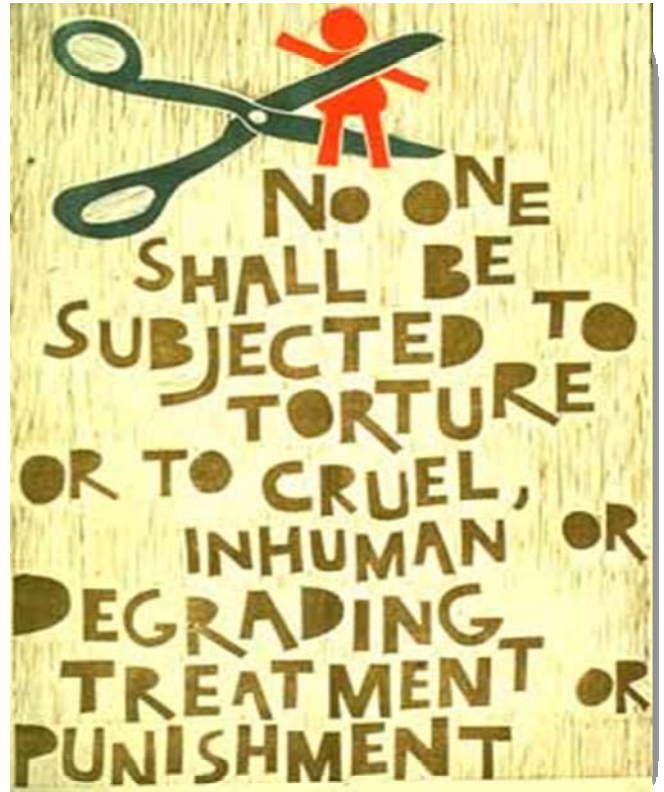


ეს პროექტი დაფინანსებულია ევროკავშირის მიერ

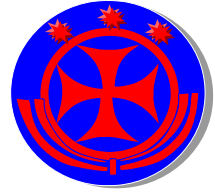
# წამება

შეღებები,  
ღიაბნოსტიკა,  
ექსპერტიზა და  
რეაბილიტაცია



(სახელმძღვანელო კლინიციისთვის)

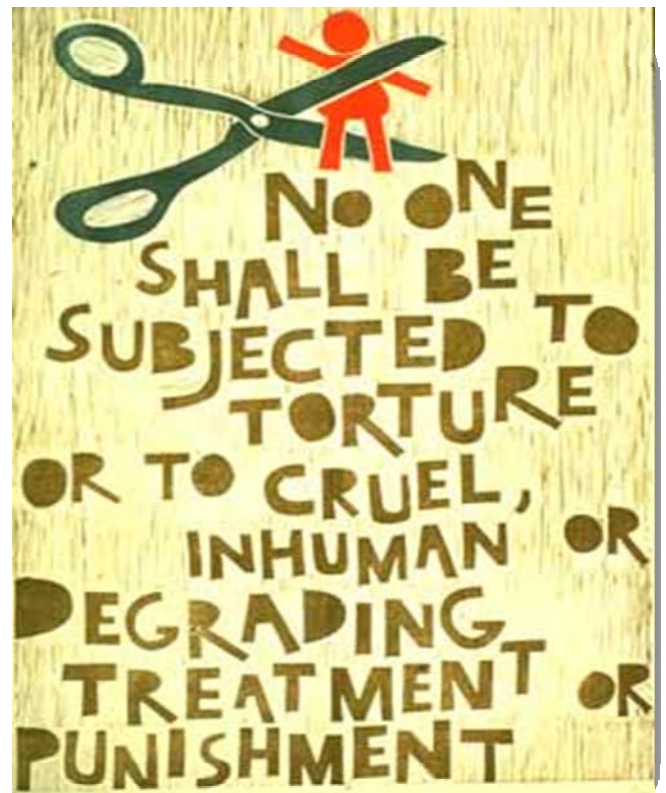
თბილისი 2008



This Project is Funded by the European Union

# Torture

## Consequences, Diagnostics, Expertise and Rehabilitation



(Manual for Clinicians)

*Tbilisi 2008*

# ს ა რ ჩ ე ვ ი

## ნაწილი I –წამება, ზოგადი საკითხები, ფსიქიკური / ფსიქოლოგიური საკითხები

თავი 1- წამება .....	5
თავი 2 - წამების მეთოდები.....	7
თავი 3 - წამების შედეგები.....	17
თავი 4 - დიაგნოსტიკა და ექსპერტიზა .....	77
თავი 5 - მკურნალობა და რეაბილიტაცია.....	92
დანართი 1 - პოსტრავციული სტრესული აშლილობის მკურნალობის ექსპერტთა შეთანხმებული გაიდლაინების ზოგიერთი სქემა.....	100
დანართი 2 - წამების მსხვერპლთა მონიტორინგისა და რეაბილიტაციის სამედიცინო და ფსიქო - სოციალური პროგრამა.....	113
გამოყენებული ლიტერატურა.....	125

## ნაწილი II – ფიზიკური საკითხები

თავი 1 - სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა საქართველოში .....	130
თავი 2 - სხეულის დაზიანების სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის საკითხები .....	134
თავი 3 - წამების ფიზიკური მტკიცებულებები.....	140
თავი 4 - წამება და მისი პრევენცია სტამბოლის პროტოკოლის მიხედვით.....	145
თავი 5 - საკანონმდებლო საკითხები წამების, მისი პრევენციის და სასამართლო ექსპერტიზის საკითხებთან დაკავშირებით .....	148
თავი 6 - სტამბოლის პროტოკოლის გამოყენება სამედიცინო-ფიზიკური გამოკვლევისათვის .....	195

# ნაწილი I

## ზოგადი და ფსიქიკური/ფსიქოლოგიური საკითხები

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

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

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

**Phone/Fax: + (995 32 ) 38 10 15**

**E – mail : [centre@empathy.ge](mailto:centre@empathy.ge)**

**URL: [www.emphthy.ge](http://www.emphthy.ge)**

თბილისი 2008

# თავი I. წამება

წამების განმარტება (გაეროს წამების საწინააღმდეგო კონვენცია მუხლი 1). აღნიშნული კონვენციის თანახმად წამების დეფინიცია შემდეგია:

ნაწილი I

მუხლი 1.

*“ამ კონვენციის მიზნებისათვის განსაზღვრება “წამება” ნიშნავს ნებისმიერ მოქმედებას, რომლითაც რომელიმე პირს განზრახ აყენებენ ტკივილს 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 ტკივილსა და განჯვას აყენებს, სახელმწიფოს თანამდებობის პირი ან სხვა ოფიციალური პირი, ან მათი წაქეზებით, ნებართვით და მღუპარე თანხმობით.”*

წამება წარმოადგენს არაპუმანური, 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 ტერორისტების დაკავებას და სამოგადოებისათვის საშიშ დამნაშავეებს, სამოგადოების 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 სამოგადოების დაშინება-ტერორიზირება,
- 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 მოთხოვნის 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 საზოგადოების 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 წარმომადგენელნი), 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 აგმოსფეროს. აქედან გამომდინარე, წამება წარმოადგენს საზოგადოებისათვის არა მარტო პოლიტიკური, არამედ სოციალური, მნეობრივი, ფსიქო-სოციალური და ფსიქიკური ჯამრთელობის პრობლემას. წამების ფაქტის გამოძიება ნიშნავს წამების, როგორც მოვლენის განხილვას, რომელიც გავლენას ახდენს მოსახლეობაზე და ადამიანებზე, როგორც საზოგადოების სოციალურ არსებებზე.”

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

“ამ თვალსაზრისით, წამებამ შეიძლება გამოიწვიოს თემის გრაფირება, რომელმაც თავის მხრივ შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა ფორმის საზოგადოებრივი დისფუნქციის ჩამოყალიბება. წამებას შეუძლია გეროში ამყოფოს მოსახლეობა და შექმნას ისეთი წესრიგი, რომელიც ეფუძნება

მოახლოებულ, მასშტაბურ შიშს, მუქარას, ტერორს და დათრგუნვას და არა დამოუკიდებლობასა და თავისუფლებას. მას შეუძლია შექმნას რეპრესიული გარემო. ეს არის დაუცველი, ტერორის, უნდობლობის და სოციალური ცხოვრების გახლეჩვის გარემო. წამების მიმართ კოლექტიური შიში ხანგრძლივი ღროთ ახდენს გავლენას კოლექტიურ ქცევაზე. უფრო მეტიც, კვლევამ გვაჩვენა, რომ წამების შედეგები შეიძლება გადაეცეს თაობებს, წარმოქმნას ისტორიული გრავმა.”(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 გრავმას, რომელიც შეიძლება მოხდეს სხვადასხვა ღროსა 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 განიზარტება 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) გრავმირებას, და აქვე გვინდა შევიგანოთ ფიზიკური წამების მეთოდები, რომლებიც არ ტოვებს რაიმე ფიზიკურ კვალს (მაგალითად გაზით მოგუღება-შენიღება); რა თქმა უნდა, ისევ გავიმეორებთ, რომ წამების დაყოფა ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ მეთოდებად ძალიან ძნელია და პირობითია, რადგან ყველა ფსიქოლოგიურ მეთოდს აქვს ფიზიკური-სომატური შედეგებიც (მაგალითად, სიცხე, შიმშილობა და სხვა) და, რაღა თქმა უნდა, ფიზიკურ მეთოდებს აქვთ შემდგომი ფსიქოლოგიური შედეგებიც. გემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ფსიქოლოგიურ მეთოდებად განიხილება პირობითად ისეთი მეთოდები, რომლებიც უპირველეს ყოვლისა მიანს 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 გრავმატიმაციის მიზეზი ხდება.

უნდა აღინიშნოს, რომ მეხსიერება, თავდაცვა, არსებული საზოგადოების აღქმა და ბიოლოგიური მეთოდები მჭიდრო ურთიერთკავშირშია. ფსიქოლოგიურ („თეთრი“) და ფიზიკურ („წითელი“) წამებას შორის აღრე არსებული განსხვავება დღეს ხელოვნურად გამოიყურება, მაგრამ ორივე ასპექტი უნდა განვიხილოთ შემოწმების ღროს, როგორც აუცილებელი ნაწილი (Thomas Wenzel, WPA, 2004).

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

როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, საკუთრივ წამებას წინ უსწრებს დაპატიმრებისა და ეგრეთ წოდებული « ლომკის » (გატყვევის) 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;
- ამკარა თვალთვალთა და დევნით, ასევე პიროვნების თავისუფლების სხვა სახის შეზღუდვით;
- ხშირი დაკითხვებით თუ დაბარებებით სამართალდამცავ ორგანოებში;
- სახლში შევარდნებითა და ოჯახის დაწიოკებით;
- დემინფორმაცია და საფრთხე გრამის შემდგომი შესაძლო შედეგების შესახებ.

ყოველივე აღნიშნული იწვევს ადამიანის უკიდურეს გადაღლასა და დაძაბულობას, პიროვნების კომპენსატორული ფუნქციების ამოწურვასა და ფსიქო-ემოციურ ასთენიზაციას, უძილობას, გამოუვალი სიგუაციის შექმნას ; აღნიშნული ვითარებით ხდება « წამებისათვის პიროვნების შემზადება », პიროვნების წინასწარი ერთგვარი გატყვევა 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 – დაღწევა და პიროვნების სასტიკი ცემა დაპატიმრების მომენტშივე, რაც შეიძლება განხორციელდეს ჩექმებით, მუშტებით, იარაღის ტარებით თუ სხვა ბლაგვი საგნებით, ხელბორკილების დადება და დამამცირებელი მოუხერხებელი პოზით შეგენვა მანქანაში. ამგვარი წამების წინა პერიოდი ხელს უწყობს პიროვნების შემზადებას გარდაუვალი პიროვნული განადგურებისათვის და უკიდურესი უიმედობის განცდის ჩამოყალიბებას.

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

დაკავების ადგილზე მიყვანისთანავე იწყება აუტანელი ტანჯვისა და სისტემატური ცემის პერიოდი, რაც გამოიხატება ხანგრძლივ, მომქანცველ, დამამცირებელ დაკითხვებში, პიროვნების ბუნებრივი მოთხოვნილებების შეზღუდვაში, კერძოდ კი წყლისა და საკვების არ მიცემაში, საპირფარეოში არ გაშვებაში; ასევე ადგილი აქვს ცემას, სხვადასხვა მხრიდან მოულოდნელ დარტყმებს ფეხებით, ხელებით, ხელკეცებით ან სხვა საგნებით, რასაც უწოდებენ მსხვერპლის ეგრეთწოდებულ « ბოქსირებას »; არცთუ იშვიათად დაკავებულს



აიძულებენ დაკითხვისა და წამების მოლოდინში მდგომარე პოზაში დაჰყოს რამდენიმე ღლის განმავლობაში (ეგრეთწოდებული «*planton*» ის პოზა).

**ყველაზე ხშირად გავრცელებული ფიზიკური წამების მეთოდები შემდეგია :**

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

### **ცემა**

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

სისტემატიზირებული ცემის მაგალითად შეიძლება გამოყენებულ იქნას ისეთი მეთოდები, როგორც არის “ფალანგა” ან “ტელეფონი”. “ფალანგა” ფართოდ არის გავრცელებული ახლო აღმოსავლეთში, თუმცა ჩვენი კვლევების თანახმად, იგი ფართოდ არის გავრცელებული საქართველოშიც. ამ დროს მსხვერპლს ურცყამენ მონოტონურად ან შიშველ ტერფებზე ან ფეხსაცმლიან ტერფზე, უფრო ხშირად რემინის ხელკეგით, ან ხის მაგარი საგნით ან სხვა მყარი ბლაგვი საგნით, ამავე დროს მსხვერპლის ფეხები აწეულია და ფიქსირებულია ან სკამის ზურგზე ან სხვა საშუალებებით არის შეკრული. ამგვარ მდგომარეობაში ადამიანს არა აქვს თავდაცვის საშუალება, რაც ფსიქოლოგიურად აძლიერებს ამგვარი ცემის ეფექტს და იწვევს პანიკური შიშის მდგომარეობას. ხშირად, ამის შემდეგ მსხვერპლს აიძულებენ იაროს შიშველი ფეხით დამსხვრეულ მინებზე ან ქვებზე, იღვეს ყინულზე და ა.შ., რაც მეგისმეგად მტკივნეულია და ამ დროს სახის გამომეტყველება აუწერელ განჯვას 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 დაზიანებას. ამგვარი დაზიანება შემდეგში იწვევს სმენის მხრივ სერიოზულ პრობლემებს, ხშირად გართულებას ჩირქოვანი ოტიტის სახით და აგარებს ქრონიკულ ხასიათს.

ხშირ შემთხვევაში ბლაგვი მკვრივი საგნით ხორციელდება ცემა მოგვხილობის ადგილებში ან დაზიანებულ მიდამოში; ხშირია დარტყმები მუცლის არეში, განსაკუთრებით საყურადღებოა ცემა თავის მიდამოში, რაც ჩვენს მიერ საკმაოდ ხშირად იქნა აღწერილი და რასაც თითქმის ყოველთვის თან ახლავს

თავის გვინის დახურული გრაფმა, გონების დაკარგვა და ხშირად თავის გვინის სერიოზული გრაფმა – გვინის შერყევის ან დაქევილობის 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 “ლასტოჩკა” და მისი მოდიფიცირებული ვარიანტები, როდესაც ადამიანს, რომელსაც ხელები და ფეხები უკან ააქვს შეკრული და ამ მდგომარეობაში მას ჩამოკიდებენ. ასევე ჩამოკიდების სახეა “მარაო”, როდესაც მსხვერპლს ჰკიდებენ ფეხებით და ატრიალებენ ვერტიკალურად;

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

### **არაფიზიოლოგიური მდგომარეობა**

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

## **ელექტროდენით წამება**

წამების ეს სახე იწვევს განსაკუთრებით მტკივნეულ კრუნჩხვებს, მსხვერპლი ამ დროს იკვნესს ენას, ტუჩებს ან ლოყას. იგი ხშირ შემთხვევაში ტარდება სხეულის მგრძობიარე არეებში ელექტროდების დადებითა და დენის გაგარებით. წამების აპარატები სხვადასხვაგვარია, მაგალითად ელექტროდენის ჯოხი ან მახვილი ფანქრისებური საგანი; ჩვენს შემთხვევაში ხშირად იქნა აღწერილი “გელეფონის აპარატით” დენის გაგარების მეთოდი, ასევე ელექტროდების დადება დასველებული დრუბლის შემთხვევით მაჯებსა და წვივებზე, რაც ხშირ შემთხვევაში კრუნჩხვითი განტვირთვების 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.

## **გაგულვა – მოხრჩობა**

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

## **სექსუალური წამება**

სექსუალური წამების მსხვერპლნი შესაძლოა გახდნენ როგორც ქალები, ასევე მამაკაცები, ან ბავშვები. იგი გამოიხატება უშვერი სიგყვებით ლანძღვასა და შეურაცხყოფის მიყენებაში; ასევე იბულებით 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 მხხლეგავი საგნებით ან ელექტრო დენით სქესობრივი ორგანოების დაზიანება, რაც ხშირ შემთხვევაში რეპროდუქციის უნარის მოსპობას ემსახურება. იმავე მიზნით ყინვაში მამაკაცებსა და ქალებს ხშირად აყენებენ დღეების განმავლობაში ცივ ყინულიან წყალში. ამგვარი მეთოდები, ჩვენი დაკვირვებით, უფრო ხშირად იხმარება ეთნიკური წმენდის ბონებში და საფუძვლად ეთნიკური ან რელიგიური მიზნი უღევს.

## **ფარმაკოლოგიური წამება**

ჯალათები იძულებით ასმევენ პაგიმარს გაბლეგებს ან უკეთებენ ინექციას; ხშირ შემთხვევაში ამ მიზნით გამოიყენება ფსიქოტროპული პრეპარატები, რომელთა დიდი ღირებულება 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 ინფორმატორი და ა.შ.

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

## **ღალის დასმა, დასახიჩრება**

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

## **დამწვრობა**

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

## **წამების უპირატესად ფსიქიკურ/ფსიქოლოგიური 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 დროთა 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 წარმოდგენა შეიქმნას ამგვარი მეთოდების სისასტიკესა და პიროვნებისათვის დამანგრეველ როლზე.

## **დეპრიაქცია**

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

საშუალება, არც იმის საშუალება, რომ სხვა პატიმართაგან მაინც მიიღოს თანადგომა ან რაიმე სახის ინფორმაცია. ხშირ შემთხვევაში ეს მეთოდი შერწყმულია სხვა სახის 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 დროსა და გარემოში, ხშირად კი დღე-ღამის რითმის მყარ დარღვევას, რაც შემდგომში იღებს ქრონიკულ ხასიათს; ამავე დროს, შესაძლოა, ამგვარ ვითარებაში დამატებული იქნას სხვადასხვა სახის სტერეოტიპული რიგმული კომპონენტები, ისეთი როგორც არის, მაგალითად: გაფუჭებული ონკანი კამერაში, რომლიდანაც წყალი მონოტონურად წვეთავს და რომელიც არ იკვებება, ასევე ნათურა, რომელიც პერიოდულად თანაბარი ინტენსივობით ინთება და ქრება, ამგვარი მოქმედებები იწვევს საკმაოდ მძიმე ფსიქიკურ აშლილობებსა და ასევე პირობითი რეფლექსის გამომუშავებას 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 დაკითხვაზე; 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 საკანში***

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

## **წამებაზე დასწრება**

ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევათა უმრავლესობაში პატიმარს მიყვანისთანავე ასწრებდნენ “წამებისათვის განკუთვნილ ოთახში”, სადაც ასევე იგი უყურებს განთავსებულ სპეციალურ ინსტრუმენტებს, სხვის წამებას, რაც გამანადგურებელ შთაბეჭდილებას ახდენს პიროვნებაზე; ხდება იდენტიფიკაციის განცდის ჩამოყალიბება და ამითი ხშირად სწრაფად მიიღწევა “შედეგი”, ადამიანი გყდება 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 მოეწივს; 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 გრავირებას, დათრგუნვას, დამოუკიდებლობისა და თავისუფლების მოთხოვნის 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 ვარიირებს, რათა ადამიანმა არ განსაზღვროს სწორად – თუ როდის მიყავთ დაკითხვაზე და ვერ მოასწროს მორალურად შემზადება; ამგვარი პერმანენტული წამების მოლოდინი იწვევს მუდმივი შიშისა და დაძაბულობის განცდას, და მსგავსი განცდა შესაძლოა მუდმივად თან სდევდეს წამების მსხვერპლს.

## **არარეალური არჩევანი**

ამ მეთოდს ძალიან ხშირად მიმართავენ ჯალათები. ამ დროს საშინელი მუქარის ქვეშ, მაგალითად ცოლ – შვილის გაუპატიურება ან ოჯახის დახოცვა, პატიმარს ეძლევა წინადადება გასცეს ინფორმაცია, ანუ იგი ღებება 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 დახვრეტენ და სთავზობენ დაწეროს ანდერძი, ან რამდენჯერმე საფეთქელთან ადებენ იარაღს გყვიების გარეშე (პატიმარმა არ იცის, რომ იარაღში გყვიები არ არის), და ჩახმახს 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 სამინელ 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 მრახველს, როგორცაა – ქვეყნის დაპყრობა, გენოციდი და ა.შ., ან მეორეს მხრივ, ამგვარი ქალები ხდებიან “შახიდები”, სრულიად ბრმად ემორჩილებიან გერორისგულ მოთხოვნებს, მათ ამოდრავებთ მძაფრი შურისძიებისა და სირცხვილის დაძლევის განცდა.

## სექსუალური წამება

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

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

ფსიქოლოგიური წამების სხვა მაგალითებს განეკუთვნება:

- სხვების წამებაზე დასწრება,
- მსხვერპლის დადანაშაულება,
- წამალზე ან მკურნალობაზე უარის თქმა, იმ დროს როცა პაციენტისათვის ცნობილია ჯანმრთელობის შემდგომი გაუარესების შესახებ,
- ურთიერთგამომრიცხავი („დამაზნეველი”) ბრძანებების გაცემა.

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

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

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

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

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

წამების ბიოფსიქოლოგიური სტრატეგიებს განეკუთნება:

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

განსაზღვრული კულტურული თვალსაზრისით „მიუღებელ“ მეთოდებს განეკუთნება:

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



## თავი III. წამების შედეგები

### *ფსიქიკური და ფიზიკური შედეგები*

უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შედეგები გამოირჩევა პოლიმორფულობით და წარუშლელ კვალს 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 ურთიერთმეგავლენას, 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 მარტო ადამიანის ფიზიკური არსებობისათვის, რაც უპირატეს ფაქტორს წარმოადგენს ბუნებრივი კატასტროფების ან ომის დროს, არამედ ფუნდამენტურ საფრთხეს უქმნის მის სულიერ არსებობასა და ნორმალურ ფსიქიკურ ფუნქციონირებას, შეიცავს რა უპირატესად მორალურად გამანადგურებელი გრავმის ფაქტორს, რაც დაკავშირებულია შეურაცხყოფისა და უსუსურობის, დამოკიდებულებისა და მომავლის მხრივ სრული 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.

## **გრაემული სგრესის ფაქტორის ისტორიული მიმოხილვა**

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

ასე რომ, 20-იანი წლებისათვის ეჭვს აღარ იწვევდა ძლიერი მაგრავმირებელი სიტუაციებით 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.) გადამწყვეტ 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 ნაღმები, რაც იწვევს სიკვდილიანობასა და ჭრილობებს, არასოდეს მინახავს ისტერიული გამოვლინებები კრუნჩხვების, კონტრაქტურისა და ერთი ან რამოდენიმე კიდურის პარალიზის სახით, მე იქ ვხვდებოდი მხოლოდ ემოციური რივის გამოვლინებებს, ყველაზე ხშირად: ცრემლებს; კანკალს; გაშეშების შეტევებს (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 ფსიქომბების სახელწოდებით, რაც დაკავშირებულია Karl Jaspers-ის სახელთან. მისი კონცეფციის თანახმად, რეაქტიული ფსიქომბები 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 პაციენტობა, 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 ფსიქომბებს: ციხის ფსიქომბი; ნოსტალგიური ფსიქომბი; "გუვერნანგის" პარანოია; მიწისძვრით გამოწვეული ფსიქომბი და ა.შ. იგი, მიზეზთა გარდა, განასხვავებდა აგრეთვე რეაქციათა სტრუქტურას: ისტერიული, პარანოიდული, დეპრესიული, ცნობიერების შეცვლა, პრიმიტიული და სხვა. "ჭეშმარიტი რეაქტიული ფსიქომბებისგან, ალბათ, ჩვენ უნდა განვასხვავოთ, გარდა სპონტანური და ინსპირირებული ფსიქომბებისა, ასევე მხოლოდ სულიერი შეძრწუნებით კაუზალურად განპირობებული ნორმიდან გადახრის მდგომარეობანი, ყოველგვარი გასაგები კავშირის გარეშე, როგორც არის მაგ. ვაზომოტორული, ნევრასთენიური სინდრომი, თანმხლები შიშის განცდით და ა.შ. კატასტროფის შემდეგ." – წერს Jaspers ნაშრომში "სწავლება რეაქტიული ფსიქომბების 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 "ლატენცური" 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 გრძნობს უკვე მომხდარი უსიამოვნების, ან უბედურების შედეგს." (ჭითავა).

შემდგომი მნიშვნელოვანი ეტაპი გლობალური გრავმებით გამოწვეული ფსიქოგენიების შესწავლისა დაკავშირებულია მეორე მსოფლიო ომთან (1939 – 1945 წწ.) ამერიკელი და ინგლისელი ავტორების მიერ 1941-1945 წწ. ნერვულ - ფსიქიატრიული აშლილობები წარმოდგენილია უმთავრესად ფსიქონევროზების ჯგუფით, რომელშიც შედის ფსიქოგენიების როგორც ნევროზული, ასევე ფსიქომბური ფორმები. ფართოდ არის წარმოდგენილი ომის პერიოდის კვლევები რუსი ავტორების მიერ. ფსიქოგენური აშლილობანი მათ მიერ ძირითადად წარმოდგენილია მწვავე რეაქტიული ფსიქომბებით: აფექტოგენური სტუპორითა და ფუგიფორმული რეაქციით. უფრო ხშირად, ვიდრე მწვავე რეაქციები, გამოვლენილ იქნა გახანგრძლივებული რეაქტიული ფსიქომბები. 1941 - 1945 წწ. - ში მათი რიცხვი რუსეთში სამხედრო მოსამსახურეთა შორის შეადგენდა ყველა რეაქტიულ ფსიქომბთა 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 ფსიქომისა. ბ) რეაქტიული დეპრესია, რომელიც განისაზღვრა როგორც ომის დროის წამყვანი ფსიქოგენური რეაქცია (E.O. Левикова, E.Б. Мягкина, Н.И. Фелинская, E.A. Попов, И.И. Веденский.). ამავე დროს აღნიშნავენ, რომ ფსიქოგენურად განპირობებული დეპრესია ხშირად გვხვდებოდა რთული სინდრომების სტრუქტურაში, მაგ. შიშის ნევროზის დროს, სადაც აღვილი ჰქონდა შფოთვის აფექტს (A.H. Молохов); გამოხატული ასთენიებისას, რაც უფლებას აძლევდათ გამოეყვითათ 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 ფსიქოგენობითა 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 აღვილას, 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 ამნებით.

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 გრავმაგიზაციის 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 კონკინგენტში. 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 ეკმნების შეტევებით ყოფილ დეპორტირებულებში. შეტევები ხასიათდებოდა მიწაზე უეცარი დაცემითა და ცნობიერების დაკარგვით: ავადმყოფი ბორგავდა ან იწვა უმოძრაოდ, სხვა შემთხვევებში გამოხატული იყო ბომიერი მოტორული აგზნება, სახვითი მოძრაობებითა და გარკვეულ წილად შეზღუდული მეტყველებით. შეტევების შემდეგ ვითარდებოდა სრული ამნებია.

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. Mopozov 1958წ.). Michel (1957წ.) თვლიდა, რომ "ქოსტბანაკური 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 ფაშიზმის მთელი რიგი უბედურებანი მეორე მსოფლიო ომის დროს. განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს Viktor Frankl, Adler, Cohen და Kolle დაკვირვებები. ნაშრომში "ფსიქოლოგი საკონცენტრაციო ბანაკში", V. Frankl საკუთარი განცდებისა და გამოცდილების საფუძველზე ტყვეობისას ოსვენციმის, დაჰაუს და გერემიენშტადტის საკონცენტრაციო ბანაკებში, აღნიშნავს რომ ტყვეთა რეაქციები შესაძლოა დაიყოს სამ ფაზად: 1. საკონცენტრაციო ბანაკში მოხვედრის შოკი; 2. ბანაკში ხანგრძლივად ყოფნისას ხასიათის ტიპური 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; ფსიქონალიგიკოსთა შეფასებით, ფსიქოლოგიური რეგრესიით; პიროვნების შიზოიდური ტიპით 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 ამრების სახეცვლილება ან მორალური დაცემა. ჩვეულებრივ, უეცრად იკარგებოდა, თითქოს არც ყოფილიყოს, მხოლოდ გარეგნული აღზრდილობა". Frankl ეხება სუიციდების პრობლემასაც საკონცენტრაციო ბანაკებში, რომელიც, ჯერ კიდევ პირველი მსოფლიო ომის დროიდან, ცნობილია როგორც "მჩხვლეგავი მავთულის (მავთულხლართის) სინდრომი" (Vischer 1918წ.). განთავისუფლების ფაზის შესახებ Frankl წერდა: "ბანაკიდან განთავისუფლებული ჯერ ისევ არ არის გამოსული

დეპერსონალიზაციის შეგრძნებიდან. მას ჯერ კიდევ არ შეუძლია დატკბეს სიცოცხლით – მან ჯერ უნდა ისწავლოს ეს, ის ამას გადაეჩვიოს". ასევე იგი Hoffmeyer და Hertel-Wulff მონაცემების გათვალისწინებით, აღნიშნავს, რომ განთავისუფლების შემდეგ დამახასიათებელი სიმპტომები იყო: მოუსვენრობა, დაღლილობის შეგრძნება, კონცენტრაციის გაუარესება, აგზნებადობა, ერთ ადგილზე ყოფნის გართულება, მეხსიერების დაქვეითება, გამღიზიანებლობა, ვეგეტატიური სიმპტომები, დეპრესიები და თავის ტკივილები. ამგვარი სიმპტომები აღნიშნებოდა 78%; აქედან 47% უჩიოდა "დამის კომპარებს საკონცენტრაციო ბანაკის სახით". Kolle 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, სიმბრეშიც კი." ჯერ კიდევ მაშინ იგი ეჭვის ქვეშ აყენებდა ამ კონტინგენტში დეპრესიის ქრონიკული ფორმისა და სხვა ფსიქორეაქტიულ დარღვევათა მიკუთვნების საკითხს "ნევროზის" ზოგად კრებით მცნებასთან, ვინაიდან სახეზე იყო ამ ადამიანთა ცხოვრების სრული კრაზი. მათ დეპრესიაზე, ჩვეულებრივ, ნაკლებად მოქმედებდა განთავისუფლების ფაქტიც კი.

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

შემდგომში W. Niderland ნაშრომში "გადარჩენილთა სინდრომის კლინიკური მიმოხილვა" და R. Lifton 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 "გრაფმატოფობიით", მომაგებული აგზნებადობითა და გამღიზიანებლობით, განმეორებადი დამის კომპარებით.

ვასული საუკუნის 70 - იან წლებში კლინიცისგთა განსაკუთრებული ყურადღება კვლავ მიიპყრო ადამიანის ფსიქიკაზე ომის პერიოდის სტრესების

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

ამგვარად, 70 - იანი წლების ბოლოსათვის დაგროვილი მასალა მიუთითებდა იმ გარემოებაზე, რომ განსაკუთრებული გრავემული სტრესით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი, მაგრავმირებელ 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 ლიგერატურაზე დაყრდნობითა და ჩვენი გამოკვლევების ანალიზის შედეგად ცხადი გახდა, რომ ყველაზე მეტად გავრცელებულ ფსიქიკურ აშლილობას წამების შემთხვევაში წარმოადგენს პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და ასევე ხშირია მისი ქრონიკული და გართულებული ან კომბინირებული ვარიანტები, რომლის შესახებაც შემდგომში იქნება საუბარი.

### ***პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ეპიდემიოლოგიის საკითხები***

PTSD-ის ცნების კლინიკური შინაარსის დადგენისა და დამუსკების 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 გრავმირებულთა 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 ტყვეებში PTSD აღინიშნებოდა 67% - ში (Kluznik J.C., 1986).

PTSD-ის განსაკუთრებით მაღალი ხარისხი აღწერილია ყოფილ დეპორტირებულთა და საკონცენტრაციო ბანაკების ყოფილ ტყვეთა შორის, 90%-დან 100%-მდე. აღნიშნული კვლევები 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 ვარიანტებს 46% - 66% უარგლებში. (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 პროცენტია, 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 ვარიანტებს 19%-დან – 80%-მდე.

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

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შედეგების გამოვლენის სიხშირე სხვადასხვაგვარია:  
ყველა ადამიანში არ აისახება შედეგები ნებისმიერ გარემოებებში გადატანილი წამების შემდეგ.



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

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

### **პოსტტრავმული სტრესული ამლილობის 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 მეტწილად 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).

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

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

PTSD წარმოშობის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან და სერიოზულ მიზეზად ითვლება ადამიანის ძირითად უფლებათა დარღვევა, რაც ჩვეულებრივ ორგანიზებული ძალადობის სახით ვლინდება. (Inge Genefke; Lone Jacobsen, Knud Smidt-Nielsen, Rachel Yehuda, boasz Kahana, James Schmeidler, Steven M. Southwick, Skye Wilson, Earl I. Giller; Zahava Solomon, Yuval Neria, Abraham Ohry et al.; Edward Prager) ეს კონცეფცია ფართოდ არის აღიარებული მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ. დამკვიდრებულია შემდეგი განსაზღვრება: "ადამიანთაშორისი მიყენება გამოხატული გვივილისა 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 ეკბეკუსიები, მძევალთა აყვანა ან სხვა ნებისმიერი ფორმა თავისუფლების ძალადობრივი წართმევისა აგრეთვე განხილულია ორგანიზებული ძალადობის განსაზღვრებაში (Ⴄ. ზიძიძე).

ფაქტორთა მთელი რიგი აძლიერებს ფსიქიკურ ტრავმას. მათ შორის უპირატესად მნიშვნელოვანია – სიკვდილის უშუალო ალბათობა, მსხვერპლთან იდენტიფიკაცია, სოციალური კავშირების დაკარგვა, შორეული შედეგების მხრივ გაურკვევლობა, დაგვიანებული მკურნალობა, ან მკურნალობის არ არსებობა, უმწობის 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 ტრავმის ფიზიკური და ემოციური შემადგენლობა, თუმცა აღმოჩნდა, რომ ხშირ შემთხვევაში PTSD უვითარდებოდათ პირებს, რომელთაც არ მიუღიათ სხეულის დაზიანება, მაგრამ რომელნიც ინტენსიურად განიცდიდნენ ფიზიკური განადგურების პოტენციურ რისკს. მრავალი

მკვლევარი ფიზიკურ და ემოციურ 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 განუმუხტავი ემოციური სტრესებით, დისოციაციური ტენდენციებით უფრო ხშირად უვითარდებათ PTSD, ამიტომ 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 ექსტრაორდინარულ სიტუაციაში და მისი სიმკვძიმითა პაგერნი 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 გრავმატიზაციის შემთხვევაში, ვიდრე პირველადი გრავმის შემთხვევაში.

ასევე PTSD განვითარების რისკი მეტია პრემორბიდულად ალკოჰოლიზმითა და ნარკოტიკული ნივთიერებებით დატვირთულ პიროვნებებში, რასაც ადასტურებს როგორც ვიეტნამის, ასევე ავღანეთის ომის ვეტერანთა შორის ჩაგარებული 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 ავღანეთის ომის ვეტერანთა კვლევაში, დიდ მნიშვნელობას PTSD განვითარებაში სტრესის მომენტში პიროვნების ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას ანიჭებს. "განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფიზიკური გამოფიტვა, არასაკმარისი ძილი, საკვებისა და წყლის უკმარობა (დეჰიდრატაცია), ანუ ყოველივე, რაც იწვევს დაღლილობას ბრძოლაში" – წერს იგი.

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

მნიშვნელოვანი როლი PTSD ეტიოპათოგენებში ენიჭება მორალურ და მსოფლმხედველობრივ ფაქტორს, ვინაიდან ახლად მიღებული ექსტრაორდინარული გამოცდილება არ თავსდება პიროვნების ადრე არსებულ სქემებში და იწვევს

ფასეულობათა სისგემის მსხვერველს, ისეთი ბაზისური ფენომენების ხელჰყოფას, რომლის საფუძველზეც პიროვნება ქმნის წარმოდგენებს საკუთარ თავზე, სამყაროზე და ამ სამყაროში თავის ადგილზე. (Weil F., Jonathan Shay).

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

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გადაწყვეტილებით, PTSD განსაკუთრებული რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნება:

1. ბავშვები და მოზარდები, რომელთა მშობლებიც იქნენ მოკლულნი, ან ობლები, ან ბავშვები და მოზარდები, რომელთა მშობლებიც გაშორებულნი არიან, დანგრეული ოჯახებიდან და რომელნიც ცხოვრობენ საომარ ზონაში, ან ლგოლვილნი და იძულებით გადაადგილებულნი.
2. მარგოსელა მოხუცები, მცხოვრებნი ომის ზონაში, ლგოლვილნი, ან იძულებით ადგილნაცვალნი, რომელთაც ესაჭიროებათ სოციალური დახმარება.
3. ქალები, რომელთაც განიცადეს პირველადი გრავმატიმაცია (გაუპატიურება, წამება), ან მეორადი გრავმატიმაცია (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 ლგოლვილნი და იძულებით ადგილნაცვალნი).
5. პიროვნებები შერეული ეთნიკური წარმოშობით, ან მცხოვრებნი შერეულ ოჯახებში, შერეული ქორწინებებით, ეთნიკური წმენდის მსხვერპლნი.

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

ამგვარად, PTSD ეტიოლოგიაში დღეისათვის კაუმალური მნიშვნელობა ენიჭება არაორდინარულ ტრავმას 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 ტრავმატიმაციის მომენტში, მსოფლმხედველობა, ფასეულობები და მორალური დაყენებები ტრავმამდე. 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, გრადიციული, რელიგიური შეხედულებანი, რომელთა მსხვერველს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამა თუ იმ ეთნიკური ჯგუფისა თუ პიროვნებისათვის, ასევე გარშემომყოფი სოციუმის დამოკიდებულება, საზოგადოების რეაქცია, სოციალური პირობები, მეორადი ტრავმები "მოვლენის" დამთავრების შემდგომ განსაკუთრებით მოქმედებენ PTSD მიმდინარეობასა და სიმპტომთა სიმყარეზე.

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.

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

Z. Freud იკვლევდა რა პირველი მსოფლიო ომის მონაწილე ჯარისკაცებს, რომელთაც აღენიშნებოდათ ღამის კოშმარებით, ივარაუდა, რომ ეს სიმპტომები გამოხატავენ "ტრავმულ ხაჭებს" პირველად ლოკალიზაციას, ხოლო მათი განმეორებადობა – დაცვის ინფანტილურ ფორმას, როცა უბედურების მუდმივი არაცნობიერი აღგენა მეხსიერებაში 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, ხაჭებისა 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 შებოჭილობით, შენელებით, ტრავმის მომაგონებელი ნებისმიერი მოვლენიდან, ან მასთან დაკავშირებული ასოციაციებიდან გაქცევის ტენდენციით. "განმეორებადი განცდის" სიმპტომები ხასიათდება განმეორებადი აკვიატებული აზრებით, ძილის დარღვევით, ღამის კოშმარებით, "Flashbacks" დისოციაციური ეპიზოდებით, შფოთვის შეგრძნებით.

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

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



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

## II ეტაპი: რეაქცია შემდგომ კონტაქტზე

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

## III ეტაპი: შემდგომ ცხოვრებაში გახსენებადი რეაქცია

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

**ამგვარად წამების გადაგანა და მომდევნო ფსიქოლოგიური მექანიზმები შემდეგი სქემებით შეიძლება გამოისახოს:**



**შიში/ორიენტირებული რეაგირება**

**აქტივაცია**  
**რეაქცია: სხეულის საფრთხის „სისტემები“ აქტივირებულია**  
**შეფასება:**  
**ადრინდელი წამების გახსენება,**  
**მოლოდინი**  
**გარდუვალობა**  
**ბრძოლა**  
**„მკვდრის როლის თამაში“, გაშეშება , დისოციაცია,**  
**უმწეობის ქრონიკული მდგომარეობა**  
**გამოფიგვა**



# წამების გადაგანა: დისოციაცია

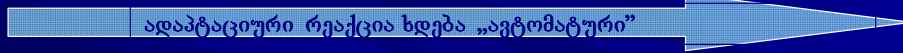
## წამება

გარღვევალობა

## შემდგომი ცხოვრება

გამახსენებელი:

მოგონებები, მსგავსი სიგუაციები, მრგვალი თარიღი



## ადაპტაცია-მაგალითი:

### დისოციაცია

დისოციაცია არის გიპური რეაგირების ნიმუში, თუ რეალობიდან გაქცევა შეუძლებელია:

- ფანტაზიებში განსვლა
- არსებულ რეალობისგან მოწყვეტა

## დისოცირებული სიმპტომები:

- ხანმოკლე ამნეზია
- წამების გარემოებების დავიწყება,
- მეხსიერების „ამოვარდნები“

©:Thomas Wenzel/ WPA, 2004

თავდაცვის ფორმებს განეკუთვნება:

## აქტიური თავდაცვა

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

თავდაცვის სხვა ფორმები

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

გადარჩენა. რისკები შესაძლოა გამოვლინდეს შემდგომ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაში, როცა კონფლიქტი დასრულდება.

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

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

ამგვარად, გრავიმის განსაზღვრება წამების კონტექსტიდან გამომდინარე შემდეგია :

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

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

გრავიმის ტიპები შემდეგი შეიძლება იყოს:

■ ტიპი I (ა): ერთეული შემთხვევა

■ ტიპი II (ბ): განმეორებითი შემთხვევა

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



## **წამების ფსიქიკური შედეგების უპირატესად გამოვლენილი კლინიკური ფორმები**

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

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

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

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

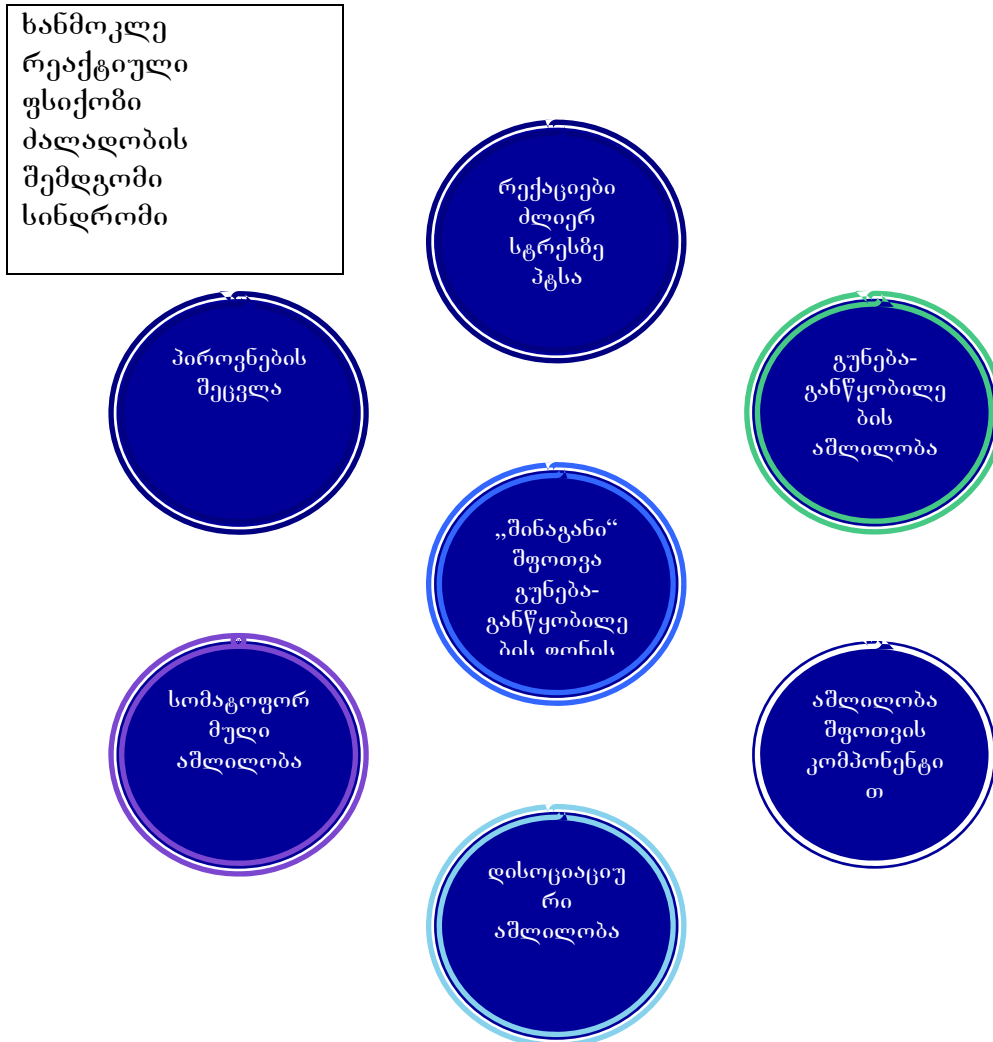
- ICD 10: დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მე-10-ე გადასინჯვა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. V (F) თავი ეხება ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დიაგნოსტიკას.
- DSM IV: დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო, გამოცემა IV (ახალი: IV TR). ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია. შენიშვნა: DSM IV ეხება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

### ორი სისტემა: ICD 10, DSM IV (TR)

<p style="text-align: center; color: red; margin: 0;"><b>ICD 10 თავი V</b></p> <p style="text-align: center; color: white; margin: 0;">+</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ინტეგრირებულია სომატური დიაგნოსტიკის კოდეზში.</li> <li>■ გამოიყენება მრავალი ქვეყნის კლინიკურ პრაქტიკაში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ოფიციალური დოკუმენტი.</li> <li>■ ითვალისწინებს შედეგების სასარგებლო კატეგორიებს (F 62.0, პიროვნების ქრონიკული ცვლილება წამების შემდეგ).</li> <li>■ განსაზღვრავს პგსა-ს კატეგორიებს, სახელმძღვანელოს კლინიკურ ვერსიაში.</li> </ul>	<p style="text-align: center; color: red; margin: 0;"><b>DSM IV</b></p> <p style="text-align: center; color: white; margin: 0;">+</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ მრავალფეროვანი გამოკვლევის მონაცემები პგსა-ის შესახებ ამ სისტემაში.</li> <li>■ გარკვევით ოპერაციონალიზებული (ასევე, შეზღუდვა – თავდაპირველად კვლევისათვის საჭირო კრიტერიუმები – შესაძლოა ძალიან მკაცრი იყოს).</li> <li>■ მრავალი კვლევითი და დიაგნოსტიკური დოკუმენტები სხვადასხვა ენებზე.</li> <li>■ პგსა DESNOES კატეგორია განხილვის პროცესშია.</li> </ul>
--	--

## ICD 10 სისტემა – თავი V

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



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

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

(აუცილებელი არ არის, რომ ყველა გამოვლინდეს თითოეულ შემთხვევაში)

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

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

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

წამების მწვავე პერიოდის შედეგების შესწავლა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ ძალზედ ლიმიტირებულია და ამ 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 – მოკური რეაქციები (საერთო რიცხვიდან №255 ამგვარი რეაქცია აღვნიშნებოდა 245 – 96 %), რომელსაც ხშირ შემთხვევაში თან სდევდა სუიციდური აზრები, ან პარა – სუიციდური ქმედებანი ან თვით–დაზიანების ფაქტები (56 შემთხვევაში – 21,9 %), აქვე უნდა აღვნიშნოს, რომ ფსიქიკური მოვლენებს თან სდევდა ხშირ შემთხვევაში სომატური დარღვევები, რომელიც გამოიხატებოდა: თავის გვინის გრავით, გონების დაკარგვით (146 შემთხვევა – 57,30 % საერთო რიცხვიდან 255), სხვადასხვა სახის ჰემორაგიული სინდრომი ცემის ან სხვა სახის წამების შედეგად განვითარებული (87 შემთხვევა – 34,10 %) და ტკივილით გამოწვეული ტრავმული შოკის სინდრომი (128 შემთხვევაში – 50, 2 %).

ჩვენს მიერ წარმოებული კვლევების შედეგად ცხადი გახდა, რომ წამების მწვავე პერიოდში გვხვდებით აფექტურ – მოკური 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 დემორიენტაციის, 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 არარსებულია რეაქციები. ამგვარ მდგომარეობას ხშირად წინ უსწრებს გეზურბლოვანი 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 « მღუმარე პროტესტისა და წინააღმდეგობის რეაქციად», რაც იწვევს მათ კიდევ უფრო გაღიზიანებასა და სისასტიკეს.

რეაქციის აგზნებადი ტიპი ხასიათდება ექსპლოზიური–ბრუტალური რეაქციებით, აგზნება აგარებს ქაოსურ ხასიათს. ხშირია ამ შემთხვევაში სუიციდის მცდელობა ან სუიციდი, თან სდევს ცნობიერების შევიწროება, არ ხდება სიგუაციის სწორი აღქმა, დაქვეითებულია თვითკონტროლი, მოსალოდნელია თვითდაზიანების შემთხვევები ; ფსიქოლოგიური მექანიზმი ამ დროს უპირატესად შემდეგია: აუტანელი განჯვა, იწვევს ფსიქიკის გეზურბლოვან გაღიზიანებას, ამ ყველაფრიდან თავის

დაღწევის ცნობიერ თუ არაცნობიერ სურვილსა და ხშირად სიგუაციის შეწყვეტის მოტივით გაუაზრებელ უკონტროლო ქმედებას, რასაც მოჰყვება სუიციდი ან თვითღამიანება; 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 გაუსადლესი 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.

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

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

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

« სტრესზე მწვავე რეაქციის » დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები მოცემულია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე – 10 გადასინჯვის (ICD – 10) თავში F (ფსიქიატრია), კერძოდ კი **F 43 – რეაქცია მიიმე 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 სკადიაზე გაბრუნების სიმპტომებთან ერთად ვლინდება დეპრესია, 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 :

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

**(ICD – 10 1999)**

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

### **პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის კლინიკა და დიაგნოსტიკა**

როგორც ცნობილია, PTSD პირველად, მთელი რიგი გამოკვლევების საფუძველზე, M. Horowitz მიერ 1980 წ. იქნა შემოღებული და ამავე წელს იგი იქნა შეგანილი, როგორც ცალკე კლინიკური ფორმა ამერიკულ დიაგნოსტიკურ კლასიფიკაციაში – DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – ფსიქიკურ აშლილობათა დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო). DSM-II გამოხატული სტრესით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობები, გამოხატული სტრესული რეაქციები და გრანზიგორული სიგუაციური დარღვევები მიეკუთვნებოდა მწვავე სიმპტომატურ დისტრესს, 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 დიათეზს. ფილოსოფიური, სოციალური, ფსიქოლოგიური და კლინიკური მოსაზრებებისა და კონცეფციების

გათვალისწინებით, შემოღებული იქნა PTSD დიაგნოზი, რომლის განვითარებაშიც კაუმალური მნიშვნელობა ენიჭება ექსტრაორდინარულ გრავმას, რომელიც განისაზღვრება როგორც გრავმული სტრესული მოვალენა (Life Stress Event) და შესაძლოა განუვითარდეს ნებისმიერ ნორმალურ ადამიანს. PTSD წარმოადგენს ბუნებრივ პროცესს ადპტაციისა ექსტრაორდინარულ სტრესულ სიტუაციაში 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. გრავმული სტრესის შემსწავლელი საუნივერსიტეტო ცენტრის მიერ ეს ფაქტორები იდენტიფიცირებული იქნა "სამ ჭრილში – გრავმული 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 გრავმული მოვლენის მტკივნეული მოგონებები. ხოლო იმ პირთა შორის, რომელთაც პრემორბიდულად აღენიშნებოდათ გამოხატული ნევროტული ორგანიზაცია PTSD ძირითად სიმპტომებთან ერთად აღენიშნებათ "ფიქრები გრავმამდელ 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: გრავმის 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 გრავმული მოვლენა, ან ფიქრები დაკავშირებული გრემულ მოვლენასთან. 2. ღამის კოშმარები, რომლის დროსაც გრავმული მოვლენა ხელახლა განიცდება მკაფიოდ და დეტალურად. ღამის კოშმარები ეპიზოდების სახით განსაკუთრებით ვლინდება სტრესულ სიტუაციებში, ან როდესაც ახლოვდება გრავმული მოვლენის საიუბილეო თარიღები. ძილის დარღვევა თითქმის ყოველთვის PTSD დამახასიათებელი პატერნია, იმ შემთხვევებშიც კი, როცა არ ვლინდება ღამის კოშმარები და იგი გამოიხატება ჩაძინების გაძნელებასა და გამოღვიძებისას გამოუძინარობის შეგრძნებაში. ეს ხშირად წარმოადგენს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენების მიზეზს, "თვითმკურნალობის" მიზნით,

რაც იწვევს "უკუკავშირის ეფექტს", რომლის გამოც ღამის კოშმარები ვლინდება უფრო ინტენსიურად.

აკვიატებული მოგონებები ვლინდება უფრო იშვიათად, ვიდრე ღამის კოშმარები და ძირითადად რეალურად, ნათელი ცნობიერების ფონზე, თუმცა შესაძლებელია გახანგრძლივებული დისოციაციური მდგომარეობის განვითარებაც, რომელიც ცნობილია "Flashbacks" ეპიზოდების სახელწოდებით (დისოციაციური ეპიზოდი, როდესაც გრავმული მოვლენა ან მასთან დაკავშირებული სიგუაციები თითქოს კვლავ მეორდება). ამგვარი დისოციაციური ეპიზოდები დამახასიათებელია მეტად ძლიერი ტრავმატიზაციის შემთხვევაში, როდესაც ტრავმულ მოვლენას წარმოადგენს მძიმე ფიზიკური ტრავმა, 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. ტრავმის მსხვეპლთ აქვთ მძიმე, უსიამოვნო ემოციები, როდესაც ისინი ფიქრობენ ან გაიხსენებენ ტრავმულ მოვლენას, რაც იწვევს შფოთვის მომაგებას და ამიგომ დამახასიათებელია იმ სიგუაციებისგან გაქცევა, თავისარილება, რომელნიც ახსენებენ ტრავმის 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 ტრავმასთან დაკავშირებული, თუ მიმდინარე პრობლემების განდევნით, რაც ვლინდება დეპრესიულ ან პირიქით აგრესიულ რეაქციაში, განსაკუთრებით იმ სიგუაციებში, რომელნიც სტიმულაციას უწევენ ტრავმული მოვლენის გახსენებას. ამ შემთხვევაში პაციენტები თავს არიდებენ მკურნალობას, იმ მოგივით, 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 კლინიკისგთა 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 განცლით.

PTSD ერთერთ ცენტრალურ სიმპტომად მიჩნეულია თვითბრალდების განცდა, რაც გულისხმობს ტრავმულ სიგუაციაში პიროვნების საკუთარი ქცევით, მოქმედებით უკმაყოფილებას. "მე რომ ასე მოვქცეულიყავი და ა.შ." ამგვარი თვითბრალდების "ლაქა" აღენიშნებათ იმ პირთ, რომელთაც განიცადეს ძალზე მძიმე ტრავმა, რომელნიც გახდნენ ადამიანების სიკვდილის ან დამახინჯების თვითმხილველნი. ამგვარი განცდები ფართოდ არის აღწერილი მასალებში ვიეტნამის ომის ვეტერანების შესახებ, ასევე ჰოლოკაოს მსხვერპლთა შორის და სხვა მასობრივი ტრავმატიზაციის შემთხვევებისას. თვითბრალდების, დანაშაულის განცდა უპირატესად ვლინდება შემდეგი პოსტულირებით – "მე რატომ გადავრჩი,

როცა სხვა დაილუქა". ამგვარი განცდის არსებობა მიუთითებს დეპრესიულ სიმპტომატიკაზე. დეპრესია წარმოადგენს PTSD თანმხლებ თავისებურებას. (T. Williams).

შემდგომი სიმპტომი, რომელიც გვეხმარება დიფერენციალური დიაგნოსტიკისას, არის თვითკონტროლის დაკარგვის შიში, რაც ვლინდება მომატებული გამღიზიანებლობისა და აგზნებადობის სიმპტომებში, იმპულსურ ემოციებსა და ქცევაში და იწვევს ადაპტაციის დარღვევებს, ურთიერთობების პრობლემებს, რაც უკიდურეს შემთხვევაში ვლინდება ექსპლოზიურ ხასიათობრივ ცვლილებებში, რაც შესაძლოა ატარებდეს 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 გრავები, პიროვნული აშლილობანი და სხვა. აქედან გამომდინარე ხშირ შემთხვევაში PTSD შერწყმულია სხვა დარღვევებთან, ალკოჰოლიზმი და ნარკომანია, 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 დემორგანიზებული და აქტირებული ქცევა.
- B. მაგრავშირებელი მოვლენა მუდმივად, პერსისტენტულად განიცდება შემდეგი გზებით: 1. მომხდარის ხელმეორე და დაჟინებული განმეორება, წარმოდგენების, აზრებისა და შეგრძნებების სახით. შენიშვნა: ბავშვებში განმეორებად თამაშებში ვლინდება გრავმის თემა და ასპექტები. 2. აკვიატებული დამთრგუნველი სიმბრები გრავმის შესახებ. შენიშვნა: ბავშვებში შესაძლოა იყოს გაუცნობიერებელი კომმარული სიმბრები. 3. შეგრძნება და ქცევა, თითქოს პიროვნება კვლავ იმყოფება მაგრავშირებელ სიგუაციაში (გაცოცხლებული წარმოდგენები, ილუზიები, ჰალუსინაციები, "Flashbacks" ეპიზოდები). შენიშვნა: ბავშვები თამაშში აღადგენენ მაგრავშირებელ სიგუაციას. 4. ინტენსიური ფსიქოლოგიური განცდა იმ შინაგან ან გარეგან მიზეზებზე, რომლებიც



- ახსენებენ, ან სიმბოლურად გამოხატავენ გრავმას. 5. ინტენსიური ფსიქოლოგიური რეაქცია იმ შინაგან ან გარეგან გამღიზიანებლებზე, რომლებიც ახსენებენ, ან სიმბოლურად გამოხატავენ გრავმას.
- C. გრავმასთან ასოცირებულ სტიმულთაგან მუდმივი გაქცევა და განურჩევლობა გარშემო მომდინარე მოვლენებისადმი, რაც პიროვნებას გრავმამდე არ აღინიშნებოდა. 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. გამოვლინების პერსისტენტული სიმპტომები, რომელიც არ აღინიშნებოდა გრავმამდე, რაც ვლინდება შემდეგი ორი ან მეტი ნიშნით: 1. ჩაძინების გაძნელება ან ძილის დაღვევა. 2. გამღიზიანებლობა ან განრისხება. 3. კონცენტრაციის გაძნელება. 4. სიფხიმლის მომატება. 5. მომატებული შიშის გრძნობა.
- E. B, C, D კრიტერიუმთა სიმპტომების ხანგრძლივობა უნდა აღემატებოდეს 1 თვეს.
- F. აღევაება იწვევს კლინიკურად მნიშვნელოვან მდგომარეობას ან სოციალური და ადაპტაციური მექანიზმების მოშლას, ან ფუნქციონირების სხვა მნიშვნელოვანი მხარეების მოშლას.

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

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

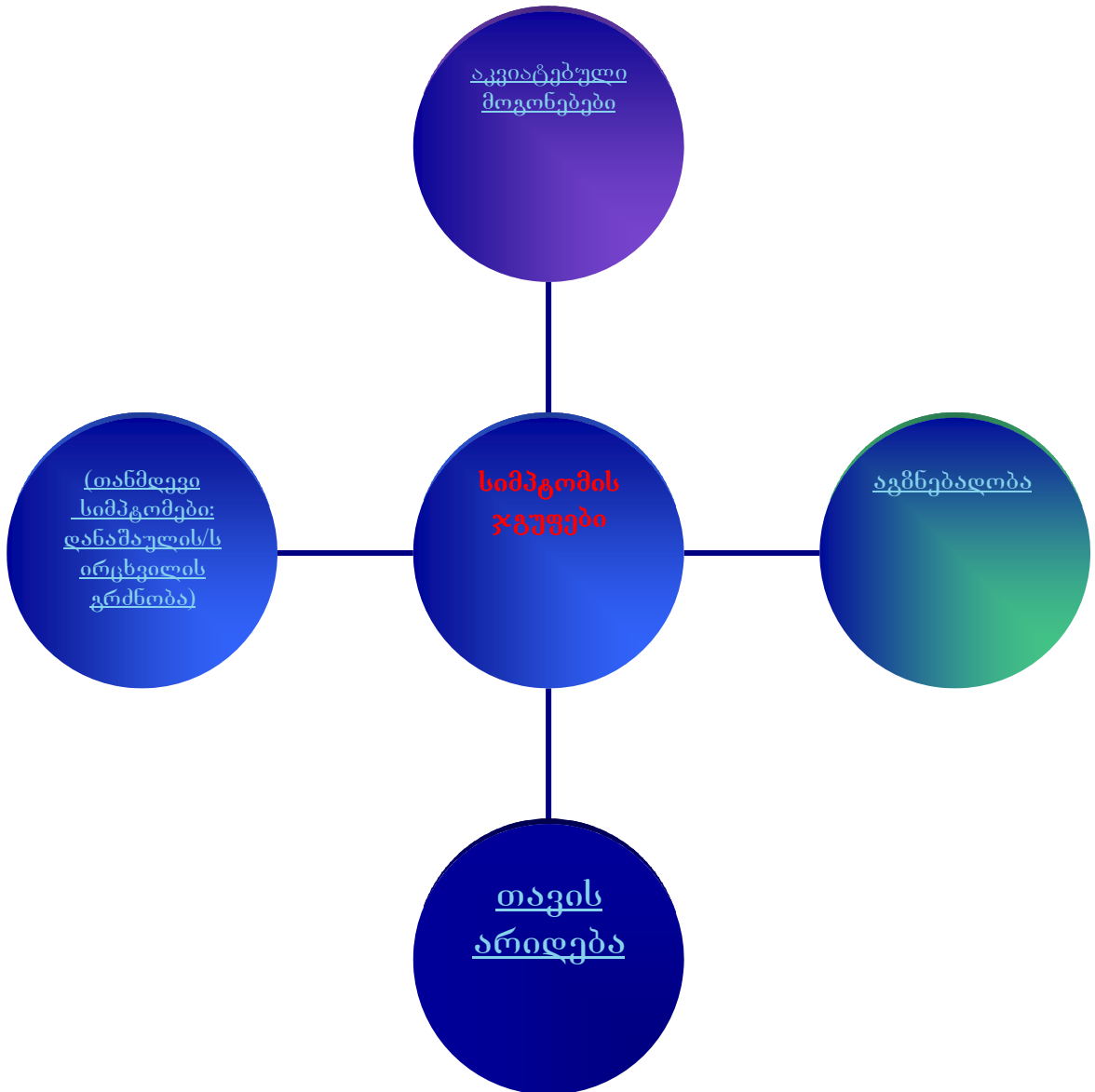
ICD-10 მიხედვით PTSD წარმოადგენს დაგვიანებულ, გახანგრძლივებულ რეაქციას, გამოწვეულს მხოლოდ და მხოლოდ სიცოცხლისათვის საშიში სტრესული მოვლენებითა და სიგუაციებით, რომელთაც შესაძლოა გამოიწვიონ ზოგადი დისტრესი ნებისმიერ ადამიანში.

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

## ICD 10: F43.1 - PTSD

- ვლინდება, როგორც მოგვიანებითი და/ან გახანგრძლივებული რეაქცია სტრესის გამომწვევ, განსაკუთრებით სამიშ ან კატასტროფულ მოვლენაზე ან სიგუაციაზე (მოკლე ან ხანგრძლივი), რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს სულიერი ტანჯვა თითქმის ყველა ადამიანში (მაგ. სტიქიური ან ანტროპოგენური კატასტროფა, ბრძოლა, სერიოზული ავარია, სხვების ძალადობრივი სიკვდილის მოწმედ ყოფნა, ან წამების, ტერორიზმის, გაუპატიურების ან სხვა დროს მსხვრპლად ყოფნა).
- წინასწარ განსაზღვრულმა ფაქტორებმა, როგორცაა პიროვნების ხასიათის თვისებები (მაგ. ავადმყოფური მიდრეკილების მქონე, სუსტი ადამიანი) ან ფსიქო-ნერვული ავადმყოფობის პრე-ისტორია, შეიძლება შეამცირონ სინდრომის განვითარების შესაძლებლობა ან გაართულონ მისი მიმდინარეობა, მაგრამ ეს ფაქტორები არც აუცილებელია და არც საკმარისი აღნიშნული სინდრომის წარმოქმნის მიზეზის ასახსნელად.
- ტიპური სიმპტომები მოიცავს აკვიატებულ მოგონებებში („წარსულის გახსენება“) ან სიმბრებში ტრავმის განმეორებით გაცოცხლების ეპიზოდებს, რომლებიც ვლინდება, როგორც: „გაშეშების“ გრძნობა და ემოციური დაჩლუნგება, სხვა ადამიანებისაგან გარიყვა, გარემოში რეაგირების არქონა, ანჰედონია, და ტრავმის გამახსენებელი მოქმედებებისა და სიგუაციებისგან თავის არიდება. ჩვეულებრივ არსებობს შიში და ხდება თავის არიდება ისეთი ფაქტორებისგან, რომლებიც წამების მსხვერპლს თავდაპირველ ტრავმას აგონებს. იშვითად, შეიძლება ძლიერად იფეთქოს შიშმა, პანიკამ ან აგრესიამ, რომელიც ინიცირებულია ტრავმის ან მასზე თავდაპირველი რეაქციის უცარი მოგონების და/ან განმეორების გამომწვევი სტიმულით.
- ჩვეულებრივ არსებობს ჰიპერაგზნებადობის მდგომარეობა, რომელიც გამოხატულია ბედმეგი სიფხიბლით, შიშის რეაქციის მომატებული დონით და უძილობით. შფოთვა და დეპრესია ჩვეულებრივ დაკავშირებულია გემოაღნიშნულ სიმპტომებთან და ნიშნებთან, და მსხვერპლი ხშირად ფიქრობს თვითმკვლელობაზე. ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების დიდი რაოდენობით მოხმარება შეიძლება საკმაოდ რთული ფაქტორი იყოს.

პოსტგრაფიული სტრესული აშლილობის ძირითადი  
სიმპტომო კომპლექსები



## პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა

### DSM IV 309.81

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

### ICD 10 F 43. 1

- სიმკვამლის მოგვიანებით გამოვლენა.

©:Thomas Wenzel/ WPA, 2004

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

ტრავმის სრულყოფილი გახსენებისას უპირატესად წარმოდგენილია: აკვიატებული მოგონებები, წარსულის გახსენება, დამის კომპარები, აკვიატებული ფიქრები, ფიზიკურ ტრავმასთან ასოცირებული გკივილი და სხვა.

### პესა-ს დამახასიათებელი სიმკვამლები უფრო დეტალურად შემდეგია:

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

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

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

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

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

## ■ თავის არიდება

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

## *საკუთარი თავის რწმენის დაკარგვა, დაქვეითებული თვითშეფასება და საკუთარი თავის პატივისცემა*

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

## ■ ძილის დარღვევა

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

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

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

ძილის დარღვევის გამომწვევი ფაქტორები:

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

### ■ **მედმეგი სიფხიბლე**

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

### **აგზნებადობა**

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

### **წამებაგამოვლილი და გადარჩენილი ადამიანის დანაშაულის გრძნობა**

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

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

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

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

PTSD ეთნო-კულტურალური ასპექტები არასრულყოფილად არის შესწავლილი, თუმცა არსებული ეთნო-კულტურალური კვლევების საფუძველზე გამოვლენილ იქნა გრავის განმეორებადობა, მაგალითად მრავალჯერადი სექსუალური ძალადობა ბავშვებზე, ევრო-ამერიკულ კულტურაშიც კი, ცემა 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 მიზნები მრავალფეროვანი აშლილობებისა, რომელიც სცილდება PTSD საზღვრებს, რის გამოც შემოღებული იქნა ცნება "გრავმული სტრესული აშლილობა" (TSD /Traumatic Stress Disorder/), რასაც განეკუთვნება 1. მედიკამენტების, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის გამოყენება. ალკოჰოლიზმის, ნარკომანიისა და გოქსიკომანიის განვითარება. 2. ექსპლოზიურ რეაქციები გრავის მსგავს, ან სიგუაციის სიმბოლურად გამახსენებელ უმნიშვნელო სტიმულზე, რომელიც ამნემირდება პიროვნების მიერ. 3. ექსპლოზიური რეაქციები კომბინირებული ალკოჰოლის, ან ნარკოტიკების ხმარებასთან, რაც იწვევს სუიციდურ ან ასოციალურ ქმედებებს ან კრიმინალურ ძალადობას ოჯახის ან საზოგადოების წევრებზე. 4. სხვა შემთხვევაში TSD იწვევს ქრ. ინვალიდიზაციას ფსიქიკური აშლილობებით. 5. ფსიქო-სომატური სიმპტომები და დაავადებანი. 6. რეაქტიული ფსიქომური ქმედება. 7. გრავის გრანსმისია თაობებში. TSD დროს PTSD სიმპტომები ხშირად თან ერწყმის ისეთ აშლილობებს, როგორცაა დეპრესია, დისოციაციური ფენომენი, პიროვნების შეცვლა, დესგრუქციული ქმედებანი, სხვადასხვა უსიამოვნო შეგრძნებები, აგზნებადობა და დისფორიულობა აგრესიულ ფანგაზიებთან კომბინაციაში. (Steven M. Weine, Daniel F. Becker et al.)

Александровский მიწიძვრების შედეგებისა და ჩერნობილის ავარიის შედეგებზე დაკვირვების საფუძველზე აღწერს სოციალურ-სტრესულ დარღვევებს და PTSD ატიპიურ 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 არსებობს 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 სიტუაციებთან, მაგალითად ვითარდება კლაუსტროფობია, სიბნელის შიში, მარტო ყოფნის შიში და ა. შ.;

ამგვარად დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგ საკითხებზე ყურადღების გამახვილება : -

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

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

## კომპლექსური პგსა/PTSD

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

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



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

- სირცხვილის გრძნობა
- დანაშაულის გრძნობა
- სომატიზაციის გენდენციები

### ***სხვა გამოვლენილი სიმპტომები და ქცევის ცვლილებები***

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

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

DSM-IV განსხვავებით, ICD-10 მიხედვით ითვლება, რომ სხვა სიმპტომებთან ერთად ყოველთვის გვხვდება შფოთვა და დეპრესია, მოსალოდნელია სუიციდალური იდეაციების არსებობა, გამოყოფილია ვეგეტატიური კომპონენტიც, თუმცა არ არის 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 კატასტროფის გადატანის 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, მუალედური ფაზის გარეშე. მისთვის პათოგნომურად არის მიჩნეული შემდეგი კრიტერიუმები, რომლებიც პიროვნებას მანამდე არ აღნიშნებოდა: 1. სამყაროსადმი მგრული დამოკიდებულება, უნდობლობა. 2. სოციალური გამიჯვნა. 3. უიმედობისა და სიცარიელის შეგრძნება. 4. გამუდმებული მღელვარების, თოთქოსდა გამუდმებული საფრთხის , "უფსკრულის პირას არსებობის" ქრონიკული განცდა. 5. გაუცხოების განცდა.

### ***ICD 10: F 62.0. პიროვნების ქრონიკული ცვლილება კატასტროფის გადატანის შემდეგ***

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

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

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (F43.1) შეიძლება წინ უსწრებდეს პიროვნების შეცვლის ამ ტიპს. . .

