

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს
მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

ხელნაწერის უფლებით

ნინო დამბირის ასული ოკრიბელაშვილი

პოსტტრაავმული სტრესული აშლილობის კლინიკო-ფენომენოლოგიური
თავისებურებანი იძულებით ადგილნაცვალ პირებში
14.00.18 - ფსიქიატრია

დისერტაცია მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის

სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო კონსულტანტი:

მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

გიორგი ნანეიშვილი

თბილისი

1 9 9 9

ს ა რ ჩ ე ვ ი

1. შესავალი ბმ. 2
2. პრობლემის აქტუალობა ბმ. 3
3. თავი I. საკითხის ისტორია ბმ. 9
4. თავი II. კვლევაში გამოყენებული მეთოდები და მასალა ბმ. 37
5. თავი III. საკუთარი დაკვირვება ბმ. 44
6. III. 1. გამოკვლეულ პირთა სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები ბმ. 44
7. III. 2. კლინიკური კვლევების მონაცემები ბმ. 58
8. III. 2. 1. მატრავმირებელი მოვლენების შემდეგ პტსა არ განვითარდა ბმ. 58
9. III. 2. 2. მიმდინარე პტსა ბმ. 66
10. III. 2. 3. გახანგრძლივებული პტსა ბმ. 74
11. III. 3. საკონტროლო ჯგუფის სოციო-დემოგრაფიული და კლინიკური მახასიათებლები ბმ. 81

12.	თავი IV. მიღებული შედეგების განხილვა	ბმ. 92
13.	ასკვნები	ბმ. 122
14.	პრაქტიკული რეკომენდაციები	ბმ. 125
15.	გამოყენებული ლიტერატურის სია	ბმ. 127
16.	დანართი	ბმ. 138

შ ე ს ა ვ ა ლ ი

იძულებითი მიგრაცია შედარებით ახალი ფენომენია ქართველი ერის ისტორიაში. ამ ურთულესი პროცესის უკან კი დგას კონკრეტული ადამიანი ანუ უნიკალური ბიო-ფსიქო-სოციალური არსება (Frankl V., 1990), რომელსაც ჩვეული სოციალური თუ ყოფითი სტერეოტიპების რღვევის შედეგად ადაპტაცია უხდება ახალ, მისთვის უჩვეულო და ზოგჯერ მიუღებელ გარემოსთან. ადაპტაციის პერიოდის ხანგრძლივობასა და წარმატებით დაძლევაზე მნიშვნელოვანი გეგავლენა აქვს ინდივიდუალურ პიროვნულ მახასიათებლებსა და გადატანილი მატრავმირებელი მოვლენების სიმწვავეს.

XX საუკუნის მიწურულს მსოფლიო ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ერთობ ღირებული გახდა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსა) დამოუკიდებელ ნომოლოგიურ ერთეულად ჩამოყალიბება. ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის განმარტებით, პტსა არის ორგანიზმის საპასუხო რეაქცია ფსიქიკურ ტრავმაზე, რომელიც ცდება ნორმალური ადამიანური გამოცდილების საზღვრებს. ისტორიულად მეტად ხანმოკლე პერიოდში (1985-1995 წ.წ.) საქართველოს მოსახლეობამ გადაიტანა არაერთი კატასტროფული ხასიათის, როგორც სტიქიური (მინისძვრები, ზვავები, წყალდიდობები), ისე ხელოვნური (9 აპრილის მოვლენები, თბილისის ომი, ტერორისტული აქტების სერია და სხვ.) კატაკლიზმები. გაცილებით სერიოზული მოვლენაა ომი, ვინაიდან სიცოცხლის დაკარგვის საფრთხესთან ერთად, ომის დროს ადამიანი გარკვეული დროით ხვდება და ცხოვრობს მისთვის უჩვეულო გარემოში, სადაც მოქმედებს ჩვეულებრივი ცხოვრებისათვის დაუშვებელი კანონები (ძალადობა, კაცთკვლა, წამება და სხვ.). საქართველოს სხვადასხვა კუთხეში შეიარაღებული კონფლიქტების შედეგად 300 000-მდე დევნილს ახალი ცხოვრების დაწყება მოუხდათ სახელმწიფოში არსებული გლობალური

პოლიტიკურ-ეკონომიკური კრიზისის პირობებში, რაც თავისთავად პოსტ-სოციალისტურ საზოგადოებაში მიმდინარე ძირეული ცვლილებების შედეგი იყო. გახანგრძლივებული სოციალური სტრესორების ზემოქმედებით მნიშვნელოვნად შეიცვალა პოპულაციაში ფსიქიკურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგია და მის სტრუქტურაში თავი იჩინა მასობრივ ფსიქოგენიათა ხვედრითი წონის მატებამ.

პრობლემის აქტუალობა

საზოგადოების განვითარების დღევანდელ ეტაპზე ტრადიციული რელიგიური და ოჯახური ფასეულობების რღვევა ნოციერ ნიადაგს ქმნის ადამიანებსა და, ზოგადად, საზოგადოებაში ახალი კონფლიქტებისა და შფოთვის აღმოცენებისათვის (Kaplan et al., 1991). 1947 წელს ალბერტ კამიუმ XX საუკუნეს "შიშის საუკუნე" უწოდა. შიშის, როგორც ეგზისტენციალური ფენომენის მიზგზად შესაძლებელია გავიაზროთ ის რადიკალური საზოგადოებრივი ძვრები, იდეოლოგიური არქეტიპების თუ სოციალური ტრადიციების რღვევა, რაც უკიდურესად ამძიმებს მოსახლეობის ფართო ფენების შეგუებას სახელმწიფოში მიმდინარე პროცესებისადმი.

ბოლო წლებში საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა პროცესებმა, რაც აისახა პოსტ-სოციალისტურ საზოგადოებაში მიმდინარე ძირეულ სოციალურ ძვრებში, გლობალურ პოლიტიკურ-ეკონომიკურ კრიზისში, პიროვნების სტატუსის შეცვლაში, უმუშევრობასა და სხვა, ასევე საომარმა მოქმედებებმა, იძულებითმა მიგრაციამ, ტერორმა – მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი პოპულაციაში ისეთი ფსიქიკური აშლილობებისა და მოსაზღვრე მდგომარეობების აღმოცენებას, რაც, უპირატესად "მცირე ფსიქიატრიის" ფარგლებში განიხილება. ამდენად, ფსიქიკურ დაავადებათა სტრუქტურაში თავი იჩინა რეაქტიული წრის აშლილობებმა, რომელთა ფორმირების პირველ ეტაპზე ჭარბობს

არასპეციფიკური, “ზეპიროვნული” - სუბდებრესიული, ასთენიური და ვეგეტატიური აშლილობები, ხოლო მოგვიანებით - სოციალურად ფორმირებადი პიროვნული და ქცევითი აშლილობები. მის ძირითად ვარიანტებს შესაძლოა მივაკუთვნოთ არაპათოლოგიური ფსიქო-ფიზიოლოგიური გამოვლინებები, ადაპტაციის დარღვევები, ნევროზული რეგისტრის ნატიფი აშლილობები, პიროვნების პათოქარაქტეროლოგიური განვითარება, მწვავე რეაქციები სტრესზე და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა), რასაც, როგორც წესი, თან სდევს სომატოფორმული დარღვევები.

გახანგრძლივებული სოციალური თუ ხელოვნური ან ბუნებრივი სტრესორების ზემოქმედების შედეგად პათომორფოზს განიცდის ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობათა კლინიკური სურათიც (F.S.Sierles et al., 1983), რაც მნიშვნელოვნად ართულებს ფსიქიკურ დაავადებათა დროულ დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროგნოზსა და მეორად პროფილაქტიკას.

დღეისათვის მეტად აქტუალურია V.Frankl-ის (1990) კონცეფცია, რომლის თანახმად, არსებობს ადამიანის არსის 3 დონე და თითოეულ მათგანს საკუთარი განზომილების პარამეტრები გააჩნია: ბიოლოგიური დონე - ყოველივე ის, რაც ახასიათებს ადამიანს, როგორც ბიოლოგიურ არსებას შესაბამისი სტრუქტურულ-ფუნქციური წარმონაქმნებით; ფსიქიკური დონე - თვით ფსიქიკა, როგორც “ქცევის ფორმირებისა და მართვის აპარატი” (П.С.Грабе, 1981), მიმართული როგორც ორგანიზმის ბიოლოგიური, ისე პიროვნების სოციალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისაკენ; სოციალური დონე, რომელშიც განიზომება ცნებები, ზნეობა, სულიერება - ნოეთიური დონე

ადამიანის ნორმალური ფუნქციონირების არსი ბიოლოგიური განზომილების პარამეტრებით ფსიქიკური აპარატის გარე სამყაროსთან შესატყვისი ფუნქციონირების უზრუნველყოფაა, რაც თავის მხრივ,

ფსიქოლოგიური განზომილების პარამეტრებში - სოციალური, ნოეთიური განზომილების ადექვატურ ფუნქციონირებას განაპირობებს. თვით ნოეთიური აქტივობა გულისხმობს პიროვნების ადექვატურ თანამშრომლობას ანუ ინტეგრაციას საზოგადოების გლობალურ სულიერებაში და, თავის მხრივ, ონტოლოგიურ ფასეულობას წარმოადგენს. თითოეული ფუნქცია შესაძლოა დაირღვეს როგორც საკუთარი, ისე ზემდგომი პარამეტრების დონეზე, ამასთან, ზემდგომ დონეს გარკვეულად კომპენსირების უნარი გააჩნია. მაგალითად, დღეისათვის ცნობილია როგორც ბიოლოგიური განზომილების კომპენსატორული მექანიზმები, ასევე სოციალურ ფუნქციათა განმსაზღვრელი ფსიქოლოგიური პარამეტრების კომპენსატორული შესაძლებლობანი. უფრო ფართოა უმაღლეს - ნოეთიურ (სოციალურ) დონეზე კომპენსაციის შესაძლებლობები, კერძოდ, პიროვნული პერეორიენტაციის გზით სხვა აზრობრივ აქტივობაზე გადასვლა. თუ აუცილებელი ადექვატური კომპენსაცია არ ხორციელდება, საუბარია ფუნქციის დარღვევაზე ანუ დაავადებაზე და, როცა ეს დარღვევა შეეხება სოციალურ დონეს, არ შეიძლება მისი განხილვა, როგორც დაავადების სამედიცინო ასპექტისა. არსებული ავადმყოფური ცვლილებების გამო სოციალური ფუნქციონირება შესაძლებელია დაირღვეს ქვემო სტრუქტურებშიც, მაგ. ბიოლოგიური დონის დარღვევებით პირობადებულ ფსიქოპათოლოგიას, თავის მხრივ შეუძლია შეცვალოს ან გარკვეულწილად შეზღუდოს სოციალურ სფეროში პიროვნების მიზანმიმართული მოღვაწეობა ანუ ფსიქოპათოლოგიურ ფაქტორს შეუძლია სოციალური ქცევის თავისუფლების ბლოკირება, შეცვლა ან შეზღუდვა.

სოციალური გარემო, ეყრდნობა რა ადამიანის ბიოლოგიურ თავისებურებებს, ახდენს მისი ცნობიერების ფორმირებას, განსაზღვრავს მის სოციალურ-ფსიქოლოგიურ თავისებურებებს, ქმნის განუმეორებელ პიროვნულ მახასიათებლებს. ადამიანის პიროვნება ყოველთვის ატარებს

მთლიანობის ხასიათს, რაც დ.უზნაძის (1966) მიხედვით, ყველა ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ფუნქციის “მონესრიგებული მთლიანობაა”. ამდენად, თვით პიროვნებას, ფორმირდება რა სოციალიზაციის პროცესში, გარემოს ზემოქმედებით შეიძლება შეეცვალოს ფასეულობათა მიმართ ორიენტაცია და ა.შ. ანუ მისი უმაღლესი - ნოეთიური, განზომილება, რომელიც ახასიათებს პიროვნების სოციალურ-ზნეობრივ კოდექსს - სინდისს. ყოველი ახალი სიტუაცია ატარებს გარკვეულ შინაარსს, განსხვავებულს - განსხვავებული ადამიანებისათვის, მაგრამ თითოეულისათვის ეს სიტუაცია ერთადერთია და ჭეშმარიტი. V.Frankl-ი (ციტ. Ф.В.Кондратьев-ის (1993) მიხედვით) თავისუფალი ნების თეორიის მთავარ თეზისად აღიარებს იმას, რომ ყოველი ადამიანი თავისუფალია იპოვოს ცხოვრების საზრისი და მოახდინოს საკუთარი შესაძლებლობების რეალიზაცია, იმ შემთხვევებშიც კი, თუ მისი თავისუფლება შესამჩნევადაა შეზღუდული ობიექტური მიზეზებით. მუდმივად ცვალებად სიტუაციებში ხდება სხვადასხვა მიზნების, კონკრეტული სოციალური ქმედების სხვადასხვა მოტივაციების ცვლილება, მაგრამ ამასთან ერთად პიროვნება აუცილებლად აკეთებს თავისუფალ არჩევანს.

