე ხშირია ყაბზობა, ნაწლავური დისფუნქციის მოვლენები.

ზოგადი მონაცემებით ამ სისტემათა დისფუნქციაზე ჩივილები შეადგენს 10 % , თუმცა მონაცემები არ შეიძლება ჩაითავლოს ზუსტად, ვინაიდან ხშირ შემთხვევაში

ეთნოკულტურული თავისებურებებიდან გამომდინარე, ხდება გაუპატიურებისა და სექსუალური ძალადობის შესახებ ინფორმაციის დამალვა წამების მსხვერპლის მხრიდან, ეს უპირატესად გამოვლენილია აღმოსავლეთის კულტურებში, მუსულმან ქალებში. ცენტრი “ემპათია“-ს მონაცემებით ამგვარი ინფორმაციის დამალვა განსაკუთრებით ხდება მამაკაცებში; ასევე ეს ინფორმაცია იმალება არასრულწლოვან წამების მსხვერპლ მამარობითი სქესის მამაკაცებში, და ხშირად ამის შესახებ ვარაუდით ხვდება ექიმი კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევების შედეგად; საკითხის დაზუსტება პაციენტთან მოითხოვს ძალზე დელიკატურ მიდგომას, თავისუფალი არჩევანის უფლებისა და კონფიდენციალობის აუცილებელ დაცვას.

სიმსივნური დაავადებანი

ცენტრი “ემპათია“-ს მიერ განსაკუთრებით ქალ პაციენტებში აღწერილ იქნა სიმსივნური დაავადებების განვითარების შემთხვევები, განსაკუთრებით კი საშვილოსნოსა და მკერდის სხვადასხვა სახის სიმსივნის სახით. ანამნეზური მონაცემებით ადგილი ჰქონდა ცემას მუცლისა და მკერდის არეში; თუმცა პირდაპირი კავშირისა და კანონზომიერების დადგენა, რა თქმა უნდა, ამგვარი მწირი გამოკვლევებით არ ხერხდება. უნდა აღინიშნოს, რომ მნიშვნელოვანი იქნება ამ მიმართულებით კვლევების გახშირება და გაფართოება.

ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემა

სამეცნიერო ლიტერატურიდან და ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად ნათელი გახდა, რომ წამების შედეგად ძალიან ხშირად ვლინდება ნევროლოგიური დარღვევები, რაც შეიძლება შედეგი იყოს წამების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებისა, განსაკუთრებით კი ისეთი მეთოდებისა, როგორც არის თავში ცემა, ელექტროდენით წამება და ა.შ.

ბოგიერთი მკვლევარის აზრით 85 % შემთხვევაში წამების მსხვერპლებს აღენიშნებათ ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ დარღვევები, აქედან თითქმის ნახევარში ეს დარღვევები ობიექტურადაც დასტურდება;

ცენტრი “ემპათია“-ს მონაცემებით, 2004 – 2005 წწ. გამოკვლეულ 535 წამების მსხვერპლთა შორის 347 პიროვნებას – 65 % აღმოაჩნდა კლინიკურ – პარაკლინიკური კვლევის შედეგად დადასტურებული ც.ნ.ს. დარღვევა. ხოლო ც.ნ.ს. ფუნქციური დარღვევის ნიშნები: თავბრუსხვევის, თავის ტკივილების, ძილის დარღვევის სახით, გამოვლინდა პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში; ასევე პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში იქნა გამოვლენილი პერიფერიული ფუნქციური მოშლილობანი ვეგეტატიური დისრეგულაციისა და გრემორის სახით.

ყველაზე ხშირია ჩივლები გაღიზიანებადობისა და აგზნებადობის მომატებაზე, თავის ტკივილებზე, ძილის დარღვევაზე, ასევე ყურადღების კონცენტრაციის უნარისა და მეხსიერების დაქვეითებაზე, განლევადობასა და ადვილად დაღლაზე. დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით ყველაზე ხშირად გავრცელებული დიაგნოზი ქალა – ტვინის გრაემის მყარი ნარჩენი მოვლენებია. პარაკლინიკური გამოკვლევების საფუძველზე (თვალის ფსკერის გამოკვლევა, CT, RO – გრაფია) გვხვდება ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისათვის დამახასიათებელი გამოვლინებანი, ასევე აგროფიული კერები; როგორც უკვე იქნა აღნიშნული ელექტრომოკისა და თავში ცემის ან მძიმე, რკინის საგნის ჩარტყმის (მაგალითად ოთხკუთხედი ფორმის ბოქლომი) შედეგად რიგ შემთხვევებში ადგილი აქვს კონვულსიურ სინდრომს,

დიაგნოსტიკურად ტრავმული ეპილეფსიის სინდრომი, რომელიც დასტურდება ე.ე.გ. გამოკვლევითაც.

ფიზიკური წამება ხშირ შემთხვევაში იწვევს პერიფერიული ტიპის დარღვევებსაც, რაც იწვევს სენსო – მოგორულ დისფუნქციას. ხშირად იგი ვლინდება მჭრელი ან მხვლევათი საგნით მიყენებული ჭრილობებისას, “ჩამოკიდებისას”, მიზანმიმართული ტრავმების შედეგად. ძირითადად პაციენტები უჩივიან ნაწილობრივ პარესთეზიას, რომელიც მგრძობელობის დაქვეითებაში გამოიხატება (Rasmussen, 1990).

ხშირია ნეიროგენული ტკივილების განვითარების შემთხვევებიც. განსაკუთრებით კი სამწვერა ნერვის მიდამოში, ასევე ადგილი აქვს ხშირ შემთხვევაში საჯდომი ნერვის ქრონიკული ანთების განვითარებასა და სხვადასხვა სახის ნევრალგიებს, რასაც განაპირობებს არა მარტო გეგმაზომიერი დარღვევები, არამედ არაადამიანურ პირობებში ყოფნა, სიცივე, სინესტე და ა.შ. ძალიან ხშირია რადიკულოპათიები. ყოველივე აღნიშნული აგარებს ქრონიკულ ხასიათს და საჭიროებს პერიოდულ მკურნალობას, შესაძლოა მთელი სიცოცხლის მანძილზე; ასევე საყურადღებოა, რომ აღნიშნული მდგომარეობანი შესაძლოა პერიოდულად გაუმჯობესდეს მკურნალობის ფონზე; ხშირია სეზონური გამწვავებებიც.

საყრდენ – მამოძრავებელი სისტემა

როგორც ცნობილია, საყრდენ – მამოძრავებელი სისტემა წამების შედეგად მნიშვნელოვნად ზიანდება. დანიის წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საერთაშორისო საბჭოს მონაცემების თანახმად, გამოკვლევულ პაციენტთა 90 % - ში აღინიშნება ამ სისტემის მხრივ ჩივილები, რომლებიც (86 % - დან 74 % - ში) მტკიცდება ობიექტურადაც (Juler, Shmidt-Nielsen, 1995); ცენტრი “ემპათია”-ს მონაცემებით, 2004 – 2005 წლებში გამოკვლევულ 535 წამების მსხვერპლთა შორის 20 % აღმოაჩნდა ობიექტურად დადასტურებული ძვალ – სახსროვანი სისტემის მხრივ დაზიანება, ხოლო ჩივილებს კუნთებისა და სახსრების ქრონიკული ტკივილების შესახებ წარმოადგენდა 89 %. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად უპირატესად გამოვლინდა ხერხემლის მალეების მოგეხილობები და დისკომები ან მანკიერი შეხორცების შედეგად განვითარებული ტკივილისა და მოძრაობის შეზღუდვის მდგომარეობანი, რაც ხშირ შემთხვევაში გამოწვეული იყო ხერხემლის, განსაკუთრებით კი წელის მიდამოში გეგმაზომიერი დარღვევებით. გამოვლენილი იქნა ასევე მუხლის სახსრის დაზიანებები, რაც კლინიკურად ტკივილში, მუხლის სახსრის შესივებასა და შეწითლებაში, მოძრაობის შეზღუდვაში ვლინდებოდა. //

უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად ძვალსახსროვანი სისტემის მხრივ დარღვევები შერწყმულია ნევრალგიებთან, რადიკულოპათიასა და სხვა ნევროლოგიურ დარღვევებთან.

ასევე აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ თითქმის ყველა შემთხვევაში პაციენტს აღინიშნება ფიზიკური წამების შედეგად ქრონიკულად მიმდინარე ტკივილის, დაძაბულობისა და დაღლილობის სინდრომი, განსაკუთრებით კისრის, თავისა და ზედა კიდურების მიდამოში, თუმცა ხშირად იგი ვრცელდება მთელს სხეულში. ამავე დროს, ობიექტური დაზიანების ნიშნები წამებიდან მოგვიანებით პერიოდში არ ვლინდება. ამგვარი სინდრომი ცნობილია “შოლგის სინდრომის” სახელწოდებით და წარმოიქმნება განსაკუთრებით ავტოკატასტროფების დროს ჰორიზონტალური დაჭიმვის შედეგად. ამგვარი სინდრომი ხშირად წარმოიქმნება უკნიდან თავში ცემის შედეგად და მისი ქრონიკული შედეგები ვლინდება საკმაოდ

გამოხატულ სიმპტომოკომპლექსში, ვინაიდან მიანდება არა მარტო ხერხემლის კისრის მიდამო დისკებითა და მყესებით, არამედ ასევე თავის ტვინისაკენ მიმავალი ნერვები, სისხლძარღვები და რბილი ქსოვილები. აქედან გამომდინარე, კისრის მიდამოს ტკივილების გარდა, რომელიც ხშირად ირადირდება გემო კიდურებში, პაციენტს აღენიშნება მხედველობის დაქვეითება, თავბრუსხვევა, ყურებში შუილის შეგრძნება, შაკიკის მაგვარი თავის ტკივილები, სახის ნერვთა პარესთეზია, კბილის ტკივილი, ტკივილი გულმკერდის არეში, განსაკუთრებით გულის არეში, კუჭ – ნაწლავის სისტემის მხრივ დარღვევები და სხვა. თუკი აღნიშნულ სიმპტომებს ობიექტურად დადასტურებული სხვა საფუძველი არ გააჩნიათ, ისინი მეტყველებენ “მოლგის სინდრომის” ჩამოყალიბებაზე.

კანი

ხშირად ღია ჭრილობების შედეგად რჩება ნაწიბურები და შრამები, ასევე ხშირია ნაწიბურები მიყენებული დამწვრობის შედეგად. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად არააღამიანურ პირობებში მოხვედრის შედეგად, ვითარდება კანის ქრონიკული ინფექციები, რომელნიც ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებს, ისეთები როგორიც არის პიოდერმია; ხშირია სტრესულ ნიადაგზე და შეცვლილი რეაქტიულობის ფონზე ალერგიული დერმატიტებისა და ნეიროდერმიტის განვითარების შემთხვევებიც. ჩვენს მიერ შესწავლილ პაციენტთა შორის, განსაკუთრებით კი არასრულწლოვან პაციენტებში, აღმოჩენილ იქნა ქრონიკული პიოდერმიტები, რომელიც განვითარდა ხანგრძლივად მუნით დაავადების შემთხვევებში.

ენდოკრინული სისტემა

უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევებში 535 წამების მსხვერპლიდან 42 ადამიანს (7 %) აღმოაჩნდა ენდოკრინული დარღვევები. ისინი აღნიშნავდნენ, რომ მსგავსი დარღვევები მათ აღრე არ აღენიშნებოდათ; ჩვენი დაკვირვებებით ძალზედ ხშირია წამების შედეგად ან წამების პროცესშივე სისხლში გლუკოზის დონის მომატება, რაც შემდგომში რიგ შემთხვევებში ყალიბდება მაქრიანი დიაბეტის სახით; ასევე გამოვლენილ იქნა თირეოტოქსიკოზის ან ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციონირების სხვა დარღვევები, ენდოკრინოპათიული სიმსუქნე და სხვა. თუმცა ძალზე ძნელია მუსგად განსაზღვრო ამ დარღვევათა მუსტი მიზეზ – შედეგობრივი კავშირი წამებასთან, შესაძლოა ვივარაუდოთ ფარული ფორმების ან მიდრეკილებების მანიფესტირება წამების შედეგად.

ფსიქო – სომატური დარღვევები

უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირ შემთხვევებში წამების შედეგები ფსიქო – სომატური წარმოშობისაა და მიუთითებს მძიმე და ქრონიკული სტრესული სიტუაციის შედეგად განვითარებულ სომატომატიაზე. ცენტრი “ემპათიას” მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად ფსიქოსომატურ სიმპტომთა შორის უპირატესად ფართოდ იქნა გამოვლენილი სომატო-ვეგეტატიური დისრეგულაციის მოვლენები: სიმპტომური ჰიპერტენზიის, პულსის აჩქარების, ოფლიანობის, ჰიპერსალივაციის, ლიბიდოს ცვლილების, მადის მოშლისა და სხვა გამოვლინებათა სახით, რაც შერწყმული იყო ხშირად ც.ნ.ს. ფუნქციურ დარღვევებთან – თავბრუსხვევის, კოორდინაციის მოშლის, ძილის დარღვევის, თავის ტკივილების სახით. წამების მსხვერპლ ქალთა შორის სპეციფიურად გამოვლინდა დისმენორეა და ნაადრევი

კლიმაქსი, ხოლო ბავშვებსა და მოზარდებში – ფუნქციური ენურების შემთხვევები. ხშირად ამავე ტიპის აშლილობებს შესაძლოა მივაკუთვნოთ კუჭ – ნაწლავის სისტემის მხრივ გამოვლენილი დარღვევები, რომელნიც უპირატესად ყაბზობის, ან პირიქით, ხშირი დიარეების სახით იქნა გამოვლენილი.

თავი IV. დიაგნოსტიკა და ექსპერტიზა

როგორც უკვე იქნა აღწერილი, წამების ფიზიკური თუ ფსიქიკური შედეგები შესაძლოა გამოირჩეოდეს მრავალფეროვნებით, რაც საფუძველი ხდება დიაგნოსტიკისათვის მრავალი მეთოდის გამოყენებისა.

პირველადი ინტერვიუ

მეგად საყურადღებოა წამების მსხვერპლთან ინტერვიუს დროს შემდეგი პრინციპების დაცვა, რათა შეძლებისდაგვარად წამების მსხვერპლს შეუქმნათ უსაფრთხო გარემო და მოვიპოვოთ მისი ნდობა:

- კონფიდენციალობის პრინციპის სრული დაცვა
- მოთხოვნის შემთხვევაში ანონიმურობის სრული დაცვა
- პროფესიული დამოუკიდებლობა და მიუკერძოებლობა
- ინფორმირებული თანხმობა

პირველადი ინტერვიუს ჩატარებისას, მთავარი მიზანია ურთიერთნდობაზე დაფუძნებული კონტაქტის დამყარება. ამისათვის აუცილებელია წამების მსხვერპლს ზედმიწევნით აეხსნას გამოკვლევის გეგმა, მეთოდები, მომსახურების სახეები და მოსალოდნელი შესაძლო შედეგები. წამყვანი საკითხი წამების მსხვერპლის გამოკვლევისას და განსაკუთრებით კი პირველადი ინტერვიუს ჩატარებისას არის შეძლებისდაგვარად უსაფრთხო გარემოს შექმნა; ამ მიზნით აუცილებელია, რომ ინტერვიუ თუ სამედიცინო გამოკვლევა მიმდინარეობდეს კონფიდენციალურად, მხედველობისა და სმენითი დისტანციის არის მიღმა, ყოველგვარი სამართალდამცავი სტრუქტურების წარმომადგენელთა თუ უცხო პირთა გარეშე. უსაფრთხო გარემოს შექმნა იმ ქვეყნებში, სადაც წამების პრაქტიკას აქვს ადგილი, მეგ-ნაკლებად ძნელია. რაღა თქმა უნდა, ამგვარი გარემოს შექმნა პოლიციის იზოლაციაში, სადაც წამებას ჰქონდა ადგილი, ძალზედ ძნელია. ამიგომ სამედიცინო ინტერვიუს დროს ექიმმა უნდა მოითხოვოს სრული კონფიდენციალურობა, და თუკი არ არსებობს პატიმრის თანხმობა ან სიგუაცის შეფასებისას უსაფრთხოების გარანტიები ვერ მოიძებნება, თავი უნდა შეიკავოს ყოველგვარი კომენტარისაგან და საგამომძიებლო ორგანოებს უნდა განუცხადოს, რომ ისინი წერილობით დასკვნას მიიღებენ მხოლოდ ოფიციალური მომართვის შემდეგ და, პატიმრის თანხმობის შემთხვევაში, იგი მოგვიანებით გაეგზავნებათ.

სამედიცინო გამოკვლევები და ექსპერტიზა უნდა მიმდინარეობდეს სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც პაციენტი მეგ-ნაკლებად უსაფრთხოდ იგრძნობს თავს, თუმცა გოტალიგარული რეჟიმების პირობებში წამების მსხვერპლი წამების პრაქტიკის მქონე ქვეყანაში ყოველთვის დაუცველად გრძნობს თავს.

ასევე საყურადღებოა, რომ წამების შესახებ დეტალური ინფორმაციის მისაღებად ერთი ვიზიტი შესაძლოა საკმარისი არ იყოს, უნდა იქნას გათვალისწინებული წამების სახე და ეთნოკულტურული თავისებურებანიც, ასე

მაგალითად გაუპატიურების შემთხვევაში, ხშირად წამების მსხვერპლებს არ სურთ ამ თემაზე საუბარი და გახმაურება, ისინი მოითხოვენ ამ ფაქტის დამალვას ოჯახის წევრებისგანაც. ამისათვის თერაპევტს, რომელიც უშუალო კონტაქტში იმყოფება წამების მსხვერპლთან, უნდა ჰქონდეს მოსმენის უნარი და მოთმინება, რათა პაციენტმა შეძლოს ბოლომდე გახსნა და, ამავე დროს, არ იქნას განმეორებით გრავმირებული.

ძალზე მნიშვნელოვანია წამების მსხვერპლისათვის მხარდამჭერი გარემოს შექმნა. ამ თვალსაზრისით აუცილებელია გამომკითხველის სწორად შერჩევა, გენდერული ფაქტორების, ასაკის, ეთნიკური ფაქტორების, პირადი ისტორიისა და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით. ასე მაგალითად სექსუალური წამების შემთხვევაში თიკი მსხვერპლია ქალია, უმჯობესია გამომკითხველი იყოს ქალი. სევე უნდა აღინიშნოს, რომ მხარდამჭერი გარემოს შექმნაში შეასაძლოა დიდი როლი შეასრულოს ოჯახის წევრმა, ადვოკატმა, უფლებათა დამცველმა, მეგობარმა ან თარჯიმანმა. იდი მნიშვნელოვანია ენიჭება თარჯიმანებთან მუშაობას:

- გამოკითხვის დროს თარჯიმნები შესაძლოა კრიტიკული მონაწილეები იყვნენ, ისინი არ არიან „ცარიელი კედელი“.
- თარჯიმნებმა შესაძლოა გამომკითხველს დახმარება გაუწიონ როგორც კულტურის საკითხების „მრჩეველებმა“
- თარჯიმნები წამებაგადაგანილთათვის უნდა იყვნენ ნდობის აღმძვრელები, არ იწვევდნენ სირცხვილს, აკმაყოფილებნენ გამომკითხველთან დაკავშირებული კრიტერიუმების მსგავს კრიტერიუმებს.
- თარჯიმნებს შესაძლო ჰქონდეთ გამომკითხველების მსგავსი რეაქციები, მათ შორის კონგრ-გრანსფერენსი და ირიბად გადაცემადი გრავმაგიზაცია..
- ისინი - თუ შესაძლებელია - უმრუნველყოფილ უნდა იყვნენ გრენინგით, დახმარება-მრუნვითა და მეთვალყურეობით. უკიდურეს შემთხვევაში თარჯიმანს უნდა ჩაუგარდეს ინსტრუქტაჟი გამომკითხველამდე, ხოლო გამომკითხვის შემდეგ ჩაუგარდეს „გამომკითხვა“.