გამონაკლისი: პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (F43.1)”

## ადაპტაციასთან დაკავშირებული პრობლემები:

### **ICD 10: დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები: F43.2 შეგუებასთან დაკავშირებული პრობლემები**

- სიმპტომები ჩვეულებრივ ვლინდება სტრესული შემთხვევის ან ცხოვრების შეცვლის დღიდან 1 თვის განმავლობაში, და სიმპტომების ხანგრძლივობა ჩვეულებრივ 6 თვეს არ აღემატება, თუ არ ჩავთვლით ხანგრძლივი დეპრესიული რეაქციის შემთხვევას. თუ სიმპტომების ხანგრძლივობა აღნიშნულ პერიოდს აღემატება, დიაგნოზი უნდა შეიცვალოს არსებული კლინიკური სურათის შესაბამისად, და ნებისმიერი ხანგრძლივი სტრესი შეიძლება კოდირებულ იქნას ICD-10-ის XXI თავში წარმოდგენილი ერთი-ერთი ძ კოდის მეშვეობით.
- სამედიცინო და ფსიქიატრიულ სამსახურებთან კონტაქტი ძლიერი დანაკლისის ნორმალური რეაქციების გამო, რომელიც შეესაბამება განსახილველი პიროვნების კულტურას და, რომლის ხანგრძლივობაც ჩვეულებრივ 6 თვეს არ აღემატება, არ უნდა აღინიშნოს ამ წიგნში წარმოდგენილი კოდების მეშვეობით, არამედ ICD-10 –ის XXI თავში წარმოდგენილი კოდების გამოყენებით უნდა განისაზღვროს, როგორც ძ63.4 (ოჯახის წევრის გაუჩინაურება ან გარდაცვალება) და, როგორც მაგალითად Z71.9 (კონსულტირება) ან Z73.3 (სტრესი სხვაგან არ არის კლასიფიცირებული). ნებისმიერი გლოვის გახანგრძლივებული რეაქციები, რომლებიც მათი ფორმის ან შინაარსის გამო ანომალურად მიიჩნევა, კოდირებულ უნდა იქნას, როგორც F43.22, F43.23, F43.24 ან F43.25, ხოლო ის რეაქციები, რომლებიც ჯერ ისევ ინტენსიურია და, რომელთა ხანგრძლივობაც 6 თვეს აღემატება, კოდირებულ უნდა იქნას, როგორც F43.21 (ხანგრძლივი დეპრესიული რეაქცია).

### **დიაგნოსტიკური სახელმძღვანელო პრინციპები:**

- დიაგნოზი დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებს შორის არსებული კავშირის ყურადღებით შეფასებაზე:
  - (ა) სიმპტომების ფორმა, შინაარსი და სიმწვავე;
  - (ბ) წინა ისტორია და ინდივიდუალობა; და
  - (გ) სტრესული შემთხვევა, სიგუაცია, ან კრიზისი ცხოვრებაში

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

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

### **ICD 10: დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები: 43.2 შეგუებასთან დაკავშირებული პრობლემები**

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

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

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

**DSM IV: F 309 ქვეტიპები**

მიუთითეთ თუ:

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

შეგუებასთან დაკავშირებული პრობლემების ქვეტიპები შეირჩევა პრედომინანტული სიმპტომების შესაბამისად:

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

**ICD 10: რეაქციები ძლიერ სტრესზე და ადაპტაციასთან დაკავშირებული პრობლემები**

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

- F43.8 სხვა რეაქციები ძლიერ სტრესზე
- F43.9 სხვა რეაქციები ძლიერ სტრესზე, რომელიც არ არის მითითებული.

**ხშირია წამებაგამოვლილთა შორის კონვერსიული სიმპტომებისა და აშლილობათა გამოვლენის ალბათობა.**

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

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

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

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

**დისოციაციური აშლილობები ICD 10: F44 დისოციაციური [კონვერსიული] აშლილობები**

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

## დისოციაციური აშლილობები DSM IV

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

განსხვავება: ზოგადი სომატური მდგომარეობით გამოწვეული ამნესტიური აშლილობა 294.0

## სომატოფორმული აშლილობები

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

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

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

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

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

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



## „სომატოფორმული“ აშლილობები

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

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

### სომატოფორმული აშლილობები DSM IV -ში

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

### სომატოფორმული აშლილობები ICD 10-ში

F 45 სომატოფორმული აშლილობები:

F45.0 **სომატიზაციური აშლილობა** არსებობს მრავალი ძირითადი მახასიათებელი, რეციდივული და ხშირად ცვალებადი სიმპტომები, რომელთა ხანგრძლივობა მინიმუმ ორი წელია.

F45.1 **არადიფერენცირებული სომატოფორმული აშლილობა** როდესაც სომატოფორმული ჩივილები მრავალგვარი, ცვალებადი და მუდმივია, მაგრამ სომატიზაციური დაზიანების სრული და ტიპური კლინიკური სურათი ჯერ არ არის დასრულებული, განხილულ უნდა იქნას ეს კატეგორია.

F45.2 **იპოქონდრული აშლილობა** ძირითად მახასიათებელს წარმოადგენს მუდმივი ჩაძირულობა ერთი ან მეტი სერიოზული და პროგრესული ფიზიკური დაავადების შესაძლებლობით, რომელიც ვლინდება მუდმივი სომატური ჩივილებით ან პიროვნების გარეგნობასთან დაკავშირებული მუდმივი ზრუნვით.

F45.3 **სომატოფორმული ვეგეტატიური დისფუნქცია** სიმპტომებს პაციენტი წარმოადგენს ისე, თითქოს ისინი გამოწვეული იყოს იმ სისტემის ან ორგანოს ფიზიკური დაზიანებით, რომელიც უმეტესწილად ან მთლიანად ავტონომიური ინერვაციისა და კონტროლის ქვეშაა (ე.ი გულსისძარღვთა, კუჭ-ნაწლავის, სასუნთქი და საშარდე-სასქესო სისტემები).

F45.4 მუდმივი სომატოფორმული ტკივილთან დაკავშირებული აშლილობა პრედომინანტული ჩივილი დაკავშირებულია მუდმივ, ძლიერ და შემაწუხებელ ტკივილთან, რომელიც არ შეიძლება სრულად აიხსნას ფსიქოლოგიური პროცესით ან ფიზიკური დაზიანებით და, რომელიც წარმოიქმნება ემოციურ კონფლიქტთან ან ფსიქოსოციალურ პრობლემებთან ერთად, რაც საკმარისია, რათა გაკეთდეს დასკვნა იმის თაობაზე, რომ ისინი წარმოადგენენ მთავარ მიზეზობრივ ფაქტორებს.

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

**შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობები**

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

**შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობები DSM IV**

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

**შფოთვასთან დაკავშირებული აშლილობა ICD 10**

- F40.0 აგორაფობია
- F40.1 სოციოფობია
- F40.2 სპეციფიკური (იზოლირებული) ფობიები
- F41.0 პანიკური ტიპის აშლილობა [ეპიზოდური პაროქსიზმული შფოთვა]
- F41.1 შფოთვის გენერალიზებული აშლილობა



- F41.2 Sereuli SfoTvisa da depresiuli aSliloba
- F41.3 შფოთვასთან დაკავშირებული სხვა შერეული აშლილობები (შფოთვასთან დაკავშირებულ აშლილობებთან შერეული შფოთვის სიმპტომები)
- F42 ობსესურ-კომპულსური აშლილობა

## წამების შედეგად ხშირად ვითარდება დეპრესიული მდგომარეობა

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

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

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

## გუნება-განწყობილების აშლილობები (აფექტური აშლილობები)

### DSM IV

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

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

**ICD 10 F32: დეპრესიული ეპიზოდი**

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

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

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

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

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

- F32.3 ღრმა დეპრესიული ეპიზოდი ფსიქომორული სიმპტომებით.

**გუნება-განწყობილების აშლილობები (აფექტური აშლილობები) ICD 10  
 F34 გუნება-განწყობილების [აფექტური] აშლილობები**

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

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

ფორმები:

F34.1 დისტიმია

F34.0 ციკლოფრენია

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

### **ფსიქომი**

ფსიქომი წამების დროს ან შემდეგ შეიძლება გამოვლინდეს, როგორც:

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

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 დეპრესიული აშლილობის განვითარებაც.

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

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

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

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

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

## ფსიქოზი DSM IV

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

### ხანმოკლე ფსიქოზური აშლილობა 298.8 დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

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

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

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

მიუთითეთ, თუ:

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

## ფსიქოზი ICD 10

შესაბამისი კატეგორიები

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

F22.0 ბოღვითი აშლილობა

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

### **F23.9 მწვავე და გარდამავალი ფსიქომური აშლილობა**

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

### **კვებასთან დაკავშირებული აშლილობები მიმოხილვა**

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

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

## **კვებასთან დაკავშირებული აშლილობები DSM IV, ICD 10**

### **DSM IV**

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

### **ICD 10**

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

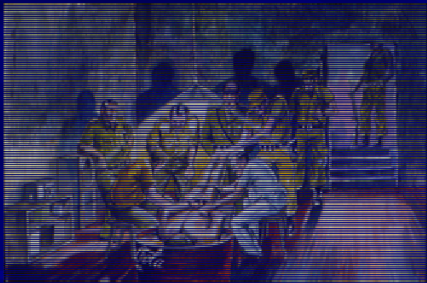
ფსიქიკურ აშლილობებს წამების დროს თან სდევს ხშირად წამალდამოკიდებულებისა და ალკოჰოლიზმის მოვლენები, რომელთა მიღებასაც ხშირად საფუძვლად უდევს აკვიატებულ განცდათა და მოგონებებისაგან თავის დაღწევის სურვილი ან მყარი უძილობის პრობლემა; ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება შეიძლება წამების შედეგების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

### **თავის გვინის გრავმის ან დაზიანების შესაძლო ფაქტორები (Thomas Wenzel, WPA, 2004).**

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



# „სუბმარინო“



## ■ „სველი სუბმარინო“:

სახესხვაობა:  
„წყალში ჩაშვება“

## ■ „მშრალი სუბმარინო“

მაგალითი:  
პოლიეთილენის  
პაკეტი

©Thomas Wenzel/ WPA, 2004

# „სუბმარინო“



## ■ ფიზიკური შედეგი:

მოსრჩობა/პიპოქსია, შესაძლოა შავნე  
ნივთიერებების მიღება

ხანგრძლივი ზემოქმედება თავის გვინზე,  
რომელიც არ არის კარგად  
გამოკვლეული

## ■ ფსიქოლოგიური შედეგი:

ხანმოკლე: ძლიერი შიში, უმწეობა,  
ღებორიენტაცია

გახანგრძლივებული: პგსა, პანიკური  
შეგვეები

©Thomas Wenzel/ WPA, 2004

## თავის გვინის გრაემის ასპექტებიდან უნდა აღინიშნოს:

■ ფოკალური თავის გვინის გრაემა: ლოკალიზებული დაზიანება,

დიფუზური თავის გვინის გრაემა.

■ დამატებითი დიფუზური თავის გვინის გრაემა ჩვეულებრივ არსებობს თავის გვინის გრაემის ყველა ფორმაში.

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

### **DSM IV შემოთავაზებული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები პოსტკომოციური სინდრომისათვის (PCS)**

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

### **ICD-10 შემოთავაზებული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები პოსტკომოციური სინდრომისათვის (PCS)**

#### **ICD 10: F 07.2**

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



## თავის ტვინის გრავმის ან დაზიანების შესაძლო „ძირითადი“ მაჩვენებლები

კლინიკური სიმპტომები:

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

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

არასაკმარისი კვების ან შიმშილობის გემოქმედება ხშირად უგულებელყოფილია დიაგნოსტიკის დროს და არ ექცევა ყურადღება ამგვარი გემოქმედების შედეგებს.

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

ხანგრძლივმა გემოქმედებამ შეიძლება გამოიწვიოს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანება.

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

წამების შედეგები აისახება არა მარტო ფსიქიკურ ფუნქციებზე, არამედ ხშირად მას თან სდევს სექსუალური დისფუნქციის კომპონენტი, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქიკური გემოქმედებით 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, მოგადი 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 ზოგადასაკაცობრიო 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 არაპროფესიონალი მოპყრობა და დამოკიდებულება იწვევს მწვავე ფიზიკურ და ფსიქიკურ დარღვევებს. აღნიშნულ დარღვევებს კიდევ უფრო აღრმავებს თანმხლები არაადამიანური ცხოვრების პირობები, რასაც ადგილი აქვს როგორც წინასწარი დაკავების საკნებსა და საპყრობილებებში, ასევე ლტოლვილთა და იძულებით ადგილნაცვალ პირთა შორისაც. ყოველივე ამგვარი სიტუაცია, წარსულის მაგრაფიკურ სტრესულ შემთხვევებთან ერთად იწვევს კომპლექსური გრამული 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 ჩენეთიდან 24 / სისშირე	იძულებით ადგალინაცვალ 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 შ სინდრომით	43.1. 07.2.	23 / 0, 21	3 / 0, 12	2 / 0, 07	-	28 / 0, 14
ქრონიკული პიროვნული ცვლილებები (წამების შემდეგ)	62.0.	13 / 0, 12	3 / 0, 12	4 / 0, 14	4 / 0, 09	24 / 0, 12
ემოციური პიროვნული აშლილობები PTSD-თან ერთად	60.3. 43.1.	7 / 0, 06	-	-	1 / 0, 02	8 / 0, 04
პიროვნული ორგანული აშლილობა (ეპილეფსია PTSD-სთან ერთად)	07.0. 43.1.	3 / 0, 03	-	-	1 / 0, 02	4 / 0, 02
PTSD ფსიქომური სინდრომით	43.1 ?	8 / 0, 07	-	-	1 / 0, 02	9 / 0, 04
კონვერსიულ-	44	2 / 0, 02	-	-	-	2 / 0, 009

დისოციაციური აშლილობა PTSD-თან ერთად	43.1					
დემენცია (თავის გინის გრაფით გამოწვეული (წამების დროს მიღებული გრაფის შედეგად)	03.	0	-	1 / 0, 03	1 / 0, 02	2 / 0, 009
შიზოფრენია	20.060	3 / 0, 03	-	-	-	-
დისოციალური პიროვნული აშლილობა	60.2	1 / 0, 009	-	-	-	-

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

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

**მოზარდებისათვის (სულ 43)**

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

ტოქსიკომანია – არასრულწლოვან პაციენტებში - 20 შემთხვევა.

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

სტაბილური სახის სოციალურ ქცევით აშლილობაში და ადაპტაციის შესაძლებლობების შესუსტებაში.

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

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

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

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

- არსებული საომარი მდგომარეობანი;
- მსოფლიო საზოგადოების მხრიდან ლტოლვილების გრაგედის მიმართ ყურადღების ნაკლებობა;
- საზოგადოების ამ ნაწილისათვის დაცვის მექანიზმების არარსებობა;
- სიკვდილის ან გაურკვევლობის მუდმივი შიში, საშინელი ინფორმაციის მოლოდინი (ოჯახის წევრის ან ახლო ნათესავის გარდაცვალება; მათი დაპატიმრება; ვინმეს გაუპატიურება და წამება);
- დაუცველობის, უსარგებლობისა და უძღურების შეგრძნება, ეთნიკური დევნა – შევიწროება, სამყაროსაგან და საზოგადოებისაგან გარიყულ მდომარებაში ყოფნა.
- ადამიანის გატაცებისა და დაკარგვის შემთხვევები.
- სოციალური მოთხოვნებისა და პიროვნული მოტივაციების შეზღუდვა

- უკიდურესად შეზღუდული ჰუმანიტარული დახმარება, რომელიც განხილული უნდა იყოს, როგორც არააღამიანური ცხოვრების პირობები.

უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი დრამატული სიტუაცია იწვევს პიროვნების ქრონიკულ სულიერ და ფიზიკურ გრავირებას, 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 ლტოლვილებს გააჩნიათ ძლიერი უნდობლობა და აუტოიზოლაციის ან თავიანთ თემში იზოლაციის გენდენციები. ჩვენი აზრით, ეს არის შედეგი ძლიერი და ხანგრძლივი დისტრესისა და მომავლის გაურკვევლობისა. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ მიმდინარე კონფლიქტის ზონებში წამების მსხვერპლთა შორის წამების შედეგებს თან ერთვის ფართოდ გამოვლენილი პერმანენტული შფოთვით – ფობიკური სინდრომი, რომელსაც თან სდევს რელაქსაციის მიზნით ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისადმი ლტოლვა. ჩვენი აზრით, ამის მიზეზი არის მუდმივი საშიშროების მოლოდინის მდგომარეობა და უსაფრთხოების გარანტიების არარსებობა.

## **წამების ფიზიკური შედეგები**

### **წამების მწვავე ფიზიკური შედეგები**

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

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

### **წამების მწვავე ფიზიკური შედეგები**

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

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

როგორც მოცემული ცხრილიდან ჩანს, ხშირია სხვადასხვა ორგანოს მხრივ სხვადასხვა დარღვევები, რაც უპირატესად უკავშირდება წამების გამოყენებულ მეთოდებს, ასე მაგალითად : ყელ – ყურ – ცხვირის სისტემის დაზიანებათაგან ყველაზე ხშირია დაფის აპკის დაზიანება – გახეთქვა « 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 მწავე მოშლა ან ბადურის ჩამოშლის შედეგად ერთ ან ორივე თვალში მხედველობის დაკარგვა; თირკმელების საპროექციო არეში ცემის შედეგად ხშირია პასგერნაცკის დადებითი სინდრომის არსებობა, ჰემატურიტ, შარდვის გაძნელება ან შეხუთვა. ფიზიკური ცემის შედეგად სხვადასხვა ბლაგვი საგნებით თითქმის ყოველთვის გვხვდება სხეულის სხვადასხვა ნაწილის დაქევილობა და სისხლნაქუნთები, ხშირია სხეულის უნივერსალური დაქევილობაც. 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 : მოტეხილობები, ამოვარდნილობანი ან სხვა ძლიერი ტკივილით გამოწვეული შოკი; აღწერილი იქნა შემთხვევები კომბინირებულად თავში ცემისა და ელექტრო-შოკის მეთოდების გამოყენებისას კრუნჩხვითი მოვლენებისა და გულყრის განვითარებისათვის, რაც შემდგომში ჩამოყალიბებულ იქნა გრავმული ეპილეფსიის დიაგნოზად; აგრეთვე აღსანიშნავია, რომ ხშირია ელექტროდენზე შეერთებით და აირწინაღით მოგუღვა-მოსხრობის კომბინირებული წამების შემთხვევები.

### **წამების მოგვიანებითი და ქრონიკული ფიზიკური შედეგები**

წამების გამოყენებული მეთოდების მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, ფიზიკური შედეგებიც გამოირჩევა მრავალფეროვნებით და ხშირად ერთსა და იმავე წამების მსხვერპლს 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 არაპუმანური და არაადამიანური მოპყრობის მეთოდები, რომელნიც ფართოდ არის დანერგილი იმ ქვეყნების საპაციენტოებში, სადაც ინტენსიურად გამოიყენება წამების პრაქტიკა,

აქვეითებს ორგანიზმის რეაქტიულობას ან თვითონვე ხდება ცალკეულ ქრონიკულ დაავადებათა მიზეზი. ამგვარ პირობებს შესაძლოა მივაკუთვნოთ : სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების არქონა და მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების ხშირი შეზღუდვა, რაც სხვადასხვა სახის ინფექციური დაავადებებისა თუ კანის დაავადებების საფუძველი ხდება; ასე მაგალითად ჩვენს მიერ ფართოდ იქნა გამოვლენილი მუნის შემთხვევები, ასევე ხშირია ტუბერკულოზის ამ გზით გავრცელების შემთხვევები, რომელსაც ხელს უწყობს საკანთა გადავსებულობა, როდესაც ერთ 20 ადგილიან საკანში მორიგეობით სძინავს 60 პაციმარს; რაღა თქმა უნდა, ამგვარი სიტუაციები იწვევს აგრესიულობის ზრდასა და ძალადობას თვითონ პაციმრებს შორისაც ; საკანში ხშირად არ აღწევს ღლის სინათლე, პაციმრები 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 ეგრეთ წოდებულ « შოლგის სინდრომთან », რომელიც შემდეგში იქნება აღწერილი.

#### ***ყელ – ყურ – ცხვირის სისტემა***

ყველაზე ხშირია ამ შემთხვევაში დაფის აპკის გახეთქვა – დაზიანება, რაც მიზეზი ხდება ჩირქოვანი ოტიტებისა და სმენის ქრონიკული დაზიანებისა. ოტიტი ატარებს ქრონიკულ ხასიათს და მიმდინარეობს ხშირი გამწვაებებით. ხშირია ძვილის გამრუდების შემთხვევები, რაც ხდება ცხვირით სუნთქვის გაძნელების, ძილის პრობლემების წარმოქმნის მიზეზი. აღსანიშნავია ასევე თავბრუსხვევის მოვლენები. ყოველივე აღნიშნული დაზიანება დგინდება ოტოლარინგოლოგის კონსულტაციის შედეგად. აუცილებელია 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 « პლოსკოგუფცის»(ბრტყელტუჩას) 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 დისპეუსიურ დარღვევათა მიზეზიც.

## **სასუნთქი სისტემა**

რესპირატორული დაავადებების მხრივ მთავარი რეაქტიულობის დაქვეითების ფონზე ხშირია რესპირატორული ინფექციები, ადამიანი ხშირად ცივდება, ხშირად ემართება სურდო, ფილტვების ანთება. ასევე ამ თვალსაზრისით ხშირად ვხვდებით ტუბერკულოზის შემთხვევებსაც, რის გავრცელებასაც განაპირობებს ის არაადამიანური პირობები, რომელშიც წამების მსხვერპლი ან მოგაგად 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 ღეპრესიის სინდრომში, რაც განსაკუთრებით ნიშანდობლივია მამაკაცებში.

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

გულსისხლძარღვთა პათოლოგიის მხრივ საკმაოდ გავრცელებულია ისეთი დაავადებების შემთხვევები, როგორიც არის ჰიპერტონული დაავადება, ასევე გულის ქრონიკული იშემიური დაავადება, მიოკარდიოდისტროფია. ამგვარი დაავადებების განვითარებაში მრავალი ფაქტორი მონაწილეობს და იგი ერთ-ერთი წამყვანია ხანგრძლივად არაადამიანურ პირობებში, ყოველგვარი უკმარისობის პირობებში ადამიანის ყოფნისას განვითარებულ სხვადასხვა ორგანოთა მხრივ განვითარებულ ქრონიკულ დისფუნქციათა შორის. თუმცა არსებობს გავრცელებული აზრიც, რომ გამოკვლევულთა 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, გამოკვლევულთა 70% წარმოადგენს ჩივილებს კუჭ – ნაწლავის სისტემის მხრივ, თუმცა ამგვარი



დარღვევები ობიექტური კვლევის შედეგად არ დასტურდება, მხოლოდ გამოკვლეულთა 30% აღნიშნება ობიექტურად დადასტურებული დარღვევები (Juler, Shmidt-Nielsen, 1995).

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

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

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

### **შარდ – სასქესო სისტემა**

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

ცენტრი “ემპათია”ს მონაცემებით ხშირია თირკმელების საპროექციო არეში ტკივილები, დადებითი პასტერნაცის 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 სამვილოსნოს 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 დისმენორეის შემთხვევები; ნაადრევი კლიმაქსი; ამგვარი დარღვევები უპირატესად შეიძლება მივაკუთვნოთ ფსიქო – სომატურ დაღვევათა რიცხვს.

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

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

ზოგადი მონაცემებით ამ სისტემათა დისფუნქციაზე ჩივილები შეადგენს 10 % , თუმცა მონაცემები არ შეიძლება ჩაითავლოს მუსკულურ, 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 ადგილი ჰქონდა ცემას მუცლისა და მკერდის არეში; თუმცა პირდაპირი კავშირისა და კანონზომიერების დადგენა, რა თქმა უნდა, ამგვარი მწირი გამოკვლევებით არ ხერხდება. უნდა აღინიშნოს, რომ მნიშვნელოვანი იქნება ამ მიმართულებით კვლევების გახშირება და გაფართოება.

### **ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემა**

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

ზოგიერთი მკვლევარის აზრით 85 % შემთხვევაში წამების მსხვერპლებს აღნიშნებათ 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 ჩარგყმის (მაგალითად ოთხკუთხედი ფორმის ბოქლომი) შედეგად რიგ შემთხვევებში ადგილი აქვს კონვულსიურ სინდრომს, დიაგნოსტირდება 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 მჩხვლეტავი საგნით მიყენებული ჭრილობებისას, “ჩამოკიდებისას”, მიზანმიმართული გრაფების 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 საჯლომი ნერვის ქრონიკული ანთების განვითარებასა და სხვადასხვა სახის ნევრალგიებს, რასაც განაპირობებს არა მარტო გეგმაზომიერი დარღვევები, არამედ არააღამიანურ პირობებში ყოფნა, სიცივე, სინესტე და ა.შ. ძალიან ხშირია რადიკულოპათიები. ყოველივე აღნიშნული ატარებს 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 მიანდება. დანიის წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საერთაშორისო საბჭოს მონაცემების თანახმად, გამოკვლევულ პაციენტთა 90 % - ში აღინიშნება ამ სისტემის მხრივ ჩივილები, რომლებიც (86 % - დან 74 % - ში) მტკიცდება ობიექტურადაც (Juler, Shmidt-Nielsen, 1995); ცენტრი “ემპათია”ს მონაცემებით, 2004 – 2005 წლებში გამოკვლევულ 535 წამების მსხვერპლთა შორის 20 % აღმოაჩნდა ობიექტურად დადასტურებული ძვალ – სახსროვანი სისტემის მხრივ დაზიანება, ხოლო ჩივილებს კუნთებისა და სახსრების ქრონიკული ტკივილების შესახებ წარმოადგენდა 89 %. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად უპირატესად გამოვლინდა ხერხემლის მალეების მოგეხილობები და დისკომები ან მანკიერი შეხორცების შედეგად განვითარებული ტკივილისა და მოძრაობის შეზღუდვის მდგომარეობანი, რაც ხშირ შემთხვევაში გამოწვეული იყო ხერხემლის, განსაკუთრებით კი წელის მიდამოში გეგმაზომიერი დარღვევებით. გამოვლენილი იქნა ასევე მუხლის სახსრის დაზიანებები, რაც კლინიკურად ტკივილში, მუხლის სახსრის შესივებასა და შეწითლებაში, მოძრაობის შეზღუდვაში ვლინდებოდა.

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

ასევე აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ თითქმის ყველა შემთხვევაში პაციენტს აღინიშნება ფიზიკური წამების შედეგად ქრონიკულად მიმდინარე ტკივილის, დაძაბულობისა და დაღლილობის სინდრომი, განსაკუთრებით კისრის, თავისა და ზედა კიდურების მიდამოში, თუმცა ხშირად იგი ვრცელდება მთელს სხეულში. ამავე დროს, ობიექტური დაზიანების ნიშნები წამებიდან მოგვიანებით პერიოდში არ ვლინდება. ამგვარი სინდრომი ცნობილია “მოლგის სინდრომის” სახელწოდებით და წარმოიქმნება განსაკუთრებით ავტოკატასტროფების დროს ჰორიზონტალური დაჭიმვის შედეგად. ამგვარი სინდრომი ხშირად წარმოიქმნება უკნიდან თავში ცემის შედეგად და მისი ქრონიკული შედეგები ვლინდება საკმაოდ გამოხატულ სიმპტომოკომპლექსში, ვინაიდან მიანდება არა მარტო ხერხემლის კისრის მიდამო დისკებითა და მყესებით, არამედ ასევე თავის გვინისაკენ მიმავალი ნერვები, სისხლძარღვები და რბილი ქსოვილები. აქედან გამომდინარე, კისრის მიდამოს ტკივილების გარდა, რომელიც ხშირად ირადირდება ზემო კიდურებში, პაციენტს აღინიშნება 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 როგორც არის პიოდერმიტი; 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 ჩაგარებულ 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 მომაგება, რაც შემდგომში რიგ შემთხვევებში ყალიბდება შაქრიანი დიაბეტის სახით; ასევე გამოვლენილ იქნა თირეოტიკოსიკოზის ან ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციონირების სხვა დარღვევები, ენდოკრინოპათიული სიმსუქნე და სხვა. თუმცა ძალზე ძნელია ბუსგად განსაზღვრო ამ დარღვევათა ბუსტი მიზეზ – შედეგობრივი კავშირი წამებასთან, შესაძლოა ვივარაუდოთ ფარული ფორმების ან მიდრეკილებების მანიფესტირება წამების შედეგად.

### **ფსიქო – სომატური დარღვევები**

უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირ შემთხვევებში წამების შედეგები ფსიქო – სომატური წარმოშობისაა და მიუთითებს მძიმე და ქრონიკული სტრესული სიტუაციის შედეგად განვითარებულ სომატიზაციაზე. ცენტრი “ემპათიას” მიერ ჩაგარებული კვლევების შედეგად ფსიქოსომატურ სიმპტომთა შორის უპირატესად ფართოდ იქნა გამოვლენილი სომატო-ვეგეტატიური დისრეგულაციის მოვლენები: სიმპტომური ჰიპერტენზიის, პულსის აჩქარების, ოფლიანობის, ჰიპერსალივაციის, ლიბიდოს ცვლილების, მადის მოშლისა და სხვა გამოვლინებათა სახით, რაც შერწყმული იყო ხშირად ც.ნ.ს. ფუნქციურ დარღვევებთან – თავბრუსხვევის, კოორდინაციის მოშლის, ძილის დარღვევის, თავის ტკივილების სახით. წამების მსხვერპლ ქალთა შორის სპეციფიურად გამოვლინდა დისმენორეა და ნაადრევი კლიმაქსი, ხოლო ბავშვებსა და მოზარდებში – ფუნქციური ენურების შემთხვევები. ხშირად ამავე ტიპის აშლილობებს შესაძლოა მივაკუთვნოთ კუჭ – ნაწლავის სისტემის მხრივ გამოვლენილი დარღვევები, რომელნიც უპირატესად ყაბზობის, ან პირიქით, ხშირი დიარეების სახით იქნა გამოვლენილი.

## თავი IV. დიაგნოსტიკა და ექსპერტიზა

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

### *პირველადი ინტერვიუ*

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

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

პირველადი ინტერვიუს ჩატარებისას, მთავარი მიზანია ურთიერთნდობაზე დაფუძნებული კონტაქტის დამყარება. ამისათვის აუცილებელია წამების მსხვერპლს 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, მეგ-ნაკლებად ძნელია. რაღა თქმა უნდა, ამგვარი გარემოს შექმნა პოლიციის იზოლაციაში, სადაც წამებას ჰქონდა ადგილი, ძალზედ ძნელია. ამიგომ სამედიცინო ინტერვიუს დროს ექიმმა უნდა მოითხოვოს სრული კონფიდენციაურობა, და თუკი არ არსებობს პაციენტის 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, პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში, იგი მოგვიანებით გაეგზავნებათ.

სამედიცინო გამოკვლევები და ექსპერტიზა უნდა მიმდინარეობდეს სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც პაციენტი მეგ-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.

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

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

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

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

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

- გარკვეული და საიმედო ინფორმაციის მიცემა, კითხვების დასმისა და ეჭვების გამოთქმისათვის დროის მიცემა,
- აშლილობის მაუწყებელ სიგნალების (დისოციაცია, დაძაბულობა, ოფლიანობა, მოუსვენრობა) ამოცნობა და „უსიგვო ენის“ (არავერბალური კომუნიკაცია) ცოდნა,
- უსუსურობის შეგრძნების გამწვავების თავის არიდება წამებაგადაგანილებში,
- კონტროლირებადობა: წამებაგამოვლილი უნდა იმყოფებოდეს ადექვატური კონტროლის ქვეშ კრიტიკულ მომენტებში,
- მანძილის უზრუნველყოფის მიზნით შესაფერისი ზომის ოთახი,
- დროისა და უსაფრთხოების სიგნალების მნიშვნელობა.

- გამოავლინეთ ისეთი სიტუაციები და ობიექტები, რომლებიც იწვევენ ძალიან ინტენსიურ მოგონებებს,
- გაეცანით ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს ურთიერთქმედების დროს, მათ შორის კონგრ-გრანსფერსის რეაქციებს,
- უზრუნველყავით საკმარისი დრო ყველა სახის გამოკითხვისათვის, თუ საჭიროა, დაყავით უფრო მოკლე გამოკითხვებამდე,
- დაასრულეთ გამოკითხვა მისაღები ან პოზიტიური სახის განცხადებით,
- შექმენით პოზიტიური გარემო გამომკითხველისათვის. აღიარეთ თქვენი საკუთარი დაძაბულობა ან არაკომფორტულობის შეგრძნება. მიენდეთ თქვენს სხეულს. თავი აარიდეთ გადაწვას.

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

მაგალითები:

ელექტროკარდიოლოგიურმა ელექტროდებმა შესაძლოა გამოიწვიოს დენით წამების მოგონებები,

შემოწმების მიზნით ფეხების გაწევა წარმოქმნის გაუპატიურებასთან დაკავშირებულ მოგონებებს, გასტროსკოპია ან კბილების მკურნალობა იწვევს ორალური გაუპატიურების მოგონებებს.

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

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

- მოგონებებთან და სიტუაციებთან მართვადი (ხშირად თანდათანობითი) ბრძოლით, ფსიქოლოგიური წამების ან წამებაგადაგანაილის თვითღანაშაულის გრძობების შედეგად წარმოქმნილი დამახინჯებული ფაქტების გარკვევა და დაბნეულობის დაძლევა,
- დამნაშავის წინააღმდეგ ჩვენების მიცემითა და ფრაგმენტული მოგონებების სრულად აღდგენით წარმოდგენის შექმნა. ამის შედეგად წამებაგადაგანაილი ხელახლა რწმუნდება თავის სოციალურ სტატუსსა და ღირებულებებში.

ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს გამომკითხველისა და წამებაგამოვილიის ურთიერთობაზე, შეიძლება სრულიად შემთხვევით გახდეს შესამჩნევი ან საერთოდ გამორჩენილი იქნას მხედველობიდან. მაგრამ გამოცდილი გამომკითხველი გულმოდგინედ უნდა დააკვირდეს ასეთ ფაქტორებს, რომ მათი დახმარებით მიიღოს დამატებითი ინფორმაცია..

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



მაგალითები:

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

### **გამოკითხვის ფსიქო – დინამიური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია:**

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

#### **გადაგანის რეაქცია:**

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

#### **საიდუმლოზე დაფუძნებული ურთიერთობანი**

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

#### **მაგალითები:**

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

#### **მართვა:**

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

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

- სიმპტომები, ხშირად ასახავენ წამების გადაგანის სტრატეგიებს, და ასეთ შემთხვევაში ხდება „მეგობრები“
- სიმპტომები ასევე შესაძლოა ასახავდეს დამნაშავეს განზრახვას.

- არაადექვატური ან ძალიან ძლიერი სირცხვილის ან დანაშაულის გრძნობა ჩვეულებრივი მოვლენაა და უნდა იქნეს დაძლეული
- მეგობრებისაგან ყურადღებასა და მხარდაჭერას და საუბარს შესაფერის პირობებში შეუძლია დახმარება, ბევრი სიმპტომი შეიძლება დაძლეული იქნას.

გამოკითხვისას და ზოგადად დაგნოსტიკის დროს ყურადღება უნდა დაეთმოს ეგრეთ წოდებული “არაპირდაპირი გრავიმირების” მოვლენებს. მეგავლენა მათზე, რომლებიც კავშირში არიან წამებგადაგანილებთან. მათ გამოცდილებასთან ან წამების დამსწრეებთან მოიცავს:

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

რაში შეიძლება გამოვლინდეს ეს პრობლემები და რა უნდა იქნას გაკეთებული:

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

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

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

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 ზუსტი დიაგნოსტიკა. ამას მნიშვნელობა აქვს როგორც სწორი მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმის შედგენისა და ჩაგარებისათვის, 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, ჩაგარებულ უნდა იქნას სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ; აუცილებელია მასში მონაწილეობდეს როგორც ზოგადი პროფილის თერაპევტი, ასევე ფსიქიატრი, ნევროლოგი, გრაფმაგოლოგი, ფსიქოლოგი, და კლინიკურ სიმპტომთა ანალიზის გათვალისწინებით – სხვა ცალკეული დარგის

სპეციალისტები: კარდიოლოგი, სტომატოლოგი, ოტოლარინგოლოგი, გინეკოლოგი და სხვა; სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩაგარებისას 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, აგარებს სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური ჯგუფი. იგი მოიცავს გარეგნულ დათვალიერებას, კლინიკურ გასინჯვას სხვადასხვა სპეციალისტთა მიერ, პაციენტის კომენტარების შესაბამისად ცალ-ცალკე უნდა იქნას განხილული ადრინდელი დამიანებების მდებარეობა და გამომწვევი მიზეზები და ის დამიანებები, რომელიც პაციენტის მიერ აღიწერება, როგორც წამების შედეგები; კლინიკური გამოკვლევა თერაპიული და სხვა სპეციალისტთა კონსულტაციების გარდა უნდა მოიცავდეს პაციენტის ფსიქიკურ სტატუსს და ასევე ნევროლოგიურ სტატუსს;
- ფსიქიკური სტატუსის აღწერისას საყურადღებოა ფსიქოლოგიური გამოკვლევის შედეგების ჩართვაც;
- **კითხვარებისა და შეფასების შკალების გამოყენება:** კლინიკურ დიაგნოზთან უმრავლესობა, განსაკუთრებით აფექტური აშლილობებისა და პესა-ს დიაგნოზი, შეიძლება დაისვას კლინიკური გამოკითხვებისა და გამოკვლევის საფუძველზე, მაგრამ შესაძლოა სასარგებლო აღმოჩნდეს სათანადო თვითშეფასება ან შემფასებლის მიერ ჩაგარებული გამოკითხვები ან აუცილებლობის შემთხვევაში, თუ გამოყენებულ უნდა იქნას ობიექტური ან დამატებითი საშუალებები, მოსალოდნელია სკრინინგის ჩაგარება, ან უნდა შეფასდეს ხანგრძლივი კურსი. გამოყენებულმა საშუალებებმა უნდა ასახოს ძლიერი გრავიმის გამომწვევ სტრესგადაგანილი ადამიანების ენისა და წერა-კითხვის ცოდნა, კულტურა და მათში გამოვლენილი სომატური და ფსიქიატრიული აშლილობებისა და რეაქციების შეთავსებადობა.
- სტრუქტურული კლინიკური გამოკითხვები: ფსიქიატრიულ აშლილობებთან დაკავშირებული სტრუქტურული და ნახევრად სტრუქტურული გამოკითხვები შეიძლება დაეხმაროს გამომკითხველს გაეცნოს დიაგნოსტიკურ კატეგორიებს და წარმოადგინოს კვლავწარმოებითი სტანდარტი განმეორებითი ტესტირების შედეგების სათანადო მდგრადობით. ჩამოთვლილი საშუალებები დამტკიცებულია მრავალ ენაზე და განიხილება, როგორც „ოქროს სტანდარტები“. ყველა ეხება პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობას.
- შეზღუდვები: ბოგიერთი აშლილობა არ არის განხილული; ორიენტაცია კვლევაზე; კვლევის საშუალებები არ უნდა იყოს

საზოგადოებისათვის მიუღებელი; საჭიროა ტრენინგი. აღნიშნული საშუალებები ასევე სიცოცხლისნდელი დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას იძლევა! (ხანგრძლივი რეგროსპექტული შეფასება). ყურადღება გამახვილებულია აშლილობებზე; სხვა შედეგები არ არის განხილული; არანაირი კომპლექსური პგსა.

- SCID (სტრუქტურული კლინიკური გამოკითხვა DSM-IV–თან დაკავშირებით): DSM IV, გამოცდილი შემფასებლებისათვის.
- CIDI (კომპომიგური საერთაშორისო დიაგნოსტიკური გამოკითხვა): ICD 10, DSM IV, ნაკლებად გამოცდილი შემფასებლებისა და ეპიდემიოლოგიური კვლევებისათვის.
- SCAN (კლინიკური შეფასების შკალები ნეიროფსიქიატრიაში): ICD 10, DSM IV. PSE 10 დაყრდნობით, გამოცდილი შემფასებლებისათვის.
- CAPS (კლინიცისგის მიერ გამოსაყენებელი პგსა შკალა) სათანადოდ დამტკიცებული პგსა-ს შესაფასებელი საშუალება (ასევე, მრავალი გრავმის ან პაგიმრობის შემდეგ, და ხანგრძლივი კურსისათვის) მოიცავს „კომპლექსურ“ პგსა-თან დაკავშირებულ ნაწილს („თანმხლები სიმპტომები“). შენიშვნა: DSM IV-ის საფუძველზე.
- გრავმის შეფასების ჰარვარდის კითხვარი (HTQ): ზოგიერთი ნაწილი, მათ შორის მოვლენებისაგან, თავის ტვინის გრავმისაგან, ზოგადი პგსა-ს თანმხლები სიმპტომებისაგან.
- საყურადღებოა ასევე სხვა შკალების არსებობაც, რომლებიც ფართოვს გამოიყენება კვლევებისათვის: პგსა შეფასების ვაგსონის კითხვარი, მისისიპის პგსა შეფასების კითხვარები და სხვა.
- ფსიქოლოგიური გამოკვლევა შესაძლოა მიმდინარეობდეს სხვადასხვა სუბიექტური და ობიექტური კითხვარების გამოყენებით; ამისათვის ხშირად გამოიყენება პოსტგრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომთა შეფასების სხვადასხვა კითხვარი, რომელნიც ბევრით იქნა მოყვანილი. ასევე დეპრესიისა და შფოთვის შკალები, აგრესიისა და პიროვნული პროფილის შემსწავლელი ტესტები, მნიშვნელოვანია პროექციული ტესტების გამოყენებაც, მაგალითად, ბავშვებში ხელის ტესტის; რემიდეალური და კლინიკურად ძნელად გამოსავლენი თავის ქალას გრავმების ნარჩენი მოვლენების გამოსავლენად ხშირად გამოიყენება ნეიროფსიქოლოგიური ტესტები.
- პგსა დიაგნოსტიკის სხვა სპეციალური მეთოდები ჩვეულებრივ არ არსებობს ან არ არის აუცილებელი, და შეიძლება საჭირო გახდეს მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში. მაგალითები: ქცევაზე ორიენტირებული ფსიქოფიზიოლოგიური და ვიზუალიზაციის მეთოდები. ჩვეულებრივ არ არის აუცილებელი, შეიძლება გამოყენებულ იქნას განსაკუთრებულ შემთხვევებში (მგრულად განწყობილი სასამართლო, შედეგები საკამათოა); ხშირად დაფინანსება რთულია; მთავრადეო პაციენტს სტრესი; მკურნალობა უნდა

ჩაგარდეს და ინტეგრირებულ იქნას დიაგნოსტიკაში. SPECT, PET, ენერგეტიკულ სპექტრალური ECG, პუპილომეტრია. კანის გალვანური რეაგირება, სხვა პერიფერიული მაჩვენებლები.

- სრული ანამნეზური მონაცემების შეგროვება, როგორც წამებამდე პერიოდზე, ასევე წამების ფაქტებთან დაკავშირებით და წამების შემდგომ პერიოდთან დაკავშირებით;
- ანამნეზი უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას ყველა გადატანილი დაავადების შესახებ წამებამდე, ასევე იმ დაავადებებისა თუ ღამიანებების შესახებ, რაც წამების შედეგად განვითარდა;
- წამების ისტორია შეძლებისდაგვარად დეტალურად უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას თუ სად, ვის მიერ, როდის და რა მეთოდებით იქნა ნაწამები აღამიანი, 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 აღგილი ჰქონდა თავში ცემას, გონების დაკარგვით, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, სხვადასხვა ორგანოთა ექოსკენირება, კარდიოგრაფია და სხვა კარდიოლოგიური სფენციკური გამოკვლევები, გინეკოლოგიური გამოკვლევების ჩატარება მნიშვნელოვანი ხდება გაუპატიურების და სხვა სასქესო ორგანოების დაზიანების დროს.
- განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს თავის ტვინის გრავმის დიაგნოსტიკას, რაც მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: კლინიკური გამოკითხვა, შეიძლება მონაწილეობა მიიღონ ნათესავებმა ან მეგობრებმა, რადგან წამებაგადატანილმა აღამიანმა შეიძლება ვერ შეამჩნიოს გარკვეული ცვლილებები ქცევაში ან ფუნქციონირებაში, წამების შემდეგ. ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირებას, ელექტრო ენცეფალოგრაფიას (EEG), რადიო ვიზუალიზაციის მეთოდების გამოყენებას: :
  - რენტგენი, ოგოსკანირება
  - CAT (ტომოგრაფია)
  - NMR (ვიზუალიზაცია ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის მეთოდით)
- ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება მიუხედავად იმისა, რომ მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული სტამბოლის პროტოკოლში ხსენებული შეზღუდვები, ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება წარმოადგენს საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტულ პროცედურას თავის ტვინის გრავმის მრავალი ფორმის დიაგნოსტიკაში, რომლის განხორციელებაც შესაძლოა რთული იყოს უმეტეს სიტუაციებში (როგორცაა ცხებ). ასევე გათვალისწინებულ უნდა იქნას, რომ წამების დროს მიყენებული თავის ტვინის გრავმა შეიძლება აგიპიური იყოს და, რომ სტანდარტული დიაგნოსტიკური პროცედურების გამოყენებით შეიძლება არ გამოვლინდეს ისეთი მეთოდებით

მიყენებული დაზიანება, როგორცაა „სუბმარინო“ (გუდვა). დაზიანების ნებისმიერი ფორმა შეიძლება გამოვლინდეს განსაკუთრებით დიფუზური თავის ტვინის გრავმის შემდეგ, რომელიც ასევე არსებობს ფოკალური გრავმების დროს. ტესტირება შეიძლება იყოს სტრესული (წამების გახსენება) ან შეზღუდული ენისა და კულტურული ფაქტორების გამო.

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

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

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

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

■ შეფასება ხდება, როგორც – მაგალითად - 4V4 6 = GCS 14.

■ კომის 13 ქულიანი ან უფრო მაღალი შეფასება შეესაბამება თავის ტვინის მსუბუქ გრავმას, 9-12 – საშუალოს, ხოლო 8 და ნაკლები – თავის ტვინის ძლიერ გრავმულ დაზიანებას.

■ უარყოფითი შედეგი შესაძლოა არ გამოირიცხავდეს თავის ტვინის დიფუზურ გრავმას, რადგან მიკრო-დაზიანებები მოგჯერ შეიძლება რთული

აღმოსაჩენი იყოს NMR ვიზუალიზაციის დროსაც კი (ვიზუალიზაცია ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსის საფუძველზე).

■ **სუბლურალური ჰემატომა**

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

**ლოკუმენტაცია**

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

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

CPT რეკომენდაციის თანახმად, ყოველი პაციმარი ციხეში შესვლისთანავე და შემდგომში ყოველთვის, ადგილის ცვლილებისას, უნდა იქნას გასინჯული ექიმის მიერ, უნდა ჩაუგარდეს 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 გეწოლა ან შემლუღვა 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 ლეგალურად კლინიკური გასინჯვისას უნდა იქნას აღწერილი შინაგანი ორგანოების მდგომარეობა;
- უნდა აღიწეროს ფსიქიკური სტატუსი;
- ასევე ნევროლოგიური სტატუსი;
- აუცილებელია აღიწეროს გამოსაკვლევი პირის ჩვილები მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და ლეგალური კომენტარები ყოველგვარ ხილულ თუ უხილავ დარღვევასთან დაკავშირებით;
- აუცილებელია გაკეთებულ იქნას სამედიცინო დასკვნა სავარაუდო ან სინდრომული დიაგნოზის მითითებით;
- და შესაბამისი რეკომენდაციებით: თუ რა სახის სპეციალისტთა კონსულტაციებია საჭირო, რა სახის გამოკვლევებია საჭირო და რა სახის პირველადი დახმარება ან შემდგომი დახმარება არის მიზანშეწონილი;
- ამგვარი დასკვნა უნდა მოიცავდეს სპეციალურ რეკომენდაციებსაც, მაგალითად განსაკუთრებული ყურადღების შესახებ სუიციდალური ტენდენციების გამოვლენის შემთხვევაში;
- დასკვნა ასევე უნდა მოიცავდეს პირველადი დახმარების ღონისძიებებსაც, თუკი ამგვარი ჩაუგარდა გამოსაკვლევ პირს;
- აუცილებელია ამგვარი დასკვნა გაეცნოს თვითონ გამოსაკვლევ პირს ან მის წარმომადგენელს და დაფიქსირებულ იქნას მათი კომენტარებიც;
- დასკვნას აუცილებლად ხელს უნდა აწერდეს გამოკვლევის ჩამტარებელი ექიმი და უნდა იქნას დაფიქსირებული გამოკვლევის თარიღი და დრო;
- აუცილებლობისა და საჭიროების შემთხვევაში ციხის ექიმს უნდა ჰქონდეს საშუალება გამოიძახოს სხვა სპეციალისტის ექიმი – კონსულტანტი ან მოითხოვოს სასწრაფოდ რაიმე სახის გამოკვლევა, ან 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 (სტამბულის ოქმი). ეს პრინციპები უწყევ მითითებას არ ნიშნავს და მათი გამოყენება, ექსპერტიზის მიზნებიდან გამომდინარე, არსებული საშუალებების შეფასების შემდეგაა შესაძლებელი. წამებისა და სასტიკი მოპყრობის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მკიცებულებების ექსპერტიზა შეიძლება ჩაატაროს, 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? \_\_\_\_\_  
გამოსაკვლევს თან ახლავს (გვარი/თანამდებობა): \_\_\_\_\_  
ექსპერტიზაზე დამსწრე პირები (გვარი/თანამდებობა): \_\_\_\_\_  
გამოკვლევის დროს დასაკითხი პირი იმობილიზებული იყო: დიახ/არა; თუ “დიახ”, მაშინ რა  
სახით/რა მიზეზით? \_\_\_\_\_  
სამედიცინო დასკვნა გაგზავნილია (გვარი/თანამდებობა/ ИИ): \_\_\_\_\_  
გაგზავნის თარიღი: \_\_\_\_\_ გაგზავნის დრო: \_\_\_\_\_  
სამედიცინო ექსპერტიზა/გამოკვლევა შეზღუდვების გარეშეა ჩატარებული (პატიმრების მიმართ):  
დიახ/არა \_\_\_\_\_  
აღწერეთ დაწერილებით ნებისმიერი შეზღუდვა: \_\_\_\_\_

#### II. ექიმის კვალიფიკაცია (სასამართლოზე ჩვენებისათვის)

სამედიცინო განათლება და კლინიკური მომზადება  
ფსიქოლოგიური/ფსიქიატრიული მომზადება  
წამებისა და სასტიკი მოპყრობის მკიცებულებების დოკუმენტირების გამოცდილება  
რეგიონში ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროში მოცემულ გამოკვლევასთან  
დაკავშირებული სპეციალობის ცოდნა და გამოცდილება  
პუბლიკაციის კვლევასთან დაკავშირებული საჯარო გამოსვლები და პროფესიული  
მომზადების კურსები  
მოკლე ბიოგრაფია

#### III. განცხადება ჩვენებების უცყუარობის შესახებ (სასამართლოზე ჩვენებისათვის)

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

#### IV. საწყისი ინფორმაცია

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

წამძღვარებული სამედიცინო ანამნეზი

წამებისა და სასტიკი მოპყრობის წინასამედიცინო ექსპერტიზის განხილვა

ფსიქოსოციალური ანამნეზი დაპატიმრებამდე

##### (i) განცხადება წამებისა და სასტიკი მოპყრობის შესახებ

1. დაკავებისა და სასტიკი მოპყრობის მოკლე აღწერა
2. დაკავებისა და დაპატიმრების გარემოებები
3. პატიმრობის თავდაპირველი და მომდევნო ადგილები (თარიღები, 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 წამებამდე
5. თავდაპირველი ფსიქოლოგიური/ფსიქიატრიული ანამნეზი
6. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ხმარებისა და მათი ბოროტად გამოყენების ანამნეზი
7. ფსიქიკური მდგომარეობის გამოკვლევის შედეგები
8. სოციალური ფუნქციონირების შეფასება
9. ფსიქოლოგიური ტესტირება (ჩვენებები და შეზღუდვები იხ. ნაწილი VI. C 1)
10. ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება (ჩვენებები და შეზღუდვები იხ. ნაწილი VI. C 4)

(v) ფოტოსურათები

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

(vii) კონსულტაციები

(viii) მოცემული გამოკვლევის ინტერგრაცია

1. ფიზიკური მონაცემები

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

2. ფსიქოლოგიური მონაცემები

- ა) დაადგინეთ ფსიქოლოგიური გამოკვლევის შედეგებისა და ვითომდა წამების შესახებ ცნობის შესაბამისობის ხარისხი.
- ბ) შეაფასეთ, ექსტრემალური სტრესის დროს ტიპურ ან მოსალოდნელ რეაქციად მიღებული ფსიქოლოგიური მონაცემები არის თუ არა გამოსაკვლევი პირის კულტურული და სოციალური წრის კონტექსტში.
- ც) მიუთითეთ გამოსაკვლევი პირის ფაქტობრივი მდგომარეობა ფსიქიკური მოშლილობის დინამიკის მიმართ, რომელიც დაკავშირებულია 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 ტრავმის შესაძლებელ მონაცემებთან.

(ix) დასკვნები და რეკომენდაციები

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

(x) განცხადება სიმართლის ჩვენების შესახებ (სასამართლოზე ჩვენებისათვის)

მაგალითად: “ვიცი რა, ცრუმოწმების პასუხისმგებლობის შესახებ კანონის თანახმად ——— (ქვეყანა) ვაცხადებ, რომ შემთხვევაში სიმართლეს შეესაბამება და ზუსტია 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 დოკუმენტაციებისათვის, ფოტოსურათები, კონსულტაციისა და დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგები და ა.შ. « (სტამბოლის პროტოკოლი, 2001) »

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

## 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 ბოგადად 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 მოთხოვნილებებზე ორიენტირებული სერვისების ინტეგრაციის (ურთიერთდაკავშირებული სერვისების) მიწოდებით. სისტემურ ოპერაციებს ახასიათებს: 1) შენაგანი (შემავალი) მონაცემები (Input); 2) გამგანუნარიანობა – გამოყენების კოეფიციენტი (throughput) 3) გამომავალი მონაცემები ან/და პროდუქტი (output) 4) უკუკავშირი (feed back)

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

- **შეფასება** – კლიენტის საჭიროებების, მოთხოვნილებების 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, კლინიკის საჭიროებების და მოთხოვნების 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 პათოლოგიათა ჯგუფით, რომელიც გამოვლენილ იქნა ცალკეულ შემთხვევაში; წამების შემთხვევაში ხშირია ძვალ – სახსროვანი პათოლოგიები, ასევე ნევროლოგიური, სტომატოლოგიური, გინეკოლოგიური პრობლემები, ასევე შარდსაქქესო 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.
- **მეტად მნიშვნელოვანი და ხშირად რეაბილიტაციის აუცილებელი მეთოდია ფიზიოთერაპია და მასაჟი,** რომელიც განსაკუთრებით ძვალ – სახსროვანი და ნევროლოგიური პათოლოგიების დროს არის აქტუალური.
- **ფსიქიკური/ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია და მკურნალობა**

გრაფიული სტრესის სხვადასხვა კლინიკური გამოვლინებების დროს მკურნალობაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ფარმაკოთერაპია. რიგი ავტორების აზრით (F. Weil et al.), PTSD ქრონიზაციის თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია ფსიქო-გრაფიის შემდეგ დაუყოვნებელი მკურნალობა. ყველაზე ეფექტურ საშუალებებად, განსაკუთრებით შფოთვის მაღალი ხარისხის დროს, მიჩნეულია ბენზოდიაზეპინის რიგის პრეპარატები, როგორცაა ქლორდიაზეპოქსიდი (ლიბრიუმი), დიაზეპამი (ვალიუმი), ფლურაზეპამი (დალმანი) და ოქსაზეპამი (სერაქსი). ეს პრეპარატები ითვლება ნაკლებად ტოქსიურად და არ იწვევენ დამოკიდებულების წარმოქმნას. (Swonger A., Constantine L., Bassuck E., Shchoonover S., Shader R.). თუმცა თანამედროვე მიდგომებიდან გამომდინარე აღნიშნული პრეპარატების ხანგრძლივი დროით დანიშვნა მიზანშეწონილი არ არის, ასევე ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატების დანიშვნა მიზანშეწონილი არ არის თუკი ადგლი აქვს მიდრეკილებას წამალდამოკიდებულების პრობლემებისადმი. ბოგიერთი 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 ანგიდეპრესანტებს, კერძოდ ფენელზინს. პრეპარატის დოზა 75 მგ. დან 45 მგ. მდე. მერყეობს. თუმცა ამჟამად უპირატესობა პოსტგრაფული სტრესული აშლილობის მკურნალობაში ენიჭება სეოტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორებს – ახალი თაობის ანგიდეპრესანტებს, რომელთა მოქმედებას გვერდითი მოვლენები ნაკლებ ახასიათებს. ხალი თაობის ანგიდეპრესანტები მიჩნეულნი არიან როგორც პირველი არჩევის პრეპარატები პგსა – ს მკურნალობისათვის. ამგვარ პრეპარატებს მიეკუთვნება (ეგრეთ წოდებული SSRI – ს ჯგუფის პრეპარატები: სერტრალინი, პაროქსეტინი, ფლუოქსეტინი, ფლუოქსამინი, ციტალოპრამი. ხალი თაობის ანგიდეპრესანტებს, რომელიც ასევე წარმატებულად გამოიყენება პგსა – ს მკურნალობისათვის განეკუთვნება ასევე ნეფაზოდონი და ვენლაფაქსინი. (ექსპერტთა შეთანხმებული გაიდლაინი, პოსტგრაფული სტრესული აშლილობის მკურნალობა, 1999, ეურნალი კლინიკური ფსიქიატრია, ტომი 60). ძლიერი აგზნების მოსახსნელად გამოიყენება ფენოთიაზინის ჯგუფის პრეპარატები ქლორპრომამინი (ამინაზინი, თორაზინი) და თიორიდაზინი (მელერილი) მცირე დოზებით. M. Wolf et al. დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ანგიკონვულსანტ 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: გადაუღებლობა, დაახლოება და იმედი. გადაუღებლობა გულისხმობს ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. დაახლოება მოიცავს თერაპიის ჩაგარებას საომარი მოქმედებებისა და მასიური კატასტროფების მონასთან ახლოს; და ბოლოს, იმედი გულისხმობს « გამამხნეველ დამოკიდებულებას », როცა დაზარალებულს 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 გრავმაზე ორიენტირებული ნეიროლინგვისტური პროგრამირების მეთოდი, ასევე ჰიპნოთერაპია, მსუბუქი ტრანსის მდგომარეობა და შთაგონება. ფართო გავრცელება ჰპოვა Mitchel მეთოდმა, რაც გულისხმობს გრავმირებულთაგან 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 მოვლებებისათვის აზროვნების დამუხრუჭება (Miller T. 1981).

რიგი ავგორების აზრით, PTSD დროს უმთავრესია, მაგრაფირებელი მოვლების შედეგად აღმოცენებული ინტრაფსიქიკური, შინაგანი კონფლიქტი, რაც ხშირად იწვევს ფასეულობათა სისტემის მსხვერველასა 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 გრაემული 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

წვერი არაიდენტური გრავემული გამოცდილებითა და რამდენადმე განსხვავებული პრობლემებით. წარმოქმნილ ჯგუფს ეწოდება "უსიქოთერაპიული ჯგუფი". ახალი წვერების შეყვანა ხელს უწყობს გრავემირებული "მე"-თი ყველაზე უფრო მეტად დემორგანიზებულ პაციენტებში ემოციურ აფეთქებას, რის შედეგადაც იწყება ჯგუფის წვერებში გამაღიზიანებელი ქცევები, « ჩვენ ვგრძნობთ ცნების შესუსტებას და გაღიზიანებას და მრისხანებას "რეალობასთან" შეჯახების გამო. თერაპევტის ხელმძღვანელობით ჯგუფის წვერები სწავლობენ თავიანთი ემოციების მართვასა და განცდათა ანალიზს ». ამის შემდეგ იწყება მესამე ფაზა, ანუ "უსიქოანალიზურად ორიენტირებული ჯგუფი".

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

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

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია PTSD დაზარალებულთა შორის ოჯახური უსიქოთერაპიის გამოყენება, რადგან ძალიან ხშირია ოჯახის წევრთა შორის ურთიერთობებში ცვლილებები გრავემის შედეგად, ასევე დამახასიათებელია ოჯახის წევრთა შორის განცდებით ურთიერთინდუცირება, რის შედეგადაც პირველ რიგში ბარალდებიან ბავშვები. ოჯახური უსიქოთერაპია გულისხმობს უსიქოთერაპიულ მუშაობას მთელ ოჯახთან, როგორც ჯგუფთან. უსიქოთერაპევტი 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 გრავმის შინაარსით. აქედან გამომდინარე მკურნალობისას დიდი ყურადღება ეთმობა წყვილების თერაპიას, რაც ძირითადად ფოკუსირებულია არაგრავმირებული მეუღლის მიერ დამხმარის როლის საკუთარ თავზე აღებაზე, თუმცა დაზარალებულის გამოჯანსაღების შემდეგ მოსალოდნელია დამხმარის როლის დაკარგვასთან დაკავშირებით ფრუსტრაციისა და ღებრების განცდები, რის გამოც ფსიქოთერაპიული ეხმარება წყვილებს ახალი როლების განსაზღვრაში, ახალი გეგმების შემოშვებასა და მიღწევაში.

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

შეუძლებელია არ აღინიშნოს გრავმული სტრესის მკურნალობაში ეგზისტენციალური ანალიზის როლი, რომელსაც Viktor Frankl წარმატებით მიმართავდა თვით საკონცენტრაციო ბანაკშიც კი. ეს მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია, ვინაიდან გრავმული სტრესის დროს ხშირად ვლინდება ღებრისული 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 მოსახსენებლად 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 არჩევას აუცილებელია პიროვნების ინდივიდუალური თავისებურებების, მისი მსოფლმხედველობის, ფასეულობათა სისტემის, განვითარების დონის, ასევე ეთნო-კულტურული თუ სოციო-კულტურული მახასიათებლების, ასაკის, სქესისა და ფსიქოგრავმის 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-გრავმის 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 გრავმული სტრესისაგან ემოციური განმუხტვისათვის; იგი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს აკვიატებული მოგონებებისა და განცდებისაგან თავის დაღწევის პროცესში.

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

წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საკითხები მოიცავს მრავალფეროვან კომპლექსურ ღონისძიებებს, რომელთა შორისაც ერთერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სოციალურ რეაბილიტაციას, რაც პირველ რიგში გულისხმობს სოციალურ თანადგომას. სოციალური თანადგომა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: 1. თვითდახმარების ჯგუფების ორგანიზაცია დაზარალებულთა შორის, ბუნებრივი ლიდერის გამოვლენით. ასეთი ჯგუფების უმთავრესი ამოცანაა თანაგრძნობისა და თანადგომის 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 გრავემული სტრესით გამოწვეული ისეთი სპეციფიური პრობლემებიდან გამომდინარე, როგორც არის ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, სწავლაში ჩამორჩენა, ინტერპერსონალური ურთიერთობების პრობლემები, მნიშვნელოვანია სპეციალური პროგრამების შემუშავება, რომლებიც მოიცავენ უნარების განვითარებისა და აღმზრდელობით-საგანმანათლებლო ჯგუფების ფორმირებას, კულტურულ-სპორტული და სამკურნალო-პროფილაქტიკური, თუ გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შემუშავებას. გამომდინარე წამების სიგუაციების სპეციფიკიდან აუცილებელია გარემოში სოციალური დახმარების ორგანიზება, რათა შეძლებისდაგვარად დაცული იქნას წამების მსხვერპლისა და მისი ოჯახის წევრთა უსაფრთხოება, ამგვარი ქმედებები გულისხმობს ფასილიტატორულ აქტივობას ცალკეულ სახელმწიფოებრივ ორგანოებთან, მათ შორის ძალოვანი სტრუქტურების წარმომადგენლებთან; რეაბილიტაციის აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს წამების მსხვერპლის იურიდიული კონსულტირება, დახმარება სასამართლოებში საქმის მსვლელობისას; ამავდროულად დახმარების უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო – იურიდიულ კომპონენტს შეადგენს წამების მსხვერპლისათვის სამედიცინო დასკვნის მომზადება და გაცემა; ამგვარი დასკვნის გადაცემა სასამართლოებისა თუ პროკურატურისათვის, ასევე წამების მსხვერპლის ადვოკატისათვის.

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

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

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

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

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

ხშირ შემთხვევაში წამებით გამოწვეული უბედურებების პოლიმორფული ხასიათიდან გამომდინარე მნიშვნელოვანია არასპეციფიური დახმარების აღმოსაჩენად მოხალისეთა ჩართვა რეაბილიტაციურ ღონისძიებებში; ამისათვის აუცილებელია მათი გათვითცნობიერება გრავიმული 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 დაზარალებულებთან. 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
- გრავმატოლგი
- ფიზიოთერაპევტი
- ფსიქოთერაპევტი

- არგ თერაპევტი
- ფსიქოლოგი
- სოციალური მუშაკი
- ექთანი
- სხვადასხვა კონსულტანტები (გინეკოლოგი, ნარკოლოგი, კარდიოლოგი, დერმატო-ვენეროლოგი, ოტოლარინგოლოგი, ოფტალმოლოგი, ქირურგი, პულმონოლოგი და სხვა საჭიროებისდა მიხედვით).
- იურისტი

**ბავშვებთან მუშაობისათვის აუცილებელია რეაბილიტაციაში ჩართული იქნან :**

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

## **დანართი 1: პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მკურნალობის ექსპერტთა შეთანხმებული გაიდლაინების მოგიერთი სქემა**

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

**გაიდლაინი I: როგორ შევიცნოთ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა :**

**1 A: ექსტრემალური სტრესისი გიპები, რომელნიც იწვევენ პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობას:**

სტრესორის გიპები	მაგალითები
სერიოზული შემთხვევა	საგზაო, საჰაერო, საზღვაო ან ინდუსტრიული ავარია.
ბუნებრივი კატასტროფა	ქარბორბალა, ქარიშხალი, წყალდიდობა, მიწისძვრა
კრიმინალური შემთხვევა	ფიზიკური შეტევის მსხვერპლი, დაჭრა, ცემა და ა.შ.
სამხედრო	საომარ მოქმედებათა თეატრში მონაწილეობა
სექსუალური ძალადობა	გაუპატიურება ან მცდელობა
ბავშვობისდროინდელი სექსუალური ძალადობა	ინცესტი, გაუპატიურება, სექსუალური კონტაქტი დიდთან ან გაცილებით დიდ მოზარდთან.