რეალობასთან აქტიურ ურთიერთობაში ერთვება უშუალოდ სუბიექტი და არა ცალკეული აქტები მისი ფსიქიკური მოღვაწეობისა: “ფსიქიკური აქტივობა თავის თავში შეიცავს სუბიექტის, როგორც მთელის, აქტივობას”. მოთხოვნილების აღმოცენებისთანავე ინდივიდი დგება გარემოსაგან გარკვეული ურთიერთობის დამყარების აუცილებლობის წინაშე (ა.ფრანგიშვილი, 1987), ხოლო “გარემო სინამდვილე ცოცხალი არსების არა რომელიმე მომენტზე, არამედ მასზე როგორც მთლიანზე, ... როგორც სუბიექტზე მოქმედებს... და ეფექტიც თვითონ სუბიექტის მოდიფიკაციას წარმოადგენს” (დ.უზნაძე, 1966). ამდენად, ფსიქიატრიასა და ფსიქოლოგიურ კვლევებში პიროვნება გაგებული უნდა იქნას არა როგორც თავის თავში

დახშული მთლიანობა, არამედ როგორც “ინდივიდის სოციალურობაში ჩართულობის წარმონაქმნი” (ა.ფრანგიშვილი, 1987) და მისი შესწავლა უნდა წარიმართოს როგორც გარკვეული მთლიანობისა და არა როგორც სხვადასხვა ფსიქიკური მოდალობების (ცნობიერების, ნებელობითი, მოტივების, ხასიათისა და ა.შ.) უბრალო კონგლომერატისა.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სოციალური ფაქტორების ზემოქმედება გავლენას ახდენს მოსახლეობის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ფსიქიატრიას კონტაქტი აქვს პიროვნებასთან, რომელიც სოციალურად აქტიურია და რომლის პათოლოგიის ცნებაში იგულისხმება მისი სოციალური ურთიერთობების დეფორმაცია, ხოლო პათოგენური ფაქტორების რიცხვში შედის რთული სოციალური სიტუაციები, რომელიც ამ პიროვნების მიერ შეიქმნება და გაიზრება. ფსიქიატრიის სოციალური კავშირები და საზოგადოების წინაშე მისი პასუხისმგებლობის ხარისხი იზრდება და ფართოვდება ფსიქიატრიის კომპეტენციის საზღვრების გაფართოვებასთან ერთად. მოსაზღვრე მდგომარეობების მქონე და მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლებთან ურთიერთობისას, ფსიქიატრიას საქმე აქვს ისეთ სუბიექტებთან, რომელთა სამართლებრივი და ზნეობრივი ცნობიერება ფსიქოპათოლოგიის გამო დეფორმირებული არ არის, ხოლო ქცევა განისაზღვრება მოტივებითა და ფასეულობებით, რომელიც ყალიბდება სოციალური ფაქტორების ზემოქმედებით. (В.А.Тихоненко и др., 1993).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის ძირითად მიზნად დავისახეთ პროლონგირებულ სტრესულ სიტუაციებში პიროვნების ადაპტაციისა და კომპენსატორული მექანიზმების კვლევა, საქართველოში სოციალური და ტრავმული სტრესებით გამოწვეული აშლილობების აღმოცენებისა და განვითარების თავისებურებების ზოგადი კანონზომიერების გამოვლენა. ჩატარებული კვლევის უმთავრესი ასპექტებია: მაღალი რისკის სპეციფიური ჯგუფების შესწავლა პტსა-ის

გავრცელების, მახასიათებლებისა და გამომწვევი რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით; პტსა-ის კლინიკური ფენომენოლოგიის განსაზღვრა (მაგ.: მიმდინარეობა, ქვეტიპები); სტრესოგენულ ფაქტორთა იდენტიფიკაცია და მათი მატრავმირებელი კრიტერიუმების გამოყოფა; პტსა-ისა და სხვა ფსიქიკური თუ სომატური დარღვევების ურთიერთდამოკიდებულების შესწავლა; ტრავმა – პტსა-ის კავშირის სპეციფიკურობის გათვალისწინებით შესაბამისი პრევენციული რეკომენდაციების შემუშავება, რაც ხელს შეუწყობს მაღალი რისკის ჯგუფებში ადამიანის ფსიქოლოგიური რესურსების მაქსიმალურ გამოყენებას ცხოვრების ახალ წესთან ადაპტაციის პროცესში.

თავი I. საკითხის ისტორია

ცნობილია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობა დამოკიდებულია ადამიანის ბიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ თვისებებზე; ბუნებრივ ფაქტორებზე; გარემოს მდგომარეობაზე; საზოგადოების წევრთა ცხოვრების წესზე, ასევე სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ფაქტორებზე, რომლებიც, თავის მხრივ, შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობების ცვალებადობას განაპირობებს. თანამედროვე საზოგადოებაში მიმდინარე გლობალური პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური ცვლილებების ფონზე, რასაც თან სდევს ბუნებრივი თუ ხელოვნური კატასტროფების რაოდენობრივი ზრდაც, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში მნიშვნელოვნად შეიცვალა მოსახლეობის ფსიქიკური კეთილდღეობის მახასიათებლები. კერძოდ, პოპულაციაში შეინიშნება ზოგადი ფსიქიკური დაძაბულობის ინტენსიფიკაცია, “დისტრესულ” (H.Selye, 1928) სიტუაციათა მატება, ასევე იზრდება “ფსიქიკური დეზადაპტაციის” მდგომარეობათა რიცხვი. (Ю.А.Александровский, 1976, 1993; Ц.П.Короленко, 1978). უფრო სხირად “ფსიქიკური დეზადაპტაცია” ექსტრემალურთან მიახლოვებულ პირობებში ვლინდება. ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, უკანასკნელ ათწლეულში მნიშვნელოვნად გაიზარდა მკვლევართა დაინტერესება "მცირე ფსიქიატრიის" პრობლემებით და, უპირველესად, რეაქტიული წრის აშლილობებით.

ჯერ კიდევ 2000წ. ჩვ.წ.ალ-მდე შუმერულ ხელნაწერებში არის მითითება პოპულაციაში გამოხატულ ენითაღუნერელ ტკივილსა და განცდაზე ქნიპურის დაცემის შემდგომ (S.N.Kramer, 1981). სხვადასხვა ლიტერატურულ წყაროებში კაცობრიობის მთელი ისტორიის მანძილზე ვაწყდებით მსგავსი სიმპტომების აღწერილობას ბუნებრივი და ხელოვნური

კატასტროფებისას. მაგალითად, სამხედრო ფსიქოტრავმის გავლენა მეომრებზე მოხსენიებული აქვს ჰეროდოტეს, რომელმაც აღწერა ათენელი მებრძოლი - ეპიზელოსი, რომელიც განცდების გამო დაბრმავდა მარათონის ომის შემდეგ. რაც შეეხება ბუნებრივ კატასტროფებს, 1755 წელს იტალიის ალპებში სოფლის მაცხოვრებლების ფსიქიკურ მდგომარეობაზე ზვავის ჩამონოლის ზეგავლენა იმავე პერიოდში დაუფიქსირებიათ მოსახლეობის აღმწერლებს (B.Parry-Jones et al., 1994).

გასული საუკუნის 60-იან წლებში ბრიტანულ ლიტერატურაში პირველად ვხვდებით ცნობებს სარკინიგზო კატასტროფათა დროს დაზიანებულ პირთა რეაქციების შესახებ. პაციენტები უჩიოდნენ არა მხოლოდ ფიზიკურ ტკივილს, არამედ ემოციურ დისტრესსაც, რაც ვრცლად იქნა აღწერილი J.Erichsen-ის (1867) მიერ. შემთხვევათა დიაგნოსტიკა ხდებოდა იმავე პერიოდში არსებული ფსიქიატრიული კონცეპციების შესაბამისად, ანუ მკვლევართა ფოკუსში შეზღუდულად ხვდებოდა პოსტტრავმული სინდრომების გამომწვევი ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიური ფაქტორებიდან მხოლოდ რომელიმე ერთი. მაგალითად, J.Erichsen-ი პაციენტების ჩივილებს (შფოთვა, მესხიერების დაქვეითება და ყურადღების კონცენტრაციის პრობლემები, გამღიზიანებლობა, ძილის აშლა, მშფოთვარე სიზმრები და მრავლობითი სომატური სიმპტომები) ორგანული მიზეზებით, კერძოდ, ტრავმისას ხერხემლის სვეტის დაზიანებით ხსნიდა. ამ მოსაზრებას დაუპირისპირდა J.J.Putnam-ი (1883), რომელიც თვლიდა, რომ ე.წ. “რკინიგზის სინდრომი” (“Railroad Spine Syndrome”) უნდა განხილულიყო ისტერიული ნევროზის ფარგლებში. H.W.Page-ის (1885) აზრით, აღნიშნული აშლილობის წარმოშობას ხელს უწყობდა შიში და ღელვა. 1871 წელს J.Da Costa-მ ამერიკის სამოქალაქო ომში მონაწილეთა შორის აღწერა ე.წ. “აგზნებული გულის” (“Irritable Heart”) სიმპტომები: პალპიტაცია, ტკივილი

მკერდის ძვლის უკან, რომელიც ძლიერდებოდა ფიზიკური დატვირთვისას და თან ერთოდა სუნთქვის გაძნელება. სახეზე იყო ნევროლოგიური სიმპტომებიც: თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ძილის დარღვევები, კოშმარები. ავტორის მოსაზრებით, “გულის გაღიზიანების” მიზეზი იყო ნერვული სისტემის ხშირი აგზნება გამონვეული ცხელებით, ღიარებითა და მკაცრი საველე შირობებით. J.Da Costa ჯეროვან ყურადღებას არ აქცევდა ემოციურ გადაძაბვას. სამოქალაქო ომის პერიოდში აღწერილი იქნა “სიგიჟისა” (“Insanity”) და ისტერიის უცნობი შემთხვევები (თანამედროვე პოზიციიდან კონვერსიულ რეაქციებად შეფასებული), რომლებსაც ეპილეფსიას მიაკუთვნებდნენ, ვინაიდან ისტერია მხოლოდ ქალების დაავადებად განიხილებოდა (B.Stinson, 1965).

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ისტორიული წყარო - E.Fischer-Homberger-ის "Die traumatische neurose" (1975) - ასახავს ტრავმული ნევროზის კონცეფციის განვითარების პერიოდებს. მისი მონაცემებით, 1888 წელს გერმანელმა ნევროპათოლოგმა H.Oppenheim-მა პირველმა შემოიტანა ტერმინი "ტრავმული ნევროზი". ნევროზის, როგორც დამოუკიდებელი სულიერი აშლილობის, კონცეფციის განვითარება იწყება Cullen-იდან, რომელმაც ეს ცნება დაახლოებით 200 წლის წინ გამოიყენა, შემდგომ კი ნევროზის თეორიის განვითარებას ვხვდებით J.Charcot-ს, S.Freud-ის და P.Janet-ს შრომებში (L.Weisaeth et al., 1991).

მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოსათვის ისტერია, მელანქოლია და იპოქონდრია ნევროზის ძირითადი სახეები იყო (G.F.Drinka, 1984). 1880 წელს J.Charcot-მ, ხოლო მოგვიანებით Briquet-მ, პირველად აღწერა ფიზიკური შრომით დაკავებულ მამაკაცებში ისტერიის შემთხვევები - კონვერსიული სიმპტომები, შრომასთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევების (ტრავმების) შემდგომ. J.Charcot-ს "choc nerveux" არის დომინანტური სომატური მოვლენა, რომელსაც თავის ტვინი გადაყავს

ჰიპნოზის მდგომარეობაში და ხდება მიზეზი "ისტერო-ტრავმული აუტოსუგესტიისა" (H.F.Ellenberger, 1970). ავტორი მივიდა დასკვნამდე, რომ მამაკაცთა უმრავლესობის ისტერია, თანდართული დეპრესიული გუნებ-განწყობით, ტრავმული გენებისაა და არსებობს ნერვული სისტემის ლატენტური მანკი, თუმცა მისი ანატომიური დასაბუთება ვერ მოახერხა (M.Micale, 1990).

P.Janet (1907) დაეთანხმა რიგი ავტორების მოსაზრებას იმის თაობაზე, რომ ისტერიის ზოგიერთი ფორმა, მაგ.: სარკინიგზო კატასტროფების შემდეგ განვითარებული, არის ნევროზის ფორმა, თუმცა დაამატა, რომ შოკი შესაძლოა მხოლოდ წარმოსახვით, მოჩვენებით ხასიათს ატარებს. მოგვიანებით B.Kolk van der et al. (1989) აღნიშნავენ P.Janet-ს დამსახურებას, რადგან მან პირველმა შეისწავლა პიროვნების დისოციაციის ფენომენი, როგორც გადამწყვეტი ფაქტორი ყოვლისმომცველი, ძლიერი სტრესისადმი რეაქციებისა და სხვა სიმპტომების აღმოცენებაში. მან ასევე აღწერა ნევროზის ახალი ფორმა – ფსიქსთენია.

F.G.Gosling-ი (1987) აღნიშნავს, რომ 1869 წელს G.Beard-მა შემოიღო ტერმინი “ნევრასთენია” ანუ ნერვული გამოფიტვა, რომელშიც გააერთიანა არასპეციფიკური ემოციური აშლილობები: დაღლილობა, განლევადობა, უძილობა, თავის ტკივილი, იპოქონდრია და მელანქოლია. XX საუკუნის დასაწყისში ნევრასთენია საკმაოდ პოპულარული დიაგნოზი იყო და ითვლებოდა, რომ იგი ვითარდება ემოციური ტრავმის, მაგ.: საყვარელ ადამიანთან განშორების, ბუნებრივი კატაკლიზმების, სარკინიგზო კატასტროფების შემდგომ. Savell-მა (1909) (ციტ. I.Veith-ის (1965) მიხედვით) გამოთქვა მოსაზრება, რომ ნევრასთენია დაკავშირებულია გადაქანცვასთან, ტოქსემიასა ან ტრავმულ (ნერვულ) შოკთან. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 1907 წელს ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად C.Barrois-მა და D.Honingmann-მა შემოიტანეს ტერმინი “სამხედრო ნევროზი”.

განსხვავებულ პოზიციებზე აღმოჩნდნენ, ერთი მხრივ, ფსიქოდინამიკური მიმდინარეობის წარმომადგენლები (S.Freud, E.Fromm), რომლებიც თვლიდნენ, რომ ნევროტული აშლილობანი შეიძლება აიხსნას ეგოგენურ ფაქტორთა დომინირების პოზიციიდან და კონფლიქტით სოციუმსა და ინდივიდს შორის. S.Freud-ის აზრით, ომის ტრავმული ნევროზის განვითარების მიზეზია საზარელი მოვლენის გამო Ego-ს პროტექტორული გარსის (ნიჟარის) მსხვრევა და Ego-ს განსვლა ნევროზში. სწორედ ფროიდისტულ შეხედულებათა ტრიუმფმა ნაწილობრივ განაპირობა ტერმინ "ნევრასთენიის" თანდათანობითი გადანაცვლება ნევროზისაკენ. მეორეს მხრივ, რიგი მკვლევარებისა (მაგ. P.Kielholz, G.Hole, E.W.Busse და სხვ.) წამყვან ფაქტორად ასახელებენ ინდივიდის კონსტიტუციურ-გენეტიკურ თავისებურებებს.