დამხმარეთა მიმართ უნდობლობა, რაც ხშირად ნიშანდობლივია წამების მსხვერპლისათვის შესაძლოა გამოწვეული იყოს შემდეგი მიზეზებით:

- წამებაში მონაწილე ექიმები ან დახმარების სფეროს სხვა ექსპერტები
- დამხმარის გაურკვეველი ფუნქცია
- გაურკვეველია კონფიდენციალობის საკითხი
- დევნის შემდგომი რეაქტიული პარანოია
- ფსიქიატრიული/ფსიქოლოგიური სტიგმაგიზაცია
- განსხვავებული/ იგივე ეთნიკური/პოლიტიკური/გენდერული ჯგუფი

წარმატებული გამომკითხვისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია შეძლებისდაგვარად პოზიტიური გარემოს შექმნა, რომელიც არ იქნება მსგავსი დაკითხვისა ან სასამართლო პროცესისა და თავისი კონსტრუქციითა და მანერით არ მოაგონებს მსხვერპლს ამგვარ პროცედურებს. ამგვარად, გამომკითხვისას აუცილებელია მეგობრული გარემოს შექმნა, რომლის მოკლე საკონტროლო ჩამონათვალი შემდეგია:

- გარკვეული და საიმედო ინფორმაციის მიცემა, კითხვების დასმისა და ეჭვების გამოთქმისათვის დროის მიცემა,
- აშლილობის მაუწყებელ სიგნალების (დისოციაცია, დაძაბულობა, ოფლიანობა, მოუსვენრობა) ამოცნობა და „უსიგნო ენის“ (არავერბალური კომუნიკაცია) ცოდნა,

- უსუსურობის შეგრძნების გამწვავების თავის არიდება წამებაგადაგანილებაში,
- კონგროლირებადობა: წამებაგამოვლილი უნდა იმყოფებოდეს ადექვატური კონგროლის ქვეშ კრიტიკულ მომენტებში,
- მანძილის უზრუნველყოფის მიზნით შესაფერისი ზომის ოთახი,
- დროისა და უსაფრთხოების სიგნალების მნიშვნელობა.
- გამოავლინეთ ისეთი სიგუაციები და ობიექტები, რომლებიც იწვევენ ძალიან ინტენსიურ მოგონებებს,
- გაეცანით ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს ურთიერთქმედების დროს, მათ შორის კონგრ-გრანსფერსის რეაქციებს,
- უზრუნველყავით საკმარისი დრო ყველა სახის გამოკითხვისათვის, თუ საჭიროა, დაყავით უფრო მოკლე გამოკითხვებად,
- დაასრულეთ გამოკითხვა მისაღები ან პოზიტიური სახის განცხადებით,
- შექმენით პოზიტიური გარემო გამოკითხველისათვის. აღიარეთ თქვენი საკუთარი დაძაბულობა ან არაკომფორტულობის შეგრძნება. მიენდეთ თქვენს სხეულს. თავი აარიდეთ გადაწვას.

უნდა აღინიშნოს, რომ „უმტკივნეულო“ სამედიცინო პროცედურებმა შესაძლოა წარმოქმნას წამების შესახებ მოგონებები.

მაგალითები:

ელექტროკარდიოლოგიურმა ელექტროდებმა შესაძლოა გამოიწვიოს დენით წამების მოგონებები,

შემოწმების მიზნით ფეხების გაწევა წარმოქმნის გაუპატიურებასთან დაკავშირებულ მოგონებებს,

გასტროსკოპია ან კბილების მკურნალობა იწვევს ორალური გაუპატიურების მოგონებებს.

შემოწმების ან ფიზიოთერაპიის დროს მკლავის მოძრაობამ შესაძლოა გამოიწვიოს წარსულში გადაგანა (არასასურველი მოგონებები).

უნდა აღინიშნოს, რომ თუ ინტერვიუს ჩაგარება განხორციელდა კარგად და სათანადო პირობებში, შემოწმებამ ან გამოკითხვამ შესაძლებელია გააუმჯობესოს ფსიქოლოგიური მდგომარეობა და იქონიოს თერაპიული ეფექტი (თუმცა ვერ შეცვლის შემდგომში აუცილებელ მკურნალობას), რაც შეიძლება შემდეგში გამოიხატოს:

- მოგონებებთან და სიგუაციებთან მართვადი (ხშირად თანდათანობით) ბრძოლით, ფსიქოლოგიური წამების ან წამებაგადაგანილის თვითდანაშაულის გრძობების შედეგად წარმოქმნილი დამახინჯებული ფაქტების გარკვევა და დაბნეულობის დაძლევა,
- დამნაშავის წინააღმდეგ ჩვენების მიცემითა და ფრაგმენტული მოგონებების სრულად აღდგენით წარმოდგენის შექმნა. ამის შედეგად წამებაგადაგანილი ხელახლა რწმუნდება თავის სოციალურ სტატუსსა და ღირებულებებში.

ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს გამოკითხველისა და წამებაგამოვლილის ურთიერთობაზე, შეიძლება სრულიად შემთხვევით გახდეს შესამჩნევი ან საერთოდ გამორჩენილი იქნას მხედველობიდან. მაგრამ

გამოცდილი გამომკითხველი გულმოდგინედ უნდა დააკვირდეს ასეთ ფაქტორებს, რომ მათი დახმარებით მიიღოს დამატებითი ინფორმაცია..

ეს ფაქტორები გავლენას ახდენენ გამოკითხვაზე გაუცნობიერებლად და უმართავად, ამან შეიძლება განაპირობოს გამოკითხვის დაბალი ხარისხი, მნიშვნელოვანი ინფორმაციის დაკარგვა, ბრძოლა, და გადაწვა.

მაგალითები:

- გრანსფერი
- კონგრ-გრანსფერი
- პროექციული იდენტიფიკაცია
- საიდუმლოზე დაფუძნებული ურთიერთობანი

გამოკითხვის ფსიქო – დინამიური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია:

კონგრ-გრანსფერის რეაქცია. ამკამად არსებული გაგებით ექიმში/გამომკითხველში გამოწვეული ყველა ემოციური რეაქცია, ასახავს როგორც წამებაგადაგანილის/კლიენგის, ასევე ექიმში/გამომკითხველის (ან სხვა დამსწრეების, მაგალითად თარჯიმნების) პერსონალურ ფსიქოლოგიურ ისტორიას (მათ შორის „მეხსიერებიდან ამოვარდნილი მომენტები“). გრძნობების მართვა ასეთ შემთხვევაში უმნიშვნელოვანესია: გაერკვიეთ თქვენს გრძნობებში, მაგრამ ნაჩქარევად ნუ მოახდენთ რეაგირებას, თქვენმა გრძნობამ შესაძლოა გაგახსენოთ წამების მთელი პროცესი - მსხვერპლის დამოკიდებულება, წამებაზე დამკვირვებელი, ან ჯალათი და სხვა.

გადაგანის რეაქცია:

- პაციენტში არსებული ყველა ემოციური რეაგირებისა და ქცევის სახეები, მათ შორის აღრე განცდილი მომენტებიდან (მაგალითად წამებიდან) აწმყო დროში „გადმოგანილი“ ემოციები და რეაქციები.
- შემთხვევის მაგალითები: მსხვერპლის დაკითხვისას ჯალათის მიმართ გამოვლენილი რისხვა ან უარყოფითი დამოკიდებულება ახლა მიმართულია გამომკითხველის მიმართ. გამომკითხველი ღიმიანდება, მას ხომ დახმარება სურს..

საიდუმლოზე დაფუძნებული ურთიერთობანი

უცყვი და ხშირად გაუცნობიერებელი „შეთანხმება“ მსხვერპლსა და გამომკითხველს/ექიმს შორის არასასაიმოვნო ან საფრთხილო მომენტების თავიდან აცილების შესახებ. ეს ამცირებს განსახილველი საჭირობოროტო საკითხების რიცხვს, მაგრამ იცავს მსხვერპლს ხელახალი გრაემირებისაგან, ან სხვა პირს გრაემირებისაგან.

მაგალითები:

გამომკითხველმა თავად გადაიგანა ომის გრაემა და შეიძლება მოერიდოს ამ საკითხის წამოჭრას გამოკითხვის დროს, თავის ომისდროინდელი მოგონებების შიშით. ამ დროს იკარგება მნიშვნელოვანი ინფორმაცია.

მართვა:

ეძიე დახმარება, გაერკვიე საკუთარი შიშის გრძნობაში და გადაგანილ მტკივნეულ წარსულში (“მეხსიერებიდან ამოვარდნილი მომენტები”).

მნიშვნელოვან ინფორმაციას წამებაგადაგანილთათვის წარმოადგენს შემდეგი ახსნა – განმარტებანი, რომ ზოგიერთი სიმპტომის აღმოცენება ნორმალური რეაქციაა. ზოგიერთი სიმპტომი აღინიშნება წამებაგადაგანილთა უმრავლესობის შემთხვევაში.

- სიმპტომები, ხშირად ასახავენ წამების გადაგანის სტრატეგიებს, და ასეთ შემთხვევაში ხდებიან „მეგობრები“
- სიმპტომები ასევე შესაძლოა ასახავდეს დამნაშავეს განზრახვას.
- არაადექვატური ან ძალიან ძლიერი სირცხვილის ან დანაშაულის გრძნობა ჩვეულებრივი მოვლენაა და უნდა იქნეს დაძლეული
- მეგობრებისაგან ყურადღებასა და მხარდაჭერას და საუბარს შესაფერის პირობებში შეუძლია დახმარება, ბევრი სიმპტომი შეიძლება დაძლეული იქნას.

გამოკითხვისას და ზოგადად დაგნოსტიკის დროს ყურადღება უნდა დაეთმოს ევრეთ წოდებული “არაპირდაპირი ტრავმირების” მოვლენებს. ზეგავლენა მათზე, რომლებიც კავშირში არიან წამებაგადაგანილებთან. მათ გამოცდილებასთან ან წამების დამსწრეებთან მოიცავს:

- დამხმარეებს, და მათ ვინც აწარმოებს გამოკითხვას:
- ოჯახის წევრებს და ნათესავებს, მათ შორის საყურადღებოა, მეორე და მესამე თაობის ფენომენი (ტრავმა) – უხეში ძალადობის გავლენა შესაძლოა ისეთი მწვავე იყოს, რომ ბავშვებს – და შეილიშვილებსაც კი – შესაძლოა განუვითარდეთ ტრავმის განსაკუთრებული სახის სიმპტომები.

რამი შეიძლება გამოვლინდეს ეს პრობლემები და რა უნდა იქნას გაკეთებული:

- **დამხმარეები, გამომკითხველები:**
სტრესის გავლენა, კონგრ-გრანფერის რეაქცია, „დაქანცულობა“ (გადაწვა ხანგრძლივი კონტაქტის შედეგად: გადაღლილობის შეგრძნება, გაღიზიანებადობა, ცინიკურობა, პარგნიორული პრობლემების წარმოქმნა), სხვადასხვა სიმპტომების გამოვლენა.
რა უნდა გაკეთდეს: შემუშავდეს სტრესის მართვის სტრატეგიები, გამოყენებული იქნას სუპერვიზია ან ჯგუფის მხარდაჭერა

თქვენ და თქვენი ოჯახის ჯანმრთელობა – და გამოკითხვის ხარისხი დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ დაძლეეთ ამ პრობლემებს.

- **ოჯახი:**
შესაძლოა საჭირო გახდეს დახმარება იმისათვის, რომ გაგებული და დაძლეული იქნას წამებაგადაგანილის პრობლემები. (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

ზემოთ მოყვანილიდან გამომდინარე, აუცილებელია აღინიშნოს, რომ წამების მსხვერპლის სამედიცინო – ფსიქოლოგიური ექსპერტიზის შემთხვევაში, საკითხი უნდა დადგეს რეაბილიტაციის შესახებაც, ვინაიდან პაციენტმა მიიღოს პოზიტიური სტიმული და დახმარება, აუცილებელია საექსპერტო დასკვნა მოიცავდეს რეკომენდაციებსაც და პაციენტს მიეცეს ინფორმაცია, თუ სად შეუძლია დახმარების მიღება, ამავე დროს, უნდა იქნას განმარტებული, რომ საექსპერტო დასკვნა მას მოეხმარება სასამართლო დავის გადაწყვეტასა და წამების მტკიცებულებების დოკუმენტირებაში.

ძალზე მნიშვნელოვანია წამების მსხვერპლის ზუსტი დიაგნოსტიკა. ამას მნიშვნელობა აქვს როგორც სწორი მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმის შედგენისა და ჩატარებისათვის, ასევე ექსპერტიზისა და სასამართლოსთვისაც.

როგორც ზემოთ არაერთხელ იქნა მოყვანილი, წამების შედეგები გამოირჩევა მრავალფეროვნებით და მოიცავს როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქიკურ კომპონენტსაც, ამის გათვალისწინებით ექსპერტიზა, ისევე როგორც სამედიცინო დიაგნოსტიკა, ჩატარებულ უნდა იქნას სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ; აუცილებელია მასში მონაწილეობდეს როგორც ზოგადი პროფილის თერაპევტი, ასევე ფსიქიატრი, ნევროლოგი, გრავმატოლოგი, ფსიქოლოგი, და კლინიკურ სიმპტომთა ანალიზის გათვალისწინებით – სხვა ცალკეული დარგის სპეციალისტები: კარდიოლოგი, სტომატოლოგი, ოტოლარინგოლოგი, გინეკოლოგი და სხვა; სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარებისას იგივე ჯგუფს უნდა დაემატოს სასამართლო ექსპერტებიც. შესაბამისად, პარაკლინიკური გამოკვლევები ასევე გამოირჩევა მრავალპროფილურობით და ამგვარი გამოკვლევების გეგმას ერთად აღგენს შემთხვევის მმართველის თაოსნობით სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური ჯგუფი.

ამგვარად, დიაგნოსტიკა მოიცავს:

- პირველად ინტერვიუს
- კლინიკურ გამოკვლევას, რომელსაც, როგორც უკვე იქნა აღწერილი, ატარებს სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური ჯგუფი. იგი მოიცავს გარეგნულ დათვალიერებას, კლინიკურ გასინჯვას სხვადასხვა სპეციალისტთა მიერ, პაციენტის კომენტარების შესაბამისად ცალ-ცალკე უნდა იქნას განხილული აღრინდელი დაზიანებების მდებარეობა და გამომწვევი მიზეზები და ის დაზიანებები, რომელიც პაციენტის მიერ აღიწერება, როგორც წამების შედეგები; კლინიკური გამოკვლევა თერაპიული და სხვა სპეციალისტთა კონსულტაციების გარდა უნდა მოიცავდეს პაციენტის ფსიქიკურ სტატუსს და ასევე ნევროლოგიურ სტატუსს;
- ფსიქიკური სტატუსის აღწერისას საყურადღებოა ფსიქოლოგიური გამოკვლევის შედეგების ჩართვაც;
- **კითხვარებისა და შეფასების შკალების გამოყენება:** კლინიკურ დიაგნოზთან უმრავლესობა, განსაკუთრებით აფექტური აშლილობებისა და პკსა-ს დიაგნოზი, შეიძლება დაისვას კლინიკური გამოკითხვებისა და გამოკვლევების საფუძველზე, მაგრამ შესაძლოა სასარგებლო აღმოჩნდეს სათანადო თვითშეფასება ან შემფასებლის მიერ ჩატარებული გამოკითხვები ან აუცილებლობის შემთხვევაში, თუ გამოყენებულ უნდა იქნას ობიექტური ან დამატებითი საშუალებები, მოსალოდნელია სკრინინგის ჩატარება, ან უნდა შეფასდეს ხანგრძლივი კურსი. გამოყენებულმა საშუალებებმა უნდა ასახოს ძლიერი გრავმის გამომწვევ სტრესგადატანილი ადამიანების ენისა და წერა-კითხვის ცოდნა, კულტურა და მათში გამოვლენილი სომატური და ფსიქიატრიული აშლილობებისა და რეაქციების შეთავსებადობა.
- სტრუქტურული კლინიკური გამოკითხვები: ფსიქიატრიულ აშლილობებთან დაკავშირებული სტრუქტურული და ნახევრად სტრუქტურული გამოკითხვები შეიძლება დაეხმაროს გამომკითხველს გაეცნოს დიაგნოსტიკურ კატეგორიებს და

წარმოადგინოს კვლავწარმოებითი სტანდარტი განმეორებითი ტესტირების შედეგების სათანადო მდგრადობით. ჩამოთვლილი საშუალებები დამტკიცებულია მრავალ ენაზე და განიხილება, როგორც „ოქროს სტანდარტები“. ყველა ეხება პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობას.

- შეზღუდვები: ზოგიერთი აშლილობა არ არის განხილული; ორიენტაცია კვლევაზე; კვლევის საშუალებები არ უნდა იყოს საზოგადოებისათვის მიუღებელი; საჭიროა ტრენინგი. აღნიშნული საშუალებები ასევე სიცოცხლისნდელი დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას იძლევა! (ხანგრძლივი რეგროსპექტული შეფასება). ყურადღება გამახვილებულია აშლილობებზე; სხვა შედეგები არ არის განხილული; არანაირი კომპლექსური პგსა.
- SCID (სტრუქტურული კლინიკური გამოკითხვა DSM-IV–თან დაკავშირებით): DSM IV, გამოცდილი შემფასებლებისათვის.
- CIDI (კომპიუტერიზებული საერთაშორისო დიაგნოსტიკური გამოკითხვა): ICD 10, DSM IV, ნაკლებად გამოცდილი შემფასებლებისა და ეპიდემიოლოგიური კვლევებისათვის.
- SCAN (კლინიკური შეფასების შკალები ნეიროფსიქიატრიაში): ICD 10, DSM IV. PSE 10 დაყრდნობით, გამოცდილი შემფასებლებისათვის.
- CAPS (კლინიკისგან მიერ გამოსაყენებელი პგსა შკალა) სათანადოდ დამტკიცებული პგსა-ს შესაფასებელი საშუალება (ასევე, მრავალი გრაფის ან პატიმრობის შემდეგ, და ხანგრძლივი კურსისათვის) მოიცავს „კომპლექსურ“ პგსა-თან დაკავშირებულ ნაწილს („თანმხლები სიმპტომები“). შენიშვნა: DSM IV-ის საფუძველზე.
- გრაფის შეფასების ჰარვარდის კითხვარი (HTQ): ზოგიერთი ნაწილი, მათ შორის მოვლენებისაგან, თავის ტვინის გრაფისაგან, ზოგადი პგსა-ს თანმხლები სიმპტომებისაგან.
- საყურადღებოა ასევე სხვა შკალების არსებობაც, რომლებიც ფართოთა გამოიყენება კვლევებისათვის: პგსა შეფასების ვაგსონის კითხვარი, მისისიპის პგსა შეფასების კითხვარები და სხვა.
- ფსიქოლოგიური გამოკვლევა შესაძლოა მიმდინარეობდეს სხვადასხვა სუბიექტური და ობიექტური კითხვარების გამოყენებით; ამისათვის ხშირად გამოიყენება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომთა შეფასების სხვადასხვა კითხვარი, რომელნიც ბევრს იქნა მოყვანილი. ასევე დეპრესიისა და შფოთვის შკალები, აგრესიისა და პიროვნული პროფილის შემსწავლელი ტესტები, მნიშვნელოვანია პროექციული ტესტების გამოყენებაც, მაგალითად, ბავშვებში ხელის ტესტის; რემიდეალური და კლინიკურად ძნელად გამოსაყვანი თავის ქალას გრაფების ნარჩენი მოვლენების გამოსაყვანად ხშირად გამოიყენება ნეიროფსიქოლოგიური ტესტები.
- პგსა დიაგნოსტიკის სხვა სპეციალური მეთოდები ჩვეულებრივ არ არსებობს ან არ არის აუცილებელი, და შეიძლება საჭირო

გახდეს მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში. მაგალითები: ქცევაზე ორიენტირებული ფსიქოფიზიოლოგიური და ვიზუალიზაციის მეთოდები.

ჩვეულებრივ არ არის აუცილებელი, შეიძლება გამოყენებულ იქნას განსაკუთრებულ შემთხვევებში (მგრულად განწყობილი სასამართლო, შედეგები საკამათოა); ხშირად დაფინანსება რთულია; მოარიდეთ პაციენტს სტრესი; მკურნალობა უნდა ჩაგარდეს და ინტეგრირებულ იქნას დიაგნოსტიკაში. SPECT, PET, ენერგეტიკულ სპექტრალური ECG, პუპილომეტრია. კანის გალვანური რეაგირება, სხვა პერიფერიული მაჩვენებლები.

