

**წამება; წამების შედეგები; სამედიცინო
დიაგნოსტიკა, ექსპერტიზა; მკურნალობა და
რეაბილიტაცია**

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

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

Address: 62 Chavchavadze Avenue, Tbilisi 0162, Georgia.

Phone/Fax: + (995 32) 22 67 47

E – mail : centre@empathy.ge, mjishkariani@yahoo.com

თბილისი, 2005

სარჩევი

თავი I. წამება	გვ. 3 - 5
თავი II. წამების მეთოდები	გვ. 5 - 13
თავი III. წამების შედეგები	გვ. 13 - 46
თავი IV. დიაგნოსტიკა და ექსპერტიზა	გვ. 46 - 54
თავი V. მკურნალობა და რეაბილიტაცია	გვ. 54 - 62
დანართი 1. წამების მსხვერპლთა მონიტორინგისა და რეაბილიტაციის სამედიცინო და ფსიქო - სოციალური პროგრამა	გვ. 63 - 75
გამოყენებული ლიტერატურა	გვ. 76 - 79

თავი I. წამება

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

ნაწილი I

მუხლი 1.

“ამ კონვენციის მიზნებისათვის განსაზღვრება **“წამება” ნიშნავს ნებისმიერ მოქმედებას, რომელიც პირს განზრახ აყენებენ გკივილს ან განჯვას, ფიზიკურს ან მნეობრივს, 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 გკივილსა და განჯვას აყენებს, სახელმწიფოს თანამდებობის პირი ან სხვა ოფიციალური პირი, ან მათი წაქეზებით, ნებართვით და მღუმარე თანხმობით.”**

წამება წარმოადგენს არა ჰუმანური, 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 შემთხვევებში, როცა საქმე ეხება გერორისგების დაკავებას და საზოგადოებისათვის საშიშ დამნაშავეებს, საზოგადოების 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 გაგეხვა-განადგურება, მისი მომავლის სრული განადგურება; მისი ფსიქო – სოციალური ფუნქციონირების სრული მოშლა.
- ზოგადად საზოგადოების 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 დათრგუნვის 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 გერორიზირება;
- ძალზე ხშირად ამგვარი ქმედება დაკავშირებულია ჯალათთა სადისგურ გენდენციებთან.
- და ბოლოს, წამების პრაქტიკა ურყევი საფუძველი ხდება ავტორიტარული სახელმწიფოს ურთიერთობებისა და გლობალურად ემსახურება სამოგალოების 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 ზოგადი დანიშნულება გააჩნია, ისეთი როგორც არის სოციალური და პოლიტიკური შედეგები, როგორც ცალკეული ქვეყნებისათვის, ასევე მთელი კაცობრიობისათვის. იგი მთელს კაცობრიობაში თესავს შემადრწუნებელი 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 ზოგადად პოლიტიკური დაშინების გარემოს. ეს ქმნის ქრონიკული შიშის ატმოსფეროს. 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 მსხვეპლის ეკონომიური, სოციალური და კულტურული სამყაროს გამიზნულად განადგურებას. “

“ამ თვალსაზრისით, წამებამ შეიძლება გამოიწვიოს თემის გრაფიკა, რომელმაც თავის მხრივ შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა ფორმის საზოგადოებრივი დისფუნქციის ჩამოყალიბება. წამებას შეუძლია გერორში ამყოფოს მოსახლეობა და შექმნას ისეთი წესრიგი, რომელიც ეფუძნება მოახლოებულ, მასშტაბურ შიმშ, მუქარას, გერორს და დათრგუნვას და არა დამოუკიდებლობასა და თავისუფლებას. მას შეუძლია შექმნას რეპრესიული გარემო. ეს არის დაუცველი, გერორის, უნდობლობის და სოციალური ცხოვრების გახლეჩვის გარემო. წამების მიმართ კოლექტიური შიში ხანგრძლივი დროით ახდენს გავლენას კოლექტიურ ქცევაზე. უფრო მეტიც, კვლევამ გვაჩვენა, რომ წამების შედეგები შეიძლება გადაეცეს თაობებს, წარმოქმნას ისტორიული გრაფა.”(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 გრაფმას, 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 გკივილს ან სხვა პირის მიერ განხორციელებულ ნებისმიერ სხვა ფიზიკურ (სხეულის) გრაფიკებს, და აქვე გვინდა შევიგანოთ ფიზიკური წამების მეთოდები, რომლებიც არ გოვებს რაიმე ფიზიკურ კვალს (მაგალითად გაზით მოგუდვა-შენიღბვა); 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, სიცივე, შიმშილობა და სხვა) და, რაღა თქმა უნდა, ფიზიკურ მეთოდებს აქვთ შემდგომი ფსიქოლოგიური შედეგებიც. გემთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ფსიქოლოგიურ მეთოდებად განიხილება პირობითად ისეთი მეთოდები, რომლებიც უპირველეს ყოვლისა ბიანს 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 გრაფმაგზაყიის მიზეზი ხდება.

როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, საკუთრივ წამებას წინ უსწრებს დაპაგიმრებისა და ეგრეთ წოდებული « ლომკის » (გაგეხვის) 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 დევნით, ასევე პიროვნების თავისუფლების სხვა სახის შეზღუდვით;
- ხშირი დაკითხვებით თუ დაბარებებით სამართალდამცავ ორგანოებში;
- სახლში შევარდნებითა და ოჯახის დაწოკებით;

ყოველივე აღნიშნული იწვევს ადამიანის უკიდურეს გადალასა 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 – დალეწვა 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 განჯვისა 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;

- დაღდასმა;
- 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 ხელკეგით, ან ხის მაგარი საგნით ან სხვა მყარი ბლაგვი საგნით, ამავდროს მსხვერპლის ფეხები აწეულია და ფიქსირებულია ან სკამის ბურგზე 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 გაშილილი ხელის შემორტყმით ერთდროულად ორივე მხრიდან, რის შედეგადაც ხშირ შემთხვევაში ადგილი აქვს დაფის აპკის გახეთქვას ან დამიანებას. ამგვარი დამიანება 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 დამიანებულ მიდამოში; ხშირია დარტყმები მუცლის არეში, განსაკუთრებით საყურადღებოა ცემა თავის მიდამოში, რაც ჩვენს მიერ საკმაოდ ხშირად იქნა აღწერილი და რასაც თითქმის ყოველთვის თან ახლავს თავის ტვინის დაზარალებული ტრავმა, გონების დაკარგვა და ხშირად თავის ტვინის სერიოზული ტრავმა – ტვინის შერყევის ან დაჟეჟილობის სახით.

“სტომატოლოგიური” წამება

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

ჩამოკიდება

ხშირ შემთხვევაში ამ დროს საუბარია ეგრეთწოდებულ “პალესტინურ ჩამოკიდებაზე”, როდესაც მსხვერპლს კიდებენ უკან შეკრული ხელებით; უფრო

ხშირად კი პოსტ – საბჭოურ ქვეყნებში გამოიყენება ეგრეთწოდებული “ლასგოჩკა” 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 ატრიალებენ ვერტიკალურად;

წამების ამგვარი მეთოდი ხშირად შერწყმულია სხვა მეთოდებთან, როგორც არის ელექტრო დენით წამება და არაფიზიოლოგიური მდებარეობა (მაგ. “ლასგოჩკა”, 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 ღვრილებზე – უერთებენ ელექტროდებს და ატარებენ 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 ვალიაში, 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 სიბნელებაში, 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 კრუნჩხვებს, მსხვერპლი ამ დროს იკვნესს ენას, გუჩებს ან ლოყას. იგი ხშირ შემთხვევაში გარდება სხეულის მგრძობიარე არეებში ელექტროდების დადებითა და დენის გატარებით. წამების აპარატები სხვადასხვაგვარია, მაგალითად ელექტროდენის ჯოხი ან მახვილი ფანქრისებური საგანი; ჩვენს შემთხვევაში ხშირად იქნა აღწერილი “ტელეფონის აპარატი” დენის გატარების მეთოდი, ასევე ელექტროდების დადება დასველებული ღრუბლის შემთხვევით მაჯებსა და წვივებზე, რაც ხშირ შემთხვევაში კრუნჩხვითი განგვირთვების მიზეზი ხდება; ამ დროს ადამიანი თითქმის ყოველთვის ჰკარგავს გონებას, შემდეგ მას ასულიერებენ წლის დასხმით და კვლავ განაგრძობენ ამგვარ წამებას; ამგვარი მეთოდი იწვევს შოკურ მდგომარეობას როგორც ტკივილით, ასევე სტრესით განპირობებულს, თუმცა კვალის დაგოვების

თვალსაზრისით, შესაძლოა დაგოვოს მცირე დამწვრობის კვალი, რომელიც ძნელად შესამჩნევია.

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. ამავდროულად, ჩართული არის გელევიზორი ან რადიო, იმის გამო, რომ შემდგომში მულმივად ამ ნივთების ხილვის ან ხმების გაგებისას მსხვერპლს მულმივად ჰქონდეს წამებასთან დაკავშირებული ასოციაციები და მოგონებანი.

სექსუალური წამება

სექსუალური წამების მსხვერპლნი შესაძლოა გახდნენ როგორც ქალები, ასევე მამაკაცები, ან ბავშვები. იგი გამოიხატება უშვერი სიგყვებით ლანდღვასა და შეურაცხყოფის მიყენებაში; ასევე იძულებით ან ძალადობრივ გაშიშვლებაში; დამამცირებელი პოზის მიღებაში; მასტურბაციასა და ერთმანეთის გაუპატიურებაში მონაწილეობაში; გაუპატიურება ხდება ჯალათების მხრიდანაც და უპირატესად აგარებს 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 ღლების განმავლობაში ცივ ყინულიან წყალში. ამგვარი მეთოდები, ჩვენი დაკვირვებით, უფრო ხშირად იხმარება ეთნიკური წმენდის ბონებში და საფუძვლად ეთნიკური ან რელიგიური მიზნის უღვეს.

ფარმაკოლოგიური წამება

ჯალათები იძულებით ასმევენ პატიმარს გაბლევებს ან უკეთებენ ინექციას; ხშირ შემთხვევაში ამ მიზნით გამოიყენება ფსიქოტროპული პრეპარატები, რომელთა დიდი ღობებითა და არასაჭიროებისამებრ გამოყენება იწვევს მძაფრ გვერდით მოვლენებს. ხშირ შემთხვევაში კი იძულებით უკეთებენ ნარკოტიკულ საშუალებებს, რაც იწვევს მიჩვევას და მსხვერპლი ხდება დამოკიდებული ჯალათზე, ნარკოტიკული პრეპარატისთვის აკეთებს ყველაფერს, ხდება ინფორმაციის მისაღებად და დაკითხვის დროს.

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

დადის დასმა, დასახიჩრება

ამ მიზნით გამოიყენება მრავალი მეთოდი, როგორც არის ფრჩხილების დაძრობა, თმების ამოგლეჯა, წარზიდული ნაწილების მოკვეთა – მაგალითად

ყურის, თვალის ამოთხრა, თითის მოჭრა, ენისა ან გარე სასქესო ორგანოების ამპუტირება.

დამწერობა

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 დაღაღვის მეთოდსაც.

წამების უპირატესად ფსიქიკური მეთოდები

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

დეპრეზაცია

ხშირ შემთხვევაში პატიმარს დაპატიმრებისთანავე ათავსებენ იზოლირებულად მარტო და მას არა აქვს საშუალება ჰქონდეს კონტაქტი ან სხვა პატიმრებთან ან ოჯახის წევრებთან, ასევე არ აძლევენ ადვოკატთან დაკავშირების საშუალებას. პატიმარი ამ ღრთს თავს გრძობს გარე სამყაროსაგან მთლიანად მოწყვეტილად, აბსოლუტურად დაუცველად და უმწეოდ, იგი მთლიანად არის დამოკიდებული ჯალათების ნება-სურვილზე. მას არა აქვს ინფორმაცია იცის თუ არა ვინმემ მისი დაპატიმრების შესახებ, გრძობს, რომ იგი შესაძლოა მოკლან, დაიკარგოს უგზო-უკვლოდ, ისე, რომ მის შესახებ ვერავინ ვერ გაიგოს ვერაფერი. მას ამ ღრთს 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 განჯვასთანაც, როგორც არის სიბნელე: საკანში არ არის ნათურა, არ შემოდის დღის სინათლე, არა აქვს საათი ან სხვა პირადი მოხმარების საგნები; ეს, როგორც წესი, იწვევს დემორიენგაციას ღრთსა და გარემოში, ხშირად კი დღე-ღამის რითმის მყარ დარღვევას, რაც შემდგომში იღებს ქრონიკულ ხასიათს; ამავე ღრთს, 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 ინტენსივობით ინთება და ქრება, ამგვარი მოქმედებები იწვევს საკმაოდ მძიმე ფსიქიკურ აშლილობებსა და ასევე პირობითი რეფლექსის გამოუმუშავებას ამა თუ იმ მოქმედებაზე, ან პიროვნების შთაგონებადობის გაზრდას, 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 ღაკითხვაზე; ძილის დეპრივაცია იწვევს სერიოზულ ფსიქიკურ აშლილობებს და როგორც წესი ძილის ფუნქციის მყარ დარღვევას ხშირად მთელი სიცოცხლის მანძილზე.