შემდგომი ათეული წლების მანძილზეც მკვლევარებს შორის თეორიული კამათი მიმდინარეობდა რეაქტიულ და ენდოგენურ აშლილობათა კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიური გამიჯვნის შესახებ. J.Lange-მ (1930) აღწერა კონტინუუმი ენდოგენურ და რეაქტიულ მდგომარეობებს შორის, გამოყო რა შუალედური მდგომარეობები. ჩატარებული კვლევების შედეგად, K.Jaspers-მა (1953) მოგვანოდა რეაქტიულ მდგომარეობათა დამახასიათებელი ტრიადა, რომელშიც მან ყურადღება გაამახვილა ეგოგენური ფაქტორების ზემოქმედებით წარმოქმნილ აშლილობათა დამოკიდებულებასა და "ფსიქოლოგიურ გასაგებობაზე", ფსიქომატრავმირებელ ფაქტორებსა და დაავადების მიმდინარეობას შორის არსებულ კავშირზე, კონფლიქტური სიტუაციის ამონურვის შემდეგ ავადმყოფურ გამოვლინებათა გაქრობაზე. K.Schneider-მა (1931) რეაქტიული მდგომარეობების და ენდოგენურ აშლილობათა მკაცრი გამიჯვნის მიუხედავად, აღნიშნა, რომ რეაქტიულ აშლილობათა განვითარებისათვის აუცილებელია გარკვეული პრედისპოზიცია. ამის საფუძველზე მან შემოიღო

ისეთი ცნებები, როგორცაა "Untergrund" (ნიადაგი) და "Hintergrund" (ფონი), რომლებიც ხელს უწყობენ რეაქტიულ აშლილობათა აღმოცენებასა და კლინიკური სურათის სახეცვლილებებს. K.Schneider-ის მონაფეხებმა, ასევე სხვა მკვლევარებმა, სინდრომალურ დონეზე დამოუკიდებელ ერთეულად გამოყვეს ენდორეაქტიული დაავადებები (H.J.Weitbrecht, H.Burger-Prinz, H.Hafner და სხვ). რიგ ავტორებს ამ დაავადებების ბუნების ასახსნელად შემოაქვთ ისეთი ცნებები, როგორცაა "ენდოგენიტი", "კვანტ ენდოგენიტი", "ენდოთიმიური ნიადაგი" და სხვა (P.Kielholz, G.Hole, E.W.Busse და სხვა). ავტორები ამ თეორიული წარმონაქმნებით ცდილობდნენ აეხსნათ რეაქტიულ მდგომარეობათა მოდელად ქცეული - რეაქტიული დეპრესიის სიმალღებზე ვიტალური, ენდოგენური ხაზების გამოჩენა, ასევე დაავადების მიმდინარეობის ცალკეულ პერიოდში აუტოქტონური ფაზების წარმოქმნა. ზემოთ აღნიშნული არც ერთი კონცეფცია საკმარისი არ აღმოჩნდა ფსიქოგენური და ენდოგენურ-კონსტიტუციური ფაქტორების ურთიერთობის საკითხის გადასაჭრელად.

"საზოგადოებაზე დაფუძნებული" ერთ-ერთი პირველი კვლევა დაკავშირებულია E.Stierlin-ის (1911) სახელთან. სხვადასხვა კატასტროფების (მიწისძვრების, ვულკანური ამოფრქვევების, მაღაროსა და სარკინიგზო კატასტროფების) მსხვერპლთა კლინიკური სურათი მოიცავდა ფსიქოზური ან ისტერიული ბუნების მწვავე რეაქციებს. "შიშის ფსიქოზად" სახელდებული ეს რეაქციები ხასიათდებოდა დაბინდული ცნობიერებით, ამნეზიით, დემორიენტაციით, შიშის აფექტით, ჰალუცინაციებითა და აღქმის პათოლოგიით, რომელიც რემიტირებდა 3 დღე. მეორე ტიპის რეაქციები შეფასდა როგორც ახალი სინდრომი და "ტრავმული ნევროზი" ეწოდა. E.Stierlin-ის შრომებმა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა პოსტტრავმული ნევროზის E.Kraepelin-ისეულ (1920) გაგებაზე. მოგვიანებით E.Kraepelin-ი ამ

დიაგნოზს იყენებდა მხოლოდ კატასტროფებსა და სხვა კატაკლიზმებზე ინდივიდის რეაქციის აღსაწერად.

აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ კლასიკურ გერმანულ და ფრანგულ ლიტერატურაში ტერმინით - "ტრავმული", იწოდება ემოციურ შოკთან დაკავშირებული აშლილობანი, ხოლო ფიზიკურ ტრავმატიზმთან ასოცირებული დარღვევები აღინიშნება ტერმინით "პოსტტრავმული". ამერიკულ ფსიქიატრიაში კი ტერმინით - "პოსტტრავმული" აღინიშნება უმთავრესად ტრავმის ფსიქიკური შედეგები (V.Charlot, 1992).

პირველი მსოფლიო ომის პერიოდში მნიშვნელოვნად იმატა პოსტტრავმულ სინდრომთა შესახებ პუბლიკაციებმა. "აგზნებული გული" ცნობილი გახდა როგორც "ჯარისკაცის გული" ანუ დაძაბვის სინდრომი, რაც ომის პერიოდში ძალზე პოპულარულ დიაგნოზად იქცა. ცნობილია, რომ აშშ-ში სწორედ ამ დიაგნოზით სამხედრო სამსახურიდან გაათავისუფლეს 80 000 მამაკაცი (M.Culpin, 1930).

განსაკუთრებით ყურადსაღებია J.Babinski და J.Fromet-ის (1918) დაკვირვებანი. ისინი ცდილობდნენ ერთმანეთისაგან გაემიჯნათ საომარი მოქმედებებით გამონვეული ისტერიის ორგანული და ემოციური ფორმები. მათ მიაჩნდათ, რომ ისტერიას არ შეუძლია ნევროლოგიური რეფლექსების მოდიფიცირება ან ცნს-ის მძიმე ორგანული პათოლოგიის გამონვევა. 1919 წელს E.E.Southard-მა შეაჯამა I მსოფლიო ომის პერიოდში ლიტერატურაში აღწერილი ფსიქიატრიული პრობლემები. დაავადებათა შორის აღწერილი იქნა სიფილისი, ალკოჰოლიზმი, ეპილეფსია და მრავალი სახის ნევროზი, მათ შორის ნევრასთენიაც, რომელსაც "გარსის შოკს"-აც უწოდებდნენ. საგულისხმოა, რომ ბრიტანულ ლიტერატურაში სინდრომი - "გარსის შოკი" განსაზღვრავდა ისეთ მდგომარეობებს, როდესაც "გარსის აფეთქება" იწვევდა ტვინის კონტუზიას და, შედეგად, მთელი ორგანიზმის ტრემორს (E.Fischer-Homberger, 1975). ნევროზების, ისტერიისა და ნევრასთენიის

ძირითადი ფორმები სრულყოფილად აღწერა F.W.Mott-მა (1919). მან აღნიშნა, რომ ფიზიკურ შოკსა და თავზარდამცემ მოვლენებს შეუძლიათ გამოიწვიოს შიში, რომელიც თავის მხრივ ადამიანის გონებაზე ახდენს ინტენსიურ გემოქმედებას. მისი აზრით, ისტერიული სინდრომი აერთიანებს დაღლის სუბიექტურ შეგრძნებას, განლევადობას, თავის ტკივილებს და, არცთუ იშვიათად, მკაფიო და საშიშ სიზმრებსა და ხატებს. (აღსანიშნავია, რომ ჯერ კიდევ ლუკრეციუსმა (II ს. ჩვ.წ.აღ-მდე), როგორც ჩანს პირველმა, მიუთითა რემინისცენციებზე, როგორც მეომართა ტრავმული ნევროზის ელემენტზე.) ომის სიზმრები შიშის განცდასთან დაკავშირებული იყო უფრო მეტად, ვიდრე S.Freud-ის მიერ პოსტულირებულ სექსუალურ თემატიკასთან. F.W.Mott-მა ასევე პირველად აღწერა ე.წ. კრთომის რეფლექსი (Startle reflex) - ქრონიკული კონვულსიები თავისა და კისრის კუნთებში, რომლის პროვოცირება ხდება ხმაურით. ავტორი თვლიდა, რომ თუ ისტერიული სიმპტომები შესაძლებელი იყო შერბილებულიყო ან მოხსნილიყო შთავგონებით, ნევრასთენიული სიმპტომები გრძელდებოდა ხანგრძლივად, განსაკუთრებით მის სტრუქტურაში კომპარების არსებობისას.

საინტერესოა ამავე პერიოდის მონაცემები რუსეთიდან და ყოფილი საბჭოთა კავშირიდან. 1915 წელს С.А.Суханов-ი მიუთითებს ჰაეროვანი კონტუზიის შემდგომ განვითარებული ტრავმული ნევროზის მიზღვებზე: შერხევა და ფსიქოგენურ-ისტერიული ვარიაციები. მ.ასათიანის (1930) მიერ მოყვანილია შემდეგი ავტორები: Т.Е.Сегалов-ი (1915 წლის ნაშრომით: "საარტილერიო ყუმბარებით გამოწვეული კონტუზიის დროს ორგანულ და ფუნქციონალ დაავადებათა საკითხისათვის"), А.Б.Залкид-ი (1916 წლის სტატიით: "სამხედრო დროის ნერვულ ავადმყოფობათა საკითხისათვის"), В.А.Анфимов, Н.Н.Добротворский (1917), В.П.Осипов (1931), В.К.Хорошко და სხვ. აღნიშნული ავტორები აღიარებენ, რომ, ერთის მხრივ, ადგილი აქვს ცნს-ის გარეგნულად შეუმჩნეველ ორგანულ დაზიანებას, მეორეს მხრივ -

სუფთა ფსიქოგენიას. ზოგიერთი მათგანი, ხაზს უსვამს რა მებრძოლის სულიერ მდგომარეობას ბრძოლის წინ (ფიზიკური სიძნელეები, მოქანცულობა, ლოდინი, შფოთვა, გაბოროტება, პირადული კომპლექსები – მაგ.: А.Б.Залкид-ისა და Л.Розенштейн-ის მიხედვით), ერთის მხრივ - მიუთითებს, რომ მძიმე ფიზიკური ტრავმის შემდეგ ჯანმრთელ სუბიექტს არა აქვს ავადმყოფური რეაქციები (Н.Н.Добротворский-ს მოსაზრება); მეორეს მხრივ - აღნიშნავს, რომ სრულიად შესაძლებელია ფსიქონევროზის განვითარება შემზარავი სურათის ერთი დანახვის შემდეგაც კი (В.А.Анфимов).

В.П.Осипов-ის (1931) მიხედვით "ტრავმატული" ფსიქონევროზი განიხილებოდა სოციო-აფექტოგენურ ფსიქოზებში, რასაც ასევე იზიარებდა Л.О.Даркшевич-ი (1916).

ომისა და რევოლუციური პერიოდის ფსიქიკური ტრავმატიზაციის საკითხი შესწავლილი იქნა П.Б.Ганнушкин-ის (1933) მიერ. მან აღწერა "შეძენილი ფსიქიკური ინვალიდობის" ერთ-ერთი ფორმა ახალგაზრდა მამაკაცებში, რომლებიც რევოლუციამ წამოწია საპასუხისმგებლო პოსტებზე შესაბამისი ცოდნისა და გამოცდილების გარეშე, ამასთან ისინი მუშაობდნენ დროის, ძალების და ჯანმრთელობის დაუზოგავად. საინტერესოა, რომ რევოლუციური პერიოდის მძიმე განცდათა ზემოქმედება ფსიქიკურ მდგომარეობაზე განხილული აქვს ასევე P.Pinel-ს (ციტ. А.Н.Краснянский-ის (1993) მიხედვით), რომელიც მიუთითებდა საფრანგეთის რევოლუციის დროს მანიაკალური მდგომარეობების სიხშირის ზრდაზე. П.Б.Ганнушкин-მა გამოყო სიმპტომთა 3 ჯგუფი: I - ძლიერი აგზნებადობა და გამლიზიანებლობა, რომელიც ცილდება ასთენიური გამლიზიანებლობის ფარგლებს, აღნიშნული გამოვლინებები აიხსნა პაციენტთა პრემორბიდში ეპილეფტოიდური ფსიქოპათიით, ცნს-ის ტრავმით ან ცხოვრების დაძაბული

პირობებით. II - სიმპტომთა უფრო გავრცელებულ ჯგუფს ავტორმა მიაკუთვნა დეპრესიის შეტევები (ხანმოკლე და ინტენსიური ან ხანგრძლივი და მწვავე). მათი წარმოშობა განპირობებულია შესაბამისი კონსტიტუციური საფუძველით, პაციენტის ბუნებრივი რეაქციით დაავადებაზე ან რეაქციით ამა თუ იმ მძიმე განსაცდელზე, რომელსაც ადგილი ჰქონდა წარსულში და დროდადრო ძლიერი ან მცირე სიმწვავეთ ამოტივტივდება ავადმყოფის ცნობიერებაში. სიმპტომთა III ჯგუფი შეადგინა სხვადასხვა სახის ისტერიულმა აშლილობებმა. ამ სიმპტომების წარმოშობა ავტორმა ახსნა, ერთის მხრივ, ფსიქიკური ტრავმის არსებობით, მეორეს მხრივ – შესაბამისი "ფსიქოპათიური კონსტიტუციით". ამ შემთხვევებში დაავადება 2-4 წელიწადში იწვევს "ინტელექტუალური მოღვაწეობის მყარ, განუკურნავ შესუსტებას" (ციტ. B.M.Морозов-ის (1990) მიხედვით). ნევროპათოლოგის პოზიციიდან აქ საუბარია თავის ტვინის ქერქის წვრილი სისხლძარღვების ფართო სკლეროზულ დაზიანებაზე, ხოლო ძირითად ეთიოლოგიურ ფაქტორად გვევლინება "ფიზიკური, ინტელექტუალური და, უფრო მეტად, აფექტური - მორალური გადაღლა".