- სრული ანამნეზური მონაცემების შეგროვება, როგორც წამებამდე პერიოდზე, ასევე წამების ფაქტებთან დაკავშირებით და წამების შემდგომ პერიოდთან დაკავშირებით;
- ანამნეზი უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას ყველა გადაგანილი დაავადების შესახებ წამებამდე, ასევე იმ დაავადებებისა თუ დაზიანებების შესახებ, რაც წამების შედეგად განვითარდა;
- წამების ისტორია შეძლებისდაგვარად დეტალურად უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას თუ სად, ვის მიერ, როდის და რა მეთოდებით იქნა ნაწამები ადამიანი, აუცილებელია მისივე ფრაზები იქნას მოყვანილი ამ ისტორიის აღწერისას.
- ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები, ისეთი, როგორიც არის თავის ქალას ენცეფალოგრაფია, განსაკუთრებით კი გულყრითი მოვლენების შემთხვევაში; კომპუტერული ტომოგრაფია, როდესაც პაციენტი აცხადებს, რომ ადგილი ჰქონდა თავში ცემას, გონების დაკარგვით, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, სხვადასხვა ორგანოთა ექოსკენირება, კარდიოგრაფია და სხვა კარდიოლოგიური სფეციფიკური გამოკვლევები, გინეკოლოგიური გამოკვლევების ჩაგარება მნიშვნელოვანი ხდება გაუპატიურების და სხვა სასქესო ორგანოების დაზიანების დროს.
- განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს თავის ტვინის ტრავმის დიაგნოსტიკას, რაც მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: კლინიკური გამოკითხვა, შეიძლება მონაწილეობა მიიღონ ნათესავებმა ან მეგობრებმა, რადგან წამებაგადაგანილმა ადამიანმა შეიძლება ვერ შეამჩნიოს გარკვეული ცვლილებები ქცევაში ან ფუნქციონირებაში, წამების შემდეგ. ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირებას, ელექტრო ენცეფალოგრაფიას (EEG), რადიო ვიზუალიზაციის მეთოდების გამოყენებას: :
 - რენტგენი, ოტოსკანირება
 - CAT (ტომოგრაფია)
 - NMR (ვიზუალიზაცია ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის მეთოდით)
- ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება მიუხედავად იმისა, რომ მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული სტამბოლის პროტოკოლში ხსენებული შეზღუდვები, ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება წარმოადგენს საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტულ პროცედურას

თავის ტვინის ტრავმის მრავალი ფორმის დიაგნოსტიკაში, რომლის განხორციელებაც შესაძლოა რთული იყოს უმეტეს სიგუაციებში (როგორცაა ცხე).

ასევე გათვალისწინებულ უნდა იქნას, რომ წამების დროს მიყენებული თავის ტვინის ტრავმა შეიძლება აგიპიური იყოს და, რომ სტანდარტული დიაგნოსტიკური პროცედურების გამოყენებით შეიძლება არ გამოვლინდეს ისეთი მეთოდებით მიყენებული დაზიანება, როგორცაა „სუბმარინო“ (გუდვა). დაზიანების ნებისმიერი ფორმა შეიძლება გამოვლინდეს განსაკუთრებით დიფუზური თავის ტვინის ტრავმის შემდეგ, რომელიც ასევე არსებობს ფოკალური ტრავმების დროს. ტესტირება შეიძლება იყოს სტრესული (წამების გახსენება) ან შებლუდული ენისა და კულტურული ფაქტორების გამო.

- მინი ფსიქიკური სტატუსი: მინი ფსიქიკური სტატუსი წარმოადგენს კოგნიტიური ფუნქციის, შეფასების გავრცელებულ, არასპეციფიკურ და შებლუდულ საშუალებას. ბოგიერთი შეკითხვა შეიძლება არ შეესაბამებოდეს კულტურულ ან სოციალურ ფონს. შეიძლება გამოყენებულ იქნას უფრო ძლიერი დარღვევის მიახლოებითი დიაგნოზის მისაღებად. ძლიერი დარღვევის შემთხვევაში, ადეკვატური გამოკითხვა შეიძლება რთული აღმოჩნდეს და ასეთ დროს, თავის ტვინის ტრავმა ყველაზე ჩვეულებრივ განმარტებას იძლევა.
- გლასგოს კომის შკალა (GCS)

■ GCS შეფასება ხდება 3-15 ქულებით, რომელთაგან 3 არის ყველაზე ცუდი შეფასება, ხოლო 15 – ყველაზე კარგი. ის სამი პარამეტრისაგან შედგება:

საუკეთესო მხედველობითი რეაქცია, საუკეთესო ვერბალური რეაქცია, საუკეთესო მოგორული რეაქცია, როგორც ეს მოცემულია ქვემოთ:

- საუკეთესო მხედველობითი რეაქცია (4)
 - თვალის საერთოდ არ გახელა.
 - თვალის გახელა ტკივილის დროს.
 - თვალის გახელა ვერბალურ ბრძანებაზე.
 - თვალის გახელა სპონტანურად.
- საუკეთესო ვერბალური რეაქცია (5)
 - არანაირი ვერბალური რეაქცია
 - გაურკვეველი ხმები.
 - უადგილო სიტყვები.
 - არეული.
 - ორიენტირებული.
- საუკეთესო მოგორული რეაქცია (6)
 - არანაირი მოგორული რეაქცია.
 - რეაგირება ტკივილზე.
 - მოძრაობა ტკივილზე.
 - ტკივილისათვის თავის არიდება.
 - ტკივილის ლოკალიზება.
 - ემორჩილება ბრძანებებს.

- შეფასება ხდება, როგორც – მაგალითად - 4V4 6 = GCS 14.
- კომის 13 ქულიანი ან უფრო მაღალი შეფასება შეესაბამება თავის ტვინის მსუბუქ ტრავმას, 9-12 – საშუალოს, ხოლო 8 და ნაკლები – თავის ტვინის ძლიერ ტრავმულ დაზიანებას.
- უარყოფითი შედეგი შესაძლოა არ გამორიცხავდეს თავის ტვინის დიფუზურ ტრავმას, რადგან მიკრო-დაზიანებები ზოგჯერ შეიძლება რთული აღმოსაჩენი იყოს NMR ვიზუალიზაციის დროსაც კი (ვიზუალიზაცია ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის საფუძველზე).
- სუბდურალური ჰემატომა

გათვალისწინეთ შესაძლო მნიშვნელოვანი დაზიანების შედეგები, განსაკუთრებით სუბდურალური ჰემატომა, რამაც შეიძლება არა მხოლოდ გემოქმედება მოახდინოს გამოკითხვაზე, არამედ მოითხოვოს გადაუდებელი დახმარება. (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

ლოკუმენტაცია

წამების მტკიცებულებების მიღებისათვის და მისი შედეგების აღმოფხვრისათვის მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება სამედიცინო ლოკუმენტაციის სრულად და სწორად შედგენასა და მომზადებას.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია წამების მსხვერპლის პირველადი სამედიცინო შემოწმების მონაცემები. ამგვარად, იმ ექიმთა პირველადი შემოწმების დასკვნას, რომელთაც პირველადი შეხება აქვთ წამების რისკის ჯგუფებთან, განსაკუთრებული როლი ენიჭება. ექიმთა ამგვარ კატეგორიას პიველ რიგში განეკუთვნებიან ციხის ექიმები, ვინაიდან მათ აქვთ პირველადი შეხება პოლიციიდან შემოსულ პატიმრებთან.

CPT რეკომენდაციის თანახმად, ყოველი პატიმარი ციხეში შესვლისთანავე და შემდგომში ყოველთვის, ადგილის ცვლილებისას, უნდა იქნას გასინჯული ექიმის მიერ, უნდა ჩაუტარდეს პიველადი სამედიცინო გამოკვლევა. რეკომენდაციების შესაბამისად ამგვარი გამოკვლევა უნდა ტარდებოდეს მკაცრად კონფიდენციალურად და სხვა პირებისათვის სმენითი დისტანციის მიღმა, ასევე მხედველობითი დისტანციის მიღმა იმ შემთხვევების გარდა, თუკი მეთვალყურეობას არ ითხოვს ექიმი. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ პირველადი სამედიცინო შემოწმებისათვის სახელმძღვანელო პრინციპებად შესაძლოა გამოყენებულ იქნას სტამბოლის პროტოკოლის პრინციპები, რომელიც წარმოადგენს სახელმძღვანელო პრინციპებს წამების მსხვერპლის ექსპერტიზისათვის.

რას უნდა მოიცავდეს პირველადი სამედიცინო დაკვნა?

- დასკვნაში უნდა იქნას მითითებული გამოსაკვლევი პირის მონაცემები;
- უნდა იქნას მითითებული თუ ვის მიერ და სად ტარდება პირველადი სამედიცინო შემოწმება;
- შეძლებისდაგვარად უნდა იქნას აღწერილი ოთახი, განათება და სხვა საყურადღებო დეტალები, სადაც ტარდება გამოკვლევა;

- აუცილებლად უნდა იქნას მითითებული თუ ვინ ესწრება გამოკვლევას;
- არსებობს თუ არა რაიმე სახის გეწოლა ან შეზღუდვა პირველადი სამედიცინო შემოწმების ჩატარებისას;
- დაკვნა უნდა მოიცავდეს ფიზიკური და ფსიქიკური კლინიკური გასინჯვის მონაცემებს ;
- დეტალურად უნდა იქნას აღწერილი ყოველი დაზიანება, რაც სხეულის გარეგნული დათავლიერებით ვლინდება, მათი ფერი, ფორმები, ზომები, ასევე პალპატორული გასინჯვის მონაცემები, მტკივნეულობა და ა.შ.
- ასევე დეტალურად კლინიკური გასინჯვისას უნდა იქნას აღწერილი შინაგანი ორგანოების მდგომარეობა;
- უნდა აღიწეროს ფსიქიკური სტატუსი;
- ასევე ნევროლოგიური სტატუსი;
- აუცილებელია აღიწეროს გამოსაკვლევი პირის ჩივილები მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და დეტალური კომენტარები ყოველგვარ ხილულ თუ უხილავ დარღვევასთან დაკავშირებით;
- აუცილებელია გაკეთებულ იქნას სამედიცინო დასკვნა სავარაუდო ან სინდრომული დიაგნოზის მითითებით;
- და შესაბამისი რეკომენდაციებით: თუ რა სახის სპეციალისტთა კონსულტაციებია საჭირო, რა სახის გამოკვლევებია საჭირო და რა სახის პირველადი დახმარება ან შემდგომი დახმარება არის მიზანშეწონილი;
- ამგვარი დასკვნა უნდა მოიცავდეს სპეციალურ რეკომენდაციებსაც, მაგალითად განსაკუთრებული ყურადღების შესახებ სუიციდალური ტენდენციების გამოვლენის შემთხვევაში;
- დასკვნა ასევე უნდა მოიცავდეს პირველადი დახმარების ღონისძიებებსაც, თუკი ამგვარი ჩაუგარდა გამოსაკვლევ პირს;
- აუცილებელია ამგვარი დასკვნა გაეცნოს თვითონ გამოსაკვლევ პირს ან მის წარმომადგენელს და დაფიქსირებულ იქნას მათი კომენტარებიც;
- დასკვნას აუცილებლად ხელს უნდა აწერდეს გამოკვლევის ჩამტარებელი ექიმი და უნდა იქნას დაფიქსირებული გამოკვლევის თარიღი და დრო;
- აუცილებლობისა და საჭიროების შემთხვევაში ციხის ექიმს უნდა ჰქონდეს საშუალება გამოიძახოს სხვა სპეციალისტის ექიმი – კონსულტანტი ან მოითხოვოს სასწრაფოდ რაიმე სახის გამოკვლევა, ან გამოსაკვლევ პირისათვის სტაციონარული მკურნალობა, ან სხვა სახის გადაუდებელი დახმარება;
- ასევე, გამოსაკვლევ პირის თანხმობის შემთხვევაში, სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება ქვეყნის კანონმდებლობის გათვალისწინებით.
- ასევე აუცილებელია მოხდეს ყოველგვარი დაზიანების ფოტოგრაფირება და შესაძლოა დიქტოფონზე გაკეთდეს აუდიო ჩანაწერი (გამოსაკვლევ პირის თანხმობის შემთხვევაში).

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სპეციალურად სამედიცინო ექსპერტიზისათვის მოწოდებულია “სტამბოლის პროტოკოლის” პრინციპები, რომლის მიხედვითაც სტანდარტული გამოკვლევის სქემა შემდეგია:

“ დანართი IV”

წამებისა და სასტიკი მოპყრობის მიმართ სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების სახელმძღვანელო პრინციპები

ქვემოთ მოყვანილი სახელმძღვანელო პრინციპები წამებისა და სასტიკი, არაადამიანური ან ადამიანის ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის ეფექტიანი გამოკვლევისა და დოკუმენტაციის პრინციპების სახელმძღვანელოს ეფუძნება (სტამბოლის ოქმი). ეს პრინციპები ურყევ მითითებას არ ნიშნავს და მათი გამოყენება, ექსპერტიზის მიზნებიდან გამომდინარე, არსებული საშუალებების შეფასების შემდეგაა შესაძლებელი. წამებისა და სასტიკი მოპყრობის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მკიცებულებების ექსპერტიზა შეიძლება ჩატარდეს, მათი კვალიფიკაციიდან გამომდინარე, ერთმა ან რამდენიმე ექიმმა.

I. ინფორმაცია გამოსაკვლევ შემთხვევაზე

გამოკვლევის თარიღი: _____ ჩატარებულია მოთხოვნით (გვარი/თანამდებობა): _____
ავადმყოფობის ისტორია/ანგარიში №: _____ გამოკვლევის ხანგრძლივობა _____ სთ. — წთ. —
გამოსაკვლევის სახელი: _____ დაბადების თარიღი: _____ დაბადების ადგილი: _____
გამოსაკვლევის გვარი: _____ სქესი: მამრ/მდედრ.
გამოკვლევის ჩატარების მიზანი: _____
გამოსაკვლევის საიდენტიფიკაციო № (): _____
ექიმის გვარი: _____ თარჯიმნის მონაწილეობით (დიახ/არა), გვარი: _____
წარმოდგენილი ინფორმაციის საფუძველზე თანხმობა მიღებულია: დიახ/არა _____
თუ არ არის მიღებული, რა მიზეზით? _____
გამოსაკვლევს თან ახლავს (გვარი/თანამდებობა): _____
ექსპერტიზაზე დამსწრე პირები (გვარი/თანამდებობა): _____
გამოკვლევის დროს დასაკითხი პირი იმობილიზებული იყო: დიახ/არა; თუ “დიახ”, მაშინ რა სახით/რა მიზეზით? _____
სამედიცინო დასკვნა გაგზავნილია (გვარი/თანამდებობა/): _____
გაგზავნის თარიღი: _____ გაგზავნის დრო: _____
სამედიცინო ექსპერტიზა/გამოკვლევა შემზღვევის გარეშეა ჩატარებული (პატიმრების მიმართ):
დიახ/არა _____
აღწერეთ დაწვრილებით ნებისმიერი შემზღვევა: _____

II. ექიმის კვალიფიკაცია (სასამართლოზე ჩვენებისათვის)

სამედიცინო განათლება და კლინიკური მომზადება
ფსიქოლოგიური/ფსიქიატრიული მომზადება
წამებისა და სასტიკი მოპყრობის მკიცებულებების დოკუმენტაციის გამოცდილება
რეგიონში ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროში მოცემულ გამოკვლევასთან დაკავშირებული სპეციალობის ცოდნა და გამოცდილება

პუბლიკაციის კვლევასთან დაკავშირებული საჯარო გამოსვლები და პროფესიული მომზადების კურსები
მოკლე ბიოგრაფია

III. განცხადება ჩვენებების უცყუარობის შესახებ (სასამართლოზე ჩვენებისათვის)

მაგალითად: “პირადად ჩემთვის ქვემოთ მოყვანილი ფაქტები ნაცნობია, და ვთვლი სარწმუნოდ იმ ინფორმაციის გარდა, რომლის სისწორის შესახებაც აქ ვარაუდი გამოითქვა. ჩემთვის ნაცნობი და სარწმუნო ინფორმაციიდან გამომდინარე, მზად ვარ დავამოწმო ზემოთ ნათქვამი”.

IV. საწყისი ინფორმაცია

საერთო მონაცემები (ასაკი, საქმიანობის სახე, განათლება, ოჯახის შემადგენლობა და ა.შ.)

წამძღვარებული სამედიცინო ანამნეზი

წამებისა და სასტიკი მოპყრობის წინასამედიცინო ექსპერტიზის განხილვა

ფსიქოსოციალური ანამნეზი დაპატიმრებამდე

(i) განცხადება წამებისა და სასტიკი მოპყრობის შესახებ

1. დაკავებისა და სასტიკი მოპყრობის მოკლე აღწერა
2. დაკავებისა და დაპატიმრების გარემოებები
3. პატიმრობის თავდაპირველი და მომდევნო ადგილები (თარიღები, ტრანსპორტირებისა და ცხოვრების პირობები)
4. სასტიკი მოპყრობისა და წამების შესახებ თავისუფალი თხრობა (ციხეში ყოფნის ყველა ადგილზე)
5. წამების მეთოდების განხილვა

(ii) ფიზიკური სიმპტომები და შრომისუნარიანობის მოშლა

აღწერეთ მწვავე და ქრონიკული სიმპტომებისა და შრომისუნარიანობის მოშლის განვითარებისა და გამოჯანმრთელების მომდევნო პროცესები.

1. მწვავე სიმპტომები და შრომისუნარიანობის მოშლა
2. ქრონიკული სიმპტომები და შრომისუნარიანობის მოშლა

(iii) ფიზიკური გამოკვლევა

1. საერთო გარეგნული იერი
2. კანის საფარი
3. სახე და თავი
4. თვალები, ყურები, ცხვირი და ყელი
5. პირის ღრუ და კბილები

6. გულმკერდი და მუცელი (სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფუნქციების მახვენებლების ჩათვლით)
7. შარდ-სასქესო სისტემა
8. ძვლოვან-კუნთოვანი სისტემა
9. ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემები

(iv) ფსიქოლოგიური ანამნეზი/გამოკვლევა

1. შეფასების მეთოდები
2. ფსიქოლოგიური ხასიათის ჩივილები გამოკვლევის დროს
3. ანამნეზი წამების შემდეგ
4. ანამნეზი წამებამდე
5. თავდაპირველი ფსიქოლოგიური/ფსიქიატრიული ანამნეზი
6. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ხმარებისა და მათი ბოროტად გამოყენების ანამნეზი
7. ფსიქიკური მდგომარეობის გამოკვლევის შედეგები
8. სოციალური ფუნქციონირების შეფასება
9. ფსიქოლოგიური ტესტირება (ჩვენებები და შეზღუდვები იხ. ნაწილი VI. C 1)
10. ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება (ჩვენებები და შეზღუდვები იხ. ნაწილი VI. C 4)

(v) ფოტოსურათები

- (vi) დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები (ჩვენებები და შეზღუდვები იხ. დანართი II)

(vii) კონსულტაციები

(viii) მოცემული გამოკვლევის ინტერგრაცია

1. ფიზიკური მონაცემები
 - ა) დაადგინეთ მწვავე და ქრონიკული სიმპტომებისა და შრომისუნარიანობის მოშლისა და სასტიკი მოპყრობის შესახებ განცხადებების შესაბამისობის ხარისხი.
 - ბ) დაადგინეთ ფიზიკური გამოკვლევების მონაცემებისა და სასტიკი მოპყრობის შესახებ განცხადებების შესაბამისობის ხარისხი (შენიშვნა: ფიზიკური მონაცემების არარსებობა არ გამორიცხავს წამებასა და სასტიკ მოპყრობას).
 - ც) დაადგინეთ პაციენტის გამოკვლევის შედეგებისა და კონკრეტულ რეგიონში წამების მეთოდებსა და მათ მომდევნო შედეგებს შორის შესაბამისობის ხარისხი.
2. ფსიქოლოგიური მონაცემები
 - ა) დაადგინეთ ფსიქოლოგიური გამოკვლევის შედეგებისა და ვითომდა წამების შესახებ ცნობის შესაბამისობის ხარისხი.