ხანგრძლივი იზოლაცია ხშირად იწვევს ჰალუცინაციური 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 კამერაში

ამგვარი მეთოდები ხშირად გამოიყენებოდა საბჭოთა ციხეებსა და იზოლაციონებში, და ხშირად ღღესაც 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 გედმეტი არაფერი წამოსცდეს. ამგვარ სიტუაციაში ხანგრძლივი პერიოდით ყოფნა უმეტეს შემთხვევაში იწვევს პიროვნების პარანოიულ განვითარებას და ლიგერაგურაში ფართოდ აღწერილი “ციხის პარანოიის”, ცალკეულ შემთხვევებში, კი პარანოიული 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 მოეღის; 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 გაგეხილია; ამგვარი საზოგადოების “ინფორმირებულობა” იწვევს მთელი თაობებისა და მომდევნო თაობების გრავმირებას, დათრგუნვას, დამოუკიდებლობისა და თავისუფლების მოთხოვნების დაქვეითებასა და შიშს, უაზრო და გაუცნობიერებელ მორჩილებას ცოცხალი გარეული რეჟიმებისადმი.

მოლოდინი

პატიმარმა ხშირ შემთხვევაში არ იცის თუ როდის გაიყვანენ დაკითხვაზე და როდის აწამებენ; დაკითხვებს შორის ინტერვალი სპეციალურად ყოველთვის ვარირებს, 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 დგება 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, დამღვარიყო ცრუ მოწმედ და ა.შ. ამგვარი მეთოდები განსაკუთრებით გამოიყენებოდა სტალინის რეჟიმის პერიოდში და ასახვა პოსტ-საბჭოთა პერიოდშიც ჰპოვა – ცრუ მოწმეების გავრცელებული ინსტიტუტი სასამართლოებზე, საქმის ძიებისას და სხვა. ამგვარი სიგუაცია იწვევს ქრონიკულად მიმდინარე თვითღანაშაულის 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 გამთენიისას დახვრეგენ და სთავზობენ დაწეროს ანდერძი, ან რამდენჯერმე საფეთქელთან ადებენ იარაღს გყვიების გარეშე (პატიმარმა არ იცის, რომ იარაღში გყვიები არ არის), და ჩახმასხს გამოკრავენ ხელს. ამგვარი ქმედება იწვევს გადაულახავი შიშის განცდას, ანადგურებს ადამიანს პიროვნულად, ხშირია ამ დროს უნებლიე შარდვისა და დეფეკაციის 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 გერორისგული დაჯგუფების წევრები და აწყობენ გერორისგულ აქტებს, რომელიც ემსახურება ცალკეული სახელმწიფოების პოლიტიკურ მრახვებს, როგორცაა – ქვეყნის დაპყრობა, გენოციდი და ა.შ., ან მეორეს მხრივ, ამგვარი ქალები ხდებიან “შახიდები”, სრულიად ბრმად ემორჩილებიან გერორისგუთა მოთხოვნებს, მათ ამოძრავებთ მძაფრი შურისძიებისა და სირცხვილის დაძლევის განცდა.

თავი III. წამების შედეგები

ფსიქიკური და ფიზიკური შედეგები

უნდა აღინიშნოს რომ წამების შედეგები გამოირჩევა პოლიმორფულობით და წარუშლელ კვალს ტოვებს 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 ურთიერთბეგავლენას, რაც მეტწილად განაპირობებს დარღვევათა მრავალფეროვნებასა და ქრონიკული მიმდინარეობის გენდენციებს.

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 განჯვას, რაც მნიშვნელოვან სტრესს წარმოადგენს არა მარგო 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 გაურკვეველობის განცდებთან.

ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე განსაკუთრებით მძიმე სტრესული ფაქტორების, მათ შორის წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის მეგავლენის 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 წამებაგამოვილი 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.

ტრავმული 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 სტაგისტიკური 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 ვახდა, 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 საილუსტარაციო 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, ისტერიულს არ განეკუთვნებოდნენ.

ასე რომ, 20-იანი წლებისათვის ეჭვს აღარ იწვევდა ძლიერი მატრავმირებელი 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 "ისტერია". აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თვითონ Somer უშვებდა ეთიოგენურ ფაქტორთა კომბინირებას ფსიქოგენიის წარმოშობაში, რაც უკვე მიუთითებდა იმ გარემოებაზე, რომ ახალი ცნება მოიცავდა არა მარტო ისტერიას, არამედ მდგომარეობებს მის ფარგლებს მიღმაც. ფსიქოგენურ ფაქტორს ცნობილი გერმანელი ფსიქიატრი Grisinger (1881წ.) გადამწყვეგ 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 ისტერიის გამოვლინებებს, თუმცა უკვე ცხადი იყო არაისტერიული, წმინდა ემოციური აშლილობების არსებობაც, რაზედაც თვალნათლივ მიუთითებს Clovis Vincent მონაცემები, რომელიც ომის წინა ხაზზე აწარმოებდა დაკვირვებებს. იგი წერს: "იქ, სადაც დიდი რაოდენობით ეცემა ნაღვები, რაც იწვევს სიკვდილიანობასა და ჭრილობებს, არასოდეს მინახავს ისტერიული 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; გაქიკარდიას; 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; "გუვერნანგის" 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 კაუზალურად განპირობებული ნორმიდან გადახრის მდგომარეობანი, ყოველგვარი გასაგები კავშირის გარეშე, როგორც არის მაგ. ვაზომოგორული, 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, ღღემდე 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 "ლაგენგური" დრო ფსიქიკურ გრავმასა და პათოლოგიურ რეაქციას შორის ძალზე გახანგრძლივებულია და შესაძლოა რამოდენიმე წელსაც კი აღწევდეს. (Шувалов, Гиляровский, 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 ვრძნობს 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 ფსიქომორი ფორმები. ფართოდ არის წარმოდგენილი ომის პერიოდის კვლევები რუსი ავტორების მიერ. ფსიქოგენური აშლილობანი მათ მიერ ძირითადად წარმოდგენილია მწვავე რეაქტიული ფსიქოზებით: აფექტოგენური სტუპორითა და ფუგიფორმული რეაქციით. უფრო ხშირად, ვიდრე მწვავე რეაქციები, გამოვლენილ იქნა გახანგრძლივებული რეაქტიული ფსიქოზები. 1941 - 1945 წწ. - ში მათი რიცხვი რუსეთში სამხედრო მოსამსახურეთა შორის შეადგენდა ყველა რეაქტიულ ფსიქოზთა 93%. აღწერილ იქნა შემდეგი ფორმები: ა) ფსიქოგენური ცნობიერების ბინდისებური აშლა (ცნობიერების აფექტური შევიწროება), Ф.И. Иванов მონაცემებით, ამ ჯგუფმა შეადგინა 16 - დან 27% - მდე ყველა რეაქტიული ფსიქოზისა. ბ) რეაქტიული დეპრესია, რომელიც განისაზღვრა როგორც ომის დროის წამყვანი ფსიქოგენური რეაქცია (Е.О. Левикова, Е.Б. Мякина, Н.И. Фелинская, Е.А. Попов, И.И. Веденский.). ამავე დროს აღნიშნავდნენ, რომ ფსიქოგენურად განპირობებული დეპრესია ხშირად გვხვდებოდა რთული სინდრომების სტრუქტურაში, მაგ. შიშის ნევროზის დროს, სადაც აღვილი ჰქონდა შფოთვის აფექსი (А.Н. Молохов); გამოხატული ასთენიებისას, რაც უფლებას აძლევდათ გამოეკვეთათ ასთენო - დეპრესიული მდგომარეობანი (Г.Е. Суханова, В.А. Гиляровский). 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. С.Г. Жислин რეაქტიული პარანოიდის განვითარებაში გადამწყვეტ მნიშვნელობას მიაკუთვნებდა "დროებით შეცვლილ ნიადაგს", რაც განპირობებული იყო ეგზოგენური და სომატოგენური ფაქტორებით. С.Г. Жислин ნაშრომში "მწვავე პარანოიდების შესახებ" გამოთქვამდა შემდეგ მოსაზრებებს: 1. ეგზოგენური ბეგავლენა (გადაღლა, ხანგრძლივი უძილობა, არარეგულარული კვება, მსუბუქი გაცივება), რაც დროებით ცვლის პიროვნებას ადრე მისთვის არანიშანდობლივი 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 ბოღვითი 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 კონკინგენცში. დაავადების ძირითად ნიშნებს წარმოადგენდა: წონაში დაკლება, ნაადრევი და სწრაფი დაბერება, ვაზომოტორული აშლილობები და დარღვევები საჭმლის მომნელებელ სისტემაში.

1950 წ. ფრანგმა ფსიქიატრმა Targowla აღწერა ასთენიის მძიმე ფორმა პაროქსიზმული, ემოციური ეკნემზის შეტევებით ყოფილ დეპორტირებულებში. შეტევები ხასიათდებოდა მიწაზე უეცარი დაცემითა და ცნობიერების დაკარგვით: ავადმყოფი ბორგავდა ან იწვა უმოძრაოდ, სხვა შემთხვევებში გამოხატული იყო ბომიერი მოგორული აგზნება, სახვითი მოძრაობებითა და გარკვეულ წილად შეზღუდული მეტყველებით. შეტევების შემდეგ ვითარდებოდა სრული ამნემია.

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 ტრავმის 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 რეპატრაციის შემდეგ (Desual 1957 წ.). უნგრეთში განთავისუფლების შემდეგ გარდაიცვალა ყოფილ დეპორტირებულთა 20% - ზე მეტი (B.M. Morozov 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%.

ტრავმული 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 ფაშიმის 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, ლაჰაუს და გერემიენშტადტის 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, თოთქოს ყველაფერი ერთად აღებული მე არ მეხება. ჩემი რეაქცია მქლავნდებოდა სუბიექტისა და ობიექტის დისოციაციაში. თუმცა, ბოლოსდაბოლოს, მდგომარეობა მიდიოდა უძლიერეს ფსიქიკურ ტრავმამდე, 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; ფსიქოანალიტიკოსთა შეფასებით, ფსიქოლოგიური რეგრესიით; პიროვნების შიშოილური 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, უცერად იკარგებოდა, თითქოს არც ყოფილიყოს, მხოლოდ გარეგნული აღზრდილობა". Frankl ეხება სუიციდების პრობლემასაც საკონცენტრაციო ბანაკებში, რომელიც, ჯერ კიდევ პირველი მსოფლიო ომის დროიდან, ცნობილია როგორც "მჩხვლეგავი მავთულის (მავთულხლართის) სინდრომი" (Vischer 1918წ.). განთავისუფლების ფაზის შესახებ Frankl წერდა: "ბანაკიდან განთავისუფლებული ჯერ ისევ არ არის გამოსული დეპრესონალიზაციის შეგრძნებიდან. მას ჯერ კიდევ არ შეუძლია დაგკბეს 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, დეპრესიები და თავის ტკივილები. ამგვარი სიმპტომები აღნიშნებოდა 78%; აქედან 47% უჩიოდა "დამის კომპარებს საკონცენტრაციო ბანაკის სახით". Kollé მონაცემებით, ფართოდ იყო წარმოდგენილი აღნიშნულ კონტინგენტში ქრონიკული დეპრესია. იგი წერდა 1958 წ.: "ბევრს დღესაც არ შეუძლია დაივიწყოს თავიანთი ახლობლების დაპატიმრებასა და დახოცვასთან დაკავშირებული განცდები; ეს განცდები სდევნიან მათ დღისით და ღამით, სიმბრებშიც კი." ჯერ კიდევ მაშინ იგი ეჭვის ქვეშ აყენებდა ამ კონტინგენტში დეპრესიის ქრონიკული ფორმისა და სხვა ფსიქორეაქტიულ დარღვევათა მიკუთვნების საკითხს "ნევროზის" ბოვად კრებით მცნებასთან, ვინაიდან სახეზე იყო ამ ადამიანთა ცხოვრების სრული კრაზი. მათ დეპრესიაზე, ჩვეულებრივ, ნაკლებად მოქმედებდა განთავისუფლების ფაქტიც კი.

პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა წარმოშობის პრეისგორიაში 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, ამოთხვრა, მუცელში სიცარიელის შეგრძნება, კუნთოვანი სისუსტე, განში ტვინის 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. აღრე დამახასიათებელი ქცევის სტერეოტიპების დარღვევა

შემდგომში W. Niderland ნაშრომში "გადარჩენილთა სინდრომის კლინიკური მიმოხილვა" და R. Lifton სტატიაში "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 "გრაემაცოფობიით", მომატებული აგზნებადობითა და გამღიზიანებლობით, განმეორებადი ღამის კომპარებით.

გასული საუკუნის 70 - იან წლებში კლინიკისგთა 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 სიზმრებით, რაც დაკავშირებულია ომის გამოცდილებასთან; მომატებული აგზნებადობით, გამღიზიანებლობით, ფეთქებადობით.

ამგვარად, 70 - იანი წლების ბოლოსათვის დაგროვილი მასალა მიუთითებდა იმ გარემოებაზე, რომ განსაკუთრებული გრაემული სტრესით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი, მაგრამირებულ ფაქტორთა სხვადასხვაობის მიუხედავად, ხასიათდებიან ერთგვაროვნებითა და სპეციფიურობით და არ თავსდებიან ფსიქიკურ აშლილობათა არცერთ საყოველთაოდ მიღებულ ნომოლოგიაში. სწორედ ამიტომ, M. Horowitz და თანაავტორების 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 გენების ანალიზშიც, რომ წამებით გამოწვეული ფსიქიკური გართულებები დამოკიდებულია ასაკზე, სქესზე, ეთნოკულტურულ თავისებურებებსა და პოლიტიკურ თუ რელიგიურ შეხედულებებზე (Somnier და სხვა, 1992).

სამეცნიერო ლიტერატურაზე 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 სიმპტომები ასაკთან ერთად უფრო იკვეთება. მეორე მსოფლიო ომის დამთავრების 40 წლის შემდეგ ყოფილ სამხედრო გყვეებში PTSD აღინიშნებოდა 67% - ში (Kluznik J.C., 1986).

PTSD-ის განსაკუთრებით მაღალი ხარისხი აღწერილია ყოფილ დეპორტირებულთა და საკონცენტრაციო ბანაკების ყოფილ გყვეთა შორის, 90%-დან 100%-მდე. აღნიშნული კვლევები ჩაგარებული 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 ჩაგარებული 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 ვარირებს 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 ლგოლვილთა შორის. გენოციდის მსხვერპლ კამბოჯელ ლგოლვილთა შორის PTSD აღმოჩენილ იქნა 86%. (Carlson E.B., Rosser - Hogan R., 1991). ინდო-ჩინეთის ლგოლვილთა შორის 322 პაციენტიდან 226 აღწერილ იქნა მიმდინარე PTSD, ხოლო კიდევ 15 აშლილობა განუვითარდა მოგვიანებით (Kinril, Frederikson, Rath, Fleck, Karls., 1984). ლგოლვილთა შორის PTSD-ის ყველაზე მაღალი პროცენტი, 93%, აღწერილია ლაოსელ მთის ხალხში (Main), ხოლო ყველაზე დაბალი ვიეტნამის ლგოლვილებში – 54% (R.C. McKelvey, J.A. Webb, 1996). "ეთნიკური წმენდის" მსხვერპლ ბოსნიელ ლგოლვილთა 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 ვარირებს 19%-დან – 80%-მდე.

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

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხები

განსაკუთრებული სტრესული სიგუაციით განპირობებული ფსიქიკური დარღვევების, რეაქტიულ მდგომარეობათა ეტიოლოგიისა 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 ეტიოლოგიისა 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 დიდია PTSD განვითარების ალბათობა (П.В. Каменченко).

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 გვიფილისა და განჯვის, რომელიც არ წარმოადგენს აუცილებლობას, ორგანიზებული ჯგუფის მიერ დეკლარირებული ან ნაგულისხმები სტრატეგიის შესაბამისად და/ანუ იდეათა და დამოკიდებულების სისტემით. ეს თავისთავში მოიცავს ყოველგვარ ძალადობრივ ქმედებას, რომელიც მიუღებელია ზოგადსაკაცობრიო სტანდარტების პომიციიდან 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 ეკმეკუციები, მძევალთა აყვანა ან სხვა ნებისმიერი ფორმა თავისუფლების ძალადობრივი წართმევისა აგრეთვე განხილულია ორგანიზებული ძალადობის განსაზღვრებაში (Ⴄ. ზიძიძე).

ფაქტორთა მთელი რიგი აძლიერებს ფსიქიკურ გრავმას. 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 ურთიერთინდუცილება (Durham T.W., Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N., McDeniel E.G., Ковалев B.B., Асанова H.K.).

იყო მცდელობა განესაზღვრათ გრავმის 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 გრავმას 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 გრავმულ ნევროზთან დაკავშირებით Bonhoffer - Oppenheim დავის მსგავსად, არსებობდა დიდი კონფლიქტი PTSD ეთიოპათოგენებთან დაკავშირებით გრავმულ 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 განუმუხგავი 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 გრავმულ მოვლენას ანიჭებენ (Extremely Traumatic Event) და მიიჩნევენ, რომ PTSD წარმოადგენს ადაპტაციის ბუნებრივ პროცესს ექსტრემალურ 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 ვიეგნამის, ასევე ავლანეთის ომის ვეტერანთა შორის ჩატარებული გამოკვლევები. (Tom Williams, Jelinek J.M., James Newman, П.И. Сидоров, М.Ф. Лукманов.)

V. Charlot et al, ასევე Краснянский А.Н., რომელსაც დიდი წვლილი მიუძღვის ავლანეთის 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., ვიეგნამის 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 გამოჩნდნენ 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 ტრავმატიზაცია (გაუპატიურება, წამება), ან მეორადი ტრავმატიზაცია (ბავშვების ან ქმრის მოკვლა, ოჯახის სტრუქტურის დარღვევა და ცხოვრების სოციო-ეკონომიური პირობების მკვეთრი გაუარესება).
4. მამაკაცები, რომელთაც განიცადეს ომის ფსიქოლოგიური თუ ფიზიკური ტრავმები (მოიცავს საკონცენტრაციო ბანაკებში ყოფნას, წამებას; აგრეთვე ლტოლვილნი და იძულებით ადგილნაცვალნი).
5. პიროვნებები შერეული ეთნიკური წარმომადგენლობით, ან მცხოვრებნი შერეულ ოჯახებში, შერეული ქორწინებებით, ეთნიკური წმენდის მსხვერპლნი.

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ დაზარალებულნი შესაძლოა იყოს არამარტო "მოვლენის" უშუალო მონაწილეები. მსგავს განცდებში ერთგვებიან ოჯახის წევრები,

მეზობლები, მაშველნი და სხვ. (K. Cormie, J. Howell), ასევე D. Jones აზრით – სავადმყოფოებისა და პროზექტურების თანამშრომელნიც.

ამგვარად, PTSD ეთიოლოგიაში დღეისათვის კაუზალური მნიშვნელობა ენიჭება არაორდინარულ გრავმას და ეს აშლილობა განიხილება, როგორც კანონზომიერი რეაქცია არანორმალურ სიტუაციაზე და შეიძლება განუვითარდეს ნებისმიერ ინდივიდს. მნიშვნელოვან როლს PTSD განვითარებაში თამაშობს: პიროვნების ისტორია, ფსიქიკური თუ სომატური მდგომარეობა გრავმაგამბაციის 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 განღვევადობასა და ქმნის პათოლოგიურად შეცვლილ ნიადაგს. ეთნო-კულტურალური თავისებურებანი, ტრადიციული, რელიგიური შეხედულებანი, რომელთა მსხვერველც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამა თუ იმ ეთნიკური ჯგუფისა თუ პიროვნებისათვის, ასევე გარშემომყოფი სოციუმის დამოკიდებულება, სამოგადოების 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. (П.В. Каменченко). 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 დამის კომპარებით, ივარაუდა, რომ ეს სიმძრები გამოხატავენ "ტრავმულ ხაგებს" პირველად ლოკალიზაციას, ხოლო მათი განმეორებადობა – დაცვის ინფანტილურ ფორმას, როცა უბედურების მუდმივი არაცნობიერი 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 ადგილი 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 ამნეზიით, ყურადღების დარღვევით, ზოგადი ფსიქიკური შეზოჭილობით, 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.

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 ზემოქმედებით 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 დაღუპვა კი. ამ დროს, უპირველეს ყოვლისა, ზიანდება გვინის ზონები, რომლებიც პასუხისმგებელია აგრესიულობასა და ძილის ციკლზე. ავტორთა კლინიკური დაკვირვებები დადასტურებული იყო ლაბორატორული დიაგნოსტიკის შედეგებით.

წამების ფსიქიკური შედეგების უპირატესად გამოვლენილი კლინიკური ფორმები:

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

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად ფსიქო – რეაბილიტაციის ცენტრი « ემპათია »ს 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 ტრავმით, 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 ტრავმული შოკის სინდრომი (128 შემთხვევაში – 50, 2 %).

ჩვენს მიერ წარმოებული კვლევების შედეგად ცხადი გახდა, რომ წამების მწვავე პერიოდში ვხვდებით აფექტურ – შოკური რეაქციების როგორც სტუპოროზულ ვარიანტს, ასევე ექსპლოზიურ – აგზნებით რეაქციებს. სტუპოროზული ვარიანტის დროს უპირატესად წარმოდგენილი იქნა ისეთი

სიმპტომები როგორც არის : « ფსიქიკის გაყინვა » - გამეშვება, როგორც ფსიქიკური ფუნქციების, ასევე ფიზიკური, რასაც ხშირ შემთხვევაში თან ახლდა უკიდურესი გამოფიგვისა და გადაღლის განცდა, ხშირად თანმხლები ინსომნიით; ყოველივე აღნიშნულს ხშირად თან სდევდა ცნობიერების შევიწროებისა და დემორიენგაციის, დეპერსონალიზაციის განცდები. ამგვარ სიგუაციაში წამების მსხვერპლნი ვეღარ აღიქვამენ შექმნილ სიგუაციას, 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 არარსებელია რექციები. ამგვარ მდგომარეობას ხშირად წინ უსწრებს გეზღურბლოვანი 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 « მღუპარე პროტესტისა და წინააღმდეგობის რეაქციად», რაც იწვევს მათ კიდევ უფრო გაღიზიანებასა და სისასტიკეს.

რეაქციის აგზნებადი ტიპი ხასიათდება ექსპლოზიური-ბრუგალური რეაქციებით, აგზნება აგარებს ქაოსურ ხასიათს. ხშირია ამ შემთხვევაში სუიციდის მცდელობა ან სუიციდი, თან სდევს ცნობიერების შევიწროება, არ ხდება სიგუაციის სწორი აღქმა, დაქვეითებულია თვითკონტროლი, მოსალოდნელია თვითღაზიანების შემთხვევები ; ფსიქოლოგიური მექანიზმი ამ დროს უპირატესად შემდეგია: აუტანელი განჯვა, იწვევს ფსიქიკის გეზღურბლოვან გაღიზიანებას, ამ ყველაფრიდან თავის დაღწევის ცნობიერ თუ არაცნობიერ სურვილსა და ხშირად სიგუაციის შეწყვეტის მოტივით გაუაზრებელ უკონტროლო ქმედებას, რასაც მოჰყვება სუიციდი ან თვითღაზიანება; თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად ამგვარი ქმედება სრულიად გაცნობიერებულია და მიზანმიმართულია სიგუაციის შეწყვეტაზე: წამების მსხვერპლი ამჯობინებს სიკვდილს ამგვარი განჯვის 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 გადამწყვეტი მნიშვნელობა.