ბავშვობისდროინდელი ძალადობა ან სეიომული უგულვებელყოფა (უყურადღებობა, მიგოვებულობა)	ცემა, დამწვრობა, შიმშილობა, შებლუღვები
ტყვეობა, პატიმრობა, წამება	გატაცება ან ტყვედ აყვანა, გერორისგული შეტევა, წამება, დაპატიმრება როგორც სამხედრო ტყვე ან საკონცენტრაციო ბანაკში ყოფნა, დევნილობა
გრაფიული მოვლენების შესახებ გაგება ან ამგვარი მოვლენის ხილვა	დახვრეგათა ხილვა, მსხვერპლად შეწირვათა ხილვა, მოულოდნელი უცაბელი სიკვდილი საყვარელი ადამიანის

### ***IB სტრესორის გავლენა***

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

### ***IC: პესა ძირითადი სიმპტომები***

ძირითადი სიმპტომები	მაგალითები
გრაფიული მოვლენის განმეორებითი განცდა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• აკვიატებული, დისტრესის გამომწვევი მოგონებები გრაფიული მოვლენის შესახებ</li> <li>• ფლემბექის (Flashbacks) ეპიზოდები – განცდა, რომ გრაფიული მოვლენა კვლავაც მეორდება</li> <li>• ღამის კომმარები, როდესაც მოვლენა ან სხვა საშინელებანი ხშირად სიზრებში მეორდება.</li> <li>• გამოხატული ფიზიკური და</li> </ul>

	ემოციური რეაქციები გრიგერთა მიმართ, რომელნიც პიროვნებას გადაგანილ მოვლენას მოაგონებენ
განდევნის სიმპტომები	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გაქცევა იმ მოქმედებებისაგან, ადგილების, ფიქრების, განცდების, შეხვედრებისაგან, რომელნიც დაკავშირებული არიან გრავმასთან</li> </ul>
ემოციური გაყინვა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ინტერესების დაკარგვა</li> <li>• სხვებზე დამოკიდებულების განცდა</li> <li>• ემოციათა შეზღუდვა (ემოციური რემონანსის დაქვეითება)</li> </ul>
მოჭარბებული სიფხიზლის განცდა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ძილის მხრივ სირთულეები</li> <li>• გაღიზიანებალობა ან სიბრაზის აფეთქებები</li> <li>• კონცენტრაციის გაძნელება</li> <li>• მოჭარბებული სიფხიზლე</li> <li>• გაზვიადებული მყისიერი პასუხი</li> </ul>

**I D: სიმპტომთა ხანგრძლივობა**

თუკი სიმპტომთა ხანგრძლივობაა	დიაგნოზია არის	კომენტარი
ერთ თვეზე ნაკლები	წვავე სგრესული აშლილობა (არა პგსა)	ეს არის სიმპტომები, რომელნიც ვითარდება დაუყოვნებლივ სგრესორის განვითარებისას ან მის შემდეგ და შეიძლება იყოს ტრანზიტორული ან თავისთავად ამოწურვადი, თუმცა ჯერჯერობით არ შეიძლება დიაგნოსტიკურ როგორც პგსა, მაგრამ გამოსაგული სიმპტომები ამ პერიოდის განმავლობაში წარმოადგენს რისკ ფაქტორს პგსა – ს განვითარებისათვის.
1 – 3 თვე	მწვავე პგსა	აქტიური მკურნალობა ამ ფაზაში, შეიძლება დაგვეხმაროს თავიდან ავიცილოთ პგსა – ს ქრონიზაცია
3 თვე ან/ და მეტი	ქრონიკული პგსა	ხანგრძლივი სიმპტომები შეიძლება ითხოვდეს უფრო

		ხანგრძლივ და შემტევ მკურნალობას და მიდრეკილია ასოცირებულ იყოს სხვა თანმხლებ დაავადებებთან
--	--	---

**1 E: უპირატესად გავრცელებული თანმხლები აშლილობანი პგსა –ს მქონე პაციენტებში:**

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

თანმხლები მდგომარეობანი
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დამოკიდებულებისა და წამალდამოკიდებულების პრობლემები</li> <li>• დიდი დეპრესიული აშლილობა</li> <li>• პანიკური აშლილობა/აგორაფობია</li> <li>• გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა</li> <li>• ობსესიურ – კომპულსური აშლილობა</li> <li>• სოციალური ფობია</li> <li>• ბიპოლარული აშლილობა</li> </ul>

**II. მკურნალობის საწყისი სტრატეგიების შერჩევა**

**გაილდანი 2: ძირითადი მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევა**

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

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

ასაკი	სიმძიმე	მწვავე პგსა	ქრონიკული პგსა
ბავშვებში და უფრო ახალგაზრდა მოზარდებში	საშუალო	პირველად ფსიქოთერაპია	პირველად ფსიქოთერაპია
	უფრო მძიმე	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და

		ფსიქოთერაპიის კომბინირება	ფსიქოთერაპიის კომბინირება
უფროსი ასაკის მოზარდებში და დიდებში	საშუალო	პირველად ფსიქოთერაპია	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
	უფრო მძიმე	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება
გერიატრიულ პაციენტებში	საშუალო	პირველად ფსიქოთერაპია	პირველად ფსიქოთერაპია
	უფრო მძიმე	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება	ფსიქოთერაპია პირველად ან მედიკამენტოზური თერაპიისა და ფსიქოთერაპიის კომბინირება

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

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

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

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

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

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

**გაილდანი 4: საწყისი მედიკამენტის შერჩევა**

**4 A: მედიკამენტების უპირატესი კლასები სხვადასხვა სამიზნე სიმპტომებისათვის**

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

უპირატესად გამოხატული სიმპტომი	რეკომენდირებული მედიკამენტი	ასევე განიხილება
აკვიატებული ფიქრები	<ul style="list-style-type: none"> <li>SSRI</li> <li>Nnefazodoni</li> <li>venlafaxsini</li> </ul>	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები

“ფლემბექის” ეპიზოდები	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> </ul>	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
ტრავმასთან დაკავშირებული შიში, პანიკა და განდევნის სიმპტომები	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები</li> <li>• ბენზოდიამეპინები (მაგ., კლონაზეპამი)</li> </ul>
ზოგადი შფოთვა (მოჭარბებული სიფხიმლე, შეკრთომა, გაფაციცება)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> </ul>	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები ბენზოდიამეპინები ანტიადრენერგული ბუშპრონი
“გაყინვა”/სხვებზე დამოკიდებულება/ინტერესების დაკარგვა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> </ul>	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
დისოციაციური სიმპტომები		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> <li>• Tricikluri antidepressantebi</li> </ul>
ძილის დარღვევა	ტრამბოლონი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზოლპიდემი</li> <li>• ბენადრილი</li> <li>• ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები</li> <li>• ბენზოდიამეპინები</li> </ul>
გალიმიანებალობა/ავგზნებალობა/სიბ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> </ul>	უნებგანწყობის

ბრაზის აფეთქებები	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> </ul>	სგაბილიმატორები (მაგ., დივალპროექსი) ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები ანტიადრენერგული
კონცენტრაციის გაძნელება	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> </ul>	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
დანაშაულისა და სირცხვილის განცდა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRI</li> <li>• Nnefazodoni</li> <li>• venlafaxini</li> </ul>	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები

**4. C: ადექვატური საწყისი მედიკამენტოზური კურსის განსაზღვრა**

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

	დროის ხანგრძლივობა ვიდრე შევცვლიდეთ მედიკამენტს ან დავამატებდეთ სხვა მედიკამენტს	
	არ არის ეფექტური	ნაწილობრივ ეფექტურია
ანტიდეპრესანტი	6 კვირა	8 კვირა
ანტიფსიქოტიკი	3 კვირა	4 კვირა
ბენზოდიამეპინი	2 კვირა	3 კვირა
ბუშპრონი	4 კვირა	5 კვირა



გუნებ განწყობის სტაბილიზატორები	4 კვირა	6 კვირა
ანტიდრენერგული	2 კვირა	3 კვირა

### გაიღვინი 9: მედიკამენტების დოზირება

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

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

<b>Mood stabilizers</b>					
divalproex (Depakote)	500	500–1500	750	750	2000
<b>Antipsychotics</b>					
haloperidol (Haldol)	2	2–10	1.5	3	20
risperidone (Risperdal)	1	2–6	1.5	2.5	8
olanzapine (Zyprexa)	5	5–15	5	7.5	20
quetiapine (Seroquel)	50	100–400	—‡	150	800
<b>Anti-anxiety medications</b>					
bupirone (BuSpar)	15	20–60	20	30	60
alprazolam (Xanax)§	1	1–4	1	1.5	4
clonazepam (Klonopin)§ §	1	1–4	1.5	1.5	4

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

‡ (გამომშვების ფორმის გათვალისწინებით)

‡ექსპერტთა რეკომენდაციით არ გამოიყენება

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

‡ (გამომშვების ფორმის გათვალისწინებით)

### **გაიღლაინი 10: დამყოლობის გაზრდა**

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

სტრატეგიის ტიპი	რეკომენდაცია
ზოგადი	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ფსიქოგანათლება</li> <li>✓ პაციენტთან სამკურნალო ინტერვენციის რაციონალობის ხშირი განხილვა</li> <li>✓ მკურნალობის შერჩევისას მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული, თუ რას ანიჭებს პაციენტი უპირატესობას</li> <li>✓ უნდა იქნას ჩართული ნათესავი ან მნიშვნელოვანი პიროვნება მკურნალობის ადრეულ სტადიაზე</li> </ul>
პროგრამული	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ წამალდამოკიდებულების პრობლემის შესწავლა და მკურნალობა</li> <li>✓ სწარაფი და ადვილად ხელმისაწვდომი მკურნალობის უზრუნველყოფა</li> </ul>
მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტებისათვის	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ მედიკამენტის შერჩევა გვერდითი მოვლენებისადმი გოლერანგობის გათვალისწინებით</li> <li>✓ დაეწყოთ დაბალი დოზიდან და ნელა ავწიოთ დოზა, რათა ტავიდან ავიცილოთ გვერდითი ეფექტი</li> </ul>

**გაიდლაინი 11: პგსა – ს პრევენცია და ქრონიზაციის თავიდან აცილება**

პრევენციის წვეთი (უნცია) ხშირად უდრის მკურნალობის ზღვას (ფუნგს). ადამიანების დახმარებამ, ექსტრემალურ სტრესორზე თავიანთ მყისიერ რეაქციებს ეფექტურად მიუღვნენ, შეუძლია კარგად აიცილოს თავიდან პგსა მთლიანად ან როგორც მინიმუმ შეამოკლოს სიმპტომთა ხანგრძლივობა. ყვალას ვისაც უვითარდება ექსტრემალურ სტრესორზე სიმპტომები, ექსპერტები რეკომენდაციას

უწევს, უზრუნველყოფილ იქნას ფსიქო – განათლებით, ნორმალიზების პირობებით, დანაშაულის განცდიდან განთავისუფლებითა და ემოციური კათარზისით. თუ სიმპტომები 1 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება, ექსპერტები იძლევიან რეკომენდაციას დამატებით გამოყენებულ იქნას სპეციფიკური ფსიქოთერაპიული ტექნიკები და მოწოდებული მედიკამენტოზური თერაპია, რათა თავიდან იქნას აცილებული ქრონიზაციის პრობლემა.

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

დანართი № 2:

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

## დანართი № 2

### წამების მსხვერპლთა მონიგორინგისა და რეაბილიტაციის სამედიცინო და ფსიქო - სოციალური პროგრამა

#### I. ანკეტური მონაცემები

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

#### II. წამების ისტორია

1. წამების მსხვერპლი / 1.1. არის. 1.2. არა. 1.3. ესწრებოდა ნათესავების ან ოჯახის წევრების წამებას. 1.4. ესწრებოდა სხვის წამებას.
2. წამების ადგილი / 2.1. პოლიციის იზოლაცორი. 2.2. ციხის იზოლაცორი. 2.3. უშიშროების იზოლაცორი. 2.4. ჯარის იზოლაცორი. 2.5. სამხედრო კონფლიქტის ზონაში ყოფნისას. 2.6. სხვა (მიუთითეთ) \_\_\_\_\_
3. წამების თარიღი და ხანგრძლივობა \_\_\_\_\_

4. წამების ინტენსივობა / 4.1. სისტემატიური. 4.2. ერთჯერადი.
5. ვის მიერ იქნა განხორციელებული / 5.1. პოლიციის მხრიდან. 5.2. ძალოვანი სხვა სტრუქტურის მხრიდან (რომელი მიუთითეთ) ----- 5.3. ერთი ადამიანის მიერ. 5.4. ჯგუფის მიერ (ჯალათების ჯგუფი თუ სხვა მიუთითეთ). —
6. სახელმწიფო მოხელის დავალებით -----
7. სხვა (მიუთითეთ ვის მიერ და რა ვითარებაში) -----
8. ესწრებოდა თუ არა ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი -----
9. იღებდა თუ არა მონაწილეობას სამედიცინო პერსონალი -----
10. წამების მიზანი / 10.1. ინფორმაციის მიღება. 10.2. დანაშაულის აღიარება. 10.3. დამატებითი დანაშაულის (ან რომელიც არ 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 სადისგური გენდენციები. 10.11. სხვა (აღწერეთ) -----  
დამატებითი ინფორმაცია აღწერეთ

### III. გამოყენებული მეთოდები

#### 1. ფიზიკური მეთოდები

1.1.	ცემა ("დუბინკებით", ჩექმებით, იარაღის გარით, სხვა ბლაგვი საგნით, ხელით სხვა) - გახაზეთ 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 დამიანება		
	ზ) სხვა (მიუთითეთ) -----		
1.6.	სამედიცინო - სტომატოლოგიური წამება (კბილების დაძრობა და ა.შ.)		
1.7.	მოსხრჩობა (აირწინალი ან წყალში ჩაყურყუმალავეება 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 "რემოტკაზე" 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 იზოლატორში.		
2.4.	სანიტარული პირობების უქონლობა		
2.5.	საკანში აგენტის არსებობა		
2.6.	სხვა წამების მსხვერპლებთან ყოფნა		
2.7.	სხვისი წამების ხმების გაგება		
2.8.	სხვის წამებაზე დასწრება		
2.9.	მეგობრის ან ოჯახის წევრის წამება		
2.10.	ძილისი დეპრივაცია		
2.11.	წამების გაურკვეველი მოლოდინი		
2.12.	მუქარა: 1. გაუპატიურების. 2. ოჯახის დარბევის. 3. ოჯახის წევრის წამების. (აღნიშნეთ რომელი ან დაამატეთ და აღწერეთ სხვა -----		
2.13.	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 გრავმა გონების დაკარგვით	კი	არა
1.2.	ჭრილობა (თავის არეში, სახისა და კისრის არეში, მკერდის		

	არეში, ზურგის არეში, კიდურებზე სხვა - მიუთითეთ) -----		
1.3.	დამწვრობა (თვალის არეში, სახისა და კისრის მიდამოში, მკერდის არეში, ზურგის 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.	დაეჟეილობა (მიუთითეთ მიდამო) ----- -----		
1.14.	მხედველობის დაზიანება		
1.15.	სმენის აპარატის დაზიანება		
1.16.	სხვა (აღწერეთ) -----		

1.17. მიუთითეთ მწვავე ფაზის ხანგრძლივობა

## **2. ფსიქიკური რეაქციები**

2.1.	აფექტურ - შოკური რეაქცია ა) სტუპოროზული ვარიანტი (შეკავება, გარინდებული ყოფნა ერთ პოზაში, უმწეობისა და სიცარიელის შეგრძნება, ძილის დარღვევა - მიუთითეთ და აღწერეთ ----- ----- -----	კი	არა
	ბ) მწვავე აგზნება (აჟიტაციით, სუიციდური აქტივობით, პარასუიციდი, თვითდაზიანება - მცდელობა თუ სურვილი, ძილის დარღვევა, ფსიქო - მოგორული აგზნება - აღწერეთ ----- ----- -----		
	გ) ცნობიერების შეცვლა (გაბრუება, შევიწროება, შეცვლა სხვა - აღწერეთ ----- ----- -----		



2.2.	გამყავით ცალკე – სუიციდის მცდელობა, სუიციდალური აზრები, თვითღაზიანების მცდელობა, თვითღაზიანების ფაქტი, თვითღაზიანების აზრები - (აღნიშნეთ რომელი და აღწერეთ) - ----- -----		
2.3.	სხვა (აღწერეთ განცდები) ----- ----- ----- ----- -----		

2.4. მიუთითეთ მწვავე ფაზის ხანგრძლივობა -----

### V. სამედიცინო დახმარება მწვავე პერიოდში

- 1.1. სამედიცინო დახმარება აღმოეჩინა წამებისთანავე
- 1.2. სამედიცინო დახმარება აღმოეჩინა კვალის დაფარვის მიზნით
- 1.3. სამედიცინო დახმარება აღმოეჩინა იმ მიზნით, რომ შეეშინდათ არ მომკვდარიყო
- 1.4. სამედიცინო დახმარება არ აღმოეჩინა
- 1.5. არაკვალიფიცირებული დახმარება აღმოეჩინეს სხვა პაციენტებმა ან სხვა ადამიანებმა
- 1.6. იქნა თუ არა გაფორმებული სამედიცინო დოკუმენტაციაში მისი მდგომარეობის შესახებ და თუ რის შედეგად განვითარდა აღნიშნული დაზიანება
- 1.7. პაციენტის შემთხვევაში: ცხებზე 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 სისხლნაჟღენთი
- 1.2. თუ აღნიშნება, რა მიდამოში

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

კიდურები	
ფალანგები	
სხვა	

1.3. აღენიშნება თუ არა პაციენტს მოგეხილობის კვალი (მოძრაობის შეზღუდვა და ა.შ)

1.4. თუ აღენიშნება რა მიდამოში

სახის ძვლები	
ხერხემლის მალეები	
კიდურები	
ფალანგები	
სხვა	

1.5. აღენიშნება თუ არა ამპუტაციის კვალი

1.6. თუ აღენიშნება რა მიდამოში

ცხვირი	
ყური	
თითები	
კიდურები	
კბილები	
ფრჩხილები	
სასქესო ორგანოები	
სხვა	

1.7. აღენიშნება თუ არა პაციენტს ნევროლოგიური დარღვევები

1.8. თუ აღენიშნება რა სახის

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

1.9. აღენიშნება თუ არა ქრონიკული ტკივილის სინდრომი

1.10. თუ აღენიშნება რა მიდამოში

სახის არეში	
კისრის, მურგისა 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 მისის 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. ღიარება 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. აუქტური რეაქციები გრავმასთან ასოცირებული სიტუაციებისა და მოგონებების დროს
- 3.14. **პიროვნული ცვლილებები** (სამყაროსადმი მგრული განწყობა, უნდობლობა, კონტაქტების გართულება, ხმაურის აუტანლობა, მარგობის 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 მაგრავმირებული მოვლენა
- 3.16. ჰალუსინაციური განცდები მაგრავმირებული მოვლენის ასახვით
- 3.17.სხვა

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

დამატებითი გრავმები	აღნიშვნა, კომენტარი	სად და როდის
ომის გრავმები		
ახლობლების დაღუპვა		
ოჯახის წევრების დაღუპვა		
სახლის მიტოვება/დაკარგვა		
ოჯახის დევნა/შევიწროება		
ახლობლის ან ოჯახის წევრის გაუჩინარება		
მძიმე სოციალური პირობები მიგრაციის შედეგად		
უცხო გარემოში მოხვედრა/მიგრაცია		
სამსხურის დაკარგვა/სოციალური როლის დაკარგვა		
ოჯახის წევრებთან		

დეპრევაცია		
დაქვრივება, დაობლება, შეილის დაღუპვა		
პატიმრობა, ტყვეობა		
იზოლაცია, 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 გადაგანილი, მიუთითეთ დაავადების ან გრაფმის 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. პარვარდის გრაფმის შეფასების კითხვარი
2. PTSD კითხვარები (Watson; Mississippi Civilian PTSD)
3. ჰამილტონის დეპრესიის კითხვარი
4. ბეკის დეპრესიის კითხვარი
5. შიხანის შფოთვის შკალა
6. ბაას - დარკის აგრესიის კითხვარი

7. MMPI
8. საჭიროების შემთხვევაში სხვა კითხვარები

**ბავშვებში**

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

**XII. პირველადი გამოკვლევის დასკვნა და  
წინასწარი დიაგნოზი**

**დასკვნა:**

**წინასწარი დიაგნოზი:**

**სომატური:**

**ფსიქოლოგიური/ფსიქიკური**

**XIII. რეკომენდაციები**

1. ფსიქოთერაპია (ინდივიდუალური, ჯგუფური, ოჯახური)
2. ართ თერაპია
3. სოციალური თერაპია
4. სპეციალისტთა კონსულტაციები (მიუთითეთ რომელი)
5. ლაბორატორიული და პარაკლინიკური გამოკვლევები (მიუთითეთ რომელი)
6. დამატებით კონსულტაციათა და გამოკვლევათა წინასწარი განფასება (ლარი/დოლარი)
7. წინასწარი 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 და ა.შ.

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

## XIX. ევალუაცია (შეფასება)

### *XIX.1 განმეორებითი ფსიქოლოგიური კონსულტაცია*

მომრდილებში

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

ბავშვებში

1. PTSD
2. Lusher Test
3. Hand Test



*XIX.2. პაციენტის სუბიექტური შეფასების კითხვარი (ვთხოვთ 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, სესხათა რაოდენობა)
  - თერაპევტის კონსულტაცია (რამდენი)
  - გრაფომატოლოგის კონსულტაცია
  - ნევროლოგის კონსულტაცია
  - ფარმაკოთერაპია
  - ჩატარებული გამოკვლევები
  - დამატებითი სხვა სახის კონსულტაციები
- შემთხვევის მართვის წევრების (თანამდებობები)

- სად ჩაუგარდა მკურნალობა (მიუთითეთ დაწესებულებებიც სადაც დამატებითი გამოკვლევები და კონსულტაციების იქნა ჩატარებული)
- ჩატარებული ღონისძიებების საბოლოო განფასება (ხელფასიანი შტატების გარდა) ლარი/დოლარი/ევრო

**3. შედეგები**

- რა შედეგები იქნა მიღწეული

**4. მომავალი დახმარების გეგმა**

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

**თარიღი:** \_\_\_\_\_

**ხელმოწერა: შემთხვევის მართველი :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**ცენტრის ხელმძღვანელები:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

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. Бенегати 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. Зурабшвили З., Джишқариани М., Грдзелишვილი 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. Джишқариани М.//Актуальные Вопросы Психиатрии. Юбилейный Сборник Трудов. Тбилиси 1995. с.74.
20. Ясперс К.//Собранные 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, 3<sup>rd</sup> 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*,6<sup>th</sup> 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. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. *The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. *J Clin Psychiatry* 1999; V. 60 (Suppl 16). Edna B. Foa, David S. Riggs, *Brief Recovery Program (BRP) For Trauma Survivors* University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, September, 2001
47. Figley C.F.//*Stress Disorders Among Vietnam Veterans*. New Iork. 1978.
48. Figley C.R.//*Helping Traumatized Families*. Sun Francisco, Jossey-Bass. 1989.
49. Friedman M.J.//*Psychosomatics*. 1981.v.22. 11. p.931-943.
50. Freud S.//*Moses and Monotheism.-Complete Psychological Works*.v.23. London 1964.
51. Freud S.//*Psychoanalisi and War Neurosis*. Complete Works. v.17. London.Hogarth Press. 1955.
52. Friedman M.J.//*Amer. J. Psychiat*. v.145. 280-285.1988.
53. Famularo R., Kinscherff R., Fenton T.//*Amer.J. Dis. Child*. 1988. v. 142. p.1244-1247.
54. Fenichel O.//*La theorie psychoanalytique der nevroses*. Paris. Presses de l'Universite de France. Chapter 21. 1953.
55. Ferenczi S., Abracham K., Simmel E., et all.//*Psychoanalysis and the War Neurosis*. London/New York. International Psychoanalytical Press. 1921.
56. Grinker R.R., Spigel J.P.//*Men Under Stress*. Philadelphia Blokiston. 149, 389. 1945.
57. Green B.L., Wilson J.P., Lindy J.D.//*Conceptualizing PTSD. a psychosocial framework in Trauma and ITs wake*. *The Stady and Treatment of PTSD*. Edited by Figley C.R. New York, Brunner/Mazel. 1985. p.53-69.

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

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

# ნაწილი II

## ფიზიკური საკითხები

**ლევან ლაბაური** - მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ოპერაციული ქირურგიის ასისტენტ პროფესორი, საქართველოს ექიმთა ასოციაციის გენერალური მდივანი, გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამის (UNDP) სამედიცინო ექსპერტი, წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრ “ემპათია” – ს კონსულტანტი ქირურგი

**Address: 7 Asatiani Str. Tbilisi, 0177, Georgia**

**Phone: + (995 32 ) 398083**

**Fax: + (995 32 ) 398686**

**E – mail : [levan@tsmu.edu](mailto:levan@tsmu.edu) / [levanlabauri@ombudsman.ge](mailto:levanlabauri@ombudsman.ge)**

**URL: [www.gma.ge](http://www.gma.ge)**

**რუსუდან ბერიაშვილი** - მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სასამართლო მედიცინის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს სასამართლო ექიმთა ასოციაციის გენერალური მდივანი

**Address: 33 Vazha-Pshavela Avenue. Tbilisi, 0177, Georgia**

**Phone: + (995 32 ) 395122**

**E – mail : [rusudan29@yahoo.com](mailto:rusudan29@yahoo.com)**

# თავი 1

## სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა

### საქართველოში

*ასისტ. პროფესორი - ლევან ლაბაური*

*გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამის (UNDP)*

*პროექტის – “სახალხო დამცველის აპარატის გაძლიერება”*

*სამედიცინო ექსპერტი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი*

**სასამართლო მედიცინა** - არის მეცნიერება, რომელიც იხილავს, ამუშავებს და წყვეტს ყველა იმ სამედიცინო-ბიოლოგიურ საკითხს, რომელიც აღიძვრება იურიდიული ორგანოების წინაშე გამოძიების ან სასამართლოს მიმდინარეობის პროცესში სისხლის სამართლის ან სამოქალაქო საქმეების განხილვის დროს.

**სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა** - არის კანონით განსაზღვრული და ექიმის მიერ ჩატარებული გამოკვლევები ჩადენილი დანაშაულის ირგვლივ წარმოშობილი კონკრეტული სამედიცინო საკითხების გადასაწყვეტად, ე.ი. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა სასამართლო მედიცინის პრაქტიკული ნაწილია. იმ პირს, რომელიც აწარმოებს სასამართლო საექსპერტო გამოკვლევას და იძლევა დასკვნას, **ექსპერტი** ეწოდება. საქართველოს კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის” შესახებ განმარტავს, რომ “სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა” ეს არის “საპროცესო მოქმედების წარმოებისას წამოჭრილი სამედიცინო ბიოლოგიური საკითხების დადგენის პროცესი”. იმავე კანონის მიხედვით, სასამართლო სამედიცინო და სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება სათანადო ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში შეუძლია მხოლოდ შესაბამისი სპეციალობის მქონე ექიმს.

**სასამართლო მედიცინის განვითარება საქართველოში:**

- დაიწყო სასამართლო რეფორმის (1864) შემოდების შემდეგ;
- მის უმაღლეს ორგანოს 1917 წლამდე წარმოადგენდა მეფისნაცვალის კანცელარიასთან არსებული სამოქალაქო მედიცინის სამმართველო;
- 1920 წელს ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს პროზექტურის ბაზაზე დაარსდა სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის პათანატომიის კათედრა, 1922 წლიდან კი - სასამართლო მედიცინის კათედრა.
- 1921 წლიდან სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა შედის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, კერძოდ ყალიბდება ჯანდაცვის კომისარიატის სასამართლო სამედიცინო განყოფილება;
- 1941 წელს შეიქმნა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის დამოუკიდებელი სასამართლო მედიცინის კათედრა.
- 1951 წელს საქართველოს სსრ ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით ჩამოყალიბდა საქართველოს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ბიურო;
- 2004 წლის დეკემბრიდან სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზს სამსახური გადაეცა საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს.



სასამართლო მედიცინის სამსახურის სტრუქტურისა და რეგულირების შესახებ საქართველოს პრეზიდენტის და საქართველოს იუსტიციის მინისტრის მიერ გამოცემულია არაერთი ნორმატიული აქტი. მათ შორის აღსანიშნავია შემდეგი ბრძანებულებები და ბრძანებები:

- საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №136, 2000 წლის 8 აპრილი. საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში საჯარო სამართლის იურიდიული პირების ჩამოყალიბების შესახებ (ძალადაკარგულია - იუსტიციის მინისტრის 12/08/2004 1549 ბრძანებით)
- საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს ექსპერტიზისა და სპეციალურ გამოკვლევათა ცენტრის დებულება (ძალადაკარგულია ბიუროს დებულების დამტკიცების შესახებ საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანების ძალაში შესვლისთანავე) საქ. პრეზიდენტის 11/04/2004 482 ბრძანებულებით
- საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №378 2004 წლის 9 სექტემბერი ქობილისი - „საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში საჯარო სამართლის იურიდიული პირების ჩამოყალიბების შესახებ“ საქართველოს პრეზიდენტის 2000 წლის 8 აპრილის 136 ბრძანებულებაში ცვლილების შეტანისა და საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ცენტრის დებულების დამტკიცების შესახებ
- საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანება 1549 2004 წლის 8 დეკემბერი ქ. თბილისი - საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დებულების დამტკიცების შესახებ
- საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დებულება (ძალადაკარგულია იუსტიციის მინისტრის 09/04/2006 705 ბრძანებით ბიუროს დებულების დამტკიცების შესახებ)
- საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანება 705, 2006 წლის 4 სექტემბერი ქ. თბილისი - საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დებულების დამტკიცების შესახებ (შეტანილია ცვლილებები).
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 21 აგვისტოს ბრძანება N245/ნ - „სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების და სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 19 ივნისის ბრძანება N 142/ნ სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების წესის შესახებ
- საქართველოს კანონი «საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს შექმნის შესახებ» (2008 წლის 31 ოქტომბერი.)
- საქართველოს მთავრობის 2008 წლის 31 დეკემბრის N 267 დადგენილება - საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დებულების დამტკიცების შესახებ

საქართველოში სასამართლო მედიცინის განვითარებაზე საუბრისას აუცილებელია აღინიშნოს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სასამართლო მედიცინის კათედრა (2006 წლიდან ეწოდება “სასამართლო მედიცინის დეპარტამენტი”). ამჟამად დეპარტამენტის ხელმძღვანელია - პროფესორი ბესარიონ კილასონია. საქართველოში ასევე მოქმედებს საქართველოს სასამართლო ექიმთა ასოციაცია. ასოციაციის ძირითადი მიზანია საქართველოში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის განვითარებისათვის ხელშეწყობა, მოსახლეობის უზრუნველ-ყოფა მაღალი ხარისხის ობიექტური ექსპერტიზებით.

საქართველოს უმაღლეს საკანონმდებლო ორგანოს ქვეყნის დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ პერიოდში ჯერჯერობით არ მიუღია რაიმე საკანონმდებლო აქტი, რომელიც დაარეგულირებს ქვეყანაში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების წესსა და პირობებს. საბჭოთა მმართველობის წლებში, საქართველოში მოქმედებდა სსრკ ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბ.ვ. პეტროვსკის, 1978 წლის 21 ივნისის № 694 ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქცია - სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის წარმოების, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ბიუროს და სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სხვა ნორმატიული აქტების შესახებ. აღნიშნული ბრძანების მიხედვით, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ორგანიზაციისა და შემდგომი სრულყოფილი წარმოების მიზნით, ასევე, ექსპერტიზის ხარისხის გაუმჯობესების ინტერესებიდან გამომდინარე, მტკიცდება ინსტრუქციები სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის წარმოების, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ბიუროს და სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სხვა ნორმატიული აქტების შესახებ (სულ 9 დანართი). ბრძანების ძალაში შესვლის პარალელურად ძალადაკარგულად ცხადდება წინამდებარე 1952 წლის 13 დეკემბრის სსრკ ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება ქვეყანაში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ და 1962 წლის 10 აპრილის №166 ბრძანება სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ბიუროს შესახებ. 1978 წლის 21 ივნისის №694 ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქცია შეთანხმებულია სსრკ პროკურატურასთან, უმაღლეს სასამართლოსთან, იუსტიციის სამინისტროსთან, შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან და სსრკ მინისტრთა საბჭოსთან არსებულ სახელმწიფო უშიშროების კომიტეტთან.

ინსტრუქცია - სსრკ-ში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ მოიცავს 3 თავს. I თავი – ზოგადი დებულებები განსაზღვრავს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის მიზნებსა და ამოცანებს. ინსტრუქციის II თავი არეგულირებს სისხლის სამართლის საპროცესო კანონმდებლობის ძირითადი მდგომარეობების შესაბამისობას ექსპერტიზის ჩატარების წესთან და ორგანიზაციასთან. როგორც ზემოთ მოყვანილი ფაქტობრივი მასალიდან ჩანს ქვეყნის კანონმდებლობა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დარგში ძირეულ ცვლილებებს საჭიროებს. ამ მიმართებით უკვე არსებობს კანონის პროექტი სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის შესახებ, თუმცა ქვეყანაში უკანასკნელ წლებში განვითარებულმა მოვლენებმა, პოლიტიკურმა და სოციალურ-ეკონომიკურმა ფონმა განაპირობა რომ უმაღლესმა საკანონმდებლო ორგანომ - პარლამენტმა ჯერ-ჯერობით ვერ დაიწყო კანონპროექტის განხილვა. გარდა წარმოდგენილი ინსტრუქციისა, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დარგში არსებულ საკანონმდებლო ვაკუუმს შეიძლება ითქვას რომ ნაწილობრივ ავსებს საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსი, და 2007 წელს გამოცემული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 21 აგვისტოს ბრძანება N245/ნ - „სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების და სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესების შესახებ“.

## თავი 2

# სხეულის დაზიანების სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის საკითხები

**პროფესორი ბესარიონ კილასონია**

*თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის*

*სასამართლო მედიცინის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;*

*საქართველოს სასამართლო ექიმთა ასოციაციის პრეზიდენტი*

სასამართლო მედიცინაში დაზიანების ქვეშ იგულისხმება გარეშე ფაქტორების ზემოქმედებით ორგანოს (ქსოვილის) ანატომიური მთლიანობის დარღვევა ან მისი ფიზიოლოგიური ფუნქციის მოშლა, რის გამოც ვითარდება ჯანმრთელობის მოშლა ან სიკვდილი.

ყველა საშუალება, რომლითაც შესაძლებელია განვითარდეს დაზიანება, იყოფა: იარაღებად (საშუალებები, რომლებსაც სპეციალურად დაზიანების ან თავდაცვის დანიშნულება აქვს) და საგნებად.

საგნის ხასიათის, მისი ზედაპირისა და დაზიანების თავისებურებების მიხედვით ანსხვავებენ: მკვრივი საგნის მოქმედებით, მახვილი საგნის და ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებულ დაზიანებებს.

**ბლაგვი საგნები** თავისი ზომით, ფორმითა და მასალის შემადგენლობით მრავალგვარია და ფართოდ არის გავრცელებული როგორც ბუნებაში, ისე წარმოებასა და ყოფაცხოვრებაში. ამიტომ სასამართლო სამედიცინო პრაქტიკაში აღნიშნული საგნებით მიყენებული დაზიანებები საკმაოდ ხშირია. ტრავმა ძირითადად ვითარდება ან მოძრავი ბლაგვი საგნის მოქმედებით მოსვენებულ მდგომარეობაში მყოფ ადამიანზე ან ბლაგვ საგანზე მიჯახებით.

მკვრივი-ბლაგვი საგნების არსებულ კლასიფიკაციათა შორის შედარებით მისაღებად ვთვლით პოპოვის მიერ მოწოდებულ კლასიფიკაციას:

I. ადამიანის „ნატურალური“ იარაღი: თითები, მუშტი, ხელისგული, ფეხი, კბილები, ხსეულის სხვა ნაწილები.

II. ხელით სახმარი ბლაგვი იარაღი:

1. ბრტყელზედაპირიანი ბლაგვი საგნები: ა. ფართომოქმედი ზედაპირით, ბ. მცირემოქმედი ზედაპირით, გ. შერეული მოქმედი ზედაპირით.

2. მრგვალზედაპირიანი საგნები: ა. ცილინდრული ზედაპირით, ბ. სფერული ზედაპირით.

3. კუთხოვანზედაპირიანი საგნები: პრიზმული, პირამიდული, კონისისებრი.

4. უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე საგნები.

III. მეტად დიდი საგნები: მანქანათა ნაწილები, ცხოველები და სხვ.

IV. სიმაღლიდან ვარდნა.

**მახვილი** ეწოდება საგანს, რომელსაც აქვს მახვილი წვერი ან/და მჭრელი პირი. მახვილი საგნები იყოფა:

1. მჩხვლეტავი

2. მჭრელი

3. მჩხვლეტავ-მჭრელი - ა. ცალმხრივლესილი; ბ. ორმხრივლესილი

4. მჩხვავი

## 5. მხერხავი.

კლინიკურ-მორფოლოგიური თვისებების მიხედვით არსებობს მექანიკური დაზიანების შემდეგი სახეები: ნაჭდევი, სისხლნაჟღენთი, ჭრილობა, ღრძობა, ამოვარდნილობა, მოტეხილობა, ორგანოების მოწყვეტა, გასკდომა, გასრესა და სხეულის დანაწევრება.

### ნაჭდევი

კანის ზერელე შრის ეპიდერმისის დაზიანებას ნაჭდევი ეწოდება; თუ ნაჭდევი აღწევს კანის დერილოვან შრეს, მაშინ მას ღრმა ნაჭდევი ეწოდება. მისი ზედაპირი ნამიანი, კრიალა, მოწითალო-მოვარდისფრო ფერისაა, კანის ზედაპირიდან ასე თუ ისე ამოწეულია. ხაზოვანი ფორმის ნაჭდევებს განაკაწრი ეწოდება. ნაჭდევიდან ჩვეულებრივ სისხლდენა არ ვითარდება, მაგრამ ღრმა ნაჭდევის შემთხვევაში ლიმფასთან ერთად სისხლიც გამოჟონავს. ნაჭდევი ტრამვიდან რამდენიმე საათის გავლის შემდეგ იფარება ფუფხით. ერთი-ორი დღის შემდეგ ნაჭდევი თანდათანობით კანის ზედაპირს უსწორდება და ფუფხის წარმოშობის შემდეგ კანის ზედაპირის ზემოთაა ამოწეული. ნაჭდევის ეპითელიზაცია ფუფხის თანდათანობითი მოცილებით იწყება პერიფერიიდან ცენტრისაკენ. ნაჭდევის ალაგება დამოკიდებულია სქესზე, ასაკზე, მის ლოკალიზაციასა და სხვა ფაქტორზე. თავისა და კისრის მიდამოში არსებული ნაჭდევების შეხორცებას სჭირდება დაახლოებით 12, სხეულის წინა ზედაპირისა და კიდურებზე - 14-15, ქვედა კიდურებზე - 17 და ზურგზე 18-20 დღე.

ღორწოვან გარსზე არსებული ნაჭდევები ფუფხით არ იფარება. ამ მიდამოში ღორწოვანი გარსის ნაწილი სცილდება ქვემდებარე ქსოვილის მოთეთრო ფერის გარსის სახით და მის ადგილას ვითარდება ზერელე წყლული, რომელიც ძალიან მალე 2-5 დღეში ხორცდება.



1. ნაჭდევი, რომლის ფორმა დამაზიანებელი საგნის ზედაპირის ნეგატიური გამოხატულებაა
2. ღრმა ნაჭდევი

ნაჭდევის ფორმა და ოდენობა სხვადასხვანაირია. უმეტეს შემთხვევაში უსწორო ფორმისაა, ზოგჯერ სწორხაზოვანი, იშვიათად ვარსკვლავისებრი. ზოგჯერ ნაჭდევის ფორმა დამაზიანებელი საგნის ზედაპირის ნეგატიური გამოხატულებაა. ნაჭდევის ხასიათის და მისი ფორმის მიხედვით ექსპერტმა შეიძლება იმსჯელოს ნაჭდევის ხანდაზმულობაზე, დამაზიანებელი საგნის თავისებურებებსა და სხვ.

## სისხლნაჟღენთი

სხეულზე მკერვი, ბლაგვი საგნის მოქმედებისას კანსა და მის ქვეშ მდებარე რბილ ქსოვილებში სკდება სისხლძარღვები, სისხლით იჟღინთება ქსოვილები, გროვდება კანქვეშ და ვლინდება სისხლნაჟღენთის სახით.



სისხლნაჟღენთები

პირველ საათებში სისხლნაჟღენთი მოწითალო ფერისაა, ხოლო შემდგომ - მოწითალო-მოლურჯო, მოგვიანებით კი - მწვანე ფერისაა, მე-5-6 დღეს სისხლნაჟღენთი მოყვითალო-მწვანე ფერს ღებულობს, მე-6-8 დღეს სისხლნაჟღენთი სამი ფერისაა: პერიფერიაზე - მოყავისფრო, შუაში - მწვანე ელფერისა და ცენტრში - მოწითალო-მოლურჯო. მცირე ზომის სისხლნაჟღენთი ორ კვირაში მთლიანად ქრება. სისხლნაჟღენთის ფერის ინტენსივობა დამოკიდებულია მის ზომაზე, ლოკალიზაციაზე, დაზარალებულის ასაკზე და ა.შ. ღრმად მდებარე სისხლნაჟღენთები შედარებით უფრო გვიან გამოვლინდება. სისხლნაჟღენთის ფორმა ხშირად დაზიანებული საგნის ნეგატიური გამოსახულებაა.

## ჭრილობა

კანის საფარის მთლიანობის დარღვევას, რომელსაც თან სდევს ქვემდებარე რბილი ქსოვილების, ნერვული ბოჭკოების, სისხლის ძარღვების დაზიანება, ჭრილობა ეწოდება.

ღრუში შემავალი ჭრილობის დროს ზიანდება, აგრეთვე, შინაგანი ორგანოები. მოქმედი იარაღის სახის და აგრეთვე ტრამვის განვითარების მექანიზმის მიხედვით არჩევენ: მკერვი-ბლაგვი საგნით მიყენებულ ჭრილობებს - დაჟეჟილ (აგრეთვე ნაფლეთოვანი და ნაკბენი ჭრილობები); მახვილი იარაღებით - ნაკვეთ, ნახვლეტ, ნახვლეტ-ნაკვეთ, ნახეს; ცეცხლსასროლი იარაღით - ტყვიით, საფანტითა და ნამსხვრევებით მიყენებულ ჭრილობებს.

ექსპერტიზისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ჭრილობის დეტალურ დათვალიერებას. ყურადღება ექცევა ლოკალიზაციას, მიმართულებას, კიდეების ხასიათს, მის ირგვლივ არსებულ ცვლილებებსა და ჭრილობაში არსებულ უცხო სხეულების აღწერას, ხოლო შემდეგ ფორმის, სიგრძისა და



ქსოვილების დეფექტის დასადგენად ჭრილობის კიდეები უნდა მივუახლოვოთ ერთმანეთს საწყისი მდგომარეობის აღსადგენად.



ჭრილობები

ჭრილობის სიღრმის გასინჯვა ზონდით არ შეიძლება, ერთი მხრივ - ცოცხალზე ინფექციის შეჭრის საშიშროების გამო, მეორე მხრივ (განსაკუთრებით გვამზე), ქსოვილების შესაძლებელი დამატებითი დაზიანების გამო. ზონდით შეიძლება მოხდეს აგრეთვე ჭრილობაში არსებული უცხო სხეულის გადანაცვლება, ჭრილობის კიდეები დამატებითი დაზიანება, მის ირგვლივ არსებული დამატებითი ფაქტორების წაშლა და სხვ.

ჭრილობების შეხორცება დამოკიდებულია ქსოვილების ვასკულარიზაციაზე და მის ინერვაციაზე. ვინაიდან ის ყველა ქსოვილში ერთნაირი ინტენსივობით არ არის გამოხატული, ამიტომ სხვადასხვა ქსოვილში ჭრილობების შეხორცება ერთნაირი სისწრაფით არ მიმდინარეობს. ასე მაგალითად, თავის არეში ჭრილობების შეხორცებას სჭირდება საშუალოდ 7 დღე, ზურგისას - 8, მუცელზე არსებულ ჭრილობებს - 10, კიდურებისას - 11-12 დღე და ა.შ. ინფიცირებული ჭრილობების შეხორცებას კი გაცილებით მეტი დრო სჭირდება.

ქირურგიული დამუშავების შემდეგ მცირე ზომის ჭრილობები ხორცდება 5-9 დღის განმავლობაში (პირველადი დაჭიმვით), დიდი ზომის და ინფიცირებულ ჭრილობებს კი - რამოდენიმე კვირა ან თვეები (მეორადი დაჭიმვით). 1-1,5 თვის ნაწიბუროვანი ქსოვილი ვარდისფერი ან მოწითალო ფერისაა, კონსისტენცია რბილია. ამ პერიოდში საორიენტაციოდ ნაწიბუროვანი ქსოვილის შესწავლით შესაძლებელია დაზიანების ხანდაზმულობის დადგენა. 8-12 თვის გავლის შემდეგ ნაწიბუროვანი ქსოვილის მეშვეობით დაზიანების ხანდაზმულობის დადგენა შეუძლებელია.

### დაზიანების სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრა

სხეულის დაზიანების განსაზღვრისას ჯერ უნდა დავადგინოთ **დაზიანების სიმძიმის ხარისხი**, ხოლო შემდეგ განვსაზღვროთ დაზიანების მიყენების მექანიზმი და საშუალებები.

სისხლის სამართლის დანაშაულს ჯანმრთელობის წინააღმდეგ ეძღვნება საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XX თავი. ამ კოდექსის მიხედვით, ჯანმრთელობის განზრახ დაზიანება შესაძლებელია იყოს მძიმე, ნაკლებად მძიმე და მსუბუქი.

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის შესაბამისად, სხეულის დაზიანებანი იყოფა სამ ხარისხად: მძიმე, ნაკლებად მძიმე და მსუბუქ დაზიანებებად. სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრა ხდება დადგენილი სამედიცინო კრიტერიუმებით, რომელთაგან ერთ-ერთის არსებობაც საკმარისია სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრისათვის.

**სხეულის მძიმე ხარისხის დაზიანების** (საქართველოს სსკ, მუხლი 117) კრიტერიუმებია:

1. დაზიანების მიყენების მომენტში სიცოცხლისათვის სახიფათო დაზიანებები, დაზარალებულისათვის აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარების და კარგი გამოსავლის მიუხედავად;
2. მხედველობის, სმენის, მეტყველების ან რომელიმე სხვა ორგანოს ან მისი ფუნქციის დაკარგვა;
3. ტრავმასთან დაკავშირებული ფსიქიკური ავადმყოფობა;
4. ტრავმასთან დაკავშირებული ორსულობის შეწყვეტა;
5. საერთო შრომისუნარიანობის მყარი, არანაკლებ ერთი მესამედით დაკარგვა;
6. სახის წარუშლელი დამახინჯება.

სიცოცხლისათვის სახიფათო დაზიანებები განისაზღვრება ზემოაღნიშნულ წესებში არსებული ჩამონათვლის მიხედვით.

**სხეულის ნაკლებად მძიმე ხარისხის დაზიანების** (საქართველოს სსკ, მუხლი 118) კრიტერიუმებია:

სიცოცხლისათვის არასახიფათო დაზიანებები, რომლებიც იწვევს:

1. ჯანმრთელობის ხანგრძლივ მოშლას (21 დღეზე მეტ ხანს);
2. საერთო შრომისუნარიანობის მყარ დაკარგვას 10%-დან 33%-მდე.

**სხეულის მსუბუქი ხარისხის დაზიანების** (საქართველოს სსკ, მუხლი 120) კრიტერიუმებია:

1. დაზიანებები, რომლებიც იწვევს ჯანმრთელობის ხანმოკლე მოშლას 21 დღემდე;
2. დაზიანებები, რომლებიც იწვევს საერთო შრომისუნარიანობის უმნიშვნელო მყარ დაკარგვას 10%-მდე.

სხეულის დაზიანების მიყენების შემდეგ მანამდე არსებული დაავადებების გამწვავება ან სხეულის დაზიანების სხვა შედეგები, რომლებიც წარმოიშობა შემთხვევითი გარემოებების გავლენით ორგანიზმის ინდივიდური თავისებურებების ან სამედიცინო დახმარების არასრულფასოვნების გამო და ა.შ., სხეულის დაზიანების სიმძიმის კვალიფიკაციის შეცვლის საფუძველს არ წარმოადგენს. ასეთ შემთხვევაში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ვალდებულია დასკვნაში აღნიშნოს გაუარესების ან გართულების ხასიათი და განმარტოს, რა მიზეზობრივ კავშირში იმყოფება იგი მოცემულ დაზიანებასთან.

შემოწმება იწყება სხეულის დეტალური დათვალიერებით. სხეულზე არსებული დაზიანებების დათვალიერების და აღწერის დროს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ყურადღებას აქცევს დაზიანების შემდეგ მახასიათებლებს:

1. დაზიანების ხასიათს;
2. ლოკალიზაციას;
3. ფორმას;
4. ზომას;
5. მიმართულებას;
6. ფერს;

7. რელიეფს;
8. სიღრმეს;
9. უცხო სხეულების არსებობას;
10. დაზიანების ირგვლივ არსებულ თავისებურებებს;
11. სისხლდენის ხასიათს;
12. შეხორცების ნიშნებს და სხვ.

ექსპერტმა უნდა გამოიყენოს სხეულის სქემატური გამოსახვა (სხეულის კონტურული რუკები) ყველა დაზიანების ლოკალიზაციისა და ხასიათის რეგისტრაციისათვის. გამოკვლევას, ჩვეულებრივ, თან უნდა ახლდეს ფოტოგრაფია; საჭიროების შემთხვევაში, სასურველია, რენტგენოგრაფიული, ტომოგრაფიული და სხვა ინსტრუმენტული გამოკვლევის მონაცემების თანხლებაც.

სხეულის დაზიანების ექსპერტიზის შედეგად “ექსპერტის დასკვნაში” გაშუქებული უნდა იყოს:

1. დაზიანების ხასიათი სამედიცინო თვალსაზრისით (ნაჭდები, სისხლნაჟდენი, ჭრილობა, ძვლის მოტეხილობა და სხვ.), მათი ლოკალიზაცია და თავისებურებანი;
2. იარაღის ან საგნის ტიპი, რომლითაც მიყენებული უნდა იყოს დაზიანებები;
3. დაზიანების განვითარების მექანიზმი;
4. დაზიანების ხანდაზმულობა;
5. სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხი, კრიტერიუმის აღნიშვნით – სიცოცხლისათვის სახიფათო, ჯანმრთელობის მოშლა, შრომის უნარის მყარი დაკარგვა და ა.შ.

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი თავს იკავებს სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრისაგან შემდეგ შემთხვევებში:

1. ბუნდოვანი კლინიკური სურათის ან დაზარალებულის არასაკმარისი კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევის დროს;
2. სიცოცხლისათვის არასახიფათო დაზიანების გამოსავლის ბუნდოვანობის დროს;
3. დამატებითი გამოკვლევების ჩატარებაზე შესამოწმებლის უარის ან განმეორებით შემოწმებაზე მისი გამოუცხადებლობის დროს, თუ უამისოდ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს არ აქვს შესაძლებლობა სწორად შეაფასოს დაზიანების ხასიათი, მისი კლინიკური მიმდინარეობა და გამოსავალი;
4. სამედიცინო საბუთების, მათ შორის, დამატებითი გამოკვლევების შედეგების არარსებობის დროს, რომელთა გარეშე შეუძლებელია სხეულის დაზიანების ხასიათზე და სიმძიმის ხარისხზე მსჯელობა.

მსგავს შემთხვევებში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი თავის დასკვნებში აღნიშნავს იმ მიზეზებს, რომელთა გამოც შეუძლებელი გახდა სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხის განსაზღვრა.

სასამართლო მედიცინა სხეულის დაზიანების შემთხვევაში განიხილავს აგრეთვე **სიმულაციას, დისიმულაციას, აგრაფაციას, დეზაგრაფაციას, ასოთმავნებლობას და თვითდაზიანებას.**

ასოთმავნებლობა ან თვითდაზიანება მიეკუთვნება თავის თავზე მიყენებულ დაზიანებებს მკვრივი ბლაგვი, მახვილი, ცეცხლსასროლი იარაღებით და სხვ. ასევე შესაძლებელია თვითდაზიანება მიყენებული იყოს უბედური შემთხვევისას ან ფსიქიკური ავადმყოფობის დროს.





თვითდაზიანება

ზემოთქმულის გათვალისწინებით ექიმს უფლება არა აქვს დაწეროს, რომ პიროვნება ასოთმავენებელია ან სიმულანტი. ექიმმა მხოლოდ უმდა დაადგინოს დაზიანების ხასიათი და წარმოშობის მექანიზმი, ან განსაზღვროს ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

ასოთმავენებლობისა და თვითდაზიანების დროს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზამ უნდა გაითვალისწინოს:

1. შესწავლილი იქნას დაზიანების ხასიათი, დადგინდეს რა პირობებში, როგორი მექანიზმით და როდის განვითარდა დაზიანება;
2. განისაზღვროს აღმოჩენილი დაზიანების განვითარების შესაძლებლობა და შეუძლებლობა იმ პირობებში, რომელსაც წარმოადგენს, ხოლო ზოგჯერ გვაჩვენებს, ეჭვმიტანილი შესამოწმებელი.

### თავი 3

## წამების ფიზიკური მტკიცებულებები

**რუსუდან ბერიაშვილი** - სასამართლო მედიცინის ასოცირებული პროფესორი; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სასამართლო მედიცინის დეპარტამენტი; საქართველოს სასამართლო ექიმთა ასოციაციის გენერალური მდივანი; სასამართლო მედიცინის საერთაშორისო აკადემიის (IALM) წევრი; სასამართლო ექსპერტიზის დაწესებულებათა ევროპული ქსელის დნმ ჯგუფის (ENFSI DNAWG) წევრი; სასამართლო მეცნიერებათა საერთაშორისო საზოგადოების (FSS) წევრი

**წამება** წარმოადგენს არაპუმანური, ადამიანური ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის უკიდურეს ფორმას. გაეროს წამების საწინააღმდეგო კონვენციის მუხლი №1-ის თანახმად წამების დეფინიციაა:

“განსაზღვრება **“წამება”** ნიშნავს ნებისმიერ მოქმედებას, რომლითაც რომელიმე პირს განზრახ აყენებენ ტკივილს ან ტანჯვას, ფიზიკურს ან ზნეობრივს, რათა მისგან ან მესამე პირისგან მიიღონ ცნობები ან აღიარება, დასაჯონ ქმედებისათვის, რომელიც მან ან მესამე პირმა ჩაიდინა ან რომლის

*ჩადენაშიც იგი ეჭვმიტანილია, აგრეთვე დააშინონ ან აიძულონ იგი ან მესამე პირი ან ნებისმიერი მიზეზით, რომელსაც საფუძვლად უდევს ნებისმიერი ხასიათის დისკრიმინაცია, როცა ასეთ ტკივილსა და ტანჯვას აყენებს, სახელმწიფოს თანამდებობის პირი ან სხვა ოფიციალური პირი, ან მათი წაქეზებით, ნებართვით და მდუმარე თანხმობით.”*

**ფიზიკური წამების ყველაზე გავრცელებული მეთოდებია:**

- ▶ ცემა;
- ▶ “სტომატოლოგიური” წამება;
- ▶ ჩამოკიდება;
- ▶ არაფიზიოლოგიური მდებარეობა;
- ▶ ელექტროდენით წამება;
- ▶ მოგუდვა – მოხრჩობა;
- ▶ სექსუალური წამება;
- ▶ ფარმაკოლოგიური წამება;
- ▶ დაღდასმა;
- ▶ დამწვრობა და სხვ.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობით წამების შემთხვევათა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზას გააჩნია გარკვეული შეზღუდვები, რაზეც ქვემოთ მოგახსენებთ.

საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის მიხედვით, “ექსპერტის წინაშე დასმული საკითხები და მისი დასკვნა არ უნდა სცილდებოდეს ექსპერტის სპეციალური ცოდნის ფარგლებს” (საქართველოს სსსკ, თავი 44, მუხლი 365).



ჩამოკიდება



“ფალანგა”



ცემა, ტკივილების მიყენება

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტის, როგორც უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პირის, კომპეტენცია მოიცავს მხოლოდ სამედიცინო-ბიოლოგიურ საკითხებს, რომლებიც აღიძვრება იურიდიული ორგანოების წინაშე გამოძიების ან სასამართლოს მიმდინარეობის პროცესში სისხლის სამართლის ან სამოქალაქო საქმეების განხილვის დროს.

საქართველოს სსსკ 358-ე მუხლის თანახმად, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება სავალდებულოა სიკვდილის მიზეზის, სხეულის დაზიანების ხასიათისა და სიმძიმის ხარისხის დასადგენად.

საქართველოში მოქმედი “სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხის სასამართლო სამედიცინო განსაზღვრის წესების” (თავი IV, §24) მიხედვით, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი არ ახდენს დაზიანების წამებად კვალიფიკაციას. ამ საკითხის გადაწყვეტა შედის მოკვლევის, წინასწარი გამოძიების, პროკურატურის და სასამართლო ორგანოების კომპეტენციაში. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტმა უნდა გადაწყვიტოს მხოლოდ:

1. დაზიანების არსებობის ფაქტი და მისი ხასიათი;
2. დაზიანების მიყენების ხანდაზმულობა;
3. დაზიანების მიყენებელი იარაღი და დაზიანების მიყენების ხერხი (სამედიცინო მონაცემებით);
4. დაზიანების სიმძიმის ხარისხი.

დაზიანების მიყენების ხერხის ქვეშ იგულისხმება:

1. მოქმედება, რომელიც აყენებს ტანჯვას საკვების, სასმელის ან სითბოს ხანგრძლივი შეწყვეტის გზით, ან მსხვერპლის ჯანმრთელობისათვის მავნე პირობებში მოთავსებით ან დატოვებით და სხვა მსგავსი მოქმედებები (გვემა);
2. მოქმედება, რომლის დროსაც მსხვერპლს მიყენდება ტკივილები მრავალჯერადი ან ხანგრძლივი ზემოქმედებით – ჩქმეტა, გაროზგვა, მრავლობითი, მაგრამ მცირე ზერელე დაზიანებების მიყენება ბლავი ან მახვილი იარაღით, თერმული ფაქტორებით ზემოქმედება და სხვა ანალოგიური მოქმედება (წამება).

ასეთ შემთხვევაში სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხის საკითხის გადაწყვეტისას სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ხელმძღვანელობს ზემოსხენებული წესების შესაბამისი დებულებებით.

სამედიცინო თვალსაზრისით, სხეულის დაზიანებად ითვლება ორგანოების და ქსოვილების ანატომიური მთლიანობის ან მათი ფიზიოლოგიური ფუნქციის დარღვევა, რაც განვითარდა გარე სამყაროს ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად.

**ცემა** დაზიანების განსაკუთრებული სახე არ არის და საქართველოს სსკ 125-ე მუხლით განისაზღვრება, როგორც ძალადობა (დარტყმების არაერთჯერადად მიყენება), რომელიც იწვევს ფიზიკურ ტკივილს, მაგრამ არ ტოვებს დაზიანების რაიმე კვალს, კერძოდ, ნაჭდევებს, სისხლჩაქცევებს და სხვ. თუ ცემის შედეგად დაზარალებულის სხეულზე რჩება დაზიანების კვალი, იგი შეფასდება დაზიანების შესაბამისი ხარისხით, ხოლო თუ ცემის შედეგად სხეულზე დაზიანების რაიმე ობიექტური ნიშანი არ რჩება, მაშინ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი თავის დასკვნაში აღნიშნავს შესამოწმებლის ჩივილებს და მიუთითებს, რომ დაზიანების ობიექტური ნიშნები აღმოჩენილი არ არის. ასეთ შემთხვევებში ცემის ფაქტის დადგენა მიეკუთვნება მომკვლევო, საგამოძიებო და სასამართლო ორგანოების კომპეტენციას.

**“გარტყმა”** გულისხმობს სახეში ხელის შემოკვრას, რასაც მოსდევს ამ მიდამოს ანემია და შემდეგში ჰიპერემია, რომელიც მალე უკვალოდ ქრება. თუ შესამოწმებელი გარტყმიდან მცირე დროის გასვლის შემდეგ, არაუმეტეს ერთი საათისა, მივიდა შესამოწმებლად, შეიძლება ნანახი იქნას კანის ჰიპერემია პარალელურად განლაგებული ზოლების სახით, რაც წარმოადგენს გაშლილი თითების მოქმედების კვალს. ზოგჯერ შესაძლებელია ლოყის ლორწოვანი გარსის ქვეშ ინახოს სისხლჩაქცევები, განსაკუთრებით კბილთა მწკრივებს შორის დარჩენილი ნაპრალის შესაბამისად.

საგარაუდო წამების შედეგად სხეულის დაზიანების ხასიათისა და სიმძიმის ხარისხის დასადგენად სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ატარებს კომპლექსურ სამედიცინო გამოკვლევას, რომელიც მოიცავს კლინიკურ, მორფოლოგიურ, ფუნქციურ, ინსტრუმენტულ და მრავალი სხვა სახის გამოკვლევებს, რის

საფუძველზეც იგი ადგენს მეცნიერულად დასაბუთებულ საექსპერტო დაკვნას. ასეთი ექსპერტიზის წარმოება მარტო სამედიცინო საბუთების (ავადმყოფობის ისტორია, ამბულატორიული ავადმყოფის ინდივიდუალური ბარათი და სხვ.) მიხედვით დასაშვებია მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში, და ისიც სრულფასოვანი საბუთების არსებობისას, რომლებიც შეიცავს ამომწურავ მონაცემებს დაზიანების ხასიათზე, მის კლინიკურ მიმდინარეობაზე და ექსპერტიზისათვის საჭირო სხვა მონაცემებს.

დაზარალებულის შემოწმებისას ექსპერტი არკვევს დაზიანების მიყენების გარემოებებს, ჩივილებს და, საჭიროების შემთხვევაში, სხვა ცნობებს; ეცნობა არსებულ საქმის მასალებს და სამედიცინო საბუთებს. საქმის ძირითადი გარემოებების დასაზუსტებლად მან უნდა გაარკვიოს:

1. სად და როდის მიიღო დაზიანება შესამოწმებელმა;
2. ვინ მიაყენა დაზიანება (გვარი, სახელი, სქესი, ასაკი, ფიზიკური განვითარება, გარეგნობა);
3. რა საგნით და რა მექანიზმით მიაყენეს დაზიანება (მუშტით, მახვილი ან ბლაგვი საგნით, დამწვრობით და სხვ.);
4. სხეულში რა ნაწილში აყენებდნენ დაზიანებას;
5. დაზიანების მიყენების შემდეგ პირველ პერიოდში როგორი იყო დაზარალებულის მდგომარეობა (გონების დაკარგვა, გულისრევა, პირღებინება, თავბრუსხვევა, სისხლდენა);
6. მიმართა თუ არა სამედიცინო დახმარებას, რომელ სამედიცინო დაწესებულებას და სხვ.

სამკურნალო დაწესებულების ხელმძღვანელები და ექიმები ვალდებული არიან სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დროს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს გაუწიონ დახმარება კლინიკური გამოკვლევის, კონსულტაციების, ლაბორატორიული ანალიზების ჩატარებაში.

გამოკვლევისას მნიშვნელოვანია მითითებული იქნას ყოველი სიმპტომის ინტენსივობა, სიხშირე და ხანგრძლივობა. გამოკითხვისას შეამოწმებელს არ უნდა მიეცეს მისახვედრი კითხვები, რადგან შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს წინასწარ განზრახულ აგრაგაციას და სიმულაციას.

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი დაზიანებასთან დაკავშირებული დაავადების ან ფუნქციის დარღვევის ხასიათის და ხანგრძლივობის შეფასების დროს უნდა დაეყრდნოს ექსპერტიზის ჩატარების პროცესში დადგენილ ობიექტურ სამედიცინო მონაცემებს და დაზიანების სიმძიმის ხარისხი განსაზღვროს ფაქტიურად არსებული მონაცემების შესაბამისად.

სავარაუდო წამების შედეგად სხეულის დაზიანება შეიძლება სხვადასხვა სიმძიმის იყოს, რაც განსხვავებულ სამართლებრივ პასუხისმგებლობას ითვალისწინებს, ამიტომ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი, პირველ რიგში, დაზიანების სიმძიმის ხარისხს განსაზღვრავს.

შემოწმება იწყება სხეულის დეტალური დათვალიერებით. სხეულზე არსებული დაზიანებების დათვალიერების და აღწერის დროს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ყურადღებას აქცევს დაზიანების შემდეგ მახასიათებლებს:

- დაზიანების ხასიათს;
- ლოკალიზაციას;
- ფორმას;
- ზომას;
- მიმართულებას;
- ფერს;
- რელიეფს;
- სიდრმეს;

- უცხო სხეულების არსებობას;
- დაზიანების ირგვლივ არსებულ თავისებურებებს;
- სისხლდენის ხასიათს;
- შეხორცების ნიშნებს და სხვ.

ექსპერტმა უნდა გამოიყენოს სხეულის სქემატური გამოსახვა (სხეულის კონტურული რუკები) ყველა დაზიანების ლოკალიზაციისა და ხასიათის რეგისტრაციისათვის. გამოკვლევას, ჩვეულებრივ, თან უნდა ახლდეს ფოტოგრაფია; საჭიროების შემთხვევაში, სასურველია, რენტგენოგრაფიული, ტომოგრაფიული და სხვა ინსტრუმენტული გამოკვლევის მონაცემების თანხლებაც.

სხეულის დაზიანების ექსპერტიზის შედეგად “ექსპერტის დასკვნაში” გაშუქებული უნდა იყოს:

- დაზიანების ხასიათი სამედიცინო თვალსაზრისით (ნაჭდევი, სისხლნაჟღენთი, ჭრილობა, ძვლის მოტეხილობა და სხვ.), მათი ლოკალიზაცია და თავისებურებანი;
- იარაღის ან საგნის ტიპი, რომლითაც მიყენებული უნდა იყოს დაზიანებები;
- დაზიანების განვითარების მექანიზმი;
- დაზიანების ხანდაზმულობა;
- სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხი, კრიტერიუმის აღნიშვნით – სიცოცხლისათვის სახიფათო, ჯანმრთელობის მოშლა, შრომის უნარის მყარი დაკარგვა და ა.შ.

დასკვნაში ექსპერტმა თავისი აზრი უნდა გამოხატოს დაზიანების წარმოშობის შესახებ: მიყენებულია თუ არა სხვა პირის მიერ, ან თვით გამოკითხულის მიერ, შემთხვევით თუ პათოლოგიური პროცესის შედეგად და სხვ. დაზიანების გამომწვევი საგნის ხასიათს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ადგენს ტრავმის მორფოლოგიური თავისებურებების მიხედვით.

თუ ექსპერტი ნახულობს განსაკუთრებული ტკივილის მიყენების ნიშნებს, როგორცაა მრავლობითი ნაჩქმეტი, ნაჩხვლეტი დაზიანებები, მოწვის კვალი და სხვ., იგი მიუთითებს დასკვნაში ამ ფაქტს.

თუ შემოწმებისას აღმოჩნდება სხვადასხვა ხანდაზმულობის დაზიანებები (ნაჭდევები, სისხლნაჟღენთები, ნაწიბურები და ა.შ.), სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი დასკვნაში აღნიშნავს მათი მიყენების არაერთდროულობას. დაზიანების ხანდაზმულობას ექსპერტი ადგენს ქსოვილთა რეგენერაციული პროცესების (სისხლნაჟღენთის ფერის ცვლილების, ნაჭდევის და ჭრილობის შეხორცების) მახასიათებლების მიხედვით. თუმცა ამ პროცესების დინამიკა თითოეული ორგანიზმისათვის ინდივიდუალურია და უამრავ გარე თუ შიდა ფაქტორზე დამოკიდებული, როგორცაა, მაგალითად, ტემპერატურა, რადიაცია, დამაზიანებელი ფაქტორი, დაზიანების ლოკალიზაცია და სხვ., რაც გარკვეულ სირთულეებს ქმნის დაზიანების ხანდაზმულობის დადგენისას და მოითხოვს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტის მაღალ კვალიფიკაციას და განსწავლულობას. სწორედ დაზიანების ხანდაზმულობის დადგენა წარმოადგენს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სასამართლო მედიცინის კათედრის სამეცნიერო მუშაობის ერთ-ერთ თემატიკას, რაზედაც სულ ცოტა ხნის წინ კათედრაზე დამუშავდა საკვალიფიკაციო სამეცნიერო ნაშრომი – საკანდიდატო დისერტაცია: “ნაჩხვლეტი ჭრილობის ხანდაზმულობის დადგენა”, რომლის შედეგებიც, ვფიქრობთ, გარკვეულ წვლილს შეიტანს ამ სახის დაზიანებებით წამებისა და სხვა ძალადობის კვლევის უმნიშვნელოვანეს საქმეში.

## თავი 4 წამება და მისი პრევენცია სტამბოლის პროტოკოლის მიხედვით

### ასისტ. პროფესორი - ლევან ლაბაური

*გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამის (UNDP); პროექტის – “სახალხო დამცველის აპარატის გაძლიერება” სამედიცინო ექსპერტი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი; IPIP– ის (სტამბოლის პროტოკოლის განხორციელების პროგრამა) სამედიცინო კოორდინატორი საქართველოში*

**წამება** - ეს არის ერთერთი ყველაზე არაპუმანური ქმედება, რაც კი შეიძლება ერთმა ინდივიდმა მეორეს მიაყენოს. მიუხედავად იმისა, რომ საერთაშორისო სამართლით წამება აკრძალულია, იგი ჯერ კიდევ მწვავე პრობლემად რჩება მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში. 2004 წელს გამოქვეყნებულია საერთაშორისო სახელმძღვანელო –“წამების სამედიცინო-ფიზიკური მტკიცებულებები, სტამბოლის პროტოკოლის გამოყენება სამედიცინო-ფიზიკური გამოკვლევისათვის”. აღნიშნული გამოცემის ავტორები არიან: ოლე ვედელ რასმუსენი, სტაინ ამრისი, მარგრეტ ბლააუვი და ლიზ დანიელსენი. სახელმძღვანელო დაწერილია წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საერთაშორისო საბჭოს მიერ (IRCT), როგორც სტამბოლის პროტოკოლის განხორციელების პროექტის ნაწილი, რომლის ინიციატორები არიან: ექიმები ადამიანის უფლებებისათვის – აშშ (PHR USA), თურქეთის ადამიანის უფლებების დაცვის ფონდი, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია (WMA), და წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საერთაშორისო საბჭო (IRCT). მიუხედავად სტამბოლის პროტოკოლის საერთაშორისო სტატუსისა, იურიდიულ, ჯანდაცვის და ადამიანის უფლებების დაცვის ექსპერტებს შორის ის ჯერ კიდევ შეზღუდულად არის მიღებული. უმეტეს შემთხვევებში სამედიცინო და იურიდიული საუნივერსიტეტო სასწავლო პროგრამები არ ითვალისწინებს ინსტრუქციებს წამების მსხვერპლთა გამოკვლევისა და ექსპერტიზის შესახებ. ამის გამო ჯანდაცვის და სისხლის სამართლის ბევრ სპეციალისტს ან სულ არ აქვს, ან აქვს მხოლოდ მწირი განათლება წამების კვლევაში და მის დოკუმენტურ გაფორმებაში, რაც მოითხოვს განსაზღვრული ტექნიკური ჩვევებს და ცოდნას სამედიცინო და იურიდიული პროცედურების ეფექტური გამოყენებისათვის.

- პირველი საერთაშორისო გაიდლაინი წამების გამოძიებისა და დოკუმენტირებისათვის;
- მისი შექმნის ინიციატორები იყვნენ ამერიკული ორგანიზაცია – ექიმები ადამიანის უფლებებისათვის და თურქეთის ადამიანის უფლებათა ფონდი
- მუშავდებოდა 3 წლის განმავლობაში; ამ პროცესში მონაწილეობდა 15 ქვეყნის 40 დაწესებულების 75 სასამართლო ექსპერტი
- დოკუმენტი წარმოადგენს სრულყოფილ პრაქტიკულ გაიდლაინს სამედიცინო და იურიდიულ სპეციალისტთათვის;
- მის ფარგლებში აუცილებელია სამედიცინო და იურიდიული სფეროს ექსპერტთა ერთობლივი თანამონაწილეობა

სტამბოლის პროტოკოლის ისტორია მოიცავს რამდენიმე ეტაპს: პროექტს საფუძველი ჩაეყარა 1996 წლის მაისში საერთაშორისო სიმპოზიუმზე,

რომელიც თურქეთის ექიმთა ასოციაციის ორგანიზებით იქნა ჩატარებული ადანაში, ჩუკუროვა -ის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტზე. პირველი პროექტი მომზადებულ იქნა Vincent Iacopino-ის მიერ (Physicians For Human Rights – USA). პროექტმა კულმინაციას მიაღწია 1999 წელს, როდესაც სტამბოლში, მარტში ჩატარებულ სხდომაზე დასრულებული სახით იქნა წარდგენილი; UNHCHR (Palais Wilson)-ის შენობაში ჩატარებული ერთდღიანი შეხვედრის შემდეგ, სტამბოლის პროტოკოლი წარედგინა გაეროს ადამიანის უფლებათა დაცვის უმაღლეს კომისარს Mary Robinson–ს, 1999 წლის 9 აგვისტოს. სტამბოლის პროტოკოლი წარედგინა გაეროს ადამიანის უფლებათა დაცვის უმაღლეს კომისარს Mary Robinson–ს, (1999 წლის 9 აგვისტო). გაეროს წამების საკითხთა საგანგებო მომხსენებელმა, Sir Nigel Rodley-მ, ჩართო სტამბოლის პროტოკოლი მის ყოველწლიურ მოხსენებაში, რომელიც წარედგინა გაეროს გენერალურ ასამბლეას 1999 წლის 4 ნოემბერს. გაეროს ადამიანის უფლებათა კომისიამ, 2000 წლის 20 აპრილს დაამტკიცა და მიიღო სტამბოლის პროტოკოლი და მისი პრინციპები, რაც აისახა UNCHR–ის რეზოლუციაში წამების შესახებ (2000/43) და UNGA–ის რეზოლუციაში (55/89); გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის მიერ გამოქვეყნდა პროფესიულ ტრენინგთა სერიაში გაეროს ექსპერტ ოფიციალურ ენაზე (2001 წელი); გაეროს წამების საგანგებო მომხსენებელმა სტამბოლის პროტოკოლი ოფიციალურად დააფიქსირა მის რეკომენდაციებში წამებასთან ბრძოლისა და აღკვეთის საკითხებში (2002 წლის დეკემბერი); სტამბოლის პროტოკოლს დაეფუძნა UNCHR –ის 2003 წლის რეზოლუცია” ადამიანის უფლებები და სასამართლო ექსპერტიზა და წამება”.

სტამბოლის პროტოკოლი წარმოადგენს საერთაშორისო გაიდლაინს რათა: შესწავლილ იყოს ის პირები, რომლებიც გახდნენ წამების და სხვა სასტიკი არაადამიანური მოპყრობისა და დასჯის მსხვერპლნი, *გამოძიებულ იყოს წამების შემთხვევები და შედეგები წარედგინოს სამართალდამცავ ან სხვა სახელმწიფო ორგანოებს.* სახელმძღვანელოში მოცემული გამოძიების მეთოდები ასევე გამოყენებულ უნდა იყოს შემდეგი მიზნებით. მათ შორის: *ადამიანის უფლებათა შესწავლა და მონიტორინგი, პოლიტიკური თავშესაფარის მაძიებელ ინდივიდუუმთა საქმეების განხილვა, იმ ინდივიდუუმთა დასაცავად, რომლებიც წამების გზით აღიარებენ დანაშაულს, წამების მსხვერპლთა შემდგომი მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საჭიროებათა შესაფასებლად.* იმ შემთხვევაში თუ ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკი იძულებულია ან გაუფრთხილებლობით ესწრება ამგვარ საქმიანობას ან აყაღბებს წამების მტკიცებულებებს, სახელმძღვანელო ასევე იძლევა იმ საერთაშორისო დონისძიებათა განმარტებას რა შედეგიც უნდა მოჰყვეს ამგვარ ქმედებას ჯანდაცვის სფეროს ან სასამართლო ორგანოების მხრიდან.