- ბ) შეაფასეთ, ექსტრემალური სტრესის დროს ტიპურ ან მოსალოდნელ რეაქციად მიღებული ფსიქოლოგიური მონაცემები არის თუ არა გამოსაკვლევი პირის კულტურული და სოციალური წრის კონტექსტში.
- ც) მიუთითეთ გამოსაკვლევი პირის ფაქტობრივი მდგომარეობა ფსიქიკური მოშლილობის დინამიკის მიმართ, რომელიც დაკავშირებულია გრავამსთან, ანუ გამოკვლევის მომენტი დროის მიხედვით რა თანაფარდობაშია წამების მომენტთან და გამოჯანსაღების რა ეტაპზე იმყოფება გამოსაკვლევი.
- დ) დაადგინეთ პარალელურად არსებული სტრესის ფაქტორების შემოქმედება გამოსაკვლევ პირზე (მაგალითად, გახანგრძლივებული დევნა, იძულებითი მიგრაცია, გასახლება, ოჯახის დაკარგვა, სოციალური როლის დაკარგვა და ა.შ.).
- ე) მიუთითეთ ფიზიკური მდგომარეობის ასპექტებზე, რომელიც შესაძლებელია აისახოს კლინიკურ სურათზე და რომელიც განსაკუთრებულად არის დაკავშირებული წამების ან პაგიმრობის პერიოდში მიღებული თავის გრავამის შესაძლებელ მონაცემებთან.

(ix) დასკვნები და რეკომენდაციები

1. მოგვეცით დასკვნა ყველა შემთხვევაში დასახელებული წყაროების მონაცემების შესაბამისობის შესახებ.
2. დაამოწმეთ სიმკვრივები და შრომისუნარიანობის მოშლა, რომელიც სავარაუდო, სასტიკი მოპყრობის შედეგად, გამოსაკვლევი პირთან კვლავ შეინიშნება.
3. რეკომენდაციებში ჩართეთ გამოსაკვლევი პირის შემდგომი ექსპერტიზა და მკურნალობა.

(x) განცხადება სიმართლის ჩვენების შესახებ (სასამართლოზე ჩვენებისათვის)

მაგალითად: “ვიცი რა, ცრუმოწმების პასუხისმგებლობის შესახებ კანონის თანახმად ——— (ქვეყანა) ვაცხადებ, რომ შემთხვევაში სიმართლეს შეესაბამება და ბუსგია და რომ წარმოდგენილი ჩვენება ფიცის ქვეშ იყო მიცემული ——— (თარიღი) ——— (ქალაქი) ——— (შტატი ან ოლქი)”.

(xi) განცხადება სამედიცინო ექსპერტიზა/გამოკვლევის ჩაგარების დროს არსებული შეზღუდვების შესახებ (პაგიმრობაში მყოფ პირთათვის)

მაგალითად: “ქვემოთ ხელის მომწერი ექიმები ამოწმებენ, რომ ჰქონდათ თავისუფალი და დამოუკიდებელი მოქმედების საშუალება, შეეძლოთ ესაუბრათ (გამოსაკვლევთან) და გაესინჯათ ყოველგვარი შეზღუდვების გარეშე დახურულ კარს მიღმა და საპაგიმრო დაწესებულების თანამდებობის პირთა მხრიდან არავითარი ფორმის იძულება არ ჰქონდათ”, ან “ქვემოთ ხელის მომწერი ექიმი იძულებული ვარ ექსპერტიზა ჩავაგარო შემდეგი შეზღუდვებით”.

(xii) ექიმის ხელის მოწერა, თარიღი, ადგილი

(xiii) შესაბამისი დანართი

ექიმის ნამსახურობის ნუსხის ასლი, ანატომიური ილუსტრაციები წამებისა და სასტიკი მოპყრობის დოკუმენტაციებისათვის, ფოტოსურათები, კონსულტაციისა და დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგები და ა.შ. « (სტამბოლის პროტოკოლი, 2001) «

დამატებითი ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია ადამიანის უფლებათა დაცვის გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის უმაღლესი კომისრის სამმართველოდან, ერების სასახლე, 1211 ქენევა 10, შვეიცარია ტელ.: (+41-22) 917 90 00 E-mail: webadmin.hchr@unog.ch	ფაქსი: ((+41-22) 917 02 12 ინტერნეტი: www.unhchr.ch
--	---

"

თავი V. მკურნალობა და რეაბილიტაცია

როგორც ზემოთ იქნა მოყვანილი და აღნიშნული, წამების შედეგები გამოირჩევა პოლიმორფულობითა და მრავალფეროვნებით და მოიცავს, როგორც ფსიქიკურ/ფსიქოლოგიურ, ასევე სომატურ-ნევროლოგიურ კომპონენტებსაც. აქედან გამომდინარე ისევე როგორც დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და რეაბილიტაციაც უნდა ემყარებოდეს მულტიდისციპლინარულ მიდგომას და გადამწყვეტი მნიშვნელობა უნდა ენიჭებოდეს წამების მსხვერპლის კომპლექსურ მკურნალობასა და რეაბილიტაციას.

მეგად მნიშვნელოვანია მულტიდისციპლინარული რეაბილიტაციისათვის ცალკეული შემთხვევის მართვა – მენეჯმენტი. სწორი მენეჯმენტის წარმოებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ხარჯთეფექტური და ზოგადად ეფექტური მკურნალობისა და რეაბილიტაციისათვის. შემთხვევის მენეჯმენტი გულისხმობს ცალკეული კლიენტის საჭიროებებზე ორიენტირებული დონისძიებების დაგეგმვასა და განხორციელებას სპეციალისტთა მულტიდისციპლინარული გუნდის მიერ.

შემთხვევის მართვა წარმოადგენს პროცესს ან მეთოდს, რომლის საშუალებითაც უზრუნველყოფილია კლიენტისათვის საჭირო სერვისების კოორდინირებული, ეფექტური და რაციონალური გზით მიწოდება.

შემთხვევის მართვა ხორციელდება **სისტემური მიდგომის** საფუძველზე, კლიენტის მოთხოვნებებზე ორიენტირებული სერვისების ინტეგრაციის (ურთიერთდაკავშირებული სერვისების) მიწოდებით
სისტემურ ოპერაციებს ახასიათებს: 1) შენაგანი (შემავალი) მონაცემები (Input); 2) გამგანუნარიანობა – გამოყენების კოეფიციენტი (throughput) 3) გამომავალი მონაცემები ან/და პროდუქტი (output) 4) უკუკავშირი (feed back)

პირობითად შეიძლება გამოიყოს შემთხვევის მართვის, როგორც სისტემის შემდეგი ძირითად ფუნქციები:

- **შეფასება** – კლიენტის საჭიროებების, მოთხოვნებების და ინდივიდუალური რესურსების შეფასება.
- **დაგეგმვა** – მომსახურების სრულყოფილი, კომპლექსური გეგმის შემუშავება.
- **მიწოდება** – გეგმით გათვალისწინებული სერვისების მიწოდება.

- **მონიტორინგი** – მიწოდებული სერვისების მონიტორინგი და შეფასება.
- **ევალუაცია** – მომსახურების ეფექტურობის შეფასება.

წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციისას გამოიყენება კლიენტზე ცენტრირებული მიდგომა. ეგზისტენციალური თვალთახედვის გათვალისწინებით, უპრიანია თვითოეულ შემთხვევაში ინდივიდუალური მიდგომა და ინდივიდუალური რეაბილიტაციისა და მკურნალობის გეგმის შედგენა და განხორციელება.

მულტიპროფილური დიაგნოსტიკის შემდეგ რეაბილიტაციის გეგმას შემთხვევის მართვაში მონაწილე სპეციალისტების გუნდი ადგენს ჯგუფური კონსულტაციების შედეგად. აღნიშნული გეგმის შედგენაში მონაწილეობს კლიენტიც. აუცილებელია მიღებულ იქნას მისი ინფორმირებული თანხმობა განსახორციელებელ ღონისძიებებზე.

წამება არა მარტო პიროვნებაზე აისახება, არამედ აისახება ფსიქო – სოციალურ და სამედიცინო პრობლემებზე მთლიანად ოჯახში; ამიტომაც აუცილებელია, რა თქმა უნდა მათი თანხმობით, რეაბილიტაციის პროცესში ოჯახის წევრების ჩართვა.

რეაბილიტაცია გულისხმობს კომპლექსურ ღონისძიებებს, რომელნიც შემდეგია: (თუმცა განსაკუთრებით შევნიშნავთ რომ, კლიენტის საჭიროებების და მოთხოვნილებების პრიორიტეტულობის მიხედვით, არ ექვემდებარება ლიმიტირებას და შემღვდვებს)

- **სამედიცინო მომსახურება, სხვადასხვა სახის სამედიცინო მანიპულაციებისა და მედიკამენტოზური მკურნალობის გათვალისწინებით:** სამედიცინო მომსახურების სახეები და მედიკამენტოზური მკურნალობა განისაზღვრება იმ პათოლოგიით ან პათოლოგიითა ჯგუფით, რომელიც გამოვლენილ იქნა ცალკეულ შემთხვევაში; წამების შემთხვევაში ხშირია ძვალ – სახსროვანი პათოლოგიები, ასევე ნევროლოგიური, სტომატოლოგიური, გინეკოლოგიური პრობლემები, ასევე შარდსასქესო სისტემის; გულსისხლძარღვთა სისტემისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივ პათოლოგიები; ხშირად ამგვარი პათოლოგიები ურთიერთშერწყმულია, ასეთ შემთხვევაში მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმის შედგენაში აუცილებელია ცალკეული სპეციალისტების ერთობლივი მონაწილეობა.
- **მეგად მნიშვნელოვანი და ხშირად რეაბილიტაციის აუცილებელი მეთოდია ფიზიოთერაპია და მასაჟი,** რომელიც განსაკუთრებით ძვალ – სახსროვანი და ნევროლოგიური პათოლოგიების დროს არის აქტუალური.
- **ფსიქიკური/ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია და მკურნალობა**

გრაფული სტრესის სხვადასხვა კლინიკური გამოვლინებების დროს მკურნალობაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ფარმაკოთერაპია. რიგი ავტორების აზრით (F. Weil et al.), PTSD ქრონიზაციის თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია ფსიქო-გრაფის შემდეგ დაუყოვნებელი მკურნალობა. ყველაზე ეფექტურ საშუალებებად, განსაკუთრებით შფოთვის მაღალი ხარისხის დროს, მიჩნეულია ბენზოდაიპეპინის რიგის პრეპარატები, როგორცაა ქლორდაიპეპოქსიდი (ლიბრიუმი), დიაზეპამი (ვალიუმი), ფლურაბეპამი (დალმანი) და ოქსაბეპამი (სერაქსი). ეს პრეპარატები ითვლება ნაკლებად ტოქსიურად და არ იწვევენ დამოკიდებულების წარმოქმნას. (Swonger A., Constantine L., Bassuck E., Shchoonover S., Shader R.). თუმცა თანამედროვე მიდგომებიდან გამომდინარე

აღნიშნული პრეპარატების ხანგრძლივი დროით დანიშვნა მიზანშეწონილი არ არის, ასევე ბენზოდიამპინის ჯგუფის პრეპარატების დანიშვნა მიზანშეწონილი არ არის თუკი ადგლი აქვს მიდრეკილებას წამალდამოკიდებულების პრობლემებისადმი. ზოგიერთი ავტორი მიზანშეწონილად მიიჩნევს ბეტა - ადრენობლოკატორების გამოყენებას (პროპრანოლი, ინდერალი, ანაპრილინი), განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც შფოთვა და ფსიქო-ფიზიოლოგიური სტრესული აშლილობები ვლინდება პირველ რიგში პერიფერიული ავტონომიური სიმპტომატიკით. (Kolb, Burris, et al). PTSD მკურნალობაში წარმატებით გამოიყენება გრიციკლიური ანტიდეპრესანტები, განსაკუთრებით შფოთვისა და დეპრესიული კომპონენტის მოსახსნელად. (ამიგრიპილინი, მელიპრამინი). უმეტესი მკვლევარების აზრით, გრიციკლიური ანტიდეპრესანტები ეფექტურია მომატებული აგზნებადობის, აკვიატებული განცდებისა და კომპარების, დისოციაციური ეპიზოდების მოსახსნელადაც. პრეპარატის საშუალო დოზაა 140 მგ. დღეში, ხოლო მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობა – 8 კვირიდან 6 თვემდე. სხვა მონაცემებით უპირატესობა ენიჭებათ მათს ინჰიბიტორთა ჯგუფის ანტიდეპრესანტებს, კერძოდ ფენელზინს. პრეპარატის დოზა 75 მგ. დან 45 მგ. მდე. მერყეობს. თუმცა ამჟამად უპირატესობა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მკურნალობაში ენიჭება სეოტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორებს – ახალი თაობის ანტიდეპრესანტებს, რომელთა მოქმედებას გვერდითი მოვლენები ნაკლებ ახასიათებს. ხალი თაობის ანტიდეპრესანტები მიჩნეულნი არიან როგორც პირველი არჩევის პრეპარატები პკსა – ს მკურნალობისათვის. ამგვარ პრეპარატებს მიეკუთვნება (ეგრეთ წოდებული SSRI – ს ჯგუფის პრეპარატები: სერტრალინი, პაროქსეტინი, ფლუოქსეტინი, ფლუოქსამინი, ციგალპრამი. ხალი თაობის ანტიდეპრესანტებს, რომელიც ასევე წარმატებულად გამოიყენება პკსა – ს მკურნალობისათვის განეკუთვნება ასევე ნეფაზოდონი და ვენლაფაქსინი. (ექსპერტთა შეთანხმებული გაიდლაინი, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მკურნალობა, 1999, ჟურნალი კლინიკური ფსიქიატრია, ტომი 60). ძლიერი აგზნების მოსახსნელად გამოიყენება ფენოთიამინის ჯგუფის პრეპარატები ქლორპრომამინი (ამინაზინი, თორაზინი) და თიორიდაზინი (მელერილი) მცირე დოზებით. M. Wolf et al. დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ანტიკონვულსანტ კარბამაზეპინს.

PTSD მკურნალობის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს ფსიქოთერაპია. გამოიყენება ინდივიდუალური, ოჯახური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდი.

მწვავე მდგომარეობების და PTSD ქრონიზაციის პროფილაქტიკის მიზნით, უმნიშვნელოვანესია სამი კლასიკური პრინციპი (Coleman, Butcher, Carson, Kentsmith). ეს პრინციპებია: გადაუდებლობა, დაახლოება და იმედი. გადაუდებლობა გულისხმობს ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. დაახლოება მოიცავს თერაპიის ჩაგარებას საომარი მოქმედებებისა და მასიური კაგასტროფების მონასთან ახლოს; და ბოლოს, იმედი გულისხმობს « გამამხნეველ დამოკიდებულებას », როცა დამარალებულს შთაეგონება მომავლის რწმენა.

R. Grincer თმისშემდგომი რეაქციების სამკურნალოდ შემოგვთავაზა ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიის დროს ნაგრიუმის პენცონალის გამოყენება, რაც ხელს უწყობს პიროვნების გახსნას და განაპირობებს ემოციური განმუხტვისა და კათარზისის სწრაფად მიღწევას.

ექსტრემალურ სიტუაციებში, ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სახით, წარმატებით გამოიყენება ტრავმაზე ორიენტირებული ნეიროლინგვისტური პროგრამირების მეთოდი, ასევე ჰიპნოთერაპია, მსუბუქი ტრანსის მდგომარეობა და შთაგონება. ფართო გავრცელება ჰპოვა Mitchel მეთოდმა, რაც გულისხმობს ტრავმირებულთაგან ჰომოგენური ურთიერთთანადგომის ჯგუფების შექმნას ემოციური განმუხტვის მიზნით. მოცემულ ეტაპზე მნიშვნელოვანია დაზარალებულთან სრულ ნდობაზე დამყარებული კონტაქტის დამყარება, რომლის მიზანია სტრესთან დაკავშირებული ემოციებისაგან განგვირთვისა და სტრესიდან დისოციაციის მიღწევა, რაც მეტად მნიშვნელოვანია "განმეორებადი განცდის" სიმპტომთა მოსახსნელად და PTSD ქრონიზაციის პროფილაქტიკისათვის. მოცემულ ეტაპზე ასევე მნიშვნელოვანია სოციალური თანადგომა და დახმარება. //

PTSD ქრონიკული მიმდინარეობისას ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიის სახეობა ძირითადად დამოკიდებულია ფსიქოთერაპევტის ორიენტაციაზე. ფართოდ გამოიყენება ბიპევიორისტული (ქცევითი) და კოგნიტიური (შემეცნებითი) თერაპიის მეთოდები. ისეთი მეთოდები, როგორცაა სისტემატიური დესენსიტილიზაცია და რეკურენტული მაგრაჟირებელი მოგონებებისათვის ამროვნების დამუხრუჭება (Miller T. 1981).

რიგი ავტორების აზრით, PTSD დროს უმთავრესია, მაგრაჟირებელი მოვლენების შედეგად აღმოცენებული ინგრაფსიქიკური, შინაგანი კონფლიქტი, რაც ხშირად იწვევს ფასეულობათა სისტემის მსხვერველსა და ცხოვრებისეული კრიზისის შეგრძნებას; რის გამოც აუცილებლად მიიჩნევენ, რომ დაზარალებულმა გააცნობიეროს მისი პრობლემის შინაარსი და გენეზი. ამ მიდგომის საფუძველზე შემუშავებულია თერაპიული მიდგომა (Meichenbaum, Novaco, Everly, Girdano et al.), რომელიც 6 საფეხურისაგან შედგება: 1. სტრესული რეაქციების შესახებ ყველაზე ხშირად გავრცელებული წარმოდგენების კორექცია; 2. სტრესული რეაქციების შესახებ, მის ბუნებაზე პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდება; 3. აშლილობის განვითარებაში განსაკუთრებული სტრესის როლზე ფოკუსირება; 4. პაციენტის მიყვანა სტრესული რეაქციებისა და მისი სიმპტომების გამოვლინების დამოუკიდებელ შეცნობამდე; 5. პაციენტში თვითნაღიზის უნარის განვითარება, მისთვის ნიშანდობლივი სტრესორების იდენტიფიკაციის მიზნით; 6. კლინიცისგან მიერ პაციენტისათვის იმ მნიშვნელოვანი როლის განსაზღვრა, რომელსაც ეს უკანასკნელი ასრულებს მნიშვნელოვანი სტრესის თერაპიაში.

როგორც ცნობილია, PTSD ქრონიკული ფორმებისათვის ერთერთი უმთავრესი კომპონენტია ადაპტაციის დარღვევა, რეალობის სწორად შეფასების უნარის დაქვეითება, ასევე ინტერპერსონალური ურთიერთობების დაღვევა, რიგ შემთხვევაში არაკონტროლირებადი აგრესიულობა და მრისხანება, გაუცხოება, ემოციური გამიჯნვა. ამ დარღვევათა კორექციისათვის აუცილებელია ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე ორიენტირებული ჯგუფური ფსიქოთერაპიის გამოყენება. ჯგუფური ფსიქოთერაპიის მეთოდი დღეისათვის ითვლება PTSD მკურნალობის წამყვან მეთოდად (William, Brende, Walker, Nash).