სკეპტიციზმი ნიჟარის (გარსის) მსხვრევის შესახებ გამოვლინდა I მსოფლიო ომის შემდგომ. G.Inman-ის (1920) აზრით, ომის ნევროზი კატასტროფებისა და სხეულის დაზიანების გარდა ფარავდა დაავადებათა ჰეტეროგენულ ჯგუფს და მრავალ ფაქტორს, მათ შორის სიმულაციასაც. G.Benton-ი (1931) აღნიშნავდა, რომ ნაომარ პირებში აღწერილი სიმპტომები, თვით სიმულირების შემთხვევებშიც კი, მსგავსია სამოქალაქო პოპულაციაში აღწერილი ნევროზული სიმპტომებისა. I და II მსოფლიო ომებს შორის პერიოდში კვლევები უპირატესად მიეძღვნა პრომით საქმიანობასთან დაკავშირებულ - ინდუსტრიულ და ტექნოლოგიურ ტრავმებს. ამავე პერიოდში M.Ostano (1925) ამტკიცებს, რომ ინდუსტრიული და ომის ნევროზი იდენტურია. ტრავმული ნევროზით ზოგი ავტორი მოიხსენიებს

ფსიქიკურ აშლილობებს, რაც თან სდევს ტრივიალურ დაზიანებას (F.Kennedy, 1930; M.B.Lennon, 1920; A.M.Ornsteen,1938). სხვა ავტორები კი ტერმინით - "ტრავმული", აღნიშნავენ ტრავმის მხოლოდ ფიზიკურ - ორგანულ ასპექტს (J.L.Fetterman, 1935; J.Ramsey, 1939). თვით დიაგნოსტიკის მასშტაბზე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა საკომპენსაციო კანონმა, რომელიც მიღებული იქნა აშშ-ში (R.H.Denham et al., 1924). საკითხი წამოიჭრა ფსევდო-ნევრასთენიული ან ფსევდო-ნევროტული სიმპტომატოლოგიის იდენტიფიკაციის შესახებ იმ შემთხვევებში, როცა პიროვნებას მძიმე მატერიალური მდგომარეობა აღენიშნება და ხელოვნურად იქმნის ტრავმულ მოვლენას (G.A.Moleen, 1924). ადრეულ გერმანულ ლიტერატურაშიც მნიშვნელოვანი ყურადღება ეთმობოდა ტრავმული ნევროზის სამედიცინო და ლეგალური ასპექტების ურთიერთობას (A.Leppmann, 1896; J.Hoffman, 1890). 20-იანი წლების მძიმე ეკონომიკურმა კრიზისმა ის შედეგი გამოიღო, რომ მოხდა დიფერენცირება დაზღვეულ და დაუზღვეველ პაციენტებს შორის (E.Stier, 1925), ამასთან იყო მცდელობა პაციენტის "ფსიქოპათიის" ხარისხი დაეკავშირებინათ სიმპტომათა სიმწვავესთან (ციტ. J.D.Kinzie et al.-ის (1996) მიხედვით). გერმანიაში ტერმინი "ტრავმული ნევროზი" ჩანაცვლებული იქნა "კომპენსაციური ნევროზით", რაც გულისხმობდა, რომ საქმე არ ეხება დაავადებას და ამდენად არ საჭიროებს სოციალურ დახმარებას ანუ პენსიას. ეს მოსაზრება ტრავმული გამოცდილების ნიველირებას ახდენდა და ყურადღება გადაჰქონდა პიროვნების პრედისპოზიციამზე, კონსტიტუციასა და "დეგენერაციულ მიდრეკილებაზე". ამდენად, შეიქმნა ნოყიერი ნიადაგი, რათა ნაციზმის პერიოდში "ნევროტიკები" განხილულნი ყოფილიყვნენ როგორც ერის პარაზიტები ("Volkskorper"). ამავე პერიოდში სატელეფონო ქსელის ოპერატორთა მოთხოვნებს, რათა მიეღოთ კომპენსაცია დაბალი ვოლტაჟის დენებით სისტემატიური ტრავმატიზაციის გამო, მოჰყვა

სახელმწიფოს ლეგალური პოზიციის გამოკვეთა K.Bonhoeffer-ის (1927) მოსაზრების შესაბამისად. კერძოდ, ავტორი უარყოფდა ამ აშლილობის განვითარებაში ტრავმის "უდიდეს დამსახურებას" (Major contribution), თუ მდგომარეობას ნიადაგს უქმნიდა მეორადი სარგებელი (Secondary gain).

საჭიროა აღინიშნოს, რომ სიმულაციის პრობლემა განსაკუთრებით აქტუალური გახდა XX საუკუნის მეორე ნახევარში. ასე მაგალითად, ამერიკელი მკვლევარების აზრით, საომარი მოქმედებების მონაწილეთა დიდი ნაწილის მკურნალობა ხორციელდება მათ მიერ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსა) უკიდურესად მწვავე სიმპტომების წარმოჩენის გამო, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს სწორი დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პროცესებს. ამ მოვლენის მიზეზი უცნობია – არის ეს შედეგი ვეტერანთა რეალური ფსიქოპათოლოგიის ასახვისა თუ ისინი ხელოვნურად ამძიმებენ საკუთარ მდგომარეობას, თუ ორივე ერთად? ერთის მხრივ, მდგომარეობის დამძიმება შესაძლებელია განვიხილოთ როგორც ფინანსური კეთილდღეობის გაუმჯობესების მცდელობა. ზოგი მკვლევარი (L.Hyer et al., 1988) კი თვლის, რომ სიმპტომების დამძიმების მცდელობა დაავადების მნიშვნელოვანი ასპექტია, რაც მიუთითებს მძიმე ფსიქოპათოლოგიაზე და აუცილებლად უნდა გავმიჯნოთ სიმულაციისაგან. ამ მოსაზრებიდან გამომდინარე, სიმპტომების ხელოვნური დამძიმება შესაძლებელია განვიხილოთ როგორც იმ პირების “cry for help”, რომელთაც აქვთ სულიერი ტკივილისა და რისხვის ინტენსიური განცდა და უჭირთ საკუთარი ჩივილების გამოთქმა.

ამრიგად, II მსოფლიო ომის დასაწყისისათვის არსებობდა მიმოხილვები სამხედრო მოსამსახურეთა ტრავმული გამოცდილების შესახებ, რაც საშუალებას იძლეოდა წინასწარ განეჭვრიტათ ომის პერიოდში მოსალოდნელი აშლილობების ტიპი. მაგალითად, I მსოფლიო ომიდან დაფიქსირებული 68000 ფსიქიატრიული შემთხვევა ძირითადად

შეფასებული იყო ნევრასთენიად, კონვერსიულ ისტერიად და შფოთვით მდგომარეობებად (D.A.Thom, 1943). ამასთან, ნევრასთენია უპირატესად ალინიშნებოდა მეთაურთა კორპუსში, ხოლო კონვერსიული რეაქციები - რიგით ჯარისკაცებში. A.Kardinger-მა (1941) ომგამოვლილი პოპულაციის ხანგრძლივი კვლევებით გააკეთა დასკვნა, რომ ამ კონტინგენტში ნიშანდობლივია ხანგრძლივი, ქრონიკული დარღვევები, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს სოციალურ ადაპტაციას. ამ პერიოდისათვის ტერმინი - “გარსის მსხვრევა”, დისკრედიტირებული იქნა, ვინაიდან უკვე ცნობილი გახდა, რომ შემთხვევათა უმრავლესობა ფსიქოგენური იყო (A.T.Mathers, 1942). N.Q.Brill-ი (1943) ადასტურებს, რომ ჯარისკაცთა მდგომარეობა განისაზღვრებოდა მრავალი ტერმინით - გამოფიტვის ნევროზი, ბებერი ჯარისკაცის სინდრომი, ომით გადაღლა, შიშის ნევროზი, ასთენია და სხვა. სიმპტომები ეთიოლოგიურად კვლავ სადავო იყო. ავტორთა ნაწილს მიაჩნდა, რომ ომის ნევროზი უვითარდებათ პრემორბიდულად არასტაბილურ პიროვნებებსა და ფსიქიკურად დაავადებულთ (J.D.Sutherland, 1941; J.L.Henderson et al., 1944). მრავალი მკვლევარის (K.Goldstein, 1943; W.Sargant et al., 1941) აზრით კი, საკმაოდ ძლიერი პიროვნებაც შეიძლება “გატყდეს” ძლიერი სტრესის ზემოქმედებით. 90-იან წლებში იგივე მოსაზრება J.P.Wilson-მა ასე ჩამოაყალიბა: ego შეიძლება დაირღვეს ძლიერი გენოლის გამო, მაგრამ უბრუნდება სანყის, ნორმალურ მდგომარეობას შესაბამისი მკურნალობით. ამასთან, გარკვეული წინა პრობლემების მქონე ზოგ პიროვნებაში ნევროზული რეგისტრის აშლილობა ვითარდება.

II მსოფლიო ომის პერიოდში ომის ნევროზის ასახსნელად გამოყენებული იქნა ფსიქონალიზის სხვადასხვა მოდიფიკაციები და მრავლობითი ანალიტიკური კონცეფციები. მაგალითად, W.D.Fairbairn-ი (1943) თვლიდა, რომ ომის ნევროზისას ადგილი აქვს განცალკევების

შფოთვას რეგრესიასთან ერთად, ხოლო S.Rado-ს (1943) ამ მდგომარეობის მიზეზად მიაჩნდა ზოგადად ცხოვრებისადმი პასუხისმგებლობის შიში. H.Kelman-ი (1945) ომის ნევროზის ასახსნელად იყენებდა ჰორნეის პიროვნების ხასიათის ანალიზს: პიროვნება, რომელმაც განიცადა წარუმატებლობა და არ შეუძლია იცხოვროს საკუთარი იდეალური იმიჯის შესაბამისად, ავადდება ნევროტული აშლილობით. ზოგ ავტორს მიაჩნდა, რომ ომის ნევროზი არის გამოაშკარავებული ბავშვობისდროინდელი ლატენტური ფსიქონევროტული კონფლიქტი.

ამავე და მოგვიანებითი პერიოდის საბჭოთა ფსიქიატრიაში სამხედრო ფსიქოტრავმასთან დაკავშირებულ აშლილობებს მიაკუთვნებდნენ ფსიქოგენურ აშლილობებს, აფექტოგენურ სტუპორსა და ფუგიფორმულ რეაქციებს (ციტ.В.М.Морозов-ის (1958) მიხედვით).

რიგი ავტორები (A.Mayerson, H.Ey, E.Slater) თვლიდნენ, რომ დამოუკიდებელი რეაქტიული მდგომარეობები არა არსებობენ, ისინი ვითარდებიან სხვა (ენდოგენური) ფსიქიკური დაავადების (მაგ: ციკლოთიმია, შიზოფრენია) ჩარჩოებში. იგივე პოზიციაზე აღმოჩნდნენ საბჭოთა ფსიქიატრებიც – А.Н.Бунеев (1946), В.А.Гиляровский (1954) და სხვები, რომლებიც თვლიდნენ, რომ რეაქტიული მდგომარეობები წარმოადგენენ “ლაკმუსის ქალაქის მოცემული სუბიექტის ლატენტური, ფარულად მთვლემარე კონსტიტუციური ფსიქიკური ინგრედიენტების გამოსავლენად”. Е.К.Краснушкин-ი (1944) მიუთითებდა, რომ თვით ნევროზის ცნება საკამათოა, რადგან ფსიქიატრთა შორის არ არსებობს ერთსულოვნება მის გაგებაში და ამ ტერმინის გამოყენება “იძულებითი აუცილებლობაა”.

საბჭოთა ფსიქიატრიული სკოლის წარმომადგენლები: Г.Е.Сухарева (1949), О.В.Кербиков (1962), Г.К.Ушаков (1987) და სხვები თვლიდნენ, რომ პათოლოგიური ნიადაგის არსებობის მიუხედავად, დაავადების

განვითარებაში უმთავრეს როლს მაინც გარემო ფაქტორები თამაშობს. Н.И.Фелинская (1968) წერდა: “მიუხედავად იმისა, რომ სწორედ ნიადაგი განსაზღვრავს ფორმას, აშლილობის დონესა და დაავადების მიმდინარეობას, მაინც არ შეიძლება გავავლოთ ხაზი რეაქტიული მდგომარეობის ფორმასა და პიროვნების პრემორბიდულ თავისებურებებს შორის.” ზემოაღნიშნულ ავტორთა აზრით, არსებობს მანკიერი წრე (გამშვები ფსიქოგენიაა), როცა თავისი ბუნებით რეაქტიული დაავადება წყდება გამომწვევ მიზეზსა და სხვა მექანიზმებით ვითარდება. აღნიშნული ფაქტის ასახსნელად მოწოდებულია ცნება “აუტოქტონური რეაქტიულობა” (Г.Ушаков), წამოყენებულია ჰიპოთეზა ნევროზების შეტევისმაგვარ-პროგრესიული მიმდინარეობის შესახებ (Н.Д.Лакосина, 1970) შემდგომში ნევრტიული აშლილობების (პიროვნული ცვლილებების) ფორმირებით (თავისი ტიპოლოგიით უახლოვდება ჰუბერის არასპეციფიურ დეფექტს – В.В.Королев).

აღსანიშნავია, რომ სამხედრო კონტინგენტში აღწერილი ფსიქიკური რეაქციების მსგავსი სიმპტომები გამოვლინდა მშვიდობიან პოპულაციაშიც. კერძოდ, 1942 წლის ბოსტონის ხანძრის შემდეგ გადარჩენილ პირებში A.Adler-მა (1943) გამოყო პროგნოსტულად კეთილსაიმედო სიმპტომები: ნევროტიულობა, გამღიზიანებლობა, გადაღლა და უძილობა; ხოლო - არასახარბიელოდ ჩათვალია ფსიქიკური ტრავმის შემდგომ განვითარებული შფოთვის ნევროზი შიშითა და კომპარებით. E.Lindemann-მა (1944) ხანძარსგადარჩენილებში აღწერა პათოლოგიური დარდი ("Pathological grief"), რაც ხასიათდებოდა ზეაქტიურობით, ექსპანსიურობით, ზოგიერთი ფსიქოსომატური სიმპტომით, გამღიზიანებლობით, სოციალური ურთიერთობებისადმი ამრიდებლობით და მტრული განწყობით.