« 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 გრანზიგორული 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 მაგრავემირებელი 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 გამოფიგვისა 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 სგადიაზე გაბრუების სიმპტომებთან ერთად ვლინდება ღებრესია, შფოთვა, სიბრაზე, უმწეობის 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 :

- ✚ კრიმისულ მდგომარეობას ;
 - ✚ მწვავე კრიმისულ მდგომარეობას ;
 - ✚ საბრძოლო ვადალლას ;
 - ✚ ფსიქიკურ შოკს
- (ICD – 10 1999)**

როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც უპირატესად ხშირად ვხვდება 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-IIl გამოხატული სტრესით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობები, გამოხატული

სგრესული რეაქციები და ტრანზიციონული სიგუაციური დარღვევები მიეკუთვნებოდა მწვავე სიმპტომურ დისგრესს, ხოლო გახანგრძლივებული ფორმები შფოთვისა 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 ღიათებს. 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 მოვლენა (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 6 თვის განმავლობაში და ამ პერიოდში იგი განიხილება, როგორც მწვავე აშლილობა, ხოლო PTSD გადაზრდისას 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, რომელზედაც 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 რედუცირების შემდეგაც. ითვლება, რომ PTSD უპირატესად უვითარდებათ პიროვნებებს შესუსტებული ადაპტაციის უნარით.

იმ პირთა შორის, რომელთაც აღენიშნებათ ძირითადი დიაგნოზი PTSD, გამოყოფენ, ამ აშლილობის ორ უმთავრეს ფაქტორს: ტრავმის პიროვნებისათვის აქტუალური მოვლენების აკვიატებული მტკივნეული 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 ტრავმული მოვლენა, ან ფიქრები დაკავშირებული ტრავმულ მოვლენასთან. 2. ღამის კოშმარები, რომლის დროსაც ტრავმული 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 მოვლენები ვლინდება უფრო იშვიათად, ვიდრე ღამის კოშმარები და ძირითადად რეალურად, ნათელი ცნობიერების ფონზე, თუმცა შესაძლებელია ვახანგრძლივებული 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 გრავმატიზაციის შემთხვევაში, როდესაც გრავმულ მოვლენას წარმოადგენს მძიმე ფიზიკური გრავმა, წამება, ინცესტი და სხვა. "Flashbacks" ეპიზოდები უპირატესად უვითარდებათ ნარკოტიკების, ან ალკოჰოლიზაციის, ან სხვა სახის ინტოქსიკაციის ფონზე. დისოციაციის ეპიზოდების არსებობა მიუთითებს PTSD მკვეთრად გამოხატულ, მძიმე ფორმაზე.

აკვიატებულობათა სიმპტომები ასევე ვლინდება ქცევაშიც. გრავმის მსხვეპლთ აქვთ მძიმე, უსამოვნო ემოციები, როდესაც ისინი ფიქრობენ ან გაიხსენებენ გრავმულ მოვლენას, რაც იწვევს შფოთვის მომაგებას 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.

ზემოთ 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 კლინიცისგთა 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 სიტუაციაში პიროვნების საკუთარი ქცევით,

მოქმედებით უკმაყოფილებას. "მე რომ ასე მოექცეულიყავი და ა.შ." ამგვარი თვითბრალდების "ლაქა" აღნიშნებათ იმ პირთ, რომელთაც განიცადეს ძალზე მძიმე ტრავმა, რომელნიც გახდნენ ადამიანების სიკვდილის ან დამახინჯების თვითმხილველი. ამგვარი განცდები ფართოდ არის აღწერილი მასალებში ვიეტნამის ომის ვეტერანების შესახებ, ასევე ჰოლოკაოს მსხვერპლთა შორის და სხვა მასობრივი ტრავმატიზაციის შემთხვევებისას. თვითბრალდების, დანაშაულის განცადა უპირატესად ვლინდება შემდეგი პოსტულირებით – "მე რატომ გადავრჩი, როცა სხვა დაიღუპა". ამგვარი განცდის არსებობა მიუთითებს ღებრესიულ სიმპტომატიკაზე. ღებრესია წარმოადგენს PTSD თანმხლებ თავისებურებას. (T. Williams).

შემდგომი სიმპტომი, რომელიც გვეხმარება დიფერენციალური დიაგნოსტიკისას, არის თვითკონტროლის დაკარგვის შიში, რაც ვლინდება მომაგებული 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 ნარკოტიკი, 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 პათოგნომურად, 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 ზემოქმედებას, 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 ღებრეგანიზებული და აჟიტირებული ქცევა.
- B. მაგრავმირებული 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 სიმბრები გრავმის შესახებ. შენისენა: ბავშვებში შესაძლოა იყოს გაუცნობიერებელი კომპარული სიმბრები. 3. შეგრძნება და ქვევა, თითქოს პიროვნება კვლავ იმყოფება მაგრავმირებელ სიგუაციაში (გაცოცხლებული წარმოდგენები, ილუზიები, ჰალუსინაციები, "Flashbacks" ეპიზოდები). შენიშვნა: ბავშვები თამაშში აღადგენენ მაგრავმირებელ სიგუაციას. 4. ინგენსიური ფსიქოლოგიური განცდა იმ შინაგან ან გარეგან მიზეზებზე, რომლებიც ახსენებენ, ან სიმბოლურად გამოხატავენ გრავმას. 5. ინგენსიური ფსიქოლოგიური რეაქცია იმ შინაგან ან გარეგან გამლიზიანებლებზე, რომლებიც ახსენებენ, ან სიმბოლურად გამოხატავენ გრავმას.

- C. გრავმასთან ასოცირებულ სტიმულთაგან მუღმივი გაქცევა და განურჩევლობა გარშემო მომდინარე მოვლენებისადმი, რაც პიროვნებას გრავმამდე არ აღენიშნებოდა. ეს შესაძლოა გამოვლინდეს შემდეგი სამი /ან მეტი/ სახით: 1. გრავმასთან დაკავშირებული აზრების, განცდებისა ან საუბრისაგან გაქცევის მცდელობა. 2. იმ საქმიანობისაგან, ადგილებისა და ადამიანებისგან თავის არიდება, რომელნიც იწვევს მოგონებებს გრავმის შესახებ. 3. გრავმის 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 პერსისგენტული სიმპტომები, რომელიც არ აღინიშნებოდა გრავმამდე, რაც ვლინდება შემდეგი ორი ან მეტი ნიშნით: 1. ჩაძინების გაძნელება ან ძილის დაღვევა. 2. გამლიზიანებლობა ან განრისხება. 3. კონცენტრაციის გაძნელება. 4. სიფხიზლის მომატება. 5. მომატებული შიშის გრძნობა.
- E. B, C, D კრიტერიუმთა სიმპტომების ხანგრძლივობა უნდა აღემატებოდეს 1 თვეს.
- F. აღეღება 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 სგრესულ მოვლენასა და სიმპტომმატიკის გამოვლენას შორის გასულია არა ნაკლებ 6 თვისა.

1991 წლიდან PTSD დიაგნოზი შეგანილ იქნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვაში (ICD-10 /International Classification of disease - 10 Revision/), რუბრიკაში რეაქცია გამოხატულ სგრესზე 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 სგრესული მოვლენებითა და სიგუაციებით, რომელთაც შესაძლოა გამოიწვიონ ზოგადი დისგრესი ნებისმიერ ადამიანში.

ICD-10 მიხედვით გიპიურ, პათოგნომურ სიმპტომებად მიჩნეულია გრავმის განმეორებადი განცდის სიმპტომები, ხოლო "განდვენის" სიმპტომები არ არის მიჩნეული დიაგნოსტიკისათვის აუცილებლად, ასევე ვეგეტატიური დარღვევები, ემოციური აშლილობანი და ქცევის დარღვევები შესაძლოა არსებობდეს, მაგრამ არ

ითვლება პირველხარისხიანად დიაგნოსტიკისას. ლატენგური პერიოდი შესაძლოა არსებობდეს რამდენიმე კვირიდან 6 თვემდე, თუმცა შესაძლებელია PTSD დიაგნოსტიკა 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.

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

F 62.0. წარმოადგენს ახალ დიაგნოზს, რომელიც განისაზღვრება, როგორც "პიროვნების ქრონიკული ცვლილებები კაგასტროფის 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.

რიგი ავტორების აზრით, PTSD დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებში არ არის წარმოჩენილი ფსიქოსომატური კომპონენტები, რაც ითვლება ერთ-ერთ დამახასიათებელ ფენომენად განსაკუთრებული გრავით გამოწვეული დარღვევებისათვის, ისეთები როგორიც 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 კორეულ 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 ადგილი აქვს მრავალჯერად გრავმაგიზაციას, რაც ხშირად ხდება მიზმი მრავალფეროვანი აშლილობებისა, რომელიც სცილდება PTSD საზღვრებს, რის გამოც შემოღებული იქნა ცნება "ტრავმული სტრესული აშლილობა" (TSD /Traumatic Stress Disorder/), რასაც განეკუთვნება 1. მედიკამენტების, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის გამოყენება. ალკოჰოლიზმის, ნარკომანიისა და გოქსიკომანიის განვითარება. 2.

ექსპლოზიურ რეაქციები გრავმის მსგავს, ან სიგუაციის სიმბოლურად გამახსენებელ უმნიშვნელო სტიმულზე, რომელიც ამნეზირდება პიროვნების მიერ. 3. ექსპლოზიური რეაქციები კომბინირებული ალკოჰოლის, ან ნარკოტიკების ხმარებასთან, რაც იწვევს სუიციდურ ან ასოციალურ ქმედებებს ან კრიმინალურ ძალადობას ოჯახის ან სამოგადოების წევრებზე. 4. სხვა შემთხვევაში TSD იწვევს ქრ. ინვალიდობას ფსიქიკური აშლილობებით. 5. ფსიქო-სომატური სიმპტომები და დაავადებანი. 6. რეაქტიული ფსიქომორული ქმედება. 7. გრავმის 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.)

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

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

ავღანეთის ომის ვეტერანებზე ჩატარებული დაკვირვებების შედეგად П.И. Сидоров., М.Ф. Лукманов ასკენიან, რომ ომის ვეტერანთა შორის უპირატესად დამახასიათებელია პიროვნული აშლილობანი.

ამგვარად, დღეისათვის PTSD კლინიკასთან და დიაგნოსტიკის საკითხებთან დაკავშირებით არ არსებობას ერთიანი მიდგომა. H. Glover ამრით, 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.;

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

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

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

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 პარანოიალური სინდრომის განვითარება; ასევე წამების შემთხვევაში ნიშანდობლივია ქრონიკული ღებრესიული 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 მატრავმირებელი სიტუაციის ფარგლებს.

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

წამება ხშირ შემთხვევაში ხელს უწყობს ენდოგენური ფსიქომების მანიფესტაციასაც, ისეთი როგორიც შეიძლება იყოს შიმოფრენიული ფსიქომები ან ღებრესიულ – 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

სიგუაციაზე და მთელ რიგ დამატებით სტრესულ ფაქტორებზე, რომელსაც განსაკუთრებული გრავმა იწვევს ადამიანის ცხოვრებაში;

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;

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 არააპროპრიული 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 ლგოლვითა და იძულებით ადგილნაცვალ პირთა შორისაც. ყოველივე ამგვარი სიგუაცია, წარსულის მაგრაფმირებელ 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	პატიმრები ყოფილი პატიმრები 109/ სისშირე	ლტოლვილები ჩეხნიეთიდან 24 / სისშირე	იძულებით აღგალინაცვალ პირები აფხაზეთიდან და სამხრეთ-ოსეთიდან 29 / სისშირე	გალის რეგიონი 42	ნომერი/ სისშირე 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 სინდრომით	43.1 07.2.	23 / 0, 21	3 / 0, 12	2 / 0, 07	-	28 / 0, 14
ქრონიკული ცვლილებები (წამების შემდეგ)	62.0.	13 / 0, 12	3 / 0, 12	4 / 0, 14	4 / 0, 09	24 / 0, 12
ემოციური აშლილობები ერთად	60.3. 43.1.	7 / 0, 06	-	-	1 / 0, 02	8 / 0, 04
პიროვნული აშლილობა (ეპილეფსია ერთად)	07.0. 43.1.	3 / 0, 03	-	-	1 / 0, 02	4 / 0, 02
PTSD სინდრომით	43.1 ?	8 / 0, 07	-	-	1 / 0, 02	9 / 0, 04
კონვერსიულ-დისოციაციური აშლილობა ერთად	44 43.1	2 / 0, 02	-	-	-	2 / 0, 009
დემენცია (თავის ტრავმით გამოწვეული) (წამების დროს მიღებული ტრავმის შედეგად)	03.	0	-	1 / 0, 03	1 / 0, 02	2 / 0, 009
შიზოფრენია	20.0x0	3 / 0, 03	-	-	-	-
დისოციალური აშლილობა	60.2	1 / 0, 009	-	-	-	-