ჯერ კიდევ 70-იანი წლების დასაწყისში სამეცნიერო ლიგერაგურაში გამოჩნდა ცალკეული რეკომენდაციები ჯგუფური ფსიქოთერაპიის ჩასატარებლად ერთგვაროვანი ჯგუფების შექმნის შესახებ (Archibald, Lomg, Miller), მაგრამ ვიეტნამის ომამდე ამ მეთოდმა ვერ ჰპოვა ფართო გამოყენება. 70-იან წლებში

Lifton, მუშაობდა რა ვიეტნამის ომის ვეტერანებთან, ჩამოაყალიბა "ურთიერთგაგების ჯგუფები". მათი საქმიანობის გაანალიზებით იგი მივიდა დასკვნამდე, რომ ჯგუფში სწრაფად ხდება ურთიერთდობისა და შეკავშირებულობის ჩამოყალიბება, რის შედეგადაც ვითარდება ერთიანობა ცნებებისა "ის, რასაც ვგრძნობ მე" და "ის, რასაც ვგრძნობთ ჩვენ", მაგრამ ამასთანავე გამოხატულად იკვეთება მგრული განწყობა მათ მიმართ, ვისაც არ გააჩნია იდენტური გრავემული გამოცდილება, რის გამოც თვალსაჩინოა ჯგუფში ჩაკეცივის ტენდენცია. ამ ფაქტის გათვალისწინებით Parson მიერ შემუშავებულ იქნა PTSD ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სამფაზიანი მოდელი. პირველ ფაზაში იქმნება "ურთიერთგაგების ჯგუფები" მხოლოდ ერთნაირი დარღვევების მქონე, იდენტურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისგან (ვეტერანები, ლტოლვილები, ძალადობის მსხვერპლნი და ა.შ.). მეორე ფაზაში ჯგუფში ემატება არანაკლებ ორი ახალი წევრი არაიდენტური გრავემული გამოცდილებითა და რამდენადმე განსხვავებული პრობლემებით. წარმოქმნილ ჯგუფს ეწოდება "ფსიქოთერაპიული ჯგუფი". ახალი წევრების შეყვანა ხელს უწყობს გრავემირებული "მე"-თი ყველაზე უფრო მეტად დებორგანიზებულ პაციენტებში ემოციურ აფეთქებას, რის შედეგადაც იწყება ჯგუფის წევრებში გამაღიზიანებელი ქცევები, « ჩვენ ვგრძნობთ ცნების შესუსტებას და გაღიზიანებას და მრისხანებას "რეალობასთან" შეჯახების გამო. თერაპევტის ხელმძღვანელობით ჯგუფის წევრები სწავლობენ თავიანთი ემოციების მართვასა და განცდათა ანალიზს ». ამის შემდეგ იწყება მესამე ფაზა, ანუ "ფსიქოანალიზურად ორიენტირებული ჯგუფი".

Lindy, Green, Grace აზრით, სომატიზაციისა და ფსიქო-სომატურ სიმპტომთა სამკურნალოდ აუცილებელია "პიროვნებაზე ორიენტირებული ფოკუსური ფსიქო-ანალიზის გამოყენება. ფოკუსური ფსიქოანალიზი მოგადად მოიცავს შემდეგ ფაზებს: "გახსნის ფაზას", რომელიც მოიცავს პაციენტსა და თერაპევტს შორის ნდობის კონტაქტის და თერაპევტის მიმართ რწმენის ჩამოყალიბებას, გრავემის იმ დეტალების გაცნობას თერაპევტისათვის, რაც წამყვან როლს თამაშობს და მნიშვნელოვანია და განგვირთვის მიღწევას. მეორე, "შუალედურ" ფაზაში, თერაპევტი ეხმარება პაციენტს იდენტფიცირება მოახდინოს და გამოკვეთოს გრავემული მოვლენის სპეციფიური კონფიგურაციის კონტურები: « მოვლენის რომელი საკვანძო დეტალები აგონდება მიმდინარედ და რომელი არსებობს გამუდმებით, მყარად ». მესამე, ბოლო ფაზაში, შექმნილი წყვილი მუშაობს გრავემის გააზრებასა და პიროვნების მიერ საკუთარი პიროვნული ორგანიზაციის გაცნობიერებაზე და მომავალისათვის გამოსადეგი ჯანსაღი აზრის შემუშავებაზე.

იუგოსლავიის ომის შედეგად ლტოლვილთა შორის წარმატებით იყენებდნენ "რეალობით თერაპიის" მოდელს, რომელიც შემუშავებულია Glasser მიერ. ეს მეთოდი მნიშვნელობას ანიჭებს ადამიანის ქცევას მიმდინარე მომენტში და მისი ქცევის ეფექტურობას სასურველი მიზნების მისაღწევად. აქცენტი კეთდება "არჩევანზე". Glasser მიხედვით, ჩვენი ქცევები, განსაკუთრებით კი ჩვენი მოღვაწეობის სახეები და ფიქრები ხასიათდება არჩევითობით. ეს მეთოდი შესაძლოა გამოყენებულ იქნას როგორც ინდივიდუალურად, ასევე ჯგუფურად და მოიცავს რამდენიმე ეტაპს. პირველი ეტაპი მოიცავს ჯგუფის შერწყმას, კონცენტრირებას ჯგუფში ურთიერთდობისა და მეგობრული აგმოსფეროს შესაქმნელად. მეორე სტადია წარმოადგენს ინდივიდის მიერ საკუთარი შინაგანი სამყაროს გამოკვლევას. მესამე სტადიაში აქცენტი კეთდება ქცევაზე მთლიანობაში.

მეთხე სტადიაში ფსიქოთერაპევტი ეხმარება პაციენტს დაგეგმოს და შეიმუშაოს ქცევის ეფექტური ფორმები.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია PTSD დაზარალებულთა შორის ოჯახური ფსიქოთერაპიის გამოყენება, რადგან ძალიან ხშირია ოჯახის წევრთა შორის ურთიერთობებში ცვლილებები გრავმის შედეგად, ასევე დამახასიათებელია ოჯახის წევრთა შორის განცდებით ურთიერთინდუცირება, რის შედეგადაც პირველ რიგში მარალდებიან ბავშვები. ოჯახური ფსიქოთერაპია გულისხმობს ფსიქოთერაპიულ მუშაობას მთელ ოჯახთან, როგორც ჯგუფთან. ფსიქოთერაპევტი ეხმარება მის წევრებს აღმოაჩინონ თავისი ფუნქციონირების ახალი შესაძლებლობები, რაც მიმართულია ოჯახის შიგნით ურთიერთობების გაუმჯობესებაზე. მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახის ყველა წევრმა მიაღწიოს ემოციურ განტვირთვას. იგი ორიენტირებულია ოჯახის შიდა ურთიერთობებსა და ოჯახის ურთიერთობებზე გარემომცველ ადამიანებთან, სამყაროსთან.

ხშირად PTSD განაპირობებს ურთიერთობების დარღვევებს მეუღლეებსა და წყვილებს შორის, რაც განპირობებულია გრავმის შინაარსით. აქედან გამომდინარე მკურნალობისას დიდი ყურადღება ეთმობა წყვილების თერაპიას, რაც ძირითადად ფოკუსირებულია არაგრავმირებული მეუღლის მიერ დამხმარის როლის საკუთარ თავზე აღებაზე, თუმცა დაზარალებულის გამოჯანსაღების შემდეგ მოსალოდნელია დამხმარის როლის დაკარგვასთან დაკავშირებით ფრუსტრაციისა და დეპრესიის განცდები, რის გამოც ფსიქოთერაპევტი ეხმარება წყვილებს ახალი როლების განსაზღვრაში, ახალი გეგმების შემოშავებასა და მიღწევაში.

ოჯახური და წყვილების ფსიქოთერაპიის დროს ფართოდ გამოიყენება "როლებით თერაპიის" მეთოდი.

შეუძლებელია არ აღინიშნოს გრავმული სტრესის მკურნალობაში ეგზისტენციალური ანალიზის როლი, რომელსაც Viktor Frankl წარმატებით მიმართავდა თვით საკონცენტრაციო ბანაკშიც კი. ეს მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია, ვინაიდან გრავმული სტრესის დროს ხშირად ვლინდება დეპრესიული სიმპტომატიკა, ადგილი აქვს მსოფლმხედველობის მსხვერველსა და ხშირ შემთხვევაში სუიციდურ ტენდენციებს. ეგზისტენციალური ანალიზის მეთოდი დამყარებულია ფასეულობათა სამი ძირითადი სისტემის: 1. შემოქმედებითი ფასეულობანი; 2. განცდის ფასეულობანი; 3. დამოკიდებულების ფასეულობანი, მიხედვით ცხოვრების საზრისის აღმოჩენაზე და ამ ფასეულობათა სისტემების რეალიზაციაზე. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ Viktor Frankl აკვიატებულობათა მოსახსნელად წარმატებით იყენებდა ლოგოთერაპიის პარადოქსული ინგენციის მეთოდს.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ღღესათვის არ არსებობს ერთიანი მიდგომა PTSD მკურნალობის საკითხისადმი, ან რაიმე სპეციფიური მკურნალობა, რის გამოც PTSD მკურნალობა აგარებს სიმპტომურ ხასიათს. ფსიქოთერაპიის მეთოდის და მკურნალობის გაქტივის არჩევასა აუცილებელია პიროვნების ინდივიდუალური თავისებურებების, მისი მსოფლმხედველობის, ფასეულობათა სისტემის, განვითარების დონის, ასევე ეთნო-კულტურული თუ სოციო-კულტურული მახასიათებლების, ასაკის, სქესისა და ფსიქოგრაფიის ხასიათის გათვალისწინება.

➤ **ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება არგ-თერაპიას** – რაც საყურადღებოა ორი მიმართულებით: 1) იგი მნიშვნელოვან წარმოდგენას გვაძლევს პიროვნების შიგნით არსებულ, დაფარულ კონფლიქტებსა და გენდენციებზე, ასევე ფსიქო-გრაფმის პიროვნებისეულ წარმოდგენაზე, 2) ამავე დროს, დინამიკაში წარმოდგენას გვაძლევს თუ როგორ ვითარდება მოგადად რეაბილიტაცია, რა იქნა მიღწეული და რა რჩება საყურადღებოდ. ამავე დროს არგ-თერაპიის მეთოდი უმნიშვნელოვანესია გრავმული სტრესისაგან ემოციური განმუხტვისათვის; იგი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს აკვიატებული მოგონებებისა და განცდებისაგან თავის დაღწევის პროცესში.

➤ **სოციალური რეაბილიტაცია და გარემოში დახმარება, იურიდილი კონსულტაცია:**

წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საკითხები მოიცავს მრავალფეროვან კომპლექსურ ღონისძიებებს, რომელთა შორისაც ერთერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სოციალურ რეაბილიტაციას, რაც პირველ რიგში გულისხმობს სოციალურ თანადგომას. სოციალური თანადგომა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: 1. თვითდახმარების ჯგუფების ორგანიზაცია დაზარალებულთა შორის, ბუნებრივი ლიდერის გამოვლენით. ასეთი ჯგუფების უმთავრესი ამოცანაა თანაგრძნობისა და თანადგომის ატმოსფეროს მიღწევა, ემოციური ურთიერთკეთილსაიმედო განწყობა, რაც მნიშვნელოვანია ემოციური განმუხტვისა და შექმნილი რთული მდგომარეობიდან თავის დაღწევისათვის – მომავლის დაგეგმვა არსებული რეალობის სწორი შეფასებით. 2. მაგერიალური დახმარების ორგანიზება ყველაზე უფრო მეტად გაუბედურებული ადამიანებისათვის. 3. დასაქმებისა და ფუნქციების განაწილების ორგანიზება. 4. საინფორმაციო სამსახურის ორგანიზაცია და ურთიერთობების დამყარება სხვადასხვა ორგანიზაციებთან და სტრუქტურებთან, რათა მოხდეს დაზარალებულთა ინფორმირება საკუთარი უფლებებისა და თავისუფლებების შესახებ, ასევე მოვალეობების შესახებ, ადგილობრივ და საერთაშორისო საკანონმდებლო აქტებს, რაც წარმოადგენს პიროვნების დაცვის ერთ-ერთ უმთავრეს პირობას. 5. ბავშვებისა და მოზარდების რეაბილიტაციის საკითხში გრავმული სტრესით გამოწვეული ისეთი სპეციფიური პრობლემებიდან გამომდინარე, როგორც არის ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, სწავლაში ჩამორჩენა, ინტერპერსონალური ურთიერთობების პრობლემები, მნიშვნელოვანია სპეციალური პროგრამების შემუშავება, რომლებიც მოიცავენ უნარების განვითარებისა და აღმზრდელობით-საგანმანათლებლო ჯგუფების ფორმირებას, კულტურულ-სპორტული და სამკურნალო-პროფილაქტიკური, თუ გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შემუშავებას.

გამომდინარე წამების სიგუაციების სპეციფიკიდან აუცილებელია გარემოში სოციალური დახმარების ორგანიზება, რათა შეძლებისდაგვარად დაცული იქნას წამების მსხვერპლისა და მისი ოჯახის წევრთა უსაფრთხოება, ამგვარი ქმედებები გულისხმობს ფასილიტატორულ აქტივობას ცალკეულ სახელმწიფოებრივ ორგანოებთან, მათ შორის ძალოვანი სტრუქტურების წარმომადგენლებთან;

რეაბილიტაციის აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს წამების მსხვერპლის იურიდიული კონსულტირება, დახმარება სასამართლოებში საქმის მსვლელობისას; ამავე დახმარების უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო –

იურიდიულ კომპონენტს შეადგენს წამების მსხვერპლისათვის სამედიცინო დასკვნის მომზადება და გაცემა; ამგვარი დასკვნის გადაცემა სასამართლოებისა თუ პროკურატურისათვის, ასევე წამების მსხვერპლის ადვოკატისათვის.

ამგვარად, რეაბილიტაციისათვის აუცილებელია კომპლექსური მიდგომა, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის ორგანიზაციების, განათლების სისტემის, ადგილობრივი თუ საერთაშორისო სამართალდამცავი და საკანონმდებლო ინსტიტუტების, სამთავრობო და არასამთავრობო საერთაშორისო თუ ადგილობრივი სტრუქტურების აქტიურ კოორდინირებულ ჩაბმას რეაბილიტაციის პროცესში.

სამკურნალო-პროფილაქტიკური და რეაბილიტაციური ღონისძიებების ეფექტურად განხორციელებისათვის აუცილებელია კვალიფიციური დახმარების სამსახურის ორგანიზაცია.

ასეთი სამსახურის უმთავრეს რგოლს წარმოადგენს ექსტრემალური დახმარების ჯგუფების შექმნა, რომელიც ყალიბდება შემდეგი სპეციალისტებისაგან: ბოგადი პროფილის ექიმები, ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები, სამედიცინო დები, სოციალური მუშაკები. ისინი გადაუდებელ დახმარებას აღმოუჩენენ დაზარალებულებს კრიზისულ სიტუაციებში (მაგალითად ციხეებში). ასეთი ჯგუფების მთავარი ამოცანაა: სწორი და სწრაფი დიაგნოსტიკა, გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა და დაზარალებულთა შემდგომი განაწილება კლინიკურ-დინამიური გამოვლინებების გათვალისწინებით.

შემდგომ რგოლს წარმოადგენს სპეციალური პროგრამების შემუშავება კვალიფიციური სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის აღმოსაჩენად და მოიცავს ამბულატორულ და სტაციონარულ დახმარებასა და მკურნალობას.

ამგვარი პროგრამების განსახორციელებლად აუცილებელია სპეციალისტების მომზადება, ვინაიდან წამების დროს ხშირად ადგილი აქვს ფსიქიკური და ფიზიკური ტრავმების შერწყმას, ასევე ფსიქო-სომატურ დარღვევებს, მნიშვნელოვანია სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტთა გათვითცნობიერება ტრავმული სტრესისა და მის მიერ გამოწვეულ დარღვევების საკითხებში.

ხშირ შემთხვევაში წამებით გამომწვეული უბედურებების პოლიმორფული ხასიათიდან გამომდინარე მნიშვნელოვანია არასპეციფიური დახმარების აღმოსაჩენად მოხალისეთა ჩართვა რეაბილიტაციურ ღონისძიებებში; ამისათვის აუცილებელია მათი გათვითცნობიერება ტრავმული სტრესისა და მასთან დაკავშირებული ფსიქიკური თუ ფიზიკური პრობლემების შესახებ.

კომპლექსური მიდგომის აუცილებლობის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია სპეციალისტების მიერ იმ ორგანიზაციებისა და სტრუქტურების ინფორმირება, რომელნიც იმყოფებიან მჭიდრო კავშირში დაზარალებულთაგან. ესენი შესაძლოა იყვნენ: პედაგოგები, აღმზრდელები, მასობრივი საინფორმაციო საშუალებების წარმომადგენელი, საზოგადოებისა და ოფიციალური სტრუქტურების წარმომადგენელი და სხვანი; ყოველივე ეს აუცილებელია, რათა შემუშავდეს სწორი მიდგომა დაზარალებულთა პრობლემებისადმი, მიმდინარე სტრესული სიტუაციების შემცირების მიზნით.

წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება წამების პრევენციული ღონისძიებების შემუშავებასაც, ვინაიდან ზოგადად ქვეყანაში წამების პრევენციაზე ყურადღების გამახვილება და სათანადო კლიმატის შექმნა აადვილებს წამების მსხვერპლთათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას და

ასევე აადვილებს სამართლებრივი შეფასებების მიღწევას, რაც თავის მხრივ მნიშვნელოვანი კომპონენტია წამების მსხვერპლის სრული რეაბილიტაციისათვის.

მულტიდისციპლინარული ჯგუფი, რომელიც არის აუცილებელი რეაბილიტაციის განსახორციელებლად :

- ზოგადი პროფილის ექიმი (თერაპევტი)
- ექიმი-ფსიქიატრი
- ნევროლოგი
- გრაფმატოლგი
- ფიზიოთერაპევტი
- ფსიქოთერაპევტი
- არგ თერაპევტი
- ფსიქოლოგი
- სოციალური მუშაკი
- ექთანი
- სხვადასხვა კონსულტანტები (გინეკოლოგი, ნარკოლოგი, კარდიოლოგი, დერმატო-ვენეროლოგი, ოტოლარინგოლოგი, ოფტალმოლოგი, ქირურგი, პულმონოლოგი და სხვა საჭიროებისდა მიხედვით).
- იურისტი

ბავშვებთან მუშაობისათვის აუცილებელია რეაბილიტაციაში ჩართული იქნან :

- ბავშვთა ფსიქიატრი
- ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი და ფსიქოლოგი
- პედიატრი
- პედაგოგები

დანართი 1: პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მკურნალბის ექსპერტთა შეთანხმებული გაიდლაინების მოგიერთი სქემა

(Expert Consensus Guideline Series, Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: The Journal of Clinical Psychiatry, V. 60, Supplement 16, 1999; Editors for the guidelines: Edna B. Foa, Jonathan R.T. Davidson, and Allen Frances.)

გაიდლაინი I: როგორ შევიცნოთ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა :

1 A: ექსპერტული სტრესისი გიპები, რომელნიც იწვევენ პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობას:

სტრესორის გიპები	მაგალითები
სერიოზული შემთხვევა	საგზაო, საჰაერო, სამღვაო ან ინდუსტრიული ავარია.
ბუნებრივი კატასტროფა	ქარბორბალა, ქარიშხალი, წყალდიდობა, მიწისძვრა
კრიმინალური შემთხვევა	ფიზიკური შეტევის მსხვერპლი, დაჭრა, ცემა და ა.შ.
სამხედრო	საომარ მოქმედებათა თეატრში მონაწილეობა
სექსუალური ძალადობა	გაუპატიურება ან მცდელობა
ბავშვობისდროინდელი სექსუალური ძალადობა	ინცესტი, გაუპატიურება, სექსუალური კონტაქტი დიდთან ან გაცილებით დიდ მოზარდთან.
ბავშვობისდროინდელი ძალადობა ან სერიოზული უგულვებლყოფა (უყურადღებობა, მიტოვებულობა)	ცემა, დამწვრობა, შიმშილობა, შეზღუდვები
ტყვეობა, პატიმრობა, წამება	გატაცება ან ტყვედ აყვანა, ტერორისტული შეტევა, წამება, დაპატიმრება როგორც სამხედრო ტყვე ან საკონცენტრაციო ბანაკში ყოფნა, დევნილობა
ტრავმული მოვლენების შესახებ გაგება ან ამგვარი მოვლენის ხილვა	დახვრეგათა ხილვა, მსხვერპლად შეწირვათა ხილვა, მოულოდნელი უცაბედი სიკვდილი საყვარელი ადამიანის

IB სტრესორის გავლენა

სტრესორი უნდა იყოს ექსტრემალური და არა მხოლოდ ძლიერი	შემთხვევა, რომელიც მოიცავს სიკვდილის მოვლენას ან სიკვდილის მუქარას, ძლიერი დაზიანება, გაუპატიურება ან ბავშვობისდროინდელი სექსუალური ძალადობა. არ მოიცავს ხშირად გავრცელებულ სტრესორებს, რომელიც შეიძლება იყოს ძლიერი, მაგრამ არა ექსტრემალური (მაგალითად: სამსახურის დაკარგვა, განქორწინება, სკოლაში წარუმატებლობა, საყვარელი ადამიანის მოსალოდნელი სიკვდილი).
სტრესორი იწვევს ძლიერ სუბიექტურ პასუხს	პიროვნება განიცდის ძლიერ შიშს, უმწეობისა (უძლურების) და საშინელების განცდას.