ბრიტანეთში ქვეყნდება სტატიები (A.Lewis, 1942; W.L.Neustater, 1946), რომელთა თანახმად საჰაერო თავდასხმები მშვიდობიანი მოსახლეობის

ფსიქიკურ მდგომარეობაზე გავლენას არ ახდენს, მაგრამ იმავდროულად ზოგიერთი ავტორი, მიუთითებს კუჭის წყლულის პერფორაციების რიცხვის ზრდაზე (I.D.Riley, 1942) და ნევროზული მდგომარეობების აღმოცენებაზე ნანგრევებში მოხვედრის შემდეგ (L.I.Frazer et al.,1942).

II მსოფლიო ომის შემდეგ მსოფლიო სასაკლაოზე ჩადენილი ორგანიზებული დანაშაულის შემდეგ საკონცენტრაციო ბანაკის ტყვეთა შორის აღინიშნა ქრონიკული ფსიქიკური ცვლილებები (I.Eitinger, 1980). ომის პერიოდის სტრესორთა გახანგრძლივებული ზემოქმედებით გამოწვეული ფსიქოლოგიური შედეგები ასევე აღწერილი იყო მებლვაურებშიც (F.Askevold,1980). კარგად ადაპტირებულ ზრდასრულებში ფსიქოტრავმის ზეგავლენის შედეგების დემონსტრირებით სერიოზულად შეირყა კლასიკური გერმანული ფსიქიატრიის დოგმა, რომლის თანახმად - ცხოვრებისეული გამოცდილება არ შეიძლება იქცეს მყარი და ქრონიკული ფსიქიკური სიმპტომების გამომწვევ მიზეზად. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ექიმების წინაშე დაისვა საკითხი იმ პირთა მკურნალობისა და სოციალური რეადაპტაციის შესახებ, რომლებიც იმყოფებოდნენ ტყვეობაში ან ომის პერიოდში დეპორტირებულნი იყვნენ და ავლენდნენ მყარ ნერვულ-ფსიქიკურ აშლილობებს. H.Whiles-მა (1945) აღწერა 100 რეპატრირებული ომის ტყვე, რომელთა სიმპტომები იყო: გამღიზიანებლობა, მოუსვენრობა, დეპრესია, პარანოიდული გამოვლინებები, ინტერესების სფეროს შეზღუდვა და კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, სოციალური კონტაქტების გაძნელება.

ყურადსაღებია ფრანგი ექიმების ღვანლი ყოფილ დეპორტირებულთა ფსიქიკური მდგომარეობის შესწავლის საკითხში (Жильбер-Дрейфус,1957; Л.Фишез, 1957). ისინი მიუთითებდნენ ნაწილობრივ შექცევად და შეუქცევად, მყარ ასთენიასა და მის თანმხლებ სხვა ნიშნებზე: წონის დაკლება, ნაადრევი დაბერება, ვაზომოტორული აშლილობანი და

საჭმლის მომწოდებელი ტრაქტის დისფუნქციები. 1950 წელს ფრანგმა ფსიქიატრმა Targowla-მ აღწერა ასთენიის მძიმე ფორმა პაროქსიზმული ემოციური ეკმენზიის შეტევებით ყოფილ დეპორტირებულებში. შეტევებს ახასიათებდა მოულოდნელი გონების დაკარგვა მიწაზე ვარდნით, იშვიათად ძლიერი ან საშუალოდ გამოხატული მოტორული აგზნება შესაბამისი მოძრაობებითა და გარკვეულწილად მეტყველების შეწყვეტით, შეტევებს შემდგომ სრული ამნეზიით. მისივე მონაცემებით ყოფილ ფრანგ დეპორტირებულთა 65-70% - ში აღინიშნებოდა ასთენიის სინდრომი. გვიანი ასთენია ვითარდებოდა ლატენტური ფაზის შემდგომ და უპირატესად ემთხვეოდა ცხოვრების ნორმალურ, ჩვეულ კალაპოტში დაბრუნების მომენტს. ფრანგი ექიმები უპირატესად ხაზს უსვამდნენ ფსიქოგენური ფაქტორის მნიშვნელობას (misere morale) ფიზიოლოგიურ და მორალურ განცდათა თანხვედრა მოგვიანებით აღწერილ იქნა როგორც დეპორტირებულთა ასთენიური სინდრომი და კვალიფიციურებულ იქნა, როგორც ტრავმის მოგვიანებითი შედეგი.

1952-54 წლებში დანიელმა ექიმებმა (Helweg-Larsen et al (1952), K.Herman, P.Thyngensen (1954) - ციტ. Краснянский-ს მიხ.) აღწერეს დეპორტირებულ დანიელ მოქალაქეთა ნევრასთენიული მდგომარეობა საკონცენტრაციო ბანაკიდან განთავისუფლების შემდეგ. გამოკვლეულთა 75%-ში აღინიშნებოდა ე.წ. ბანაკისშემდგომი პროგრესირებადი ასთენია, რაც, ავტორთა აზრით, შესაძლოა ჩაითვალოს კლინიკურად კარგად ჩამოკვეთილ სინდრომად. მიუხედავად აზრთა სხვადასხვაობისა, მისი პათოგენეტიკური შეფასების (ფუნქციურია თუ ორგანული) შესახებ, პირთა ინვალდიზაციის ხარისხის პრობლემა უნდა გადაიჭრას კლინიკური მონაცემების შესაბამისად.

М.Михель-ი (1957) თვლიდა, რომ "საკონცენტრაციო ბანაკის შემდგომი ასთენია", შესაძლოა განიხილებოდეს, როგორც დამოუკიდებელი

ნოზოლოგიური ერთეული. 1958 წელს B.M.Морозов-ი წერს, რომ პროგრესირებადი ასთენიისა და ნაადრევი დაბერების შესახებ მონაცემები აუცილებლად უნდა იყოს შეფასებული ნაცისტური ბანაკების საბჭოთა სამხედრო ტყვეების შორეული ნერვულ-ფსიქიკური შედეგების შეფასებისას. მათი განთავისუფლებიდან რამოდენიმე თვის განმავლობაში დამაკმაყოფილებელი სომატური მდგომარეობის ფონზე ამ პირებს აღენიშნებათ ფსიქიკური მოდუნება, უინიციატივობა, სწრაფვა სიმშვიდისა და ხალხისაგან იზოლაციისაკენ, საკუთარ ძალებში დაურწმუნებლობა. B.M.Морозов-მა გამოყო ასეთი ემოციური ეკმენზიის შეტევების ფსევდონარკოტიკული, რაპტოიდული და მონოტონურ-დისთიმური ფორმები. მოგვიანებით, კერძოდ, 1964 წელს E.G.Trautman-მა ივარაუდა, რომ პროლონგირებული ეგზისტენციალური სტრესი, შიში და შფოთვა შესაძლოა დამთავრდეს გახანგრძლივებული ფსიქოლოგიური გამოვლინებებით. ამ მოსაზრების უპირატესობა თანდათან გამოიკვეთა სხვა მეცნიერთა ნაშრომებშიც. ისინი (I.Eitinger, 1973; J.Kieler, 1980) შეისწავლიდნენ მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს, რომლებმაც გადაიტანეს ომი, სექსუალური ძალადობა, მძევლად აყვანა. ვინაიდან ომის ტრავმასთან ასოცირებული სიმპტომები ხასიათდებოდნენ ქრონიფიკაციისადმი მიდრეკილებით, საკითხი დაისვა ახალი კვლევების ჩატარების აუცილებლობაზე. მაგალითად, II მსოფლიო ომის 442 ყოფილი ტყვე 40 წლის შემდეგ შეათვალეს პტსა-ის სიმპტომებზე. გამოკითხულთა 56%-ში აღინიშნა პოზიტიური პასუხები პტსა-ის სიმპტომებისათვის. ის პირები, რომელთაც ძლიერი წამება გადაიტანეს ტყვეობისას, ადგენდნენ ნაკლებად მწვავე სიმპტომატიკას, ვიდრე ისინი, ვინც ნაკლები წამება გადაიტანა. მიღებული შედეგები არ აიხსნება მხოლოდ იმით, რომ ომის შემდეგ ნაწამებ პირებს (Torture survivors) ჩატარებული აქვთ დიფერენცირებული მკურნალობა წამების ხარისხის შესაბამისად. ავტორებმა (R.A.Zeiss et al.,

1989) წამოაყენეს ჰიპოთეზა, რომ გარკვეული პიროვნული მახასიათებლები, როგორცაა მაღალი პიროვნული აქტივობა, ემოციური და გონებრივი სიმწიფე, ინტერპერსონალური ურთიერთობების ტიპი, განათლების დონე, კვალიფიკაცია, ვალდებულება ომისადმი, კონტროლის ლოკუსი – შესაძლებელია გახდეს სტრესის შემდეგ შედარებით მსუბუქი სიმპტომატოლოგიის მიზეზი. ამასთან, ამ კონტინგენტში პტსა-ის სიმპტომები დინამიურია და არა სტატიური. გამოითქვა მოსაზრება, რომ ზემოაღნიშნული ასახავს სიმპტომთა თანავარსკვლავედის თანმიმდევრულ შესუსტებას, მაგრამ კვლავ რჩება რისკი მათი ხელახალი ამოტივტივებისა ან ექსაცერბაციის სხვა ცხოვრებისეულ სტრესორებთან შეხებისას.

ვიეტნამის ომის შემდეგ მრავალი გამოკვლევა მიექცნა სტრესის ზეგავლენას ადამიანის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე. C.R.Figley-მ (1978), ითვალისწინებდა რა ვეტერანთა ფსიქიკური დარღვევების სპეციფიკას, გამოთქვა მოსაზრება ესარგებლათ ტერმინით - პოსტ-ვიეტნამური სინდრომი.

ამრიგად, XX საუკუნის 50 წლებისათვის პოსტტრავმული სინდრომის ტაქსონომიას უკვე ჰქონდა ინდივიდუალური, მკაფიოდ ჩამოკვეთილი სინდრომოლოგიური აღწერილობა (W.Menninger, 1946). ამიტომაც, 1952 წელს ფსიქიკურ დაავადებათა ამერიკულ კლასიფიკაციაში (DSM-I) პირველად იქნა შეტანილი დიდი სტრესული რეაქცია (გარდამავალი სიტუაციური პიროვნული აშლილობის ფარგლებში). მოგვიანებით 1980 წელს სინდრომთა თავმოყრა მოხდა DSM-III-ში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სახელწოდებით. პტსა-ის დიაგნოსტიკის DSM-III-ის კრიტერიუმებში შესაძლებელია აღმოვაჩინოთ ყველა ის ძირითადი სიმპტომი, რაც ისტორიულ მიმოხილვაში მოვისხენიეთ: კომპარები, ინსომნია, საზარელი ხატები და გამღიზიანებლობა (აღწერილი J.E.Erichsen-ის მიერ); კრთომის რეფლექსი, ავტონომიური ჰიპერრეაქტიულობა

(აღწერილი ჯერ კიდევ აშშ-ს სამოქალაქო ომის პერიოდში); მესიერებისა და კონცენტრაციის პრობლემები (გამოყოფილი Strumpell-ის მიერ 1895 წელს); ტრავმის ხელახლად განცდის ფენომენი (დაკავშირებული F.M.Mott-ის და A.Kardinger-ის სახელებთან); სოციალური განსვლა (აღწერილი J.D.Sutherland-ის მიერ); სოციალური კავშირებისთვის თავის არიდება, ბრალეულობის განცდა (E.Lindemann-ის მიერ გამოყოფილი); ამნეზია (W.Sargant-ის და E.Slater-ის მიერ ომის ნევროზის ფარგლებში დამოუკიდებელ სინდრომად გამოყოფილი). 1939 წელს S.Freud-ი საუბრობდა ბავშვთა ასაკის ტრავმული გამოცდილების პოზიტიურ და ნეგატიურ გავლენაზე. პოზიტიურ ეფექტს შესაძლოა მივაკუთვნოთ ტრავმის "გაცოცხლება", ხოლო ნეგატიურ რეაქციებს მიეკუთვნება დავიწყებულ ტრავმასთან ასოცირებული მოგონებებისა და ქცევებისათვის თავის არიდების ფენომენი. ამ მოსაზრების გავლენით, 1976 წელს M.J.Horowitz-მა პოსტტრავმული სიმპტომები დააჯგუფა ინტრუსიული (აკვიატებული, თავსმოხვეული) და თავის არიდების (უარყოფის) ფენომენების მიხედვით, რაც, საბოლოოდ, DSM-III-ის ორგანიზაციულ ტოპოლოგიად იქცა.

მეორეს მხრივ, სიმპტომების მთელი რიგი (მაგ: სისუსტე, დაღლილობა, ნებისმიერი აქტივობის სურვილის დაკარგვა, თავის ტკივილი, მრავლობითი ფსიქოფიზიოლოგიური რეაქციები), რაც ისტორიულად ტრავმასთან მიმართებაში განიხილებოდა, როგორც DSM-III-ში (1987), ისე DSM-IV-ში (1994), პტსა-ის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების მიღმა აღმოჩნდა. ტრავმის შემდგომი ღრმა პიროვნული ცვლილებები, რომელთა შესახებ ცნობებს მრავალი ავტორი გვანვდის, ასევე არ შევიდა DSM-IV-ში, მაგრამ დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულად აისახა ICD-10-ში (F62.0 - კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პერსონოლოგიური ცვლილებები). თავდაპირველად იყო მცდელობა, რომ მომხდარიყო სხვადასხვა ტიპის ტრავმის შედეგების იდენტიფიცირება გამომწვევი მიზეზის მიხედვით და

შემოტანილი იქნა კიდევ დაყოფა: მაგალითად, ნაცემი ბავშვის სინდრომი, წამების სინდრომი და სხვა. APA-ს მიერ 1980 წელს DSM-III-ის გამოქვეყნების შემდეგ მონოდებული იქნა საერთო თეორია, რომელიც უნიფიცირებას ახდენს მიდგომას ერთჯერადი (Single) სტრესისადმი. ამ თეორიის მიხედვით, სხვადასხვა ტიპის ტრავმას შეუძლია გამოიწვიოს იდენტური სიმპტომატოლოგიის აღმოცენება. ამ თეორიის ნაკლად შესაძლოა ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ პირველადი სიმპტომები შეიძლება გადასინჯული იქნას პტსა-ის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების დადგენის პროცესში ანუ მას შემდეგ, რაც ნახევრად-კონსტრუირებულ კითხვარებზე მიღებული პასუხის გავლენა დიაგნოზზე არასწორად შეიძლება იქნას შეფასებული. ამჟამად მეტად აქტუალური გახდა 1992 წელს J.Herman-ის მიერ შემოტანილი ცნება "კომპლექსური პტსა", რომლის გამომწვევ მიზეზად ავტორი ასახელებს პროლონგირებულ და განმეორებად ტრავმულ გამოცდილებას.