სახელმძღვანელოს მიზანია, გაუადვილოს ჯანდაცვის და იურიდიულ სფეროში მოღვაწე სპეციალისტებს მუშაობა სტამბოლის პროტოკოლის დანერგვის გზით. წამების სავარაუდო მსხვერპლთა გამოკვლევის ყველა ასპექტი ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოდ შემუშავებული. სახელმძღვანელო ვერ ცვლის თვით სტამბოლის პროტოკოლს, - მისი გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ აღნიშნულ დოკუმენტთან ერთად. სტამბოლის პროტოკოლის მსგავსად, სახელმძღვანელოში წამება განსაზღვრულია “წამების წინააღმდეგ გაეროს კონვენციის” (UNCAT) №1 მუხლის მიხედვით: “ტერმინი “წამება” ნიშნავს ნებისმიერ ქმედებას, რომლითაც ადამიანს წინასწარგანზრახულად ადგება ძლიერი ტკივილი ან ფიზიკური ან გონებრივი ტანჯვა, შემდეგი მიზნით: ინფორმაციის მოპოვება ან აღიარების მიღება მისგან ან მესამე

პირისაგან; ადამიანის დასჯა იმ ქმედებისათვის, რაც მან ან მესამე პირმა ჩაიდინა, ან ეჭვია, რომ ჩაიდინეს; მისი ან მესამე პირის დაშინება, ან მათი იძულება; ან კიდევ სხვა ნებისმიერი მიზეზი, რაც ეფუძნება დისკრიმინაციის ნებისმიერ სახეს, როდესაც ასეთი ტკივილი და ტანჯვა მიყენებულია საზოგადოებრივი მოხელის მიერ ან მისი მონაწილეობით ან სხვა ადამიანის მიერ, რომელიც მოქმედებს ოფიციალური სტატუსის ფარგლებში. დეფინიციაში არ იგულისხმება ტკივილი ან ტანჯვა, რომელიც გათვალისწინებულია კანონიერ სანქციებში ან ამ უკანასკნელისთვისაა დამახასიათებელი”. სახელმძღვანელოს გამოყენება წამებასთან და ადამიანურ უფლებების სხვა დარღვევებთან დაკავშირებით ჩატარებულ ფიზიკურ გამოკვლევებს შეიძლება ქონდეს ორი მიზანი:

- წამების დოკუმენტური დადასტურება;
- შელახული ჯანმრთელობის მკურნალობა.

სახელმძღვანელო ყურადღებას ამახვილებს პირველ მიზანზე. მასში წამების მწვავე და ქრონიკული სომატური შედეგები აღწერილია ორგანოთა სისტემების მიხედვით. ჯანმრთელობის დაზიანებასთან დაკავშირებული სამედიცინო სომატური გამოკვლევა არ შეიძლება ცალკე იქნას განხილული; იგი კომბინირებული უნდა იყოს ფსიქოლოგიურ და ფსიქიატრიულ გამოკვლევებთან და, აგრეთვე, სოციალური აქტივობის შეფასებასთან.

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, გარკვეულწილად შეიცავს ზოგოერთ პრევენციულ მექანიზმს სამედიცინო წამების აღკვეთასთან დაკავშირებით. საქართველოს კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ (მუხლი 54. აკრძალვები) გათვალისწინებულია, რომ: დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ეკრძალება: ა) პირდაპირი ან არაპირდაპირი კავშირი ისეთ ქმედებებთან, რომლებიც დაკავშირებულია წამებაში ან სხვა სასტიკ, არაადამიანურ, ღირსების შემლახავ მოპყრობაში ან/და სასჯელში მონაწილეობასთან, თანამონაწილეობასთან, წაქეზებასთან ან წაქეზების მცდელობასთან, აგრეთვე, ამგვარ მოქმედებებზე დასწრება; ბ) პატიმართან, დაკავებულთან ან დატყვევებულთან პროფესიული ურთიერთობა, თუ ამის ერთადერთი მიზანი არ არის მისი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, დაცვა ან გაუმჯობესება და ეს ურთიერთობა ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს; გ) პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გამოყენება პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის დაკითხვის ხელშეწყობისათვის ისეთი მეთოდებით, რომლებიც უარყოფითად იმოქმედებენ მის ფიზიკურ ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ან მდგომარეობაზე; დ) პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გამოყენება, ინსტრუმენტის ან ნივთიერების გაცემა პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის წამების ან სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ხელშეწყობის მიზნით, ან ამგვარი მოქმედებების მიმართ მისი წინააღმდეგობის შესასუსტებლად.

ამგვარად, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა, მიუხედავად ეროვნული საკანონმდებლო ინსტრუმენტების არასრულყოფილებისა, მაინც უნდა გამოყენებულ იქნას, როგორც წამების და სხვა სასტიკი არაადამიანური მოპყრობისა და დასჯის აღკვეთის ერთ-ერთ ქმედით ბერკეტად.



=====

## თავი 5

### საკანონმდებლო საკითხები წამების, მისი პრევენციის და სასამართლო ექსპერტიზის საკითხებთან დაკავშირებით



## საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსი

### **მუხლი 12. პიროვნების ხელშეუხებლობა, მისი პატივისა და ღირსების დაცვა**

3. ...პირის დაპატიმრება ან ექსპერტიზისათვის სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსება შეიძლება მხოლოდ მოსამართლის ბრძანებით ან სასამართლოს განჩინებით (დადგენილებით)...

### **მუხლი 13. პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა**

3. შემოწმების, ექსპერტიზის, სხვა საპროცესო მოქმედების ჩატარებისას არ უნდა გამჟღავნდეს ცნობები პირადი ცხოვრების შესახებ, ასევე პირადი ხასიათის ცნობები, რომელთა საიდუმლოდ დაცვაც პირს საჭიროდ მიაჩნია. გამომძიებელი, პროკურორი, მოსამართლე, სასამართლო ამ კოდექსით გათვალისწინებული საპროცესო მოქმედების მონაწილეს ხელწერილის ჩამორთმევით აფრთხილებს, არ გაამჟღავნოს აღნიშნული ცნობები. (25.03.2005 N1204)

### **მუხლი 20. სისხლის სამართლის პროცესის უშუალო და ზეპირობა (25.03.2005 N1204)**

1. ორგანო ან თანამდებობის პირი, რომელიც პროცესს აწარმოებს, ვალდებულია დაკითხოს დაზარალებული და მოწმე, შეისწავლოს და მოისმინოს ექსპერტის დასკვნა, შეამოწმოს ნივთიერი მტკიცებულებები. ამ წესისაგან გადახვევა დასაშვებია მხოლოდ ამ კოდექსით გათვალისწინებულ განსაკუთრებულ შემთხვევებში. (28.04.2006. N936)

### **მუხლი 29. სისხლისსამართლებრივი დევნის შეჩერების საფუძვლები და ვადები (25.03.2005 N1204)**

1. სისხლისსამართლებრივი დევნა ჩერდება:

გ) თუ ბრალდებული მძიმე ავადმყოფობით დაავადდა, რაც დადასტურებულია სახელმწიფო სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით – დაუყოვნებლივ ამ ფაქტის დადგენიდან ბრალდებულის გამოჯანმრთელებამდე, ხოლო თუ ბრალდებული ფსიქიკურად დაავადდა, რაც დადასტურებულია სახელმწიფო სასამართლო-

ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნით, და მის მიმართ სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების სახით გამოყენებულია იძულებითი მკურნალობა – ბრალდებულის გამოჯანმრთელებამდე;

**მუხლი 46. სასამართლოს უფლებამოსილება**

8. სასამართლოს კომპეტენციას განეკუთვნება: ...სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის პირის მოთავსება...

**მუხლი 70. დაზარალებულისა და მისი უფლებამონაცვლის მოვალებები**

4. დაზარალებულის შემოწმება, ექსპერტიზა, დაკავშირებული გამიშვლებასთან, აგრეთვე სირცხვილის გრძობის გამოძწვევი სხვა მოქმედება შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ დაზარალებულის თანხმობით. (საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ. საქართველოს 2000 წლის 5 მაისის N287-III კანონი, „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“ N 18 2000 წ.)

**მუხლი 73. ექვმიტანილის უფლებები**

1. ექვმიტანილს უფლება აქვს:

ვ) დაკავებისთანავე ან ექვმიტანილად ცნობის შესახებ დადგენილების გამოტანისთანავე მოითხოვოს უფასო სამედიცინო შემოწმება და შესაბამისი წერილობითი დასკვნა, აგრეთვე სამედიცინო ექსპერტიზის დანიშვნა მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესამოწმებლად, რაც დაუყოვნებლივ უნდა დაკმაყოფილდეს. ექსპერტიზის დანიშვნაზე უარი შეიძლება ერთჯერადად გასაჩივრდეს გამოძიების ადგილის მიხედვით რაიონულ (საქალაქო) სასამართლოში, სადაც საჩივარი განიხილება მისი მიღებიდან 24 საათში; (13.08.2004 N 398)

**მუხლი 74. ექვმიტანილის მოვალებები**

1. ექვმიტანილი ვალდებულია:

გ) ხელი არ შეუშალოს პროცესის მწარმოებელ ორგანოს ამ კოდექსით გათვალისწინებული შემოწმების, ექსპერტიზის, საექსპერტო გამოკვლევისათვის ნიმუშების აღების, ექსპერტიზისათვის სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსების, პირადი ჩხრეკისა და სხვა საპროცესო მოქმედებების ჩატარების შესახებ გამოტანილ კანონიერ დადგენილებათა შესრულებას.

**მუხლი 76. ბრალდებულის უფლებები**

3. ბრალდებულს უფლება აქვს აგრეთვე: ...გაეცნოს დადგენილებას ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ და ექსპერტის დასკვნას; განახორციელოს ექსპერტიზის ჩატარებასთან დაკავშირებით კანონით დადგენილი უფლებები; სისხლის სამართლის პროცესის ნებისმიერ სტადიაზე გაეცნოს საქმეში არსებულ ყველა მტკიცებულებას და საკუთარი ხარჯით გადაიღოს საქმის მასალის ასლები (გარდა იმ მასალისა, რომელიც დაკავშირებულია სისხლის სამართლის პროცესის მონაწილეთა დაცვის სპეციალური ღონისძიების გამოყენებასთან); ...დამოუკიდებლად ან დამცველთან ერთად გაეცნოს საქმის მთელ მასალას, ამოიწეროს საქმიდან ყველა საჭირო ცნობა, გადაიღოს ასლები, გამოძიების შევსების თაობაზე განაცხადოს შუამდგომლობა, რომლის განხილვაც სავალდებულოა; საქმის საბრალდებო დასკვნით სასამართლოში გადაგზავნის შემდეგ დამოუკიდებლად ან დამცველთან ერთად გაეცნოს საქმის მთელი მასალის ასლს და ნივთიერ მტკიცებულებებს; ...

**მუხლი 84. დამცველის უფლება-მოვალეობანი**

3. დამცველს უფლება აქვს:

ლ) გაეცნოს დადგენილებებსა და ოქმებს დაკავებისა და დაპატიმრების შესახებ, ყველა იმ საგანმომიებო მოქმედების ოქმს, რომელთა ჩატარებაშიც მონაწილეობდა ის ან მისი დასაცავი პირი, საქმის მასალებს, რომლებიც ადასტურებს დაკავებისა და დაპატიმრების საჭიროებას, დადგენილებას ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ და ექსპერტიზის დასკვნას;

**მუხლი 94. მოწმის უფლება-მოვალეობანი**

4. მოწმეს უფლება აქვს: ...ამ კოდექსის 368-ე მუხლის მე-2 ნაწილით გათვალისწინებული იძულებითი ექსპერტიზისას ისარგებლოს 366-ე მუხლის პირველი ნაწილის „ა“, „ბ“ და „ზ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული უფლებებით;...

#### **მუხლი 96. ექსპერტი**

1. ექსპერტი არის პირი, რომელსაც აქვს სპეციალური ცოდნა მეცნიერების, ტექნიკის, ხელოვნების ან ხელობის დარგში და რომელიც გამომძიებელმა, პროკურორმა ან სასამართლომ, ბრალდებულმა, დამცველმა, დაზარალებულმა დანიშნა სპეციალური გამოკვლევის ჩასატარებლად და სისხლის სამართლის საქმეზე საჭირო გარემოებათა შესახებ დასკვნის შესადგენად. (25.03.2005 N1204)

2. ექსპერტად შეიძლება დანიშნოს ნებისმიერი პირი, რომელსაც აქვს სპეციალური ცოდნა, მუშაობს საექსპერტო დაწესებულებაში ან აქვს ლიცენზია.

3. ექსპერტის გამოძახება, დანიშვნა და ექსპერტიზის ჩატარება ხდება 356-374-ე მუხლებით დადგენილი წესით.

6. ექსპერტის დასკვნის მოპოვების უფლება აქვს მხარესაც. ამ შემთხვევაში მხარე ექსპერტის დასკვნას წარუდგენს გამომძიებელს, პროკურორს ან სასამართლოს და მოითხოვს მის მონაწილეობას საქმის შემდგომ წარმოებაში. დაცვის მიერ ჩატარებულ ექსპერტიზას სახელმწიფო არ ანაზღაურებს. ორგანომ, რომელიც პროცესს აწარმოებს, მხარეს უნდა წარუდგინოს ნივთიერი მტკიცებულებანი და საექსპერტო გამოკვლევის სხვა ობიექტები, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ისინი უნდა გადაეცეს გამომძიებლის, პროკურორის ან სასამართლოს მიერ დანიშნულ ექსპერტს. მხარეს უფლება აქვს მოითხოვოს საექსპერტო კომისიის შექმნა, რომლის შემადგენლობაშიც შეიძლება შევიდეს მის მიერ შეთავაზებული ექსპერტი. (25.03.2005 N1204). *(საქართველოს 1998 წლის 26 ივნისის N1506-III კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N183 21.07.98წ. საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ.)*

#### **მუხლი 97. ექსპერტის უფლება-მოვალეობანი**

1. ექსპერტი ვალდებულია:

ა) გამოცხადდეს გამომძიებლის, პროკურორის, სასამართლოს გამოძახებით; (25.03.2005 N1204)

ბ) მისცეს ჩვენება ჩატარებულ ექსპერტიზასთან დაკავშირებით წინასწარი გამოძიებისას ან სასამართლო განხილვის დროს;

გ) მისცეს დასაბუთებული და ობიექტური წერილობითი დასკვნა დასმულ საკითხებზე;

დ) კანონით დადგენილი წესით დაიცვას და დააბრუნოს კვლევის ობიექტები;

ე) პროცესის მწარმოებელი ორგანოს ნებართვის გარეშე არ გაამჟღავნოს წინასწარი გამოძიების მასალები და ცნობები მოქალაქეთა პირადი ცხოვრების შესახებ, რომლებიც მისთვის ცნობილი გახდა;

ვ) განაცხადოს თვითაც ილება, თუ არსებობს 106-ე მუხლში მითითებული საფუძველი;

2. ყალბი დასკვნისათვის ექსპერტი პასუხს აგებს საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 370-ე მუხლით.

3. ექსპერტს უფლება აქვს:

ა) გაეცნოს ექსპერტიზისათვის საჭირო საქმის მასალებს და ამოიწეროს საჭირო ცნობები და გადაიღოს ასლები;

ბ) მოითხოვოს დამატებითი მასალების წარდგენა;

გ) უარი თქვას დასკვნის მიცემაზე და ექსპერტიზის შემდგომ გაგრძელებაზე, თუ დასმული საკითხები სცილდება მისი სპეციალური ცოდნის ფარგლებს ან თუ მისთვის წარდგენილი მასალები საკმარისი არ არის დასკვნის მისაცემად;

დ) გამომძიებლის, პროკურორის, სასამართლოს (მოსამართლის) ნებართვით დაესწროს საგამომძიებო მოქმედების ჩატარებას და დასაკითხ პირებს დაუსვას შეკითხვები, რომლებიც ექსპერტიზის საგანს განეკუთვნება; (25.03.2005 N1204)

ე) სასამართლო სხდომაზე მონაწილეობა მიიღოს ექსპერტიზის საგანს მიკუთვნებულ მტკიცებულებათა კვლევაში და სასამართლოს ნებართვით შეკითხვები დაუსვას დასაკითხ პირებს;

ვ) ჩამოაყალიბოს დასკვნა არა მარტო დასმულ საკითხებზე, არამედ ექსპერტიზის საგანს მიკუთვნებულ სხვა საკითხებზედაც, რომელთა გამოც მისთვის არ დაუსვამთ კითხვები;

ზ) შეადგინოს დასკვნა და მისცეს ჩვენება მშობლიურ ენაზე, თუ მან არ იცის სამართალწარმოების ენა, ისარგებლოს თარჯიმნის მომსახურებით;

თ) გამომძიებლის მოქმედებები და დადგენილებები გაასაჩივროს პროკურორთან, ხოლო პროკურორის მოქმედება – ზემდგომ პროკურორთან; (25.03.2005 N1204)

ი) გაეცნოს სასამართლო სხდომის ოქმის იმ ნაწილს, რომელიც მის მიერ ჩატარებულ ექსპერტიზას ეხება, და მოითხოვოს მასში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანა;

კ) გააკეთოს განცხადება მისი დასკვნის არასწორი ინტერპრეტაციის შესახებ.

*(საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ. საქართველოს 2000 წლის 5 მაისის N287-III კანონი, „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“ N 18 2000 წ.)*

#### **მუხლი 104. პროცესის მონაწილისათვის გაწეული ხარჯების ანაზღაურება**

2. სპეციალური საექსპერტო დაწესებულება (ექსპერტი), სპეციალისტი (შესაბამისი დაწესებულება, სადაც სპეციალისტი მუშაობს) და თარჯიმანი იღებენ გასამრჯელოს თავიანთი მოვალეობების შესრულებისათვის და კომპენსაციას იმ დანახარჯებისათვის, რომლებიც მათ გასწიეს ამ მოვალეობათა შესასრულებლად. (25.11.2004 N 596)

3. გამოძახებასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება ხორციელდება სახელმწიფო სახსრებიდან კანონით დადგენილი წესითა და ოდენობით. სახელმწიფო სპეციალური საექსპერტო დაწესებულებისათვის (ექსპერტიზისათვის) სასამართლო-საექსპერტო მომსახურების (სპეციალისტის, თარჯიმნის) ანაზღაურებას ახორციელებს ექსპერტიზის დამნიშვნელი ორგანო (თანამდებობის პირი), საქართველოს მთავრობის მიერ დადგენილი ნორმებისა და ტარიფების შესაბამისად, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც აღნიშნული მომსახურების გაწევა წარმოებს სახელმწიფო სახსრებიდან გამოყოფილი პროგრამული დაფინანსების ფარგლებში. კერძო სპეციალური საექსპერტო დაწესებულებისათვის (დამოუკიდებელი ექსპერტისათვის) სასამართლო-საექსპერტო მომსახურების ანაზღაურება წარმოებს დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე გაწეული მომსახურებისათვის. (25.11.2004 N 596), *(საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ.)*

#### **მუხლი 105. საქმეში მოსამართლის, პროკურორის, გამომძიებლისა და სასამართლო სხდომის მდივნის მონაწილეობის გამომრიცხავი გარემოებანი (25.03.2005 N1204)**

1. მოსამართლე, პროკურორი, გამომძიებელი ან სასამართლო სხდომის მდივანი მონაწილეობას ვერ მიიღებს სისხლის სამართლის საქმის წარმოებაში, თუ: გ) იგი მონაწილეობს ან წინათ მონაწილეობდა იმავე საქმეში, როგორც ეჭვმიტანილი, ბრალდებული, დამცველი, დაზარალებული, სამოქალაქო მოსარჩელე, სამოქალაქო მოპასუხე, ექსპერტი, სპეციალისტი, თარჯიმანი, დამსწრე, მოწმე, ანდა ბრალდებულის, ეჭვმიტანილის, დაზარალებულის, სამოქალაქო მოსარჩელის ან სამოქალაქო მოპასუხის კანონიერი წარმომადგენელი;

#### **მუხლი 106. საქმეში ექსპერტის, სპეციალისტის ან თარჯიმნის მონაწილეობის გამომრიცხველი გარემოებები (25.03.2005 N1204)**

1. ექსპერტს (გარდა ამ კოდექსის 361-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული შემთხვევისა) ან სპეციალისტს უფლება არა აქვს მონაწილეობა მიიღოს სისხლის სამართლის საქმის წარმოებაში, როცა სამსახურებრივად ან სხვაგვარად დამოკიდებულია საქმეში მონაწილე ამა თუ იმ პირზე ან/და ნათესაური ურთიერთობა აქვს მასთან.

2. ექსპერტი, სპეციალისტი, თარჯიმანი აცილებული უნდა იქნენ იმ შემთხვევაშიც, თუ გამოვლინდება მათი პროფესიული არაკომპეტენტურობა.

**მუხლი 107. საქმეში დამცველის, აგრეთვე დაზარალებულის, სამოქალაქო მოსარჩელისა და სამოქალაქო მოპასუხის წარმომადგენლების მონაწილეობის გამომრიცხავი გარემოებანი**

დამცველი, დაზარალებულის, სამოქალაქო მოსარჩელის ან სამოქალაქო მოპასუხის წარმომადგენელი მონაწილეობას ვერ მიიღებს სისხლის სამართლის საქმის წარმოებაში, თუ:

ა) იგი წინათ მონაწილეობდა იმავე საქმეში, როგორც მოსამართლე, პროკურორი, გამომძიებელი, სასამართლო სხდომის მდივანი, მოწმე, ექსპერტი, სპეციალისტი, თარჯიმანი ან დამსწრე;

**მუხლი 108. აცილებისა და თვითაცილების განცხადებისა და გადაწყვეტის წესი**

1. თუ არსებობს ამ კოდექსის 105-ე–107-ე მუხლებში აღნიშნული გარემოებები, მოსამართლე, პროკურორი, გამომძიებელი, სასამართლო სხდომის მდივანი, დამცველი, დაზარალებულის, სამოქალაქო მოსარჩელის, სამოქალაქო მოპასუხის წარმომადგენლები, ექსპერტი, სპეციალისტი ან თარჯიმანი ვალდებული არიან განაცხადონ თვითაცილება. თუ მათ ეს არ განუცხადებიათ, მათ აცილება შეიძლება მისცენ ეჭვმიტანილმა, ბრალდებულმა, დამცველმა, აგრეთვე დაზარალებულმა, სამოქალაქო მოსარჩელემ, სამოქალაქო მოპასუხემ და მათმა წარმომადგენლებმა, ხოლო სასამართლო სხდომაზე – სახელმწიფო ბრალმდებელმაც. პირებს, რომლებიც პროცესს აწარმოებენ, უფლება აქვთ აცილება მისცენ ერთმანეთს. (25.03.2005 N1204)

7. ექსპერტის, სპეციალისტის, თარჯიმნის, დამცველის, აგრეთვე დაზარალებულის, სამოქალაქო მოსარჩელის, სამოქალაქო მოპასუხის წარმომადგენლებისათვის მიცემული აცილების საკითხს წყვეტს პროკურორი, ხოლო სასამართლო სხდომაზე მიცემული აცილებისა – სასამართლო, რომელიც საქმეს განიხილავს. (25.03.2005 N1204)

**მუხლი 110. მტკიცებულების ცნება**

2. მტკიცებულებად სისხლის სამართლის პროცესში დასაშვებია:

ვ) ექსპერტის დასკვნა;

**მუხლი 117. მოწმის ჩვენება (25.03.2005 N1204)**

3. თუ არსებობს არსებითი წინააღმდეგობა ექსპერტის მიერ შედგენილ წერილობით დასკვნასა და მის მიერ სასამართლო განხილვის დროს მიცემულ ჩვენებას შორის, მხარეს უფლება აქვს მოსამართლის წინაშე დააყენოს შუამდგომლობა მოცემული ჩვენების ამ კოდექსის 111-ე მუხლით გათვალისწინებულ დაუშვებელ მტკიცებულებად ცნობის შესახებ. ამ შემთხვევაში არ გამოიყენება ამ კოდექსის 111-ე მუხლის მე-5 ნაწილი. (28.04.2006. N2936)

**მუხლი 120. ექსპერტის დასკვნა**

1. ექსპერტის დასკვნა არის მცოდნე პირის წერილობითი ინფორმაცია მის მიერ ჩატარებული გამოკვლევის მიმდინარეობისა და დადგენილი ფაქტობრივი მონაცემების შესახებ, რომელთაც სისხლის სამართლის საქმეზე მტკიცებულების მნიშვნელობა აქვს.

2. ექსპერტის დასკვნაში მტკიცებულების მნიშვნელობა აქვს როგორც გამოკვლევით დადგენილ, ისე ექსპერტის წინაშე დასმულ საკითხზე მიღებულ დასკვნას.

3. გამოკვლევის დროს ექსპერტის მიერ შესრულებული ფოტო და სხვა სურათი, გრაფიკა, ცხრილი, ნახაზი ექსპერტის დასკვნის შემადგენელი ნაწილია.

4. შედარებითი გამოკვლევის დროს ექსპერტის მიერ გაკეთებული ექსპერიმენტული ტყვიები, მასრები და სხვა ნიმუშები უნდა დაერთოს საქმეს, როგორც ნივთიერი მტკიცებულებანი.

5. ექსპერტის დასკვნა დგება იმ შემთხვევაშიც, როცა ექსპერტმა გამოკვლევა დაიწყო, მაგრამ ვერ დაასრულა კვლევის ობიექტების არასაკმარისობის ან საკუთარი არაკომპეტენტურობის გამო.

6. თუ გამოკვლევის დაწყებამდე ექსპერტი დარწმუნდება კვლევის ობიექტების არასაკმარისობაში ან საკუთარ არაკომპეტენტურობაში, იგი ადგენს აქტს, რომ შეუძლებელია ექსპერტიზის ჩატარება, და ამ აქტს

ექსპერტიზისათვის გაგზავნილ საგნებთან ერთად უგზავნის ორგანოს, რომელმაც ექსპერტიზა დანიშნა. თუ მეცნიერებისა და ტექნიკის თანამედროვე დონე ექსპერტის წინაშე დასმულ საკითხზე პასუხის გაცემის შესაძლებლობას იძლევა, მაგრამ ექსპერტს არა აქვს ამისათვის საჭირო ცოდნა, ხელსაწყოები და რეაქტივები, მას უფლება აქვს მიუთითოს, რომელ სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებაში შეიძლება ჩატარდეს ასეთი ექსპერტიზა.

7. თუ საჭირო არ არის დამატებითი და ახალი გამოკვლევის ჩატარება, ექსპერტის ჩვენება განმარტავს და ავსებს მის დასკვნას.

#### **მუხლი 122. ნივთიერი მტკიცებულების შენახვა**

1. ნივთიერ მტკიცებულებას ინახავს პროცესის მწარმოებელი ორგანო ისეთ პირობებში, რომლებიც გამორიცხავს მის დაკარგვასა და მისი თვისებების შეცვლას.

2. ნივთიერი მტკიცებულება, რომელიც არ ნადგურდება ან მესაკუთრესა თუ მფლობელს არ უბრუნდება, ინახება სისხლის სამართლის საქმის შენახვის ვადით.

5. დიდგაბარიტიანი საგანი შეიძლება დარჩეს მის მფლობელთან ანდა ადგილობრივი მმართველობის ან თვითმმართველობის ორგანოს წარმომადგენელთან, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ამ საგნის დაცვაზე.

6. ექსპერტიზისათვის გასაგზავნი საგნები უნდა იყოს დალუქული, რაც დადასტურებული უნდა იქნეს გამომძიებლისა და ამ კოდექსის 121-ე მუხლის 4<sup>1</sup> ნაწილით გათვალისწინებულ შემთხვევაში დამსწრის ხელმოწერით. ექსპერტისაგან მიღებული საგნები უნდა იყოს დალუქული ექსპერტის მიერ ამ კოდექსით დადგენილი წესით. იგივე წესები უნდა იქნეს დაცული ნივთიერ მტკიცებულებათა ფოსტით გაგზავნისა და მიღების დროს. (25.03.2005 N1204)

#### **მუხლი 123. გადაწყვეტილება ნივთიერი მტკიცებულების შესახებ საქმის წარმოების დამთავრებამდე**

1. საქმის წარმოების დამთავრებამდე გამომძიებლის ორგანო მესაკუთრეს ან მფლობელს უბრუნებს: მალფუჭებად საგნებს, ყოველდღიურ ყოფა-ცხოვრებაში აუცილებელ საგნებს, შინაურ პირუტყვს, ფრინველს, სხვა შინაურ ცხოველებს, თუ მათ ყადაღა არა აქვთ დადებული. საქმის წარმოების დამთავრებამდე გამომძიებლის ორგანომ მესაკუთრეს ან მფლობელს შეიძლება დაუბრუნოს სატრანსპორტო საშუალებები, თუ მათ ყადაღა არა აქვთ დადებული. (29.12.2006. N4212)

#### **მუხლი 130. მტკიცებულებათა საპროცესო დამაგრება**

1. მტკიცებულების მნიშვნელობის მქონე ცნობა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სისხლის სამართლის პროცესში, თუ ის საპროცესო წესით არის დამაგრებული, ესე იგი შეტანილია საგამომძიებო მოქმედების ან სასამართლო განხილვის ოქმში, რომელიც შედგენილია ამ კოდექსის მოთხოვნათა შესაბამისად. ნივთიერი მტკიცებულება უნდა აღიწეროს ოქმში და დაერთოს საქმეს სპეციალური განჩინებით (დადგენილებით). ექსპერტის მიერ დადგენილი ცნობის საპროცესო წესით დამაგრება ხდება ექსპერტის მიერ სათანადოდ შედგენილი დასკვნით. სასამართლო მოქმედების ოქმი და დოკუმენტი საქმეს უნდა დაერთოს სპეციალურად გამოტანილი დადგენილების გარეშე.

1<sup>1</sup>. მხარეთა შუამდგომლობით, ექსპერტი უნდა დაკითხონ მხარეებმა სასამართლოში მის მიერ მიცემული წერილობითი დასკვნის თაობაზე. ამ შემთხვევაში წერილობითი დასკვნა

მტკიცებულებით ძალას იძენს მხოლოდ ექსპერტის მიერ თავისი წერილობითი დასკვნის სასამართლოში მიცემული ჩვენებით დადასტურების შემთხვევაში, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ექსპერტი გარდაიცვალა, იმყოფება საქართველოს ფარგლებს გარეთ ან მისი ადგილსამყოფელი უცნობია, ან თუ ამოწურულია მისი სასამართლოში წარმოდგენის ყველა შესაძლებლობა. მხოლოდ აღნიშნული დასკვნა არ შეიძლება საფუძვლად დაედოს განსასჯელის მიმართ გამამტყუნებელი განაჩენის გამოტანას. (28.04.2006. N2936)

**მუხლი 134. სისხლის საპროცესო სამართლებრივი იძულების სახეები**

სისხლის საპროცესო სამართლებრივი იძულების სახეებია:

ა) მტკიცებულებათა შეკრების უზრუნველყოფა, თუ ამას ვინმე ეწინააღმდეგება დათვალერების, შემოწმების, ექსპერტიზის, ჩხრეკის, ამოღების, საგამომიებო ექსპერიმენტის, გვამის ექსკუმაციის ჩატარებისას;

**მუხლი 136. მოპყრობა პირისადმი, რომლის მიმართაც გამოყენებულია სისხლის საპროცესო სამართლებრივი იძულების ღონისძიება**

2. შეზღუდვები, რომლებიც დაკავშირებულია დაკავებული, დაპატიმრებული ან სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებული პირის ყოფნის რეჟიმთან, დგინდება მხოლოდ კანონით.

3. დაკავებულ, დაპატიმრებულ ან სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებულ პირს აქვს უფლება შეძლებისდაგვარი შრომისა, რომელიც ანაზღაურდება მისი რაოდენობისა და ხარისხის მიხედვით, აგრეთვე უფლება ნორმალური დასვენებისა, რომელიც საკმარისია ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად. აღნიშნულ პირს განაჩენის კანონიერ ძალაში შესვლამდე, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, უნარჩუნდება: შრომის სამართლებრივი ურთიერთობა საწარმოსთან, ორგანიზაციასთან ან დაწესებულებასთან, სადაც ის მუშაობდა დაკავების, დაპატიმრების ან სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსების წინ; საცხოვრებელი ბინის უფლება; საკუთრების უფლება მესაკუთრის ცალკეული უფლებამოსილების დროებით შეზღუდვით; ქონების ანდერძით და მემკვიდრეობით გადაცემის უფლება; დაქორწინების უფლება; შემოქმედებითი საქმიანობის უფლება; საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა საერთომოქალაქეობრივი უფლებები; პოლიტიკურ ცხოვრებაში – არჩევნებში, რეფერენდუმში, პლებისციტში, საყოველთაო-სახალხო განხილვაში მონაწილეობის უფლება. დაკავებულ, დაპატიმრებულ ან სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსებულ არასრულწლოვანს აგრეთვე საშუალება უნდა ჰქონდეს მიიღოს ზოგადი განათლება ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლის პროგრამით. (20.06.2003 N2454)

4. დაკავებულ, დაპატიმრებულ ან სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებულ პირს აქვს ჰუმანური მოპყრობის უფლება. მის მიმართ გამოყენებული შეზღუდვა არ უნდა იყოს იმაზე უფრო მკაცრი, რაც საჭიროა მისი გაქცევის ან სისხლის სამართლის საქმეზე ჭეშმარიტების დადგენისათვის ხელის შეშლის მცდელობის თავიდან ასაცილებლად.

6. დაკავებულ, დაპატიმრებულ ან სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებულ პირს შესაძლებლობა უნდა ჰქონდეს პირისპირ – შეხვედრის რაოდენობისა და ხანგრძლივობის შეუზღუდავად – შეხვედეს თავის დამცველს, თუ ამ კოდექსით სხვა რამ არ არის დადგენილი, ისარგებლოს საკანონმდებლო მასალებითა და იურიდიული ლიტერატურით, იქონიოს ქალაქი და საკანცელარიო საგნები საჩივრების, შუამდგომლობებისა და სხვა დოკუმენტების შესადგენად.

7. ბრალდებულთან, ეჭვმიტანილთან ან სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებულ პირთან დამცველის საუბრის მიყურადება, ფონოჩაწერა, ვიზუალური მეთვალყურეობა, აგრეთვე დამცველთან ამ პირის მიმოწერის შემოწმება დაუშვებელია. ამ მოთხოვნის დარღვევით მიღებული მონაცემი საქმეზე მტკიცებულებად არ დაიშვება.

8. ექსპერტიზის, შემოწმების, შედარებითი კვლევისათვის ნიმუშის აღებისა თუ სხვა საპროცესო მოქმედებების დროს დაუშვებელია ისეთი მეთოდის გამოყენება, რომელიც საშიშია ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის ან შეურაცხყოფს მის ღირსებას.

**უხლი 138. შეტყობინება საპროცესო იძულების ღონისძიების გამოყენების შესახებ**

1. გამომძიებელი და პროკურორი, მას შემდეგ, რაც გამოიყენებენ საპროცესო იძულების ღონისძიებას დაკავების სახით, აგრეთვე შეასრულებენ სასამართლო ბრძანებას პირის დაპატიმრების ან ექსპერტიზისათვის სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსების შესახებ, ვალდებული არიან არა უგვიანეს 5 საათისა, ხოლო არასრულწლოვნის მიმართ – არა უგვიანეს 3 საათისა, შეატყობინონ ეს მათი ოჯახის რომელიმე წევრს, ხოლო თუ ასეთები არ არსებობენ, – რომელიმე ნათესავს ან ახლობელს, დაპატიმრების ან სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსების შემთხვევაში კი შეატყობინონ სამუშაო ან სწავლის ადგილას. შეტყობინების ასლი ან მისი დამადასტურებელი სხვა დოკუმენტი საქმეს თან ერთვის. (25.03.2005 N1204)

2. ასეთივე მოვალეობა ეკისრება სასამართლოს, თუ მან აღკვეთის ღონისძიებად აირჩია დაპატიმრება ან პირის მოთავსება სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის.

3. თუ დაკავებული, დაპატიმრებული ან სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებული პირი სხვა სახელმწიფოს მოქალაქეა, ამ მუხლის პირველ ნაწილში აღნიშნულ ვადებში ეს უნდა შეატყობინონ შესაბამის საელჩოს ან საკონსულოს.

4. დაკავებულ, დაპატიმრებულ ან სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებულ პირს უფლება აქვს პროცესის მწარმოებელი ორგანოს მეშვეობით შეატყობინოს თავისი მდგომარეობა კრედიტორებს, სხვა მოქალაქეებსა და იურიდიულ პირებს, რომელთა მიმართაც მას სამართლებრივი ვალდებულებები ეკისრება.

**მუხლი 140. სისხლის საპროცესო სამართლებრივი იძულების ღონისძიების გამოყენების სასამართლო წესი**

1. პროკურორის ან პროკურორის თანხმობით გამომძიებლის შუამდგომლობით მაგისტრატი მოსამართლე, ხოლო მისი არყოფნის შემთხვევაში შესაბამისი რაიონული (საქალაქო) სასამართლო, წინასწარი გამოძიების ადგილის მიხედვით გასცემს ბრძანებას აღკვეთის ღონისძიების, ბრალდებულის თანამდებობიდან გადაყენების, ქონებაზე ყადაღის დადების, ბრალდებულის ან სხვა პირის სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსებისა და ამ კოდექსით გათვალისწინებული სხვა საპროცესო სამართლებრივი იძულების გამოყენების, აღკვეთის ღონისძიებათა შეცვლის შესახებ, აგრეთვე დადგენილებას აღკვეთის ღონისძიების გამოყენებასთან, შეცვლასთან ან ვადის გაგრძელებასთან დაკავშირებით გაცემული ბრძანების გაუქმების შესახებ. (20.12.2005 N 2359)

6. მოსამართლე შუამდგომლობას განიხილავს ერთპიროვნულად პროკურორის მონაწილეობით. განიხილვას აგრეთვე ესწრება ის გამომძიებელი, რომელმაც პროკურორის თანხმობით შუამდგომლობით მიმართა მოსამართლეს. სასამართლო სხდომაში მონაწილეობის უფლება აქვს ბრალდებულს, იმ პირს, რომლის მიმართაც სასამართლოში შეტანილია შუამდგომლობა სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსების (თუ ჯანმრთელობის მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა), თანამდებობიდან გადაყენების, ქონებაზე ყადაღის დადების, სისხლის საპროცესო იძულების სხვა ღონისძიების გამოყენების შესახებ, აგრეთვე მათ დამცველებსა და კანონიერ წარმომადგენლებს. (25.03.2005 N1204)

7. მოსამართლე შუამდგომლობას პირის დაპატიმრების, სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსების ან მის მიმართ აღკვეთის სხვა ღონისძიების, აგრეთვე ამ კოდექსით გათვალისწინებულ შემთხვევებში საპროცესო იძულების ღონისძიების გამოყენების შესახებ განიხილავს შუამდგომლობისა და საქმის მასალების წარდგენიდან



არა უგვიანეს 24 საათისა. განსაკუთრებულ შემთხვევაში, როდესაც დაკავებულთა მოთავსების ან პატიმრობის ადგილიდან ბრალდებულის სასამართლოში მიყვანა შეუძლებელია მისი ავადმყოფობის, სტიქიური უბედურების ან სხვა ობიექტური მიზეზის გამო, მოსამართლეს შეუძლია აღკვეთის ღონისძიების გამოყენების შესახებ შუამდგომლობის განსახილველად სასამართლო სხდომა ჩაატაროს დაკავებულთა მოთავსების ან პატიმრობის ადგილას. (16.12.2005 N 2265)

16. პირის დაპატიმრების, პატიმრობის ვადის გაგრძელების, აღკვეთის სხვა ღონისძიების გამოყენებისა და შეცვლის, სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსების სასამართლო ბრძანებები, აგრეთვე მოსამართლის დადგენილება აღკვეთის ღონისძიების გაუქმების შესახებ დგება 5 ეგზემპლარად, რომელთაგან ორი გადაეცემა შუამდგომლობის წარმომდგენ ორგანოს (ერთი უნდა დაერთოს სისხლის სამართლის საქმეს), მესამე იგზავნება დაპატიმრებულთა განთავსების ადგილას ან აღკვეთის სხვა სახის ღონისძიების შესრულებაზე პასუხისმგებელ პირებთან, იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც უნდა ჩატარდეს ექსპერტიზა, მეოთხე გადაეცემა პროკურორს, ხოლო მეხუთე ეგზემპლარი რჩება სასამართლოში.

**თავი XXII - პირის მოთავსება სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზის ჩასატარებლად (16.12.2005 N 2265)**

**მუხლი 177. სამედიცინო დაწესებულებაში მოსათავსებელი პირი**

1. თუ სასამართლო-სამედიცინო ან სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დანიშვნის ან ჩატარების დროს დადგება სტაციონარული მეთვალყურეობის საჭიროება, გამომძიებელს, პროკურორს სასამართლო ბრძანების ან განჩინების (დადგენილების) საფუძველზე უფლება აქვთ ბრალდებულს, განსასჯელი მოათავსონ შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში.

2. ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის შეიძლება აგრეთვე მოათავსონ პირი, რომლის ფსიქიკური მდგომარეობაც გამორიცხავს ბრალდებულად პასუხისმგებლობაში მიცემასა და ბრალდების წაყენებას, თუმცა არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, რომ მან ჩაიდინა მართლსაწინააღმდეგო ქმედება.

3. თუ პირი ბრალდების წაყენებამდე მოთავსებულია სამედიცინო დაწესებულებაში, ექსპერტიზის შედეგების საფუძველზე მას უნდა წაეყენოს ბრალდება, ან ის ცნობილ უნდა იქნეს პირად, რომლის მიმართაც გამოიყენება სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება. (საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ.)

**მუხლი 178. მოსამართლის ბრძანება და სასამართლო განჩინება (დადგენილება) სამედიცინო დაწესებულებაში პირის მოთავსების შესახებ**

1. სამედიცინო დაწესებულებაში სტაციონარული ექსპერტიზისათვის პირი თავსდება მოსამართლის ბრძანების საფუძველზე, რომელიც მან გასცა პროკურორის ან პროკურორის თანხმობით გამომძიებლის შუამდგომლობით, ანდა საქმის განმხილველი პირველი ინსტანციის სასამართლოს დასაბუთებული განჩინების (დადგენილების) საფუძველზე. (25.03.2005 N1204)

2. პირის სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსების თაობაზე სასამართლო ბრძანება და განჩინება (დადგენილება) დგება ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ განჩინებისაგან (დადგენილებისაგან) დამოუკიდებლად. მასში უნდა აღინიშნოს: სამედიცინო დაწესებულებაში მოსათავსებელი პირის სახელი, გვარი და საპროცესო მდგომარეობა; სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, რომელშიც პირი თავსდება; გადაწყვეტილება აღკვეთის ღონისძიების შესახებ, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში – განკარგულება სამედიცინო დაწესებულებაში პირის ეტაპირების შესახებ.

**მუხლი 179. პირი, რომელიც არ შეიძლება იძულებით მოთავსებულ იქნეს სამედიცინო დაწესებულებაში**

დაზარალებული და მოწმე არ შეიძლება იძულებით მოათავსონ სამედიცინო დაწესებულებაში, გარდა 368-ე მუხლის მე-2 ნაწილით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

**მუხლი 180. აღკვეთის ღონისძიებები, რომლებიც გამოიყენება სამედიცინო დაწესებულებაში პირის მოთავსების დროს**

1. დაუშვებელია სამედიცინო დაწესებულებაში ბრალდებულის, განსასჯელის ან იმ პირის მოთავსება, რომლის მიმართაც გამოიყენება სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება, თუ ეს დაწესებულება მოუწყობელია დაპატიმრებულთა მოსათავსებლად.

**მუხლი 181. ექსპერტიზისათვის სამედიცინო დაწესებულებაში პირის ყოფნის ვადა (28.04.2006. N2936)**

1. ბრალდებული, განსასჯელი ან პირი, რომლის მიმართაც გამოიყენება სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება, შეიძლება სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსდეს არა უმეტეს 20 დღის ვადით.

2. განსაკუთრებულ შემთხვევებში, ექიმთა დასკვნის საფუძველზე, რომლებიც სტაციონარულ ექსპერტიზას ატარებენ, ეს ვადა შეიძლება გაგრძელდეს კიდევ 10 დღით იმ მოსამართლის ბრძანების ან იმ სასამართლოს განჩინების (დადგენილების) საფუძველზე, რომლის წარმოებაშიცაა საქმე. ვადის შემდგომი გაგრძელება დაუშვებელია, თუნდაც სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსებული პირი ამაზე თანახმა იყოს.

3. თუ ბრალდებული ან მისი დამცველი საკუთარი ინიციატივით შუამდგომლობს სტაციონარულ ექსპერტიზაზე მოთავსებას, მოსამართლის ბრძანების საფუძველზე ექსპერტიზაზე ყოფნის ვადის გაგრძელებისას არ გამოიყენება ამ კოდექსის 162-ე მუხლის მე-3 ნაწილით დადგენილი ვადები. სტაციონარულ ექსპერტიზაზე ამგვარი ყოფნის დრო არ უნდა აღემატებოდეს 2 თვეს. პროკურორის შუამდგომლობით სტაციონარულ ექსპერტიზაზე ბრალდებულის მოთავსების შემთხვევაში ექსპერტიზაზე ყოფნის დრო ჩაითვლება პატიმრობის ვადაში. (29.12.2006. N4212) *(საქართველოს 2000 წლის 5 მაისის N287-III კანონი, „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“ N 18 2000 წ.)*

**მუხლი 182. სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსებული პირის უფლება**

სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსებულ პირს აქვს დაცვის მოთხოვნის უფლება. მას შეუძლია ისარგებლოს დამცველის მომსახურებით, შეხვდეს მას მარტო, ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე.

**მუხლი 203. სისხლის სამართლის პროცესის მონაწილეთა პასუხისმგებლობა გამოცხადებასა და თავიანთ მოვალეობათა შესრულებაზე უარის თქმისათვის**

2. თუ ექსპერტი, სპეციალისტი, თარჯიმანი ან დამსწრე უარს იტყვის გამოცხადებაზე ან ამ კოდექსით გათვალისწინებული მოვალეობის შესრულებაზე, მას დაეკისრება ფულადი ჯარიმა 500 ლარამდე ოდენობით. (16.09.2005 N1904)

**მუხლი 204. პასუხისმგებლობა ცრუ ცნობების მიწოდებისათვის**

1. ცრუ დასმენას, დაზარალებულის ან მოწმის ცრუ ჩვენებას, ექსპერტის ყალბ დასკვნას, წინასწარი გამოძიების დროს და სასამართლოში თარჯიმნის არასწორ თარგმანს, დაზარალებულის ან მოწმის მიერ ურთიერთსაწინააღმდეგო ჩვენებების მიცემას მოსდევს ამ პირთა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 370-ე, 371<sup>1</sup>, 373-ე მუხლებით გათვალისწინებული სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა. (16.09.2005 N1904)

**მუხლი 205. პასუხისმგებლობა სხვა საპროცესო მოვალეობათა შეუსრულებლობისათვის (16.09.2005 N1904)**

ამ კოდექსით გათვალისწინებულ შემთხვევაში საპროცესო მოვალეობათა შეუსრულებლობისათვის მოსამართლე (სასამართლო) ფულად ჯარიმას 500 ლარამდე ოდენობით დააკისრებს:

ა) დაზარალებულსა და მოწმეს, რომლებიც უარს იტყვიან შემოწმების, ექსპერტიზის ჩატარების, შედარებითი კვლევისათვის ნიმუშების მიღების შესახებ გამომძიებლის, პროკურორის, სასამართლოს კანონიერი მოთხოვნების შესრულებაზე;

გ) იურიდიულ პირთა ან ადმინისტრაციულ ორგანოთა ხელმძღვანელებს, რომლებიც ხელს შეუშლიან გამომძიებლის, პროკურორის ან სასამართლოს გამომძიებელს იმ პირთა გამოცხადებას, რომლებიც არიან: ბრალდებული, ეჭვმიტანილი, დაზარალებული, მოწმე, სპეციალისტი, ექსპერტი, თარჯიმანი, სამოქალაქო მოსარჩელე, სამოქალაქო მოპასუხე, მათი წარმომადგენლები; აგრეთვე იმისთვის, თუ განუხილველი დარჩა ან/და დროულად არ გაეცა პასუხი კერძო განჩინებას (დადგენილებას) ან წარდგინებას კანონის დარღვევისა და დანაშაულის ჩადენის ხელშემწყობი მიზეზებისა და პირობების შესახებ.

**მუხლი 210. წინასწარი გამოძიების დროს ჩადენილი სამართალდარღვევისათვის პასუხისმგებლობის დაკისრების წესი (25.03.2005 N1204)**

4. პირი, რომელსაც ბრალად ედება სამართალდარღვევის ჩადენა, სასამართლოს აძლევს ჩვენებას. სასამართლოს შეუძლია გამოიძახოს და დაკითხოს მოწმეები, გამოითხოვოს დოკუმენტები და ნივთიერი მტკიცებულებები, დანიშნოს ექსპერტიზა.

**მუხლი 217. სასამართლო ხარჯების სახეები**

2. სასამართლო ხარჯები შედგება:

ა) დაზარალებულის, მოწმის, სპეციალისტის, ექსპერტისათვის გადახდილი თანხებისაგან – გამოცხადების ხარჯებისა და დღიური თანხის ანაზღაურების წესით; (25.03.2005 N1204)

გ) საპროცესო მოვალეობათა შესასრულებლად კერძო სპეციალური საექსპერტო დაწესებულებისათვის (დამოუკიდებელი ექსპერტისათვის), საფინანსო-საბუღალტრო ექსპერტისათვის, სპეციალისტისა და თარჯიმნისათვის დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე გადახდილი თანხებისაგან; (27.12.2005 N 2543)

თ) სახელმწიფო სპეციალურ საექსპერტო დაწესებულებაში სასამართლო ექსპერტიზის ჩატარებასთან დაკავშირებული ხარჯებისაგან; (25.11.2004 N 596)

**მუხლი 218. სასამართლო ხარჯების გადახდევინება**

3. 217-ე მუხლის მე-2 ნაწილის „ა“, „გ“, „დ“, „ე“, „ვ“ და „ზ“ ქვეპუნქტებში აღნიშნული სასამართლო ხარჯები სასამართლომ შეიძლება დააკისროს მსჯავრდებულს და მიღებული თანხები ჩარიცხოს სახელმწიფო ბიუჯეტში ანდა გადაუხადოს ფიზიკურ ან იურიდიულ პირს მის მიერ გაწეული ხარჯების კომპენსაციის სახით, ხოლო 217-ე მუხლის მე-2 ნაწილის „თ“ ქვეპუნქტში აღნიშნული სასამართლო ხარჯები სახელმწიფო სპეციალურ საექსპერტო დაწესებულებას აუნაზღაურდება ექსპერტიზის დამნიშნელი ორგანოს (თანამდებობის პირის) მიერ ამ კოდექსის 104-ე მუხლის მე-3 ნაწილით დადგენილი წესით. (25.11.2004 N 596)

**მუხლი 221. სისხლის სამართლის პროცესის ორგანოების უკანონო ან დაუსაბუთებელი მოქმედების შედეგად მიყენებული ზიანის ანაზღაურების საფუძველები (25.03.2005 N1204)**

უნდა ანაზღაურდეს, საქმის შედეგის მიუხედავად, ზიანი, რომელიც პირს მიადგა უკანონოდ ან დაუსაბუთებლად დაკავების, დაპატიმრების ანდა სამედიცინო დაწესებულებაში ექსპერტიზისათვის მოთავსების შედეგად, აგრეთვე თანამდებობიდან გადაყენების, ჩხრეკის, ამოღების, ქონებაზე ყადაღის დადების, საგამომიებო ექსპერიმენტის, შემოწმების, სამართალწარმოების ორგანოების სხვა უკანონო ან დაუსაბუთებელ მოქმედებათა შედეგად, რომლებმაც ბრალდებულსა თუ სხვა პირს ქონებრივი, ფიზიკური ან მორალური ზიანი მიაცენა.

**მუხლი 224. უკანონო ან დაუსაბუთებელი საპროცესო მოქმედების შედეგად რეაბილიტირებულისა და დაზარალებულისათვის მიყენებული ფიზიკური ზიანის ანაზღაურება**

1. თუ დადგინდება, რომ პირს ჯანმრთელობა დაუზიანდა დაკავების, დაპატიმრების, სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსების, თავისუფლების შეზღუდვის ან

თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მსჯავრდებულის ყოფნის წესების დარღვევის ან სამედიცინო დახმარების დროულად გაუწევლობის, ასევე კანონით დადგენილი სასამართლო ექსპერტიზისა და სხვა საპროცესო მოქმედების ჩატარების წესის დარღვევის შედეგად, სახელმწიფო კისრულობს ვალდებულებას მთლიანად აანაზღაუროს ეს ზიანი, რისთვისაც:

ა) მიყენებული ზიანისათვის იძლევა ერთდროულ გადასახდელს, რომლის ოდენობასაც სასამართლო განსაზღვრავს დაავადების სიმძიმისა და პროგნოზის გათვალისწინებით, მაგრამ შრომის ანაზღაურების ას მინიმალურ ოდენობამდე;

ბ) ანაზღაურებს მკურნალობის ხარჯებს;

გ) იძლევა ორმაგი ოდენობის პენსიას ინვალიდობის დადგენის შემთხვევაში.

2. ამ მუხლის პირველ ნაწილში აღნიშნული ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნები შეიძლება წაყენებულ იქნეს სისხლის სამართლის საქმის წარმოებისას, სასჯელის მოხდის პროცესში და მისი მოხდის შემდეგ 6 თვის განმავლობაში.

3. ჯანმრთელობის შერყევის მიზეზის დასადგენად აუცილებელია სამედიცინო ექსპერტიზა.

#### **მუხლი 242. გამომძიებლის ან პროკურორის მოქმედებისა და გადაწყვეტილების გასაჩივრება სასამართლოში (25.03.2005 N1204)**

1. ამ კოდექსით დადგენილი წესით სასამართლოში შეიძლება გასაჩივრდეს გამომძიებლის ან პროკურორის მოქმედება და გადაწყვეტილება, რომლებიც, მომჩივნის აზრით, უკანონო და დაუსაბუთებელია, კერძოდ:

ბ) ექსპერტიზის დანიშვნაზე უარის თქმის შესახებ გამომძიებლის ან პროკურორის დადგენილება (73-ე მუხლი). (17.06.2005. N1681)

#### **უხლი 250. უცხო სახელმწიფოს მოქალაქის გამოძახება სისხლის სამართლის საქმეში მონაწილეობისათვის**

1. უცხო სახელმწიფოს მოქალაქე შეიძლება მოიწვიონ სისხლის სამართლის საქმეში მონაწილეობისათვის, როგორც მოწმე, დაზარალებული, ექსპერტი, სამოქალაქო მოსარჩელე ან სამოქალაქო მოპასუხე, ხოლო ბრალდებულის შუამდგომლობით – როგორც დამცველი ან კანონიერი წარმომადგენელი. (28.04.2006. N2936)

2. ამ მუხლის პირველ ნაწილში აღნიშნული პირების (გარდა ადვოკატისა, რომელთანაც დადებულია შეთანხმება) საქართველოში ჩამოსვლისა და ყოფნის ხარჯები ანაზღაურდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. თუ შუამდგომლობა ამ პირების გამოძახების შესახებ უარყოფილია, მათი გამოძახების ხარჯები ეკისრება იმ მხარეს, რომელმაც შეიტანა შუამდგომლობა.

#### **დათვალიერება**

##### **მუხლი 333. დათვალიერების მიზანი და სახეები**

2. ადამიანის სხეულის დათვალიერება ხდება შემოწმების ან ექსპერტიზის ჩატარებისას, ხოლო საფოსტო-სატელეგრაფო გზავნილისა \_ მისი დაყადაღებისა და ამოღების დროს.

##### **ზოგადი დებულებები დათვალიერების წესის შესახებ**

1. დათვალიერებაში მონაწილეობისათვის შეიძლება მოწვეულ იქნენ სპეციალისტი და ექსპერტი, აგრეთვე ეჭვმიტანილი, ბრალდებული, დამცველი, სისხლის სამართლის პროცესის სხვა მონაწილეები. (17.06.2005. N1681)

##### **მუხლი 336. გვამის დათვალიერება**

1. გვამის გარეგნულ დათვალიერებას ატარებს გამომძიებელი ან პროკურორი სასამართლო ექსპერტის მონაწილეობით, ხოლო თუ სასამართლო ექსპერტის მონაწილეობა შეუძლებელია – სხვა ექიმის მონაწილეობით. საჭიროების შემთხვევაში, გვამის დასათვალიერებლად შეიძლება მოწვეულ იქნეს სხვა სპეციალისტიც. (25.03.2005 N1204)

2. ამოუცნობი გვამის დაქტილოსკოპირება სავალდებულოა. გვამის დათვალიერებისას შეიძლება საექსპერტო კვლევისათვის ნიმუშის აღება 375-384-ე მუხლების მოთხოვნათა დაცვით.

3. ამოუცნობი გვამის დამარხვა ან კრემაცია პროკურორის ნებართვის გარეშე დაუშვებელია.

**მუხლი 342. საგამომიებო ექსპერიმენტის წესი**

1. საგამომიებო ექსპერიმენტში მონაწილეობისათვის შეიძლება მოიწვიონ სპეციალისტი (სპეციალისტები) და ექსპერტი, ხოლო აუცილებლობის შემთხვევაში, საცდელ მოქმედებათა ჩატარებაში შეიძლება ჩააბან სხვა პირები. (25.03.2005 N1204)

**მუხლი 345. ჩვენების ადგილზე შემოწმების წესი**

2. ჩვენების ადგილზე შემოწმებას ატარებს გამომძიებელი ან პროკურორი. შემოწმებაში მონაწილეობისათვის შეიძლება მოიწვიონ სპეციალისტი და ექსპერტი, აგრეთვე ექვმიტანილი, ბრალდებული და დამცველი, თუ ეს მოქმედება ტარდება მათი შუამდგომლობით. (25.03.2005 N1204)

**შემოწმება**

**მუხლი 350. შემოწმების საფუძველი და მიზანი**

შემოწმება ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ საჭიროა:

- ა) აღმოაჩინონ ადამიანის სხეულზე საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე ნიშანი ან თავისებურება, რისთვისაც ექსპერტიზა საჭირო არ არის;
- ბ) ინსტრუმენტული კვლევის მეთოდებით გამოავლინონ ალკოჰოლური, ნარკოტიკული, ტოქსიკური სიმთვრალის ან სხვა ფიზიოლოგიური მდგომარეობა, თუ ამისათვის ექსპერტიზა საჭირო არ არის.

**თავი XLIV - ექსპერტიზა**

**მუხლი 356. ექსპერტიზის დანიშვნის საფუძველი (27.12.2005 N 2543)**

1. ექსპერტიზა ტარდება გამომძიებლის ან პროკურორის დადგენილებით, ასევე სასამართლოს დადგენილებით დაცვის მხარის შუამდგომლობის საფუძველზე, თუ საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე ფაქტობრივ გარემოებათა დასადგენად საჭიროა მეცნიერების, ტექნიკის, ხელოვნების სათანადო დარგის ან ამა თუ იმ ხელობის სპეციალისტთა დასკვნა. თუ გამომძიებელს, პროკურორს ან სპეციალისტს აქვთ სპეციალური ცოდნა, ეს არ გამორიცხავს ექსპერტიზის დანიშვნის აუცილებლობას.

2. საფინანსო-საბუღალტრო ექსპერტიზა ტარდება მხარის დავალებით, თუ საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე ფაქტობრივ გარემოებათა დასადგენად საჭიროა შესაბამისი დარგის სპეციალისტთა დასკვნა.

**მუხლი 357. სასამართლო ექსპერტიზის საპროცესო ფორმა**

1. ექსპერტიზა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ კანონით დადგენილი საპროცესო ფორმით.

2. ექსპერტიზის ჩატარების წინაპირობა არ შეიძლება იყოს რევიზია. (16.12.2005 N 2265)

**მუხლი 359. ექსპერტად დანიშნული პირი**

1. ექსპერტიზას ატარებს საექსპერტო ან სხვა დაწესებულების, საწარმოს, ორგანიზაციის სპეციალისტი ან სხვა მცოდნე პირი, რომელსაც ნიშნავს გამომძიებელი ან პროკურორი, ანდა ანაზღაურებით იწვევენ მხარეები. (25.03.2005 N1204)

2. სასამართლო-სამედიცინო და კრიმინალისტიკურ ექსპერტიზას ატარებს საექსპერტო დაწესებულების, განსაკუთრებულ შემთხვევებში კი – სხვა დაწესებულების სპეციალისტი ან კერძო პირი.

3. სასამართლოს, გამომძიებლის ან პროკურორის მოთხოვნა ექსპერტად დანიშნული პირის გამოძახებისა და მის მიერ ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ სავალდებულოა შესასრულებლად სპეციალური ცოდნის მქონე პირისათვის, აგრეთვე იმ დაწესებულების, საწარმოსა თუ ორგანიზაციის ხელმძღვანელისათვის, სადაც ეს პირი მუშაობს. (25.03.2005 N1204)

4. მხარის მოთხოვნით, ექსპერტიზა ტარდება სპეციალური ცოდნის მქონე პირთან და იმ დაწესებულებასთან შეთანხმებით, სადაც იგი მუშაობს.

#### **მუხლი 360. ექსპერტიზის ობიექტი**

1. ექსპერტის გამოკვლევის ობიექტი შეიძლება იყოს ნივთიერი მტკიცებულება, ცოცხალი ადამიანის სხეული, ფსიქიკური მდგომარეობა, გვამი, დოკუმენტი.

2. საექსპერტო გამოკვლევის ობიექტი, თუ მისი მოცულობა და თვისება ამის საშუალებას იძლევა, ექსპერტს უნდა გადაეცეს შეფუთული და დალუქული სახით.

3. ექსპერტიზის ობიექტი შეიძლება დაიხარჯოს იმ ოდენობით, რამდენიც საჭიროა საექსპერტო გამოკვლევისათვის.

4. ექსპერტიზის დამთავრებისთანავე გამოკვლევის დაუხარჯავი ობიექტი უნდა დაუბრუნდეს ექსპერტიზის დამნიშვნელ პირს ან ორგანოს შეფუთული და დალუქული სახით.

5. ექსპერტიზის ობიექტი ინახება საექსპერტო დაწესებულებაში, საგამომიებო ორგანოში ან პროკურატურაში ნივთიერი მტკიცებულების შენახვის წესის დაცვით.

6. საექსპერტო გამოკვლევის ობიექტი შეიძლება იყოს აგრეთვე ექსპერტიზის საგანთან დაკავშირებული მონაცემი, რომელიც ასახულია სისხლის სამართლის საქმის მასალებში. საქმის მასალების მიხედვით ექსპერტიზის ჩატარებისას ექსპერტიზის დამნიშვნელმა უნდა მიუთითოს, რომელი მონაცემი მიაჩნია სარწმუნოდ, ან დაავალოს ექსპერტს გასცეს რამდენიმე ვარიანტით პასუხი დასმულ შეკითხვაზე იმისდა მიხედვით, თუ საქმის ურთიერთსაწინააღმდეგო მასალიდან რომელი დაედო საფუძვლად საექსპერტო დასკვნას.

#### **მუხლი 361. დამატებითი და განმეორებითი ექსპერტიზა**

1. დამატებით ექსპერტიზას ატარებს იგივე ან სხვა ექსპერტი ჩატარებული გამოკვლევის ან დასკვნის შესავსებად.

2. განმეორებითი ექსპერტიზა ტარდება მაშინ, როცა ექსპერტის დასკვნა დაუსაბუთებელია, მისი სისწორე საეჭვოა, ან არასარწმუნოა მტკიცებულება, რომელსაც იგი ემყარება, ანდა მოხდა ექსპერტიზის ჩატარების საპროცესო წესის არსებითი დარღვევა. განმეორებითი ექსპერტიზა ევალება სხვა ექსპერტს. განმეორებითი ექსპერტიზის დანიშვნის დადგენილებაში უნდა აღინიშნოს მოტივი, რატომ არის საეჭვო წინა ექსპერტიზის დასკვნა. წინა ექსპერტიზის ჩამტარებელი ექსპერტი შეიძლება დაესწროს განმეორებით ექსპერტიზას და მისცეს განმარტება, მაგრამ გამოკვლევისა და დასკვნის შედგენაში ის არ მონაწილეობს.

3. თუ გამოკვლევა დაიწყო ერთმა ექსპერტმა და დაასრულა მეორემ, მისი განმეორება არ არის საჭირო, თუ გამოყენებული მეთოდები მეორე ექსპერტის ეჭვს არ იწვევს.

#### **მუხლი 362. საკომისიო ექსპერტიზა**

1. რთული ექსპერტიზა შეიძლება ჩატარონ ერთი სპეციალობის მქონე ექსპერტთა კომისიებმა. მხარეთა მოთხოვნით, საექსპერტო კომისიის შემადგენლობაში შეიძლება შევიდნენ მათ მიერ მოწვეული ექსპერტები. ისინი თათბირობენ და, თუ საერთო აზრს გამოიტანენ, ხელს აწერენ დასკვნას. ექსპერტთა შორის უთანხმოების შემთხვევაში თითოეული იძლევა ცალკე დასკვნას უთანხმოების გამომწვევ ყველა ან ზოგიერთ საკითხზე.

2. გამომძიებლის ან პროკურორის მოთხოვნა საკომისიო ექსპერტიზის ჩასატარებლად სავალდებულოა შეასრულოს საექსპერტო დაწესებულებამ. თუ ექსპერტიზა დაევალა საექსპერტო დაწესებულებას, მის ხელმძღვანელს უფლება აქვს ორგანიზაცია გაუწიოს საკომისიო ექსპერტიზის ჩატარებას. (25.03.2005 N1204)

3. დაუშვებელია საექსპერტო გამოკვლევაში მონაწილეობა მიიღონ იმ პირებმა, რომლებიც არ არიან ექსპერტთა კომისიის წევრები. (საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ.)

### **მუხლი 363. კომპლექსური ექსპერტიზა**

1. თუ სისხლის სამართლის საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე რაიმე გარემოების დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ ცოდნის ერთი ან სხვადასხვა დარგისა თუ სხვადასხვა სამეცნიერო დისციპლინის ფარგლებში რამდენიმე გამოკვლევის ჩატარებით, უნდა დაინიშნოს კომპლექსური ექსპერტიზა.

2. კომპლექსური ექსპერტიზის მონაწილე ექსპერტები თავიანთი მეცნიერული კომპეტენციის ფარგლებში აყალიბებენ დასკვნებს იმ გარემოებათა შესახებ, რომელთა დასადგენადაც დაინიშნა ექსპერტიზა.

3. კომპლექსურ ექსპერტიზაში მონაწილე ყველა სპეციალისტს აქვს ამ სისხლის სამართლის საქმის ექსპერტის სტატუსი. თითოეული მათგანი გამოკვლევას ატარებს დამოუკიდებლად, აკისრია პასუხისმგებლობა მის გამო და იძლევა დასკვნას მხოლოდ თავისი სამეცნიერო კომპეტენციის ფარგლებში. ექსპერტს უფლება არა აქვს ხელი მოაწეროს კომპლექსური ექსპერტიზის დასკვნის იმ ნაწილს, რომელიც სცილდება მისი მეცნიერული კომპეტენციის ფარგლებს.

4. თუ ექსპერტიზა დავალებული აქვს საექსპერტო დაწესებულებას, კომპლექსური გამოკვლევის ორგანიზაცია ეკისრება მის ხელმძღვანელს.

### **მუხლი 364. ალტერნატიული ექსპერტიზა (16.12.2005 N 2265)**

1. მხარეს უფლება აქვს საკუთარი ინიციატივითა და თავის ხარჯზე ჩაატაროს ექსპერტიზა იმ გარემოების დასადგენად, რომელსაც, მისი აზრით, შეუძლია ხელი შეუწყოს მისივე ინტერესების დაცვას. საექსპერტო დაწესებულება ვალდებულია ჩაატაროს მხარის მიერ დანიშნული და ანაზღაურებული ექსპერტიზა. მხარის მოთხოვნით, ექსპერტის დასკვნა სავალდებულო წესით დაერთვის სისხლის სამართლის საქმეს და შეფასდება სხვა მტკიცებულებებთან ერთად.

2. თუ ბრალდებული ან განსასჯელი არასმქონეა, მას უფლება აქვს სახელმწიფოს ხარჯზე, სისხლის სამართლის საქმესთან უშუალოდ დაკავშირებული ალტერნატიული ექსპერტიზის ჩასატარებლად მიმართოს სასამართლოს ან სისხლის სამართლის პროცესის მწარმოებელ ორგანოს. (1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ.)

### **მუხლი 365. ექსპერტის კომპეტენციის ფარგლები**

ექსპერტის წინაშე დასმული საკითხები და მისი დასკვნა არ უნდა სცილდებოდეს ექსპერტის სპეციალური ცოდნის ფარგლებს.

### **მუხლი 366. ექვმიტანილისა, ბრალდებულისა და დაზარალებულის უფლებები ექსპერტიზის დანიშვნისა და ჩატარების დროს**

1. ექსპერტიზის დანიშვნისა და ჩატარების დროს ექვმიტანილს, ბრალდებულს ან დაზარალებულს ან მის წარმომადგენელს უფლება აქვს:

ა) ექსპერტიზის ჩატარებამდე გაეცნოს გამომძიებლის ან პროკურორის დადგენილებას ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ;

ბ) აცილებას მისცეს ექსპერტს;

გ) მოითხოვოს, რომ ექსპერტი დანიშნონ მის მიერ მითითებულ პირთაგან;

დ) ჩაატაროს ალტერნატიული ექსპერტიზა თავისი ინიციატივითა და საკუთარი ხარჯებით, მოითხოვოს ექსპერტიზის დასკვნის სისხლის სამართლის საქმეზე დართვა;

ე) დამატებითი კითხვები დაუსვას გამომძიებლის ან პროკურორის მიერ დანიშნულ ექსპერტს;

ვ) გამომძიებლის ან პროკურორის ნებართვით დაესწროს ექსპერტიზას, მისცეს ექსპერტს ახსნა-განმარტება, ექსპერტის დასკვნის მიღების შემდეგ მოსთხოვოს მას განმარტება გამოყენებული კვლევის მეთოდების არსისა და მიღებული შედეგების თაობაზე;

ზ) გაეცნოს ექსპერტის დასკვნას. მისი მიღებიდან არა უგვიანეს 10 დღის შემდეგ აღძრას შუამდგომლობა დამატებითი ან განმეორებითი ექსპერტიზის ჩატარების თაობაზე;

თ) მონაწილეობა მიიღოს ექსპერტის დაკითხვაში, როცა ექსპერტიზა მისი შუამდგომლობით იყო დანიშნული. (25.03.2005 N1204)

2. ზემოთჩამოთვლილი უფლებები აქვს აგრეთვე პირს, რომლის მიმართაც გამოიყენება სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება, თუ ამის საშუალებას იძლევა მისი ფსიქიკური მდგომარეობა. (საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ; საქართველოს 2000 წლის 5 მაისის N287-III კანონი, „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“ N 18 2000 წ.)

### **მუხლი 367. დადგენილება ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ**

1. გამომძიებელს ან პროკურორს ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ გამოაქვს დადგენილება, რომელშიც უნდა აღინიშნოს ექსპერტიზის დანიშვნის საფუძველი, ნივთიერი მტკიცებულებები და ექსპერტიზისათვის გაგზავნილი სხვა ობიექტები იმის მითითებით, თუ სად, როდის და რა ვითარებაში აღმოაჩინეს ცნობები, რომლებსაც უნდა დაემყაროს ექსპერტის დასკვნები, ექსპერტის წინაშე დასმული კითხვები, საექსპერტო დაწესებულების დასახელება ან იმ პირის გვარი, რომელსაც დაევალა ექსპერტიზის ჩატარება. (25.03.2005 N1204)

2. დადგენილება ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ სავალდებულოა იმ პირთათვის, რომელთაც იგი ეხებათ.

### **მუხლი 368. იძულების ფარგლები ექსპერტიზის ჩატარებისას**

1. ქირურგიული ან სამედიცინო გამოკვლევის სხვა მეთოდების გამოყენება, რომლებიც იწვევს ძლიერი ტკივილის შეგრძნებას, დასაშვებია მხოლოდ იმ პირის თანხმობით, რომელსაც ექსპერტიზა უნდა ჩაუტარდეს, ხოლო თუ მას 16 წლის ასაკისათვის არ მიუღწევია ან ფსიქიკურად არის დაავადებული, – მშობლების, მეურვეების ან მზრუნველების თანხმობით.