IC: პესა ძირითადი სიმპტომები

ძირითადი სიმპტომები	მაგალითები
ტრავმული მოვლენის განმეორებითი განცდა	<ul style="list-style-type: none"> • აკვიატებული, დისტრესის გამომწვევი მოგონებები ტრავმული მოვლენის შესახებ • ფლეშბექის (Flashbacks) ეპიზოდები – განცდა, რომ ტრავმული მოვლენა კვლავაც მეორდება • ღამის კოშმარები, როდესაც მოვლენა ან სხვა საშინელებანი ხშირად სიზრებში მეორდება. • გამოხატული ფიზიკური და ემოციური რეაქციები ტრიგერთა მიმართ, რომელნიც პიროვნებას გადაგანილ მოვლენას მოაგონებენ
განდევნის სიმპტომები	<ul style="list-style-type: none"> • გაქცევა იმ მოქმედებებისაგან, ადგილების, ფიქრების, განცდების, შეხვედრებისაგან, რომელნიც დაკავშირებულნი არიან ტრავმასთან
ემოციური გაყინვა	<ul style="list-style-type: none"> • ინტერესების დაკარგვა • სხვებზე დამოკიდებულების განცდა • ემოციათა შეზღუდვა (ემოციური

	რეზონანსის დაქვეითება)
მოჭარბებული სიფხიზლის განცდა	<ul style="list-style-type: none"> • ძილის მხრივ სირთულეები • გაღიზიანებადობა ან სიბრაზის აფეთქებები • კონცენტრაციის გაძნელება • მოჭარბებული სიფხიზლე • გაზვიადებული მყისიერი პასუხი

1 D: სიმპტომთა ხანგრძლივობა

თუკი სიმპტომთა ხანგრძლივობაა	დიაგნოზია არის	კომენტარი
ერთ თვეზე ნაკლები	წვავე სტრესული აშლილობა (არა პგსა)	ეს არის სიმპტომები, რომელნიც ვითარდება დაუყოვნებლივ სტრესორის განვითარებისას ან მის შემდეგ და შეიძლება იყოს ტრანზიტორული ან თავისთავად ამოწურვადი, თუმცა ჯერჯერობით არ შეიძლება დიაგნოსტირდეს როგორც პგსა, მაგრამ გამოხატული სიმპტომები ამ პერიოდის განმავლობაში წარმოადგენს რისკ ფაქტორს პგსა – ს განვითარებისათვის.
1 – 3 თვე	მწვავე პგსა	აქტიური მკურნალობა ამ ფაზაში, შეიძლება დაგვეხმაროს თავიდან ავიცილოთ პგსა – ს ქრონიზაცია
3 თვე ან/ და მეტი	ქრონიკული პგსა	ხანგრძლივი სიმპტომები შეიძლება ითხოვდეს უფრო ხანგრძლივ და შემტევ მკურნალობას და მიდრეკილია ასოცირებულ იყოს სხვა თანმხლებ დაავადებებთან

1 E: უპირატესად გაგრძელებული თანმხლები აშლილობანი პგსა –ს მქონე პაციენტებში:

ვინაიდან ხშირ შემთხვევაში პგსა –ს თან ახლავს სხვა ქვემოთ მოყვანილი აშლილობანი, საჭიროა ჩავაგაროთ სკრინინგი მათი გამოვლენისათვის პგსა – თი დაავადებულ ყველა პაციენტში და გავითვალისწინოთ ეს აშლილობანი მკურნალობის დაგეგმვისას.

თანმხლები მდგომარეობანი
• დამოკიდებულებისა და წამალდამოკიდებულების პრობლემები
• დიდი დეპრესიული აშლილობა
• პანიკური აშლილობა/აგორაფობია
• გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა
• ობსესიურ – კომპულსური აშლილობა
• სოციალური ფობია
• ბიპოლარული აშლილობა

II. მკურნალობის საწყისი სტრატეგიების შერჩევა

გაილლაინი 2: ძირითადი მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევა

2 A: მკურნალობის თანმიმდევრობა: დავიწყოთ ფსიქოთერაპიით, მედიკამენტოზური თერაპიით თუ ორივეს კომბინირებით

ეს გაილლაინი მოიცავს ინფორმაციას ფსიქოთერაპიისა და მედიკამენტებით მკურნალობის თანმიმდევრობის შესახებ პგსა –ს მქონე პაციენტებში. გაილლაინის მომზადებისას ერთიდაიგივე შეკითხვა დაესვა ფსიქოთერაპიისა და მედიკამენტების გამოყენების ექსპერტებს. ორივე ჯგუფის ექსპერტებმა რეკომენდაცია გაუწიეს ფსიქოთერაპიას, როგორც პგსა – ს მკურნალობის პირველად მეთოდს, მაგრამ ექსპერტები, რომელნიც მედიკამენტოზურ მკურნალობას ეწევიან არიან მომხრე ორივე მკურნალობის მეთოდის ერთდროული გამოყენებისა დასაწყისშივე, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ უფრო გამოხატული პგსა – ს სიმპტომები ან ქრონიკული პგსა.

ასაკი	სიმძიმე	მწვავე პგსა	ქრონიკული პგსა
ბავშვებში და უფრო ახალგაზრდა მოზარდებში	საშუალო	პირველად ფსიქოთერაპია	პირველად ფსიქოთერაპია
	უფრო მძიმე	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
უფროსი ასაკის მოზარდებში და დიდებში	საშუალო	პირველად ფსიქოთერაპია	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
	უფრო მძიმე	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური

		თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება	თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
გერიატრიულ პაციენტებში	საშუალო	პირველად ფსიქოთერაპია	პირველად ფსიქოთერაპია
	უფრო მძიმე	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება

2. B: მკურნალობის თანმიმდევრობა, როდესაც პგსა შერწყმულია სახვა ფსიქიატრიულ აშლილობებთან

როდესაც პგსა – ს თან ახლავს სახვა ფსიქიკური აშლილობები, ექსპერტები რეკომენდაციას უწევენ მედიკამენტოზური მკურნალობისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირებას. ამასთანავე ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ პგსა დიაგნოსტიკისას აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული სახვა თანმხლები ფსიქიკური აშლილობებისა და წამალდამოკიდებულების პრობლემების შეფასება.

თანმხლები მდგომარეობა	რეკომენდირებული სტრატეგია
დეპრესიული აშლილობა	დასაწყისიდანვე მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
ბიპოლარული აშლილობა	დასაწყისიდანვე მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
სხვა შფოთვითი აშლილობანი (მაგ., პანიკური აშლილობა, გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა	დასაწყისიდანვე მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
წამალდამოკიდებულება ან სახვა დამოკიდებულების პრობლემები 1) საშუალოდ გამოხატული პრობლემები 2) უფრო მძიმედ გამოხატული პრობლემები	1) მკურნალობა ორივე აშლილობის ერთდროულად წამალდამოკიდებულებისა და პგსა – ს, 2) წამალდამოკიდებულების პირველ რიგში ან ორივესი ერთდროულად

2 C: დახმარების დონე მკურნალობის ინიციალურ ფაზაში (პირველი სამი თვე ან სკაბილიმაციის მიღწევამდე)

მკურნალობის საწყის ეტაპზე ექსპერტების რეკომენდაციით ფსიქოთერაპია უნდა გარდებოდეს ყოველკვირეულად 60 წუთის ხანგრძლივობით ინდივიდუალური სესიების სახით; პირველი თვის განმავლობაში ასევე რეკომენდირებულია მედიკამენტოზური მკურნალობის მიზნით ყოველკვირეული ვიზიტები და შემდგომში ყოველ ორ კვირაში.

	რეკომენდირებულია	ასევე განიხილება
ფსიქოთერაპიული სეანსების სიხშირე	ყოველკვირეული	ორჯერ კვირაში
ფსიქოთერაპიული სეანსების ხანგრძლივობა	60 წუთი (უფრო ხანგრძლივი სეანსები შესაძლოა საჭირო იყოს ექსპოზიციური თერაპიისათვის)	> 60 წუთზე ან 45 წუთი
ფსიქოთერაპიული სეანსების ფორმატი	ინდივიდუალური	ინდივიდუალური, ჯგუფური ან ოჯახური თერაპიის კომბინირება
მედიკამენტოზური მკურნალობის ვიზიტების სიხშირე	ყოველკვირეული პირველი თვის განმავლობაში და შემდეგ ყოველ ორ კვირაში	ყოველკვირეული 3 თვის განმავლობაში ან ყოველ ორ კვირაში 3 თვის განმავლობაში

გაილდანი 4: საწყისი მედიკამენტის შერჩევა

4 A: მედიკამენტების უპირატესი კლასები სხვადასხვა სამიზნე სიმპტომებისათვის

თითქმის ყველა შემთხვევაში ექსპერტები უპირატესობას ანიჭებენ ახალი თაობის ანტიდეპრესანტებს, ისეთი როგორიც არის სელექტიური სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SSRI). გუნებგანწყობის სტაბილიზატორები ასევე შეიძლება იყოს გამოყენებული გაღიზიანებადობისა და აგრესიის პრობლემების მოსახსნელად. ასევე ბენზოდიამეპინები შეიძლება იყოს ეფექტური ხანმოკლე დროით გამოყენებისას, მაგრამ უნდა იქნას დანიშნული სიფრთხილით წამალდამოკიდებულების პრობლემების რისკის გათვალისწინებით.

უპირატესად გამოხატული სიმპტომი	რეკომენდირებული მედიკამენტი	ასევე განიხილება
აკვიატებული ფიქრები	<ul style="list-style-type: none"> SSRI Nefazodoni venlafaxini 	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
“ფლუშბექის” ეპიზოდები	<ul style="list-style-type: none"> SSRI Nefazodoni venlafaxini 	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები

გრაფმასთან დაკავშირებული შიში, პანიკა და განღებვის სიმპტომები	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Nnefazodoni • venlafaxsini 	<ul style="list-style-type: none"> • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები • ბენზოდიამინები (მაგ., კლონაზეპამი)
ზოგადი შფოთვა (მოჭარბებული სიფხიმლე, შერტომა, გაფაციცება)	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Nnefazodoni • venlafaxsini 	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები ბენზოდიამინები ანტიდრენერგული ბუშპრონი
“გაყინვა”/სხვებზე დამოკიდებულება/ინტერესების დაკარგვა	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Nnefazodoni • venlafaxsini 	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
დისოციაციური სიმპტომები		<ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Nnefazodoni • venlafaxsini • Tricikluri antidepressantebi
ძილის დარღვევა	გრაზოლონი	<ul style="list-style-type: none"> • ზოლპიდემი • ბენადრილი • ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები • ბენზოდიამინები
გალიზიანებალობა/ავგნებალობა/სიბზრაზის აფეთქებები	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Nnefazodoni • venlafaxsini 	უნებგანწყობის სტაბილიზატორები (მაგ., დივალპროექსი) ტრიციკლური

		ანტიდეპრესანტები ანტიდრენერგული
კონცენტრაციის გაძნელება	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Nefazodoni • venlafaxini 	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
დანაშაულისა და სირცხვილის განცლა	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Nefazodoni • venlafaxini 	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები

4. C: ადექვატური საწყისი მედიკამენტოზური კურსის განსაზღვრა

იქამდე ვიდრე განვსაზღვრავდეთ მედიკამენტოზური მკურნალობის რეზისტენტობის მიზეზებს, უნდა ვიცოდეთ დარწმუნებით, რომ მედიკამენტის დოზა და კურსის ხანგრძლივობა სწორად იყო განსაზღვრული. ხშირ შემთხვევაში პაციენტი ღებულობს სხადასხვა მედიკამენტს, მაგრამ არასისტემატურად ადექვატური კურსის მიხედვით, რაც არ აძლევს კლინიცისგს იმის საშუალებას სწორად განსაზღვროს, მიცემული მედიკამენტი მოქმედებს თუ არა მიზნობრივად. ექსპერტები რეკომენდაციას უწევენ, რომ იმ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ნაწილობრივი პასუხი მკურნალობაზე, დაეთმოს მეტი დრო მკურნალობისათვის, ვიდრე მათ ვის შემთხვევაშიც პასუხი არ იქნა მიღებული.

	დროის ხანგრძლივობა ვიდრე შევცვლიდეთ მედიკამენტს ან დავამატებდეთ სხვა მედიკამენტს	
	არ არის ეფექტური	ნაწილობრივ ეფექტურია
ანტიდეპრესანტი	6 კვირა	8 კვირა
ანტიფსიქოტიკი	3 კვირა	4 კვირა
ბენზოდიამპინი	2 კვირა	3 კვირა
ბუშპირონი	4 კვირა	5 კვირა
გუნებ განწყობის სტაბილიზატორები	4 კვირა	6 კვირა
ანტიდრენერგული	2 კვირა	3 კვირა

გაილდანი 9: მედიკამენტების დოზირება

წარმოდგენილ ცხრილში შეჯამებულია ექსპერტების მიერ რეკომენდირებული დოზები. ეს არის ზოგადი სახელმძღვანელო და რეკომენდირებულია უფრო მეტი ინფორმაციისათვის შესაბამისი ფარმაკოლოგიური ტექსტებისა და სახელმძღვანელოების გაცნობა. კლინიკური გადაწყვეტილება არის აუცილებელი, რათა განვსაზღვროთ დოზირება სპეციფიკურ პაციენტებში, განსაკუთრებით ბავშვებში. მოხუცებში, პაციენტებში თანმხლები აშლილობებითა და ასევე კომბინირებულ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებში.

მედიკამენტი	მწვავე ფაზა *				
	საწყისი დოზები მოზრდილებში (მგ. დღე)	საშუალო სამიზნე დოზა (მგ. დღე)			ყველაზე მაღალი დოზები (მგ. დღე) †
		მოზრდილი	ბავშვები	ხანშიშესული	
SSRIs					
Citalopram (Celexa)	20	20–40	20	20	60
fluoxetine (Prozac)	10 - 20	20–50	10–20	20	80
fluvoxamine (Luvox)	50	100–250	50	100	300
paroxetine (Paxil)	10 - 20	20–50	20	20	50
sertraline (Zoloft)	25 - 50	50–150	50	75	200
Other antidepressants					
nefazodone (Serzone)	100	300–500	200	250	600
venlafaxine (Effexor XR)	75	75–225	50	150	225
Mood stabilizers					
divalproex (Depakote)	500	500–1500	750	750	2000
Antipsychotics					

haloperidol (Haldol)	2	2–10	1.5	3	20
risperidone (Risperdal)	1	2–6	1.5	2.5	8
olanzapine (Zyprexa)	5	5–15	5	7.5	20
quetiapine (Seroquel)	50	100–400	—‡	150	800
Anti-anxiety medications					
bupirone (BuSpar)	15	20–60	20	30	60
alprazolam (Xanax)§	1	1–4	1	1.5	4
clonazepam (Klonopin)§ §	1	1–4	1.5	1.5	4

§ პაციენტებში წამალდამოკიდებულების პრობლემებით, ან/და ამგვარი პრობლემების ისტორიით რეკომენდირებულია სიფრთხილით გამოყენება.

‡ (გამოშვების ფორმის გათვალისწინებით)

‡ ექსპერტთა რეკომენდაციით არ გამოიყენება

* რეკომენდირებული შემანარჩუნებელი დოზები, რომელიც როგორც წესი ექვივალენტურია მწვავე ფაზის დოზების

‡ (გამოშვების ფორმის გათვალისწინებით)

გაილდანი 10: დამყოლობის გაზრდა

პაციენტის სრული თანამშრომლობა მკურნალობის პროცესში ხშირად გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა. მოცემული ცხრილი წარმოადგენს ექსპერტთა რეკომენდაციას თერაპიული ურთიერთობების გაუმჯობესების შესახებ და პაციენტის როლის გაძლიერებაზე მკურნალობის პროცესში.

სტრატეგიის ტიპი	რეკომენდაცია
ზოგადი	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ფსიქოგანათლება ✓ პაციენტთან სამკურნალო ინტერვენციის რაციონალობის ხშირი განხილვა ✓ მკურნალობის შერჩევისას მხედველობაში უნდა იქნას

	<p>მიღებული, თუ რას ანიჭებს პაციენტი უპირატესობას</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ უნდა იქნას ჩართული ნათესავი ან მნიშვნელოვანი პიროვნება მკურნალობის ადრეულ სტადიაზე
პროგრამული	<ul style="list-style-type: none"> ✓ წამალდამოკიდებულების პრობლემის შესწავლა და მკურნალობა ✓ სწარაფი და ადვილად ხელმისაწვდომი მკურნალობის უზრუნველყოფა
მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტებისათვის	<ul style="list-style-type: none"> ✓ მედიკამენტის შერჩევა გვერდითი მოვლენებისადმი ტოლერანტობის გათვალისწინებით ✓ დავიწყობ დაბალი დოზიდან და ნელა ავწიობ დოზა, რათა გავიდან ავიცილოთ გვერდითი ეფექტი

გაილდანი 11: პესა – ს პრევენცია და ქრონიზაციის თავიდან აცილება

პრევენციის წვეთი (უნცია) ხშირად უდრის მკურნალობის ზღვას (ფუნგს). ადამიანების დახმარებამ, ექსტრემალურ სტრესორზე თავიანთ მყისიერ რეაქციებს ეფექტურად მიუღწევენ, შეუძლია კარგად აიცილოს თავიდან პესა მთლიანად ან როგორც მინიმუმ შეამოკლოს სიმპტომთა ხანგრძლივობა. ყვალას ვისაც უვითარდება ექსტრემალურ სტრესორზე სიმპტომები, ექსპერტები რეკომენდაციას უწევენ, უზრუნველყოფილ იქნან ფსოქო – განათლებით, ნორმალიზების პირობებით, დანაშაულის განცდიდან განთავისუფლებითა და ემოციური კათარზისით. თუ სიმპტომები 1 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება, ექსპერტები იძლევიან რეკომენდაციას დამატებით გამოყენებულ იქნას სპეციფიკური ფსიქოთერაპიული ტექნიკები და მოწოდებული მედიკამენტოზური თერაპია, რათა თავიდან იქნას აცილებული ქრონიზაციის პრობლემა.