დღეისათვის პტსა განისაზღვრება, როგორც ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც ვითარდება ზოგიერთ ინდივიდში ისეთი ფსიქოლოგიური დისტრესის ("მოვლენის") შემდგომ, რომელიც აღემატება ადამიანური გამოცდილების შესაძლებლობას (PTSD, 1995). ტერმინით – "ტრავმული მოვლენა", აღინიშნება ისეთი სტრესორები, რომელთაც ზოგადად განვიხილავთ როგორც გამოცდილებას, რომელიც ტვირთავს ინდივიდის პიროვნულ რესურსებს (იგულისხმება პრობლემის გადაჭრის უნარი – "coping abilities"). ამ მოსაზრებიდან გამომდინარე, არსებობს სხვადასხვა სახის სტრესორები, რომელნიც განსხვავებულად ზემოქმედებენ ინდივიდზე, რაც დამოკიდებულია ახდენს თუ არა უარყოფით გავლენას თავად მოვლენა პიროვნების პრობლემის გადალახვის უნარზე ან ხომ არ აყენებს მას ფიზიკურ ზიანს. სტრესორის კონცეფციასთან ახლოსაა სტრესისადმი მაღალი მგრძობელობის იდეა (მაგ. პიროვნული თავისებურებანი,

პრემორბიდული მდგომარეობა, გენეტიკური მიდრეკილება სტრესული სიმპტომებისადმი) და სტრესის ზღურბლის განშლა (კონტინუმი). ამრიგად, პტსა-ს გამომწვევი ექსტრემალური მოვლენები ძალზე ხშირად საკმაოდ ჩვეულებრივია და შესაძლებელია ნებისმიერ პირს შეემთხვეს (F.N.Norris, 1992).

სტრესის შედეგად აღმოცენებულ რეაქტიულ მდგომარეობათა ზოგადი განხილვისას გვერდს ვერ ავუვლით П.В.Симонов-ის, მ.მ.ხანანაშვილისა და H.Selye-ს კვლევებს. მიუხედავად საკითხისადმი მათი განსხვავებული მიდგომისა (ინფორმაციული თეორია, რომლის თანახმად ნევროზული აშლილობანი ვათარდება ინფორმაციის სიჭარბის ან დეფიციტის შედეგად; ბიოქიმიური თეორია), ზემოაღნიშნულ ავტორთა კვლევის ძირითად შედეგად შესაძლოა ჩაითვალოს ის, რომ ნებისმიერ შემთხვევაში "ადაპტაციური ენერჯის" მარაგი მემკვიდრეობით არის მიღებული (H.Selye). ნევროზების წარმოშობის ინფორმაციული თეორიები იგივე პრობლემას სხვა ჭრილში განიხილავს, კერძოდ, ფიზიოლოგიურ-ფსიქოლოგიურ ასპექტში და, ამასთან, პიროვნება, რომელიც განიცდის ფსიქომატრავმირებელი ფაქტორის ზემოქმედებას, უმთავრესად იძენს აბსტრაქტულ მოხაზულობას, იგნორირებულია მისი ინდივიდუალური და კონსტიტუციურ-გენეტიკური თავისებურებანი. H.Selye პრობლემას განიხილავს ბიოლოგიური თვალსაზრისით, კერძოდ, C.Bernard-ის (1865) ჰიპოთეზიდან გამომდინარე, ჰომეოსტაზის შენარჩუნების პოზიციიდან. იგი გამოთქვამს ჰიპოთეზას "სტრესის" და "დისტრესის" შესახებ და პიროვნებას განიხილავს, როგორც "ერთიანი და ზოგადი ბიოლოგიური არსის მანქანას", ხოლო სტრესს განსაზღვრავს, როგორც არასპეციფიკურ ადაპტაციურ რეაქციას. ავტორის დასკვნით, სტრეს-დისტრესის თეორიაში აუცილებლად უნდა იქნას შეტანილი დამატებითი განმაპირობებელი ფაქტორების ცნებაც, რომელშიც მანვე გააერთიანა ენდოგენური ბუნების ფაქტორები – კონსტიტუციურ-გენეტიკური, ასაკობრივი, სქესობრივი და აგრეთვე გარემო

ფაქტორები – მაგ. დიეტა, თერაპიული ფონი, კლიმატი; და ასევე ისევე ცნებები, როგორცაა სტრესორის სპეციფიკური და არასპეციფიკური ხასიათი. რეაქციის ინდივიდუალურობა სწორედ ზემოაღნიშნულ ფაქტორთა ერთობლიობით აიხსნება. რეაქციათა აღწერისას, ჰ.სელიე გვაფრთხილებს არ გავავიგოთ "სტრესი" და ნერვული გადაძაბვა, ხაზს უსვავს იმ გარემოებას, რომ სტრესი არის არასპეციფიკური ადაპტაციური რეაქცია, რომელიც მუდმივად არსებობს და აღმოცენდება ორგანიზმის ცხოველმყოფელობის პროცესში. განსხვავებით, "დისტრესი" არის საზიანო, უარყოფითი სტრესული ზემოქმედება. ამრიგად, სწორედ დისტრესი ღვას ახლოს რეაქციებთან, რომელიც ვლინდება ფსიქომატრავმირებელი ფაქტორების ზემოქმედების შემდეგ. "ბიოლოგიური ადაპტაციის" სინდრომის კლინიკურ სურათში H.Selye-მ გამოყო განვითარების 3 ფაზა: 1. შფოთვის (განგაშის) რეაქცია ("Alarm reaction") ანუ თავდაცვითი რესურსების მობილიზაციის ფაზა; 2. რეზისტენტობის სტადია, რაც ასახავს სტრესორისადმი სრულ ადაპტაციას; 3. განლევის ფაზა ("Stage of exhaustion"), როდესაც ხდება "ადაპტაციური ენერჯის" ამოწურვა. ადაპტაციის რეაქციათა წარმოშობისა და მიმდინარეობაში დიდ როლს თამაშობს სწორედ გენეტიკურად დეტერმინირებული ადაპტაციური ენერჯის მარაგი. დაავადების გამომწვევი აგენტების შესწავლით ავტორმა გამოყო პირდაპირი და არაპირდაპირი აგენტები, სწორედ ეს უკანასკნელნი არიან დაავადების აღმოცენების მიზეზი მათ მიმართ ხშირი და უმიზნო დაცვითი რეაქციების წარმოქმნის გამო. ასეთ არაპირდაპირ აგენტად H.Selye თვლის "ფსიქიკურ სტრესს", რომელიც უფრო მეტადაა პათოგენური, ვიდრე ფიზიკური, ვინაიდან ამ დროს არასპეციფიკური მოქმედება რთულდება სპეციფიკურით. ძლიერდება ზემოქმედება გენეტიკური ფონდით განპირობებულ ინდივიდუალურ-პიროვნულ თავისებურებებზე, ხოლო წარმოქმნილ ფრუსტრაციას "სტრესი გადაყავს

დისტრესში". დისტრესული ზემოქმედების შემდგომ აღარ ხდება ორგანიზმის საწყის მდგომარეობაში დაბრუნება და რჩება შეუქცევადი "ბიოქიმიური ნაწიბურები". ეს შეხედულება ეხმიანება ფსიქიატრთა მოსაზრებას ხანგრძლივად მიმდინარე ნევროტული აშლილობების დროს ნეგატიურ აშლილობათა წარმოშობის შესაძლებლობის თაობაზე.

დღესაც მკვლევარები ხაზგასმით აღნიშნავენ სტრესის ზემოქმედების არაერთგვაროვნებას ადამიანის ემოციურ სფეროსა და შრომისუნარიანობაზე: ევსტრესი – ფსიქიკური დაძაბულობის მამობილიზირებელი მოქმედება, ან დისტრესი - ემოციურ-უარყოფითი რეაქციები; შფოთვის წარმოქმნა, პლასტიკური ქცევის დაკარგვა, რაც საბოლოოდ იწვევს მიზანდასახული მოღვაწეობის ემოციურ ჩავარდნას (ციტ.Н.И.Наенко-ს (1979) მიხედვით). უფრო მეტიც, რიგი ავტორები (Э.Гельторн и др., 1966; Я.Рейковский, 1979) მიუთითებენ, რომ შინაგანი ორგანოების ფუნქციონირებაზე ხანგრძლივი ემოციური დაძაბულობა ნეგატიურ გავლენას ახდენს. ზემოაღნიშნულის გამო განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს სტრესისადმი ფსიქოლოგიური მდგრადობის საკითხი და იმ სიტუაციური და პიროვნული ფაქტორების შესწავლა, რომელიც ხელს უშლის სტრესის მადეზორგანიზებელ მოქმედებას.

DSM-III-ში პტსა-ის დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულად შეტანის შემდეგ კვლავ გაგრძელდა კვლევები დაავადების სხვადასხვა ასპექტის შესახებ. მართალია, ამერიკელი მკვლევარების აზრით, პტს-რეაქცია არ მიეკუთვნება ფსიქიკურ დაავადებას, მაგრამ საჭიროებს ყურადღებასა და ადექვატურ მკურნალობას. 1960-70 წლებში მნიშვნელოვანად გაიზარდა დაინტერესება მშვიდობიანი პერიოდის მძიმე ტრავმული გამოცდილებით, კერძოდ კვლევები მიმდინარეობდა ტრავმის ფსიქიკური შედეგების ტიპის, ხანგრძლივობისა და სიხშირის დასადგენად, ასევე, შეისწავლებოდა ტრავმის როლი პიროვნების პრემორბიდულ

მახასიათებლებთან მიმართებაში, ტრავმის შემდგომი ფსიქიკური გამოვლინებების სხვა დაავადებებთან თანხვედრა, პროგნოსტული რისკ-ფაქტორები, მკურნალობის ეფექტურობა და პრევენცია.

სხვადასხვა კვლევებით დადგენილია, რომ პტსა მაღალ კორელაციას ავლენს ზოგად ფსიქიატრიულ სიმპტომატოლოგიასთან. უფრო მეტიც, პტსა-ის მქონე ვეტერანებში ყველაზე აშკარა სიმპტომები იყო ობსესიურ-კომპულსიური ტენდენციები და შფოთვა, რასაც მოსდევდა დეპრესია და მტრული დამოკიდებულება საზოგადოებისადმი (S.D.Solomon, 1989). U.Malt-ის (1987) დაკვირვებით, პტსა საკმაოდ ხშირია სამოქალაქო კატასტროფების (ფიზიკური ტრავმით ან მის გარეშე) შემდეგ, მაგრამ დეპრესია ამ პოპულაციაში გაცილებით მეტია.

J.Kinzie et al.–ის (1989) მონაცემებით, ბავშვობის ასაკში გადატანილი ტრავმის შემდეგ მოზარდებში პტსა – ძირითადი და საკმაოდ მყარი დაავადებაა თავის არიდების სიმპტომების დომინირებით. ამასთან, დეპრესია ყოველთვის ასოცირებულია პტსა-სთან. J.Kroll et al.-მა (1989), რომელთაც 404 ლტოლვილი შეისწავლეს, აღნიშნეს, რომ შემთხვევათა 73%-ში გამოიხატა მძიმე დეპრესიული აშლილობა, ხოლო 14%-ში – პტსა. ავტორები აზუსტებენ, რომ დეპრესია ზუსტად არ ასახავს ამ პოპულაციის "სევდიანი, დაბნეული და დემორალიზებული" მდგომარეობის რეალურ სურათს. მსგავსი მონაცემებია მიღებული განსხვავებული ტრავმული გამოცდილების ანუ ურთულესი ხანძრიდან 2-4 თვის შემდეგ შესწავლილ პოპულაციაშიც. პტსა-ის სიმპტომები ასოცირებულნი იყვნენ მატრავმირებელ სიტუაციაში ყოფნის ფაქტთან, ხოლო დეპრესიული სიმპტომატიკა – მატერიალურ ზარალთან (მაგ. საცხოვრებელი ბინის დაკარგვა) (C.A.Maida et al.,1989). ამავე პერიოდში პარიზში შესწავლილია 10 ტერორისტული აქტის თვითმხილვევი 247 ადამიანი. 142 პიროვნება სამი წლის შემდეგ

კვლავ იქნა გამოკითხული. 79% -ს აღენიშნა ტრავმული ნევროზის ან ფსიქოსომატური დარღვევების სიმპტომები (P.Bouthillon et al.,1990).

ბოლო წლების გამოკვლევებით (B.K.Jordan et al.,1991; R.Yehuda et al., 1993; A.Bleich et al., 1997) დგინდება, რომ ტრავმული მოვლენის (გამოცდილების) შემდგომ დიდი დეპრესიული ეპიზოდების აღმოცენება არის მეორადი პტსა-ის მიმართ და ამდენად იგი შეიძლება განხილული იქნას, როგორც პტსა-ის მეორადი შედეგი.

S.Solomon et al.-მა (1992) აღწერეს საომარი მოქმედებებით გამოწვეული ფსიქიკური რეაქცია, რომლის სიმპტომებიცაა “მოუსვენრობა, ფსიქომოტორული შეკავება, ფსიქოლოგიური გაუცხოვება, სიმპათიკური აქტივობა, კრთომა, ცნობიერების აბნევა (კონფუზია), გულისრევის შეგრძნება, პარანოიდული რეაქციები”.

G.Clarke et al. (1993) მიუთითებენ, რომ ადგილნაცვალ ახალგაზრდა კამბოჯელებში დეპრესიისა და, უპირატესად, პტსა-ის პრედიქტორად ვლინდება საომარ მოქმედებებით გამოწვეული ტრავმა. მიმდინარე ცხოვრებისეული მოვლენები (სტრესორები) იწვევენ დეპრესიულ სიმპტომებს, ხოლო საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა ეთიოლოგიურად მხოლოდ პტსა-ისთვის აღმოჩნდა ღირებული.