2. დაზარალებულისა და მოწმის იძულებითი ექსპერტიზა დაუშვებელია, გარდა ვენერიული თუ სხვა ინფექციური დაავადებების დადგენისა და აგრეთვე იმ შემთხვევებისა, როცა ეჭვმიტანილი ან ბრალდებული მოითხოვს იმ დაზარალებულის ჩვენების შემოწმებას, რომელიც ამხელს მას დანაშაულის ჩადენაში. დაზარალებულისა და მოწმის იძულებითი ექსპერტიზა დასაშვებია მხოლოდ მოსამართლის ბრძანების საფუძველზე.

### **მუხლი 369. ექსპერტიზის ჩატარება საექსპერტო დაწესებულებაში**

1. გამომძიებელი ან პროკურორი დადგენილებას ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ, გამოსაკვლევ ობიექტებს, ხოლო აუცილებლობის შემთხვევაში – სისხლის სამართლის საქმის ასლსაც, უგზავნის საექსპერტო დაწესებულების ხელმძღვანელს, რომელმაც განკარგულება უნდა გასცეს იმის თაობაზე, თუ ამ დაწესებულების თანამშრომელთაგან რომელი ჩაატარებს ექსპერტიზას, რასაც აცნობებს ექსპერტიზის დამნიშვნელ პირს. (25.03.2005 N1204)

2. საექსპერტო დაწესებულების ხელმძღვანელი ორგანიზაციას უწევს ექსპერტიზის ჩატარებას, უზრუნველყოფს გამოკვლევის ობიექტების დაცვა-შენახვას, განსაზღვრავს ექსპერტიზის დამთავრების ვადებს. საექსპერტო დაწესებულების ხელმძღვანელს უფლება არა აქვს მიიწვიოს ექსპერტიზის ჩატარებისას პირი, რომელიც არ მუშაობს საექსპერტო დაწესებულებაში, აგრეთვე ექსპერტიზის დამნიშვნელი პირის დადგენილების გარეშე მოითხოვოს სხვა დაწესებულებიდან ექსპერტიზის ჩასატარებლად საჭირო დოკუმენტი, ნივთიერი და სხვა მტკიცებულება.

### **მუხლი 370. ექსპერტიზის ჩატარება არასაექსპერტო დაწესებულებაში**

1. თუ ექსპერტიზა ტარდება არასაექსპერტო დაწესებულებაში, გამომძიებელი ან პროკურორი ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ დადგენილების გამოტანის შემდეგ გამოიძახებს პირს, რომელსაც ევალება ექსპერტიზა, რწმუნდება ამ პიროვნების



კომპეტენტურობაში, ადგენს ექსპერტის დამოკიდებულებას ექვმიტანილთან, ბრალდებულთან თუ დაზარალებულთან, პროცესის სხვა მონაწილეებთან და ამოწმებს, ხომ არ არსებობს ექსპერტის აცილების საფუძველი. (25.03.2005 N1204)

2. ექსპერტიზის დამნიშვნელი პირი ექსპერტს გადასცემს დადგენილებას ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ, განუმარტავს 97-ე მუხლით გათვალისწინებულ მის უფლება-მოვალეობებს და აფრთხილებს ყალბი დასკვნისათვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის შესახებ. ამ გაფრთხილებას ექსპერტი ადასტურებს ხელმოწერით. ამგვარადვე ფიქსირდება ექსპერტის განცხადება და შუამდგომლობა. ექსპერტის შუამდგომლობის უარყოფის შესახებ ექსპერტიზის დამნიშვნელ პირს გამოაქვს მოტივირებული დადგენილება.

3. ექსპერტიზის დამნიშვნელი პირი ვალდებულია უზრუნველყოს ექვმიტანილის, ბრალდებულის, დაზარალებულისა და მოწმის ექსპერტთან მიყვანა, თუ აუცილებელი გახდა მათი სხეულის ან ფსიქიკის გამოკვლევა, ან თუ შესაძლებლადაა მიჩნეული ექსპერტიზაზე აღნიშნულ პირთა (მოწმის გარდა) დასწრება. (საქართველოს 2000 წლის 5 მაისის N287-III კანონი, „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“ N 18 2000 წ.)

### **მუხლი 371. ექსპერტის დასკვნა**

1. საჭირო გამოკვლევების შემდეგ ექსპერტი ადგენს წერილობით დასკვნას, რომელსაც ადასტურებს თავისი ხელმოწერით.

2. ექსპერტის დასკვნაში უნდა აღინიშნოს ექსპერტის ვინაობა (სახელი, გვარი, განათლება, სპეციალობა, სპეციალობით მუშაობის სტაჟი, სამეცნიერო ხარისხი და სამეცნიერო წოდება, თანამდებობა), ექსპერტის გაფრთხილება განზრახ არასწორი დასკვნის მიცემისათვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის შესახებ, ექსპერტიზის ჩატარების საფუძველი, ვინ ესწრებოდა მას, სისხლის სამართლის საქმის რა მასალები გამოიყენა ექსპერტმა, რა ნივთიერი მტკიცებულებები, ნიმუშები ან სხვა ობიექტები გამოიკვლია, რა გამოკვლევა ჩატარა და რა მეთოდები გამოიყენა, საკმარისად საიმედოა თუ არა ისინი, დასაბუთებული პასუხები დასმულ კითხვებზე, ექსპერტის ინიციატივით დადგენილი და საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე გარემოებანი.

3. ექსპერტის დასკვნაში შეიძლება მიეთითოს დანაშაულის ჩადენის ხელშემწყობი გარემოებები და მათი აცილების ორგანიზაციულ-ტექნიკური რეკომენდაციები.

4. ექსპერტის დასკვნას უნდა დაერთოს გამოკვლევის შემდეგ დარჩენილი ნივთიერი მტკიცებულებები, ნიმუშები, ფოტოსურათები, სქემები და გრაფიკები, სხვა მასალები, რომლებიც ადასტურებენ ექსპერტის დასკვნებს.

5. ექსპერტის დასკვნა უნდა შეიცავდეს ყველა ან ზოგიერთ დასმულ კითხვაზე პასუხის გაუცემლობის მიზეზის დასაბუთებას, თუ გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა, რომ მისთვის წარდგენილი მასალები არ არის საკმარისი, ან ექსპერტი არაკომპეტენტურია.

6. გამოსაკვლევ გარემოებათა შესახებ ექსპერტის სააღბათო დასკვნებს მტკიცებულების მნიშვნელობა არა აქვს, მაგრამ ისინი მაინც უნდა აისახოს ექსპერტის დასკვნაში.

### **მუხლი 372. აქტი დასკვნის შედგენის შეუძლებლობის შესახებ**

თუ გამოკვლევის დაწყებამდე ექსპერტი აღმოაჩენს, რომ მის წინაშე დასმული საკითხების გადასაწყვეტად მისი ცოდნა არ არის საკმარისი, ან მისთვის წარდგენილი ობიექტები არ კმარა ექსპერტიზის ჩასატარებლად, იგი ადგენს მოტივირებულ აქტს დასკვნის შედგენის შეუძლებლობის შესახებ და უგზავნის ექსპერტიზის დამნიშვნელ პირს.

### **მუხლი 373. ექსპერტის დაკითხვა**

1. თუ ექსპერტის დასკვნა გაუგებარია, ან აქვს ხარვეზი, მაგრამ მის შესავსებად საჭირო არ არის დამატებითი გამოკვლევის ჩატარება, ანდა აუცილებელია ექსპერტის მიერ გამოყენებული მეთოდისა და ტერმინების დაზუსტება, გამომძიებელს ან პროკურორს უფლება აქვს დაკითხოს ექსპერტი ამ კოდექსის 305-ე მუხლში ჩამოყალიბებული წესების დაცვით. (25.03.2005 N1204)

2. დასკვნის წარმოდგენამდე ექსპერტის დაკითხვა დაუშვებელია.
3. ექსპერტის მიერ დაკითხვისას მიცემული ჩვენება წარმოადგენს მტკიცებულებას.
4. თუ მხარე შუამდგომლობს ექსპერტის დაკითხვას საქმის არსებითი განხილვის დროს, ექსპერტი უნდა დაკითხონ მხარეებმა სასამართლო სხდომაზე. ამ შემთხვევაში ექსპერტის დასკვნა დაუშვებელ მტკიცებულებას წარმოადგენს, თუ ის არ დადასტურდება ექსპერტის ზეპირი ჩვენებით სასამართლოში. (28.04.2006. N936)

**მუხლი 374. ექსპერტის დასკვნის შეფასება**

1. ექსპერტის დასკვნას აფასებს გამომძიებელი ან პროკურორი იმ თვალსაზრისით, თუ როგორ არის იგი დასაბუთებული, შეესაბამება თუ არა სისხლის სამართლის საქმეზე არსებულ მტკიცებულებებს და არის თუ არა დაცული ექსპერტიზის ჩასატარებლად დადგენილი საპროცესო წესები. (25.03.2005 N1204)
2. ექსპერტის დასკვნა სავალდებულო არ არის ექსპერტიზის დამნიშვნელი პირისათვის, მაგრამ, თუ იგი არ ეთანხმება დასკვნას, ეს მოტივირებული უნდა იყოს.
3. თუ სისხლის სამართლის საქმეზე ჩატარდა რამდენიმე ექსპერტიზა და ექსპერტებს შორის აზრთა სხვადასხვაობაა, მე-10 მუხლის მე-4 ნაწილის მიხედვით, ექვი უნდა გადაწყდეს ექვმიტანილის ან ბრალდებულის სასარგებლოდ.

**თავი XLV - ნიმუშის აღება საექსპერტო კვლევისათვის**

**მუხლი 375. ნიმუშის აღების საფუძველი, სახე და ხერხი**

1. გამომძიებელს ან პროკურორს უფლება აქვს აიღოს ადამიანის, გვამის, ცხოველის, ნივთიერების, საგნის თვისებების ამსახველი ნიმუში, თუ მისი გამოკვლევა საჭიროა ექსპერტის წინაშე დასმული საკითხის გადასაწყვეტად. (25.03.2005 N1204)
2. ცოცხალი ადამიანისაგან შეიძლება აიღონ ნიმუში, რომელიც ასახავს შემდეგ თავისებურებებს: ბიოლოგიურს \_ სისხლი, თმა, ნერწყვი, გამონაყოფი; ფსიქოფიზიკურს \_ ხელწერა; ანატომიურს \_ კანის ნახჭის ანაბეჭდები, კბილების ტვიფრი; ხმის თავისებურება და პროფესიული ჩვევა.
3. ამ მუხლის მე-2 ნაწილში აღნიშნული გამოკვლევისათვის აღებული ნიმუში (გარდა ხელწერისა და ხმის თავისებურებისა) შეიძლება აიღონ გვამის დათვალიერებისას, ხოლო ნიმუშები ბიოლოგიური ობიექტების სახით \_ ცხოველისაგან.
4. ნიმუშად შეიძლება აიღონ ნედლეულის, პროდუქციისა და მასალების სინჯები, რომლებიც გამოხატავს ნივთიერებათა გვარეობით ან ინდივიდუალურ, ფიზიკურ ან ქიმიურ თავისებურებებს.
5. გამოკვლევის პროცესში ექსპერტს უფლება აქვს აიღოს მასრის, ტყვიისა და სხვა ობიექტების საცდელი ნიმუშები მათი იდენტიფიკაციის ან სხვაობის დასადგენად.

**მუხლი 376. პირი, რომელსაც უფლება აქვს აიღოს ნიმუში (25.03.2005 N1204)**

1. გამომძიებელს ან პროკურორს უფლება აქვს სპეციალისტისა და ექსპერტის მონაწილეობით პირისაგან აიღოს ნიმუში საექსპერტო გამოკვლევისათვის, თუ ეს არ არის დაკავშირებული მის გამიშვლებასთან და არ მოითხოვს განსაკუთრებულ პროფესიულ ჩვევებს.
2. თუ ნიმუშის აღება დაკავშირებულია ადამიანის სხეულის გამიშვლებასთან, გამომძიებლის ან პროკურორის დავალებით, საექსპერტო გამოკვლევისათვის ნიმუშს იღებს ექიმი.“

**მუხლი 377. პირი, რომლისგანაც შეიძლება ნიმუშის აღება**

1. საექსპერტო გამოკვლევისათვის ნიმუში შეიძლება აიღონ ექვმიტანილისა და ბრალდებულისაგან, აგრეთვე პირისაგან, რომლის მიმართაც გამოიყენება სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება.
2. თუ არსებობს მონაცემები, რომ შემთხვევის ადგილას კვალი ან ნივთიერი მტკიცებულება შეიძლება სხვა პირის დატოვებული იყოს, საექსპერტო გამოკვლევისათვის

ნიმუში შეიძლება ამ პირისაგან აიღონ მას შემდეგ, რაც დაკითხავენ როგორც დაზარალებულს ან მოწმეს ამ ნიმუშთან დაკავშირებულ გარემოებათა გამო.

**მუხლი 378. დადგენილება ნიმუშის აღების შესახებ (25.03.2005 N1204)**

ნიმუშის აღების შესახებ გამომძიებელს ან პროკურორს გამოაქვს მოტივირებული დადგენილება, რომელშიც აღნიშნული უნდა იყოს ნიმუშის ამღები პირი, ის პირი, რომლისგანაც უნდა აიღონ ნიმუში, როგორი ნიმუშებია ასაღები და რა რაოდენობით, როდის და ვისთან უნდა მივიდეს პირი ნიმუშების ასაღებად, როდის და ვის უნდა გადაეცეს ნიმუშები მათი აღების შემდეგ.“.

**მუხლი 379. ნიმუშის აღების შესახებ დადგენილების სავალდებულობა**

1. ბრალდებული და ეჭვმიტანილი, რომლებიც თავს არიდებენ ნიმუშის აღებას, შეიძლება იძულებით მოიყვანონ და ნიმუშიც იძულებით აიღონ, თუ საამისოდ გამოყენებული მეთოდები საფრთხეს არ უქმნის მათს სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას, არ იწვევს ძლიერი ტკივილის შეგრძნებას.

2. დაზარალებულისა და მოწმისაგან ნიმუშების იძულებით აღება დაუშვებელია, გარდა 368-ე მუხლის მე-2 ნაწილით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

**მუხლი 380. გამომძიებლისა და პროკურორის მიერ ნიმუშის აღების საპროცესო წესი (25.03.2005 N1204)**

1. გამომძიებელი ან პროკურორი იძახებს პირს ან თავად მიდის მასთან და ხელმოწერით აცნობს დადგენილებას ნიმუშის აღების შესახებ, განუმარტავს მას, აგრეთვე სპეციალისტს მათ უფლება-მოვალეობებს.

2. გამომძიებელი ან პროკურორი საჭიროების მიხედვით მოქმედებს და იღებს ნიმუშს საექსპერტო გამოკვლევისათვის; ამასთან, შეიძლება გამოიყენოს სამეცნიერო-ტექნიკური მეთოდები, რომლებიც არ იწვევს ძლიერი ტკივილის შეგრძნებას და არ არის საშიში ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის. ნიმუშად მიღებული ბიოლოგიური ობიექტები იფუთება და ილუქება.

3. ნედლეულის, პროდუქციის, ნივთიერებისა და სხვა მასალების სინჯების ნიმუშების აღება ხდება ამოღების ან ჩხრეკის გზით.

4. გამომძიებელს ან პროკურორს გამოაქვს დადგენილება, რომ სისხლის სამართლის საქმეს ნივთიერ მტკიცებულებად დაურთონ ნიმუში, და დადგენილებასა და ნიმუშის აღების ოქმთან ერთად უგზავნის შესაბამის ექსპერტს.“.

**მუხლი 381. ექიმის ან სხვა სპეციალისტის მიერ ნიმუშის აღების საპროცესო წესი (25.03.2005 N1204)**

1. გამომძიებელი ან პროკურორი ექიმს ან სხვა სპეციალისტს წარუდგენს შესაბამის პირს, აგრეთვე დადგენილებას მისგან ნიმუშის აღების შესახებ. დადგენილებაში მითითებული უნდა იყოს ამ საგამომძიებლო მოქმედების ყველა მონაწილის უფლება-მოვალეობები. ექიმის, სხვა სპეციალისტის აცილების საკითხს წყვეტს დადგენილების გამომტანი გამომძიებელი ან პროკურორი.

2. ექიმი ან სხვა სპეციალისტი ატარებს საჭირო მოქმედებას და იღებს ნიმუშს საექსპერტო გამოკვლევისათვის, რისთვისაც შეიძლება გამოიყენოს მეცნიერულ-ტექნიკური მეთოდები და საშუალებები, თუ ეს არ იწვევს ძლიერი ტკივილის შეგრძნებას და არ არის საშიში სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის. ნიმუშს ათვალთვლებენ, ფუთავენ, ლუქავენ, ხელს აწერენ და ნიმუშის აღების ოქმთან ერთად გადასცემენ გამომძიებელს ან პროკურორს.

3. გამომძიებელი ან პროკურორი ცხოველებისაგან ნიმუშების აღებას ავალებს ექიმ-ვეტერინარს, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში – სხვა სპეციალისტს.“.

**მუხლი 382. ნიმუშის აღების ოქმი**

1. გამომძიებელი ან პროკურორი ამ კოდექსის 287-ე–289-ე მუხლების მოთხოვნათა დაცვით ადგენს ოქმს, რომელშიც აღწერს თვით ნიმუშს, მის ასაღებად განხორციელებულ ყველა მოქმედებას, აგრეთვე გამოყენებულ მეცნიერულ-ტექნიკურ მეთოდებსა და

საშუალებებს იმ თანამიმდევრობით, როგორც სრულდებოდა ეს მოქმედებები. (25.03.2005 N1204)

2. 381-ე მუხლით გათვალისწინებულ შემთხვევებში ნიმუშის აღების ოქმს ადგენს ექიმი ან სხვა სპეციალისტი.

**მუხლი 383. პიროვნების უფლებათა დაცვა ნიმუშის აღებისას**

1. საექსპერტო გამოკვლევისათვის ნიმუშის აღების მეცნიერულ-ტექნიკური მეთოდები და საშუალებები უსაფრთხო უნდა იყოს სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის. ძლიერი ტკივილის შეგრძნების გამომწვევი სამედიცინო მეთოდებისა და საშუალებების გამოყენება დასაშვებია იმ პირის თანხმობით, რომლისგანაც უნდა აიღონ ნიმუში, ხოლო თუ იგი 16 წლამდე ასაკისაა ან ფსიქიკურად ავადმყოფი ან ჭკუასუსტია, \_ მისი კანონიერი წარმომადგენლის, მეურვის ან მზრუნველის თანხმობით.

2. ნიმუშის აღებისას დაუშვებელია ადამიანის პიროვნების პატივისა და ღირსების შეურაცხმყოფელი მოქმედებები.

3. თუ ნიმუშის აღება დაკავშირებულია პირის გამიშვლებასთან, სპეციალისტი იმავე სქესის უნდა იყოს, რაც ის პირი, რომლისგანაც იღებენ ნიმუშს. (25.03.2005 N1204)

**მუხლი 384. ექსპერტის მიერ ნიმუშის აღება**

1. გამოკვლევის პროცესში საცდელი ნიმუში შეიძლება აიღოს ექსპერტმა.

2. მომკვლევს, გამომძიებელს ან პროკურორს უფლება აქვს დაესწროს საცდელი ნიმუშის აღებას, რაც აისახება მის მიერ შედგენილ ოქმში. (25.03.2005 N1204)

3. გამოკვლევის შემდეგ ექსპერტი დალუქულ ნიმუშს ურთავს თავის დასკვნას.

4. გამომძიებელი ან პროკურორი ექსპერტისაგან მიღებულ ნიმუშსა და დასკვნას ურთავს სისხლის სამართლის საქმეს. (25.03.2005 N1204)

**მუხლი 387. გვამის ექსპუმაციის წესი**

1. გამომძიებელი ან პროკურორი ატარებს გვამის ექსპუმაციას დასაფლავების ადგილის ადმინისტრაციის წარმომადგენლის მონაწილეობით. გვამის ექსპუმაციის ჩატარებაში მონაწილეობს სასამართლო ექსპერტი, ხოლო თუ ეს საჭიროა – სხვა სპეციალისტიც. (25.03.2005 N1204)

**მუხლი 388. გვამის ექსპუმაციასთან დაკავშირებული საპროცესო მოქმედებანი**

1. თუ გვამის ექსპუმაცია ტარდება მისი შემდგომი გაკვეთის მიზნით, საჭიროა დადგენილების გამოტანა ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ. ამასთან, გვამი იგზავნება საექსპერტო დაწესებულებაში ან ექსპერტიზა ტარდება სხვა ადგილას.

2. გვამის დათვალიერება, ამოცნობა და შედარებითი გამოკვლევისათვის ნიმუშის აღება ხდება 336-ე, 348-ე, 375-384-ე მუხლებით გათვალისწინებული წესებით.

**მუხლი 416<sup>2</sup>. ექსპერტიზის დასკვნის გარეშე საქმის სასამართლოში გაგზავნა (16.12.2005 N2265)**

1. თუ გამოძიების დამთავრებამდე რომელიმე მხარის მიერ დანიშნული ექსპერტიზის დასკვნის მიღება ჭიანჭურდება და ამასთანავე, არსებობს საბრალდებო დასკვნის შესადგენად საკმარისი მტკიცებულებები, პროკურორი უფლებამოსილია საქმე საბრალდებო დასკვნით გაგზავნოს სასამართლოში ექსპერტიზის დასკვნის დართვის გარეშე. ამ შემთხვევაში, ექსპერტიზის დასკვნის წარდგენა შესაძლებელია საქმის სასამართლოში არსებითი განხილვის დროს.

2. მხარეები ვალდებული არიან საბრალდებო დასკვნის შედგენამდე ერთმანეთს აცნობონ ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ. თუ მხარეს არ ეცნობა ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ, ექსპერტიზის დასკვნა საქმის არსებითი განხილვის დროს წარმოადგენს დაუშვებელ მტკიცებულებას.

**მუხლი 451. სასამართლო განხილვის შეჩერება და განახლება (28.04.2006. N2936)**

1. განსასჯელის ფსიქიკური ან სხვა მიმიე ავადმყოფობით დაავადების შემთხვევაში, რაც დადასტურებული იქნება სახელმწიფო საექსპერტო დაწესებულების ექსპერტის

(ექსპერტების) მიერ, მოსამართლე (სასამართლო) გამოიტანს დადგენილებას (განჩინებას) განსასჯელის გამოჯანმრთელებამდე სასამართლო განხილვის შეჩერების შესახებ.

**მუხლი 466. ექსპერტისა და სპეციალისტის აცილების საკითხის გადაწყვეტა**

1. თავმჯდომარე აცხადებს, თუ ვინ არის ექსპერტი, სპეციალისტი, და წყვეტს ექსპერტისა და სპეციალისტის აცილების საკითხს 106-ე მუხლის საფუძველზე.

2. თუ ექსპერტის აცილება დაკმაყოფილებულია, სასამართლო, მხარეთა აზრის გათვალისწინებით, იღებს გადაწყვეტილებას მეორე ექსპერტის დანიშვნის შესახებ. ახალი ექსპერტის მოსაწვევად მხარეს ეძლევა დრო, თუ აცილებული ექსპერტი მის მიერ იყო მოწვეული.

**მუხლი 468. შუამდგომლობის განცხადება და გადაწყვეტა**

1. თავმჯდომარე პროცესის მონაწილე ბრალდებისა და დაცვის მხარეთა წარმომადგენლებს ეკითხება, აქვთ თუ არა შუამდგომლობა აცილების, ახალი არსებითი გარემოების გამო აღკვეთის ღონისძიების შეცვლის ან გაუქმების, აგრეთვე ახალი მტკიცებულებების ან დოკუმენტების გამოთხოვის ან საქმისთვის დართვის, მოწმეების, ექსპერტების მოწვევის, ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ. ერთგვაროვანი სახის შუამდგომლობები სასამართლოს წარედგინება ერთად. პირი, რომელიც აღძრავს შუამდგომლობას, ვალდებულია მიუთითოს, რა გარემოებათა დასადგენად არის განცხადებული შუამდგომლობა.

**მუხლი 469. საკითხის გადაწყვეტა დაზარალებულის, მოწმის, ექსპერტისა და სპეციალისტის გარეშე საქმის განხილვის შესახებ**

1. თუ დაზარალებული, მოწმე, ექსპერტი, სპეციალისტი არ გამოცხადდა, სასამართლოს მხარეთა აზრის მოსმენის შემდეგ გამოაქვს განჩინება (დადგენილება) სასამართლო განხილვის გაგრძელებისა და გამოუცხადებელ პირთა მიმართ ზომების მიღების ან სასამართლო განხილვის გადადების შესახებ. სასამართლო განხილვა გრძელდება, თუ აღნიშნულ პირთა გამოუცხადებლობა ხელს არ უშლის საქმის გარემოებათა ყოველმხრივ, სრულ და ობიექტურ გამოკვლევას. (28.04.2006. N2936)

**მუხლი 482<sup>1</sup>. ექსპერტის დაკითხვა მოწმის სახით (28.04.2006. N2936)**

თუ მხარე შუამდგომლობს საქმეში მონაწილე ექსპერტის დაკითხვას, ექსპერტს სასამართლოში გამოიძახებენ და დაკითხავენ მოწმის სახით, წერილობით დასკვნაში მოყვანილი საკითხების თაობაზე.“.

**მუხლი 483. ექსპერტიზა სასამართლოში**

1. სასამართლოში შეიძლება გამოიძახონ ექსპერტები, რომლებმაც ჩაატარეს ექსპერტიზა წინასწარი გამოძიებისას, ახალი ექსპერტები, ან ერთნიც და მეორენიც.

2. სასამართლოს უფლება არა აქვს უარი უთხრას მხარეს იმ ექსპერტის გამოძახებაზე, რომელიც ექსპერტიზას ატარებდა მისი დავალებით, თუ არ არსებობს საფუძველი აცილებისათვის. მხარეთა შეთანხმებით, სასამართლოს შეუძლია ექსპერტიზის ჩატარება დაავალოს იმ ექსპერტთა კომისიას, რომელთაგან ერთნი მოწვეულნი არიან ბრალდების, ხოლო მეორენი \_ დაცვის მხრიდან.

3. სასამართლოში ექსპერტიზა ტარდება 356-374-ე მუხლებით დადგენილი და ქვემოთ მოყვანილი წესებით.

4. მხარის შუამდგომლობით ან საკუთარი ინიციატივით სასამართლოს გამოაქვს და სხდომაზე საჯაროდ კითხულობს განჩინებას (დადგენილებას) ექსპერტიზის დანიშვნის შესახებ. განჩინებაში (დადგენილებაში) მითითებული უნდა იყოს პირი ან საექსპერტო დაწესებულება, რომელსაც ევალება ექსპერტიზის ჩატარება. ამასთან, მხარეს უფლება აქვს აცილება მისცეს ექსპერტს, იშუამდგომლოს, რომ ექსპერტად შეიყვანონ მის მიერ მითითებული პირი, ექსპერტს დაუსვას დამატებითი კითხვა, თავად დაესწროს ექსპერტიზას. ექსპერტის აცილების შესახებ შუამდგომლობასა და განცხადებას სასამართლო განიხილავს 106-ე მუხლის წესების დაცვით.

5. ექსპერტი მონაწილეობს სასამართლო გამოძიებაში. მას უფლება აქვს ექსპერტიზის საგანთან დაკავშირებით კითხვა დაუსვას განსასჯელს, დაზარალებულს, მოწმეს, სხვა ექსპერტებს, მონაწილეობა მიიღოს დათვალიერებაში, ექსპერიმენტსა და სხვა საპროცესო მოქმედებაში დასკვნის შესადგენად საჭირო ინფორმაციის მისაღებად.

6. სასამართლო გამოძიების დროს სასამართლოსა და მხარეებს უფლება აქვთ დამატებითი კითხვები დაუსვან ექსპერტს.

7. ექსპერტიზის საგანთან დაკავშირებულ მტკიცებულებათა გამოკვლევის დამთავრების შემდეგ სასამართლო ექსპერტს გადასცემს თავის განჩინებას (დადგენილებას), რომელშიც საბოლოოდ არის ჩამოყალიბებული სასამართლოსა და მხარეების მიერ ექსპერტის წინაშე დასმულ საკითხთა ნუსხა. თუ საჭიროა ლაბორატორიული გამოკვლევა, სასამართლო სათანადო ობიექტს გადასცემს ექსპერტს (ექსპერტებს) და აძლევს მათ გამოკვლევის ჩასატარებლად და დასკვნის შესადგენად საჭირო დროს.

8. თუ სასამართლო გამოძიების მონაცემებმა ეჭვქვეშ ვერ დააყენეს წინასწარი გამოძიების დროს ექსპერტის მიერ შედგენილი დასკვნა, ექსპერტს უფლება აქვს დაიმოწმოს ადრე ჩატარებული გამოკვლევა და აღარ გაიმეოროს იგი. ამასთან, ის ვალდებულია თავის დასკვნაში პასუხი გასცეს მის წინაშე დასმულ ყველა საკითხს.

9. სასამართლო სხდომაზე ექსპერტი საჯაროდ კითხულობს თავის დასკვნას, რის შემდეგაც იგი შეიძლება დაკითხონ მხარეებმა და სასამართლომ ამ დასკვნის განსამართლებად და დასაზუსტებლად. *(1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი,.)*

#### **მუხლი 485. დათვალიერება**

1. დათვალიერება ტარდება 333-339-ე მუხლებით დადგენილი და ქვემოთ მოყვანილი წესებით.

2. წინასწარი გამოძიების დროს საქმისთვის დართულ ნივთიერ მტკიცებულებებს, აგრეთვე უშუალოდ სასამართლო განხილვისას მხარეთა ან სხვა პირთა მიერ წარმოდგენილ საგანს სასამართლო ათვალიერებს სასამართლო სხდომის დარბაზში მხარეთა მონაწილეობით. დათვალიერებაში მონაწილეობის მისაღებად სასამართლოს შეუძლია მოიწვიოს ექსპერტი, სპეციალისტი და მოწმე. *(25.03.2005 N1204)*

3. ადგილმდებარეობის, შენობის, ნაგებობის, სათავსოს, აგრეთვე ტრანსპორტისა და სხვა იმ ობიექტის დათვალიერებას, რომლის მოტანაც სასამართლო სხდომის დარბაზში შეუძლებელია, სასამართლო ატარებს ამ ობიექტის მდებარეობის ადგილზე ამ მუხლის მე-2 ნაწილში მითითებულ პირთა მონაწილეობით. *(1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი.)*

#### **მუხლი 486. შემოწმება**

1. შემოწმებას სასამართლო ატარებს 350-355-ე მუხლებით დადგენილი და ქვემოთ მოყვანილი წესებით.

2. შემოწმება, რომელიც საჭიროებს პირის გამიშვლებას, ტარდება ცალკე ოთახში ექიმის ან სხვა სპეციალისტის მიერ. შემოწმების დამთავრების შემდეგ პროცესის მონაწილენი ადგენენ ოქმს, ხელს აწერენ მას, ბრუნდებიან სასამართლო სხდომის დარბაზში და ექიმი ან სხვა სპეციალისტი მხარეების, შესამოწმებელი პირისა და სასამართლო სხდომის დამსწრეთა წინაშე საჯაროდ კითხულობს ოქმს, რომელიც დაერთვის საქმეს. *(25.03.2005 N1204) (საქართველოს 1999 წლის 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ.)*

#### **მუხლი 487. ამოსაცნობად წარდგენა, ექსპერიმენტის ჩატარება და ნიმუშის აღება საექსპერტო კვლევისათვის**

1. საგამოძიებო ექსპერიმენტის ჩატარება, ამოსაცნობად წარდგენა და ნიმუშის აღება საექსპერტო კვლევისათვის ხდება 340-343-ე, 347-349-ე და 375-384-ე მუხლებით დადგენილი წესებით. მხარეებს უფლება აქვთ აღნიშნულ სასამართლო მოქმედებებთან დაკავშირებით აღძრან შუამდგომლობა და გამოთქვან შენიშვნები.

2. სასამართლოს უფლება აქვს გამომძიებელს ან პროკურორს მოსთხოვოს ხელშეწყობა ამ მოქმედებათა შესრულებისათვის. (25.03.2005 N1204)

3. ამოსაცნობად წარდგენის, ექსპერიმენტის ჩატარებისა და ნიმუშის აღების მიმდინარეობა და შედეგები, აგრეთვე ამ სასამართლო მოქმედებათა ჩატარებასთან დაკავშირებით აღძრული შუამდგომლობა, გამოთქმული შენიშვნები და განმარტებები უნდა დაფიქსირდეს სასამართლო სხდომის ოქმში. (1999 წ 13 მაისის N1958 კანონი, „საქართველოს რესპუბლიკა“ N130 18.05.99წ.)

#### **მუხლი 503. გამამტყუნებელი განაჩენი**

4. ...პირის დაკავებისა და წინასწარ პატიმრობაში, აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულებაში სტაციონარულ ექსპერტიზაზე ყოფნის დრო ითვლება სასამართლოს მიერ დანიშნული სასჯელის ვადაში... (16.12.2005 N 2265)

#### **მუხლი 509. გამამტყუნებელი განაჩენის სარეზოლუციო ნაწილი**

1. გამამტყუნებელი განაჩენის სარეზოლუციო ნაწილში აღინიშნება:

ვ) გადაწყვეტილება სასჯელის ვადაში დაკავების, დაპატიმრების, აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულებაში სტაციონარულ ექსპერტიზაზე ყოფნის დროის ჩათვლის შესახებ;

#### **მუხლი 538. წინასწარი გამოძიებისა და სასამართლო განხილვის არასრულობა და ცალმხრივობა**

2. წინასწარი გამოძიებისა და სასამართლო განხილვის უსრულობა და ცალმხრივობა ყველა შემთხვევაში ნიშნავს, რომ არ დაუკითხავთ ან არასრულად დაკითხეს ის პირები, რომელთა ჩვენებებსაც მნიშვნელობა აქვს ჭეშმარიტების დასადგენად; არ ჩატარებულა ექსპერტიზა, თუმცა მისი ჩატარება კანონის თანახმად სავალდებულო იყო; არ შესრულებულა სხვა საპროცესო მოქმედებები, რომლებიც საჭირო იყო საქმის ფაქტობრივ გარემოებათა დასადგენად; არ გამოუთხოვიათ დოკუმენტები და არ აღმოუჩინიათ ნივთიერი მტკიცებულებები, რომელთა გარეშეც განაჩენი ვერ ჩაითვლება დასაბუთებულად; არ შემოწმებულა განსასჯელისა და დამცველის მიერ ბრალდების გასაბათილებლად გამოთქმული მოსაზრებები; არ გამოკვლეულა გარემოებები, რომლებიც აღნიშნულია სასამართლო განჩინებაში (დადგენილებაში) ახალი სასამართლო განხილვისათვის საქმის დაბრუნების შესახებ. (25.03.2005 N1204)

#### **მუხლი 593. ახლად აღმოჩენილ და ახლად გამოვლენილ გარემოებათა სახეები**

2. ახლად აღმოჩენილია ფაქტობრივი გარემოებანი, რომლებითაც შეპირობებულია უკანონო ან დაუსაბუთებელი სასამართლო გადაწყვეტილების გადასინჯვა. ასეთ გარემოებებს მიეკუთვნება:

ა) როცა სასამართლოს კანონიერ ძალაში განაჩენით დადგენილია, რომ ყალბია მოწმის ჩვენება ან ექსპერტის დასკვნა, აგრეთვე ყალბია სხვა მტკიცებულება, რომლებიც საფუძვლად დაედო განაჩენს ან განჩინებას;

#### **მუხლი 607. განაჩენის აღსრულების გადავადება**

1. თავისუფლების აღკვეთით მსჯავრდებულის მიმართ განაჩენის აღსრულება სასამართლომ შეიძლება გადაავადოს სასამართლო-სამედიცინო ან სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის საფუძველზე, იმავე განაჩენით, ხოლო მისი გამოტანის შემდეგ – განჩინებით (დადგენილებით), შემდეგი საფუძველების არსებობისას: (16.12.2005 N 2265)

#### **მუხლი 680<sup>4</sup>. პატიმრობის დროებითი ვადები (16.12.2005 N 2265)**

5. ბრალდებულის პატიმრობის ვადაში ითვლება სამედიცინო დაწესებულებაში სტაციონარულ ექსპერტიზაზე ყოფნის დრო. (16.12.2005 N 2265)

## საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი

**მუხლი 335. განმარტების, ჩვენების ან დასკვნის მიცემის იძულება** (25.07.2006 N 3530)

1. მოხელის ან მასთან გათანაბრებული პირის მიერ მუქარით, მოტყუებით, შანტაჟით ან სხვა უკანონო ქმედებით პირის იძულება განმარტების ან ჩვენების მიცემისათვის ანდა ექსპერტისა – დასკვნის მიცემისათვის, – ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორიდან ხუთ წლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით ვადით ხუთ წლამდე.

2. იგივე ქმედება, ჩადენილი:

ა) სიცოცხლისათვის ან ჯანმრთელობისათვის საშიში ძალადობით ანდა ასეთი ძალადობის გამოყენების მუქარით;

ბ) ორგანიზებული ჯგუფის მიერ, –

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთიდან ცხრა წლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით ვადით ხუთ წლამდე.

**მუხლი 365. მუქარა ან ძალადობა სამართალწარმოების განხორციელებასთან ან წინასწარ გამოძიებასთან დაკავშირებით** (25.07.2006 N 3530)

1. საკონსტიტუციო სასამართლოს წევრის, მოსამართლის, მსაჯულის ან მისი ახლო ნათესავის მიმართ სიცოცხლის მოსპობის, ჯანმრთელობის დაზიანების ანდა ქონების განადგურების ან დაზიანების მუქარა სასამართლოში საქმის ან მასალის განხილვასთან დაკავშირებით, –

ისჯება ჯარიმით ან თავისუფლების აღკვეთით ვადით სამ წლამდე.

2. იგივე ქმედება, ჩადენილი პროკურორის, გამომძიებლის, დამცველის, ექსპერტის, აღმასრულებლის, სამართალწარმოების სხვა მონაწილის ან მისი ახლო ნათესავის მიმართ, წინასწარ გამოძიებასთან, სასამართლოში საქმის ან მასალის განხილვასთან ანდა განაჩენის ან სხვა სასამართლო გადაწყვეტილების აღსრულებასთან დაკავშირებით, –

ისჯება ჯარიმით ან თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორ წლამდე.

3. ამ მუხლის პირველი ან მე-2 ნაწილით გათვალისწინებული ქმედება, ჩადენილი ძალადობით, რომელიც საშიში არ არის სიცოცხლისათვის ან ჯანმრთელობისათვის, –

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორიდან ხუთ წლამდე.

4. ამ მუხლის პირველი ან მე-2 ნაწილით გათვალისწინებული ქმედება, ჩადენილი ძალადობით, რომელიც საშიშია სიცოცხლისათვის ან ჯანმრთელობისათვის, –

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ოთხიდან შვიდ წლამდე.

5. ამ მუხლის პირველი ან მე-2 ნაწილით გათვალისწინებული ქმედება, ჩადენილი:

ა) ჯგუფურად;

ბ) არაერთგზის, –

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით შვიდიდან ათ წლამდე.

შენიშვნა: ამ მუხლით გათვალისწინებული ქმედებისათვის იურიდიული პირი ისჯება ჯარიმით ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით და ჯარიმით.



**მუხლი 370. ცრუ ჩვენება, ყალბი დასკვნა ან არასწორი თარგმანი(28.04.2006. N2937)**

1. მოწმის ან დაზარალებულის მიერ ცრუ ჩვენების მიცემა ან ექსპერტის მიერ ყალბი დასკვნის ან ჩვენების მიცემა ანდა თარჯიმნის მიერ განზრახ არასწორად თარგმნა გამოძიების დროს ან სასამართლოში,-

ისჯება ჯარიმით ან საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომით ვადით ას ოთხმოციდან ორას ორმოც საათამდე ან გამასწორებელი სამუშაოთი ვადით ორ წლამდე ანდა თავისუფლების აღკვეთით ვადით ოთხ წლამდე.

2. იგივე ქმედება, თუ მას ერთვის ბრალდება მძიმე ან განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულში,-

ისჯება ჯარიმით ან თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორიდან ხუთ წლამდე.

შენიშვნა: მოწმე, დაზარალებული, ექსპერტი ან თარჯიმანი თავისუფლდება სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობისაგან, თუ იგი წინასწარი გამოძიების პროცესში ანდა განაჩენის ან სხვა სასამართლო გადაწყვეტილების გამოტანამდე ნებაყოფლობით განაცხადებს მის მიერ ცრუ ჩვენების ან ყალბი დასკვნის მიცემის ანდა განზრახ არასწორად თარგმნის შესახებ.

**მუხლი 372. მოწმის, დაზარალებულის, ექსპერტის ან თარჯიმნის მოსყიდვა ან იძულება (25.07.2006 N 3530)**

1. მოწმის, დაზარალებულის, ექსპერტის ან თარჯიმნის მოსყიდვა ცრუ ჩვენების ან ყალბი დასკვნის მიცემისათვის ანდა არასწორად თარგმნისათვის, –  
ისჯება ჯარიმით ან საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომით ვადით ას ოთხმოციდან ორას ორმოც საათამდე ან გამასწორებელი სამუშაოთი ორ წლამდე ანდა თავისუფლების აღკვეთით ვადით სამ წლამდე.

2. მოწმის, დაზარალებულის, ექსპერტის ან თარჯიმნის იძულება ცრუ ჩვენების, ყალბი დასკვნის ან განზრახ არასწორად თარგმნისათვის ანდა ჩვენების მიცემაზე უარის თქმისათვის, თუ ამას თან ერთვის მისი ან მისი ახლო ნათესავის მოკვლის, მათ მიმართ ძალადობის ანდა მათი ქონების დაზიანების ან განადგურების მუქარა,

–

ისჯება ჯარიმით ან თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთ წლამდე.

3. ამ მუხლის მე-2 ნაწილით გათვალისწინებული ქმედება, ჩადენილი ძალადობით, –

ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით სამიდან ხუთ წლამდე.

4. იგივე ქმედება, რომელიც საშიშია სიცოცხლისათვის ან ჯანმრთელობისათვის, –  
ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთიდან შვიდ წლამდე.

შენიშვნა: ამ მუხლით გათვალისწინებული ქმედებისათვის იურიდიული პირი ისჯება ჯარიმით ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით და ჯარიმით.

## საქართველოს კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ”

ც<sup>4</sup>) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა – საპროცესო მოქმედების წარმოებისას წამოჭრილი სამედიცინო-ბიოლოგიური საკითხების დადგენის პროცესი; (22.11.2002 N1768)

2. სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციაა:

ვ) გვამის პათოლოგიურ-ანატომიური გამოკვლევა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა. (20.06.2001 N974)

**თავი XXIV<sup>1</sup> სამედიცინო ექსპერტიზა**

მუხლი 153<sup>2</sup>.

1. სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება სათანადო ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში შეუძლია მხოლოდ შესაბამისი სპეციალობის მქონე ექიმს.

2. სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისა და სამედიცინო ექსპერტიზის ცენტრის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესს განსაზღვრავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (22.11.2002 N1768).

**თავი XXV გარდამავალი დებულებანი**

მუხლი 154.

5. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ამ კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის განმავლობაში უნდა შეიმუშაოს და დაამტკიცოს შემდეგი ნორმატიული აქტები:

თ) სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების წესი;

ი) სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესი;

კ) სამედიცინო გეენიკური ნაკეთობების სახელმწიფო რეგისტრაციის წესი. (22.11.2002 N1768)

## საქართველოს კანონი “საექიმო საქმიანობის შესახებ”

**მუხლი 48. ინფორმაციის კონფიდენციალობა**

2. დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს გაამჟღავნოს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაცია, თუ: ე) ინფორმაციის გამჟღავნება აუცილებელია სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისათვის;

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა  
და სოციალური დაცვის მინისტრის  
ბრძანება N 245/ნ  
2007 წლის 21 აგვისტო ქ. თბილისი**

**სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების და  
სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო  
პერსონალის საქმიანობის წესების შესახებ**

“ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონის 154-ე მუხლის მე-5 პუნქტის “თ” და “ი” ქვეპუნქტების შესრულების მიზნით ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს:

ა) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების წესი (დანართი 1);

ბ) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესი (დანართი 2).

2. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

**დანართი 1**

**სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების წესი**

**მუხლი 1.**

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა მოიცავს:

ა) გვამების ექსპერტიზას ნაძალადევი სიკვდილის შემთხვევებში.

ბ) გვამის ექსპერტიზას ძალადობაზე ეჭვის ან სხვა გარემოებების არსებობისას, რომლებიც განაპირობებენ სასამართლო სამედიცინო წესით გამოკვლევის აუცილებლობას.

გ) დაზარალებულის, ბრალდებულის ან სხვა პირთა ექსპერტიზებს, ასევე მოქალაქეთა სასამართლო სამედიცინო შემოწმებას, სხეულის დაზიანების ხასიათს და სიმძიმეს, ასაკს, სქესობრივ მდგომარეობას და სხვა საკითხებს.

დ) ექსპერტიზას სამოქალაქო და სისხლის სამართლის საქმის მასალებთან დაკავშირებით.

ე) ექსპერტიზას სამედიცინო დოკუმენტაციით.

**მუხლი 2.** სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს, როგორც სასამართლო მედიცინის სპეციალისტს, სამართალდამცავი ორგანოები იწვევენ საგამომიებო (სასამართლო) მოქმედებაში მონაწილეობის მისაღებად (გვამის დათვალიერება შემთხვევის ადგილზე, ექსკუმაცია, ნიმუშის აღება გამოკვლევისათვის, საგამომიებო ექსპერიმენტში მონაწილეობა და სხვა).

### **მუხლი 3.**

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სახეებია

- ა) პირველადი.
- ბ) დამატებითი.
- გ) განმეორებითი.
- დ) საკომისიო.
- ე) კომპლექსური.
- ვ) ალტერნატიული.

**მუხლი 4.** დამატებით სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზას ატარებს იგივე ან სხვა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ჩატარებული გამოკვლევის ან დასკვნის შესავსებად.

**მუხლი 5.** განმეორებითი სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა ტარდება მაშინ, როცა ექსპერტის დასკვნა დაუსაბუთებელია, მისი სისწორე საეჭვოა ან არასარწმუნოა მტკიცებულება, რომელსაც იგი ემყარება, ანდა მოხდა ექსპერტიზის ჩატარების საპროცესო წესის არსებითი დარღვევა. განმეორებითი სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა ევალუა სხვა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს. განმეორებითი ექსპერტიზის დანიშვნის დადგენილებაში უნდა აღინიშნოს მოტივი, რატომ არის საეჭვო წინა ექსპერტიზის დასკვნა.

**მუხლი 6.** საკომისიო ექსპერტიზა შეიძლება ჩატარონ ერთი სპეციალობის მქონე ექსპერტებმა. საკომისიო სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზებში მონაწილეობა შეიძლება მიიღოს თავის სპეციალობაში სერტიფიცირებულმა ნებისმიერმა ექიმმა, როგორც ექიმ-ექსპერტმა. საკომისიო ექსპერტიზის ჩატარებაში რამდენიმე ექსპერტის მონაწილეობის აუცილებლობას განაპირობებს კონკრეტული საქმის სირთულის ხარისხი და შემთხვევის ხასიათი.

**მუხლი 7.** რამდენიმე ექსპერტის, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში სხვადასხვა სპეციალობის ექიმი-ექსპერტების, ერთობლივი მონაწილეობა აუცილებელია შემდეგი ექსპერტიზის ჩატარებისას:

- ა) საექიმო საქმიანობასთან და ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ექსპერტიზები;
- ბ) პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხს განსაზღვრის ექსპერტიზები.

**მუხლი 8.** კომპლექსური სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა შეიძლება ჩატაროს სხვადასხვა დარგის სპეციალისტებმა. პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხის განმსაზღვრელი ექსპერტიზები ტარდება კომპლექსური ან კომპლექსური-კომისიური წესით.

**მუხლი 9.** მხარეს უფლება აქვს საკუთარი ინიციატივითა და თავის ხარჯებით ჩატაროს ალტერნატიული ექსპერტიზა იმ გარემოებების დასადგენად, რომელსაც, მისი აზრით, შეუძლია ხელი შეუწყოს მისივე ინტერესების დაცვას.

**მუხლი 10.** ექსპერტიზის სირთულის და სპეციალური საკითხების გადაწყვეტისას აუცილებლობის შემთხვევაში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი უფლებამოსილია დააყენოს შუამდგომლობა სათანადო სპეციალისტების მოწვევის შესახებ იმ ორგანოების წინაშე, რომლებმაც დანიშნეს კონკრეტული ექსპერტიზა. არასაექსპერტო სამედიცინო დაწესებულებებში ექსპერტიზის წარმოებისას დაწესებულებების ხელმძღვანელებმა უნდა უზრუნველყონ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი სათანადო პირობებით (მორგი, საექიმო კაბინეტი) და აღმოუჩინონ სხვა აუცილებელი დახმარება.

**მუხლი 11.** სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზისა და შემოწმების შედეგად მიღებული დოკუმენტების ფორმებია:

- ა) აქტი.
- ბ) ოქმი.
- გ) ექსპერტის დასკვნა.

**მუხლი 12.** აქტი (ფორმა 1) ფორმდება გვამის, ცოცხალი პირის, ნივთმტკიცების გამოკვლევისა და საქმის მასალის მიხედვით ჩატარებული ექსპერტიზის შემთხვევებში. შესაბამისად არსებობს:

- ა) გვამის სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევის აქტი;
- ბ) გვამის გარეგნული დათვალიერების აქტი;
- გ) ცოცხალი პირის სასამართლო სამედიცინო შემოწმების აქტი;
- დ) ნივთმტკიცებების სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევის აქტი;
- ე) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის აქტი საქმის მასალების მიხედვით.

**მუხლი 13.** გამომძიებლის, პროკურორის, სასამართლოს წერილობითი მომართვის საფუძველზე ტარდება სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევა (ან

შემოწმება) და დგება “სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევის აქტი” (ან “სასამართლო სამედიცინო შემოწმების აქტი”).

**მუხლი 14.** თუ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის წინაშე დასმული საკითხს გადასაწყვეტად წამოიჭრება ლაბორატორიული გამოკვლევის აუცილებლობა, ექსპერტი გამოსაკვლევ ობიექტს მიმართვით აგზავნის სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის შესაბამის ლაბორატორიაში. მიმართვაში მოკლედ უნდა აისახოს საქმის გარემოება და ექსპერტიზისას გამოვლენილი ობიექტური მონაცემები. ექსპერტის დასკვნა შემდგომში ფორმდება ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგების გათვალისწინებით.

**მუხლი 15.** გამოსაკვლევი ობიექტები, მათ შორის ნივთმტკიცებები ექვემდებარება აღრიცხვას და შენახვას. სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევისათვის გვამიდან შეიძლება აღებულ იქნეს სხეულის რომელიმე ნაწილი, შინაგანი ორგანო, ქსოვილი, სისხლი, შარდი და ა.შ.

**მუხლი 16.** სასამართლო სამედიცინო შემოწმება ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ საჭიროა აღმოაჩინონ ადამიანის სხეულზე საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე ნიშანი ან თავისებურება, რისთვისაც ექსპერტიზა საჭირო არ არის, და ინსტრუმენტული კვლევის მეთოდებით გამოავლინონ ალკოჰოლური, ნარკოტიკული, ტოქსიკური სიმთვრალის ან სხვა ფიზიოლოგიური მდგომარეობა, თუ ამისთვის ექსპერტიზა საჭირო არ არის. შემოწმება ტარდება სამართალდამცავი ორგანოს დადგენილებით. თუ შემოწმებას ატარებს ექიმი, იგი ადგენს და ხელს აწერს ოქმს, რომელსაც ასევე ხელმოწერით ადასტურებს შემოწმებული, რის შემდეგაც იგი გადაეცემა გამომძიებელს ან პროკურორს. შესამოწმებელმა პირმა უნდა წარმოადგინოს პირადობის დამადასტურებელი საბუთი. არაიდენტიფიცირებული პირის შემთხვევაში უნდა დადგინდეს ამ პირის ფსიქიკური მდგომარეობა, სისხლის ჯგუფი და განხორციელდეს დაქტილოსკოპიური რეგისტრაცია.

**მუხლი 17.** სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის შედეგები მოქმედი სისხლის სამართლის და სამოქალაქო საპროცესო კანონმდებლობის საფუძველზე ფორმდება “ექსპერტის დასკვნის” (ფორმა 2) სახით, რომელსაც ექსპერტი ადასტურებს თავისი ხელმოწერით.

**მუხლი 18.**

1. “ექსპერტის დასკვნა” შედგება სამი ნაწილისაგან:

ა) შესავალი.

ბ) აღწერილობითი ნაწილი.

გ) დასკვნითი ნაწილი.

**მუხლი 19.** შესავალ ნაწილში მითითებული უნდა იყოს:

ა) ექსპერტიზის ჩატარების ადგილი, თარიღი და დრო (წელი, თვე, რიცხვი და საათი); ექსპერტიზის ჩატარების პირობები, რაც მნიშვნელოვანია საექსპერტო გამოკვლევისათვის;

ბ) ექსპერტიზის ჩატარების საფუძველი, ვისი დადგენილებით ტარდება ექსპერტიზა;

გ) ექსპერტის სახელი, გვარი, განათლება. სპეციალობა სახელმწიფო სერტიფიკატის ნომრის მითითებით, სპეციალობით მუშაობის სტაჟი, (თუ ექსპერტიზა კომისიურია, ჩამოთვლილი უნდა იყოს თითოეული ექსპერტის მონაცემები);

დ) გვამების ექსპერტიზისას – გარდაცვლილის სახელი, გვარი, ასაკი;

ე) ცოცხალი პირების ექსპერტიზისას – სახელი, გვარი, ასაკი, პროფესია, საცხოვრებელი ადგილი, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის მონაცემები;

ვ) საქმის მასალებით ან ნივთმტკიცებების ექსპერტიზების ჩატარებისას – სამოქალაქო ან სისხლის სამართლის საქმის დასახელება და ნომერი, ტომების რაოდენობის და საქმის ფურცლების რაოდენობის ჩვენებით, ექსპერტიზაზე წარმოდგენილი ობიექტების ჩამონათვალი. სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, დოკუმენტების დასახელება და რიგითი ნომერი ფურცლების რაოდენობა.

ზ) დამსწრე პირების გვარი, სახელი, თანამდებობა;

თ) ექსპერტის ხელისმოწერა, რომელიც გაფრთხილებულია განზრახ არასწორი დასკვნის მიცემისათვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის შესახებ;

ი) წინასწარი ცნობები (საქმის გარემოებანი, მოკლედ);

კ) ექსპერტიზის წინაშე დასმული შეკითხვები.

**მუხლი 20.** აღწერილობითი (გამოკვლევითი) ნაწილში მოცემული უნდა იყოს:

ა) გამოსაკვლავი ობიექტის სრული და დეტალური აღწერა მიმდინარე გამოკვლევის თანმიმდევრობის მიხედვით, ქართულ ენაზე უცხო სიტყვებისა და სამედიცინო ტერმინების გარეშე, უნდა აღინიშნოს კვლევისათვის გამოყენებული ყველა მეთოდი, დაწვრილებით უნდა აისახოს საექსპერტო კვლევის პროცესი და ამ დროს ნანახი ყველა ფაქტიური მონაცემი, მოხდეს ნანახი ობიექტური მონაცემების ასახვა სქემატური გამოსახულებებით და ფოტოსურათებით.

ბ) გვამის ექსპერტიზისას აღწერილობითი ნაწილი უნდა მოიცავდეს გვამის გარეგან და შინაგან გამოკვლევას შემდეგი თანმიმდევრობით: ტანსაცმლის აღწერა და გვამის გარეგანი გამოკვლევის მონაცემები; სხეულის ღრუების, ორგანოებისა და ქსოვილების გამოკვლევა გვამის გამოკვლევის წესებით დადგენილი თანმიმდევრობით; სხეულიდან ამოღებული ობიექტების აღწერა, რომლებიც გადასაცემა გამოძიებისათვის სხვა სახის ექსპერტიზების ჩასატარებლად; ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის გასაგზავნი ობიექტების ჩამონათვალი.

გ) ცოცხალი პირების ექსპერტიზებისას აღწერილობით ნაწილში უნდა აისახოს საექსპერტო გამოკვლევებით მიღებული ყველა ობიექტური მონაცემი, აღიწეროს ლაბორატორიულ გამოკვლევაზე გასაგზავნი ობიექტები (ნაცხი და სხვ.), დაფიქსირდეს დამატებითი გამოკვლევის შედეგების მონაცემები, აღინიშნოს დამატებითი გამოკვლევის ჩატარებისა და შედეგების მიღების თარიღი. აისახოს ექიმ-სპეციალისტთა მიერ ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები.

დ) ნივთმტკიცებების ექსპერტიზებისას აღწერილობით ნაწილში უნდა მოხდეს ობიექტის დეტალური აღწერა, დაფიქსირდეს თითოეული გამოკვლევისათვის გამოყენებული მეთოდები, გამოყენებული რეაგენტები, აპარატურა და მოწყობილობა, შედარებისათვის გამოყენებული რეაგენტები, აპარატურა, შესადარებლად გამოყენებული ნიმუშების აღწერილობა.

ე) სამოქალაქო და სისხლის სამართლის საქმეებით ექსპერტიზების ჩატარებისას აღწერილობით ნაწილში უნდა მოხდეს ფაქტიური მონაცემების დეტალური აღწერა, რაც აუცილებელია შემდგომი საექსპერტო დასკვნებისათვის; საექიმო საქმიანობასთან დაკავშირებული ექსპერტიზებისას მონაცემები მოყვანილი უნდა იყოს სამედიცინო და სხვა ხასიათის დოკუმენტების დედნებიდან.

**მუხლი 21.** შესავალი და აღწერილობითი ნაწილი იწერება უშუალოდ ექსპერტიზის ჩატარების პროცესში და ხელს აწერენ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი (ან ექსპერტები).

**მუხლი 22.** დასკვნით ნაწილში კონკრეტულად უნდა იყოს მოცემული პასუხები იმ კითხვებზე, რომლებიც დასმული იყო ექსპერტიზის წინაშე. დასკვნა იწერება ყველა გამოკვლევის დასრულების შემდეგ და ემყარება ჩატარებული ექსპერტიზის შედეგებს. ექსპერტის დასკვნა არ უნდა სცილდებოდეს ექსპერტის სპეციალური ცოდნის ფარგლებს.

**მუხლი 23.** დასკვნითი ნაწილი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

ა) უნდა იყოს დადასტურებული ექსპერტიზის ობიექტური მონაცემებით.

ბ) უნდა შეესაბამებოდეს სამედიცინო და ბიოლოგიურ მეცნიერებათა თანამედროვე წარმოდგენებს.

დ) არ უნდა იწვევდეს არაერთგვაროვან ინტერპრეტაციას.

**მუხლი 24.** დასკვნითი ნაწილი მთლიანად ან მისი რომელიმე ნაწილი შესაძლებელია იყოს: კატეგორიული (მტკიცებითი, დადებითი ან უარყოფითი)



ან სააღბათო (არაკატეგორიული). დასკვნითი ნაწილი შესაძლებელია შეიცავდეს ექსპერტის ინიციატივით დადგენილ და საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე გარემოებებს.

**მუხლი 25.** კატეგორიული დასკვნების გამოტანა შესაძლებელია მაშინ, როდესაც ისინი ერთმნიშვნელოვნად დასტურდება ექსპერტიზის პათოგნომური მონაცემებით.

**მუხლი 26.** გამოსაკვლევ გარემოებათა შესახებ ექსპერტის სააღბათო (არაკატეგორიული) დასკვნებს მტკიცებულების მნიშვნელობა არა აქვს, მაგრამ მაინც უნდა აისახოს ექსპერტის დასკვნაში. ექსპერტის დასკვნა უნდა შეიცავდეს ყველა ან ზოგიერთ დასმულ კითხვაზე პასუხის გაუცემლობის მიზეზის დასაბუთებას, თუ გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა, რომ წარდგენილი მასალები არ არის საკმარისი, ან ექსპერტი არაკომპეტენტურია.

**მუხლი 27.** დასკვნას ხელს აწერს ექსპერტი (შედგენის თარიღის მითითებით) საკომისიო ექსპერტიზის ჩატარების შემთხვევაში, თუ საექსპერტო კომისიის წევრები საერთო აზრს გამოიტანენ, ხელს აწერენ საერთო დასკვნას, ხოლო ექსპერტთა შორის უთანხმოების შემთხვევაში, თითოეული იძლევა ცალკე დასკვნას უთანხმოების გამომწვევ ყველა ან ზოგიერთ საკითხზე.

**მუხლი 28.** კომპლექსურ ექსპერტიზაში მონაწილე ყველა სპეციალისტი გამოკვლევას ატარებს დამოუკიდებლად და იძლევა დასკვნას მხოლოდ თავისი კომპეტენციის ფარგლებში. ექსპერტს უფლება არა აქვს ხელი მოაწეროს კომპლექსური ექსპერტიზის დასკვნის იმ ნაწილს, რომელიც სცილდება მისი კომპეტენციის ფარგლებს.

**მუხლი 29.** „ექსპერტის დასკვნა“ ფორმდება ორ ეგზემპლარად, ერთი ეგზემპლარი ექსპერტიზის დამნიშვნელ პირს. ექსპერტის დასკვნას უნდა დაერთოს გამოკვლევის შემდეგ დარჩენილი ნივთიერი მტკიცებულებები (ნიმუშები, ფოტოსურათები, სქემები და გრაფიკები, სხვა მასალები, რომლებიც ადასტურებენ ექსპერტის დასკვნებს), ხოლო მეორე ეგზემპლარი რჩება სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩამტარებელი დაწესებულებაში.

**მუხლი 30.** თუ გამოკვლევის დაწყებამდე ექსპერტი აღმოაჩენს, რომ მის წინაშე დასმული საკითხების გადასაწყვეტად მისი ცოდნა არ არის საკმარისი, ან მისთვის წარდგენილი ობიექტები არ არის საკმარისი ექსპერტიზის ჩასატარებლად, იგი ადგენს მოტივირებულ აქტს დასკვნის შედგენის შეუძლებლობის შესახებ და უგზავნის ექსპერტიზის დამნიშვნელ ორგანოს.

**მუხლი 31.** ექსპერტიზის შესრულების ვადების შესაძლო გაზრდის შემთხვევაში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტმა დროულად უნდა აცნობოს ექსპერტიზის დამნიშვნელ ორგანოს.

**სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის  
საქმიანობის წესი**

**მუხლი 1.** სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი შეიძლება იყოს უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და შესაბამისი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის (“სასამართლო მედიცინაში) მქონე პირი.

**მუხლი 2.** სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს უფლება აქვს:

1. გაეცნოს ექსპერტიზისათვის საჭირო საქმის მასალებს და ამოიწეროს საჭირო ცნობები ან გადაიღოს ასლები.
2. მოითხოვოს დამატებითი მასალების წარმოდგენა.
3. უარი თქვას დასკვნის მიცემაზე ან ექსპერტიზის შემდგომ გაგრძელებაზე თუ დასმული საკითხები სცილდება მისი სპეციალური ცოდნის ფარგლებს ან თუ მისთვის წარდგენილი მასალები საკმარისი არ არის დასკვნის მისაცემად.
4. გამომძიებლის, პროკურორის, სასამართლოს (მოსამართლის) ნებართვით დაესწროს საგამომძიებო მოქმედების ჩატარებას და დასაკითხ პირებს დაუსვას შეკითხვები, რომლებიც ექსპერტიზის საგანს განეკუთვნება.
5. სასამართლოს სხდომაზე მონაწილეობა მიიღოს ექსპერტიზის საგანს მიკუთვნებულ მტკიცებულებათა კვლევაში და სასამართლოს ნებართვით შეკითხვები დაუსვას დასაკითხ პირებს.
6. ჩამოაყალიბოს დასკვნა არამართო დასმულ საკითხებზე, არამედ ექსპერტიზის საგანს მიკუთვნებულ სხვა საკითხებზედაც, რომელთა გამოც მისთვის არ დაუსვამთ კითხვები.
7. შეადგინოს დასკვნა და მისცეს ჩვენება მშობლიურ ენაზე: თუ მან არ იცის სამართალწარმოების ენა, ისარგებლოს თარჯიმნის მომსახურებით.
8. გამომძიებლის მოქმედებები და დადგენილებები გაასაჩივროს პროკურორთან, ხოლო პროკურორის მოქმედება – ზემდგომ პროკურორთან.
9. გაეცნოს სასამართლოს სხდომის ოქმის იმ ნაწილს, რომელიც მის მიერ ჩატარებულ ექსპერტიზას ეხება და მოითხოვოს მასში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანა.
10. გააკეთოს განცხადება მისი დასკვნის არასწორი ინტერპრეტაციის შესახებ.

**მუხლი 3.** სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი ვალდებულია:

1. გამოცხადდეს გამომძიებლის, პროკურორის, სასამართლოს გამოძახებით.
2. მისცეს ჩვენება ჩატარებულ ექსპერტიზასთან დაკავშირებით წინასწარი გამოძიებისას ან სასამართლო განხილვის დროს.
3. მისცეს დასაბუთებული და ობიექტური წერილობითი დასკვნა დასმულ საკითხებზე.

4. კანონით დადგენილი წესით დაიცვას და დააბრუნოს კვლევის ობიექტები.

5. პროცესის მწარმოებელი ორგანოს ნებართვის გარეშე არ გაამჟღავნოს წინასწარი გამოძიების მასალები და ცნობები მოქალაქეთა პირადი ცხოვრების შესახებ, რომლებიც მისთვის ცნობილი გახდა.

6. განაცხადოს თვითაცილება, თუ ის სამსახურებრივად ან სხვაგვარად დამოკიდებულია საქმეში მონაწილე ამა თუ იმ პირზე ან/და ნათესაური ურთიერთობა აქვს მასთან ან თუ პროფესიულად არაკომპეტენტურად თვლის თავს.

7. ჩაატაროს ექსპერტიზები, გამოკვლევები და სხვა სახის საექსპერტო სამუშაოები თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად და დროულ ვადებში.

8. დაეუფლოს რეკომენდირებულ გამოკვლევის ახალ მეთოდებს და გამოიყენოს ისინი პრაქტიკაში.

9. დროულად მიაწოდოს ინფორმაცია შესაბამის გამოძიების და სასამართლო ორგანოებს ექსპერტიზების დროს გამოვლენილ მონაცემებზე, რომლებიც არ იყო საქმეში ასახული, ასევე პირადი ინიციატივით ექსპერტიზის დამნიშნავ პირს ყურადღება გაამახვილებინოს იმ საქმის გარემოებაზე და ფაქტებზე, რომლებსაც აქვს არსებითი მნიშვნელობა საგამომიებო და სასამართლო საქმიანობისათვის.

10. განუცხადოს სასამართლო სამედიცინო საექსპერტო დაწესებულების ხელმძღვანელს დიაგნოსტიკური ან სამედიცინო დახმარებისას გამოვლენილი ყველა ნაკლოვანების შესახებ.

11. სისტემურად იზრუნოს თავისი თეორიული მომზადებისა და პროფესიული კვალიფიკაციის ამაღლებისათვის როგორც ინდივიდურად, ასევე სასამართლო სამედიცინო თათბირებში, კონფერენციებში, სასამართლო ექიმთა ასოციაციის კრებებში და სხვა ღონისძიებებში აქტიური მონაწილეობით.

12. დროულად შეადგინოს სამუშაო გეგმები და ანგარიშები.

13. ჩაატაროს საკუთარი სამუშაოს ხარისხობრივი მაჩვენებლების ანალიზი.

14. დაიცვას სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდსაწინააღმდეგო რეჟიმის, ასევე უსაფრთხოების ტექნიკისა და შიდა სამუშაო განრიგის წესების დაცვა.

15. გაუწიოს კონსულტაციული დახმარება სამართალდამცავ ორგანოებს.

16. შვებულებაში გასვლის ან ხანგრძლივი მივლინების შემთხვევაში გადასცეს სასამართლო სამედიცინო საექსპერტო დაწესებულების ხელმძღვანელს მასზედ რიცხული ყველა საბუთი, მათ შორის დაუმთავრებელი ექსპერტიზები, გამოკვლევები და ასევე გამოკვლევისათვის განკუთვნილი ობიექტები.

**მუხლი 4. სასამართლო სამედიცინო ექსპერტი პასუხისმგებელია:**

1. მედიცინის მეცნიერებისა და ტექნიკის თანამედროვე მიღწევების შესაბამისად სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზების, გამოკვლევების და სხვა საექსპერტო სამუშაოების დროულ და კვალიფიციურ შესრულებაზე.

2. სასამართლო სამედიცინო დოკუმენტაციის დროულ და ხარისხიან შედგენაზე.

3. ექსპერტიზაზე (გამოკვლევაზე) შემოსული ნივთმტკიცებისა და სხვა მასალის შენახვაზე.

4. ექსპერტიზის დამნიშნავი ორგანოსთვის დასკვნების დროულ გადაცემაზე, ასევე იმ სამედიცინო დოკუმენტაციის, ნივთმტკიცების და სხვა მასალის დაბრუნებაზე, რომლებიც ექვემდებარება დაბრუნებას.

**მუხლი 5.** სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს პასუხისმგებლობა ეკისრება:

1. ყალბი დასკვნის ან ჩვენების მიცემისათვის.

2. გამოცხადებაზე და მოვალეობის შესრულებაზე უარის თქმის შემთხვევაში.

**ფორმა 1**

სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევის (შემოწმების) აქტი N \_\_\_\_\_

თანახმად \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 200 წ. თარიღით N \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ შენობაში

\_\_\_\_\_ განათების პირობებში

სასამართლო სამედიცინო ექსპერტმა (ებმა) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ჩავატარე(თ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევა (შემოწმება)

გამოკვლევას (შემოწმებას) ესწრებოდნენ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

გამოკვლევა (შემოწმება) დაიწყო \_\_\_\_\_ (თარიღი, საათი)

დამთავრდა \_\_\_\_\_ (თარიღი)

აქტი მოცემულია შემდეგ \_\_\_\_\_ ფურცელზე.

ექსპერტის დასკვნა N \_\_\_\_\_

თანახმად \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 200 წ. თარიღით N \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ შენობაში  
 \_\_\_\_\_ განათების პირობებში  
 სასამართლო სამედიცინო ექსპერტმა (ებმა) \_\_\_\_\_  
 ჩავატარე(თ) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა \_\_\_\_\_

გაცნობილი ვარ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტის უფლება-მოვალეობას, გათვალისწინებულს საქართველოს სსსკ 97-ე მუხლით, გაფრთხილებული ვარ დასკვნის გაცემაზე უარის თქმისთვის ან თავის არიდებისთვის, ან წინასწარი შეცნებით ყალბი დასკვნის გაცემისათვის საქართველოს სსკ 370-ე მუხლით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობაზე.

(ხელმოწერები)

ექსპერტიზას ესწრებოდნენ \_\_\_\_\_

ექსპერტიზა დაიწყო \_\_\_\_\_ (თარიღი, საათი)

ექსპერტიზა დამთავრდა \_\_\_\_\_ (თარიღი)

ექსპერტიზის დასკვნა მოცემულია შემდეგ \_\_\_\_\_ ფურცელზე.

# საქართველოს კანონი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს შექმნის შესახებ

## მუხლი 1

1. შეიქმნას საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო (შემდგომში – ბიურო).

2. ბიუროს ძირითადი ამოცანაა სისხლის სამართლის, სამოქალაქო სამართლის ან ადმინისტრაციულ საქმეებზე სასამართლოს, პროკურორის, გამომძიებლის, საქმეში მონაწილე მხარის ან უფლებამოსილი პირის მიერ კანონით დადგენილი წესით, აგრეთვე საქართველოს ან უცხო ქვეყნის ფიზიკური და იურიდიული პირების, ადმინისტრაციული ორგანოების მოთხოვნის საფუძველზე მეცნიერების, ტექნიკის ან ხელოვნების დარგში საჭირო გარემოებების დასადგენად სპეციალური გამოკვლევების ჩატარება და შესაბამისი დასკვნების ან ცნობების მომზადება.

3. ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული ამოცანის შესასრულებლად ბიურო საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფს სასამართლო ექსპერტიზის ორგანიზებასა და წარმოებას საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე.

4. სასამართლო-საექსპერტო მომსახურების ტარიფები განისაზღვრება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

5. ბიუროს დაფინანსება ხორციელდება „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის შესახებ“ საქართველოს კანონით დადგენილი წესით.

## მუხლი 2

1. ბიუროს ხელმძღვანელობს ბიუროს უფროსი, რომელსაც თანამდებობაზე ნიშნავს და თანამდებობიდან ათავისუფლებს საქართველოს პრეზიდენტი.

2. ბიუროს უფროსის მოადგილეს თანამდებობაზე ნიშნავს და თანამდებობიდან ათავისუფლებს ბიუროს უფროსი.

3. ბიუროს დებულებას ბიუროს უფროსის წარდგინებით ამტკიცებს საქართველოს მთავრობა.

## მუხლი 3

1. რეორგანიზებულ იქნეს საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო და ჩამოყალიბდეს საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო.

2. საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო არის საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო

სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს უფლებამონაცვლე.

3. საქართველოს მთავრობამ:

ა) უზრუნველყოს საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დებულების დამტკიცება;

ბ) 2009 წლის 1 იანვრისათვის უზრუნველყოს საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს საბიუჯეტო ასიგნებათა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით გადაცემა საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროსათვის.

4. საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტრომ 2009 წლის 1 იანვრისათვის უზრუნველყოს ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი (მათ შორის, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს ბალანსზე რიცხული) ქონების საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით გადაცემა საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროსათვის.

5. საქართველოს პრეზიდენტმა ამ კანონის ამოქმედებიდან 1 თვის ვადაში უზრუნველყოს ბიუროს უფროსის თანამდებობაზე დანიშვნა.

6. საქართველოს პრეზიდენტის მიერ ამ მუხლის მე-5 პუნქტით გათვალისწინებული ქმედების განხორციელებამდე ბიუროს უფროსის მოვალეობას ასრულებს საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს უფროსი.

მუხლი 4

1. ეს კანონი, გარდა მე-3 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტისა და მე-4 პუნქტისა და მე-4 მუხლისა, ამოქმედდეს 2009 წლის 1 იანვრიდან.

2. ამ კანონის მე-3 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი და მე-4 პუნქტი და მე-4 მუხლი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი

*მიხეილ სააკაშვილი*

თბილისი,  
2008 წლის 31 ოქტომბერი.  
N 436 – რს

**საქართველოს მთავრობის  
დადგენილება  
N 267 2008 წლის 31 დეკემბერი ქ. თბილისი**

**საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან  
სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის  
ეროვნული ბიუროს დებულების დამტკიცების  
შესახებ**

1. “საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს შექმნის შესახებ” საქართველოს კანონის მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტისა და მე-3 მუხლის მე-3 პუნქტის “ა” ქვეპუნქტის შესაბამისად დამტკიცდეს საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს თანდართული დებულება.

2. დადგენილება ამოქმედდეს 2009 წლის 1 იანვრიდან.

პირველი ვიცე-პრემიერი

*ნიკა გილაური*

დამტკიცებულია  
საქართველოს მთავრობის  
2008 წლის 31 დეკემბრის  
N 267 დადგენილებით

**საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან  
სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს  
დებულება**

**თავი I. ზოგადი დებულებანი**

**მუხლი 1. ზოგადი დებულებები**

1. საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო (შემდგომში – ბიურო) არის “საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს შექმნის შესახებ” საქართველოს კანონისა და “საჯარო სამართლის იურიდიული პირის შესახებ” საქართველოს კანონის შესაბამისად, სახელმწიფო ქონების საფუძველზე შექმნილი საჯარო სამართლის იურიდიული პირი.



2. ბიუროს სრული სახელწოდებაა “საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო”.

3. ბიურო თავის საქმიანობას ახორციელებს საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებების, საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის, საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის, საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის, საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის, “საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს შექმნის შესახებ” საქართველოს კანონის, “საჯარო სამართლის იურიდიული პირის შესახებ” საქართველოს კანონის, ამ დებულებისა და სხვა ნორმატიული აქტების საფუძველზე.

4. ბიურო, როგორც საჯარო სამართლის იურიდიული პირი, საქართველოს კანონმდებლობით და ამ დებულებით დადგენილი მიზნებისა და ამოცანების განსახორციელებლად საკუთარი სახელით იძენს უფლებებსა და მოვალეობებს, დებს გარიგებებს და უფლებამოსილია გამოვიდეს სასამართლოში მოსარჩელედ და მოპასუხედ.

5. ბიუროს საქმიანობა ემყარება კანონიერების, ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების, აგრეთვე იურიდიული პირის უფლებათა დაცვის, ექსპერტის დამოუკიდებლობის, ობიექტურობის, მეცნიერებისა და ტექნიკის თანამედროვე მიღწევების გამოყენებით წარმოებული ყოველმხრივი და სრული კვლევის პრინციპებს.

6. ბიუროს აქვს დამოუკიდებელი ბალანსი, საბანკო და სახაზინო ანგარიშები, ბეჭედი და იურიდიული პირის სხვა რეკვიზიტები.

7. ბიუროს იურიდიული მისამართია: ქ. თბილისი, ჭავჭავაძის გამზირი N84.

## **თავი II. ბიუროს ამოცანები, ფუნქციები და უფლებამოსილება**

### **მუხლი 2. ბიუროს ამოცანები**

1. ბიუროს ძირითადი ამოცანაა სისხლის სამართლის, სამოქალაქო ან ადმინისტრაციულ საქმეებზე სასამართლოს, პროკურორის, გამომძიებლის, საქმეში მონაწილე მხარის ან უფლებამოსილი პირის მიერ კანონით დადგენილი წესით, აგრეთვე საქართველოს ან უცხო ქვეყნის ფიზიკური და იურიდიული პირების, ადმინისტრაციული ორგანოების მოთხოვნის საფუძველზე მეცნიერების, ტექნიკის ან ხელოვნების დარგში საჭირო გარემოებების დასადგენად სპეციალური გამოკვლევების ჩატარება და შესაბამისი დასკვნების ან ცნობების მომზადება.

2. ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ამოცანების შესასრულებლად ბიურო კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფს სასამართლო ექსპერტიზის ორგანიზებასა და წარმოებას საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე.

### **მუხლი 3. ბიუროს ფუნქციები**

საკუთარი ამოცანების განხორციელების უზრუნველსაყოფად ბიურო მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად ასრულებს შემდეგ ფუნქციებს:

- ა) სამოქალაქო, ადმინისტრაციულ და სისხლის სამართლის საქმეზე სასამართლო ექსპერტიზის ორგანიზებასა და წარმოებას;
- ბ) რევიზიას, ინვენტარიზაციასა და საუწყებო შემოწმებას;
- გ) ფიზიკური და იურიდიული პირებისათვის ხელშეკრულების საფუძველზე საექსპერტო მომსახურებას;
- დ) სამეცნიერო და მეთოდურ მუშაობას, გამოკვლევათა მეთოდის სრულყოფას და ახალი მეთოდების დანერგვას;
- ე) კადრების შერჩევას, მომზადებასა და გადამზადებას;
- ვ) სასამართლო-საექსპერტო პრაქტიკის მეცნიერულ განზოგადებას და აქტუალური პრობლემატიკის გამოყოფას;
- ზ) თანამშრომლობს საქართველოსა და უცხო სახელმწიფოების სასამართლო-საექსპერტო დაწესებულებებთან და საერთაშორისო საექსპერტო ორგანიზაციებთან, მონაწილეობს ერთობლივი კონფერენციების, სემინარების, სიმპოზიუმების მუშაობაში;
- თ) სასამართლო ექსპერტიზის საკითხებზე გამოსცემს ბეჭდვით პროდუქციას;
- ი) აწარმოებს დაქტილოსკოპიურ (თითის ანაბეჭდების), ცეცხლსასროლი იარაღისა და ნარკოლოგიური აღრიცხვის მონაცემთა საინფორმაციო ბაზას;
- კ) ახორციელებს საინფორმაციო-ანალიტიკურ მუშაობას;
- ლ) ახორციელებს ამ დებულებით განსაზღვრულ სხვა საქმიანობას.

#### **მუხლი 4. ბიუროს უფლებამოსილება**

ბიუროს უფლებამოსილია კანონმდებლობით დადგენილი წესით აწარმოოს:

- ა) დოკუმენტების ტექნიკური ექსპერტიზა;
- ბ) ხელნაწერებისა და ხელმოწერების ექსპერტიზა;
- გ) ბალისტიკური ექსპერტიზა;
- დ) ტრასოლოგიური ექსპერტიზა;
- ე) ავტო-ტექნიკური, სატრანსპორტო-ტრასოლოგიური და ავტო-სასაქონლო ექსპერტიზა;
- ვ) კომპიუტერული, აუდიო-ვიდეო, ჰომეოსკოპიური და ფონოსკოპიური ექსპერტიზა;
- ზ) დაქტილოსკოპიური ექსპერტიზა;
- თ) ფინანსური და ბუღალტრული ექსპერტიზა;
- ი) ნივთიერებების, მასალებისა და ნაკეთობების ექსპერტიზა;
- კ) მცენარეული ობიექტების ექსპერტიზა;
- ლ) ნავთობპროდუქტების ხარისხის ექსპერტიზა;
- მ) კვების პროდუქტების, ალკოჰოლიანი და უალკოჰოლო სასმელების, აგრეთვე თამბაქოს ნაწარმის ექსპერტიზა;
- ნ) საინჟინრო-ტექნიკური ექსპერტიზა;
- ო) სასაქონლო ექსპერტიზა;
- პ) სამედიცინო ექსპერტიზა;
- ჟ) ბიოლოგიური და ციტოლოგიური ექსპერტიზა;
- რ) ჰისტოლოგიური ექსპერტიზა;
- ს) ფიზიო-ტექნიკური ექსპერტიზა;

- ტ) სამედიცინო-ქიმიური ექსპერტიზა;
- უ) ფსიქიატრიული შემოწმება და ექსპერტიზა;
- ფ) ნარკოლოგიური შემოწმება და ექსპერტიზა.

### თავი III. ბიუროს სტრუქტურა და მართვა

#### მუხლი 5. ბიუროს სტრუქტურა

1. ბიურო შედგება ძირითადი სტრუქტურული ქვედანაყოფებისაგან.
2. ბიუროს სტრუქტურული ქვედანაყოფებია:
  - ა) ფინანსური, მატერიალური და საკადრო უზრუნველყოფის სამსახური;
  - ბ) იურიდიული განყოფილება;
  - გ) კანცელარია;
  - დ) ბიუროს სამდივნო;
  - ე) დოკუმენტების ტექნიკური და ხელწერის ექსპერტიზის განყოფილება;
  - ვ) ბალისტიკური, ტრასოლოგიური და დაქტილოსკოპიური ექსპერტიზის, საიდენტიფიკაციო კვალთა ანალიტიკური განყოფილება;
  - ზ) ავტო-ტექნიკური და ტრასოლოგიური ექსპერტიზის განყოფილება;
  - თ) კომპიუტერული, აუდიო-ვიდეო და ფონოსკოპიური ექსპერტიზის განყოფილება;
  - ი) ფინანსური ექსპერტიზის განყოფილება;
  - კ) საინჟინრო-ტექნიკური ექსპერტიზის განყოფილება;
  - ლ) სასაქონლო ექსპერტიზის განყოფილება;
  - მ) ნარკოლოგიური ექსპერტიზის განყოფილება;
  - ნ) ქიმიური ექსპერტიზის სამსახური;
  - ო) სამედიცინო ექსპერტიზის სამსახური;
  - პ) ფსიქიატრიული ექსპერტიზის სამსახური;
  - ჟ) დასავლეთ საქართველოს რეგიონალური ექსპერტიზის სამსახური;
  - რ) აჭარის რეგიონალური ექსპერტიზის სამსახური.

#### მუხლი 6. ბიუროს ხელმძღვანელობა და

##### წარმომადგენლობა

1. ბიუროს ხელმძღვანელობს ბიუროს უფროსი, რომელსაც თანამდებობაზე ნიშნავს და თანამდებობიდან ათავისუფლებს საქართველოს პრეზიდენტი.
2. ბიუროს უფროსი წარმართავს ბიუროს საქმიანობას, წარმოადგენს ბიუროს სხვა იურიდიულ და ფიზიკურ პირებთან ურთიერთობაში, მოქმედებს ბიუროს სახელით.
3. ბიუროს უფროსს ჰყავს მოადგილე, რომელსაც თანამდებობაზე ნიშნავს და თანამდებობიდან ათავისუფლებს ბიუროს უფროსი.
4. ბიუროს უფროსის არყოფნის შემთხვევაში ბიუროს ხელმძღვანელობს და მის საქმიანობას წარმართავს ბიუროს უფროსის მოადგილე.
5. ბიუროს უფროსის ბრძანებით ან მინდობილობის საფუძველზე ბიუროს სპეციალური წარმომადგენლობის უფლება შეიძლება მიენიჭოთ ბიუროს თანამშრომლებს, აგრეთვე გარეშე პირებს.

## **მუხლი 7. ბიუროს უფროსისა და მისი მოადგილის უფლებამოსილებანი**

1. ბიუროს უფროსი უფლებამოსილია:

- ა) გამოსცეს ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტები, რომელთა შესრულებაც სავალდებულოა ბიუროს ყველა თანამშრომლისათვის;
- ბ) ბიუროს სახელით დადოს ხელშეკრულებები და შეთანხმებები კანონმდებლობის შესაბამისად;
- გ) ბიუროს სახელით გახსნას და დახუროს ანგარიშები ბანკში;
- დ) დაამტკიცოს ბიუროს საშტატო განრიგი და სახელფასო ფონდი;
- ე) დაამტკიცოს ბიუროს შინაგანაწესი და განსაზღვროს თანამშრომელთა თანამდებობრივი ფუნქციები;
- ვ) წარმართოს საკადრო პოლიტიკა;
- ზ) დანიშნოს და გაათავისუფლოს ბიუროს თანამშრომლები;
- თ) კანონმდებლობით დადგენილი წესით გამოიყენოს წახალისებისა და დისციპლინური პასუხისმგებლობის ღონისძიებები;
- ი) მოიწვიოს სპეციალისტები ხელშეკრულების საფუძველზე კანონით განსაზღვრული წესით;
- კ) განახორციელოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა უფლებამოსილებანი.

2. ბიუროს უფროსი ვალდებულია:

- ა) დაიცვას დებულება და მოქმედი კანონმდებლობა;
- ბ) გაწეული საქმიანობის შესახებ ანგარიში ჩააბაროს საქართველოს პრეზიდენტს და საქართველოს მთავრობას;
- გ) უზრუნველყოს ბიუროს თანამშრომელთა უფლებებისა და ინტერესების დაცვა;
- დ) უზრუნველყოს სასამართლო-საექსპერტო საქმიანობის ხარისხის კონტროლი და მეთოდური ხელმძღვანელობა;
- ე) განახორციელოს მოქალაქეთა მიღება;
- ვ) ორგანიზება გაუწიოს სამეცნიერო, კვლევით, მეთოდურ მუშაობას და გააკონტროლოს მისი შესრულება, აგრეთვე განახორციელოს ექსპერტიზის წარმოებაში ახალი მეთოდების დანერგვა;
- ზ) ორგანიზება გაუწიოს ექსპერტიზის, გამოკვლევის, შემოწმების, რევიზიის ჩატარებას, უზრუნველყოს გამოსაკვლევი ობიექტების დაცვა, გააკონტროლოს ექსპერტიზის ან რევიზიის ჩატარების ვადები;
- თ) უზრუნველყოს ბიუროს სტრუქტურული ქვედანაყოფების კონტროლი.

3. ბიუროს უფროსის მოადგილე:

- ა) ახორციელებს ბიუროს უფროსის მიერ განსაზღვრულ ფუნქციებს და უზრუნველყოფს კანონმდებლობითა და დებულებით განსაზღვრული ამოცანების შესრულებას;
- ბ) ბიუროს უფროსის მითითებით ხელმძღვანელობს და ზედამხედველობას (კურატორობას) უწევს ბიუროს სტრუქტურული ქვედანაყოფების საქმიანობას;
- გ) აკონტროლებს ბიუროს უფროსის დავალებებისა და ბრძანებების შესრულების მიმდინარეობას.

## თავი IV. ბიუროს სტრუქტურული ქვედანაყოფები

### მუხლი 8. ბიუროს სტრუქტურული ქვედანაყოფების კომპეტენცია და მართვა

1. ბიუროს სტრუქტურული ქვედანაყოფების კომპეტენცია განისაზღვრება ამ დებულებით, ხოლო ფუნქციები და სტრუქტურა – შესაბამისი სტრუქტურული ქვედანაყოფის დებულებით, რომელსაც ამტკიცებს ბიუროს უფროსი.

2. ბიუროს სტრუქტურულ ქვედანაყოფს (სამსახურს, განყოფილებას, ლაბორატორიას და ჯგუფს) ხელმძღვანელობს სამსახურის (განყოფილების) უფროსი, რომელსაც თანამდებობაზე ნიშნავს და თანამდებობიდან ათავისუფლებს ბიუროს უფროსი.

3. სტრუქტურული ქვედანაყოფის ხელმძღვანელი უშუალოდ ექვემდებარება ბიუროს უფროსს.

4. ბიუროს სტრუქტურული ქვედანაყოფის უფროსი:

ა) ანაწილებს მოვალეობებს დაქვემდებარებული სტრუქტურული ქვედანაყოფის თანამშრომლებს შორის;

ბ) აკონტროლებს მისდამი დაქვემდებარებული სტრუქტურული ქვედანაყოფის თანამშრომლების მიერ სამსახურებრივი მოვალეობების შესრულებას;

გ) ადგენს სტრუქტურული ქვედანაყოფის მუშაობის სტატისტიკურ ანგარიშს;

დ) მონაწილეობს ექსპერტიზის ჩატარებაში;

ე) უზრუნველყოფს სტრუქტურულ ქვედანაყოფში ჩატარებული ექსპერტიზის ვადისა და ხარისხის კონტროლს;

ვ) ბიუროს უფროსს წარუდგენს წინადადებებს სტრუქტურული ქვედანაყოფის მუშაობის ორგანიზაციის, თანამშრომელთა წახალისების ან დისციპლინური პასუხისმგებლობის ღონისძიების დაკისრების შესახებ;

ზ) ხელმძღვანელობს მისდამი დაქვემდებარებული სტრუქტურული ქვედანაყოფის კადრების მომზადებას.

### მუხლი 9. ფინანსური, მატერიალური და საკადრო უზრუნველყოფის სამსახური

ფინანსური, მატერიალური და საკადრო უზრუნველყოფის სამსახურის ძირითადი ამოცანაა კომპეტენციის ფარგლებში ბიუროს თანამშრომელთა დანიშვნა-გათავისუფლების შესახებ ბრძანებების მომზადება, მათი პირადი საქმეებისა და შრომის წიგნაკების აღრიცხვა-წარმოება, თანამშრომელთა პროფესიული მომზადების, გადამზადებისა და ვაკანტური თანამდებობების დასაკავებლად კონკურსებისა და ატესტაციების ორგანიზება, შრომის დისციპლინის დაცვის კონტროლი, ბიუროს საშტატო ნუსხის ფორმირება და წარდგენა, ბალანსის შედგენა, თანამშრომელთა მატერიალური სტიმულირების საკითხებზე წინადადებების შემუშავება, გადასახადების გამოანგარიშება და გადახდა, ბიუროს მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გამართული ექსპლუატაცია და ფუნქციონირება, მისი გაუმჯობესება და სრულყოფა, ბიუროს კომპიუტერული ქსელის მუშაობის უზრუნველყოფა, სამშენებლო-სარემონტო სამუშაოების

დაგეგმვა, ორგანიზება და შესრულების კონტროლი, წლის განმავლობაში განსახორციელებელი შესყიდვების გეგმის შედგენა, ბიუროში მომზადებული სამეცნიერო კვლევითი მასალების გამოცემის უზრუნველყოფა.

#### **მუხლი 10. იურიდიული განყოფილება**

იურიდიული განყოფილების ძირითადი ამოცანაა ბიუროს საქმიანობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა, ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტების, ხელშეკრულებებისა და სხვა სამართლებრივი დოკუმენტების პროექტების მომზადება, ბიუროს უფლებებისა და ინტერესების დაცვა სასამართლოში.

#### **მუხლი 11. კანცელარია**

კანცელარიის ძირითადი ამოცანაა ბიუროში საქმის წარმოების ორგანიზება, შემოსული ნივთიერი მტკიცებულებებისა და ექსპერტიზის ობიექტების სპეციალურ საცავში შენახვის, მათი შემოტანა-გატანისა და ბრუნვის აღრიცხვა და კონტროლი, საჯარო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებთან ურთიერთობა.

#### **მუხლი 12. ბიუროს სამდივნო**

ბიუროს სამდივნო უზრუნველყოფს სტრუქტურულ ქვედანაყოფებში შემუშავებული დოკუმენტაციის ტექნიკურად მომზადებას (დაბეჭდვას).

#### **მუხლი 13. დოკუმენტების ტექნიკური და ხელწერის ექსპერტიზის განყოფილება**

დოკუმენტების ტექნიკური და ხელწერის ექსპერტიზის განყოფილების ძირითადი ამოცანაა ხელნაწერი და ნაბეჭდი დოკუმენტების, ქაღალდის, საწერი საშუალებების, ბლანკების და ფულადი ნიშნების ექსპერტიზის, აგრეთვე ხელმოწერების, ხელნაწერი ტექსტებისა და ციფრობრივი ჩანაწერების ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

#### **მუხლი 14. ბალისტიკური, ტრასოლოგიური და დაქტილო-სკოპიური ექსპერტიზის, საიდენტიფიკაციო კვალთა ანალიტიკური განყოფილება**

ბალისტიკური, ტრასოლოგიური და დაქტილოსკოპიური ექსპერტიზის, საიდენტიფიკაციო კვალთა ანალიტიკური განყოფილების ძირითადი ამოცანაა ცეცხლსასროლი იარაღისა და ასაფეთქებელი მოწყობილობების, აგრეთვე ცეცხლსასროლ იარაღთან და ასაფეთქებელ მოწყობილობებთან დაკავშირებულ შემთხვევებზე გარკვეული გარემოებების დასადგენად ბალისტიკური ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება, ცეცხლსასროლი იარაღის მონაცემთა საინფორმაციო ბაზის შექმნა და წარმოება, ყველა სახის ტრასოლოგიური ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება, ობიექტების დამუშავება კვალის ალების მიზნით, პიროვნებისა და გვამის დაქტილოსკოპირება, კვალის ვარგისიანობის დადგენა, დაქტილოსკოპიური ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება, დაქტილოსკოპიურ მონაცემთა საინფორმაციო ბაზის შექმნა და წარმოება.

**მუხლი 15. ავტო-ტექნიკური და ტრასოლოგიური  
ექსპერტიზის განყოფილება**

ავტო-ტექნიკური და ტრასოლოგიური ექსპერტიზის განყოფილების ძირითადი ამოცანაა სატრანსპორტო-ტრასოლოგიური, ავტო-ტექნიკური და ავტო-სასაქონლო ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

**მუხლი 16. კომპიუტერული, აუდიო-ვიდეო და  
ფონოსკოპიური ექსპერტიზის განყოფილება**

კომპიუტერული, აუდიო-ვიდეო და ფონოსკოპიური ექსპერტიზის განყოფილების ძირითადი ამოცანაა ხმის იდენტიფიკაციის, კომპიუტერული, აუდიო-ვიდეო და ფონოსკოპიური ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

**მუხლი 17. ფინანსური ექსპერტიზის განყოფილება**

ფინანსური ექსპერტიზის განყოფილების ძირითადი ამოცანაა ფინანსური და საბუღალტრო ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

**მუხლი 18. საინჟინრო-ტექნიკური ექსპერტიზის  
განყოფილება**

საინჟინრო-ტექნიკური ექსპერტიზის განყოფილების ძირითადი ამოცანაა შენობა-ნაგებობების შეფასება, სამშენებლო-ტექნიკური, ელექტრო-ტექნიკური, სამშენებლო-ეკონომიკური ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

**მუხლი 19. სასაქონლო ექსპერტიზის განყოფილება**

სასაქონლო ექსპერტიზის განყოფილების ძირითადი ამოცანაა მოძრავი და უძრავი ქონების შეფასება, საქონლის გამოკვლევა, სასაქონლო ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

**მუხლი 20. ნარკოლოგიური ექსპერტიზის განყოფილება**

ნარკოლოგიური ექსპერტიზის განყოფილების ძირითადი ამოცანაა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, ალკოჰოლის) მიღების ფაქტის დადგენა კლინიკური გამოკვლევით და ექსპრეს-ტესტებით, სტაციონარული და ამბულატორიული ნარკოლოგიური შემოწმება, აგრეთვე სასამართლო-ნარკოლოგიური ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება, ნარკოლოგიური აღრიცხვის მონაცემთა საინფორმაციო ბაზის შექმნა და წარმოება.

**მუხლი 21. ქიმიური ექსპერტიზის სამსახური**

ქიმიური ექსპერტიზის სამსახურის ძირითადი ამოცანაა საქართველოს საპროცესო კანონმდებლობით დადგენილი წესით მინის, კერამიკის, სილიკატური სამშენებლო მასალების, ლითონების, შენადნობებისა და მათი ნაკეთობების გამოკვლევა, ნავთობპროდუქტების, საწვავ-საცხები მასალების, დაუდგენელი (უცხო) ობიექტებისა და ნივთიერებების, ნიადაგის, სპირტშემცველი ნივთიერებების, ალკოჰოლიანი და უალკოჰოლო სასმელების, თამბაქოს ნაწარმის, კვების პროდუქტების, ლაქსაღებავებისა და მათი საფარის, ბოჭკოვანი ობიექტებისა და

მათი ნაწარმის, პოლიმერული ობიექტებისა და მათი ნაკეთობების, საყოფაცხოვრებო ქიმიური ობიექტების, აგრეთვე სხვადასხვა ობიექტში ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და სხვა მომწამლავი ნივთიერებების აღმოჩენა (ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევა), ნარკოტიკული და ფეთქებადი ნივთიერებების, ფარმპრეპარატების, მცენარეული და ცხოველური წარმოშობის ობიექტების, სახანძრო (ქიმიური და ფიზიკური მეთოდებით) ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

### **მუხლი 22. სამედიცინო ექსპერტიზის სამსახური**

სამედიცინო ექსპერტიზის სამსახურის ძირითადი ამოცანაა ცოცხალ პირთა და გვამების გამოკვლევა, სამედიცინო-კრიმინალისტიკური, სასამართლო-ქიმიური, სასამართლო-ბიოლოგიური, ციტოლოგიური, სასამართლო-ჰისტოლოგიური, სასამართლო-ბიოქიმიური ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება, აგრეთვე სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის წარმოება სამედიცინო დოკუმენტაციითა და საქმის მასალებით.

### **მუხლი 23. ფსიქიატრიული ექსპერტიზის სამსახური**

ფსიქიატრიული ექსპერტიზის სამსახურის ძირითადი ამოცანაა მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად შერაცხადობის განსაზღვრა, ქმედუნარიანობის განსაზღვრა, სტაციონარული და ამბულატორიული ფსიქიატრიული გამოკვლევა და ფსიქოლოგიური გამოკვლევა.

### **მუხლი 24. დასავლეთ საქართველოს რეგიონალური ექსპერტიზის სამსახური**

დასავლეთ საქართველოს რეგიონალური ექსპერტიზის სამსახურის ძირითადი ამოცანაა სამოქმედო ტერიტორიაზე (იმერეთისა და რაჭა-ლეჩხუმის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის, ზემო აფხაზეთისა და გურიის მხარეებში) სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დებულებით გათვალისწინებული ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

### **მუხლი 25. აჭარის რეგიონალური ექსპერტიზის სამსახური**

აჭარის რეგიონალური ექსპერტიზის სამსახურის ძირითადი ამოცანაა სამოქმედო ტერიტორიაზე სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დებულებით გათვალისწინებული ექსპერტიზის ორგანიზება და წარმოება.

## **თავი V. ბიუროს ქონება და ფინანსები**

### **მუხლი 26. ბიუროს ქონება**

1. ბიუროს ქონება შედგება დასახული მიზნებისა და დაკისრებული ფუნქციების განსახორციელებლად ბიუროსათვის უსასყიდლოდ გადაცემული სახელმწიფო ქონებისა და ბიუროს მიერ შეძენილი სხვა ქონებისაგან.

2. ბიუროს მიერ ქონების შეძენა და გასხვისება ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.



## **მუხლი 27. ბიუროს დაფინანსება**

1. ბიუროს დაფინანსების წყაროებია:

- ა) სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი მიზნობრივი სახსრები;
- ბ) სახელმწიფო შეკვეთის შესრულებიდან მიღებული შემოსავლები;
- გ) ხელშეკრულების საფუძველზე გაწეული მომსახურებიდან მიღებული შემოსავლები;
- დ) გრანტები;
- ე) საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული სხვა შემოსავლები.

2. ბიურო უფლებამოსილია თავისი მიზნების განსახორციელებლად კანონმდებლობით დადგენილი წესით განახორციელოს ეკონომიკური საქმიანობა. ეკონომიკური საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლების განაწილების წესს ადგენს ბიუროს უფროსი.

## **თავი VI. დასკვნითი დებულებანი**

### **მუხლი 28. ბიუროს რეორგანიზაცია და ლიკვიდაცია**

ბიუროს რეორგანიზაცია და ლიკვიდაცია ხორციელდება მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

## **თავი 6**

### **სტამბოლის პროტოკოლის გამოყენება**

### **სამედიცინო-ფიზიკური გამოკვლევისათვის**

#### **პრეამბულა**

წამება - ეს არის ერთერთი ყველაზე არაპუმანური ქმედება, რაც კი შეიძლება ერთმა ინდივიდმა მეორეს მიაყენოს. მიუხედავად იმისა, რომ საერთაშორისო სამართლით წამება აკრძალულია, იგი ჯერ კიდევ მწვავე პრობლემად რჩება მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში.

სტამბოლის პროტოკოლი, რომელიც მუშავდებოდა 3 წლის განმავლობაში სასამართლო მედიცინის და ადამიანის უფლებების დაცვის 40-მდე ექსპერტის მიერ, მოიცავს დაზიანებათა შეფასების ზოგად პრაქტიკულ სახელმძღვანელო პრინციპებს, რომლებიც მიუთითებს ადამიანთა წამებას და სხვა სახის სისასტიკეს, წამების სავარაუდო შემთხვევების გამოსაკვლევეად და მიღებული შედეგების შესაბამის ორგანიზაციებში მოსახსენებლად.

1999 წლის 9 აგვისტოს სტამბოლის პროტოკოლი წარედგინა გაეროს ადამიანის უფლებების დაცვის უმაღლეს კომისარს. შემდგომში სტამბოლის პროტოკოლის პრინციპები აისახა ადამიანის უფლებების დაცვის კომისიის და გაეროს გენერალური ასამბლეის გადაწყვეტილებებში და გამოქვეყნებული იქნა პროფესიული სწავლების სერიებში ადამიანის უფლებების დაცვის უმაღლესი რანგის სპეციალისტების სამსახურის მიერ.

მიუხედავად სტამბოლის პროტოკოლის საერთაშორისო სტატუსისა, იურიდიულ, ჯანდაცვის და ადამიანის უფლებების დაცვის ექსპერტებს შორის ის ჯერ კიდევ შეზღუდულად არის მიღებული. უმეტეს შემთხვევებში სამედიცინო და იურიდიული საუნივერსიტეტო სასწავლო პროგრამები არ ითვალისწინებს ინსტრუქციებს წამების მსხვერპლთა გამოკვლევისა და ექსპერტიზის შესახებ. ამის გამო ჯანდაცვის და სისხლის სამართლის ბევრ სპეციალისტს ან სულ არ აქვს, ან აქვს მხოლოდ მწირი განათლება წამების კვლევაში და მის დოკუმენტურ გაფორმებაში, რაც მოითხოვს განსაზღვრული ტექნიკური ჩვევებს და ცოდნას სამედიცინო და იურიდიული პროცედურების ეფექტური გამოყენებისათვის.

### სახელმძღვანელოს მიზანი და შინაარსი

ამ სახელმძღვანელოს მიზანია, გაუადვილოს ჯანდაცვის და იურიდიულ სფეროში მოღვაწე სპეციალისტებს მუშაობა სტამბოლის პროტოკოლის დანერგვის გზით. წამების სავარაუდო მსხვერპლთა გამოკვლევის ყველა ასპექტი ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოდ შემუშავებული. სახელმძღვანელო ვერ ცვლის თვით სტამბოლის პროტოკოლს, - მისი გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ აღნიშნულ დოკუმენტთან ერთად.

სტამბოლის პროტოკოლის მსგავსად, სახელმძღვანელოში წამება განსაზღვრულია “წამების წინააღმდეგ გაეროს კონვენციის” (UNCAT) №1 მუხლის მიხედვით:

“ზემოთ ხსენებული კონვენციის მიხედვით, ტერმინი “წამება” ნიშნავს ნებისმიერ ქმედებას, რომლითაც ადამიანს წინასწარგანზრახულად ადგება ძლიერი ტკივილი ან ფიზიკური ან გონებრივი ტანჯვა, შემდეგი მიზნით: ინფორმაციის მოპოვება ან აღიარების მიღება მისგან ან მესამე პირისაგან; ადამიანის დასჯა იმ ქმედებისათვის, რაც მან ან მესამე პირმა ჩაიდინა, ან ეჭვია, რომ ჩაიდინეს; მისი ან მესამე პირის დაშინება, ან მათი იძულება; ან კიდევ სხვა ნებისმიერი მიზეზი, რაც ეფუძნება დისკრიმინაციის ნებისმიერ სახეს, როდესაც ასეთი ტკივილი და ტანჯვა მიყენებულია საზოგადოებრივი მოხელის მიერ ან მისი მონაწილეობით ან სხვა ადამიანის მიერ, რომელიც მოქმედებს ოფიციალური სტატუსის ფარგლებში. დეფინიციაში არ იგულისხმება ტკივილი ან ტანჯვა, რომელიც გათვალისწინებულია კანონიერ სანქციებში ან ამ უკანასკნელისთვისაა დამახასიათებელი”.

სახელმძღვანელოში აღწერილია წამებასთან დაკავშირებული სამედიცინო შემოწმების (ექსპერტიზის) ფიზიკური მახასიათებლები, რაც ხაზს უსვამს ამ ტიპის შემთხვევების დროს სამედიცინო დოკუმენტაციის დიდ მნიშვნელობას.

სახელმძღვანელო დაყოფილია რამდენიმე ნაწილად. თითოეული ნაწილი ეხება სტამბოლის პროტოკოლის შესაბამის პარაგრაფს ან თავს. ამ ნაწილში განსაკუთრებით დეტალურადაა შემუშავებული საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემასთან დაკავშირებული, ასევე დერმატოლოგიური მონაცემების და სიმპტომების შესაბამისი ქვეთავები. წამების დერმატოლოგიური მონაცემების ტექსტი დამხმარე სურათებითა და სქემებით, ასევე, შესაძლებელია ინახოს CD-ROM-ზე. საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემასთან დაკავშირებული სიმპტომები ყველაზე ხშირად მოხსენიებული ფიზიკური ჩივილებია.

მიუხედავად იმისა, რომ საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაზიანების სიმპტომები და მონაცემები მიეკუთვნება უფრო მოგვიანებით ზოგად არასპეციფიკურ სიმპტომებს, ისინი მაინც მნიშვნელოვანია წამების ანამნეზის

განსამტკიცებლად. უნდა აღინიშნოს, რომ “ფიზიკური და ფსიქოლოგიური წამების მეთოდებს შორის განსხვავება ხელოვნურია. მაგალითად, სქესობრივ სფეროსთან დაკავშირებული წამება ტოვებს როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქოლოგიურ სიმპტომებს მაშინაც კი, როცა ფიზიკურ ძალადობას ადგილი არ აქვს” (სტამბოლის პროტოკოლი, §144).

ეს სახელმძღვანელო გამოყენებული უნდა იქნას ორ სხვა სახელმძღვანელოსთან ერთად, რომელთაგან ერთი შეეხება წამების ფსიქოლოგიურ მტკიცებულებებს, ხოლო მეორე განკუთვნილია იურისტებისათვის.

CD-ROM-ი წარმოადგენს ამ სახელმძღვანელოს დამატებას. CD-ROM-ში მოყვანილია წამების მეთოდების, იარაღების, მაკროსკოპული და მიკროსკოპული მტკიცებულებების ფოტოსურათები.

## შესავალი

წამებასთან და ადამიანურ უფლებების სხვა დარღვევებთან დაკავშირებით ჩატარებულ ფიზიკურ გამოკვლევებს შეიძლება ქონდეს ორი მიზანი:

1. წამების დოკუმენტური დადასტურება;
2. შელახული ჯანმრთელობის მკურნალობა.

ეს სახელმძღვანელო ყურადღებას ამახვილებს პირველ მიზანზე.

ამ თავში წამების მწვავე და ქრონიკული სომატური შედეგები აღწერილია ორგანოთა სისტემების მიხედვით.

ჯანმრთელობის დაზიანებასთან დაკავშირებული სამედიცინო სომატური გამოკვლევა არ შეიძლება ცალკე იქნას განხილული; იგი კომბინირებული უნდა იყოს ფსიქოლოგიურ და ფსიქიატრიულ გამოკვლევებთან და, აგრეთვე, სოციალური აქტივობის შეფასებასთან.

## სამედიცინო მოწმობა

როდესაც პიროვნების წამების სავარაუდო ფაქტის შემთხვევაში სამედიცინო გამოკვლევის შემდეგ ექიმმა ადგენს სერტიფიკატს (მოწმობას), განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, წამების შედეგებიდან გამომდინარე, მან ზუსტად განსაზღვროს სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხი.

დასკვნა, რომელიც მიუთითებს წამების სავარაუდო ფაქტის სანდოობის ხარისხს, უნდა ეფუძნებოდეს შესაძლო დიფერენციული დიაგნოზების (წამებასთან კავშირში არ მყოფი დაზიანებების, თვითდაზიანებების ჩათვლით), და თვით დაავადებების განხილვას. სანდოობის ხარისხები განისაზღვრება შემდეგნაირად:

1. სანდოობის მაღალი ხარისხი;
2. სანდოობის საშუალო ხარისხი, რომელიც შეესაბამება წამების შესაძლო ფაქტს;
3. სანდოობის დაბალი ხარისხი, რომელიც შეესაბამება წამების შესაძლო ფაქტს;
4. ცვლილებები ვერ ადასტურებს წამების ანამნეზს.

ფიზიკური წამების სხვადასხვა მეთოდი სხვადასხვა სომატურ გართულებას ტოვებს. ამიტომ, სამედიცინო სომატური გამოკვლევის ძალიან მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს დეტალური ანგარიშის მიღება წამების

იმ მეთოდებზე, რომელიც გამოყენებული იქნა გამოსაკვლევი სუბიექტის მიმართ. უმეტეს შემთხვევაში ნაწამები პირები ძნელად იხსენებენ მათი წამების ზუსტ დეტალებს და ზოგჯერ, განმეორებითი გამოკითხვის დროს იძლევიან ურთიერთსაწინააღმდეგო ჩვენებებს.

ძალზედ მნიშვნელოვანია, აგრეთვე, მხედველობაში იქნას მიღებული, რომ ფსიქიურ პრობლემებს შეიძლება ჰქონდეს სერიოზული სომატური გამოვლინებები. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ გახანგრძლივებულ სტრესულ მდგომარეობას ხშირად თან ახლავს სომატური გართულებები ნეირო-ჰუმორული და სხვა მექანიზმების ჩართვის გამო. (იხ. §160-161, §167-168 §186-7)

## შესაძლო შეცდომები

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სავარაუდოდ ნაწამებ პირთა და ლტოლვილთა ანამნეზის შედგენა წარმოადგენს სამედიცინო შემოწმების უმნიშვნელოვანეს ელემენტს. ამასთან დაკავშირებით, არსებობს სამი ტიპის შეცდომის დაშვების ალბათობა:

1. მსხვერპლი ყოველთვის ვერ აცნობიერებს განცდილს;
2. მსხვერპლის მონაყოლი ყოველთვის შეიძლება არ შეესაბამებოდეს სიმართლეს;
3. შესაძლოა მათ არ იცოდნენ წამებასთან კავშირში არ მყოფი დაავადების დაწყების ზუსტი დრო და, შესაბამისად, არასწორად უკავშირებდნენ მას წამების ფაქტს.

ქვემოთ მოყვანილი Jakobson-ის (1991) შემთხვევის ისტორია წარმოადგენს პირველი ზემოაღნიშნული შეცდომის ნათელ ილუსტრაციას:

“20 წლის ქალი შუა აღმოსავლეთის ერთ-ერთი ქვეყნიდან ქუჩაში მიდიოდა ჩადრის გარეშე, ესვა პომადა და შეღებილი ჰქონდა ფრჩხილები. ის აყვანილი იქნა “მორალის დაცვის პოლიციის” მიერ. პოლიციეს განყოფილებაში მიყვანის შემდეგ ის გააუპატიურეს პოლიციელებმა და მას ხელი ჩაატანეს ხორცის საკეპ მანქანაში. გარკვეული დროის შემდგომ მას აღმოუჩინეს ქირურგიული დახმარება. შემთხვევის შედეგად ქალმა დაკარგა სამი თითი. მოგვიანებით იგი გაემგზავრა შედეგით. ქვეყანაში ჩასვლისას მას მარჯვენა ხელი სახელოში ჰქონდა დამალული და არ აჩვენებდა დაზიანებულ კიდურს არც პოლიციას და არც ადვოკატს. მას უარი უთხრეს თავშესაფარზე. დამამტკიცებელი საბუთის წარმოდგენის შემდეგ, მიმართვიდან მოკლე დროში მას მისცეს თავშესაფარი.

ეს შემთხვევა ადასტურებს ფაქტს, რომ ზოგჯერ წამების მსხვერპლის სრული სერიოზულობით შეფასება აწყდება გარკვეულ სირთულეებს, რადგან იგი არ ამხელს მიღებულ დაზიანებებს და არ საუბრობს მათზე”.

# ნაწილი I: წამების დერმატოლოგიური მონაცემები

## მაკროსკოპული ცვლილებები

კანის დაზიანებების აღწერას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს წამების დოკუმენტაციისათვის. მწვავე დაზიანებებმა შესაძლოა გამოიწვიონ ჯანმრთელობის მდგომარეობის ისეთი მოშლა, როგორცაა ტკივილი და მეორადი ინფექციები, შესორცებასთან დაკავშირებული გართულებების ჩათვლით, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ეს დაზიანებები მდებარეობს ვენური ან არტერიული უკმარისობის მიდამოში.

სახსართან ახლოს მდებარე ნაწიბურები შეიძლება იწვევდეს კონტრაქტურას, სახსრის მობილურობის დაქვეითებას და ტკივილს მოძრაობისას.

გარდა ამისა, ზოგჯერ ნაწიბურები პაციენტისათვის შემაწუხებელია, რადგან მათ აქვთ კოსმეტიკური დატვირთვა და მსხვერპლს მუდმივად ახსენებს წამების ფაქტს და მასთან დაკავშირებულ ღირსების შელახვას.

წამების დეტალურ ანამნეზს და წამების შედეგად გამოწვეულ სიმპტომებს დიდი მნიშვნელობა აქვს კანზე აღმოჩენილი დაზიანებების შეფასებისათვის.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ინფორმაცია წამების პროცესში მსხვერპლის და მოძალადის მდგომარეობის და, ასევე, კანზე მოქმედი საგნების ფორმის შესახებ. დაზიანებების არარსებობის ან არატიპიური დაზიანებების შემთხვევაში, სპეციფიკური ანამნეზი შეიძლება წამების ერთადერთი მტკიცებულება აღმოჩნდეს, მაგალითად, ელექტრული დენით წამების ზოგიერთ შემთხვევაში.

ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია კანის დაავადებებისა და წამებასთან კავშირში არ მყოფი დაზიანებების ანამნეზი.

გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს სხეულის მთელ ზედაპირს, რათა აღმოვაჩინოთ ისეთი ნიშნები როგორცაა:

1. კანის დაავადებები;
2. წამებასთან კავშირში არ მყოფი დაზიანებები;
3. წამებასთან დაკავშირებული დაზიანებები.

წამებით გამოწვეული დერმატოლოგიური გართულებები შეიძლება იყოს:

პირდაპირი მოქმედებით გამოწვეული დაზიანებები, კანის ახალი, ან უკვე არსებულის აგრავაციით გამოწვეული, დაავადებები ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური ტრავმის შედეგად.

როდესაც პიროვნების წამების სავარაუდო ფაქტის შემთხვევაში სამედიცინო გამოკვლევის შემდეგ ექიმი ადგენს სერტიფიკატს (მოწმობას), განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, წამების შედეგებიდან გამომდინარე, მან ზუსტად განსაზღვროს სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხი (*Allden et al. 2001*). დასკვნა, რომელიც მიუთითებს წამების სავარაუდო ფაქტის სანდოობის ხარისხს, უნდა ეფუძნებოდეს შესაძლო დიფერენციული დიაგნოზების (წამებასთან კავშირში არ მყოფი დაზიანებების, თვითდაზიანებები, და კანის დაავადებები) განხილვას.

სანდოობის ხარისხები განისაზღვრება შემდეგნაირად:

1. სანდოობის მაღალი ხარისხი;
2. სანდოობის საშუალო ხარისხი, რომელიც შეესაბამება წამების შესაძლო ფაქტს;
3. სანდოობის დაბალი ხარისხი, რომელიც შეესაბამება წამების შესაძლო ფაქტს;
4. ცვლილებები ვერ ადასტურებს წამების ანამნეზს.

მწვავე დაზიანებები ხშირად დამახასიათებელი დაზიანებებია, რადგან ისინი გვიჩვენებს პირდაპირი (გარედან მიყენებული) დაზიანებების დამახასიათებელ სურათს, განსხვავებულს სხვა, არაპირდაპირი (არაგარედან მიყენებული) დაზიანებებისაგან, მაგალითად, მათი ფორმისა და სხეულზე განლაგების მიხედვით. ვინაიდან მწვავე დაზიანებების უმეტესობა ხორცდება სწრაფად და ტოვებს ძალიან უმნიშვნელო ნაწიბურს ან სულ არ ტოვებს მას, ამიტომ დიდ მნიშვნელობას იძენს მათი დამახასიათებელი ანამნეზის და შეხორცების პროცესის სურათის აღწერა.

### კანის დაზიანებათა აღწერა

კანის დაზიანებების აღწერა უნდა მოიცავდეს შემდეგ პუნქტებს:

1. ლოკალიზაცია (სხეულის დიაგრამის გამოყენებით): სიმეტრიული, ასიმეტრიული;
2. ფორმა: მრგვალი, ოვალური, ხაზობრივი და ა.შ.;
3. ზომა (სახაზავის გამოყენებით);
4. ფერი;
5. ზედაპირი: ქერცლოვანი, უხეში ქერქოვანი, წყლულოვანი, ბუშტუკოვანი, ნეკროზული;
6. პერიფერია (ნაპირები): სწორი ან არასწორი, დემარკაციული ზონა;
7. დემარკაცია: მკვეთრი, არამკვეთრი;
8. დონე კანის მიმდებარე უბანთან შედარებით: ატროფიული, ჰიპერტროფიული, თანაბარი.

პირდაპირ (გარედან მიყენებულ) დაზიანებებზე მიუთითებს შემდეგი მონაცემები:

1. სიმეტრიის არარსებობა - ასიმეტრიულობა (შეიძლება იყოს კანის რაიმე დაავადების შემთხვევაშიც);
2. ხაზოვანი დაზიანებები არასწორი ან ჯვარედინი განლაგებით;
3. ხაზოვანი დემარკაციული ზონა, რომელიც ვრცელდება წრიულად კიდურის გარშემო;
4. თანაბარი, ვიწრო, ჰიპერპიგმენტური ან ჰიპერტროფიული ზონა ნაწიბურის გარშემო (ნეკროზული ქსოვილის გარშემო ანთებითი პროცესის შემდგომ), (შეიძლება, ასევე, იყოს კანის დაავადების შემთხვევა ნეკროზული ზონით, მაგალითად, ნეკროზული ვასკულიტი).

### მკვრივი ბლაზვი საბნით მიყენებული დაზიანება

მკვრივი ბლავი საგნის ზემოქმედებით შეიძლება განვითარდეს ნაჭდევი, ეკქიმოზები, სხვა სახის სისხლნაჟღენთები, ქსოვილის ნაფლეთი ჭრილობები სისხლჩაქცევებით კანში და კანქვეშა ქსოვილში, რომლებიც ზოგჯერ იმეორებს გამოყენებული საგნის ფორმას, მაგალითად, ჯოხით ცემის შედეგად განვითარებული დაზიანებები (*Rasmussen, 1990*).

ორი პარალელური ხაზოვანი დაზიანება (მოგრძო ოვალური სისხლნაჟღენთები), რაც ვითარდება ჯოხით ან ხელკეტით ცემის შედეგად (*Knight, 1991a*). ხშირ შემთხვევაში ჰემორაგიული ზონები მომდევნო დღეებში გადაადგილდება სხეულის უფრო ქვედა უბანში. ქსოვილის ღრმა სისხლნაჟღენთები ზედაპირზე შეიძლება შეუმჩნეველი იყოს. ეს დაზიანებები იცვლის ფერს მუქი წითლიდან მუქ მოიისფრო, მოყავისფრო, მომწვანო,

მოყვითალო და ჰიპერპიგმენტურ მოყავისფრო ფერებამდე, ვიდრე მთლიანად არ გაქრება.

ფეხისგულზე ძლიერი ცემის, ე.წ. “ფალანგას” შედეგად დაზარალებულს შეიძლება განუვითარდეს სისხლნაუღენთები ტერფის რკალის მიდამოში, ტერფის შესიება, უპირატესად ტერფის რკალის და კოჭის მედიალურ მხარეს (*Bro-Rasmussen and Rasmussen, 1978*).

ხშირად რაიმე მკვრივი ბლავი საგნით მიყენებული ტრავმა ტოვებს არადამახასიათებელ ნაწიბურებს ან სულ არ ტოვებს კვალს (*Cohn et al., 1978*). თუმცა მათრახით ცემამ ან “გაწკეპლვამ” შეიძლება დატოვოს დამახასიათებელი ნაწიბურები ასიმეტრიული, ხაზოვანი, სწორი, მოხრილი ან მოგრძო ოვალური ფორმის, რომლებიც გვიჩვენებს დამაზიანებელი საგნის ფორმას (*Danielsen, 1992; Petersen & Rasmussen, 1992; Forrest 1999*). ნაწიბურები შეიძლება იყოს ჰიპერტროფიული -პერიფერიაზე ვიწრო, რეგულარული, ჰიპერპიგმენტური ზონით, “ისრისმაგვარი” სისხლჩაქცევების სახით, ან ანთებითი ზონის სახით, რომელიც ჩნდება ნეკროზული ქსოვილის გარშემო მწვავე ფაზაში (*სურ. 1*) (*Danielsen, 1992*).

≠ დიფერენციული დიაგნოზი შეიძლება გატარდეს უხშირესად, მცენარეულ დერმატიტთან, თუმცა ამ უკანასკნელს ახასიათებს უფრო მოკლე ნაწიბურები, პერიფერიაზე ჰიპერპიგმენტაციის ვიწრო ზონით.

ერთ-ერთ შემთხვევაში წამების ფაქტი მოიცავდა ცემას და სითხით დამწვრობას (დამდურვას) ზურგის მიდამოში. ზურგისა და ორივე აქსილარულ მიდამოში (*სურ. 2*) (*Danielsen, 1992*) აღმოჩენილი იქნა ფართო სტრიებისათვის დამახასიათებელი სიმეტრიული, ატროფიული, დეპიგმენტური, ხაზოვანი ფორმის ცვლილებები. **კანზე არსებულმა ცვლილებებმა ვერ დაადასტურა წამების ანამნეზი.** თუმცა, პაციენტს შეიძლება არ სცოდნოდა მის ზურგზე აღნიშნული ცვლილებების წამების ფაქტამდე არსებობის შესახებ.

ხანგრძლივი დროით მჭიდრო ლიგატურის დადებამ შეიძლება დატოვოს ხაზოვანი დაზიანების კვალი, რომელიც ვრცელდება წრიულად მკლავის ან ფეხის გარშემო, რაც ერთ-ერთ შემთხვევაში ხასითდებოდა თმის არარსებობით ნაწიბუროვანი ალოპეციის შედეგად (*Danielsen and Berger, 1981*).

- ნაწიბურის მდებარეობიდან გამომდინარე, არ არსებობს არანაირი დიფერენციული დიაგნოსის გატარების საშუალება კანის სპონტანური დაავადების რაიმე ფორმასთან.

### **მახვილი იარაღით მიყენებული დაზიანება**

მახვილი იარაღით, მაგალითად, სამართებლით, დანით და სხვ. მიყენებულ დაზიანებას აქვს დამახასიათებელ სურათი და ჩვეულებრივ ტოვებს იოლად ამოსაცნობ ნაწიბურებს. ზოგიერთ შემთხვევაში არ უნდა გამოირიცხოს თვითდაზიანებაც, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დაზიანება მდებარეობს მაჯაზე (*Danielsen, 1992, Petersen & Rasmussen, 1992*). თუ პირდია ჭრილობაზე იმოქმედეს წიწაკით, შესაძლოა ნაწიბური ჰიპერტროფიულიც იყოს (*Danielsen, 1992*).

- დიფერენციული დიაგნოზი შესაძლოა გატარდეს ტრადიციულ (ხალხური მეთოდებით) მკურნალობასთან, აფრიკულ რიტუალურ მოსვირინგებასთან ან სხეულის მოხატვასთან (*Nancke-Krogh, 1985*).

ერთ-ერთ შემთხვევაში, სავარაუდოდ, ხმლით მიყენებული დაზიანების დასადასტურებლად, ნაწიბურის სიღრმე შესწავლილი იქნა მაღალი სიხშირის ულტრაბგერით, რამაც გამოავლინა ქსოვილის მნიშვნელოვნად ღრმა დაზიანება (*Gniadecka & Danielsen, 1995*). ამის შედეგად პაციენტს მიეცა შესაბამისი დასკვნა რაც ლტოლვილობის სტატუსის მიღების საფუძველი გახდა.

## თერმული დაზიანებები

სიგარეტით, ცხელი საგნებით ან ცხელი სითხეებით მიყენებულ დაზიანებას აქვს სხვადასხვა ხარისხის მწვავე დამწვრობის სახე. დამწვრობა წარმოადგენს წამების ფორმას, რომელიც ყველაზე უფრო ხშირად ტოვებს საღიაგნოხო მნიშვნელობის მქონე ნაწიბურებს.

სიგარეტით დამწვრობა ხშირად ტოვებს 5-10 mm ზომის დიდ წრიულ და ლაქოვან ნაწიბურს დეპიგმენტაციური ცენტრით და უმნიშვნელოდ ჰიპერპიგმენტაციური პერიფერიით (*Kjærsgård and Genefke, 1977*).

- დიფერენციალური დიაგნოზი შესაძლებელია გატარდეს ზოგიერთ დერმატოლოგიურ პათოლოგიასთან, მაგალითად, პუსტულებთან.

კანზე სიგარეტით ზემოქმედების ენერგიაზე უფრო დიდი ენერგიით გამოწვეული დამწვრობა ხშირად ტოვებს შესამჩნევად ატროფიულ ნაწიბურებს. მათთვის დამახასიათებელია ვიწრო, თანაბარი, ჰიპერპიგმენტური ან ჰიპერტროფული პერიფერიული უბანი, რომელიც ვითარდება მწვავე ფაზაში ნეკროზული ქსოვილის გარშემო არსებული ანთებითი დემარკაციული ზონიდან (*Danielsen, 1982*). მათი ფორმა შეესაბამება დამაზიანებელი საგნის ფორმას, ხოლო ზომა დამოკიდებულია კანზე მოქმედი ენერგიის სიდიდეზე.

სიგარეტის ზომის, მრგვალი, ცხელი ლითონის მავთულით კანის სხვადასხვა მიდამოში დამწვრობით წამების შემდგომ ნანახი იქნა, უმეტესად, მრგვალი ნაწიბურები ატროფიული ცენტრით და თანაბარი, ვიწრო, ჰიპერპიგმენტური ან ჰიპერტროფიული პერიფერიული ზონით, რომელთა დიამეტრები ვარირებდა 1 cm-ზე უფრო მცირე ზომიდან თითქმის 2 cm-მდე. პაციენტს აღენიშნებოდა 35 ნაწიბური, რომლებიც მდებარეობდა კანის სხვადასხვა მიდამოში (*Danielsen and Berger, 1981*).

- დიფერენციული დიაგნოზი შეიძლება გატარდეს აბსცესების შემდგომ წარმოქმნილ ნაწიბურებთან, თუმცა მათ პერიფერიაზე ტიპური ვიწრო დემარკაციული ზონა არ ახასიათებს (*Petersen & Rasmussen, 1992*).

ცეცხლწაკიდებული საბურავის დამდნარმა მასალამ, რომელიც ქალის თავზე საბურავის მოთავსების შემდეგ ჩამოიღვენთა მის თავსა და სხეულზე, დატოვა კელოიდური ნაწიბური მისი გულმკერდის ცენტრალურ მიდამოში (არ მოიცავდა მკერდის შუა ღარს). ნაწიბურის პერიფერიული უბანი იყო არარეგულარული ფორმის და შემოსაზღვრული ვიწრო, კარგად შესამჩნევი ჰიპერპიგმენტაციის დემარკაციული ზონით. მისი ფორმა შეესაბამებოდა დამდნარი მასალის სხეულზე ჩამოღინებით გამოწვეულ დაზიანებას (*Rasmussen, 1990*).

წვივის ფართო უბანზე მოთავსებული აალებული მეტალის წნელით წამების შედეგად განვითარებული ნაწიბური თავდაპირველად მიიჩნეეს ვენური უკმარისობით გამოწვეულ ცვლილებად. ნაწიბურს ჰქონდა ნავის ფორმა, ატროფიული ცენტრით და პერიფერიაზე ჰიპერპიგმენტაციის



რეგულარული, ვიწრო ზონით (სურ. 3) (Danielsen, 1995). ნაწიბურის ფორმა შეესაბამება წვივის რბილ ნაწილზე გახურებული წნელის მოთავსებით გამოწვეულ დაზიანებას, ხოლო მისი ხასიათი - მესამე ხარისხის დამწვრობას.

- საპირისპიროდ ამისა, ვენური უკმარისობის შედეგად ვითარდება არამკაფიო ჰიპერპიგმენტაცია და წყლულების შეხორცებით განვითარებული ნაწიბურები მდებარეობს ფეხის დისტალურ ნაწილში (სურ. 4) (Danielsen, 1995).

შედეგად, პაციენტს მიეცა ლტოლვილის სტატუსი.

როდესაც დამწვარია ფრჩხილის ბუდე, მისი შემდგომი ზრდის შედეგად წარმოიქმნება ზოლიანი, თხელი, დეფორმული ფრჩხილი, ზოგიერთ შემთხვევაში, გახლეჩილი სიგრძივ სეგმენტებად. ფრჩხილის მოძრობის შემთხვევაში შესაძლებელია მოხდეს ქსოვილის ჭარბი ამოზრდა ფრჩხილის პროქსიმული ნაკეციდან (Danielsen, 1992).

- დიფერენციული დიაგნოზი შესაძლებელია გატარდეს ბრტყელ ლიქენთან, თუმცა ამ ინფექციას ახასიათებს გასქელებული, მოყვითალო, ფშენადი ფრჩხილები, განსხვავებით ზემოხსენებულისგან.

### კოროზიული დაზიანებები

მუავას დასხმით გამოწვეული კოროზიული დაზიანებების შედეგად განვითარდა რამოდენიმე სანტიმეტრი სიგანის ხაზოვანი ფორმის ნაწიბურები, დეპიგმენტური ცენტრით და რეგულარული, ვიწრო ჰიპერპიგმენტური ზონით პერიფერიაზე, ლოკალიზებული თექიებსა და დუნდულებზე (Gordon and Mant, 1984). დაზიანება მდებარეობდა ასიმეტრიულად და, ძირითადად, მიმართული იყო ირიბად ქვევით ფეხებისაკენ, ჰქონდა სხეულზე სითხის ჩამოდვრის შესაბამისი ფორმა და შეესაბამებოდა კოროზიული ნივთიერების ზემოქმედების შედეგად განვითარებულ ნეკროზს.

### ელექტრული დაზიანებები

ორგანიზმში ელექტრული დენი გადის ორ ელექტროდს შორის უმოკლესი გზით ყველაზე მცირე წინაღობის ქსოვილების, ანუ სისხლძარღვების, ნერვების და კუნთების გავლით (Danielsen, 2002). თუმცა როცა სხეულზე მოქმედებს მაღალი ძაბვის მქონე საგანი, დენის ნაკადის გზა არ შემოიფარგლება ელექტროდებს შორის უმოკლესი მანძილით (Amnesty International, 1999).

კანზე ელექტრული დენის მოქმედებით გამოწვეული დაზიანების ნიშნების, განსაკუთრებით, ჰისტოლოგიური ნიშნების, აღმოჩენის შესაძლებლობა დამოკიდებულია მოქმედი ელექტროდენის ტიპზე, რადგან ელექტრული მოქმედება უფრო ვლინდება მუდმივი დენის მოქმედებისას და არ ვლინდება მაღალი სიხშირის ცვლადი დენის მოქმედების შემთხვევაში, როდესაც წამყვანი დამაზიანებელი ფაქტორი წარმოქმნილი სითბოა (Danielsen, 2002). გარდა ამისა, დამწვრობითი დაზიანებების სიჭარბე დამოკიდებულია გამოყენებული ენერჯის რაოდენობაზე, განსაკუთრებით, დაბალი სიხშირის ცვლადი დენის მოქმედებისას.

ზოგიერთ შემთხვევაში ელექტროდენით წამება კანზე ტოვებს მწვავე დაზიანებებს. დამწვრობებისაგან განსხვავებით, ეს დაზიანებები არ იმეორებს გამოყენებული იარაღის (საგნის) ფორმას, მაგრამ ჩნდება უშუალოდ დენის

მოქმედების ადგილზე, რადგან ელექტროდენი “ირჩევს” ნაკლები წინაღობის მქონე უბნებს (*Dybre-Poulsen et al., 1977, Danielsen et al., 1978, Danielsen et al., 1978*).

წამება საქსოვი ჩხირების მსგავსი ფორმის ელექტროდებით, ე.წ. “Picana”, ტოვებს კლასტერებს და 1-5 მმ სიგანის ხაზოვანი განლაგების დაზიანებებს, რომლებიც დაფარულია მოწითალო-მოყავისფრო ფუფხით, რომელსაც ზოგჯერ გარს აკრავს 1-2 მმ სიგანის ერთეულური ზონა უსწორმასწორო და არამკვეთრი კიდევებით (*Rasmussen, 1990*). შესაძლებელია, აგრეთვე, ნანახი იქნას ხაზოვანი დაზიანებები ელექტროდების ხაზებად დადების გამო. სავარაუდოდ, ფუფხი შეესაბამება ელექტრული დაზიანების ადგილს და იგი შეიძლება შეიცავდეს ელექტროდების ლითონურ ნარჩენებს (*Thomsen, 1984; Jacobsen, 1997*). თანმხლები მაღალი ტემპერატურის წარმოქმნა, როგორც წესი, არ არის საკმარისი პერიფერიაზე ბანალური ანთების განვითარებისათვის.

- დიფერენციული დიაგნოზი შეიძლება გატარდეს მწერის ნაკბენთან ან ნაკაწრთან.

აკუმულატორიანი ელექტროხელსაწყოთა გამოყენებისას (TAT-ჯგუფი წამების წინააღმდეგ, 2001). ნანახი იქნა დიდი რაოდენობით, რამოდენიმე მილიმეტრი ზომის წითელი ფერის დაზიანებები.

- დიფერენციალური დიაგნოზი შესაძლებელია გატარდეს კონტაქტურ დერმატიტთან.

ელექტრული დაზიანებიდან მცირე დროის შემდეგ გულმკერდის მარცხენა მხარეს და მარცხენა მკლავზე ნანახი იქნა მკვეთრად შემოსაზღვრული, კლასიკური დაზიანებები, 1-2 cm სიგანის, უსწორმასწორო, ვიწრო, ზედაპირიდან წამოწეული პერიფერიული ზონით და რამდენიმე 1-2 mm-იანი შავი ლაქის შემცველი ცენტრალური უბნით (*Danielsen et al., 1991*). აღნიშნული დაზიანებების ზომები და თანმხლები სისხლძარღვების დაზიანება მიუთითებს ელექტროდენის მოქმედებაზე.

- დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს ვასკულიტთან ან ჰემორაგიულ ჰერპეს ზოსტერთან. დიაგნოზის დასმისას დამხმარე ნიშანია დაზიანების ადგილმდებარეობა, რადგან ვასკულიტი, ძირითადად, ვითარდება ქვედა კიდურებზე, სიმეტრიულია და, არაიშვიათად დიფუზური, ხოლო ჰერპეს ზოსტერი ვითარდება ერთი ნერვული განგლიის შესაბამისი ინერვაციის ფარგლებში და ცალმხრივია.

დაახლოებით, 1 mm დიამეტრის მრგვალი, წითელი ლაქოვანი ნაწიბურების კლასტერები ნანახი იქნა “Picana”-დან 4 კვირის შემდეგ (*Kjærsgaard da Genefke, 1977*). 8 კვირის შემდეგ ნაწიბურების უმეტესობა გაქრა. დარჩენილი ნაწიბურები წარმოდგენილი იყო პატარა, თეთრი ან მოწითალო-მოყავისფრო ლაქების სახით.

- კანის პიგმენტური ნაწიბურების წარმომქმნელ დაავადებებს შორის ერთ-ერთია ბრტყელი ლიქენი, რომელიც ტოვებს, დაახლოებით, 2 მმ ზომის ნაწიბურებს.

ელექტროდენით წამების ერთ-ერთ შემთხვევაში ორივე ყურის ნიჟარის ჭავლზე აღინიშნებოდა 6-8 მმ ზომის დიდი, უსწორმასწორო, მოწითალო-მოყავისფრო, კელიოიდური ნაწიბურები (*Bork & Nagel, 1997*).

- დიფერენციული დიაგნოზი შესაძლებელია გატარდეს ყურის ნიჟარის ჭავლის ქონდროდერმატიტთან, მაგრამ ეს უკანასკნელი, ჩვეულებრივ, დაფარულია ქერცლით, მერთალია და მტკივნეული.

45 cm სიგრძის, 150 000 V წარმომქმნელი, 4 mm დიამეტრიანი ჭანჭიკით ბოლოში და ქვედა მხარეზე 12 პატარა ელექტროწვერტილით,

“დამარეტიანებელი იარაღის” გამოყენებიდან 6 თვის შემდეგ ნანახი იქნა მკვეთრად გამოხატული 1 mm სიგანის მოლურჯო ხაზი, რომელიც ქმნიდა 5 mm დიამეტრის სრულ წრეს, და იგივე ტიპის მეორე დაზიანება, რომელიც ქმნიდა წრის მხოლოდ 2/3 რკალს (*European Committee for the Prevention of Torture, 1998*).

- მსგავსი პატარა წითელი რგოლის რკალები ნანახი იქნა 2736 V დეფიბრილატორის გამოყენების შემდეგ ელექტროდების ფირფიტების კიდის გასწვრივ (*Danielsen et al., 2003*). აღმოჩნდა რომ, ისინი ჩნდება მაღალი სისხირის დენის გამოყენებისას ელექტროდების პერიმეტრის ქვეშ.

### კანის დაავადებები

წამების ფსიქოლოგიური ეფექტით გამოწვეული კანის დაავადების მაგალითი შეიძლება იყოს ჭინჭრის ციების გამონაყარი, ფიზიკური ზემოქმედების შედეგად კი ტრავმის მიდამოში შეიძლება განვითარდეს ფსორიაზი ან ბრტყელი ლიქენი, როგორც “Koebner-ის რეაქცია” (*Danielsen, 1992*). თუმცა, კანის ასეთ დაავადებებს წამებასთან დაკავშირებით ნაკლები სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს.

### მიკროსკოპული ცვლილებები

დაზარალებულის თანხმობის შემთხვევაში, ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში 3-4 mm-იანი დერმატომით ბიოფსია ძალიან ინფორმაციული და სადიაგნოზო მნიშვნელობის იქნება ელექტრული დენით წამების დასადგენად (*Danielsen et al., 1978; Danielsen et al., 1978, Thomsen et al., 1983; Karlsmark et al., 1984, Karlsmark et al., 1988; Danielsen et al., 2003; Thomsen, 1984; Karlsmark, 1990*).

არსებული მონაცემებით, ჰისტოლოგიურად შესწავლილი იქნა ელექტროდენით წამების მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევა (*Danielsen et al., 1991; Öztop, Lök, Baykal da Tunca, 1994; Danielsen, Karlsmark da Thomsen, 1997; TAT-jgufi wamebis winaaRmdeg, 2001*).

მხოლოდ ერთ შემთხვევაში, როცა ელექტრონიშები ამოკვეთილი იქნა დაზიანებიდან 7 დღის შემდეგ, კანში არსებული ცვლილებები სადიაგნოზო მნიშვნელობისა აღმოჩნდა ელექტროდენით დაზიანების დასადგენად (კალციუმის მარილების გამოლექვა დერმის ზედაპირულ ბოჭკოებზე ნეკროზული ქსოვილის გარშემო არსებულ არანეკროზულ უბანში და კოლაგენის ბოჭკოებზე დერმის ღრმა შრეებში).

ელექტროდენით წამებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ ამოკვეთილ ელექტრონიშებში ნანახი იქნა სეგმენტური ცვლილებები და უჯრედულ სტრუქტურებზე კალციუმის მარილების გამოლექვა, რაც ელექტროდენით გამოწვეულ დაზიანებას მხოლოდ სანდოობის საშუალო ხარისხით ადასტურებს.

ელექტროდენით წამებიდან ერთი თვის შემდეგ გაკეთებული ბიოფსიის შედეგად გამოვლინდა 1-2 mm სიგანის კონუსური ნაწიბური, დიდი რაოდენობით ფიბრობლასტებითა და ზედაპირისადმი პარალელურად და მჭიდროდ განლაგებული კოლაგენის თხელი ბოჭკოებით, რაც ელექტროდენით გამოწვეულ დაზიანებას მხოლოდ სანდოობის დაბალი ხარისხით ადასტურებს.

სავარაუდოდ, მაღალი სისწირის ცვლადი დენის აკუმულატორის მქონე, თანმხლები მაღალი ტემპერატურის ჭარბი მოქმედებით, ელექტროიარადით წამებიდან ხუთი დღის შემდეგ გაკეთებული ბიოფსიის შედეგად გამოვლინდა არასპეციფიკური დაზიანებები სუბეპიდერმული ბუშტუკების სახით, რაც თერმულ დაზიანებებს ახასიათებს.

- დიფერენციული დიაგნოზი შესაძლოა გატარდეს ტოქსიკურ კონტაქტურ დერმატიტთან, წამების ანამნეზს მხოლოდ სანდოობის დაბალი ხარისხით ადასტურებს.

გამოკვლევის შედეგად პათოლოგიის ნიშნები რომც არ გამოვლინდეს, ელექტროდენით წამების შესაძლო ფაქტი მაინც არ შეიძლება გამოირიცხოს.

მაღალი სისწირის ულტრაბერით გამოკვლევა შესაძლოა გამოყენებული იქნას კალციუმის დეპოზიტების ლოკალიზაციის გამოსავლენად ბიოფსიისათვის მიდამოს სწორად შერჩევის მიზნით (Danielsen, 2002).

(დეტალური ინფორმაციისათვის იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, თავი V, ქვეთავები C.1, D.1 და D.5).