	<i>პგსა - ს პრევენცია პაციენტებში მწვავე სტრესული აშლილობით</i>	<i>ქრონიკული სიმპტომების პრევენცია პაციენტებში მწვავე პგსა - თი</i>
რეკონელიაცია	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ფსიქო- განათლების უზრუნველყოფა ✓ მოვლენაზე რეაქციის ნორმალიზება ✓ ირაციონალური თვითდანაშაულის განცდის შემსუბუქება ✓ მოვლენის ემოციური გაცოცხლებისა და ხელახალი გადმოცემის ხელშეწყობა 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ფსიქო- განათლების უზრუნველყოფა ✓ მოვლენაზე რეაქციის ნორმალიზება ✓ ირაციონალური თვითდანაშაულის განცდის შემსუბუქება ✓ მოვლენის ემოციური გაცოცხლებისა და ხელახალი გადმოცემის ხელშეწყობა ✓ კოგნიტიური თერაპია ✓ ექსპოზიციური თერაპია ✓ შფოთვის მართვის ტექნიკები
ასევე განიხილება	<ul style="list-style-type: none"> ✓ შფოთვის მართვის ტექნიკები ✓ ჯგუფური კრიზისული ინტერვენცია ✓ კოგნიტიური თერაპია 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ მკურნალობის დაწყება ანგიდეპრესანტით

დანართი № 2:

წარმოდგენილია გამოკვლევისა და რეაბილიტაციის ანკეტა, რომელიც შემუშავებულია ცენტრი « ემპათია »-ს მიერ და ასახავს იდენტიფიკაციის, მონიტორინგისა და რეაბილიტაციის ყველა კომპონენტს:

დანართი № 2

წამების მსხვერპლთა მონიტორინგისა და რეაბილიტაციის სამედიცინო და ფსიქო - სოციალური პროგრამა

I. ანკეტური მონაცემები

1. სახელი, გვარი _____
ანონიმურობის შემთხვევაში გადადით 2 პუნქტზე.
2. კოდი _____ G - XX - 000N
3. გამოკვლევის თარიღი _____
4. სქესი _____ მღერ. / მამრ.
5. ასაკი _____
6. ეროვნება: _____
7. მოქალაქეობა _____
8. ამჟამინდელი ადგილსამყოფელი _____
9. მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი _____
10. ამჟამინდელი სტატუსი — 10.1. დევნილი. 10.2. პატიმარი. 10.3. ყოფილი პატიმარი. 10.4. სხვა (მიუთითეთ) _____

II. წამების ისტორია

1. წამების მსხვერპლი / 1.1. არის. 1.2. არა. 1.3. ესწრებოდა ნათესავების ან ოჯახის წევრების წამებას. 1.4. ესწრებოდა სხვის წამებას.
2. წამების ადგილი / 2.1. პოლიციის იზოლატორი. 2.2. ციხის იზოლატორი. 2.3. უშიშროების იზოლატორი. 2.4. ჯარის იზოლატორი. 2.5. სამხედრო კონფლიქტის ზონაში ყოფნისას. 2.6. სხვა (მიუთითეთ) _____
3. წამების თარიღი და ხანგრძლივობა _____
4. წამების ინტენსივობა / 4.1. სისტემატიური. 4.2. ერთჯერადი.
5. ვის მიერ იქნა განხორციელებული / 5.1. პოლიციის მხრიდან. 5.2. ძალოვანი სხვა სტრუქტურის მხრიდან (რომელი მიუთითეთ) _____ 5.3. ერთი ადამიანის მიერ. 5.4. ჯგუფის მიერ (ჯალათების ჯგუფი თუ სხვა მიუთითეთ). —
6. სახელმწიფო მოხელის დავალებით _____
7. სხვა (მიუთითეთ ვის მიერ და რა ვითარებაში) _____
8. ესწრებოდა თუ არა ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი _____
9. იღებდა თუ არა მონაწილეობას სამედიცინო პერსონალი _____
10. წამების მიზანი / 10.1. ინფორმაციის მიღება. 10.2. დანაშაულის აღიარება. 10.3. დამატებითი დანაშაულის (ან რომელიც არ ჩაუღენია) აღიარება. 10.4. ფულის

გამოძალვა. 10.5. პიროვნული დამცირება. 10.6. პიროვნების დამორჩილება, ღათრგუნვა. 10.7. იდეოლოგიური შეხელულებები. 10.8. აღმსარებლობა. 10.9 ეთნიკური კუთვნილება 10.10. მწამებელთა საღისგური გენდენციები. 10.11. სხვა (აღწერეთ) _____

ღამაგებითი ინფორმაცია აღწერეთ

III. გამოყენებული მეთოდები

1. ფიზიკური მეთოდები

1.1.	ცემა ("ღუბინკებით", ჩექმებით, იარაღის გართ, სხვა ბლაგვი საგნით, ხელით სხვა) - გახაზეთ რომელი.	კი	რა
	ა) სისგემატიზირებული		
	ბ) არასისგემატიზირებული		
1.2.	ელექტროდენით წამება		
	ა) პირის ღრუღან		
	ბ) სასქესო ორგანოებიღან (ან მკერდი)		
	გ) კიღურებიღან (ფალანგები)		
	ღ) სხვა (მიუთითეთ) -----		
1.3.	ჩამოკიღება		
1.4.	არაფიზიოლოგიური მღებარეობა		
1.5.	სექსუალური წამება		
	ა) გაუპაგიურება		
	ბ) გაშიშვლება		
	გ) იღულებითი ანანიზმი		
	ღ) იღულებით მონაწილეობა სხვის გაუპაგიურებაში		
	ე) ღამამცირებელი პომის მიღება		
	ვ) სასქესო ორგანოების ღამიანება		
	ზ) სხვა (მიუთითეთ) -----		
1.6.	სამედიცინო - სტომატოლოგიური წამება (კბიღების ღაძრობა ღა ა.შ.)		
1.7.	მოხრჩობა (აირწინაღი ან წყალში ჩაყურყუმაღავება თავით - აღნიშნეთ რომელი)		
1.8.	ფარმაკოლოგიური წამება (ნარკოტიკით ან სხვა პრეპარაგით - შეძღებისღაგვარაღ მიუთითეთ, ან არ იცის რითი)		
1.9.	ღაღის ღასმა (ფრჩხიღების ღაძრობა, ფალანგის მოჭრა, ყურის მოჭრა, თვალის ამოთხრა, ხორცების ათღა, სხვა (მიუთითეთ რომელი ან აღწერეთ სხვა)		
1.10.	ღამწვრობა (სიგარეტით, ცხელი შანთით, გავარვარებულ "რეშოგკაზე" ღაკვრა, სხვა - მიუთითეთ რომელი ან აღწერეთ სხვა -----		
1.11.	ცხოვეღებით წამება (ძაღღების მისევა ღა ა.შ.)		
1.12.	სხვა (აღწერეთ) -----		

- 1.13. მიუთითეთ დამატებითი ინფორმაცია
- 1.14. მიუთითეთ, იქნა თუ არა გამოყენებული ისეთი მეთოდები, რომელნიც არ გოვებენ ფიზიკურ კვალს, რომელი აღწერეთ

2. ფსიქოლოგიური მეთოდები

2.1.	დეპრივაცია, იზოლაცია	კი	არა
2.2.	სიბნელე, ჟანგბადის ნაკლებობა, სიცივე		
2.3.	ცხოველები (მღრღნელები), მწერები იზოლაცორში.		
2.4.	სანიტარული პირობების უქონლობა		
2.5.	საკანში აგენგის არსებობა		
2.6.	სხვა წამების მსხვერპლებთან ყოფნა		
2.7.	სხვისი წამების ხმების გაგება		
2.8.	სხვის წამებაზე დასწრება		
2.9.	მეგობრის ან ოჯახის წევრის წამება		
2.10.	ძილისი დეპრივაცია		
2.11.	წამების გაურკვეველი მოლოდინი		
2.12.	მუქარა: 1. გაუპატიურების. 2. ოჯახის დარბევის. 3. ოჯახის წევრის წამების. (აღნიშნეთ რომელი ან დაამატეთ და აღწერეთ სხვა -----)		
2.13.	სიჭყვეური შეურაცყოფა, დაშინება, დამცირება		
2.14.	ცრუ სიკვდილით დასჯა		
2.15.	სასმელი წყლისა და საკვების არ მიცემა		
2.16.	ბუნებრივი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების შეზღუდვა		
2.17.	არარეალური არჩევანი (ალიარება, გაცემა, შეკვრა მუქარის ქვეშ - მიუთითეთ რომელი ან დაამატეთ) -----		
2.18.	სამედიცინო დახმარების უქონლობა		
2.19.	სხვა (აღწერეთ) -----		

2.20. დამატებითი ინფორმაცია აღწერეთ

IV. მწვავე შედეგები

1. ფიზიკური შედეგები

1.1.	თავის ტვინის მწვავე ტრავმა გონების დაკარგვით	კი	არა
1.2.	ჭრილობა (თავის არეში, სახისა და კისრის არეში, მკერდის არეში, ბურგის არეში, კიდურებზე სხვა - მიუთითეთ) -----		
1.3.	დამწვრობა (თავის არეში, სახისა და კისრის მიდამოში, მკერდის არეში, ბურგის არეში, კიდურებზე, ფალანგებზე, კანზე თუ ლორწოვან გარსზე ან სხვა არეში მიუთითეთ) ----- ----- -----		
1.4.	მწვავე სისხლდენა (მიუთითეთ საიდან) -----		
1.5.	მოგეხილობა (სახის ძვლების, კიდურების, ფალანგების, სხვა - მიუთითეთ) -----		
1.6.	ტკივილით გამოწვეული შოკი		
1.7.	გულ - სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა (ინფარქტი, სტენოკარდია)		

1.8.	სუნთქვის უკმარისობა		
1.9.	თირკმლის მწვავე უკმარისობა		
1.10.	ინფექციური დაავადება		
1.11.	სასქესო ორგანოების დაზიანება		
1.12.	ნერვ - კუნთოვანი დაზიანება (პარემი, კრუნჩხვა, მყესების დაზიანება) -----		
1.13.	დაქეცილობა (მიუთითეთ მიდამო) ----- -----		
1.14.	მხედველობის დაზიანება		
1.15.	სმენის აპარატის დაზიანება		
1.16.	სხვა (აღწერეთ) -----		

1.17. მიუთითეთ მწვავე ფაზის ხანგრძლივობა

2. ფსიქიკური რეაქციები

2.1.	აფექტურ - შოკური რეაქცია ა) სტუპოროზული ვარიანტი (შეკავება, გარინდებული ყოფნა ერთ პოზაში, უმწეობისა და სიცარიელის შეგრძნება, ძილის დარღვევა - მიუთითეთ და აღწერეთ ----- ----- -----	კი	არა
	ბ) მწვავე აგზნება (აქიგაციით, სუიციდური აქტივობით, პარასუიციდი, თვითდაზიანება - მცდელობა თუ სურვილი, ძილის დარღვევა, ფსიქო - მოტორული აგზნება - აღწერეთ ----- ----- -----		
	გ) ცნობიერების შეცვლა (გაბრუება, შევიწროება, შეცვლა სხვა - აღწერეთ ----- ----- -----		
2.2.	გამყავით ცალკე – სუიციდის მცდელობა, სუიციდალური აზრები, თვითდაზიანების მცდელობა, თვითდაზიანების ფაქტი, თვითდაზიანების აზრები - (აღნიშნეთ რომელი და აღწერეთ) - ----- -----		
2.3.	სხვა (აღწერეთ განცდები) ----- ----- ----- ----- -----		

2.4. მიუთითეთ მწვავე ფაზის ხანგრძლივობა -----

V. სამედიცინო დახმარება მწვავე პერიოდში

- 1.1. სამედიცინო დახმარება აღმოეჩინა წამებისთანავე
- 1.2. სამედიცინო დახმარება აღმოეჩინა კვალის დაფარვის მიზნით
- 1.3. სამედიცინო დახმარება აღმოეჩინა იმ მიზნით, რომ შეეშინდათ არ მომკვდარიყო
- 1.4. სამედიცინო დახმარება არ აღმოეჩინა
- 1.5. არაკვალიფიცირებული დახმარება აღმოეჩინეს სხვა პაციერებმა ან სხვა ადამიანებმა
- 1.6. იქნა თუ არა გაფორმებული სამედიცინო დოკუმენტაციაში მისი მდგომარეობის შესახებ და თუ რის შედეგად განვითარდა აღნიშნული დაზიანება
- 1.7. პაციერების შემთხვევაში: ციხეზე გადმოყვანის შემდეგ ინახულა თუ არა სამედიცინო კომისის და აღიწერა თუ არა მათი მდგომარეობა სამედიცინო დოკუმენტაციაში
- 1.8. ვისგან შედეგობდა სამედიცინო კომისია, ესწრებოდა თუ არა ფსიქიატრი
- 1.9. განაცხადა თუ არა ვინმესთან, რომ იგი წამების მსხვერპლია
- 1.10. თუ განაცხადა ვისთან და რა რეაგირება მოჰყვა თუ არ განაცხადა, რა მიზეზით რა სახის გამოკვლევები ან მკურნალობა იქნა ჩატარებული და რა პერიოდში

VI. წამების ქრონიკული შედეგები

1. ფიზიკური შედეგები

- 1.1. აღენიშნება თუ არა პაციენტს შრამი ან ნაწიბური ან სისხლნაქუნთი
- 1.2. თუ აღენიშნება, რა მიდამოში

სახე	
თავის არე	
კისრის მიდამო	
მკერდი	
ზურგი	
სასქესო ორგანოები	
პირის ღრუ	
მუცელი	
კიდურები	
ფალანგები	
სხვა	

- 1.3. აღენიშნება თუ არა პაციენტს მოგეხილობის კვალი (მოძრაობის შეზღუდვა და ა.შ)
- 1.4. თუ აღენიშნება რა მიდამოში

სახის ძვლები	
ხერხემლის მალეები	
კიდურები	
ფალანგები	
სხვა	

- 1.5. აღენიშნება თუ არა ამპუტაციის კვალი

1.6. თუ აღენიშნება რა მიდამოში

ცხვირი	
ყური	
თითები	
კიდელები	
კბილები	
ფრჩხილები	
სასქესო ორგანოები	
სხვა	

1.7. აღენიშნება თუ არა პაციენტს ნევროლოგიური დარღვევები

1.8. თუ აღენიშნება რა სახის

თავის ტკივილი	
მოძრაობის შეზღუდვა	
ნევრალგია	
პარეზი	
პარესთეზია, მგრძობელობის დაქვეითება	
პათოლოგიური რეფლექსები	
მიუთითეთ რა მიდამოში	

1.9. აღენიშნება თუ არა ქრონიკული ტკივილის სინდრომი

1.10. თუ აღენიშნება რა მიდამოში

სახის არეში	
კისრის, ზურგისა და თავის მიდამო	
მკერდის არეში	
მუცლის არეში	
თირკმელების საპროექციო არეში	
სასქესო ორგანოების მიდამოში	
მთელს სხეულში	
სხვა	

1.11. ტკივილი მწვავედ აზინდის ცვლილებისას

1.12. ტკივილი მწვავედ სეზონურად

1.13. ტკივილი მწვავედ გრავმასთან ასოცირებულად (გრავმის მოგონება, გრავმასთან დაკავშირებული თარიღები და ა.შ.)

1.14. მიუთითეთ სხვა სომატური დარღვევები განვითარებული წამების შემდეგ

გულ - სისხლძარღვთა სისტემა	
სასუნთქი სისტემა	
ალერგიული დაავადებები	
ინფექციური დაავადებები	
სიმსივნეები	
საჭმლის მომნელებელი სისტემა	
შარდ - სასქესო სისტემა	
მხედველობის სისტემა	
ყელ - ყურ - ცხვირი	
ენდოკრინული სისტემა	
სხვა	

1.15. მიმართა თუ არა სამედიცინო დახმარებისათვის ვინმეს

1.16. თუ მიმართა ან მიმართვის გარეშე ჩაუტარდა თუ არა სამედიცინო დახმარება

- 1.17. რა სახის სამედიცინო დახმარება ჩაუტარდა (ოპერაცია, კონსერვატორული მკურნალობა თუ სხვა)
- 1.18. არის თუ არა ასახული სამედიცინო დოკუმენტაციაში სადმე მისის მდგომარეობა
- 1.19. ჩაუტარდა თუ არა ობიექტური გამოკვლევები
- 1.20. თუ ჩაუტარდა სად, როდის და რა სახის საჭიროებს თუ არა დამატებით გამოკვლევასა და მკურნალობას (ოპერაციას ან სხვა)

2. ფსიქო - სომატური დარღვევები

- 2.1. არგერიული წნევის ლაბილობა (ჰიპერტენზია, ჰიპოტონია)
- 2.2. ტკივილები გულის არეში
- 2.3. ჰაერის უკმარისობა პერიოდულად
- 2.4. მენსტრუალური ციკლის დარღვევა
- 2.5. ნაადრევი კლიმაქსი
- 2.6. ლიბიდოს დაქვეითება ან სხვა ცვლილება
- 2.7. წონაში დაკლება ან მომატება
- 2.8. ოფლიანობა
- 2.9. ჰიპერსალივაცია ან პირიქით ჰიპოსალივაცია (პირის გაშრობა)
- 2.10. ძილის დარღვევა
- 2.11. თავბრუსხვევა, კოორდინაციის დარღვევა
- 2.12. კუნთოვანი დაძაბულობის შეგრძნება
- 2.13. სმენის დაქვეითება, ყურებში შუილი
- 2.14. მხედველობის დაქვეითება
- 2.15. ადვილად დაღლა
- 2.16. ზოგადი საერთო სისუსტე
- 2.17. კანკალი
- 2.18. ციებ - ცხელება
- 2.19. ჰიპერჰიდროზი
- 2.20. შარდის გამოყოფის გაძლიერება ან შემცირება
- 2.21. დიარეა ან ყაბზობა
- 2.22. სხვა

3. ფსიქიკური სიმპტომები

- 3.1. უძილობა და დამის კოშმარები
- 3.2. დეპრესია
- 3.3. აგრესია
- 3.4. დისფორია
- 3.5. ემოციური ლაბილობა
- 3.6. შიშები
- 3.7. შფოთვა
- 3.8. დაძაბულობა
- 3.9. მოჭარბებული სიფხიზლე
- 3.10. ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება
- 3.11. მეხსიერების დაქვეითება
- 3.12. აკვიატებული მოგონებები, წარმოდგენები

3.13. აუქციური რეაქციები გრავმასთან ასოცირებული სიგუაციებისა და მოგონებების დროს

3.14. **პიროვნული ცვლილებები** (სამყაროსადმი მგრული განწყობა, უნდობლობა, კონტაქტების გართულება, ხმაურის აუგანლობა, მარტოობის სურვილი, ჩაკეცილობა, თვითდაზიანებისაკენ მიდრეკილება, სუიციდური აზრები ან ქმედებები, სირცხვილის ან საკუთარი პიროვნებისადმი პატივისცემის დაკარგვა, უმწეობის განცდა, სხვა) მიუთითეთ და აღწერეთ

3.15. გამოდვიძებისას განცდა, რომ კვლევ მეორდება მაგრავემირებელი მოვლენა

3.16. ჰალუცინაციური განცდები მაგრავემირებელი მოვლენის ასახვით

3.17.სხვა

VII. დამატებითი გრავმების ისტორია (ეს თავი ივსება წამების არ არსებობის შემთხვევაშიც, ან ოჯახის წევრის შემთხვევაშიც)

დამატებითი გრავმები	აღნიშვნა, კომენტარი	სად და როდის
ომის გრავმები		
ახლობლების დაღუპვა		
ოჯახის წევრების დაღუპვა		
სახლის მიტოვება/დაკარგვა		
ოჯახის დევნა/შევიწროება		
ახლობლის ან ოჯახის წევრის გაუჩინარება		
მძიმე სოციალური პირობები მიგრაციის შედეგად		
უცხო გარემოში მოხვედრა/მიგრაცია		
სამსხურის დაკარგვა/სოციალური როლის დაკარგვა		
ოჯახის წევრებთან დეპრივაცია		
დაქვრივება, დაობლება, შვილის დაღუპვა		
პატიმრობა, ტყვეობა		
იმოლაცია, კონტაქტების შემლუღვა		
ხშირი კონფლიქტები ოჯახში		
სამედიცინო დახმარების ნაკლებობა		
გადავსებულ კამერაში ყოფნა		
კონფლიქტები		

ციხეში/კამერაში		
სოციალური სამსახურების უყურადღებობა		
სხვა		

VIII. ჩივილები

- 8.1 ფიზიკური/სომატური
- 8.2. ფსიქიკური
- 8.3. სოციალური/იურიდიული პრობლემები

IX. ანამნეზი

(ყველა დაავადების მითითებით, რაც წარსულში ჰქონდა გადატანილი, მიუთითეთ დაავადების ან გრავმის დრო, სახეობა და სხვა დეტალები; ასევე უნდა მითითებული იყოს ვის მიერ არის მოწოდებული ანამნეზი)

X. ობიექტური სტატუსი პირველადი გასინჯვისას

- 10.1. სომატური სტატუსი: P _____ T/A _____ T _____
- 10.2. ფსიქიკური სტატუსი:
- 10.3. არის თუ არა მისი მდგომარეობა ასახული წარსულში არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციაში საკმარისად (მიუთითეთ დოკუმენტები და საკმარისი იყო თუ არა ჩატარებული გამოკვლევები და მკურნალობა)

XI. ფსიქოლოგიური კვლევის შედეგები

მომრდილთათვის

1. ჰარვარდის გრავმის შეფასების კითხვარი
2. PTSD კითხვარები (Watson; Mississippi Civilian PTSD)
3. ჰამილტონის დეპრესიის კითხვარი
4. ბეკის დეპრესიის კითხვარი
5. შიხანის შფოთვის შკალა
6. ბაას - დარკის აგრესიის კითხვარი
7. MMPI
8. საჭიროების შემთხვევაში სხვა კითხვარები

ბავშვებში

1. PTSD
2. ხელის ტესტი
3. ლუშერის ტესტი
4. საჭიროების შემთხვევაში სხვა

XII. პირველადი გამოკვლევის დასკვნა და წინასწარი დიაგნოზი

დასკვნა:

წინასწარი დიაგნოზი:

სომატური:

ფსიქოლოგიური/ფსიქიკური

XIII. რეკომენდაციები

1. ფსიქოთერაპია (ინდივიდუალური, ჯგუფური, ოჯახური)
2. ართ თერაპია
3. სოციალური თერაპია
4. სპეციალისტთა კონსულტაციები (მიუთითეთ რომელი)
5. ლაბორატორიული და პარაკლინიკური გამოკვლევები (მიუთითეთ რომელი)
6. დამატებით კონსულტაციათა და გამოკვლევათა წინასწარი განფასება (ლარი/დოლარი)
7. წინასწარი დიაგნოსტიკისა და კონსულტაციების ჩაგარებისას განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობა:
 - 7.1. შემთხვევის მართველი (ფსიქიატრი/თერაპევტი)
 - 7.2. თერაპევტი ან ფსიქიატრი
 - 7.3. ნევროლოგი
 - 7.4. ტრავმატოლოგი
 - 7.5. სხვა მიუთითეთ რომელი
 - 7.6. სოციალური მუშაკი
 - 7.7. ექთანი

ხელმოწერა: შემთხვევის მართველი / /

ცენტრის ხელმძღვანელები:

XIV. ჩაგარებულ კონსულტაციათა და გამოკვლევათა შედეგები

1. კონსულტაციათა შედეგები: (ჩააკარით დამატებითი ფურცელი)
2. ლაბორატორიულ და პარაკლინიკურ გამოკვლევათა შედეგები (ჩააკარით დასკვნები)
3. შემთხვევის მართველის განმეორებითი კონსულტაცია და შემთხვევაზე მომუშავე ჯგუფის დასკვნა (ვინ იღებდა მონაწილეობას და რა იქნა წამყვანი სიმპტომებიდან გამოვლენილი)

XV. დასკვნა ფსიქო - ფიზიკური მდგომარეობის შესახებ

XVI. საბოლოო დიაგნოზი

სომატური/ნევროლოგიური
ფსიქიკურ/ფსიქოლოგიური

XVII. დანიშნულება (საჭიროების შემთხვევაში ჩააკარით დამატებითი ფურცელი)

1. ფარმაკოთერაპიული მკურნალობა (ჩააკარით დანიშნულების /დინამიკაში) ფურცელი
2. განმეორებითი კონსულტაციები (სპეციალისტთა მითითებით)
3. ფსიქოთერაპია (ინდივიდუალური, ჯგუფური, ოჯახური)
4. არგ თერაპია
5. სოციალური თერაპია
6. განსაზღვრეთ მკურნალობისა და რეაბილიტაციის კურსის ხანგრძლივობა

თარიღი: _____

ხელმოწერა: შემთხვევის მართველი / /

ცენტრის ხელმძღვანელები:

XVIII. მკურნალობა და რეაბილიტაცია

1. შემთხვევის წამყვანის ჩანაწერები (საჭიროების შემთხვევაში ჩააკარით დამატებითი ფურცელი), ასევე საჭიროების შემთხვევაში ჩააკარით დამატებითი კვლევებისა და კონსულტაციების შედეგები)

- 1 ვიზიტი
- 2 ვიზიტი
- 3 ვიზიტი
- 4 ვიზიტი
- 5 ვიზიტი
- 6 ვიზიტი
- 7 ვიზიტი
- 8 ვიზიტი და ა.შ.