კვლევებით ასევე ვლინდება კავშირი პიროვნულ აშლილობებსა და ტრავმულ გამოცდილებას შორის. ასე მაგალითად, J.Herman et al. (1989) მიუთითებენ, რომ მოსაზღვრე ტიპის ფსიქოპათთა 81%-ს ბავშვობისას აქვთ გადატანილი რაიმე ტრავმა. A.Ploeger-მა (1977) შეისწავლა მალაროში მიწის ჩამოქცევის გამო 2 კვირით ჩაკეტილი 10 მალაროელი. 10 წლის შემდეგ 9 მათგანი ავლენდა ხასიათობრივ ცვლილებებს გამლიზიანებლობის, ფეთქებადობის სახით, 6-ში გამოვლინდა სპეციფიკური, ტრავმასთან

ასოცირებული ფობია, ხოლო დეპრესიის შემთხვევები პრაქტიკულად არ დაუფიქსირებიათ.

აღმოჩნდა, რომ ტრავმა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სოციალური ფუნქციონირების ხარისხზეც. M.Salvatore (1992) აღნიშნავს, რომ 1987 წელს შესწავლილი ვიეტნამის ომში დასაქმებული 335 (წითელი ჯვრის 233 მოსამსახურე და 102 სამხედრო ექთანი) ქალიდან 1/3-ს აღენიშნებოდა დეპრესიული სიმპტომები, პტსა და სოციალური ადაპტაციის დარღვევები, რამაც თავი იჩინა როგორც ოჯახურ გარემოში, ასევე სამსახურეობრივი მოვალეობების შესრულებისას.

როგორც А.Н.Краснянский (1990) მიუთითებს, საბჭოთა ფსიქიატრიაში П.Б.Ганнушкин-ისა და В.М.Морозов-ის კვლევათა გარდა პტსა-ის საკითხს ჯეროვანი ყურადღება არ ექცეოდა. მაგალითად, Ю.А.Александровский-ის მიერ (1991) მშვიდობიანი პერიოდის კატასტროფების მსხვერპლთა ფსიქიკური აშლილობები განიხილება ფსიქოგენიის ფარგლებში და ავტორი არ იყენებდა ტერმინს - პტსა.

А.Н.Краснянский, П.В. Морозов - მა პირველებმა სცადეს განესაზღვრათ პტსა-ის კლინიკური ტიპოლოგია პიროვნების პათოქარაქტეროლოგიური განვითარების დინამიკის ანალიზისა და პროგნოზირების მიზნით. მათ გამოყვეს პრემორბიდული თავისებურებანი, ვეტერანთა სოციალურ-ფსიქოლოგიური და სამედიცინო პრობლემები. მოგვიანებით, П.В.Камаченко (1992) თავის კვლევებში შეეხო პტსა-ის პრობლემას კიდურის ამპუტაციის შემდეგ, მათ შორის, ავღანეთის ვეტერანებში. ასევე, А.М.Тураходжаев-მა (1992) თავისი ნაშრომები უძღვნა ავღანეთის ვეტერანთა რეაბილიტაციის პრობლემებს და გამოჰყო ქრონიკული პტსა-ის მიმდინარეობის რამოდენიმე ვარიანტი.

პტსა-ის ეპიდემიოლოგიური შესწავლა მკვლევართა და კლინიკისტთა ფართო დაინტერესების ობიექტად იქცა. ეპიდემიოლოგია,

როგორც მეცნიერება პოპულაციაში დაავადების გავრცელებისა და მისი დეტერმინანტების შესახებ (Last J.M., 1983), მეტად მნიშვნელოვანია პტსა-ისათვის, ვინაიდან იგი მეთოდოლოგიურად უზრუნველყოფს კვლევებს დაავადების ფსიქომატრავმირებელი ფაქტორის პიროვნებაზე ზემოქმედებისა და ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორების (მზაობის) ფარდობითობისა და ურთიერთკავშირის შესახებ. მსგავსი ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია მხოლოდ კვლევებიდან, რომელშიც შეისწავლება მთელი პოპულაცია (რომელზედაც ზემოქმედებდა განსაკუთრებული ტრავმა) ან ტიპური წარმომადგენლები. მატრავმირებელი მოვლენის ზემოქმედების ინტენსივობის როლი დემონსტრირდება სხვადასხვა სიძლიერის მატრავმირებელი ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად მიღებული მონაცემების პროცენტული გავრცელების შეფარდებით. აღსანიშნავია, რომ მზაობის (წყვლადობის- vulnerability) როლი განისაზღვრება გარკვეული ინდივიდუალური თავისებურებებით, ვინაიდან ერთსა და იმავე ინტენსივობის მოვლენაზე პტსა ყველას როლი უვითარდება. ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მკურნალობის ორგანიზაციის და სპეციალური მომსახურების სტრუქტურების შექმნისათვის, ვინაიდან გვაძლევს საშუალებას განვსაზღვროთ პოპულაციაში დაავადების გავრცელების მასშტაბის შესაბამისი დახმარების მოცულობა. მთელ პოპულაციაში პტსა იშვიათად გვხვდება (0,5%-მამაკაცებში, 1,2%-ქალებში). ზოგი ავტორის მონაცემებით, ქრონიკული პტსა-ს სიხშირე გაცილებით მაღალია. მაგ. N.Breslau et al. (1991) დეტროიტის და მიჩიგანის მოსახლეობაში მიუთითებენ 9,2%-ზე, რაც უფრო მეტია, ვიდრე ამავე პოპულაციაში ნარკომანიის (5,9%) ან დეპრესიის (8,3%) გავრცელება. იმავე ავტორთა მიერ ზოგადად პოპულაციაში ჩატარებული კვლევებით, პტსა აღენიშნება მშვიდობიანი პერიოდის ტრავმის შემდგომ პოპულაციის 24%-ს. პტსა უპირატესად აღწერილია იმ პირებში, რომელთაც გადაიტანეს

გარკვეული ფსიქოტრაგმა, მაგ. ჯარისკაცებში. აშშ-ს მონაცემებით, ვიეტნამის ომში მონაწილე 3,5 მლნ სამხედრო მოსამსახურიდან 700-800 ათასს განუვითარდათ პტსა. H.S.Resnick et al. (1993) აღნიშნავენ, რომ პტსა-ის სიმპტომთა სულ მცირე 1 თვით არსებობა შეინიშნება კრიმინალებში (25%), გაუპატიურების მსხვერპლთა 32%-ში, სიკვდილისა და სხეულის დაზიანების საშიშროებისას კი 50%-ში.

პტსა-ის ბიოლოგიური ასპექტები მიმოიხილება ბოლო წლების რიგ პუბლიკაციებში (Davidson J., 1992; Friedman M., 1991). ავტორები ვარაუდობენ, რომ ტრაგმა არის ფსიქობიოლოგიური მოვლენა, რომელიც იწვევს არა მხოლოდ გაუკუღმართებულ, საზიანო ფსიქოლოგიურ ეფექტს, არამედ პოტენციურად საკმაოდ ხანგრძლივ ნეირობიოლოგიურ ცვლილებებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში. პტსა-ის შემთხვევაში ვლინდება ბიოლოგიური ცვლილებები ნორადრენერგული და სეროტონინერგული სისტემების ფუნქციონირებაში, ჰიპოთალამო-პიტუიტარულ-ადრენოკორტიკალურ აქსისში, ენდოგენურ-ოპიოიდურ სისტემასა და დიურნალურ ძილის ციკლში. ნორადრენერგული აქტივობის მომატება გამოვლინდება შარდში კატექოლამინების დონის მომატებით, ტრომბოციტების მათ-ის აქტივობის დაქვეითებითა და იოჰიმბანინის საშუალებით პანიკურ შეტევათა და ფლემბეკების ინდუცირებით (Mason J.W. et al., 1986; Charney D.S. et al., 1987; Southwick S. et al., 1989). ჰიპოფიზურ-პიტუიტარულ-ადრენოკორტიკალურ აქსისის ცვლილებები გამოიხატება შარდში კორტიზოლის დონის დაქვეითებით (J.W.Mason et al., 1986) და კატექოლამინების კორტიზოლთან შეფარდების მატებით, დექსამეტაზონურ სუპრესიაზე მომატებული მგრძნობელობით, შეცვლილი პასუხით კორტიკოტროპინ-რელიზინგურ ჰორმონზე. ოპიოიდური სისტემის დისრეგულაცია ვლინდება ტკივილის ზღურბლის დაქვეითებით მოსვენების

მდგომარეობაში (S.W.Perry et al., 1987), სტრესით გამოწვეული ანალგეზიითა (Pitnam R.K. et al., 1988) და ენდორფინების დონის დაქვეითებით (L.Hoffman et al., 1989). ბიოლოგიურ ცვლილებათა აღნიშნული მოდელი დამახასიათებელია მხოლოდ პტსა-თვის და ამიტომ მედიკამენტოზური თერაპია განსაკუთრებით ეფექტურია დაავადების სიმპტომების სამკურნალოდ. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, პტსა-ის მნიშვნელოვანი გამოვლინებაა ტრავმული მოვლენის განმეორებითი განცდა განმეორებადი სიზმრების, მოგონებების, ხატების ან "ფლემბეკების" სახით. ძილის დარღვევა ასოცირებული პტსა-თან შესაძლოა სპეციფიკური იყოს ამ დაავადებისათვის და REM-ძილის მექანიზმის დარღვევა შესაძლოა ჩართულია პოსტტრავმული შფოთვისანი სიზმრების პათოგენეზში. უფრო მეტიც, ცხოველთა ნეიროფიზიოლოგიური კვლევებით დადგენილია, რომ REM-ძილის გამომწვევი ცნს-ის პროცესი შესაძლოა მონაწილეობდეს კლასიკური კრთომის რეფლექსის კონტროლის პროცესში, რაც თავის მხრივ შეიძლება იყოს მსგავსი კრთომითი ქცევისა (startle behavior), რაც აღწერილია პტსა-ის კონტინგენტში (R.J.Roos et al., 1989).

პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა მიმართ ქართულ ფსიქიატრიაში ინტერესი ვლინდება 80-იანი წლების დასასრულს. მაგრამ კვლევები, რომელიც შეისწავლიდა ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ფსიქომატრავმირებელი მოვლენების ზეგავლენას, ტარდებოდა ჯერ კიდევ საუკუნის დასაწყისში და დაკავშირებულია მ.ასათიანის (1920), მოგვიანებით კი ა.ზურაბაშვილის (1957, 1963), ი.მენტეშაშვილის (1957), ო.ჭითავას (1957, 1963, 1995), ბ.სვანის (1963), ბ.ნანიშვილის (1990), ი.ლაზარაშვილის (1993), გ.ნანიშვილის (1995) და სხვათა სახელებთან. მაგალითად, მ.ასათიანის (1920) მიხედვით, ომის ფსიქონევროზები “წარმოადგენენ წმინდა ფსიქოგენური რეაქციების ტიპს, რომელიც უმთავრეს შემთხვევებში ონტოგენურ მიდრეკილების შედეგი უნდა იყოს. პიროვნების ბირთვის

შეცვლა, დარღვევა ამ დროს არ არის, მაგრამ ფსიქიკური ტრავმის აფექტური ინერვაციის გაძლიერების წყალობით, იქმნება შინაგანი კონფლიქტი. დაენგრა საკუთარი შეხედულება ცნობიერებას, რასაც მოსდევს ფსიქოფიზიოლოგიური პლასტიკობის აწევა და შესაფერისი ფიქსაციები, ხოლო სიმპტომები ხშირად ორგანიზაციაქმნილნი არიან თანახმად ფსიქოგენურად აგებული პათოლოგიური პირობითი რეფლექსებისა". აღნიშნული მოსაზრება ესადაგება იმ პერიოდში გავრცელებულ ივ.პავლოვის კონცეფციას. მოგვიანებით, ი.მენტეშაშვილმა (1957) გამოყო სამარ მოქმედებებში მებრძოლთა სხვადასხვა აფექტური რეაქციების ტიპები: მნესტიური, ჰიპნოზური, სანგვინიური, სპაზმოფილური, ეროტიული, სეკრეტორული, აუტისტური, ასთენიური, პანიკური. საინტერესოა, რომ ოჭითავა (1957) ფსიქოგენიისას ცნობიერების აშლის (ცნობიერების აფექტოგენური შევიწროვება, ცნობიერების სომნამბულური მდგომარეობა, ცნობიერების აშლა ასთენო-სტუპოროზული მდგომარეობით) კვლევისას ფსიქიკურ ტრავმას შინაარსის მიხედვით ყოფს 3 ძირითად ჯგუფად: 1.უსიამოვნო განცდა, შიში, დაკავშირებული პირად ან ახლობლის კეთილდღეობასთან (ახლობლის ავადმყოფობა ან გარდაცვალება, ოჯახური ან სამსახურებრივი უსიამოვნებანი და სხვა); 2.სხვადასხვა კონფლიქტი; 3.ახალი საყოფაცხოვრებო სიტუაცია გართულებული პირობებით. ავტორი (1963) ასევე განიხილავს გახანგრძლივებულ ტრავმულ სიტუაციასთან დაკავშირებით განვითარებულ ფსიქოგენურ რეაქციებს და კლინიკურ მასალაზე დაყრდნობით გამოყოფს რეაქციათა 5 ჯგუფს: ასთენიური, ასთენო-დეპრესიული, დეპრესიული, დეპრესიულ-პარანოიდული და პარანოიდული რეაქციები.