როგორც ცხრილებიდან ჩანს, ყველაზე გავრცელებული დიაგნოზი იყო პოსტტრავმული სტრესული სინდრომი, 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 :

მოზარდებისათვის (სულ 43)

დიაგნოზი	კოდი F თავში	პირები (სულ 35)		პაციენტი / სისხირე
		პაციენტები 35 / ს	გალის რაიონი 8 / ს	სულ 43/ ს
არაორგანული ენურეზი PTSD - ისთან ერთად	980. 431.	2 / 0, 06	2 / 0, 25	4 / 0, 09
სოციალურად ინტეგრირებული ქცევითი აშლილობა PTSD - სთან ერთად	912. 431.	8 / 0, 23	-	8 / 0, 19
სოციალურად დეზინტეგრირებული აშლილობა PTSD - სთან ერთად	911. 431.	9 / 0, 26	-	9 / 0, 21
PTSD დეპრესიასთან ერთად	431. 4322.	12 / 0, 34	-	12 / 0, 28
ეპილეფსია PTSD -სთან ერთად, ენურეზით	070. 431.	3 / 0, 08	-	3 / 0, 07
ქცევის დეპრესიული აშლილობა	920	-	3 / 0, 37	3 / 0, 07
PTSD	431	1 / 0, 03	3 / 0, 37	4 / 0, 09

გოქსიკომანია – 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, გოქსიკომანიის მაღალი დონე და ნარკოტიკების მოხმარება ან ალკოჰოლის გამოყენება, ციხეში ცუდ დამოკიდებულებასთან ერთად ხშირ შემთხვევაში იწვევს გამოსხაველ პიროვნულ ცვლილებებს, რაც უმეტეს შემთხვევებში ვლინდება სტაბილური სახის სოციალურ ქცევით აშლილობაში და ადაპტაციის შესაძლებლობების შესუსტებაში.

მოზარდებში გემოთ 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.

პაციენტებს შორის ჩაგარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ციხეებისათვის დამახასიათებელი ბუნებრივი თავისებურებანი: თავისუფლების შეზღუდვა, ოჯახის წევრებისაგან იზოლაცია, არჩევანისა და ინტერესთა სფეროს შეზღუდვა, სასამართლოს გადაწყვეტილების მოლოდინი წინასწარი პაციენტობის იზოლაციაში ყოფნის დროს – მუდმივი ფაქტორებია, რომლებიც ამჟამურებს 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 პაციენტების მიმართ არაადამიანური დამოკიდებულება, ხშირად არაკვალიფიცირებული სამედიცინო დახმარება და სამედიცინო ეთიკის ნორმების

უხეში დარღვევა, რაც კიდევ უფრო ღრმა მაკრაემირებელი 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 იმოლაციაში, 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, ლგოლვილების შემთხვევაში მძიმე ფსიქო-ფიზიკური აშლილობების წარმოქმნაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დამატებითი (გრაემის შემდგომი) სტრესული ფაქტორები, რომლებიც განვითარებად და ლაგაკ ქვეყნებში მეტად თვალსაჩინო ხდება, როგორც არის:

- არსებული საომარი მდგომარეობანი;
- მსოფლიო საზოგადოების მხრიდან ლგოლვილების გრაგელის მიმართ ყურადღების ნაკლებობა;
- საზოგადოების ამ ნაწილისათვის დაცვის მექანიზმების არარსებობა;
- სიკვდილის ან გაურკვეველობის 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 გრაემირებას, რაც ვლინდება ქრონიკულ პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობაში ან სომატურ დაავადებებში, ქრონიკულ დეპრესიასა და შიშში, რომელსაც თან ახლავს სხვა სამყაროს და გარემოს მიმართ უნდობლობა და მგრული განწყობა, ინტერპერსონალური და ინტრაპერსონალური კონფლიქტები და სირთულეები. უკიდურესად კრიზისული მდგომარეობა ქმნის ადაპტაციასა და რეაბილიტაციასთან დაკავშირებულ სირთულეებს.

გარდა ამისა, უმეტეს შემთხვევებში ლგოლვილებს გააჩნიათ ძლიერი უნდობლობა და აუგოიზოლაციის ან თავიანთ თემში იმოლაციის გენდენციები. ჩვენი აზრით, ეს არის შედეგი ძლიერი და ხანგრძლივი დისტრესისა და მომავლის გაურკვეველობისა. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ მიმდინარე კონფლიქტის ბონებში წამების მსხვერპლთა შორის წამების შედეგებს თან ერთვის ფართოდ გამოვლენილი პერმანენტული შფოთვით – ფობიკური სინდრომი, რომელსაც თან სდევს რელაქსაციის მიზნით ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისადმი ლგოლვა. 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, მეტად ხშირია სხვადასხვა სახის ჰემორაგიული სინდრომის არსებობა, ასევე თავის ტვინის მწვავე ტრავმა გონების დაკარგვით, ასევე ხშირია სხვადასხვა ლოკალიზაციის მოგეხილობანი და ამოვარდნილობანი, გკივილით გამოწვეული ან სისხლდენით გამოწვეული ტრავმული 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 ტრავმა	სულ № 535	სისშირე F
კრანიალური ტრავმა 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
ტრავმული შოკი	107	0.2
სასუნთქი სისტემის მხრივ დარღვევები	166	0.31
ინფექციური დაავადებები : TB, ფაღარათი, მწვავე პროსტატიტი და სხვა.	40	0.075
ურო – გენიტალური სისტემის მწვავე დაზიანება	93	0.174
თირკმლის დაზიანება	92	0.172
დაეიქილობა, ჰემატომა	242	0.452
ნევროლოგიური დარღვევები პარეზი, პარალიზი, კრუნჩხვითი მოვლენები და სხვა	115	0.215
ოკულარული სისტემის მწვავე დაზიანება	68	0.127
ოტო – ლარინგოლოგიური სისტემის მწვავე 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 « გელეფონის » მეთოდის გამოყენებისას. ამგვარი დაზიანებანი უპირატესად აღწერილი იქნა პაციენტებში. 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 მწვავე მოშლა ან ბადურის ჩამოშლის შედეგად ერთ ან

ორივე თვალში მხედველობის დაკარგვა; თირკმელების საპროექციო არეში ცემის შედეგად ხშირია პასტერნაცკის დადებითი სინდრომის არსებობა, ჰემატურიით, შარდვის გაძნელება ან შეხუთვა. ფიზიკური ცემის შედეგად სხვადასხვა ბლაგვი საგნებით თითქმის ყოველთვის გვხვდება სხეულის სხვადასხვა ნაწილის დაჟეჟილობა და სისხლნაჟღენტები, ხშირია სხეულის უნივერსალური დაჟეჟილობაც. მჭრელი ან მჩხვლეტავი საგნით დაზიანებისას ხშირია სხვადასხვა არეში ჭრილობები; ძალზედ ხშირად, როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, გვხვდება ჰემორაგიული სინდრომი და გრავმული შოკი, რაც დაკავშირებულია ცემასთან ან სხვა სახის წამების მეთოდების გამოყენებასთან : მოგვხილობები, ამოვარდნილობანი ან სხვა ძლიერი გვიფილით გამოწვეული შოკი; აღწერილ 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 აირწინალით მოგუღვა- მოხრჩობის 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 აღენიშნება 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 გუბერკულოზის ამ გზით გავრცელების შემთხვევები, რომელსაც ხელს უწყობს საკანთა გადავსებულობა, როდესაც ერთ 20 ადგილიან საკანში მორიგეობით სძინავს 60 პატიმარს; რაღა თქმა უნდა, ამგვარი სიტუაციები იწვევს აგრესიულობის მრდასა და ძალადობას თვითონ პატიმრებს შორისაც ; საკანში ხშირად არ აღწევს დღის სინათლე, პატიმრები 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 კონიუნქტივიტები, 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 ევრეთ 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 აგარებს ქრონიკულ ხასიათს და მიმდინარეობს ხშირი გამწვავებებით. ხშირია ძვიდის გამრუდების შემთხვევები, რაც ხდება ცხვირით სუნთქვის გაძნელების, ძილის პრობლემების წარმოქმნის მიზეზი. აღსანიშნავია ასევე თავბრუსხვევის მოვლენები. ყოველივე აღნიშნული დაზიანება დგინდება ოტოლარინგოლოგის კონსულტაციის შედეგად. აუცილებელია სმენადობის განსაზღვრისათვის გიმპანიტომეტრიული 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 » (ბრტყელგუჩას) ან « გამის » 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 დისპეფიურ 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 პატიმარი 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 ჩატარებულ 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, მიოკარდიოდისგროფია. 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 გამოკვლეულთა 72 % - ში 0% აღმოაჩნდა ორგანული ცვლილებები გულ – სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ (Juler, Shmidt-Nielsen, 1995). ამის გამო ხშირად ამგვარ ჩივილებს მიაკუთვნებენ « შოლგის სინდრომს ».

კუჭ – ნაწლავის სისტემა

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

უპირატესად წარმოდგენილია წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ჩივილები: ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, მშიერი ტკივილის სიმპტომი, ბოცინი, გულისრევის შეგრძნება, თუმცა სტატიკურად 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 დიაგნოსტიკისა.

კუჭ – ნაწლავის სისტემის მხრივ დარღვევათა განვითარების მნიშვნელოვან საფუძველს როგორც გახანგრძლივებული სტრესული სიტუაცია, ასევე არაადამიანური 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.

დევნილთა შემთხვევაში მეტად ხშირად იქნა გამოვლენილი ქრონიკული პროსტატიტები მამაკაცებში, სექსუალური და რეპროდუქციული უნარის დაქვეითებით; ასევე ქალებში ქრონიკული ანთებითი მოვლენები შარდ – სასქესო სისტემის მხრივ; აღმოჩენილ იქნა საშვილოსნოს ფიბრომიომის შემთხვევები, რომელიც მეტად ხშირია პატიმარ ქალთა შორის, თუმცა აღნიშნული დაავადებების პირდაპირი კავშირის დადგენა წამებასთან მეტად რთულია. ხშირია საკვერცხეების ქრონიკული ანთების კლინიკური გამოვლინება; მეტად ხშირად პატიმარ ქალთა შორის გამოვლენილ იქნა ლიმფორების 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 ჩაითვალოს ბუსტად, 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 დამუშავება 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 აღვილი ჰქონდა ცემა 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.

ზოგიერთი 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. გამოკვლევულ 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 მომაგებაზე, თავის ტკივილებზე, ძილის დარღვევაზე, ასევე ყურადღების კონცენტრაციის უნარისა და მეხსიერების დაქვეითებაზე, განლევადობასა და ადვილად დაღლაზე. დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით ყველაზე ხშირად გავრცელებული დიაგნოზი ქალა

– ტვინის გრავმის მყარი ნარჩენი მოვლენებია. პარაკლინიკური გამოკვლევების საფუძველზე (თვალის ფსკერის გამოკვლევა, CT, Ro – გრაფია) გვხვდება ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისათვის დამახასიათებელი გამოვლინებანი, ასევე ატროფიული კერები; როგორც უკვე იქნა აღნიშნული ელექტრომოკისა და თავში ცემის ან მძიმე, რკინის საგნის ჩარგემის (მაგალითად ოთხკუთხედი ფორმის ბოქლომი) შედეგად რიგ შემთხვევებში ადგილი აქვს კონვულსიურ სინდრომს, დიაგნოსტიკურად გრავმული ეპილეფსიის სინდრომი, რომელიც დასტურდება ე.ე.გ. გამოკვლევითაც.