2. ფსიქოთერაპიის სესიების რაოდენობა და ჩანაწერები (ჩააკარით დამატებითი ფურცელი)

3. არგ თერაპიის სესიების რაოდენობა და ჩანაწერები (ჩააკარით დამატებითი ფურცელი)
4. სოციალური თერაპიის ღონისძიებები და ჩანაწერები (ჩააკარით დამატებითი ფურცელი)
5. ფსიქოლოგის კონსულტაციები (რაოდენობა, ჩააკარით ჩანაწერები)
6. იურიდიული კონსულტაციები (რაოდენობა, ჩააკარით ჩანაწერი)

XIX. ევალუაცია (შეფასება)

XIX.1 განმეორებითი ფსიქოლოგიური კონსულტაცია

მომრდილებში

1. PTSD (Watson)
2. Beck Depression Inventory
3. Mississippi Civilian PTSD:
4. Baas – Durky Aggressive Test
5. Shikhan Anxiety Test
6. Hamilton Depression Questionnaire
7. MMPI
8. Other --

ბავშვებში

1. PTSD
2. Lusher Test
3. Hand Test

XIX.2. პაციენტის სუბიექტური შეფასების კითხვარი (გთხოვთ ჩააკრათ)

XIX.3. შემთხვევის მართველისა და შემთხვევაში მონაწილე ჯგუფის წევრთა დასკვნა პაციენტის ფსიქო – ფიზიკურ მდგომარეობაზე მკურნალობის შემდეგ

XX. შემდგომი რეკომენდაციები

თერაპიული

ფსიქოლოგიური

სოციალური/იურიდიული

სხვა (მიუთითეთ რა სახის)

თარიღი: _____

ხელმოწერა: შემთხვევის მართველი / /

ცენტრის ხელმძღვანელები: / /

XXI. ჩატარებული მკურნალობა და რეაბილიტაცია (ეპიკრიზი)

შემთხვევა:

კლიენტის კოდი:

შემოსვლისა და გაწერის თარიღი:

(სქესი, ასაკი, ეროვნება/მოქალაქეობა, სტატუსი)

1. მსხვერპლის პერსონალური ისტორია

- რა კონტექსტში იყო ნაწამები
- ვინ უყო ჩაბმული ამ წამებაში
- რა მეთოდები იქნა გამოყენებული (ფიზიკური, ფსიქოლოგიური)
- წამების შედეგები (ფიზიკური, ფსიქიკური/ფსიქოლოგიური)

2. ორგანიზაციის მიერ გაწეული დახმარება

- როგორ მოხვდა ამ ორგანიზაციაში
- რა სახის დახმარება გაეწია
- ფსიქიატრის კონსულტაცია (რამდენი)
- ფსიქოლოგის კონსულტაცია (რამდენი)
- ფსიქოთერაპია (სახეობა, რამდენი სესია)
- სოციალური თერაპია (სახეობა – რა გაუკეთდა, სესიათა რაოდენობა)
- თერაპევტის კონსულტაცია (რამდენი)
- ტრავმატოლოგის კონსულტაცია
- ნევროლოგის კონსულტაცია
- ფარმაკოთერაპია
- ჩატარებული გამოკვლევები
- დამატებითი სხვა სახის კონსულტაციები
- შემთხვევის მართვის წევრების (თანამდებობები)
- სად ჩატარდა მკურნალობა (მიუთითეთ დაწესებულებებიც სადაც დამატებითი გამოკვლევები და კონსულტაციების იქნა ჩატარებული)
- ჩატარებული ღონისძიებების საბოლოო განფასება (ხელფასიანი შტატების გარდა) ლარი/დოლარი/ევრო

3. შედეგები

- რა შედეგები იქნა მიღწეული

4. მომავალი დახმარების გეგმა

- აპირებს თუ არა შემდგომი დახმარების გაგრძელებას ორგანიზაცია
- რა სახის დახმარება არის რეკომენდირებული და იგეგმება
- რა ხანგრძლივობის დახმარებაა რეკომენდირებული
- რა შედეგებია მოსალოდნელი

თარიღი: _____

ხელმოწერა: შემთხვევის მართველი : _____ /

ცენტრის ხელმძღვანელები: _____ /

გამოყენებული ლიტერატურა

1. . 1990. .73-76
2. . 1995. .77.
3. . 27-28
4. 1993. 63-66
5. . 27-28 . 1993. .72-74.
6. . 1996. 2. .61-64.
7. . 3. 1993. .95-99.
8. . 3. 1993. .60-64.
9. . 3. 1993. .15-34.
10. . 1997.
11. () . 1993.
12. . 1996. 2. .136-143.
13. - //UMCOR/Georgia/U.S.A. 1995.
14. - // . 25-28 1957.
15. . 1965.
16. // . 1990. .130-157.
17. // . 1. . 1969. .23-76.
18. // . 25-28 1957.
19. . // 1995. .74.
20. // . - . 1996. 2. 126-138.
21. - // , , 1998.
22. // . 27-28 . 1993. . 67-71.
23. Atkinson R.M., Henderson R.G., Sparr L.F., Deale S.//Amer. J. Psychiat. 1982. v.139. 9. p.931-943.
24. Andersen N.C.//PTSD in Comprehensive Text Book of Psychiatry, 3rd ed, v2. Edited by Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J. Baltimore, Williams, Wjkins. 1980. p. 1517-1525.
25. Archibald H.C., Tuddenham R.D.//Arch. Gen. Psychiatry. v.12. p.475-481. 1965.

26. Acherman N.W.//In Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine. Ed. by Rado S., Daniels G. New York. Grune and Stratton. 1956.
27. Baykal Turkan, MD, MSC; Shlar Caroline, Clinical Psychologist; Kapkin Emre, MD, Psychiatrist Psychotherapist, International Training Manual on Psychological Evidence of Torture, Training Material, Tbilisi, 2004.
28. Burgess A.W., Holmstrom L.L.//Ibid. 1974.v.131.9.p.981-986.
29. Burgess A.W., Watson I.P., Hoffman L., Wilson G. V.//Brit. J. Psychiat. 1988.v.152.p.164-173.
30. Burstein A.//Psychosomatics. 1984. v. 25.p.683-687.
31. Burstein A.//J. Clin. Psychiat. 1985.v.46.9.p374-378.
32. Bleich A., Siegel A., Garb R., Yerez B.//Brit. J. Psychiat. 1986.v149.p365-369.
33. Breslau N., Davis G.C., Andresk P., Peterson E.//Arch. Gen. Psychiatry. 1991. 48.p.216-222.
34. Barrois C.//Les neuroses traumatiques. Dunod, Bordas edit. Paris. 1988.
35. Crocq M., Macher J., Duval F.//Biol. Psychiat. 1990.v.27.p54.
36. Card J.J.//J. Clin. Psychol. 1987.43..p.6-17.
37. Coleman J.C., Butcher J.N., Carson R.C.//Abnormal Psychology and Modern Life, 6th Ed. Glenview J.L. Scott, Foresman and Company, p. 171-183. 1980.
38. Davidson J., Swartz M., Storck M., Krishnan R.R., Hammett E.//Amer. J. Psychiat. 1985.v.142.p.90-93.
39. Davidson J., Nemeroff C.B.//Psychopharmacology Bulletin. 25.p422-425. 1989.
40. Davidson J., Hughes D., Blazer D., George L.K.//Psychol. Med. v.21.p.1-9. 1991.
41. DSM-III-R; //American Psychiatric Association. Washington.1987. p.247-251.
42. DSM-IV//American Psychiatric Association. Washington. 1993. p.424-429.
43. Everly G.S.//Stress in Adults: Educational and clinical issues. Paper Presented to the Federal
44. Interagency Panel for Research and Development on Adulthood. Washington, DC, May 28.1980.
45. Emery V.O., Emery P.E., Shama D.K., Quiana N.A., Jassani A.K.//J. Traumatic Stress.1991.4.p.325-343
46. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychiatry 1999; V. 60 (Suppl 16). Edna B. Foa, David S. Riggs, Brief Recovery Program (BRP) For Trauma Survivors University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, September, 2001
47. Figley C.F.//Stress Disorders Among Vietnam Veterans. New York. 1978.
48. Figley C.R.//Helping Traumatized Families. Sun Francisco, Jossey-Bass. 1989.
49. Friedman M.J.//Psychosomatics. 1981.v.22. 11. p.931-943.
50. Freud S.//Moses and Monotheism.-Complete Psychological Works.v.23. London 1964.
51. Freud S.//Psychoanalysis and War Neurosis. Complete Works. v.17. London.Hogarth Press. 1955.
52. Friedman M.J.//Amer. J. Psychiat. v.145. 280-285.1988.
53. Famularo R., Kinscherff R., Fenton T.//Amer.J. Dis. Child. 1988. v. 142. p.1244-1247.
54. Fenichel O.//La theorie psychoanalytique der nevroses. Paris. Presses de l'Universite de France. Chapter 21. 1953.
55. Ferenczi S., Abracham K., Simmel E., et all.//Psychoanalysis and the War Neurosis. London/New York. International Psychoanalytical Press. 1921.
56. Grinker R.R., Spiegel J.P.//Men Under Stress. Philadelphia Blokiston. 149, 389. 1945.
57. Green B.L., Wilson J.P., Lindy J.D.//Conceptualizing PTSD. a psychosocial framework in Trauma and ITs wake. The Study and Treatment of PTSD. Edited by Figley C.R. New York, Brunner/Mazel. 1985. p.53-69.

58. Green B.L.,Lindy J.D.//J.Nerv. Ment. Dis. 1985. v.173. 7.p.406-411.
59. Istanbul Protocol, Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment//United Nations, New – Yourk and Geneva, 2001.
60. Horowitz M.J.//Arch. Gen. Psychiat. 1974. v.31.p.768-781.
61. Horowitz M.J., Schaefer C., Hiroto D.//Psychosom. Med. 1977. v.39. p.413-431.
62. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N.//Arch. Gen. Psychiat. 1980. v.37. p85-92.
63. Horowitz M.J.//Stress Response Syndromes,2nd. Ed. New York, Jason Aronson. 1986.
64. Hendin H., Pollinger A., Singer P.//Amer. J. Psychiat. 1981. v.138. 11. p.1490-1493.
65. Herman J.L.//Trauma and Recovery. New York. Basic Books. 1992.
66. Honigman D.//Neurosis of Military Men after Campaign. The La Ncet. 1907. 22.
67. Helzer J.E., Robins L.W., McEvoy L.//Engl. J. Med. 1987. v.317. p.1630-1634.
68. ICD-10. Mental and Behavioural Disorders.//WHO. Geneva. 1992. p.30. 147-149. 206-207.
69. Jishkariani M., Kenchadze V., Beria Z.//X World Congress of Psychiatry. Madrid. August 23-28.1996. v.2.p.100.
70. Jordan B.K., Schlenger W.E., Hough R.L., Kulka R.A., Weiss D.S., Fairbank J.A., Marmar C.R.// Arch. Gen. Psychiat. v.48. p.207-215. 1991.
71. Jensen Soren Buus. MD, Ph, D. WHO Senior Advisor on Mental Health//WHO Office of the Special Representative for Humanitarian Assistance//Seminar on Trauma, Stress and Mental Health. Tbilisi. 6-9 May 1996.
72. Kolb L.C.//Milit. Med. v.149.p237-243. 1984.
73. Kolb L.C.//Amer. J. Psychiat. 1987. v.144. 8. p.821-824.
74. Krasniansky A.W. et al.//Cros-Cultural Aesessment of Life Stress Events: etiology and onset of Traumatic Stress Disorder. University of Kentucky Press, 1991.
75. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank L.A.,Hough R.L., Jordan B.K., Marmar C.R., Weiss D.S.// Report of Findings from the National Vietnam Veterans. Readjustment Stady. New York, Brunner/ Mazel. 1990.
76. Kos A.M.//Seminar on Trauma, Stress and Mental Health. Tbilisi. 6-9 May. 1996.
77. Lindemann E.//Amer. J. Psychiat. 1944. v. 101. p.41-148.
78. Leopold R.L., Dillon H.//Ibid. 1963. v.119. p.913-921.
79. Lifton R.J.//Death in Life: Survivors of Hiroshima. New York. 1967.
80. Lifton R.J.//New York. Simon and Schuster. 1973.
81. Lifton R.J., Olson E.//Amer. J. Psychiat. 1976.v.39.p.1-18.
82. Mental Health of Refugees.//Geneva. WHO. 1996.
83. McFarlane A.C.//Med. J. Australia. v.141. p.286-291. 1984.
84. McFarlane A.C.//Br. J. Psychiat. 1989. v.154.p.221-228.
85. Marsella A.J., Matthew J., Friedman M.J.//Ethno-cultural Aspects of PTSD.
86. Matthew J. Friedman, Terence M. Keane, Patricia A. Resick, Handbook of PTSD, New York, London, the Guilford Press, 2007.
87. Meichenbaum P., Novaco R.//In: C. Spielberger., L. Sarogon (Eds) Stress and Anxiety. v.5. New York: Wiley, 1978.
88. Miller T., Buchbinder J.T.//Paper presented at the American Association of Advancement of Behaviour Therapy. New York. 1980.
89. Miller T.//Eastern Psychological Association 52nd Annual Meeting. New York City, April 22-25. 1981.
90. Miller T.W.//Stressful Life Events. New York. 1989.
91. Niderland W.G.//Massive Psychic Trauma. New York. 1964.
92. Niderland W.G.//Amer. J. Psychiat. v.139. 12. p.1646-1647.

93. Parson E.R.//Veterans Administration Northeast Regional Medical Education Center. Northport, New York. August 2-4. 1983.
94. Parson E.R.//Ed by Schwartz H.J. New York. S.P. Medical and Scientific Buuks. p.153-220. 1984.
95. Paige S.R., Reid G.M., Allen M.G., Newton J.E.//Biol. Psychiat. v.27.p.419-430. 1990.
96. 90.Pitman R.K., Orr S.P., Lownhagen M.N., Macklin M.L., Alman A.//Compr. Psychiat. v.32.p.1-7. 1991.
97. Psychological First Aid-and other Human Support//Danish Red Cross. 1993.
98. Reist., Kauffmann C.D., Haier R.J.,Sangdhl C//Amer. J. Psychiat. v.146.p.513-516. 1989.
99. Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Best C.L., Kramer T.L.//J. Nerv. Ment. Dis. v.180.p.424-430. 1992.
100. Shore J.H., Tatum E.L., Vollmer W.M.//Amer. J. Psychiat. v.143.p.590-595. 1986.
101. Shore J.H., Vollmer W.M., Tatum E.L.//J. Nerv. Ment. Dis. v.177.p.681-685. 1989.
102. Southwick S.M., Morgan A., Nagy L.M., Bremner D., Nicholaou A.L., Johnson D.K., Rosenhech R., Charney D.S.//Amer. J. Psychiat. v.150.p.1524-1538. 1993.
103. Targowla.//Press Med. v.58. 40. p.728. 1950.
104. Williams T.A.//Observation and Recommendations for the Psychological Treatment of the Veteran and His Family. Ed. by William T., Cinnainoti, Disabled American Veterans. p.37-47. 1980.
105. Williams Tom. Psy. D., Editor: A Handbook for Clinicians. Chapter two. James Newman. p.19-33.
106. Walker J.I., Nach J.L.//Int. J. Group Psychother. v.31. p.379-389. 1981.
107. Wenzel T, Grienge H, Stone T, Mrzai S, Kieffer W // Psychological Disorders in Survivors of Torture: Exhaustion, Impairment and Depression//Psychopathology 33 (6): 292 – 296, 2000.
108. Wenzel Thomas, WPA, 2004, Special Presentations Prepared for the Training on Istanbul Protocol.
109. Yehuda R., Kesnick H., Kahana B., Giller E.L.//Psychosom. Med. v.55.p.287-297. 1993.
110. Yehuda R., Ph.D., McFarlane A.C., M.B.B.S., M.D., Dip Psychother.F.R.A.W.Z.P.//Amer. J. Psychiat. v.152. 12. p.1705-1713. 1995.
111. Zadi L.Y., Foy D.W.//J. Traumatic Stress. 7. 1994.

Copyright © 2017 by Wily Mariam Jishkariani (RCT/EMPATHY)
All rights reserved.

This book or any portion thereof may not be reproduced or used in any manner whatsoever without the express written permission of the publisher except for the use of brief quotations in a book review.

წამების შედეგების დოკუმენტირება და რეაბილიტაცია სახელმძღვანელო პრინციპები

თბილისი 2017, გვ. 128

ISBN 978-9941-27-957-7

გამოცემულია: თბილისში, შპს “კოპი-პრინტი 2000 ”

სარედაქციო საბჭო: თეიმურაზ ბოკუჩავა, ვიორგი ბერულავა

საკონტაქტო მისამართი:

*წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრი “ემპათია”
კანდელაკის ქ. №23, თბილისი 0160, საქართველო
ტელ/ფაქსი: (+995 32) 238 10 15
ელ. ფოსტა: centre@empathy.ge
www.empathy.ge*

გირაჟი 200

This book was updated in the framework of the RCT/EMPATHY's Project - **Enhancing Sustainability of Holistic Services for War affected and Ill – Treatment Victims in Georgia.**



ევროკავშირი
საქართველოსთვის
The European Union for Georgia



“This publication has been produced with the assistance of the European Union. The contents of this publication are the sole responsibility of the RCT/EMPATHY and can in no way be taken to reflect the views of the European Union.”