## ნაწილი 2 : საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა

როგორც წამების დროს, ასევე მის შემდგომ მოგვიანებით სტადიებზე ყველაზე ხშირი ფიზიკური ჩივილები უკავშირდება საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემას. მწვავე ფაზაში ეს სიმპტომები და ნიშნები მსგავსია სხვა ტიპის მწვავე ტრავმებისათვის დამახასიათებელი რბილი ქსოვილების (კუნთების, სასახსრე ჩანთების, მყესების, იოგების, ნერვების და სისხლძარღვების) დაზიანებებისა, სახსრების ღრძობა/ამოვარდნილობისა და მოტეხილობებისა (Rasmussen, 1990; Forrest, 1999, 2002).

ტკივილი საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემასთან დაკავშირებული დომინანტური სიმპტომია დაზიანების ქრონიკულ ფაზაში. მისი კლინიკური სურათია: ლოკალიზებული ან დიფუზიური ტკივილი კუნთებში, სახსრების ტკივილი, ხერხემლისა და მენჯის ტკივილი და ისეთი ნევროლოგიური ჩივილები, როგორცაა სენსორული დარღვევები და ირადიაციული ტკივილი (Rasmussen, 1990; Edston, 1999; Moreno & Grodin, 2002).

ქრონიკულ ფაზაში საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემასთან დაკავშირებული ტიპური ნიშნებია:

- კუნთთა ტონუსის მომატება;
- კისრის, მხრის სარტყლის, ზურგის ქვედა, თეძოს სარტყლის, ქვედა კიდურების კუნთების სისუსტე და მომატებული მგრძობელობა; მხრის, იდაყვის, მუხლის და კოჭ-წვივის სახსრების ტენდინიტი;
- მომატებული მგრძობელობა და მოძრაობის შეზღუდვა პერიფერიულ სახსრებში, ხერხემლის კისრის და წელის მიდამოებში;
- ფეხისგულების მგრძობელობის მომატება და კომპენსაციური შეცვლილი სიარულის მანერა (Rasmussen, 1990; Skylv, 1992; Forrest 2002).

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის კლინიკური გამოკვლევა შეიძლება ჩატარდეს:

1. რათა მოხდეს წამების დამადასტურებელი მონაცემების დოკუმენტური გაფორმება, და/ან
2. რეაბილიტაციის მიზნით.

წამების დოკუმენტური გაფორმებისას ყურადღება გამახვილებული უნდა იქნას წამების დამადასტურებელი ნიშნების აღწერაზე, ხოლო

რეაბილიტაციის მიზნით შემთხვევის შეფასებისას ყურადღება უნდა მიექცეს ინტერვენციების ფუნქციასა და შესაძლებლობებს ფუნქციის გაზრდის მიზნით. ორივე შემთხვევაში საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის გამოკვლევა დიდ დროს მოითხოვს. უმეტეს შემთხვევაში ნაწამებ პირებში ვლინდება სიმპტომების ფართო გამა, რომელიც მოითხოვს დეტალურ, სრულყოფილ გამოკვლევას სამედიცინო ანამნეზის მიხედვით; ხოლო წამების მეთოდების და თვით წამების ცოდნა კვლევის ხელშემწყობი ფაქტორებია.

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის შეფასება, ზოგადად, უნდა მოიცავდეს:

- კუნთებისა და მყესების გამოკვლევას: დათვალიერებას, პალპაციას (ტონუსი, გაჭიმვის დიაპაზონი, მგრძობელობა, ქსოვილის სტრუქტურის ცვლილებები) და ფუნქციის შეფასებას (ძალა, ამტანობა);
- პერიფერიული სახსრების და ძვლების გამოკვლევას: დათვალიერებას, პალპაციას და სახსრის ფუნქციის შეფასებას (მოძრაობის დიაპაზონი და სტაბილურობა);
- ხერხემლისა და მენჯის სარტყლის გამოკვლევას: დათვალიერებას, პალპაციას და მოძრაობის დიაპაზონს ხერხემლის კისრის, გულმკერდის და წელის მიდამოებში;
- ნევროლოგიურ გამოკვლევას: კუნთების ძალის, მყესების რეფლექსების და მგრძობელობის შეფასებას.

ზოგიერთი სიმპტომის ერთობლივი არსებობა (კონსტელაცია) შეიძლება უკავშირდებოდეს წამების სპეციფიკური მეთოდების გამოყენებას, მაგალითად, ტკივილი ტერფსა და ფეხების ქვედა ნაწილში, და სიარულის გაძნელება “ფალანგას” შემდეგ (*Rasmussen 1990*), მაგრამ საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემასთან დაკავშირებული სიმპტომები და მონაცემები მოგვიანებით სტადიებზე, როგორც წესი, არასპეციფიკურია და თავისთავად ვერ ადასტურებს წამების ფაქტს.

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §183)

## **საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის შესაძლო დაზიანებები ფიზიკური წამების შედეგად**

### **რბილი ქსოვილების დაზიანებები**

კუნთის ძლიერმა მწვავე დაჭიმვამ შესაძლოა გამოიწვიოს კუნთ-მყესოვანი აპარატის ნაწილობრივი ან სრული გაგლეჯა. ჩვეულებრივ, ამ დაზიანებებს განსაზღვრავენ, როგორც გაჭიმვით გამოწვეულ დაზიანებებს ან კუნთის გაჭიმვას. კუნთის დაზიანების კიდევ ერთ გავრცელებულ მექანიზმს მუცლის კუნთზე პირდაპირი დარტყმა წარმოადგენს. კუნთის ასეთმა ტრავმამ შეიძლება გამოიწვიოს მისი სტრუქტურის და ფუნქციის მნიშვნელოვანი დაზიანება.

გაჭიმვისა და დარტყმის შედეგად ქსოვილში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები მსგავსია:

- დაზიანებისთანავე ხდება კუნთის ქსოვილის სტრუქტურის რღვევა ბოჭკოების გაგლეჯის გამო, შემაერთებელქსოვილოვანი ხარისხების დაზიანება და ჰემატომის წარმოქმნა;
- ორ-სამ დღეში ვითარდება ინტენსიური ანთებითი პროცესი. ტკივილი და ფუნქციის დაქვეითება მწვავე ფაზაში, ნაწილობრივ მაინც, ანთების შედეგია. ბიომექანიკურად, ასევე დროს ყველაზე მეტად კუნთი ზიანდება;

- პირველი კვირის ბოლოს შეიძლება ნანახი იქნას კუნთის რეგენერაციის ნიშნები. დაზიანების უბანში შეინიშნება მორეგენერაციე კუნთის უჯრედები და ნაწიბურის წარმომქმნელი ფიბრობლასტები. რეგენერაციისა და ნაწიბურის წარმოქმნის კომბინაციას მოსდევს ჭრილობის შეხორცება და კუნთის აღდგენა, რომელიც ხასიათდება დაზიანების უბანში კუნთოვანი ბოჭკოების ზომისა და რაოდენობის შემცირებით და კოლაგენური ბოჭკოების რაოდენობის გაზრდით.

ექსპერიმენტულ მოდელში ცხოველის კუნთის შეხორცება, ძირითადად, სრულდება ორი კვირაში. არსებითად განსხვავებულია თუ არა ადამიანის კუნთის შეხორცება, ცნობილი არ არის. შესაძლებელია, რომ ადამიანის კუნთის შეხორცების პროცესი საჭიროებდეს მეტ დროს, გამომდინარე კლინიკური სიმპტომებიდან, რომლებიც ხშირად გრძელდება რამოდენიმე კვირის მანძილზე (*Almekinders, 1999*).

უმეტეს შემთხვევაში კუნთის შეხორცება არ ტოვებს სპეციფიკურ ნიშნებს, ნაწამები პირები ქრონიკულ ფაზაში აღნიშნავენ მხოლოდ კუნთოვან დისფუნქციას. დამახასიათებელი, მაგრამ არასპეციფიკური, ნიშნებია: კუნთის ტონუსის გაზრდა, მოძრაობის შეზღუდული დაჭიმვითი დიაპაზონი, მგრძობიარე და განსაკუთრებით მგრძობიარე ადგილები და კუნთ-მყესის ანთება (*Skyly, 1992*).

### კუნთოვანი ტონუსი

კუნთზე თითოთ ზეწოლისას ვლინდება ქსოვილის რეზისტენტობა დეფორმაციის მიმართ. ამ რეზისტენტობას უწოდებენ კუნთის ტონუსს ანუ კუნთის დაჭიმვას, რომლის თანმიმდევრული ვარიაციები იცვლება ძლიერიდან (ჰიპერტონუსი) სუსტისაკენ (ჰიპოტონუსი). მიზეზები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს გადახრები (დევიაციები) კუნთის ტონუსში, ტრადიციულად, იყოფა სამ ძირითად კატეგორიად:

- ორგანული, მაგალითად, ნევროლოგიური დაზიანება;
- მექანიკური, მაგალითად, გადაძაბვა (გადატვირთვა);
- ფსიქოლოგიური, მაგალითად, ხანგრძლივი სტრესული მდგომარეობა.

### მოძრაობის დაჭიმვითი დიაპაზონი

ნორმალური კუნთი შეიძლება დაიჭიმოს მთელ მის სიგრძეზე, დიაპაზონის ბოლოს აღმოცენებული თანმხლები ელასტიური რეზისტენტობით. მოკლე, გამკვრივებული კუნთის დაჭიმვა იწვევს ტკივილს და, დამოკიდებულია რა მონაწილე კუნთებზე, შესაბამის სახსარში მოძრაობის დიაპაზონის შემცირებას.

მოძრაობის დიაპაზონის შეზღუდვა კუნთებში შეიძლება გამოწვეული იყოს:

1. კუნთოვანი ბოჭკოების კუმშვითი მექანიზმების თანმიმდევრული აქტივაციით, მაგალითად, მტკივნეულ მგრძობიარე ადგილებში, ან
2. ქსოვილის პასიური კომპონენტების შემცირებული ელასტიურობით, მაგალითად, ფიბროზით გამოწვეული დამოკლების გამო (კუნთების კონტრაქტურა).

## მგრძნობიარე და განსაკუთრებით მგრძნობიარე ალბილები

მგრძნობიარე ადგილი არის ჰიპერირიტაციული უბანი კუნთში, რომელიც მტკივნეულია კომპრესიის დროს. მგრძნობიარე ადგილები უნდა განვასხვაოთ განსაკუთრებით მგრძნობიარე ადგილებისაგან, რომლებიც კუნთის ჰიპერირიტაციული ადგილებია, მტკივნეულია კომპრესიის დროს და ქმნის ტკივილისთვის დამახასიათებელ და კარგად შესამჩნევ სურათს.

### კუნთ-მყესის ანთება

ანთება წარმოადგენს ორგანიზმის რეაქციას ქსოვილის დაზიანებაზე, რომელიც გამოწვეულია ზეწოლით, ხახუნით, განმეორებადი დატვირთვით ან გადატვირთვით და გარეგანი ტრავმით. გამომწვევი მიზეზის თვისების მიუხედავად, ანთებითი რეაქცია იწვევს დაზიანებული ნაწილის შეზღუდულ და მტკივნეულ მობილურობას. საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემაში ანთებითი რეაქციები შეიძლება განვითარდეს სახსრებში, მყესებში, მყესისა და კუნთის მიმაგრების ადგილას, სინოვიურ ჩანთებსა და ძვლისაზრდელაში.

ძვალზე კუნთ-მყესის მიმაგრების ადგილას განვითარებულ ანთებას (ტენდო-პერიოსტიტს) კლინიკურად ახასიათებს ადგილობრივი მგრძნობელობის მომატება მიმაგრების დაზიანებული ადგილის მიდამოში ზეწოლისას და მტკივნეულობა შესაბამისი კუნთების შეკუმშვისას რეზისტენტობის საპირისპიროდ (იზომეტრული ცდა).

მყესების (ტენდინიტი) და სინოვიური ჩანთის (ბურსიტი) ანთებას კლინიკურად ახასიათებს მომატებული მგრძნობელობა, ხოლო მწვავე ფაზაში შეიძლება შეინიშნებოდეს შესივება და კრეპიტაცია.

### იოგების დაზიანება

სახსარში მოძრაობის ნორმული დიაპაზონის გადაჭარბებისას ან სახსრის გადაჭიმვისას, მაგალითად, "დაკიდების" და სხვა ტიპის პოზიციური წამების დროს, შეიძლება მოხდეს იოგების გადაჭიმვა. ანთებითი რეაქციის მწვავე ფაზას ახასიათებს შესივება, ტკივილი და სახსრის დისფუნქცია.

1. პირველი ხარისხის ღრძობას ახასიათებს იოგების გადაჭიმვა მაკროსკოპიული გაგლეჯის გარეშე და არ ახასიათებს სახსრის მექანიკური არამდგრადობა.
2. მეორე ხარისხის ღრძობას ახასიათებს იოგების ნაწილობრივი მაკროსკოპიული გაგლეჯა, სახსრის მსუბუქი მექანიკური არამდგრადობით.
3. მესამე ხარისხის ღრძობას ახასიათებს იოგების სრული გაგლეჯა და სახსრის მექანიკური არამდგრადობა.

იოგებისა და მყესების შეხორცების პროცესი მნიშვნელოვნად უფრო ნელა მიმდინარეობს კუნთებთან შედარებით. სრულ გამოჯანმრთელებას სიმტკიცისა და ფუნქციის ნორმალზაციით შეიძლება თვეები დასჭირდეს.

ტკივილი და სახსრის დისფუნქცია წარმოადგენს ხშირ ჩივილებს ქრონიკულ ფაზაში. კლინიკური გამოკვლევით, ყველაზე უფრო დამახასიათებელი ნიშნებია მოძრაობის შემცირებული დიაპაზონი პერიფერიულ სახსრებში და ხერხემალში, თუმცა შეიძლება ნანახი იქნას სახსრის სხვადასხვა ხარისხის მოღუნება/არამდგრადობა (Rasmussen, 1990; Skylv, 1992; Forrest, 2002). სახსრის არამდგრადობის და ამ არამდგრადობის მიმართულების დიაგნოსტიკისათვის შეიძლება სპეციფიური კლინიკური ტესტების გამოყენება.

## ძვლის დაზიანებები

მოტეხილობა იწვევს ძვლის მთლიანობის დარღვევას და ვითარდება ძვალებზე სხვადასხვა მიმართულებით ბლავი მექანიკური ზემოქმედების შედეგად. უშუალოდ ძვლის მოქმედების ადგილას ვითარდება პირდაპირი მოტეხილობა. მოტეხილობის მდებარეობა, კონტური და სხვა მახასიათებლები ასახავს მოქმედი ძვლის ბუნებასა და მიმართულებას.

კლინიკური გამოკვლევით, დამახასიათებელია: მწვავე ფაზაში - ადგილობრივი შესივება, ძვლის დეფორმაცია, მტკივნეულობა და ფუნქციის დაკარგვა; ქრონიკულ ფაზაში - ძვლის დეფორმაციის სხვადასხვა ხარისხი, ტივილი მოძრაობისას და ფუნქციის დაკარგვა.

წამებასთან დაკავშირებული მოტეხილობების სისშირეა: 13% - Rasmussen-ის (1990), 27% - Allodi-ის (1985) და 4% - Randall, Lutz და Quiroga-ს (1985) კვლევების მიხედვით, სადაც ჭარბობს ნეკნების და კიდურების მოტეხილობები. ასევე, არსებობს მონაცემები ხერხემლის სხვადასხვა ტიპის მოტეხილობებისა და სხვა დაზიანებების შესახებ, მალთაშუა დისკების დაზიანებების და დისკის თიაქრების ჩათვლით, თუმცა ჯერჯერობით არ არსებობს მათი სისტემური რადიოდიაგნოსტიკური კვლევის მონაცემები (Aytaçlar & Lök, 2002).

*(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §183 და §205-210)*

## წამების სპეციფიკური ფორმების შედეგად საძრღენ- მამოკრავებელი სისტემის შესაძლო დაზიანებები და მათი შეფასება

მოყვანილი მაგალითები არ არის, უბრალოდ, ფიზიკური წამების იმ მრავალი სპეციფიკური მეთოდის დაწვრილებითი აღწერა, რასაც თან სდევს საყრდენ-მამოკრავებელი სისტემის დაზიანების რისკი. მაგალითისათვის შერჩეული იქნა “ხელებით დაკიდება” და “ფალანგა”, როგორც წამების ფართოდ გამოყენებული მეთოდები, რომლებიც იწვევენ ქრონიკულ ქმედუნარობას, და როგორც სხვადასხვა შესაძლო დაზიანების მაგალითები, რომლებიც მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას კლინიკური შემოწმების დროს.

### ხელებით დაკიდება

არსებობს პოზიციური წამების ბევრი ტიპი და ყველა მათგანი აზიანებს საყრდენ-მამოკრავებელ სისტემას. ასეთებია, მაგალითად: კიდურებით დაკიდება, ხანგრძლივი იძულებითი ჯდომა ან დგომა, პოზიციები ხერხემლის ხანგრძლივი დატვირთვით (ხერხემალი გადაჭიმული ან მაქსიმალურად მოხრილი), მოძრაობის შეზღუდვა გალიაში ან პატარა სატუსალოში მოთავსებისას. წამების ამ ტიპებისათვის დამახასიათებელია მცირე რაოდენობით არასპეციფიკური ნიშნები, მიუხედავად შემდგომი ქრონიკული, ხშირად, მძიმე, ფიზიკური ქმედუნარობისა.

ხელებით დაკიდება წამების ხშირი მეთოდია და გამოიყენება ან ცალკე ან კომბინაციაში წამების ისეთ ფორმებთან, როგორცაა ცემა და ელექტროდენით წამება. უხშირესად, წამების მსხვერპლს უკრავენ ხელებს მაჯების მიდამოში და ტოვებენ დაკიდებულს ხანგრძლივი დროის



განმავლობაში. შესაძლებელია ერთი ან ორივე ხელით დაკიდება. წამების ეს ფორმა განსაკუთრებით მტკივნეულია და იწვევს მხრის სახსრის და მის ირგვლივ არსებული რბილი ქსოვილების ჭარბ გადატვირთვას.

მხარი წარმოადგენს სახსრების კომპლექსს, რომელიც შედგება ოთხი სახსრისაგან: მხრის, მკერდ-ლავიწის, ლავიწ-აკრომიონის და "ბექ-გულმკერდის" სახსრებისაგან. მხრის ნორმალური ფუნქციობა მოითხოვს ამ ოთხივე სახსრის ოპტიმურ კოორდინაციას. მხრის სახსრის ძვლოვანი ანატომია იძლევა სხეულის სახსრებს შორის ყველაზე დიდი შესაძლო დიაპაზონის მოძრაობის საშუალებას, თუმცა სახსრის მობილურობისათვის სწირავს მის სტაბილურობას (სურ. 5).

აქედან გამომდინარე, დამატებითი სტაბილურობის უზრუნველყოფა ხდება:

1. სტატიკური სტაბილიზატორებით: სასახსრე ბაგე, სასახსრე ჩანთა და იოგები (სურ. 6);

2. დინამიკური სტაბილიზატორებით: კუნთები, კერძოდ, როტაციული ჯგუფის – დელტისებრი კუნთი და მხრის ორთავა კუნთის გრძელი თავი; "ბექ-გულმკერდის" სახსარი; და ნერვულ-კუნთოვანი კონტროლი, რომელიც უზრუნველყოფს სახსრის პოზიციისა და მოძრაობის მუდმივ კოორდინაციას (პროპრიოცეპცია).

წინა მიმართულებით მოხრილი მკლავებით დაკიდების დროს მხრის სახსარი მაქსიმალურად არის მოხრილი, როტაციით ოდნავ გარეთ. ეს "ჩაკეტილი შეკრული" პოზიცია უზრუნველყოფს მაქსიმალურ ძვლოვან კონტაქტს სასახსრე თავსა და ფოსოს შორის, რაც ხელს უწყობს სახსრის სტაბილურობას.

ე.წ. "პალესტინური დაკიდებისას" მხრის სახსარი მაქსიმალურად გაშლილია, როტაციით შიგნითა მხარეს და სხეულის მთელი წონა წინიდან აწევს მხრის სახსრის სუსტ მონაკვეთს, რის გამოც ზიანდება მხრის წნული. თუ გაჭიმვის ძალა საკმაოდ ძლიერია, ზიანდება მხრის წნულის ქვედა და შემდეგ შუა და ზედა ნაწილის ბოჭკოები.

"ჯვარცმის" ტიპის დაკიდების დროს მხრის სახსრები განზიდულია, გაჭიმვის ძალა უპირატესად მოქმედებს მხრის წნულის შუა ნაწილის ბოჭკოებზე და პირველ რიგში მათ აზიანებს (Allden et al., 2001).

## მწვავე სიმპტომები და ნიშნები

მწვავე ფაზის სიმპტომებია: ძლიერი ტკივილი კისრის, მხრის სარტყლისა და მხრის სახსრის მიდამოებში და ზედა კიდურების ფუნქციის მოშლა. წამებისას ზოგჯერ შესაძლოა განვითარდეს ერთი ან ორივე მხრის სახსრის ამოვარდნილობა (Forrest, 2002).

ხშირია ნევროლოგიური ჩივილები, რომლებიც მიუთითებს მხრის წნულის დაზიანებას: ირადიაციული ტკივილი და შემცირებული კუნთის ძალა ზედა კიდურებში, სენსორული დარღვევები, ჩვეულებრივ, პარესთეზიის და მგრძნობელობის დაქვეითების სახით. ნევროლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება: შემცირებული კუნთის ძალა, გამოხატული უფრო დისტალურად, მყესების რეფლექსების მოშლა/შემცირება და სენსორული დარღვევები მგრძნობიარე ნერვების საინერვაციო მიდამოებში (Allden et al., 2001).

## ქრონიკულ შახის სიმპტომები და ნიშნები

ნაწამებ პირთა უმეტესობას, რომლებიც დაკიდებული იყვნენ მკვლავებით, კერძოდ, "პალესტინური დაკიდებით", განუვითარდათ ქრონიკული ფიზიკური ქმედუნარობა ტკივილებით, მხრის სახსრის ფუნქციის დაქვეითებით და პერმანენტული ნევროლოგიური დეფიციტით, რაც მიუთითებს მხრის წნულის ნაწილობრივ, უხშირესად სენსორული ნაწილის, დაზიანებას. თუმცა სისტემატური გამოკვლევების ჩატარება, დაკიდებით გამოწვეული მხრის სახსრის შესაძლო დაზიანებების რადიოდიაგნოსტიკური შეფასების ჩათვლით, ვერ მოხერხდა და, აქედან გამომდინარე, ხანგრძლივი სიმპტომების და მხრის სახსრის დისფუნქციის პათოგენეზი გაურკვეველია; შესაძლოა, მნიშვნელოვან როლს ასრულებდეს მხრის წნულის დაზიანებით გამოწვეული ნეიროგენული ტკივილიც (*Thomsen, Eriksen & Smidt-Nielsen, 2000; Moreno & Grodin, 2002*).

მოგვიანებით ეტაპზე დამახასიათებელი ჩივილებია: ტკივილი კისრისა და მხრის სარტყლის მიდამოებში, ღრმა ტკივილი მხრის სახსრებში მოძრაობის დროს, განსაკუთრებით, წინ (განზიდვა, როტაცია შიდა მიმართულებით) და ზევით მოძრაობისას, მხრის სახსრებში მოძრაობის დიაპაზონის შემცირება და არამდგრადობის შეგრძნება, მოძრაობის შეგრძნებების დაკარგვა.

ხშირია ნევროლოგიური სიმპტომები: ირადიაციული ტკივილი, კუნთების სისუსტე ზედა კიდურებში სიმძიმის შეგრძნებით და სხვადასხვა სენსორული დარღვევა, ვახომოტორული და სუდომოტორული ცვლილებების ჩათვლით.

კლინიკური გამოკვლევების მონაცემთა უმეტესობა არასპეციფიკურია და შემოიფარგლება რბილი ქსოვილების დაზიანებით. დამახასიათებელი ნიშნებია მგრძნობიარე და განსაკუთრებით მგრძნობიარე ადგილები კისერსა და მხრის სარტყელში, კუნთოვანი დისბალანსი კუნთ-მყესის ანთებით; სახსრის გამოკვლევით, დამახასიათებელია მხრის სახსარში აქტიური მოძრაობის დიაპაზონის შემცირება; ჩვეული ამოვარდნილობის/ქვეამოვარდნილობის ნიშნები იშვიათია, მაგრამ სპეციფიკურმა ცდამ შეიძლება არამდგრადობის სხვადასხვა ხარისხი გამოავლინოს.

ნევროლოგიური გამოკვლევით, მხრის წნულის დაზიანება ვლინდება სენსორული და მოტორული დეფიციტით და შეესაბამება ნერვის დაზიანების სიმძიმეს. მოტორული დარღვევების ნიშნებია: შემცირებული კუნთის ძალა, რომელიც ხშირად ასიმეტრიულია და უფრო მეტად გამოხატულია დისტალურად, და მყესების რეფლექსების შესუსტება/მოშლა.

## კლინიკური გამოკვლევა

ხელებით დაკიდებით წამების მსხვერპლთა კლინიკური გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს:

1. მხრის სახსრის ფუნქციის გამოკვლევას: მოძრაობის პასიური და აქტიური დიაპაზონი, სახსრის მდგრადობა, დამატებითი სახსრების ფუნქცია, ბეჭის ძვლის ფუნქციის ჩათვლით;

2. რბილი ქსოვილების გამოკვლევას: კუნთების რელიეფი, კუნთის ტონუსი და გაჭიმვის დიაპაზონი, მგრძნობიარე და განსაკუთრებით მგრძნობიარე ადგილები, ტენდინიტი, მხრის ქსოვილების დაზიანება;

3. ნევროლოგიური გამოკვლევა: კუნთის ძალა, მყესების რეფლექსები და მგრძნობელობის საფუძვლიანი გამოკვლევა, ვიბრაციის და პოზიციის, ორი წერტილის განსხვავების და შეხების, ტკივილის და თემპერატურის მგრძნობელობების ჩათვლით.

(*დამატებითი ინფორმაციისათვის იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, § 205–207*).

## **”ფალანგა” მწვავე ნიშნები და სიმპტომები**

”ფალანგას” (ფეხისგულებზე განმეორებითი ტრავმების მიყენება მკვრივი ბლაგვი საგნით) დაუყოვნებლივი ეფექტებია: ტერფის რბილ ქსოვილებში სისხლდენა, შეშუპება და ძლიერი ტკივილი. კლინიკური გამოკვლევებით, ცვლილებები შემოიფარგლება რბილი ქსოვილებით. სადიაგნოზო მნიშვნელობის დამახასიათებელი ნიშნებია: ტერფების შესივება, ფეხისგულების ფერის შეცვლა ჰემატომის წარმოქმნის გამო და კანის სხვადასხვა ხარისხის დაზიანება (*Amris & Prip, 2001a; Allden et al., 2001*). აღწერილია ექსტენსიური დაწყლულების და ფეხის თითების იშემიური განგრენის, აგრეთვე, უკანა და წინა ტერფის ძვლებისა და თითების ფალანგების მოტეხილობის იშვიათი შემთხვევებიც (*Forrest, 2002*).

მწვავე ცვლილებები, როგორცაა შეშუპება და სისხლდენა, ქრება სპონტანურად ქრება რამდენიმე კვირაში, რბილი ქსოვილის სხვა დაზიანებები კი შეიძლება პერმანენტული იყოს.

### **ძრონიკული ფაზის სიმპტომები და ნიშნები**

“ფალანგით” ნაწამებ პირთა უმრავლესობა უჩიოდა ტკივილს და სიარულის გაძნელებას.

ძირითადი სიმპტომია ტერფისა და წვივის ტკივილი. ძირითადად, გვხვდება ორი ტიპის ტკივილი:

- ღრმა, ყრუ სპაზმური ტკივილი ტერფის მიდამოში, რომლის ინტენსიობა იმატებს წონით დატვირთვასთან და კუნთის აქტივობასთან ერთად და ვრცელდება ქვედა კიდურის უფრო ზედა ნაწილებისაკენ;
- ზედაპირული მწველი, მხვლეტავი ტკივილი ფეხისგულებში, რასაც ხშირად თან ახლავს სენსორული დარღვევები და სიცხისა და სიცივის შეგრძნებების მონაცვლეობა, რაც ავტონომიური ნერვული რეგულაციის დარღვევას მიუთითებს.

ტკივილის გამო, “ფალანგას” მსხვერპლთა უმეტესობას სიარული დარღვეული აქვს, შემცირებულია სიარულის სიჩქარე და მანძილი. ტიპურ შემთხვევაში, ნაწამებ პირს სიარული მხოლოდ შეზღუდულ მანძილებზე შეუძლია, რომლის დროსაც ტკივილი იმატებს და კუნთების აქტივობის გაგრძელებას შეუძლებელს ხდის. მოსვენებისას ტკივილი მცირდება და მსხვერპლს შეუძლია განაგრძოს სიარული.

### **თეორიები, რომლებიც ხსნის “ფალანგას” შემდგომ პერსისტენტულ ტკივილსა და ტერფის დისფუნქციას**

“ფალანგას” შემდგომ პერსისტენტული ტკივილის და ფიზიკური ქმედუნარობის ეტიოლოგია და პათოგენეზი არ არის სრულად ახსნილი. შემოთავაზებული იყო რამოდენიმე თეორია (*Bro-Rasmussen & Rasmussen, 1978; Rasmussen, 1990; Skylv, 1993; Allden et al., 2001; Amris & Prip, 2001b*), თუმცა ყველაზე მეტად მისაღები ტრავმების მექანიზმთა კომბინაცია უნდა იყოს.

## დარტყმის შემცირებული აბსორბცია ქუსლის ბალიშებში

ტერფიძირის რბილი ქსოვილებისგან წარმოქმნილი ე.წ. ბალიშები მოთავსებულია წონისამტანი ძვლოვანი სტრუქტურების ქვეშ, რომელთა შორის ქუსლის ბალიშები დარტყმის პირველი აბსორბენტებია. ქუსლის ბალიშში წარმოადგენს მაგარ, ელასტიურ სტრუქტურას, რომელიც ფარავს ქუსლის ძვალს. მას რთული შენება აქვს და შედგება მჭიდროდ ჩალაგებული ცხიმოვანი უჯრედებისაგან, რომლებიც გარშემორტყმულია შემაერთებელქსოვილოვანი ხარისებით და შეიცავს ნერვებს და სისხლძარღვებს. მისი სტრუქტურიდან გამომდინარე, ქუსლის ბალიშში იმყოფება მუდმივი ჰიდრავლიკური წნევის ქვეშ და ინარჩუნებს ფორმას ამართულ პოზიციაში წონითი დატვირთვის დროს.

“ფალანგას” შემდგომ ქუსლის ბალიშები ბრტყელდება და ფართოვდება, წონითი დატვირთვისას ქსოვილების ლატერალური გადანაცვლებით. აღნიშნული გამოვლინდება ნაწამები პირის ამართულ მდგომარეობაში უკნიდან დათვალეირებით. პალპაციით, ქუსლის ბალიშის ელასტიურობა შემცირებულია და ქვეშმდებარე ძვლოვანი სტრუქტურები უფრო ადვილად შეიგრძნობა. ქუსლის ბალიშის ელასტიურობის შემცირების პათოფიზიოლოგია, სავარაუდოდ, არის შემაერთებელქსოვილოვანი ხარისების გაგლეჯა, რაც ამცირებს სისხლმომარაგებას, იწვევს ცხიმოვანი უჯრედების მეორად ატროფიას და დარტყმის აბსორბციის უნარის დაკარგვას.

ტერფის ბალიშების დაზიანება მხოლოდ “ფალანგას” პათოგნომური ნიშანი როდია. იგი ვითარდება წამებასთან კავშირში არ მყოფ შემთხვევებშიც, მაგალითად, გრძელ დისტანციაზე მორბენალ სპორტსმენებში, ქუსლის ძვლის მოტეხილობის დროს. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკური გამოკვლევისას ნორმალური ტერფის ბალიშების ნახვა არ გამორიცხავს “ფალანგას” გამოყენებას.

## ტერფისძირის ფასციის ცვლილებები

ტერფიძირის ფასცია იწყება ქუსლის ძვლიდან და მიემართება წინატერფისაკენ. იგი გადაჭიმულია ტერფზე, ქმნის სიგრძივი თაღების საყრდენს და ეხმარება ტერფის კუნთებს სიარულის დროს. ტერფიძირის ფასციის დაზიანებები გვხვდება “ფალანგას” ზოგიერთ შემთხვევაში, რაც, სავარაუდოდ, გამოწვეულია განმეორებითი პირდაპირი ტრავმების მიყენებით. “ფალანგას” შემდეგ, შესაძლებელია, ტერფიძირის ფასცია იყოს გასქელებული, პალპაციით არათანაბარი ზედაპირის მქონე და ძლიერ მგრძნობიარე ფასციის მთელ სიგრძეზე. აღწერილია ტერფიძირის ფასციის გაგლეჯის შემთხვევა, ფეხის თითების ტერფისზურვისმხრივი პასიური მოხრით (დორზიფლექსიით) (Skylv, 1992; Forrest, 2002).

## დახურული ნაკვეთურის სიდრომი

ტერფიძირის კუნთები განლაგებულია მჭიდრო ნაკვეთურებად, რომელთა ანატომიური ორგანიზაცია იძლევა დახურული ნაკვეთურის სიდრომის განვითარების შესაძლებლობას. დახურული ნაკვეთურის სიდრომი განისაზღვრება, როგორც მტკივნეული იშემიური ცირკულაციური დაზიანება, რომელიც უკავშირდება წნევისა და მოცულობის გაზრდას კუნთების შემოზღუდული ნაკვეთურის შიგნით. მწვავე სტადიაში სწრაფად მზარდი

წნევისას, მაგალითად, ნაკვეთურში სისხლდენისას, სიმპტომები საგანგაშოა და შესაბამისი მკურნალობის გარეშე მოხდევს რთული შედეგები ქსოვილების ნეკროზით.

ქრონიკული ნაკვეთურის სიღრმეში შეიძლება განვითარდეს კუნთების მოცულობის გაზრდის და/ან ნაკვეთურის შევიწროვების შედეგად. კლინიკურად, მას ახასიათებს ტკივილი, რომლის ინტენსივობა იმატებს დატვირთვისას და კუნთის შემდგომ აქტივობას შეუძლებელს ხდის. მცირე ხნით დასვენების შემდეგ ტკივილი მცირდება, მაგრამ კუნთის აქტივობის აღდგენისთანავე კვლავ ჩნდება, ანუ სურათი წააგავს “ფალანგას” შემდგომ სიარულის დარღვევას.

მაგნიტურრეზონანსული გამოკვლევით, “ფალანგას” მსხვერპლთა შედარებისას ჯანმრთელ მოხალისეებთან, ყველა ნაწამებ პირს აღენიშნებოდა ტერფძირის ფასციის მნიშვნელოვანი გასქელება. გარდა ამისა, ფასციაში აღინიშნებოდა მორფოლოგიური ცვლილებები, სავარაუდოდ, დაკავშირებული ნაწიბუროვანი ქსოვილის წარმოქმნასთან. ტერფძირის ფასციის აშრეების, დახურული ნაკვეთურის სინდრომის ან ქუსლის ბალიშის ცვლილებების არანაირი ნიშნები ამ გამოკვლევით არ იქნა გამოვლენილი (Savnik et al., 2000).

### ნეიროგენული ტკივილი

ნორმალურ ტერფში ტერფძირის მფარავი კანი სქელია და მჭიდროდ არის დაკავშირებული ქვეშმდებარე ქსოვილებთან. იგი ძალიან მდიდარია შეხებისა და ზეწოლის სენსორული ნერვული დაბოლოებებით. “ფალანგას” შედეგად შეიძლება დაზიანდეს პერიფერიული ნერვი, რომელიც მოიცავს ტერფძირის ნერვულ დაბოლოებებსაც. ასე რომ, ნერვის დაზიანებით გამოწვეული ნეიროგენული ტკივილი შესაძლოა ტერფის ტკივილის ერთ-ერთი მექანიზმი იყოს.

### სიარულის დარღვევა

“ფალანგას” შემდეგ ძალიან ხშირია სიარულის დარღვევის შემთხვევები. წამების ბევრ მსხვერპლს უყალიბდება კომპენსაციური შეცვლილი სიარულის მანერა ლატერალური კიდის (ტერფის სუპინაციით) ან მედიალური კიდის დატვირთვით (ტერფის პრონაციით), ქუსლის დარტყმისას ტკივილის თავიდან ასაცილებლად. უჩვეულოა ტერფის გაშლაც. ფეხის აწევისას, როგორც წესი, ზღუდავენ ცერათითის მაქსიმალურ გაშლას და წონით დატვირთვას.

ნაბიჯის სიგრძე და სიარულის სიჩქარე შემცირებულია. სიარულის მანერა არის ფართო, არაპლასტიკური, არამყარი და გაუბედავი, როგორც სხვადასხვა ეტიოლოგიის პერიფერიული ნეიროპათიისთვის არის დამახასიათებელი. ტერფძირის სტატიკური რეფლექსები, რომლებიც აუცილებელია წნევის გადანაწილების შეგრძნების, წონასწორობისა და სიარულისათვის, გამოვარდნილია, რასაც ემატება პროპრიოცეპციის დარღვევა ნერვის დაზიანების გამო.

ქვედა კიდურების მომცველი წამების სხვადასხვა ფორმით გამოწვეული ტერფის ფუნქციის დარღვევა, სიარულის მანერის შეცვლა და სხვა დაზიანებები იწვევს კუნთოვანი დისბალანსის ჯაჭვურ რეაქციას. ხშირად მტკივნეულია ფეხის ქვედა ნაწილის სხვადასხვა ჯგუფის კუნთები მათი გაზრდილი ტონუსის, კუნთებისა და ფასციების დაჭიმვის, მგრძობიარე და განსაკუთრებით მგრძობიარე ადგილების და კუნთ-მყესის ანთების გამო.

## კლინიკური გამოკვლევა

“ფალანგიტ” ნაწამებ პირთა კლინიკური გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს:

1. ტერფის რბილი ქსოვილების - ქუსლის ბალიშების, ტერფძირის ფასციის, კანის - დათვალიერებას და პალპაციას;
2. ტერფის ფუნქციისა და სიარულის მანერის შეფასებას;
3. ქვედა კიდურების რბილი ქსოვილებისა და სახსრების გამოკვლევას;
4. ნევროლოგიურ გამოკვლევას.

კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ “ფალანგას” შემდეგ მოგვიანებით სტადიაში კლინიკური გამოკვლევის არც ერთი მონაცემი არ არის პათოგნომური და ტერფების ჩვეულებრივი გამოკვლევა არ გამორიცხავს წამების ამ სპეციფიკური მეთოდის გამოყენებას.

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §202-204)

## ნევროლოგიური გამოკვლევა

ცენტრალური ნერვების მწვავე ნევროლოგიური პრობლემები მიუთითებს ძლიერ ცემას თავის არეში. წამების 200 მსხვერპლიდან 58%-ს მიყენებული ჰქონდა ძლიერი დარტყმები თავის არეში და მათგან 1/4-მა დაკარგა გონება (Rasmussen, 1990). ყველაზე ხშირი სიმპტომი თავის ტკივილი იყო, რომელიც აღენიშნებოდა გამოკვლეულთა 50%-ზე მეტს. გამოვლინდა მნიშვნელოვანი კორელაცია თავის არეში ძლიერ ცემასა და თავის ტკივილს შორის. ამის მსგავსად, გამოვლინდა მნიშვნელოვანი კავშირი თავბრუსხვევის სიმპტომთან, რომელიც წარმოდგენილი იყო ნაწამებ პირთა 20%-ში.

ძლიერმა შერყევამ შეიძლება გამოიწვიოს თავის ტვინის დაზიანებები, მსგავსი “ბავშვის შერყევის სინდრომის” დამახასიათებელი ცვლილებებისა: თავის ტვინის შეშუპება, სუბდურული ჰემატომა და სისხლჩაქცევები ბადურაში. ამ ე.წ. “ზრდასრულის შერყევის სინდრომით” სიკვდილის პირველი შემთხვევა აღწერეს Pounder-მა და Path-მა (1997).

პერიფერიული ნერვების მწვავე დაზიანების სიმპტომები დამახასიათებელია მაჯებზე ბორკილების დადებისა და თოკით მჭიდროდ შეკვრისათვის. ხელებით დაკიდების შემდეგ აღწერილია მხრის წნულის, განსაკუთრებით, მისი ქვედა ფესვების, დაზიანებები, ხოლო “პალესტინური დაკიდების” შემდეგ – გულმკერდის გრძელი ნერვის დაზიანება (Forrest, 2002).

ბევრი ხანგძლივი სიმპტომი, როგორცაა კონცენტრაციის მოშლა, თავის ტკივილები, მეხსიერების დარღვევები და თავბრუსხვევა, შეიძლება აიხსნას თავის ტვინის ქრონიკული ორგანული დაზიანებით (Abildgaard et al., 1984) და მოითხოვს ნეიროფიზიოლოგიურ შეფასებას სიმპტომების სპეციფიკურობის დასადგენად. თუმცა, უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ სიმპტომების უმეტესობა დაკავშირებულია PTSD-თან. Moreno & Grodin-მა (2002) გამოაქვეყნეს დეტალური მიმოხილვითი სტატია წამების და მისი ნევროლოგიური გართულებების შესახებ.

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §185)

### ნაწილი 3 : ბულისსხლპარღვთა და სასუნთქი სისტემები

მწვავე სიმპტომებია დისპნოე, ტკივილი გულმკერდის არეში, ხველა, ნახველის ამოღება და გახშირებული გულისცემა.

წამების განსაზღვრული ტიპების გამოყენება, განსაკუთრებით, სასუნთქი სისტემის ორგანოებს აზიანებს.

მკერდის არეში ცემამ შეიძლება გამოიწვიოს გულმკერდის კედლის დაზიანება, ნეკროზის მოტეხილობების ჩათვლით, და სუნთქვის ძლიერი გაძნელება. შედეგად ხშირად პნევმონია ვითარდება.

"სველი სუბმარინო" ("Wet submarino") დაკავშირებულია "მწვავე ფილტვის" სიმპტომების წარმოქმნის პოტენციურ რისკთან, დაბინძურებული წყლის ასპირაციის გამო. ციხის სასტიკი პირობები ნესტიან, ცივ და ბნელ საკნებში ხშირად ხელს უწყობს პნევმონიის, ბრონქიტის ან ფილტვის ტუბერკულოზის განვითარებას.

ელექტროდენით წამებამ მშეიძლება გამოიწვიოს გულის გაჩერება, თუ დენი გულზე გაივლის (*Danielsen et al., 1991*).

წამების 22 ბერძენი ეროვნების მსხვერპლის (*Petersen et al., 1985*) კვლევამ გვიჩვენა, რომ ხანგძლივი სიმპტომებიდან: ტაქიკარდიის შეტევა, გახშირებული გულისცემა და/ან ქოშინი, თანმხლებ შიშთან ერთად, გამოვლენილი იქნა 22-დან 6 შემთხვევაში; გულმკერდში ტკივილის შეგრძნება, სტენოკარდიის და კუნთის ტკივილის ჩათვლით, - 5 შემთხვევაში; ხოლო ქრონიკული ბრონქიტი (ხველება, ქოშინი ფიზიკური დატვირთვისას) – 8 შემთხვევაში. ეს მონაცემები ნათლად აჩვენებს წამების მსხვერპლთა შემდგომი გამოკვლევების მნიშვნელობას.

მნიშვნელოვანი ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებები გამოვლინდა აშშ ჯარისკაცებში, რომლებიც სერბიის ბანაკებში ჰყავდათ დაპატიმრებული (*Corovic, Durakovic, Zavalic & Zrinscak, 2000*).

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §182, §200-201, §213).

### საჭმლის მომნელებელი სისტემა

წამებასთან დაკავშირებული მწვავე სიმპტომები აღწერილი იქნა უცხო სხეულის ყითაში მოთავსებით წამების შემდგომ. ყითას და სწორი ნაწლავის დაზიანებები მიჩნეული იქნა, როგორც წამების შედეგი. დაზიანებებმა გამოიწვია ტკივილი და სისხლდენა.

შეკრულობა ხშირად წარმოადგენს ანალური ტკივილის მეორად სიმპტომს. ყურადღება უნდა მიექცეს ყითას გამოკვლევას და გამოვლენილი ცვლილებების დოკუმენტურად გაფორმებას (*Allden et al., 2001*).

1. ნაპრალები მიჩნეულია არასპეციფიკურ ნიშნად, რადგან მათი ნახვა შეიძლება ზოგიერთი პათოლოგიური მდგომარეობის დროსაც (შეკრულობა, პირადი ჰიგიენის ცუდად დაცვა). თუმცა, როდესაც ისინი ვლინდება მწვავე ფაზაში (ე.ი. 72 საათის ფარგლებში), ნაპრალები მაინც სპეციფიკურ ნიშნად შეიძლება ჩაითვალოს პენეტრაციის დასადასტურებლად.

2. შესაძლოა ნანახი იქნას სწორი ნაწლავის ჩანახევები სიხლდენით ან მის გარეშე.

3. ყითას სპეციფიკური ფორმა შეიძლება შეცვლილი იყოს გლუვი მარაოსებრი ნაწიბურით. როდესაც ნაწიბურები შეინიშნება შუახაზის გარეთ (ე.ი. საათის ციფერბლატის XII და VI დანაყოფის გარდა), ისინი შეიძლება პენეტრაციულ ტრავმას მიუთითებდეს.

4. კანის დეფექტები შეიძლება დაზიანების შეხორცების შედეგად იყოს წარმოქმნილი.

5. ჩირქოვანი გამონადენისას სწორი ნაწლავიდან, მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა გონორეასა და ქლამიდიასე უნდა ჩატარდეს რექტული პენეტრაციის ყველა საექვო შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა, გამონადენი შეინიშნება თუ არა.

წამების გადარჩენილ მსხვერპლთა მცირე ნაწილში აღინიშნებოდა მწვავე გასტროდუოდენური სისხლდენა, რაც შეიძლება ახსნილი იქნას უკიდურესი სტრესით.

მწვავე გასტროინტესტინური სიმპტომები, როგორცაა მუცლის ტკივილი, დისკომფორტი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, დიარეა, ღებინება და ა.შ., შეიძლება უკავშირდებოდეს წამებას ან პატიმრობას. ეს სიმპტომები უნდა განვიხილოთ, როგორც შერეული ეტიოლოგიის მქონე, სადაც სტრესული სიტუაციით გამოწვეული მექანიზმები შეიძლება ერთ-ერთი ფაქტორი იყოს. უვარგისი ან უგემური საკვები, სითხის შეზღუდული მიღება და უმოძრაობა, ასევე, შესაძლოა აღნიშნული სიმპტომების გამომწვევი მიზეზი იყოს.

სამედიცინო გამოკვლევით, გასტროინტესტინური სიმპტომების სიხშირე წამების მსხვერპლთა შორის მსგავსი იყო საკონტროლო ჯგუფებისა და პოპულაციისა მთლიანად (*Rasmussen, 1990*).

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §201)

## უროლოგიური ნიშნები

თირკმლის არეში ძლიერი დარტყმების მიყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ჰემატომის განვითარება თვით თირკმელში და/ან თირკმლის მიმდებარე ქსოვილებში. ხშირად დაზიანებას თან ერთვის ჰემატურია. ცემით ან ელექტროდენით წამებისას შარდსადენის ლორწოვანის პირდაპირმა ტრავმამ, ასევე, შეიძლება ჰემატურია გამოიწვიოს. სათესლე პარკზე დარტყმებმა შეიძლება გამოიწვიოს სათესლე ჯირკვლების დაზიანება მათი შემდგომი ატროფიით (*Abildgaard et al., 1984*).

ჰემოგლობინურია შესაძლებელია შეცდომით მიჩნეული იქნას ჰემატურიად. აღწერილია ჰემოგლობინურიის შემთხვევები მორბენალ სპორცმენებში ტერფის ტრავმით გამოწვეული ჰემოლიზის გამო (*Eichner, 1985*). იმავე მექანიზმით შეიძლება აიხსნას ჰემატურია წამების ზოგიერთ შემთხვევაში. მაგალითად, “ფალანგას” (ფეხისგულებზე დარტყმების მიყენება) შედეგად განვითარებული დაზიანებები გარკვეულწილად ჰგავს მორბენალ სპორცმენტთა ტერფის მუდმივი ტრავმებით გამოწვეულ ცვლილებებს. ქაშმირის პოლიციის დაკითხვის ცენტრებში სავარაუდო წამების შემდეგ საავადმყოფოში თირკმლის მწვავე უკმარისობით შემოსულ 34 პირს შორის მხოლოდ ფეხისგულებზე ნაცემ პირებში აღინიშნებოდა ჰემოგლობინურია (*Malik, Reshi, Najar, Ahmad & Masood, 1995*). იმისათვის, რომ ჰემოგლობინურია განვასხვავოთ ჰემატურიისაგან, საჭიროა გაკეთდეს შარდის დაცენტრიფუგება; მოხდება ერთროციტების პრეციპიტაცია, რაც გამორიცხავს ჰემოგლობინურიის შემთხვევას.



მიოგლობინურია ვითარდება რაბდომიოლიზის, კუნთოვანი ქსოვილის დაზიანების შედეგად, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს ცემით ან ელექტროდენით წამებით (Simpson, 1994). შარდს აქვს მოწითალო ან მოყავისფრო შეფერილობა, რაც შეცდომით შეიძლება მივიჩნიოთ სისხლად.

მიოგლობინურია პოტენციურად საშიში მდგომარეობაა, რადგან იგი აზიანებს თირკმელებს და სახიფათოა თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარების თვალსაზრისით. (Malik et al., 1993).

წამების მსხვერპლთა შორის ხშირია ჩივილები დიზურიაზე, რაც, სავარაუდოდ, გამოწვეულია წამებისას განსაკუთრებული იარაღების გამოყენებით, გაციებით ან არაპიგიენური პირობებით. წამების მსხვერპლთა შორის ხანგრძლივი ჩივილები, დაკავშირებული შარდის ბუშტთან ან თირკმელთან ან ორივესთან ერთად.

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §184, §201).

### ოტო-რინო-ლარინგოლოგიური ნიშნები

ცემა წამების ისეთი ტიპია, რომელსაც თან ახლავს სმენის ფუნქციის მოშლის მაღალი რისკი, განსაკუთრებით, ე.წ. "ტელეფონის" მეთოდის გამოყენებისას, რაც გულისხმობს ორივე ყურზე ხელისგულების ერთდროულად შემორტყმას.

"ტელეფონი" იწვევს ყურის დაზიანების როგორც მწვავე, ასევე ხანგრძლივ სიმპტომებს (Rasmussen, 1990). ის წარმოქმნის დარტყმით ტალღას დაფის აპკის მიმართულებით, რაც ძალიან ჰგავს აფეთქებების შედეგად წარმოქმნილ ტალღას. მოყვანილ მაგალითში Kerr-ი (1978) აღწერს ბელფასტში მომხდარი აფეთქების შედეგად დაზიანებული პირის კლინიკურ გამოკვლევის შედეგებს:

"ჩვეულებრივ, სენსორულ-ნერვულ სიყრუეს თან ახლავს ყურებში ხმაურის შეგრძნება. მსუბუქ შემთხვევებში აღნიშნული ხმაური და სიყრუე შეიძლება სრულად მოიხსნას რამოდენიმე საათში. მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა სრული გამოჯანმრთელება არასოდეს არ მოხდეს. დაფის აპკის პერფორაცია ხშირია და ხდება მის დაჭიმულ ნაწილში, რაც აპკის ქვედა 5/6-ს წარმოადგენს. პერფორაციას შეიძლება ჰქონდეს ხაზოვანი ნასკლომის, მცირე ხვრელის ან საბტოტალური დეფექტის ფორმა. ხანდახან ხდება სასმენი ძვლების ჯაჭვის დაზიანებაც.

განსაკუთრებით მაღალი სიხშირის სენსორულ-ნერვული სიყრუეს ახასიათებს ხმის სიხშირეებზე ნორმალური სმენის შენარჩუნება. სმენა შეიძლება აღდგეს აფეთქებიდან ექვს თვეში".

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §178-180).

### ოფთალმოლოგიური ნიშნები

ნაწამებ პირებში თვალის დაზიანების მწვავე სიმპტომია კონიუნქტივიტიები, გამოწვეული თვალების ასახვევად ჭუჭყიანი ნაჭრების გამოყენებით, რომელიც ხშირად მსხვერპლს მოუხსნელად უკეთია დღეების და ღამეების განმალბაში. ხანგრძლივი სიმპტომები იშვიათია. Perron-Buscail-მა, Lesueur-მა, Chollet-მა, და Arne-მ (1995) გამოიკვლიეს რქოვანას შემღვრვის შემთხვევა მხედველობის დარღვევით თვალებზე ელექტროდენის მოქმედებით წამებიდან 10 წლის შემდეგ.

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §177).

#### ნაწილი 4 : ბინეკოლოგიური გამოკვლევა

ისტორიულად, უაღური ძალადობა ქალებზე წარმოადგენდა ომისა და ძალაუფლების იარაღს (Axelsen & Sveaas, 1994). ბევრ ქვეყანაში სექსუალური ძალადობის აქტები ქალების წამებისა და არაადამიანური სასტიკი მოპყრობის გავრცელებული მეთოდებია (Amnesty International, 2001). აღმოჩნდა, რომ ნაწამები ქალების გაუპატიურების შემთხვევები ჭარბობს მამაკაცების გაუპატიურების არც თუ იშვიათ შემთხვევებს (Allodi & Stiasny, 1990). სქესდამოკიდებული და სექსუალური ძალადობა ხშირ შემთხვევაში ფარული პრობლემაა.

ნებისმიერი ასაკის ქალი შეიძლება იქნას გაუპატიურებული, 60 წელზე მეტი ასაკის ქალებისა და ბავშვების ჩათვლით (WHO, 1996). უნდა აღინიშნოს, რომ სქესდამოკიდებული ძალადობა და გაუპატიურება მხოლოდ ერთ-ერთია იმ უამრავ ტრავმას შორის, რომლებსაც ქალებს აყენებენ და ფიზიკურ დაზიანებებს ხშირად თან ახლავს ფსიქოლოგიური და სოციალური გართულებებიც.

სქესდამოკიდებული ძალადობის გავლენა ჯანმრთელობაზე შეიძლება იყოს სწრაფი და ხანგრძლივი. თუმცა, ძალადობის მსხვერპლი ქალები მწვავე ტრავმის შემთხვევაში იშვიათად მიმართავენ სამედიცინო დახმარებას (PATH, 2002). სამედიცინო დახმარების მოძიების ბარიერების შემცირება შესაძლებელია ჯანდაცვის სფეროში საკმარისი რაოდენობის ქალების დასაქმებით და იმ სპეციალისტების მომზადებით, რომლებიც იმუშავებენ ლტოლვილებთან და ნაწამებ პირებთან სექსუალური ძალადობისა და გაუპატიურების მსხვერპლთა გამოსავლენად. მნიშვნელოვანია, რომ მსხვერპლს ჰქონდეს საკმარისი დრო მიღებული ტრავმების აღიარებისათვის (Shanks & Schull, 2000).

გინეკოლოგიური გამოკვლევის ჩატარებამდე, ნათლად უნდა იყოს გააზრებული კვლევის მიზანი: განესაზღვროს მკურნალობის აუცილებლობა ან დოკუმენტურად დადასტურდეს სავარაუდო სექსუალური ძალადობა. იურიდიული მიზნებისათვის ადამიანის უფლებების შელახვის დოკუმენტური გაფორმებისას აუცილებელია დეტალური ინფორმაციის შეგროვება. მნიშვნელოვანია სავარაუდო წამების მსხვერპლისაგან ინფორმირებული (გაცნობიერებული) თანხმობის მიღება. სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთა გამოკვლევისას ყველანაირი ზომა უნდა იქნას მიღებული ხელახალი ტრავმის მიყენების თავიდან ასაცილებლად. შექმნილი უნდა იქნას უსაფრთხო და კონფიდენციალური გარემო. განსხვავებამ კულტურაში, რელიგიასა და ტრადიციებში შეიძლება გავლენა იქონიოს განცდების აღქმაზე, გამოსატულ სიმპტომებზე და იმაზე, თუ როგორ უმკლავდებიან ადამიანები ძალადობის შედეგად მიღებულ განცდებს (Kane, 1995).

უნდა შეგროვდეს დეტალური სამედიცინო, სამეანო და გინეკოლოგიური ანამნეზი, სექსუალური აქტივობის, მენსტრუალური ციკლის და კონტრაცეპციის ჩათვლით. სექსუალური ძალადობისა და გაუპატიურების ფიზიკური ნიშნები ბევრად დადამოკიდებული ინტერვალზე ძალადობასა და გამოკვლევას შორის. სპერმის აღმოჩენა შესაძლებელია ქალის გაუპატიურებიდან მცირე ხნის განმავლობაში. დაზიანებები შეიძლება აღინიშნებოდეს მთელ სხეულზე: ნაკბენები და სისხლნაჟღერებები შეიძლება იყოს ტუჩებზე, კისერზე, მხრებზე, დუნდულებსა და მკერდზე. ყურადღებით

უნდა იქნას გამოკვლეული ვულვა, საშო, ყითა და შარდსადენი, განსაკუთრებული ყურადღება კი უნდა მიექცეს შორისის გამოკვლევას. შორისზე გარეგნულად შეიძლება აღინიშნებოდეს ნახეთქები, საშოს შესაგლის ან ყითას კიდის ჩახევეებით. დიდი ზომის დაზიანებებისას საშოსა და სწორ ნაწლავს შორის შესაძლებელია ფისტულაც იქნას ნანახი. მითითებული უნდა იყოს საქალწულე აპკის არსებობა და მისი მდგომარეობა (Knight, 1991b).

სასქესო ორგანოების მიდამოში ელექტროდებით წამების და/ან დარტყმის შედეგად შარდსადენისა და შარდის ბუშტის დაზიანებების გამო შესაძლოა ჰემატურია გამოვლინდეს (Lunde & Ortmann, 1992).

მწვავე სიმპტომების უმეტესობა ქრება დროთა განმავლობაში და შეუძლებელი ხდება შორისის ნაწიბურების დიფერენციაცია მშობიარობის შემდგომი ან ვენერიული ავადმყოფობის შედეგად განვითარებული ნაწიბურებისაგან.

მოგვიანებით, ქალებს შესაძლოა აღინიშნებოდეთ სისხლდენა საშოდან, ლიბიდოს დაქვეითება, სასქესო ორგანოების გაღიზიანება, ტკივილი სექსუალური აქტის დროს და საშარდე გზების ინფექციები (Campbell, 2002). სექსუალური ძალადობის შედეგად შესაძლოა დაზიანდეს საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა, განვითარდეს სტრუქტურული დაზიანებები, ფუნქციური დარღვევები და მენჯის სახსრების დისფუნქცია ქალებში. ისინი ხშირად აღნიშნავენ წელისა და სასქესო ორგანოების ტკივილს, მენსტრუალური ციკლის დარღვევებს და სექსუალურ პრობლემებს (Arcel, 2002).

სასქესო ორგანოების დაზიანება გაცილებით უფრო მძიმეა 15 წლამდე ასაკის გოგონებში, აგრეთვე, გოგონებსა და ქალებში, რომელთაც ადრე აღინიშნებოდათ სასქესო ორგანოების სხვა დაზიანებები. ისინი წარმოადგენენ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით (STDs) და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (HIV) დაინფექტების მაღალი რისკის ჯგუფს. გაუპატიურების შემთხვევის კვლევისას არ უნდა გამოირიცხოს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესაძლო არსებობაც. ჯარისკაცებს შორის მშვიდობიანობის დროსაც კი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სიხშირე 2-5-ჯერ უფრო მაღალია სამოქალაქო პირებთან შედარებით. აქედან გამომდინარე, დაინფექტების რისკი უფრო მეტია იმ ქალებში, რომლებიც გაუპატიურებულნი არიან ჯარისკაცების მიერ (Machel, 2000).

მნიშვნელოვანია, აგრეთვე, ორსულობის, მშობიარობისა და კრიმინალური აბორტის შედეგების გათვალისწინებაც, რომელთა ყველაზე ხშირი გართულებებია არასრული აბორტი, სეფსისი, სისხლდენა და ინტრააბდომინური დაზიანებები, როგორცაა, მაგალითად, საშვილოსნოს პერფორაცია ან გახევა (WHO 1998).

(იხ. სტამბოლის პროტოკოლი, §184, §214 –227 და §231)

## ნაწილი 5 : ბავშვების ბამოკვლევა 1

ბავშვთა წამების მრავალი შემთხვევა იქნა აღწერილი დოკუმენტურად ადამიანის უფლებების დამცველი ორგანიზაციების მიერ და არსებობს საშიშროება, რომ ეს შემთხვევები მხოლოდ აისბერგის მწვერვალს ქმნის (Amnesty International, 2000). ჯერ კიდევ ძნელია დაჯერება იმისა, რომ წამება

შეიძლება გამოყენებული იქნას ბავშვების მიმართ. ბავშვთა წამება და სექსუალური ძალადობა ფართოდაა გავრცელებული, განსაკუთრებით ეთნიკური კონფლიქტების ზონაში (Southall & Kamran, 1998). მდედრობითი სქესის ბავშვი ორჯერ უფრო მგრძობიარეა ძალადობის მიმართ მისი სქესიდან და ასაკიდან გამომდინარე (Chinkin, 1998).

ბავშვები შესაძლოა აღმოჩნდნენ წამების მეორადი მსხვერპლნი, რადგან ძალადობის და წამების გამოყენება შეიძლება ხდებოდეს მათი რომელიმე ნათესავის მიმართ. ისინი ასევე შესაძლოა იყვნენ პირველადი მსხვერპლნი. ვინაიდან, ბევრი შემთხვევაა აღწერილი ბავშვებზე წამების იგივე მეთოდების გამოყენებისა, რომლებიც გამოყენებულია მოზრდილების მიმართ, უნდა ვივარაუდოთ, რომ მათ ექნებათ მოზრდილების მსგავსი ფიზიკური სიმპტომები. ჯერ კიდევ ძალიან მცირეა ცნობები წამების ფიზიკური შედეგების შესახებ, რაც ტიპურია მხოლოდ ბავშვებისათვის. რას გულისხმობს წამება (როგორია მისი როლი) მოზარდი სხეულისთვის? როგორ გავლენას ახდენს წამება ბავშვის განვითარებაზე?

ბავშვების გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს მათი ასაკისათვის შესაბამისი გზით, ასაკის გათვალისწინებით. თუმცა, ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებმა უნდა გააცნობიერონ, რომ მსოფლიოს ბავშვთა უმრავლესობისათვის, ბავშვობა მთავრდება დიდხნით ადრე სანამ ისინი მიაღწევენ 18 წლის ასაკს, რომლის მიხედვითაც ისინი ხდებიან მოზრდილები საერთაშორისო სტანდარტებით. ძალადობის შემთხვევები, რომლებიც განსაკუთრებულად აღიქმება ბავშვის მიერ და ტანჯვა შეფასებულ უნდა იქნას სერიოზულად, მათ განცდებს პატივი უნდა ვცეთ, ვინაიდან მათი უმრავლესობა ხშირად სიჩუმეს ამჯობინებს, გარბის, იმალება და გულში იკლავს განცდილს (Protacio-Marcelino, de la Cruz, Balanon, Camacho, & Yacat, 2000).

ბავშვების რეაქცია ტრავმაზე შეიძლება მოიცავდეს: დეპრესიას, ძილის დარღვევას, კომპარებს ძილის დროს, შფოთვას, შიშს, დასწავლასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, პოსტ-ტრავმულ სტრესს და დანაშაულის და თვით-დანაშაულის გრძობას (Pynoos, Kinzie, & Gordon, 2001).

ტრავმირების შემდეგ, ბავშვებს შესაძლოა გამოუვლინდეთ ენურეზი და – უფრო იშვიათად – ენკოპრეზი (Kaffman & Elizur, 1983; Simpson, 1993). ღამის ენურეზი საკმაოდ ხშირია სასკოლო ასაკის ბავშვებში. ის უფრო ხშირია ბიჭებში ვიდრე გოგონებში. არსებობს მყარი კავშირი "საწოლის დასველება" და ოჯახურ ანამნეზთან. რეგრესული ენურეზი (ვლინდება მოგვიანებით ანუ აღნიშნული პრობლემა წინა პერიოდში არ აღინიშნებოდა) შესაძლოა დაკავშირებული იყოს სტრესულ მოვლენებთან. ფიზიკური გამოკვლევა და ურინალიზი გამიზნულია ორგანულ დაზიანებათა გამოსარიცხად, თუმცა ორგანული პათოლოგია შემთხვევათა მცირე ნაწილში მაინც შეიძლება გამოვლინდეს.

დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს შარდ-სასქესო ტრაქტის ინფექციებთან (განსაკუთრებით გოგონებში) და შაქრიან დიაბეტთან. ენურეზთან შედარებით, ენკოპრეზი ნაკლებად გავრცელებულია. იგი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება როგორც ხანგრძლივი შეკრულობის შედეგი. მას შეიძლება თან ახლდეს ემოციური პრობლემები. ენურეზის მსგავსად, ორგანული დეფექტები ენკოპრეზის დროსაც იშვიათია, მაგრამ მსგავსი პრობლემა ამ შემთხვევაშიც გამორიცხული უნდა იქნეს.

იმ შემთხვევაში, თუ ჯანდაცვის პსფეროს წარმომადგენლებისათვის წინასწარ ცნობილია შემთხვევასთან კავშირში არ მყოფი სხვა დაზიანებები, აღნიშნული გაამარტივებს წამების ფიზიკური შედეგების ამოცნობას.

"შერყეული ბავშვის სინდრომი" აღწერის მიხედვით გვხვდება მხოლოდ ადრეული ასაკის ბავშვებში, ძალიან იშვიათად 2 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში. თუმცა, ამ სინდრომის მსგავსი სიმპტომები აღწერილ იქნა ასევე მოზარდშიც, რომელსაც დაკითხვის დროს მიაყენეს ტრავმა, რომლის მექანიზმი "შერყევის" მომენტებს მოიცავდა (Pounder & Path, 1997). ამ უკანასკნელ საკითხთან დაკავშირებით სისტემური შესწავლა და კვლევები არ ჩატარებულა.

### შენიშვნები, კომენტარები

გაეთიანებული ერების კონვენციაში ბავშვის უფლებების შესახებ ტერმინ "ბავშვი"- განისაზღვრება შემდეგნაირად: "წარმოდგენილი კონვენციის მიხედვით, "ბავშვი" ნიშნავს 18 წლამდე ასაკის ადამიანს, მიუხედავად მოქმედი კანონმდებლობებისა ბავშვთა შესახებ, სადაც მოზრდილთა ასაკის მიღწევა უფრო ადრე ხდება";

## დანართი №1 - შემთხვევების აღწერა

### შემთხვევა № 1

შენიშვნა: შემთხვევა №1 დაწერილია ტრენინგის ჯგუფური მუშაობისათვის. შემთხვევაში აღნიშნული ყველა სახელი და ადგილი გამოგონილია.

### შემთხვევის აღწერა (კლიენტის მდგომარეობის დინამიკა)

2003 წლის 25 დეკემბერს 6:10 სასწრაფო დახმარების ექიმთან (ძლივს ლაპარაკობს აკეთებს პაუზებს) - "თქვენ ვინ ბრძანდებით, მიშველეთ, მომკლავენ ეს მხეცები... ამათ ფულის გულისათვის მშობელი დედ-მამა ეყოლებათ დახვრეტილი და მე ვინ ვარ -- თუმცა ვინ ვარ არც კი ვიცი, უბრალოდ ვიცი რომ ადამიანი ვარ, და თუ მართლა ექიმი ხარ მიშველე რამე... რომელი ექიმი ხარ, ამათ რატომ შემოგიშვეს, ეს რაღა ნემსია – დამაწყნარებს, მე დაწყნარება კი არა შევლა მინდა, შევლა!!!"

2003 წლის 25 დეკემბერი დღის განმავლობაში (პერიოდულად კარგავს გონებას, არის ხოლმე გარინდებული, დიდი გაჭირვებით ხერხდება კონტაქტის დამყარება) "გული მერევა, ვერ ვიხედები, ბინდი მაქვს თვალებზე, აუ, მემგონი დავბრმავდი და ყურებშიც არ მესმის არაფერი, დამცველები - რა დამცველები მომაწერინეს ხელი ყველაფერზე და თქვენ რაღას მიშველით, არაფერი მესმის და არც გამეგება რას მელაპარაკებით." "რატომ მხდით ტანზე, თქვენ ის უნდა მიქნათ, რასაც ის პირუტყვები დამპირდნენ?" "კაი გამიკეთეთ ეს ნემსი და წამიყვანეთ, სადაც საჭიროა"

2003 წლის 26 დეკემბერი (საკურობილის სამედიცინო ნაწილი, შემდგომში – ციხის საავადმყოფო)

პაციენტი კონტაქტისათვის მიუწვდომელია, პულსი ძაფისებური, T.A. 80/40 mm. Hg, ქოშინი R-22-23', რეფლექსები დათრგუნული, მკვეთრად გამოხატული ნისტაგმი.

2004 წლის 3 იანვარი (სასამართლო დარბაზი)

კლიენტის ბებია: "წამოდი შეიღო სახლში, მე ვიცი ესხლა როგორ მოგივლი, ყველაფერი კარგად იქნება, მე და შენმა დამ ვიცით რაცაა საჭირო; ჩემი ბიჭი, მთელი გუნდის სიამაყეა, შერკინების პირველ ხაზში ბურჯად არაკაცს ვინ დააყენებს"

2004 წლის 4 – 27 იანვარი (კლიენტის სახლი, კონსულტანტების – ნევროლოგის, კომპუსტიოლოგის, ოტოლარინგოლოგის ვიზიტების დროს, მკაცრი წოლითი რეჟიმი)

"ბევრი ლაპარაკი არ შემიძლია, თავი მტკივა და გულიც მიხდება ცუდად, ისე აი იმ წამლებს რომ მაძლევთ უკეთესად ვარ, სულ ძილი მინდა და მაგიწყდება, მაგრამ მერე ეს პრობლემა მაქვს: მესიზმრება, რომ ისევ იქ იმ ჯოჯოხეთში ვარ, ყველაფერს ვხედავ თითქოს ცხადში ვარ, ისევ მირტყამენ და პირში ჩაჩრილი მაქვს იარაღი და ეს ქილიკი, "აბა ვნახოთ გავარდება, უი არ გავარდა, მოდი კიდევ ვცადოთ" ... არც ვიცი სად მთავრდება ძილი და როდის მეღვიძება რამდენიმე წუთი ისევ ვხედავ იმ პროკურორის კაბინეტს და მერე მოდის, ახრი რომ სახლში ჩემს ლოგინში ვარ. მერე ვერ ვიძინებ და და ჭოტივით ვარ დილაამდე, თუ კი არ დაეღვევ წამალს, რომელიც დილისთვის დამიტოვეთ." "დღის განმავლობაში სულ მეფიქრება, რაც მოხდა იმაზე, სულ ვეკითხები ღმერთს რისთვის, რატომ, ალბათ ამასაც ახრი რომ აქვს, გამოცდაა ეს ცხოვრებაში და მფარველმა ანგელოზმა დამიხსნა, თორემ სხვანაირად ვერც ის ხალხი მომეშველებოდა და ვერც სიმართლეს ვერ გაიგებდა ვერაფერს"

”აქამდე ხარით ჯანრთელი ვიყავი და რა ვიცი ეხლა, როგორ იქნება ჩემი ამბავი, სულ თავში მიტრიალებს ის აზრი, რომ ვეღარ ვითამაშო რაღა მეშველება, ეს თამაში და პობი არაა, ეს ჩემი ცხოვრებაა, ბიჭები ძალიან გვერდში მიდგანან და სულ მოდიან, მაგრამ რამე ინვალიდობა რომ დამრჩეს და შერკინებაში ვეღარ ჩავდგე!!! ასეთ ცხოვრებას ალბათ სიკვდილი მირჩენია, თუმცა არა ამპარტავნებაა ეს ყველაფერი, თქვენც გვერდზე მიდგეხართ და დიდი მადლობა, დღითი დღე უკეთესად ვარ, იმედი მაქვს რომ მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მერე და ეს სასამართლოები, რომ დამთავრდება ისევ დავბრუნდები, დავბრუნდები აბა რა ყველაფერს შევძლებ საქმეც მექნება წელს ვამთავრებ და ინჟინრად მუშაობის გამოცდილებაც მაქვს და ჩემი მათა, ჩემი სიცოცხლე, არა მაგისტოვის ღირს უბრალოდ ცხოვრება”

2004 წლის 28-29 იანვარი (რეაბილიტაციის ცენტრის ექთანთან და სოციალურ თერაპევტთან ერთად მრავალპროფილიან სამკურნალო დიაგნოსტიკურ ცენტრში). ”ყველაფერი გავაკეთეთ, რაც ექიმმა დამინიშნა, ისე სახლშიც მოდიოდა ლაბორანტი და მე მგონი რენტგენიც გადავიღეთ და სხვაც გააკეთა – აღარ მახსოვს რა, საინტერესოა რა ანალიზები მაქვს, რაგბის გუნდის ექიმსაც წავუღებ ისე მომენატრა თამაში, რომ თუ ყველაფერი რიგზეა შემდეგ კვირას აუცილებლად უნდა ვითამაშო, ნახევარფინალი გვაქვს და ბიჭებს ჩემი იმედი აქვთ.” ”ისე ცხვირიდან, პირიდან და ყურიდან სისხლი რომ მდიოდა ეს გამოჩნდება? არა რა სისულელეს ვლაპარაკობ, თუმცა ეხლა გამახსენდა ჩემს ადვოკატს ხომ ჩემი სისხლიანი ტანსაცმელი აქვს და ეს საქმეში უნდა ჩაიდოს როგორც ნივთმტკიცება”.