ფიზიკური წამება ხშირ შემთხვევაში იწვევს პერიფერიული ტიპის დარღვევებსაც, რაც იწვევს სენსო – მოტორულ დისფუნქციას. ხშირად იგი ვლინდება მჭრელი ან მხსვლეგავი საგნით მიყენებული ჭრილობებისას, “ჩამოკიდებისას”, მიზანმიმართული გრავმების 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 დარგემები, არამედ არაადამიანურ პირობებში ყოფნა, სციფე, სინესგე და ა.შ. ძალიან ხშირია რადიკულოპათიები. ყოველივე აღნიშნული აგარებს ქრონიკულ ხასიათს და საჭიროებს პერიოდულ მკურნალობას, შესაძლოა მთელი სიცოცხლის მანძილზეც; ასევე საყურადღებოა, რომ აღნიშნული მდგომარეობანი შესაძლოა პერიოდულად გაუმჯობესდეს მკურნალობის ფონზე; ხშირია სემონური 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 მოტეხილობები და დისკოზები ან მანკიერი შეხორცების შედეგად განვითარებული ტკივილისა და მოძრაობის შეზღუდვის მდგომარეობანი, რაც ხშირ შემთხვევაში გამოწვეული იყო ხერხემლის, განსაკუთრებით კი წელის მიდამოში გეგმაზომიერი დარგემებით. 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 ბედა 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 გამოსატყულ სიმპტომოკომპლექსში, ვინაიდან ზიანდება არა მარტო ხერხემლის კისრის მიდამო დისკებითა და მყესებით, არამედ ასევე თავის გვინისაკენ მიმავალი ნერვები, სისხლძარღვები და რბილი ქსოვილები. აქედან გამომდინარე, კისრის მიდამოს ტკივილების გარდა, რომელიც ხშირად ირადირდება ზემო 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 “შოლგის 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 აღნიშნავენ, 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 შაქრიანი დიაბეტის სახით; ასევე გამოვლენილ იქნა თირეოგოქსიკოზის ან ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციონირების სხვა დარღვევები, ენდოკრინოპათიული სიმსუქნე და სხვა. თუმცა ძალზე ძნელია მუსგად განსაზღვრო ამ დარღვევათა მუსტი მიზეზი – 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 სომატიზაციაზე. 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

მეტად 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 ბედნიერებით 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, მეტ-ნაკლებად ძნელია. რაღა თქმა უნდა, ამგვარი გარემოს შექმნა პოლიციის იზოლაციაში, სადაც წამებას ჰქონდა ადგილი, ძალზედ ძნელია. ამიგომ სამედიცინო ინტერვიუს დროს ექიმმა უნდა მოითხოვოს სრული კონფიდენციალობა, და თუკი არ არსებობს პატიმრის თანხმობა ან სიგუაციის 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 მეტ-ნაკლებად უსაფრთხოდ იგრძნობს თავს, თუმცა გოგალიგარული 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.

გემოთ 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 მუსტი დიაგნოსტიკა. ამას მნიშვნელობა აქვს როგორც სწორი მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმის შედგენისა და ჩატარებისათვის, ასევე ექსპერტიზისა და სასამართლოსთვისაც. როგორც გემოთ 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;
- ფსიქოლოგიური გამოკვლევა შესაძლოა მიმდინარეობდეს სხვადასხვა სუბიექტური და ობიექტური კითხვარების

გამოყენებით; ამისათვის ხშირად გამოიყენება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომთა შეფასების სხვადასხვა კითხვარი, ასევე დეპრესიისა და შფოთვის შკალები, აგრესიისა და პიროვნული პროფილის შემსწავლელი ტესტები, მნიშვნელოვანია პროექციული ტესტების გამოყენებაც, მაგალითად, ბავშვებში ხელის ტესტის; რეზიდუალური და კლინიკურად ძნელად გამოსავლენი თავის ქალას ტრავმების ნარჩენი მოვლენების გამოსავლენად ხშირად გამოიყენება ნეიროფსიქოლოგიური ტესტები.

- 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 დამიანებების 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 ჩატარება მნიშვნელოვანი ხდება გაუპატიურების და სხვა სასქესო ორგანოების დამიანების დროს.

დოკუმენტაცია

წამების მტკიცებულებების მიღებისათვის და მისი შედეგების აღმოფხვრისათვის მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება სამედიცინო დოკუმენტაციის 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 პაციენტებთან.

CPT რეკომენდაციის თანახმად, ყოველი პაციენტი ციხეში შესვლისთანავე და შემდგომში ყოველთვის, ადგილის ცვლილებისას, უნდა იქნას გასინჯული ექიმის მიერ, უნდა ჩაუტარდეს პიველადი სამედიცინო გამოკვლევა. რეკომენდაციების შესაბამისად ამგვარი გამოკვლევა უნდა გარდებოდეს მკაცრად კონფიდენციალურად და სხვა პირებისათვის სმენითი დისგანციის მიღმა, ასევე მხედველობითი

დისგანციის 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 გარდება პირველადი სამედიცინო შემოწმება;
- შეძლებისდაგვარად უნდა იქნას აღწერილი ოთახი, განათება და სხვა საყურადღებო დეტალები, სადაც გარდება გამოკვლევა;
- აუცილებლად უნდა იქნას მითითებული თუ ვინ ესწრება გამოკვლევას;
- არსებობს თუ არა რაიმე სახის ბეწოლა 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 ჩამგარებელი ექიმი და უნდა იქნას დაფიქსირებული გამოკვლევის თარიღი და დრო;
- აუცილებლობისა და საჭიროების შემთხვევაში ციხის ექიმს უნდა ჰქონდეს საშუალება გამოიძახოს სხვა სპეციალობის ექიმი – კონსულტანტი ან მოითხოვოს სასწრაფოდ რაიმე სახის გამოკვლევა, ან გამოსაკვლევი პირისათვის სტაციონარული მკურნალობა, ან სხვა სახის გადაუდებელი დახმარება;
- ასევე, გამოსაკვლევი პირის თანხმობის შემთხვევაში, სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება ქვეყნის კანონმდებლობის გათვალისწინებით.
- ასევე აუცილებელია მოხდეს ყოველგვარი დაზიანების ფოტოგრაფირება და შესაძლოა დიქტოფონზე გაკეთდეს აუდიო ჩანაწერი (გამოსაკვლევი 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 დოკუმენტირების 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 № (ИИ): _____
 ექიმის გვარი: _____ თარჯიმნის მონაწილეობით (დიახ/არა), გვარი: _____
 წარმოდგენილი ინფორმაციის საფუძველზე თანხმობა მიღებულია: დიახ/არა _____
 თუ არ არის მიღებული, რა მიზეზით? _____
 გამოსაკვლევის 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/ ი/ნ): _____
გაგზავნის თარიღი: _____ გაგზავნის დრო: _____
სამედიცინო ექსპერტიზა/გამოკვლევა შეზღუდვების გარეშე ჩატარებული (პატიმრების მიმართ):
ღიას/არა _____
აღწერეთ დაწვრილებით ნებისმიერი შეზღუდვა: _____

II. ექიმის კვალიფიკაცია (სასამართლოზე ჩვენებისათვის)

სამედიცინო განათლება და კლინიკური მომზადება
ფსიქოლოგიური/ფსიქიატრიული მომზადება
წამებისა და სასტიკი მოპყრობის მტკიცებულებების 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.)
წამმღვარებელი 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, გრანსპორტირებისა 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 მაჩვენებლების 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 წამებადღე
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 გიპურ 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 გრავმასთან, ანუ გამოკვლევის მომენტი დროის მიხედვით რა თანაფარდობაშია წამების მომენტთან და გამოჯანსაღების რა ეტაპზე იმყოფება გამოსაკვლევი.
- დ) დაადგინეთ პარალელურად არსებული სტრესის ფაქტორების ზემოქმედება გამოსაკვლევი 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 პატიმრობის პერიოდში მიღებული თავის გრავმის შესაძლებელ მონაცემებთან.

(ix) დასკვნები და რეკომენდაციები

1. მოგვეცით დასკვნა ყველა ზემოთ დასახელებული წყაროების მონაცემების შესაბამისობის შესახებ.
2. დაამოწმეთ სიმპტომები 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, ცრუმოწმეობის პასუხისმგებლობის შესახებ კანონის თანახმად ——— (ქვეყანა) ვაცხადებ, რომ ზემოთ ნათქვამი სიმართლეს შეესაბამება და მუსგია და რომ წარმოდგენილი ჩვენება ფიცის ქვეშ იყო მიცემული ——— (თარიღი) ——— (ქალაქი) ——— (შტატი ან ოლქი)”.

(xi) განცხადება სამედიცინო ექსპერტიზა/გამოკვლევის ჩატარების დროს არსებული შეზღუდვების შესახებ (პატიმრობაში 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 საპატიმრო დაწესებულების თანამდებობის პირთა მხრიდან არავითარი ფორმის იძულება არ ჰქონდათ”, ან “ქვემოთ ხელის მომწერი ექიმი იძულებული ვარ ექსპერტიზა ჩავატარო შემდეგი შეზღუდვებით”.

(xii) ექიმის ხელის მოწერა, თარიღი, ადგილი

(xiii) შესაბამისი დანართი

ექიმის ნამსახურობის ნუსხის ასლი, ანაგომიური ილუსტრაციები წამებისა და სასტიკი მოპყრობის დოკუმენტაციისათვის, 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.

მეტად 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 ღონისძიებების 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) შენატანი (შემაჯალი) 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, მოთხოვნის 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; ამიგომაც აუცილებელია, რა თქმა უნდა მათი თანხმობით, რეაბილიტაციის პროცესში ოჯახის წევრების ჩართვა.

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

- **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 ბენზოდიამეპინის რიგის პრეპარატები, როგორცაა ქლორდიამეპოქსიდი (ლიბრიუმი), დიაზეპამი (ვალიუმი), ფლურამეპამი (დალმანი) და ოქსამეპამი (სერაქსი). ეს პრეპარატები ითვლება ნაკლებად ტოქსიურად და არ იწვევენ დამოკიდებულების წარმოქმნას. (Swonger A., Constantine L., Bassuck E., Shchoonover S., Shader R.). ზოგიერთი ავტორი მიზანშეწონილად მიიჩნევს ბეგა - 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 ფენელმინს. პრეპარატის დოზა 75 მგ. დან 45 მგ. მდე. მერყეობს. ძლიერი აგზნების მოსახსნელად გამოიყენება ფენოთიაზინის ჯგუფის პრეპარატები ქლორპრომაზინი (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 კატასტროფების მონასთან ახლოს; და ბოლოს, იმედი გულისხმობს « გამამხნეველ დამოკიდებულებას », როცა დამარალებულს შთაეგონება მომავლის რწმენა.

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

ექსტრემალურ სიტუაციებში, ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სახით, წარმატებით გამოიყენება გრაფმაზე ორიენტირებული ნეიროლინგვისტური პროგრამირების მეთოდი, ასევე ჰიპნოთერაპია, მსუბუქი გრანსის მდგომარეობა და შთაგონება. ფართო გავრცელება ჰპოვა Mitchel მეთოდმა, რაც გულისხმობს

გრაფირებულთაგან 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 ბიჰევიორისტული (ქცევითი) და კოგნიტიური (შემეცნებითი) თერაპიის მეთოდები. ისეთი მეთოდები, როგორცაა სისტემატიური დესენსიტილიზაცია და რეკურენტული მაგრაფირებელი მოგონებებისათვის ამროვნების დამუხრუჭება (Miller T. 1981).

რიგი ავტორების აზრით, PTSD დროს უმთავრესია, მაგრაფირებელი მოვლენების შედეგად აღმოცენებული ინგრაფსიქიკური, შინაგანი კონფლიქტი, რაც ხშირად იწვევს ფასეულობათა სისტემის მსხვრევასა 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 თვითნაღობის 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 ვიეგნამის ომამდე ამ მეთოდმა ვერ ჰპოვა ფართო გამოყენება. 70-იან წლებში Lifton, მუშაობდა რა ვიეგნამის ომის ვეტერანებთან, ჩამოაყალიბა "ურთიერთგაგების ჯგუფები". მათი საქმიანობის გაანალიზებით იგი მივიდა დასკვნამდე, რომ ჯგუფში სწრაფად ხდება ურთიერთნდობისა 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 გრაფიული გამოცდილება, რის გამოც თვალსაჩინოა ჯგუფში ჩაკეცვის 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 გრავმული გამოცდილებითა და რამდენაღმე განსხვავებული პრობლემებით. წარმოქმნილ ჯგუფს ეწოდება "ფსიქოთერაპიული ჯგუფი". ახალი წევრების შეყვანა ხელს უწყობს გრავმირებული "მე"-თი ყველაზე უფრო მეტად დემორგანიზებულ პაციენტებში ემოციურ აფეთქებას, რის შედეგადაც იწყება ჯგუფის წევრებში გამაღიზიანებელი ქცევები, « ჩვენ ვგრძობთ 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 ზოგადად მოიცავს შემდეგ ფაზებს: "გახსნის ფაზას", რომელიც მოიცავს პაციენტსა და თერაპევტს შორის ნდობის კონტაქტის და თერაპევტის მიმართ რწმენის ჩამოყალიბებას, გრავმის იმ დეტალების გაცნობას თერაპევტისათვის, რაც წამყვან როლს თამაშობს და მნიშვნელოვანია და განგვირთვის მიღწევას. მეორე, "შუალედურ" ფაზაში, თერაპევტი ეხმარება პაციენტს იდენტიფიცირება მოახდინოს და გამოკვეთოს გრავმული მოვლენის სპეციფიური კონფიგურაციის კონტურები: « მოვლენის რომელი საკვანძო დეტალები აგონდება მიმდინარედ და რომელი არსებობს გამუდმებით, მყარად ». მესამე, ბოლო ფაზაში, შექმნილი წყვილი მუშაობს გრავმის 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 მნიშვნელოვან 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 ურთიერთნდობისა და მეგობრული ატმოსფეროს შესაქმნელად. მეორე სტადია წარმოადგენს ინდივიდის მიერ საკუთარი შინაგანი სამყაროს გამოკვლევას. მესამე სტადიაში აქცენტი კეთდება ქცევაზე მთლიანობაში. მეოთხე სტადიაში ფსიქოთერაპევტი ეხმარება პაციენტს დაგვემოს 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

განგვირთვას. იგი ორიენტირებულია ოჯახის შიდა ურთიერთობებსა და ოჯახის ურთიერთობებზე გარემომცველ ადამიანებთან, სამყაროსთან.

ხშირად PTSD განაპირობებს ურთიერთობების დარღვევებს მეუღლეებსა და წყვილებს შორის, რაც განპირობებულია გრავიმის შინაარსით. აქედან გამომდინარე მკურნალობისას დიდი ყურადღება ეთმობა წყვილების თერაპიას, რაც ძირითადად ფოკუსირებულია არაგრავიმირებული მეუღლის მიერ დამხმარის როლის საკუთარ თავზე აღებაზე, თუმცა დაზარალებულის გამოჯანსაღების შემდეგ მოსალოდნელია დამხმარის როლის დაკარგვასთან დაკავშირებით ფრუსტრაციისა და ღებრების 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 გრავიმული სტრესის მკურნალობაში ეგზისტენციალური ანალიზის როლი, რომელსაც Viktor Frankl წარმატებით მიმართავდა თვით საკონცენტრაციო ბანაკშიც კი. ეს მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია, ვინაიდან გრავიმული სტრესის დროს ხშირად ვლინდება ღებრისიული 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 ინტენციის მეთოდს.

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

➤ **ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება არგ-თერაპიას** – რაც საყურადღებოა ორი მიმართულებით: 1) იგი მნიშვნელოვან წარმოდგენას გვაძლევს პიროვნების შიგნით არსებულ, დაფარულ კონფლიქტებსა და ტენდენციებზე, ასევე ფსიქო-გრავიმის პიროვნებისეულ წარმოდგენაზე, 2) ამავე დროს, დინამიკაში წარმოდგენას გვაძლევს თუ როგორ ვითარდება ზოგადად რეაბილიტაცია, რა იქნა მიღწეული და რა რჩება საყურადღებოდ. ამავე დროს არგ-თერაპიის მეთოდი უმნიშვნელოვანესია გრავიმული 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 აგმოსფეროს 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, ინგერპერსონალური 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 სიტუაციების სპეციფიკიდან აუცილებელია გარემოში სოციალური დახმარების ორგანიზება, რათა შეძლებისდაგვარად დაცული იქნას წამების მსხვერპლისა და მისი ოჯახის წევრთა უსაფრთხოება, ამგვარი ქმედებები გულსიხმობს ფასილიტატორულ აქტივობას ცალკეულ სახელმწიფოებრივ ორგანოებთან, მათ შორის ძალიოვანი 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 გულსიხმობს 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: ზოგადი 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 აღვილი აქვს ფსიქიკური და ფიზიკური გრავმების შერწყმას, ასევე ფსიქო-სომატურ დარღვევებს, მნიშვნელოვანია სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტთა გათვითცნობიერება გრავმული სტრესსა 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 გრავმული 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 დაზარალებულთა. 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
- გრავმატოლოგი
- 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
- პედაგოგი

დანართი № 1:

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

დანართი №1

წამების მსხვერპლთა მონიგორინგისა და რეაბილიტაციის სამედიცინო და ფსიქო - სოციალური პროგრამა

I. ანკეტური მონაცემები

1. სახელი, გვარი _____
ანონიმურობის შემთხვევაში გადაღით 2 პუნქტზე.
2. კოდი _____ G - XX - 000N
3. გამოკვლევის თარიღი _____
4. სქესი _____ მდედრ. / მამრ.
5. ასაკი _____
6. ეროვნება: _____
7. მოქალაქეობა _____
8. ამკამინდელი ადგილსამყოფელი _____
9. მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი _____
10. ამკამინდელი 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 იზოლაციის. 2.2. ციხის იზოლაციის. 2.3. უშიშროების იზოლაციის. 2.4. ჯარის იზოლაციის. 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 ექიმის 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 ჩაუდენია) აღიარება. 10.4. ფულის გამოძალვა. 10.5. პიროვნული დამცირება. 10.6. პიროვნების დამორჩილება, დათრგუნვა. 10.7. იდეოლოგიური შეხედულებები. 10.8. აღმსარებლობა. 10.9. ეთნიკური კუთვნილება 10.10. მწამებელთა სადისკური გენდენციები. 10.11. სხვა (აღწერეთ) _____
დამატებითი ინფორმაცია აღწერეთ

III. გამოყენებული მეთოდები

1. ფიზიკური მეთოდები

1.1.	ცემა ("დუბინკებით", ჩექმებით, იარაღის ტარით, სხვა ბლაგვი საგნით, ხელით სხვა) - გახაზვით რომელი.	კი	რა
	ა) სისტემატიზირებული		
	ბ) არასისტემატიზირებული		
1.2.	ელექტროდენით წამება		
	ა) პირის ღრუდან		
	ბ) სასქესო ორგანოებიდან (ან მკერდი)		
	გ) კიდურებიდან (ფალანგები)		
	დ) სხვა (მიუთითეთ) -----		
1.3.	ჩამოკიდება		
1.4.	არაფიზიოლოგიური მდებარეობა		
1.5.	სექსუალური წამება		
	ა) გაუპატიურება		
	ბ) გაშიშვლება		
	გ) იძულებითი ანანიზმი		
	დ) იძულებით მონაწილეობა სხვის გაუპატიურებაში		
	ე) დამამცირებელი პოზის მიღება		
	ვ) სასქესო ორგანოების დაზიანება		
	ზ) სხვა (მიუთითეთ) -----		
1.6.	სამედიცინო - სტომატოლოგიური წამება (კბილების დაძრობა და ა.შ.)		
1.7.	მოსხრობა (აირწინალი ან წყალში ჩაყურყუმაღავება თავით - აღნიშნეთ რომელი)		
1.8.	ფარმაკოლოგიური წამება (ნარკოტიკით ან სხვა პრეპარატით - შეძლებისდაგვარად მიუთითეთ, ან არ იცის რითი)		
1.9.	დაღის დასმა (ფრჩხილების დაძრობა, ფალანგის მოჭრა, ყურის მოჭრა, თვალის ამოთხრა, ხორცების ათლა, სხვა (მიუთითეთ რომელი ან აღწერეთ სხვა))		
1.10.	დამწვრობა (სიგარეტით, ცხელი შანთით, გავარვარებულ "რემოტკაბე" დაკვრა, სხვა - მიუთითეთ რომელი ან აღწერეთ სხვა -----)		
1.11.	ცხოველებით წამება (ძაღვების მისევა და 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, ქანგბადის ნაკლებობა, სიცივე		
2.3.	ცხოველები (მღრღნელები), მწერები იზოლაგორში.		
2.4.	სანიგარული 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 დეპრიაფაცია		
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.	სიგყვიერი 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 (აღიარება, 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 გვინის მწვავე ტრავმა გონების დაკარგვით	კი	არა
1.2.	ჭრილობა (თავის არეში, სახისა და კისრის არეში, მკერდის არეში, ბურჯის არეში, კიდურებზე სხვა - მიუთითეთ) -----		
1.3.	დამწვრობა (თავის არეში, სახისა და კისრის მიდამოში, მკერდის არეში, ბურჯის 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 (პარეზი, კრუნჩხვა, მყესების დაზიანება) -----		
1.13.	დაჟეჟილობა (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.	<p>ა) აფექტურ - მოკური რეაქცია ა) სტუპოროზული ვარიანტი (შეკავება, გარინდებული ყოფნა ერთ პოზაში, უმწეობისა და სიცარიელის შეგრძნება, ძილის დარღვევა - მიუთითეთ და აღწერეთ ----- ----- -----</p>	კი	არა
	<p>ბ) მწვავე აგზნება (აჟიტაციით, სუიციდური აქტივობით, პარასუიციდი, თვითდაზიანება - მცდელობა თუ სურვილი, ძილის დარღვევა, ფსიქო - მოტორული აგზნება - აღწერეთ ----- ----- -----</p>		
	<p>გ) ცნობიერების შეცვლა (გაბრუება, შევიწროება, შეცვლა სხვა - აღწერეთ ----- ----- -----</p>		
2.2.	<p>გამყავით ცალკე – სუიციდის მცდელობა, სუიციდალური აზრები, თვითდაზიანების მცდელობა, თვითდაზიანების ფაქტი, თვითდაზიანების აზრები - (აღნიშნეთ რომელი და აღწერეთ) - ----- -----</p>		
2.3.	<p>სხვა (აღწერეთ განცდები) ----- ----- ----- ----- -----</p>		

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 პაციენტებმა ან სხვა ადამიანებმა

- 1.6. იქნა თუ არა გაფორმებული სამედიცინო დოკუმენტაციაში მისი მდგომარეობის შესახებ და თუ რის შედეგად განვითარდა აღნიშნული დაზიანება
- 1.7. პატიმრების შემთხვევაში: ციხეზე გადმოყვანის შემდეგ ინახულა თუ არა სამედიცინო კომისის და აღიწერა თუ არა მათი მდგომარეობა სამედიცინო დოკუმენტაციაში
- 1.8. ვისგან შედგებოდა 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. აღნიშნება თუ არა პაციენტს შრამი ან ნაწიბური ან სისხლნაყენთი
- 1.2. თუ აღნიშნება, რა მიდამოში

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

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

სახის ძვლები	
ხერხემლის მალეები	
კიდურები	
ფალანგები	
სხვა	

- 1.5. აღნიშნება თუ არა ამპუტაციის კვალი
- 1.6. თუ აღნიშნება რა მიდამოში

ცხვირი	
ყური	
თითები	
კიდურები	
კბილები	
ფრჩხილები	
სასქესო ორგანოები	
სხვა	

- 1.7. აღნიშნება თუ არა პაციენტს ნევროლოგიური დარღვევები
- 1.8. თუ აღნიშნება რა სახის

თავის ტკივილი	
მოძრაობის შეზღუდვა	
ნევრალგია	
პარეზი	
პარესთეზია, მგრძნობელობის 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 ჩაუგარდა თუ არა სამედიცინო დახმარება

1.17. რა სახის სამედიცინო დახმარება ჩაუგარდა (ოპერაცია, კონსერვატორული მკურნალობა თუ სხვა)

1.18. არის თუ არა ასახული სამედიცინო დოკუმენტაციაში სადმე მისი მდგომარეობა

1.19. ჩაუგარდა თუ არა ობიექტური გამოკვლევები

1.20. თუ ჩაუგარდა 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 მომაგება
- 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 ღამის 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 სიფხიბლე
- 3.10. ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება
- 3.11. მეხსიერების დაქვეითება
- 3.12. აკვიატებული მოგონებები, წარმოდგენები
- 3.13. აფექტური რეაქციები გრავმასთან ასოცირებული სიგუაციებისა და მოგონებების დროს
- 3.14. **პიროვნული ცვლილებები** (სამყაროსადმი მგრული განწყობა, უნდობლობა, კონტაქტების გართულება, ხმაურის აუტანლობა, მარტოობის სურვილი, ჩაკეტილობა, თვითღამიანებისაკენ მიდრეკილება, სუიციდური აზრები ან ქმედებები, სირცხვილის ან საკუთარი პიროვნებისადმი პატივისცემის დაკარგვა, უმწეობის განცდა, სხვა) მიუთითეთ და აღწერეთ
- 3.15. გამოღვიძებისას განცდა, რომ კვლევ მეორდება მაგრაგმირებელი მოვლენა
- 3.16. ჰალუსინაციური განცდები მაგრაგმირებელი მოვლენის ასახვით
- 3.17. სხვა

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

დამატებითი გრაფები	აღნიშვნა, კომენტარი	სად და როდის
ომის გრაფები		
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 დაპირივაცია		
დაქვრივება, დაობლება, შვილის დაღუპვა		
პატიმრობა, ტყვეობა		
იმოლაცია, კონტაქტების შეზღუდვა		
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 გრავიმის 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 გრავიმის 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
- 5.