2004 წლის 1 თებერვალი (პირველი ვიზიტი წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრში)

”ცუდად ვარ, ეს რა ტესტია, რა ყველა შეკითხვაზე უნდა გაცეთ პასუხი, საერთოდ ამას რატომ მეკითხებით ესე დაწვრილებით, რა არ გჯერათ რაც იყო, ჩემმა ადვოკატმა და სახალხო დამცველმა ხომ გამოგიგზავნათ ყველა დოკუმენტი, მთელმა ქვეყანამ იცის რაც მოხდა და გარდა მაგისა ცუდად გამხდა ამ თქვენმა შეკითხვებმა, თქვენ რა გამომძიებელი ხართ” ”კარგით, ისე გამახსენდა ადვოკატმა და სახალხო დამცველის აპარატში ვინც მუშაობს გამაფრთხილა, რომ ეს საჭიროა, კი ბატონო გავაგრძელოთ არა აბა რა ... საინტერესოა ძალიან საინტერესო მართლაც მომეშვა ეს აუტორტრენინგი იყო, აბა რა?” ”რელაქსაციური ტრენინგი – მედიტაცია ვიცი მატჩის წინ ვაკეთებთ, ზოგჯერ ვხედავ ხოლმე როგორ უნდა გავიტანო ლელო, ხომ გჯერათ, არსებობს ასეთი რამ. ისე ძალიან მომიხდა უკეთ ვარ – გავაგრძელოთ ინტერვიუ” ”კი ბატონო აუცილებლად მოვალ და მე გავიგე რისთვისაა ეს საჭირო”

2004 წელი 7 თებერვალი (ადვოკატთან და გენერალური ინსპექციის პროკურორთან საუბარი)

”მე ბევრი ნათესავი და ახლობელი მეავს და ერთ-ერთმა მათგანმა (ის ჩემი ბიძაშვილის ქმარია, ბიზნესმენია – სპონსორობას უწევს ჩვენს გუნდს) რამდენიმე თვის წინ მოხოვა მომეწერა ხელი კონტრაქტისთვის, რომელიც ეხებოდა მისი პარტნიორებისათვის სპეციალური საინჟინრო კონსტრუქციის დამონტაჟებას. ეს ის ქარხანაა, სადაც ეს კაცი აქციათა საკონტროლო პაკეტს ფლობს. საჭიროება უეცრად შეიქმნა და იმის გამო, რომ სექტემბერში მხოლოდ მე მქონდა სტანდარტული დოკუმენტების პაკეტი, რომელნიც აუცილებელი იყო ამგვარი კონტრაქტის ხელმოსაწერად, მეც არ დავადალატე.” ”რამდენიმე თვეში საგადასახადო და შემდეგ პროკურატურა ჩვენი საქმის გარკვეული დეტალებით დაინტერესდა, მათ რატომღაც გაუჩნდათ ეჭვი, რომ აღჭურვილობა განუბაჟებლად და გადასახადების გადაუხდელად იქნა შემოტანილი ქვეყანაში, აღიძრა სისხლის სამართლის საქმე. (აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს TACIS-ის გრანტი იყო და ჩემმა ახლობელმა ყველა საჭირო დოკუმენტი წარადგინა). ჩემი ახლობელი იყო პროკურატურაში და გააკეთა წერილობითი განცხადება სადაც დააფიქსირა, რომ მე ფორმალურად ვიყავი კონტრაქტის ხელისმომწერი და რომ მთელი პასუხისმგებლობა მასზე იყო; ეს მან საკუთარი ადვოკატის თანდასწრებით ნოტარიალურად დაამოწმა (ჩვენ გავგანხივებინა ინფორმაცია, რომ რევიონის მთავარი პროკურორის ახლო ნათესავს კერძო ინტერესი აქვს და ცდილობს აქციათა საკონტროლო პაკეტი ხელში ჩაიგდოს).“

2004 წლის 11 – 25 თებერვალი (წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრში ფსიქიატრთან განმეორებითი კონსულტაციები);

”სულ თვალწინ მიდგას როგორ ჩამაწვეს სივარეტი – თან იცინოდნენ ეს რა კარგი საფერფლე ვიშოვეთ, ხომ არ დავოტოვოთ აქო, ეხლა სულ მაკანკალებს გამახსენდა, ჩემს დას როგორ ჩაარტყეს კონდახი და ბებიას სილა ხელუკულმა გააწნეს, წარმოვიდგენიათ 78 წლის ქალს, მერე რა ვიცი მანქანაში ჩამაგდეს ბორკილდადებული და თავზე ტომარა ჩამომაცვეს, ისე მიმართიეს პროკურატურაში და დაიწყო” ”არა, მე თქვენ გიჟი ხომ არა გგონივართ, ხმები არც მქონია, არც აზრები არ მაწუსებს და საერთოდ მათემატიკური

განათლება მაქვს და რაგბისტი ვარ და ყველგან ვვარგვივარ ასე თუ ისე”, “ყველაზე მოულოდნელი – “ტელეფონი” იყო, ესეც ყურში წუთილი მაქვს, რომ შემეკითხეთ, და თან დღეს სწორს არ დამაპატიმრეს, კი ორი თვე გავიდა და იცით რას გეტყვით ზუსტად ამ დღეს ვარ ესე ცუდად, წინა ვიზიტების დროს, პროგრესი ხომ იყო ესეც კი გაუარესდა ჩემი მდგომარეობა” “გავაგრძელოთ, რა თქმა უნდა, შუა გზაზე, ხომ არ მივატოვებთ, ისე ეს ტკივილი არ მომეშვა და მეხსიერებაშიც ჩავარდნები მაქვს, მიჭირს საგნების მეცადინეობა – ესეც, ხომ სესია გვაქვს და ჩათვლები და გამოცდები უნდა მოვილიო, რამეს ყურადღების მოკრეფისა და მეხსიერებისათვის ხომ ვერ დამინიშნავდით”

2004 წლის 1 მარტი (მეგობრებთან: კურსელებთან და თანაგუნდელებთან კაფეში ერთად კაფეში)

“არა ჯარი სულ სხვა რამეა, იქ მაინც ვიცოდი, რომ ეგრეა სიკვდილს უნდა უყურო თვალებში და არ მეშინოდა, მომზადებაც იყო და ოფიცრებიც გვერდში მედგნენ. თან რაც მამა მომიკვდა იმ ომის დროს, დედა და უფროსი ხომ წავიდნენ მე ვიყავი ოჯახში კაცი და არ მიჭირდა არაფერი თქვენ მე ხომ მიცნობთ ვინცა ვარ” “ისე იმ ქვეყანაში მართლა ეგრეა, მეც გამიგონია, რომ 10-12 წლის ბავშვებს აომებენ, და სულ ომია იქ, სოფელი სოფელს ებრძვის, და არ თავდება იქ ეს; კაი მაგასაც აკეთებენ მეკრდს აჭრიან მეძუძურ დედას... იცით ესეც რა გამახსენდა, რომ ერთი კაცი უნდა მენახა ჩემი სასამართლოს საქმესთან დაკავშირებით; წავედი და დაგიკავშირდებით, არა არაფერი, წითელი იმიტომ ვარ რომ ცოცხალი ვარ, კაი აბა გაგიქეცი, ფეხი მომტყდეს კი არა ...”

2004 წლის 6 მარტი (ფსიქოთერაპიული სეანსის დროს)

“დღემდე არ ვიცი რა იყო, მაგრამ ის ვიბრატორი რომ ჩართეს, დღემდე ყურებში მიდგას ის ხმა, და ზოგჯერ მგონია, რომ ეს მეორდება. ექიმო ამის თქმა მხოლოდ თქვენთვის შემიძლია და ეს არავინ არ უნდა გაიგოს, ჩემმა მამამ მითუმეტეს. არც კი ვიცი რა მოხდა, მოხდა კი რამე მაგრამ მახსოვს ის რომ მაშინ გამორთეს, როცა მუხლ-იდაყვის პოზიციაში მყოფმა ხელი მოვაწერე იმ აღიარებას, თან ხელი მომიტყაპუნეს უკანალზე და – აი ჭკვიანი ბიჭიო. ისიც გამახსენდა, რევოლვერი მაშინ ჩამჩრეს პირში, როდესაც ვიკითხე ჩემი ადვოკატი სად არიო, დიას, დიას მაშინ დაიწყეს “რუსული რულეტის” თამაში და თან მეუბნებოდნენ მაგრად მოუჭირე და დაჭერილი გვაგდეს არ გაგექცეს შენი ადვოკატი”. “მერე ცხვირპირიდან სისხლი რომ წამსკდა და ყურიდანაც რაღაც გადმომდიოდა მასსოვს, მაგრამ ისევე მღალატობს მეხსიერება ვერაფერს ვერ გეტყვით, თან მაშინ ისე ვიყავი, რომ თოთქოს დურბინდში ვიყურებოდი და გამჭვირვალე ფარდა იყო ჩამოფარებული, აი ნისლიან ამინდში, რომ ვერ ერკვევი ისე”. “ეს ყველაფერი, რომ გამახსენდა, ცივმა ოფლმა დამასხა და მაკანკალებს, ჯერ ვერ ვპატიობ, ალბათ ჩემი სულიერი დამრიგებელი დამეხმარება ამ საქმეში; სასამართლოზე ხვალ მივდივარ და არ მინდა ასე ბოლმით გავსებულ ვიყო, რელაქსაციური ტრენინგი ხომა არ გვეცადა?” დახლოებით ერთი საათის შემდეგ “გმადლობთ, მე დარწმუნებული ვარ ჩემს თავში და ხვალ ყველაფერი კარგად იქნება, ესეც მაიას დავეურეკავ და სადმე გავისურნებო”

2004 წლის 7 მარტი (ადვოკატთან ერთად სასამართლოდან უკანა გზაზე)

“ძალიან გთხოვ ამ გზით ნუ წავალთ, რატომ? იცი რა ერთი რამე უნდა მოგიყვე, ამ ბოლო დროს, სადაც კი პროკურატურის შენობა დგას, იმ ქუჩაზე ვეღარ დავდივარ, მინდება ხოლმე რომ მივივარდე და დავხოცო ის ჯალათები, თან მტანჯავს ის, რომ ადამიანის მოკვლაზე ვფიქრობ”

2004 წლის 14 მარტი (სახალხო დამცველის აპარატში შესხვედრაზე მხარდამჭერი მულტიციკლინარული გუნდის წევრებთან შესხვედრის დროს)

ამ ბოლო დროს ვატყობ ჩემს თავს რომ შევიცვალე და არ ვიცი რა დავარქვა ამას. ადამიანებთან ურთიერთობა მიჭირს და მარტო ყოფნა მინდა, მაიასთან ურთიერთობაშიც მეშინია, რომ პრობლემებია არ გამინდეს”, “კი თქვენ მართალი ხართ ეს ფსიქოთერაპევტთანაც ერთად უნდა განვიხილო, თან რა დამემართა, თავი მომეჭრა ბოლო მატჩში სახიფათო ბოჭვა გავაკეთე და 10 წუთით რომ მიმბრძანეს მსაჯს ხელი ვკარი, მერე კიდევ დავიბოლმე და ჩხუბზე გამოვიწვიე ერთი ახალბედა. უბრალოდ ხომ იცი, რომ ეს მე არ მახასიათებს, მაგრამ მესამედ ხდება, რომ თავს ვერ ვიკავებ, (დას ვეჩხუბე და ბებიასაც ვეუხეშე) და ვგრძნობ, რომ ვერ ვაკონტროლებ ჩემს თავს.

2004 წლის 22 მარტი (მეგობარ გოგონასთან ერთად სერნობის დროს)

“არ ვიცი, როგორ იქნება იქნება საქმე სასამართლოში, მაინც თავდებით ვარ გამოშვებული და თან, ხომ იცი ჯანმრთელობა როგორ დამიზიანდა და გინდა ესეც შენ ჩემნაირი ინვალიდი, მოიცა რაზე ტირი კარგი რა ეს ისე ვთქვი... რა უნდა მითხრა ისეთი რაც საერთოდ გადამაჩვენებს ასეთ ლაპარაკს? ბავშვი გვეყოლება? ორსულად ერთ თვეზე მეტია ხარ!!!” რამდენიმე წუთის განმავლობაში “არა მიპასუხე ცოლად მომყვები თუ არა?”

## საქმის მოკლე ვითარება – წამების კონტექსტი

### 1) საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია

“ჩემი სახელი და გვარია XXX და მე 25 წლისა ვარ”

დამატებითი ინფორმაცია

- დაბადების თარიღი: 1979 წლის 19 ოქტომბერი
- მოქალაქეობა: პრობლემური რეგიონის ერთ-ერთი ქვეყანა
- ეროვნება: ეროვნული უმცირესობის წარმომადგენელი
- ოჯახური მდგომარეობა: დაუოჯახებელი
- დაბადების ადგილი: მაღალმთიანი რეგიონი
- ამჟამინდელი საცხოვრებელი ადგილი: დიდი ქალაქი
- განათლება: დაუმთავრებელი უმაღლესი
- დასაქმება: პერიოდულად დაკავებულია არაკვალიფიცირებული დამატებითი სამუშაოთი
- რელიგია: ტრადიციული მისი რეგიონისთვის
- საიდენტიფიკაციო დოკუმენტი: დაბადების მოწმობა
- გამომკვლევე ექიმის სახელი, გვარი და ლიცენზიის № (N.B. იგი მსხვერპლის საწინააღმდეგო სქესისაა): (უნდა შეივსოს სპეციალისტის მიერ)
- პირები, რომელნიც იმყოფებიან გამომკვლევისას ოთახში და ამის მიზეზი: (უნდა შეივსოს გამომკვლევე სპეციალისტის მიერ)
- სასაუბრო ენა: მშობლიური ენა
- მთარგმნელის სახელი და გვარი (N.B იგი წარმოადგენს ეროვნულ ეთნოსს, რომელიც დაპირისპირებული იყო გამოსაკვლევე პირის ეთნოსთან) (უნდა შეივსოს გამომკვლევე სპეციალისტის მიერ)
- შეზღუდვების აღნიშვნა (უნდა შეივსოს გამომკვლევე სპეციალისტის მიერ)
- დაკავების ადგილი: (უნდა შეივსოს გამომკვლევე სპეციალისტის მიერ)

### 2) Anamnesis Vitae et Morbi და ფსიქო-სოციალური ანამნეზი დაპატიმრებამდე

“დაპატიმრებამდე მე ჯანმრთელობის მხრივ არანაირი პრობლემა არ მაწუხებდა, მაგრამ ბავშვობაში მოტყეხილი მქონდა ფეხი (დღემდე რაგბს ვთამაშობ საუნივერსიტეტო გუნდში) არასოდეს გამომიყენებია წამლები (მაგალითად დოპინგი და სტეროიდები) ნარკოტიკებზე ლაპარაკი ზედმეტია, მაგრამ ტრადიციისამებრ მესამე ტაიმში ბიჭებთან ერთად ვსვამ ხოლმე არ ვეწევი და არც მომიწევია არასოდეს.

#### ფსიქო-სოციალური ანამნეზი დაპატიმრებამდე

“არასოდეს არ მაწუხებდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ პრობლემები, მაგრამ ორჯერ მაქვს გადატანილი ტვინის შერყევა (12 და 17 წლის ასაკში). ოჯახში მე უმცროსი შვილი ვარ მყავს და-ძმა. მამა დაიღუპა 1997 წელს სამხედრო კონფლიქტის დროს, მას შემდეგ დეიდა და ძმამ დაიწვეს მუშაობა სეზონურ სამუშაოებზე ევროკავშირის ერთ-ერთ წევრ ქვეყანაში (იქ ჩვენი ბიძა ცხოვრობს, იმ ქვეყნის მოქალაქეა) მე ძირითადად დასთან და ბებიასთან ერთად ვცხოვრობ. 2 წელი ვიმსახურე ჯარში და დაბრუნების შემდეგ გავაგრძელე სწავლა, მინდა ინჟინერი გამოვიდე. 2002 წელს შევხვდი გოგონას, რომელთანაც ვმეგობრობ”

#### წინა სამედიცინო შემოწმება

“საავადმყოფოში წოლისას მომინახულეს დამოუკიდებელმა ექიმებმა, სახელმწიფო სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტებმა და სხვა ხალხმაც ისინი დაწვრილებით სწავლობდნენ ჩემს მდგომარეობას, ამჟამად მე რეაბილიტაციურ ცენტრში დავდივარ ფსიქოთერაპეუტიკული კონსულტაციის სეანსებზე.

### 3) მოვლენის ისტორია

**შენიშვნა:** ფრჩხილებში ჩაწერილი ინფორმაცია მხოლოდ დამატებითი ჩაკითხვის შემდეგ არის ხელმისაწვდომი

“მე ბევრი ნათესავი და ახლობელი მყავს და ერთ-ერთმა მათგანმა (ის ჩემი ბიძაშვილის ქმარია, ბიზნესმენია – სპონსორობას უწევს ჩვენს გუნდს) რამდენიმე თვის წინ მთხოვა მომეწერა ხელი კონტრაქტისთვის, რომელიც ეხებოდა მისი პარტნიორებისათვის სპეციალური საინჟინრო კონსტრუქციის დამონტაჟებას. ეს ის ქარხანაა, სადაც ეს კაცი აქციათა საკონტროლო პაკეტს ფლობს. საჭიროება უეცრად შეიქმნა და იმის გამო, რომ სექტემბერში მხოლოდ მე მქონდა სტანდარტული დოკუმენტების პაკეტი, რომელიც აუცილებელი იყო ამგვარი კონტრაქტის ხელმოსაწერად, მეც არ დავაღალატე.”

“რამდენიმე თვეში საგადასახადო და შემდეგ პროკურატურა ჩვენი საქმის გარკვეული დეტალებით დაინტერესდა, მათ რატომღაც გაუჩნდათ ეჭვი, რომ აღჭურვილობა განუბაჟებლად და გადასახადების გადაუხდელოდ იქნა შემოტანილი ქვეყანაში, აღიძრა



სისხლის სამართლის საქმე. (აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს TACIS-ის გრანტი იყო და ჩემმა ახლობელმა ყველა საჭირო დოკუმენტი წარადგინა). ჩემი ახლობელი იყო პროკურატურაში და გააკეთა წერილობითი განცხადება სადაც დააფიქსირა, რომ მე ფორმალურად ვიყავი კონტრაქტის ხელისმომწერი და რომ მთელი პასუხისმგებლობა მასზე იყო; ეს მან საკუთარი ადვოკატის თანდასწრებით ნოტარიალურად დაამოწმა (ჩვენ გავგანხივებინა ინფორმაცია, რომ რეგიონის მთავარი პროკურორის ახლო ნათესავს კერძო ინტერესი აქვს და ცდილობს აქციოს საკონტროლო პაკეტი ხელში ჩაიგდოს).“ “2003 წლის 24 დეკემბერს ჩვენ სახლში ნიღბიანთა ჯგუფი შემოიჭრა, მათ მიღწეულ-მოღწეულს ყველაფერი, ცემეს მოხუცი ბებიანები, დამაც გამიღახეს, ამომიტრიალეს ხელები, დამადეს ხელბორკილები და წამიყვანეს რეგიონალური პროკურატურის ოფისში (მომათავსეს მთავარი პროკურორის კაბინეტში). დაიწყო ჩემზე ზეწოლა, რათა ხელი მომეწერა აღიარებით ჩვენებაზე ზოგიერთი თანამდებობის პირისათვის ქრთამის გადაცემასთან დაკავშირებით. ადვოკატი, რომ მოვითხოვე, მთავარმა პროკურორმა პირში ჩამწრა რევოლუციური და გამოჰკრა – “ბარაბანი” ცარიელი იყო. მან ეს პროცედურა რამდენჯერმე გაიმეორა იმ დამეს, თან დამცინავად მეუბნებოდა “აი რა კარგად გამოგვდის რუსული რულეტკის თამაში, ისე 3 ტყვია “ბარაბანში” კი დევს. შემდეგ დაიწყო ჩემი ცემა, ძირითადად თავში. მათ შემომავსიეს თავზე სველი რაღაც ტილო და მძიმე საგანი ჩამარტყეს, ვერ ვხედავდი რა იყო. თვალთ დამიბნეულდა, რამდენიმე წუთი ვერაფერს ვხედავდი. ცივი წყლით მასულიერებდნენ; მერე დამპირდნენ გაუპატიურებას. მუცელზე 4-ჯერ დამაწვეს სიგარეტი და “ტელეფონი” გამიკეთეს.” მერე გააშიშვლეს და ვიბრატორი დაანახეს “ეს შენთვის უწყვეტი სიამოვნებისთვის მოსანიჭებლად გვჭირდებაო”. ბოლოს XYXX გატყდა და ხელი მოაწერა აღიარებით ჩვენებას. ამის შემდეგ 25 დეკემბრის დღის 6 საათზე გადაყვანილ იქნა პოლიციის წინასწარი დაკავების საკანში, სადაც პოლიციელების მიერ დაუყოვნებლივ იქნა გამოძახებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა და მისმა ხელმძღვანელმა შეატყობინა სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომლებს და წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრის თანამშრომლებს. შემდეგი დღის განმავლობაში კიდევ ორჯერ გახდა საჭირო სასწრაფო დახმარება, პოლიციელებმა მისცეს ახალი ტანსაცმელი და სისხლში მოთხვრილი კი ახლობლებს დაუბრუნეს. 26 დეკემბერს გამოსაკვლევი პირი გადაყვანილ იყო ცენტრალურ საპრობილემში, მაგრამ იქ იგი არ მიიღეს მას შემდეგ რაც სამედიცინო ნაწილის ექიმმა განაცხადა “ეს ტრუპია, რა უნდა ამას ციხეში”; რის შემდეგაც იგი იუსტიციის სამინისტროს საავადმყოფოში გადაიყვანეს.

წინასწარი სასამართლო მოსმენისას XYXX თავდებით იქნა განთავისუფლებული და დაუყოვნებლივ გაგზავნილ იქნა სახალხო დამცველის მიერ წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრში კურსის გასავლელად. გენერალური პროკურატურის მთავარმა ინსპექციამ დაიწყო წამების ფაქტების გამოძიება ამ კონკრეტულ შემთხვევაში.

**4) გამოყენებული წამების მეთოდები**

- ცემა ხელებით, იარაღის ტარით, სხვა ბლავი საგნებით, თავის ქალის ტრავმის ფონზე გონების დაკარგვა (რამდენჯერმე)
- იძულებითი გაშიშვლება და გაუპატიურების მუქარა და იმიტაცია.
- დამწვრობების მიყენება (სიგარეტით)
- “ტელეფონი”
- იზოლაცია ბნელ, ცივ ოთახში უკანგბადო გარემოში, პიროვნების დეპრეზაცია.
- წამების გაურკვეველი მოლოდინი, ოჯახის წევრების წამების მუქარა
- ცრუ სიკვდილით დასჯა
- არარეალური არჩევანი (აღიარებითი ჩვენების მისაღებად)

**5) სიმპტომატიკა (მწვავე და ქრონიკული) და უუნარობანი (ინვალიდობა)**

მწვავე სიმპტომატიკა:

- თავის ქალის ტრავმა გონების დაკარგვით
- მარცხენა იდაყვის ჭრილობა
- წერტილოვანი თერმული დამწვრობები (4 მუცლის არეში)
- მწვავე სისხლდენა ცხვირიდან, პირიდან და ყურებიდან
- ტკივილით გამოწვეული შოკი
- სტენოკარდიული შეტევა და სუნთქვის უკმარისობა
- დაუქუილობები მთელი სხეულზე
- სმენადობის დაკარგვა მარჯვენა და დაქვეითება მარცხენა ყურში

ქრონიკული შედეგები:

- 4 ნაიარევი (შრამი) მუცლის არეში
- ძილ-ღვიძილის ციკლის დარღვევა.

➤ ქრონიკული ტკივილის სინდრომი მთელს სხეულში, განსაკუთრებით სეზონის და ამინდის ცვალებადობისას და ტრავმული მოვლენების გახსენებისას

➤ სმენადობის დაკარგვა მარჯვენა ყურში

### 6) ჩატარებული კონსულტაციები და გამოკვლევები

კონსულტაციები: ექიმ-თერაპევტის, ექიმ-ნევროლოგის, ექიმ-ფსიქიატრის, ექიმ-ოტოლარინგოლოგის, ექიმ ტრავმატოლოგის, ექიმ-რადიოლოგის, ექიმ-კომპუსტიოლოგის, ექიმ-ენდოკრინოლოგის, ფსიქოლოგ-ფსიქოთერაპევტის, ადვოკატის, სოციალური თერაპევტის, ექთნის.

ლაბორატორიული და ინსტრუმენტალური გამოკვლევები: რენტგენოგრაფია სხვადასხვა პროექციაში, მუცლის ღრუს ექოსკენირება, სისხლის და შარდის საერთო ანალიზები, სხვადასხვა ბიოქიმიური ანალიზები.

### 7) ფსიქოლოგიური შეფასება და ფსიქიკური სტატუსი

ფსიქიკური მდგომარეობა:

XYXX-ს მწვავე სტადიაში აღენიშნებოდა აფექტურ-შოკური რეაქცია, სტუპოროზული ვარიანტი დეზორიენტაციით, ცნობიერების ვეილს შევიწროებით და მეხსიერებაში ჩავარდნით. ამჟამად გარეგნულად მოწესრიგებულია. ორიენტირებულია სწორად, მოფიქრება-მოსაზრების პროცესები სხარტი და ადექვატური (კონკრეტისკენ მიმართულებით) გონებრივი განვითარების დონე – საშუალო, მიღებული ცოდნისა და გამოცდილების შესაბამისი. იგი თავაზიანი და თანამშრომლობაზე იყო ორიენტირებული, საუბრობდა გასაგებად და თავისუფლად. გამოკვლევის დროს არ გამოვლენილა არც პალუცინაციები, არც ბოღვითი აზრები და არც რაიმე სხვა ფსიქოზური რეგისტრის სიმპტომატიკა. ყურადღების კონცენტრაცია გაძნელებული, მეხსიერება – ძირითადად შენახული. ემოციური ფონი გამოირჩევა დისფორიულობით წამების ფაქტებისა და ჯალათებზე საუბრისას, თანდართული აფექტურ-ვეგეტატიური რეაქციებით (მოჭარბებული ოფლიანობა, წამოწითლება, კანკალი) ამავე დროს იყო ემოციურად ადექვატური, კონგრუენტული და მიზანმიმართული ტრავმული მოვლენების განხილვისას. სუიციდალური იდეები არ გამოვლენილა, მაგრამ მან აღნიშნა, რომ “მზად ვარ მოვკლა ის ჯალათები”, და მოგვემართა დახმარებისათვის (იგი რელიგიური პიროვნებაა და განიცდის, რომ ვერ აპატივს და ვერ შეუნდო).

ფსიქოლოგიური შედეგები:

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომები:

➤ განმეორებადი დამის კოშმარები, რომელთა ფონზე ეღვიძება ცივ ოფლში, “თითქოს ვცურავ”, დეზორიენტირებულია 5-10 წუთის განმავლობაში – მიაჩნია რომ კვლავაც პატიმრობაშია და უკიდურესი დაძაბულობის ფონზე უჭირს ჩაძინება. ტრავმულ მოვლენაზე აკვიატებული მოგონებების ფონზე განვითარებული ვნებათაღელვის მწვერვალზე - Flash back-ის ეპიზოდები.

➤ თავის არიდება ვლინდება: უუნარობაში თუნდაც გაისეირნოს ქუჩებში, სადაც პროკურატურა, ან/და სხვა ძალოვანი სამინისტროებია განლაგებული. ასევე არ შეუძლია ახლობელ ადამიანებთან და ოჯახის წევრებთან ტრავმულ მოვლენებზე საუბარი. ერთხელ - პანიკური შეტევის ეპიზოდი გაქცევით ახლობლების წრიდან, როდესაც საუბარი ჩამოვარდა უგანდაში შექმნილ სიტუაციაზე (დისკუსია ეხებოდა ჯარისკაც-ბავშვებს, წამების პრაქტიკას და ომს).

პიროვნული ცვლილებები წარმოდგენილია:

➤ მტრობის მატება, უნდობლობა და ეჭვიანობის მატება, ამასთან შერწყმული სირთულეები ურთიერთობებში, განმარტოებისა და კარნაკეტილობის ტენდენციები, სირცხვილისა და უიმედობის განცდა, პერიოდულად გაღიზიანებადობის და უმართავი მრისხანების (აგრესიის) ეპიზოდები (განსაკუთრებით პრობლემატურია კლიენტისათვის რაგბის თამაშის დროს)

### 8) სომატო-ნევროლოგიური მდგომარეობა

მწვავე ფაზაში თავის ქალის ტრავმის ტრავმული დაზიანების ნიშნები: თავბრუსხვევა, კოორდინაციის დარღვევა, გულისრევისა და პირღებინების შეგრძნება. სომატურად წერტილოვანი დამწვრობების შედეგად ჩამოყალიბებული ნაიარევეები (მესამე ხარისხის დამწვრობა) მარჯვენა ყურის დაფის აპკის ტრავმული პერფორაცია. ქრონიკული შედეგები: მარჯვენა ყურში სმენადობის სრული დაკარგვა, ქრონიკული ტკივილის სინდრომი, 4 ნაწიბური მუცლის არეში.

### 9) გაწეული დახმარება და მხარდაჭერა

გამოსაკვლევე პირის მდგომარეობის ამსახველი ყოველისმომცველი დოკუმენტაცია შეგროვებული და ფიქსირებულია და ამჟამად მას უტარდება მკურნალობა-რეაბილიტაციის კურსი დამოუკიდებელ, არასამთავრობო, სპეციალიზირებულ ცენტრში

მულტიდისციპლინარული გუნდის დინამიური მეთვალყურეობით; აგრეთვე დამოუკიდებელი საადვოკატო ფორმა წარმოადგენს მის ინტერესებს ორი მიმართულებით: 1) კლიენტის სისხლის სამართლებრივი დევნის შეწყვეტა და 2) სახელმწიფო რეპრესიული სისტემის წარმომადგენლის მხრიდან წამების ფაქტების დადასტურება და ადეკვატური მორალური და ფინანსური კომპენსაციის მიღება

### დავალება გუნდური მუშაობისათვის:

1. ჩამოაყალიბეთ თქვენი მოქმედების გეგმა.
2. ჩამოაყალიბეთ შეკითხვები, რომელიც შესაძლებელია დაესვას სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს.
3. შეადგინეთ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩასატარებლად საშუამდგომლო წერილი.

## შემთხვევა № 2

შენიშვნა: სამაგალითო შემთხვევა №2 დაწერილია ტრენინგის ჯგუფური მუშაობისათვის. შემთხვევაში აღნიშნული ყველა სახელი და ადგილი გამოგონილია.

**მოქალაქე XXX; დაბადებული 1981 წელს, გ-ში, დაამთავრა საშუალო სკოლა, მუშაობს ერთ-ერთ კომპანიაში დამლაგებლად. ცხოვრობს მშობლებთან და უმცროს ძმასთან ერთად.**

### შემთხვევის აღწერა

9 ივნისს, სამსახურის დამთავრების შემდეგ მოვიღოდი ქუჩაში. მზე ახალი ჩასული იყო. უცნობმა მამაკაცმა დამიძახა ჩემი სახელი; იმავდროულად, სანამ შემოვბრუნდებოდი რამდენიმე პირმა შემოჭრა, ისინი ხმამაღლა ყვიროდნენ და მლანძღავდნენ, პირზე ამაფარეს ხელი და იძულებით ჩამსვეს მანქანაში, სანამ დაყვირებას მოვასწრებდი. ისინი განაგრძობდნენ მუქარას და შეუბნებოდნენ, რომ როგორც იქნა საბოლოოდ ჩამიგდეს ხელში და პასუხს მაგებიანებდნენ ყოველივე იმისათვის რაც ჩავიდინე, და ამჯერად დაუსჯელი თავს ვეღარ დავადწვევდი. მათ დამაწვინეს ძირს და ფეხები თავზე შემომაწვეეს. მე ვერაფერს ვხედავდი, უკვე სუნთქვაც გამიჭირდა. მე არ ვიცოდი ვინ იყვნენ ეს პირები, სად და რატომ გამიტაცეს და ძალიან შეეშინდი. უცებ მანქანა რომელიღაც ადგილას გაჩერდა და მე თვალებ ახვეული გადმომიყვანეს. მე ისიც ვერ გავარკვიე თუ რამდენნი იყვნენ ისინი, თუმცა სავარაუდოდ ისინი ყველა მამაკაცები იყვნენ. მათ ხელები დამიჭირეს და წინსაკენ მიბიძგეს. ჩვენ შევედით შენობაში, სადაც შევჩერდით ლიფტთან. ისინი ვულგარულად ხუმრობდნენ ერთმანეთში და დამცინოდნენ, ახსენებდნენ სექსუალური ხასიათის სიტყვებს და იცინოდნენ.

ლიფტიდან გამოსვლის შემდეგ მათ მიბიძგეს წინსაკენ და მე შევიგრძენი რომ აღმოჩნდი მაგიდის მსგავს საგანთან პირისპირ. შემდგომ მათ მომთხოვეს პირადობის საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია და მე გავიგონე საბჭოთა მანქანის ხმა. მომხსნეს მაჯის საათი და თითიდან ბეჭედი. მე გავაცნობიერე, რომ პოლიციეს განყოფილებაში უნდა ვყოფილიყავი. მათ შემადგეს ბნელ ოთახში. ერთ-ერთი პირი სიკვდილით დამემუქრა თუ მე თვალებს ავიხსნიდი, დამტოვეს. ოთახში, რომელიც სრულიად ცარიელი იყო. მე მივედი კუთხეში და დავჯექი. სრული სიწყნარე სუფევდა. ამგვარად ყოველგვარი კავშირი ჩემსა და გარესამყაროს შორის შეწყდა. არავინ იცოდა თუ სად ვიყავი. ვერავინ გაიგებდა ასევე რომ მოვეკალით კიდევ. მხოლოდ შემთხვევითი საგაზეთო სტატიიდან სათაურით – “ქალის გვამი ნაპოვნია სადღაც ტყეში” შეიტყობდნენ ალბათ ჩემს ამბავს. მე არ მახსოვს რამდენი ხანი გავატარე ჩაკეტილ ოთახში. თითქოს საათები და დღეები გასულიყო. ლოდინი სულ უფრო და უფრო მძლავრ შიშს ბადებდა ჩემში. ჩემ თავს ვეუბნებოდი რომ უცნობ პირთა მიერ ჩემი დაცინვა და ვულგარული სიტყვებით მომართვა უფრო მეტად გასაძლისი იყო ვიდრე ამუამინდელი ჩემი ყოფა. ბოლოს გადავწყვიტე დავწოლიყავი და დამეძინა. ზუსტად ამ დროს კარი გაიღო, უცნობი მამაკაცი შემოვიდა ოთახში, ფეხი წამომარტყა და დამიყვირა – “ადექი!”.

შემდგომ შემიყვანეს გადაჭედებულ ოთახში. მე შუა ოთახში ვიდექი. ჩემს ირგვლივ მყოფი მამაკაცები ბინძური და ვულგარული უარგონებით ლაპარაკობდნენ. ისინი ირონიულად და დამცინავად მოიხსენიებდნენ ჩემს სხეულს და გარეგნობას, ასევე დასძენდნენ რომ ყოველივე საზიზღრობებს გამიკეთებდნენ. ისინი ასევე ცუდად მოიხსენიებდნენ ჩემს ძმას და ჩემს ოჯახს. როგორც ჩანს მათ გარკვეული ინფორმაცია უკვე გააჩნდათ ჩემზე. ისინი კითხვებს მისვავდნენ

და ლაპარაკს განაგრძობდნენ. მას შემდეგ რაც განვაცხადე რომ მე არაფერი არ ვიცოდი, ვიგრძენი ცემა გაურკვეველი მიმართულებიდან. ისინი მირტყავდნენ თავში, გულმკერდში, ზურგში, კისერს მიგრესდნენ და თმით მათრევდნენ. საბოლოოდ ერთ-ერთმა მათგანმა თქვა რომ გავეგდეთ იქიდან. მან განაცხადა, რომ მას შემდეგ რაც ცოტას ვიფიქრებდი აზრზეც მოვიდოდი.

შემდგომ მათ შემაგდეს საკანში. მე ვიფიქრე რომ ყველაფერი უკვე დასრულდა, თუმცა სამწუხაროდ შევცდი. ცოტა ხანში კარი კვალვ გაიღო და მამაკაცის ხმამ მიბრძანა ავმდგარიყავი. მან ახვეულ თვალებსა და ნაჭერს შორის ბამბის მსგავსი ქსოვილი ჩამიჭედა და ახლა უკვე საერთოდ ვეღარ ვხედავდი ვერაფერს. რამდენიმე ნაბიჯის გადადგმის შემდეგ სხვა ოთახში აღმოვჩნდი. ამ დროს იქ უკვე რამდენიმე მამაკაცი იმყოფებოდა. ისინი მთხოვდნენ მეთქვა ყველაფერი რაც ვიცოდი, თუმცა რა უნდა მეთქვა ეს მეტოვითონაც არ ვიცოდი. ამის თქმის შემდგომ ისინი უცებ მომვარდნენ და დამიწვეს საკუთარი შარვით მოხრჩობა. მე ვეღარ ვსუნთქავდი და უგონოდ დავეცი ძირს. მათ გამათრიეს სხვა ოთახში, დამისხეს პირის ღრუ და ამხსნეს თვალებზე დაფარებული ქსოვილები მცირე ხნით. მე ვიხილე ჩემი მეგობარი, რომელსაც თვალები ჰქონდათ აკრული, იყო სრულიად შიშველი, სველი და ლაპარაკობდა მცირეს. მე მიყვარდა იგი, ვინაიდან ჩემს საუკეთესო მეგობრად მიმაჩნდა. უცებ თვალთ დამიხნელდა და ტკივილი ვიგრძენი. მათ დამიწვეს ხელახალი დაკითხვა. სულ უფრო და უფრო მეტი ინტენსიობით მიმეორებდნენ კითხვებს. მე არ ვიცი რას ვპასუხობდი. მათ უკვე იცოდნენ ყველაფერი. მცირე ხანში მე კვლავ დამაბრუნეს ჩემს საკანში.

მე არ ვიცი რამდენი ხანი დაეყავი იქ. წუთები საათებად და დღეებად მეჩვენებოდა. მე ყველაფრის გავლენის სფეროში მოვექცევი, დროისაც კი. შემდგომ გაისმა მაღალ ხმაზე აწეული მუსიკა. ეს აუტანელი იყო. ისინი მუდმივად უკრავდნენ ერთსა და იმავე კასეტას. ისინი ვირტუალურად უკრავდნენ ჩემს თავში. მე არ მიყვარდა მსგავსი ხასიათის მუსიკა. მე ალბათ ვერასოდეს შევძლებ ეს მუსიკა ხელახლა მოვისმინო. ეს მუსიკა ჩემში კვლავ გააცოცხლებს ყველა ამ სცენას. ვფიქრობ იმასაც რომ ალბათ ჩემი ცნობიერებიდან ვერასოდეს ამოვშლი აღნიშნულ სცენებს. მე თვითმკვლელობაზე ვფიქრობდი. მე მაშინებდა უმნიშვნელო შეკრთობა ან ხმაურიც კი, ვინაიდან ვფიქრობდი რომ ისინი კვლავ ჩემს გასაყვანად მოვიდოდნენ. უცებ მათ მართლა გამოადეს ჩემი საკნის კარი. რკინის კარის ხმაური ესხდაც არ ამოდის თავიდან და ექოსავით გაისმის ჩემს ცნობიერებაში.

მათ კიდევ ერთხელ ამიხვიეს თვალები და კვლავ გამიყვანეს ოთახში. კიდევ ერთხელ დამისვეს კითხვები, მიყვიროდნენ და ხმაურობდნენ. მათ მითხრეს რომ სადაც არის ისინი ჩემს ძმას მოიყვანდნენ, რათა ჩემს თვალწინ ეწამებინათ. მათ ისიც მითხრეს, რომ იციან ის უდანაშაულოა, თუმცა მაინც დასჯიდნენ ჩემს გამო. ისინი სულ უფრო ხშირად და ხშირად იმეორებდნენ ფრაზას – “შენი გულისთვის”. მე ძალიან ახლო ურთიერთობა მქონდა ჩემს ძმასთან. იგი 6 წლით არის ჩემზე უმცროსი და მე მისთვის დედა უფრო ვიყავი ვიდრე და. იმის გაფიქრებაც კი რომ მათ შეეძლოთ ჩემი ძმისთვის ზიანის მიყენებდა უსულლო ქვასავით მაშეშებდა. უკანასკნელ ძალებს ვიკრეფდი რათა მათთვის რაიმე მეთქვა, თუმცა ისინი დამხვედრ შეკითხვებს მისვამდნენ, და ჩემს პასუხსაც კი არ ელოდებოდნენ. მათ უკვე იცოდნენ ყველაფერი და მეც ყველაფერი ვთქვი; მიუხედავად ამისა აღნიშნული დროის განმავლობაში ისინი უფრო და უფრო მეტ ზეწოლას აწარმოებდნენ ჩემზე. მე უკვე აღარ გამაჩნდა მოსაზრება იმის შესახებ თუ რა უნდა მეთქვა კიდევ.

მათ კვლავ შემაგდეს ჩემს საკანში. ყოველივე ძალიან აუტანელი იყო ჩემთვის. ისინი კვლავ დაბრუნდნენ და ისევ გამიყვანეს ოთახში. მისვავდნენ შეკითხვებს, მელაპარაკებოდნენ და მეც ვპასუხობდი. მე ვცდილობდი დაფიქრებულიყავი და სწორი პასუხები მომენახა. ამის შემდეგ ერთ-ერთმა მათგანმა მეორეს უბრძანა გავეშეშელებინე. მათ ძალით გამხადეს ტანზე ყველაფერი, საცვალიც კი. უცებ სრულიად შიშველი აღმოვჩნდი. მე არ შემეძლო გაეშეშელებულიყავი თუნდაც საკუთარი დედის წინ და ახლა პირველად ცხოვრებაში სრულიად შიშველი აღმოვჩნდი აბსოლუტურად უცხო ადამიანების წინაშე. ყველაფერი რაც შემდგომ მოხდა ბუნდოვნად მახსოვს. მხოლოდ მცირე დეტალები შემორჩა ჩემს მეხსიერებას. ყველაფერი ქოტურად და არეულად მახსენდება და ძალიან მიმიძმს ამის აღწერა. რომელიღაცამ მჭიდროდ ჩამჭიდა ხელი. მე არ შემეძლო გავნძრეულიყავი და ტკივილი ვიგრძენი. ხელები შემომაჭდეს. შეეხნენ ჩემს მკერდს, სხეულის ყველა ნაწილს. ისინი განსაკუთრებით აწვალებდნენ ჩემს მკერდს, ეს ძალიან მტკივნეული იყო. სირცხვილისა და შიშისაგან კინაღამ მოვკვდი. უსაზიზღრეს სუნს ვგრძნობდი, ვუსმენდი ხმამაღალ სიცილს, შემზარავ ხმებს, რომლებიც საშინელ რამეებს ამბობდნენ. საშინელ ტკივილს განვიცდიდი. ვცდილობდი როგორმე დამემთავრებინა ყველაფერი. მე ამას უკვე ვეღარ გავუძლებდი, უკვე არავითარი გრძნობები აღარ გამაჩნდა, თითქოს სხვა რომელიმე პლანეტაზე ვიმყოფებოდი. თუმცა როდესაც რეალურ სიტუაციას ვუბრუნდებოდი ვხვდებოდი რომ არ გავმქრალვარ და

კვალვ ამ სასტიკი რეალობის პირისპირ ვიმყოფებოდი. მე უკვე აღარ მესმოდა რას მეკითხებოდნენ, რას ვპასუხობდი. უცებ ვიგრძენი, რომ ცივი წყლის ჭავლის ქვეშ ვიმყოფებოდი. სრულიად ვკანკალებდი; ძალიან ცივი იყო. უცებ მათ მარტო დამტოვეს ძირს დაგდებული, გავიდნენ ოთახიდან და მხოლოდ ის ამაზრხენი მუსიკა დამიტოვეს, რომელსაც მთელი არსებით ვერ ვეგუებოდი. ოთახში ძალიან ციოდა, მე თითქმის სრულად გავიყინე. მე არ მქონდა ტირილის თავიცი კი. ვეღარ ვხვდებოდი სად ვიმყოფებოდი, ვინ ან რა ვიყავი. იყო მხოლოდ სიცარიელე და არაფერი მის გარდა... ისევ და ისევ იგივე. მათ კიდევ ერთხელ ამიყვანეს, მელაპარაკებოდნენ და მისვავდნენ შეკითხვებს. მე ვცდილობდი მეპასუხა. ისინი არაფრით კმაყოფილდებოდნენ და ჩემგან მეტს მოითხოვდნენ. ჩემი პასუხები მათთვის არასრულყოფილი და არასაკმარისი იყო და არ ვიცოდი თუ რა უნდა მეთქვა მეტი. მე აბსოლუტურად შიშველი ვიყავი. უცებ ერთ-ერთმა თქვა რომ დრო იყო საქმე დაეწყოთ. მე დამაწვინეს და რაღაცაზე მიმაბეს. ისინი რაღაცას მასხავდნენ სხეულზე; მარჯვენა ფეხის თითზე გაურკვეველი საგანი მომაბეს. სხვა რაღაც საგნით ეხებოდნენ ჩემს სასქესო ორგანოებს. უცებ უძლიერესი ტკივილი ვიგრძენი, ჩემი მთელი სხეული უეცრად შეიკუმშა, თითქოს ჩემი მარჯვენა ფეხი თავისით ამოძრავდა. ამის შემდეგ აღარაფერი მასსოვს, გონება დაეკარგა. როდესაც გონება დამიბრუნდა იატაკზე ვიწექი და მთლიანად სველი ვიყავი. შემდეგ მათ იგივე საკნამდე მიმათრეს.

ნამდვილად არ ვიცი რამდენი ხანი დაეყავი ამ საკანში. როგორც უკვე აღვნიშნე ყოველივე ქაოსურად მასსოვს. მოგვიანებით, კიდევ რამდენჯერმე გამიყვანეს რათა ხელი მომეწერა რაღაც ფურცელზე, შემიყვანეს და დამატოვებინეს რამდენიმე ოთახი, თუმცა მათ მე აღარ გავუშისვლებივარ. ისინი მხოლოდ მცემდნენ და თმით მიმათრევდნენ დრო და დრო. ამ ორი დღის განმავლობაში მომიტანეს მხოლოდ ორი ხორციანი სენდვიჩი, ასევე ყველი და პური. ისინი შეურაცხოვას მაყენებდნენ და არ მაძლევდნენ საშუალებას სურვილის ქონისას მივსულიყავი ტუალეტში. ისინი გამუდმებით მლანძღავდნენ და ხელს მკრავდნენ გზაში, იძულებითი გადაადგილების დროს. ამ ხნის განმავლობაში მე მუდმივად მქონდა ახვეული თვალები და მხოლოდ ტუალეტში მაძლევდნენ საშუალებას ამეხსნა ისინი. ტუალეტში ყოფნის დროს მიკრძალავდნენ კარის დახურვას, რის გამოც უდიდეს სირცხვილს განვიცდიდი. ამის გამო ვცდილობდი მიმეღო რაც შეიძლება მცირე რაოდენობით წყალი, რათა არ გამჩენოდა ტუალეტის მოთხოვნის სურვილი, ასევე იმის გამო რომ ზიზღს განვიცდიდი ტუალეტიდან დაღეული წყლის გამო.

მე კიდევ ერთხელ ვიქენი გაყვანილი სხვა ოთახში. მამაკაცი მაგიდას მისჯდომოდა. მე ვიფიქრე რომ ახლა ყველაფერი კვლავ თავიდან განმეორდებოდა, თუმცა ნათელი ხდებოდა, რომ ეს უცნობი მამაკაცი ადვოკატი იყო, რომელიც გამოგზავნილი იყო ადვოკატთა კოლეგიის მიერ. მან მკითხა თუ რა მოხდა. მე შესაძლებლობა მომეცა მომეთხრო მისთვის ჩემი ამბის ნაწილი. მან მირჩია ყველაფერი მომეყოლა გასინჯვის დროს და აღნიშნულის შემდეგ მომზადდებოდა ანგარიში. აღნიშნულის შემდეგ მე მოყვანილი ვიყავი აქ მანქანით. და აქედან მე უნდა წავიდე სახალხო პროკურორთან. ადვოკატი ასევე იქ იქნება. მაგრამ მიუხედავად ამისა მე არ შემიძლია უკვე სადმე თავი უსაფრთხოდ ვიგრძნო. ერთადერთი რაც მინდა. არის მარტოდ დარჩენა და არ ვილაპარაკო არაფერზე. მეორეს მხრივ განმარტოების იდეა ძალიან მაშინებს. მე ვგრძნობ თითქოს რაღაც უნდა მოხდეს ნებისმიერ მომენტში. მინდა მივიღო შხაპი, დავიბანო და გავსუფთავდე, დავივიწყო, არასოდეს აღარ ვიგძნო ის სუნი და არასოდეს გავიგონო ის ხმები, არასოდეს განვიცადო ის შეხება. მაგრამ ყველაფერი ჯერ კიდევ ცოცხლობს ჩემში, თითქოს ეს ყველაფერი არასოდეს დასრულდება. მე რომ ყოფილიყავი განმარტოებული სიცარიელეში, სხვა პლანეტაზე ეს ამბავი ვინმე სხვას გადახდებოდა. მე სხვაზე ვერაფერზე ვეღარ ვფიქრობ. მე დაღლილი ვარ, ძალიან დაღლილი. მეძინება, მე მინდა დავიძინო და აღარასოდეს გამეღვიძოს. თუმცა ძილისაც მეშინია, რათა ეს საშინელება, რაც თავს გადაამხდა ძილშიც არ განმეორდეს. მე მყავდა მეგობარი, ჩვენ ვფიქრობდით დაქორწინებას ძალიან მალე. მაგრამ ახლა, ყველაფერი დასრულდა. წარმოდგენაც არ მინდა იმისა, რომ ვინმე შეიძლება შემეხოს, ხელებზეც კი. აღნიშნული მაფიქრებინებს რომ ჭკუიდან გადავდგები. მე აღარასოდეს აღარ მინდა რომ კვლავ გავიხადო, მაგრამ მაშინ როგორღა მივიღებ შხაპს? მე მგონია რომ მე უკვე აიშე აღარ ვარ ამის შემდეგ. ჩემი მომავალი აბსოლუტურად გამქრალია. მათ ჩემს ძმაზე იმდენი რამ ილაპარაკეს... მე ძალიან მეშინია მათი მუქარის ჩემი ძმის მიმართ. მე არ მინდა ჩემს გამო ვინმე დაზარალებდეს; ყველაფერი ჩემს გამოა... მე არ შემიძლო იქ რაიმე მეღონა. ისინი დარწმუნდნენ თუ რამდენად სუსტი არსება ვიყავი, ამიტომ დამმართეს ყოველივე სწორედ მე. მე ვერ გავუძელი და ვერ შევეწინააღმდეგე მათ. მე არაფერი გააზრებულად არ გამიკეთებია. მე უსარგებლო, საცოდავი არარაობა ვარ. და ახლა ნება მომეცით დავასრულო. მე არ ვიცი რა ვქნა. ჩემი ცხოვრება ამოწურულია. მეშინია სიცოცხლის.

## შემაჯამებელი ცნობები

XXX, დაბადებული 1981 წელს გ-ში, სქესი-მდედრობითი; დამთავრებული აქვს პირველადი სკოლა, მუშაობს დამლაგებლად ერთ-ერთ კომპანიაში. ცხოვრობს უმცროს ძმასთან და მშობლებთან ერთად. იგი დაპატიმრებულ იქნა ქუჩაში მოსიარულე 2003 წლის 9 ივნისს, საღამოს 6 საათზე, როდესაც მოდიოდა სამსახურიდან.

თვალების ახვევა, ცემა, გაშიშვლება, ცივი წყლის დასხმა, ელექტრო შოკი (დასველების შემდეგ, დაწვენილ იქნა იატაკზე, მარჯვენა ტერფის მეხუთე თითზე, სასქესო ორგანოებზე და მის მიმდებარე მიდამოებში მიამაგრეს ელექტროდები), სველი დატოვება სიცივეში, თმებით თრევა, სქესობრივი ძალადობა, მუქარა (მისი ძმის დაპატიმრება და წამება, ასევე გაუპატიურებით დამუქრება), მაღალ ხმაზე მუსიკის ზეზღურბლოვანი მოსმენა, ძილის აკრძალვა, შარფით (თავშალით) მოხრჩობა, ტუალეტში შესვლის შეზღუდვა, წამების ვიზუალური დანახვის იძულება, განმარტობა და თავისუფლების აღკვეთა.

**ფიზიკური ჩივილები:**

ყელის ტკივილი, ყლაპვის გაძნელება, მარჯვენა კანჭის ტკივილი, სხეულის ზოგადი დაქუეილობა და ტკივილი, მარჯვენა ძუძუს ტკივილი, ორივე ზედა კიდურის ტკივილი, ტკივილი ზურგის მიდამოში, თავის ტკივილი, თმის ძირების ტკივილი, დიზურია, ნიკაპის ტკივილი.

**ფსიქიკური ჩივილები და ნიშნები:**

გადატანილი ტრავმის შემდგომ გაჩენილი ძლიერი შიში, და დაუხმარებლობის განცდა. მდგრადი და განგრძობითი ფიქრი გადატანილის შესახებ. გადატანილი ტრავმის გაცნობიერება, თითქოს იგი გრძელდება; ასოცირებული პროცესების მიმართ ფიზიოლოგიური რეაქციები; გაუჩინარების მცდელობა, მესხიერების ნაწილობრივი ამოვარდნები გადატანილ ტრავმასთან დაკავშირებით, დაკარგული მომავლის ემოციური განცდა, გაღიზიანებადობა, ზერეაქტიულობა, გარემოს აღქმის დონის დერეგალიზაცია, დაძაბულობა, დისტრესი, დაღლილობა, თვითშეფასების დაქვეითება, არასრულფასოვნების და არა საჭიროობის, ასევე თვითდანაშაულის განცდა, დესპერაცია (გამოუვალი მდგომარეობის განცდა), კონცენტრირების პროლემა, ავადმყოფური აზრები.

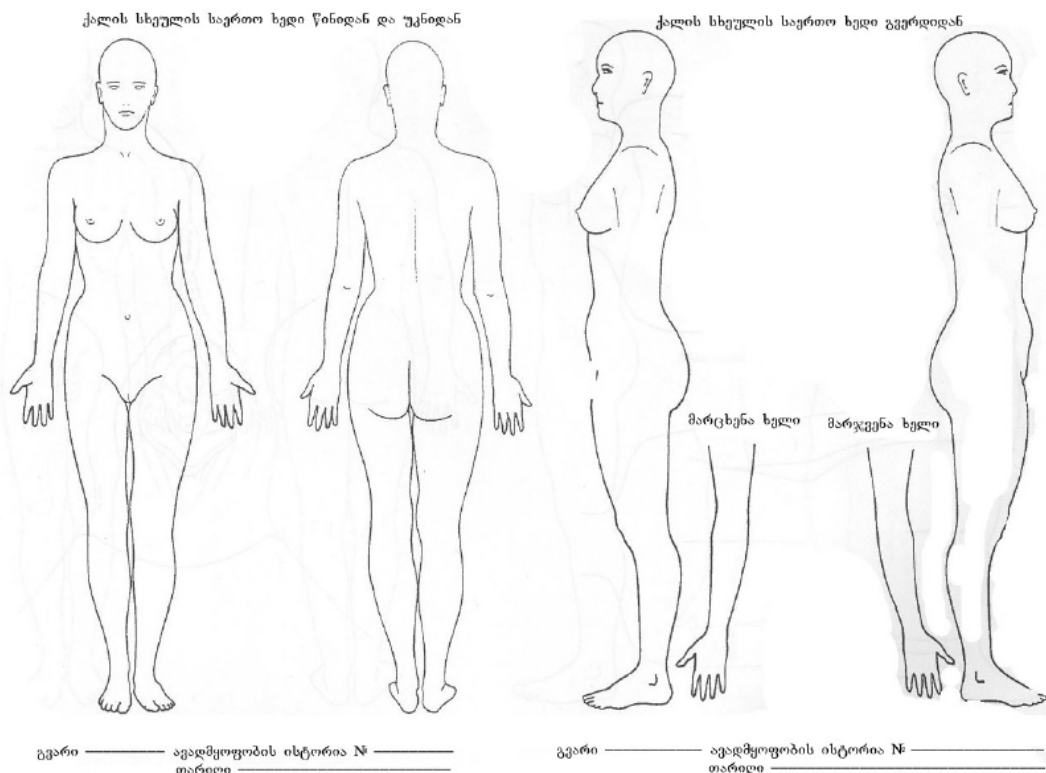
**დავალება გუნდური მუშაობისათვის:**

4. ჩამოაყალიბეთ თქვენი მოქმედების გეგმა.
5. ჩამოაყალიბეთ შეკითხვები, რომელიც შესაძლებელია დაესვას სასამართლო სამედიცინო ექსპერტს.
6. შეადგინეთ სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ჩასატარებლად საშუამდგომლო წერილი.

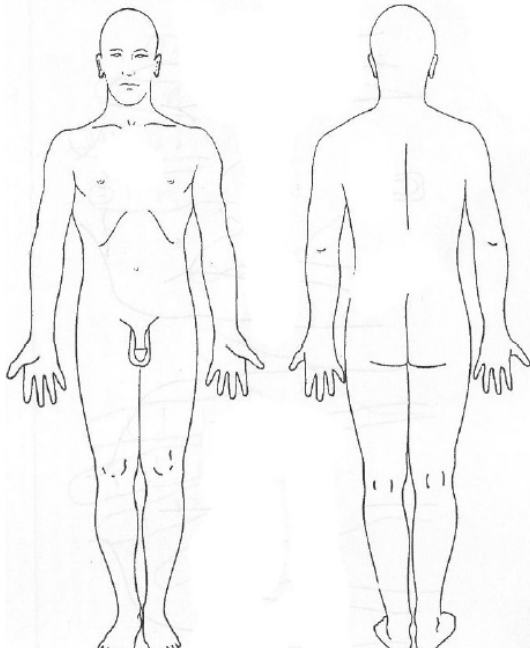
...

**დანართი III**

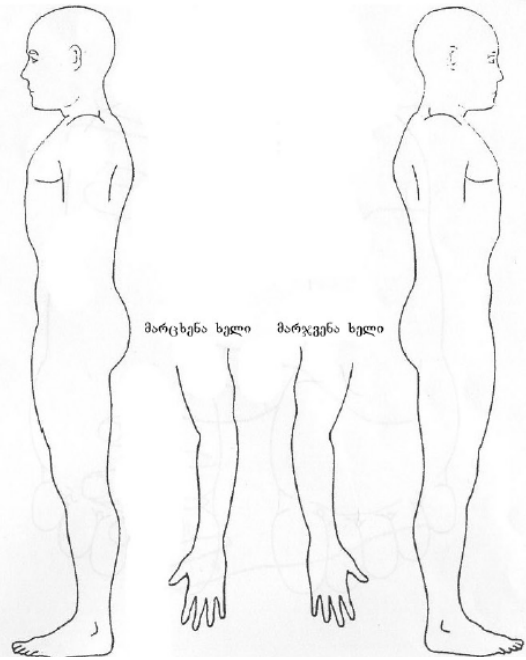
ანატომიური ილუსტრაციები წამებისა და სასტიკი მოპყრობის ლოკუმენტირებისათვის



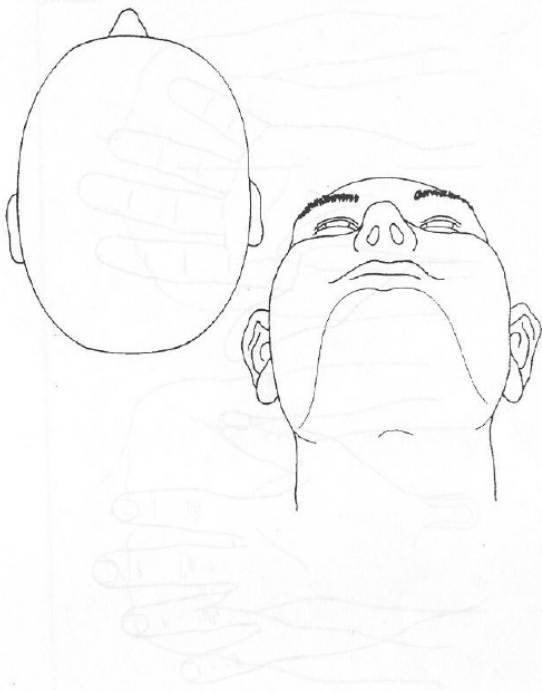
მამაკაცის სხეულის საერთო ხედი წინიდან და უკნიდან  
(ცენტრალური და დორსალური)



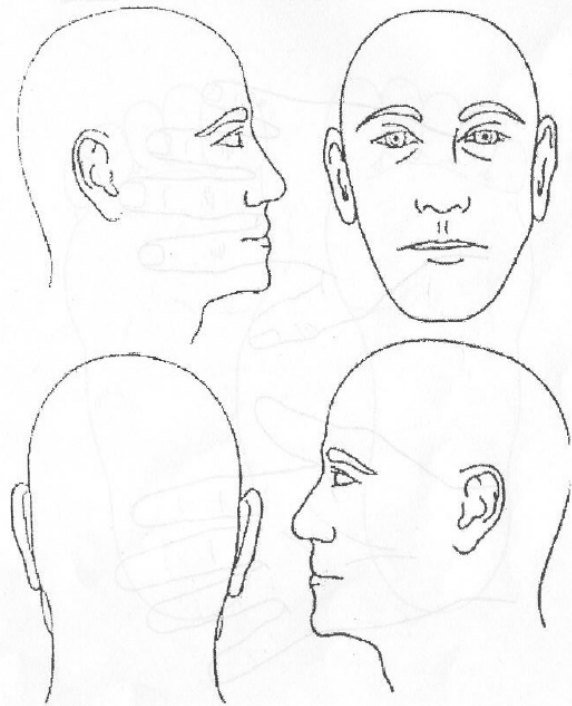
მამაკაცის საერთო ხედი გვერდიდან



თავი - პლასტიკური და ჩონჩხის ანატომია -  
ხედი ზემოდან და კისრის ხედი ქვემოდან



თავი - პლასტიკური და ჩონჩხის ანატომია -  
ხედი ოთხი მხრიდან

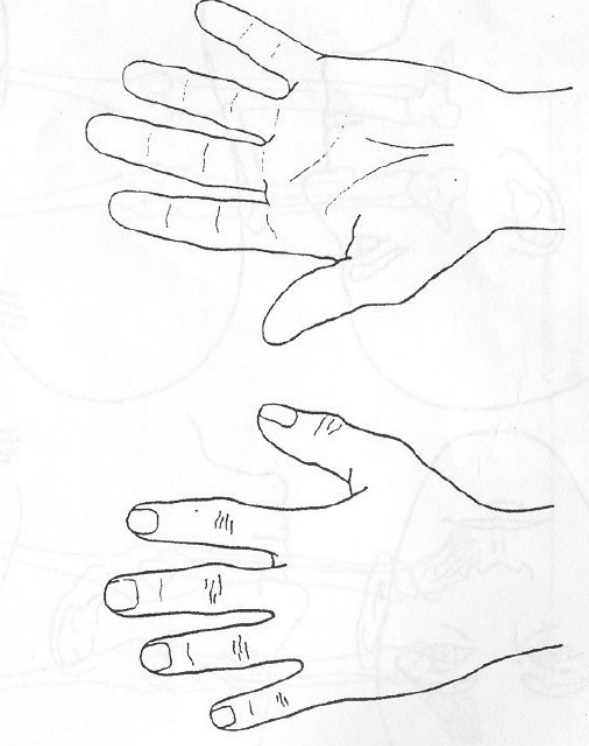
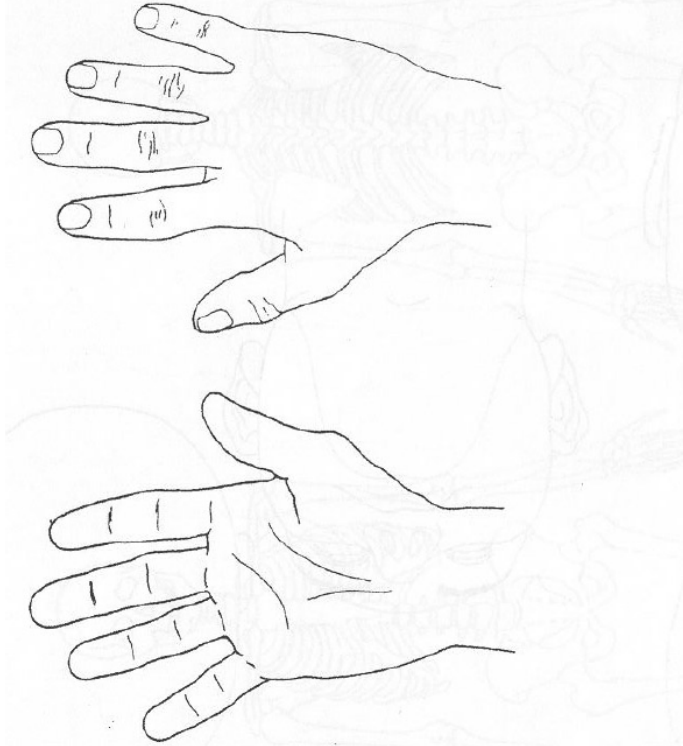


გვარი \_\_\_\_\_ ავადმყოფობის ისტორია № \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_

გვარი \_\_\_\_\_ ავადმყოფობის ისტორია № \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_

მარკვენა მტევანი - ხელისგულისა და ზურგის მხარეები

მარცხენა მტევანი - ხელისგულისა და ზურგის მხარეები

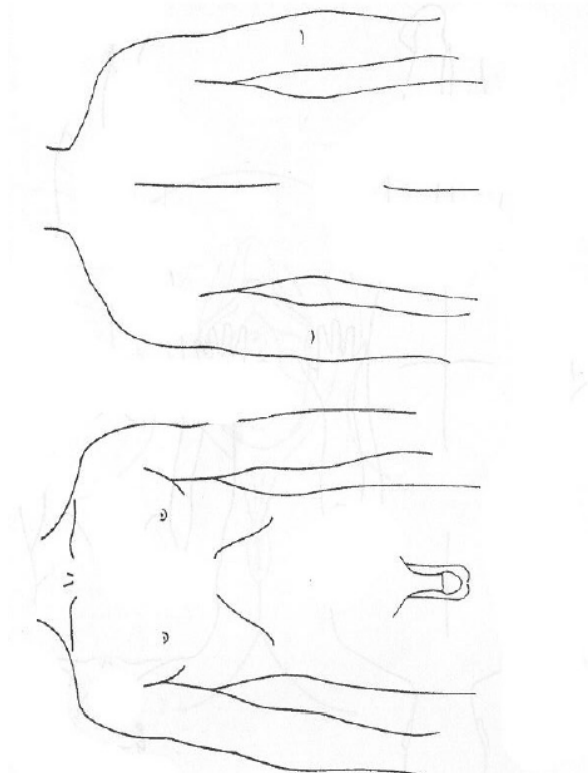


გვარი \_\_\_\_\_ ავადმყოფობის ისტორია № \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_

გვარი \_\_\_\_\_ ავადმყოფობის ისტორია № \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_

მაშაკაცის გულმკერდი და მუცელი - წინა და უკანა ხედი

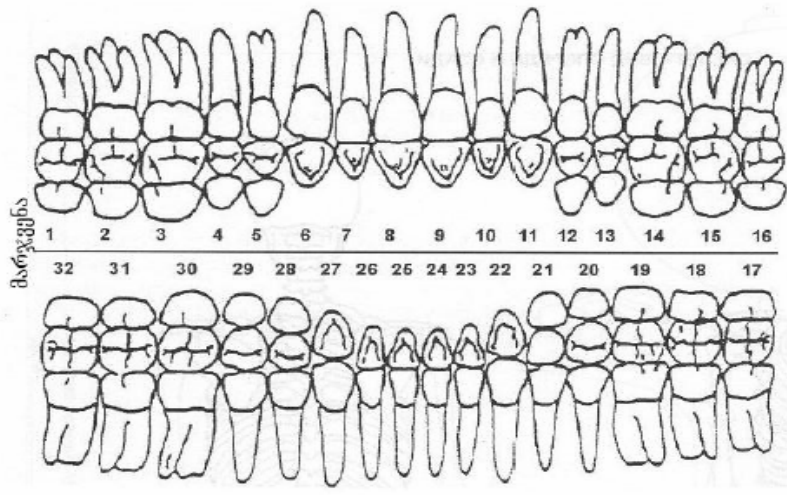
მარჯვენა და მარცხენა ტერფი - ძირი



გვარი \_\_\_\_\_ ავადმყოფობის ისტორია № \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_

გვარი \_\_\_\_\_ ავადმყოფობის ისტორია № \_\_\_\_\_  
თარიღი \_\_\_\_\_





მისდევნეთ  
 ახალი \_\_\_\_\_  
 სტესი \_\_\_\_\_  
 რასა \_\_\_\_\_

შემოსახეთ არსებული კბილის პროტეზის მახასიათებლები

ზედა ყბა  
 მოვლინად ამოღებული  
 ნაწილობრივ ამოღებული  
 ჩახშული ხიდისებრი

ქვედა ყბა  
 მოვლინად ამოღებული  
 ნაწილობრივ ამოღებული  
 ჩახშული ხიდისებრი

ყველა კბილის პროტეზისა და ჩამაგრებული ხიდების სრული აღწერა

---



---



---



---



---



---

კბილის ნაღები  
 უმნიშვნელო  
 საშუალო  
 უკიდურესი ხარისხის

შემოსახეთ მახასიათებლები

წამება: შედეგები, დიაგნოსტიკა, ექსპერტიზა და რეაბილიტაცია  
თბილისი 2008, გვ. 236

**ISBN 978-9941-0-1146-7**

გამოცემულია: თბილისში, შპს “უნიკოლორი”

სარედაქციო საბჭო: თეიმურაზ ბოკუჩავა, გიორგი ბერულავა, გიორგი ციბაძე

საკონტაქტო მისამართი:

წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრი “ემპათია”  
კანდელაკის ქ. №23, თბილისი 0160, საქართველო  
ტელ/ფაქსი: (+995 32) 38 10 15  
ელ. ფოსტა: [centre@empathy.ge](mailto:centre@empathy.ge)  
[www.empathy.ge](http://www.empathy.ge)

გირაჟი 300