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 დიაგნოსტიკებისა 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

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

მოზრდილებში

1. PTSD (Watson)
2. Beck Depression Inventory
3. Mississippi Civilian PTSD:
4. Baas – Durk 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 სესხია)
- სოციალური თერაპია (სახეობა – რა გაუკეთდა, სესხიათა რაოდენობა)
- თერაპევტის კონსულტაცია (რამდენი)
- ტრავმატოლოგის კონსულტაცია
- ნევროლოგის კონსულტაცია
- ფარმაკოთერაპია
- ჩაგარებული გამოკვლევები
- დამატებითი სხვა სახის კონსულტაციები
- შემთხვევის მართვის წევრების (თანამდებობები)
- სად ჩაუგარდა მკურნალობა (მიუთითეთ დაწესებულებებიც სადაც დამატებითი გამოკვლევები და კონსულტაციების იქნა ჩაგარებული)
- ჩაგარებული ღონისძიებების საბოლოო განფასება (ხელფასიანი შტაგების 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: _____ / _____ /

კომენტარების ფურცელი

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М. Щукин Б.П.//Военно-Медицинский Журнал. 1990. с.73-76
2. Александровский Ю.А.//Актуальные Вопросы Психиатрии. Юбилейный Сборник Трудов. Тбилиси. 1995. с.77.
3. Бенегადи Р.//Массовая Миграция и Здоровье Населения. Москва. 27-28 апреля 1993. с63-66
4. Брызгунов И.П., Михайлов А. Н., Берковская М.Н.//НИИ Педиатрии РАМН.ГБЦ"Сострадание".
5. Демонова Д.П., Щукин Б.П.//Массовая Миграция и Здоровье Населения. Москва. 27-28 апреля. 1993. с.72-74.
6. Зурабашвили З., Джишкариани М., Грдзелишвили Ц.//Обозрение Психиатрии и Медицинской Психологии им. В.М. Бехтерева. 1996. 2. с.61-64.
7. Каменченко П.В.//Жур. Невропатологии и Психиатрии. 3. 1993. с.95-99.
8. Ковалев В.В., Асанова Н.К.//Жур. Невропатологии и Психиатрии.3. 1993. с.60-64.
9. Краснянский А.Н.//Синапс 3. 1993. с.15-34.
10. Медико-Психологическая Помощь Пострадавшим при Стихийных Бедствиях и Катастрофах.// МИН.ЗДРАВ. Р.Ф. Г.Н.Ц. Социальной и Судебной Психиатрии. Москва. 1997.
11. Подходы к Борьбе со Стрессами на Коммунальном(общинном) Уровне.//ВОЗ. Копенгаген. 1993.
12. Положий Б.С.//Обозрение Психиатрии и Медицинской Психологии им. Бехтерева.1996. 2. с.136-143.
13. Програма Медико-Психологической Реабилитации Женщин-жертв военного конфликта в Абхазии.//UMCOR/Georgia/U.S.A. 1995.
14. Жильбер-Дрейфус//Функциональная недостаточность у бывших депортированных. Международная Конференция в Москве. 25-28 июня 1957.
15. Жислин С.Г.//Очерки Клинической Психиатрии М. 1965.
16. Франкл В.//Человек в Поисках Смысла. Москва. 1990. с.130-157.
17. Фрейд З.//Избранное. т.1. По ту сторону принципа наслаждения. пер.с нем. Лондон.1969.с.23-76.
18. Фишез Л.//Причины массовой смертности, поражающей наши ряды. Международная Конференция в Москве. 25-28 июня 1957.
19. Читава О. Джишкариани М.//Актуальные Вопросы Психиатрии. Юбилейный Сборник Трудов. Тбилиси 1995. с.74.
20. Ясперс К.//Собрание Сочинений по Психопатологии. С-ПБ. 1996.т2.с126-138.
21. Якобсен Лоне и Кнуд Смит – Нилсен // Переживший Пытку, Травма и Реабилитация.// Международный Совет по Ребилитации Жертв Пыток, Киев 1998.
22. Хофф Э.//Массовая Миграция и Здоровье Населения. Москва. 27-28 апреля. 1993. с. 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 *Canging 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 Evidance 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. GlenviewJ.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. Figley C.F.//*Stress Disorders Among Vietnam Veterans*. New Iork. 1978.
47. Figley C.R.//*Helping Traumatized Families*. Sun Francisco, Jossey-Bass. 1989.
48. Friedman M.J.//*Psychosomatics*. 1981.v.22. 11. p.931-943.
49. Freud S.//*Moses and Monotheism.-Complete Psychological Works*.v.23. London 1964.
50. Freud S.//*Psychoanalisi and War Neurosis*. Complete Works. v.17. London.Hogarth Press. 1955.
51. Friedman M.J.//*Amer. J. Psychiat*. v.145. 280-285.1988.
52. Famularo R., Kinscherff R., Fenton T.//*Amer.J. Dis. Child*. 1988. v. 142. p.1244-1247.
53. Fenichel O.//*La theorie psychoanalytique der nevroses*. Paris. Presses de l'Universite de France. Chapter 21. 1953.
54. Ferenczi S., Abracham K., Simmel E., et all.//*Psychoanalysis and the War Neurosis*. London/New York. International Psychoanalytical Press. 1921.
55. Grinker R.R., Spigel J.P.//*Men Under Stress*. Philadelphia Blokiston. 149, 389. 1945.
56. Green B.L., Wilson J.P., Lindy J.D.//*Conceptualizing PTSD. a psychosocial framework in Trauma and ITs wake*. The Stady and Treatment of PTSD. Edited by Figley C.R. New York, Brunner/Mazel. 1985. p.53-69.
57. Green B.L.,Lindy J.D.//*J.Nerv. Ment. Dis*. 1985. v.173. 7.p.406-411.
58. 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.

59. Horowitz M.J.//Arch. Gen. Psychiat. 1974. v.31.p.768-781.
60. Horowitz M.J., Schaefer C., Hiroto D.//Psychosom. Med. 1977. v.39. p.413-431.
61. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N.//Arch. Gen. Psychiat. 1980. v.37. p85-92.
62. Horowitz M.J.//Stress Response Syndromes, 2nd. Ed. New York, Jason Aronson. 1986.
63. Hendin H., Pollinger A., Singer P.//Amer. J. Psychiat. 1981. v.138. 11. p.1490-1493.
64. Herman J.L.//Trauma and Recovery. New York. Basic Books. 1992.
65. Honigman D.//Neurosis of Military Men after Campaign. The La Ncet. 1907. 22.
66. Helzer J.E., Robins L.W., McEvoy L.//Engl. J. Med. 1987. v.317. p.1630-1634.
67. ICD-10. Mental and Behavioural Disorders.//WHO. Geneva. 1992. p.30. 147-149. 206-207.
68. Jishkariani M., Kenchadze V., Beria Z.//X World Congress of Psychiatry. Madrid. August 23-28.1996. v.2.p.100.
69. 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.
70. 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.
71. Kolb L.C.//Milit. Med. v.149.p237-243. 1984.
72. Kolb L.C.//Amer. J. Psychiat. 1987. v.144. 8. p.821-824.
73. Krasniansky A.W. et al.//Cros-Cultural Aseessment of Life Stress Events: etiology and onset of Traumatic Stress Disorder. University of Kentucky Press, 1991.
74. 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.
75. Kos A.M.//Seminar on Trauma, Stress and Mental Health. Tbilisi. 6-9 May. 1996.
76. Lindemann E.//Amer. J. Psychiat. 1944. v. 101. p.41-148.
77. Leopold R.L., Dillon H.//Ibid. 1963. v.119. p.913-921.
78. Lifton R.J.//Death in Life: Survivors of Hiroshima. New York. 1967.
79. Lifton R.J.//New York. Simon and Schuster. 1973.
80. Lifton R.J., Olson E.//Amer. J. Psychiat. 1976.v.39.p.1-18.
81. Mental Health of Refugees.//Geneva. WHO. 1996.
82. McFarlane A.C.//Med. J. Australia. v.141. p.286-291. 1984.
83. McFarlane A.C.//Br. J. Psychiat. 1989. v.154.p.221-228.
84. Marsella A.J., Matthew J., Friedman M.J.//Ethno-cultural Aspects of PTSD.
85. Meichenbaum P., Novaco R.//In: C. Spielberger., L. Sarogon (Eds) Stress and Anxiety. v.5. New York: Wiley, 1978.
86. Miller T., Buchbinder J.T.//Paper presented at the American Association of Advancement of Behaviour Therapy. New York. 1980.
87. Miller T.//Eastern Psychological Association 52nd Annual Meeting. New York City, April 22-25. 1981.
88. Miller T.W.//Stressful Life Events. New York. 1989.
89. Niderland W.G.//Massive Psychic Trauma. New York. 1964.
90. Niderland W.G.//Amer. J. Psychiat. v.139. 12. p.1646-1647.
91. Parson E.R.//Veterans Administration Northeast Regional Medical Education Center. Northport, NewYork. August 2-4. 1983.
92. Parson E.R.//Ed by Schwartz H.J. New York. S.P. Medical and Scientific Buuks. p.153-220. 1984.
93. Paige S.R., Reid G.M., Allen M.G., Newton J.E.//Biol. Psychiat. v.27.p.419-430. 1990.

94. 90.Pitman R.K., Orr S.P., Lownhagen M.N., Macklin M.L., Alman A.//Compr. Psychiat. v.32.p.1-7. 1991.
95. Psychological First Aid-and other Human Support//Danish Red Cross. 1993.
96. Reist., Kauffmann C.D., Haier R.J.,Sangdhl C//Amer. J. Psychiat. v.146.p.513-516. 1989.
97. Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Best C.L., Kramer T.L.//J. Nerv. Ment. Dis. v.180.p.424-430. 1992.
98. Shore J.H., Tatum E.L., Vollmer W.M.//Amer. J. Psychiat. v.143.p.590-595. 1986.
99. Shore J.H., Vollmer W.M., Tatum E.L.//J. Nerv. Ment. Dis. v.177.p.681-685. 1989.
100. 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.
101. Targowla.//Press Med. v.58. 40. p.728. 1950.
102. Williams T.A.//Observation and Recommendations for the Psychological Treatment of the Veteran and His Family. Ed. by William T., Cinnainnoti, Disabled American Veterans. p.37-47. 1980.
103. Williams Tom. Psy. D., Editor: A Handbook for Clinicians. Chapter two. James Newman. p.19-33.
104. Walker J.I., Nach J.L.//Int. J. Group Psychother. v.31. p.379-389. 1981.
105. 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.
106. Yehuda R., Kesnick H., Kahana B., Giller E.L.//Psychosom. Med. v.55.p.287-297. 1993.
107. 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.
108. Zadi L.Y., Foy D.W.//J. Traumatic Stress. 7. 1994.

**წამება; წამების შედეგები; სამედიცინო დიაგნოსტიკა, ექსპერტიზა;
მკურნალობა და რეაბილიტაცია, თბილისი 2005, გვ. 80**

ISBN 99940 – 0– 494 – 8

გამოცემულია: თბილისში, შპს “უნიკოლორი”

სარედაქციო საბჭო: მარიამ ჯიშკარიანი, გიორგი ციბაძე, გიორგი ბერულავა

საკონტაქტო მისამართი:

წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრი “ემპათია”

ი. ჭავჭავაძის გამზირი 62, თბილისი 0162, საქართველო

ტელ/ფაქსი: (+995 32) 22 67 47

ელ. ფოსტა: centre@empathy.ge

www.empathy.ge

ტირაჟი 100