ა.ზურაბაშვილის (1965) მიხედვით, საერთოდ ნევროზისმაგვარი მდგომარეობების "ეტიოლოგიურ ფაქტორად შეიძლება გახდეს მხოლოდ ის ფსიქოლოგიური განცდები, რომელნიც დაკავშირებულია ასთენიურ

(უსიამოვნო) ძლიერ ემოციებთან. ამავე დროს, უკანასკნელნი შეიძლება გამოვლინდნენ ან შოკური ფსიქოტრავმული ფაქტორების ან ხანგრძლივი დროის მანძილზე პიროვნებაზე მოქმედი გახანგრძლივებული უარყოფითი ემოციების სახით." ამასთან, აზურაბაშვილის კვლევათა შესახებ Н.И.Фелинская (1974) წერდა: "მაკრო- და მიკროსოციალურ ფაქტორებთან დაკავშირებული ფსიქოგენიების ანალიზისას აზურაბაშვილი შეჩერდა მიკროსოციალური გარემოს (ე.წ. მცირე სოციალური ჯგუფები) კონსტრუქციულ- პოზიტიურ მნიშვნელობაზე. მან დაადგინა, რომ მიკროსოციალური რანგის ფსიქომატრავმირებელი ფაქტორები ზოგჯერ იძენს ისეთ მნიშვნელობას, რომ იწვევს მთლიანად პიროვნების, მისი ფსიქოლოგიური წყობის რღვევას, ხდება პიროვნების პათოქარაქტეროლოგიური განვითარება".

ბოლო წლებში საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკურმა, ეკონომიკურმა და სოციალურმა პროცესებმა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა მთლიანად საზოგადოების სოციალური ადაპტაციის უნარზე. აღნიშნულმა ვითარებამ გააფართოვა ფსიქიატრიის კომპეტენციის ფარგლები, მოხდა გადანაცვლება ფუნდამენტური კვლევებიდან სოციალურად აქტუალური საკითხების შესწავლისაკენ. ამის მაგალითია ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის წამყვანი მეცნიერ-თანამშრომლების აქტიური პრაქტიკული მონაწილეობა სხვადასხვა ჰუმანიტარული ორგანიზაციების (OXFAM, UMCOR და სხვ.) მიერ დაფინანსებულ დევნილთა ფსიქო-სოციალურ კვლევებსა (მ.ჭიმკარიანი და სხვ., 1997; დ.ზურაბაშვილი, 1996) და შეირაღებულ კონფლიქტებში დაჭრილთა რეაბილიტაციის პროგრამებში (არასამთავრობო ორგანიზაცია "ნდობის ტელეფონთან" ერთად). აღსანიშნავია, რომ 1990 წელს რეანიმატოლოგიის, ინტენსიური თერაპიის, კატასტროფათა და კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინის პრობლემებისადმი მიძღვნილ საერთაშორისო სიმპოზიუმზე ქართველი

ფსიქიატრები 1989 წლის 9 აპრილს დაზარალებულთა ფსიქიკურ მდგომარეობას განიხილავდნენ ფიქსირებული ფსიქოგენური რეაქციების ჩარჩოებში, რომლებიც განვითარდა ტოქსიკური ენცეფალოპათიისა და სხვა სომატური დაავადებების მიზებით პათოლოგიურად შეცვლილ ნიადაგზე (ნ.დუდუჩავა და სხვ., 1990; ბ.ნანიშვილი და სხვ., 1990). მოგვიანებით, აღნიშნულ მოვლენასთან დაკავშირებით ქვეყნდება გ.ნანიშვილის და სხვ. (1995) სტატია: "Mass psychogenic trauma - Anniversary syndrom", სადაც განხილულია 9 აპრილს დაზარალებულთა კონტინგენტში გამოვლენილი აშლილობები, მათ შორის - პტსა-ის სიმპტომები. მკვლევართა ყურადღება აგრეთვე მიექცა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სასამართლო-ფსიქიატრიულ ასპექტებს (თ.ხარებავა, 1996). დ.ზურაბაშვილის სადისერტაციო ნაშრომში: "სკოლის ასაკის ბავშვთა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობების განვითარების ტიპოლოგია" (1998), კლინიკურად მკვეთრად გამოხატულ თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის განსაზღვრული იქნა ინდივიდუალური პოსტტრავმული დარღვევების მანიფესტაციის თავისებურებანი, განვითარების დინამიკა, გადატანილი სტრეს-რეაქციის სიმძიმე, ექსპოზიციის თავისებურებანი, კლინიკური და სოციალური პროგნოზის კრიტერიუმები. ავტორმა ასევე განსაზღვრა პტსა-ის განვითარების სხვადასხვა სტადიაზე (საწყისი, შუალედური და მანიფესტაციის პერიოდი) ჩამოყალიბებული ფსიქოპათოლოგიური ფენომენის ბირთვის ტრანსფორმაციის ხასიათი.

მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის სტაციონარში პტსა-ის დიაგნოზი პირველად 1995 წელს დაისვა (ო.ჭითავა და სხვ., 1995), ხოლო ქართულ ენაზე გამოცემულ ფსიქიატრიის სახელმძღვანელოში პტსა, როგორც დამოუკიდებელი ნომოლოგიური ერთეული, პირველად შეტანილი იქნა გ.ნანიშვილის (1998) მიერ.

თავი II. კვლევაში გამოყენებული მეთოდები და მასალა

ფსიქიკურ აშლილობებით დაავადებულთა მდგომარეობის შესაფასებლად შემუშავებულია მრავალი ფსიქომეტრული სკალა და სტრუქტურირებული კითხვარი. თუ კითხვარები ფართოდ გამოიყენება დიაგნოსტიკის პროცესისათვის, ფსიქომეტრული სკალა საშუალებას გვაძლევს დინამიკაში შევაფასოთ როგორც ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, ისე ცალკეული სიმპტომების სიმწვავე. ვინაიდან ჩვენი კვლევის ობიექტი იყო იძულებით ადგილნაცვალი პოპულაციის ტიპური (რეპრეზენტატიული) წარმომადგენელი კვლევის მიზნების შესაბამისად მოხდა ადექვატური ინსტრუმენტების მოძიება და თარგმნა. გამოყენებული კითხვარებით უნდა გაგვესაზღვრა პიროვნების ტრავმირების ხარისხი და დევნილის ფსიქოლოგიური, სოციალური და სამედიცინო პრობლემები, ასევე გამოგვეყო დევნილთა სპეციფიკური ჯგუფი, რომელიც ფსიქიატრთა პროფესიულ დახმარებას საჭიროებდა. მონაცემები, მიღებული მსგავსი შეფასებითი მეთოდების საშუალებით, თავის მხრივ წარმოადგენს ეფექტურ საზომს შემდგომი მკურნალობის შესაფასებლად. დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტების შერჩევისას ვითვალისწინებდით ლიტერატურაში აღწერილ (L.T.Arcel et al.,1995; S.B.Jensen, 1992) დევნილ მოსახლეობასთან ფსიქიატრთა და ფსიქოლოგთა მუშაობის გამოცდილებასაც, რომლის თანახმად:

1. უმჯობესია გამოყენებული იქნას კულტურალურად ადაპტირებული და ვალიდური კითხვარები;
2. ინსტრუმენტები უნდა იყოს მარტივი და პოპულაციისათვის ლინგვისტურად ადექვატური (მისაღები);
3. მიუღებელია ვრცელი დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტების გამოყენება, რაც სენსიტირებული დევნილი მოსახლეობისათვის დამატებით

დატვირთვას წარმოადგენს;

4. ინსტრუმენტს უნდა ჰქონდეს ადექვატური ფსიქომეტრული მახასიათებლები.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, იძულებით აღვიღნაცვალი პირების კვლევისათვის შერჩეული და გამოყენებული იქნა:

1. “ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის კვლევის ანკეტა”, შემუშავებული ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის თანამშრომლების მიერ (იხ. დანართი 1) დევნილი პოპულაციის სოციო-დემოგრაფიული და ზოგადსამედიცინო მონაცემების ბაზის შესაქმნელად გამოყენებულ იქნა “ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის კვლევის ანკეტა”, რომელიც 50 კითხვისაგან შედგება. ანკეტის შედგენაში ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის თანამშრომლებთან ერთად მონაწილეობა მიიღეს დ.უზნაძის სახ. თბილისის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის თანამშრომლებმაც. ანკეტის საფუძვლად აღებულია წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის (IRCT/RCT) მიერ ბოსნიასა და ჰერცეგოვინაში დევნილი პოპულაციის კვლევისათვის გამოყენებული ზოგადი ანკეტა (78 კითხვით). ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის კვლევის ანკეტაში მოცემულია შეკითხვათა რამდენიმე ჯგუფი, რომელიც ასახავს: დევნილი მოსახლეობის სოციო-დემოგრაფიულ სტრუქტურას მიგრაციამდე და მიგრაციის შემდეგ; მათ მიერ მშობლიური კუთხის მითვებასა და მატერიალურ და სოციალურ დანაკარგებს; ცხოვრების პირობებს; არსებულ მატერიალურ, ფსიქო-სოციალურ და სამედიცინო პრობლემებს; სოციალიზაციის ხარისხსა და ინტეგრირებას გარე სამყაროსთან; ინტერპერსონალური ურთიერთობებისა და საკუთარი სტატუსის შეფასებას; ექსპექტაციებს და სხვა. ანკეტის კითხვები (პასუხთა ნაკრებით, რომელშიც არჩევანი საკვლევემა პირმა უნდა გააკეთოს) ღიაა

და აქვს სტრუქტურირებული ინტერვიუს ფორმა. ანკეტის სატიტულო ფურცელზე ასევე ფიქსირდება მკვლევარის მოსაზრებანი და განუელი ფსიქიატრიული თუ ფსიქოთერაპიული დახმარების მოცულობა.

მოპოვებული ინფორმაციის დამუშავება მოხდა შემდეგი თანმიმდევრობით: მასალის ხარისხის შემოწმება, სპეციალურად შექმნილ კომპიუტერულ პროგრამაში შეტანა (მონაცემთა ბაზის შექმნა) და მაჩვენებლების გამოთვლა. სოციალური კვლევისათვის ანკეტის გამოყენებით მიღებული მონაცემები დამუშავებული იქნა სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით. კერძოდ, კლინიკურ გამოკვლევაში გამოყენებული იქნა არაპარამეტრული კრიტერიუმები. ვოლკოქსონის კრიტერიუმი განსხვავების დამაჯერებლობის განსაზღვრისათვის შემდეგი თანმიმდევრობით გამოვიყენეთ: დაკვირვების წყვილთა შორის სხვაობის განსაზღვრა; რანგის მინიჭება ნიშანთა გაუთვალისწინებლად; ერთნაირნიშნის რანგების შეკრება; მცირე ჯამის შეფასება (O.П.Минцер и др., 1982).

2. Watson–ის პტსა-ის კითხვარი მოზრდილთათვის (C.G.Watson's PTSD Questionnaire for Adults) (იხ. დანართი 2);

C.G.Watson–ის (1991) მიერ მოწოდებული პტსა-ის კითხვარი მოზრდილთათვის გამოიყენება პოსტტრავმული სტრესული რეაქციის საზომად. ტესტის გამოყენება განაპირობა ლიტერატურაში მითითებულმა მაღალმა სანდოობამ (0.95), შინაგანმა სტაბილურობამ ($\alpha=0.92$), მგრძობელობამ (0.89), სპეციფიკურობამ (0.94), ამასთან $\kappa=0.82$ (C.G.Watson et al., 1991). აღნიშნული ინსტრუმენტი განსხვავებულია სხვა კლინიკური კვლევისათვის მოწოდებული კითხვარებისაგან, ვინაიდან საკვლევი პირი თავად აფასებს სიმპტომთა სიმწვავეს და ექიმის კლინიკური გამოცდილება ნაკლებად მოქმედებს დიაგნოსტიკური პროცესის სრულფასოვნებაზე. კითხვარი (ინსტრუმენტი) დაფუძნებულია DSM-III-R-ზე და ატარებს 5 ნაწილისაგან შემდგარი სტრუქტურირებული

ინტერვიუს სახეს. პირველი (A) ნაწილის 3 კითხვა შეეხება ტრავმული მოვლენის არსებობა/არარსებობას, ხასიათსა და ტიპს. ამდენად მკვლევარს ეძლევა საშუალება განსაზღვროს სტრესორის როგორც ბუნება (თვისობრივი ასპექტი), ისე განვრცობა (რაოდენობრივი ასპექტი). სტრესორები კატეგორიებად დაიყოფიან, როგორცაა ქვეზღერბლოვანი სტრესორები, პოტენციურად მატრავმირებელი მოვლენები (DSM-IV-დან კრიტერიუმი A) და მატრავმირებელი მოვლენები (კრიტერიუმ A1-A2-თან თანმხვედრი). ტესტის შემდეგი 17 შეკითხვა (constitute) აგებულია სტანდარტული ფსიქოლოგიური სკალის ფორმით, რაც დაყოფილია 3 ნაწილად: B-ტრავმის განმეორებითი განცდა (Trauma Reexperiencing), C - თავის არიდება (Avoidance), D - ავტონომიური ჰიპერრეაგირება (Arousal). ამ სიმპტომების შეფასება ხდება გასაღებით 1-დან (არა, არასოდეს) 7-მდე (ნამდვილად, ყოველთვის). დასკვნით (E) ნაწილში გამოყოფილია ორი კითხვა სიმპტომთა მიმდინარეობის ტიპის შესახებ. შედეგი შეიძლება გამოიხატოს დიქტომურად თითოეული ინდივიდუალური სიმპტომისათვის ან საბოლოო დიაგნოზის სახით, მაგ. როცა სიმპტომები მიუთითებენ პტსა-ის დიაგნოზის არსებობასა ან არარსებობაზე. შედეგი ასევე შეიძლება წარმოდგენილი იქნეს როგორც ცვლადი სიდიდე უწყვეტ 17 სიმპტომიანი სკალისათვის ან დამოუკიდებლად თითოეული ნაწილისათვის (B, C, D) (L.T.Arcel et al., 1995).

დევნილთა ფსიქიკური მდგომარეობის შესაფასებლად აგრეთვე გამოყენებული იყო სტანდარტული ინსტრუმენტები, რაც ფართოდ გამოიყენება ფსიქიატრიასა და ფსიქოლოგიაში (Т.Макглинн и др., 1989; ქ.ჭანტურია, 1996). ინსტრუმენტების ამორჩევისას ვითვალისწინებდით დევნილი პოპულაციის პრობლემებს, რაც პროლონგირებული და ინტენსიური ფსიქოტრავმებით არის განპირობებული და ამდენად არჩევანი შევაჩერეთ Beck-ის დეპრესიის სკალასა და შიხანის განგაშის

თვითშეფასების სკალაზე.

3. Beck-ის დეპრესიის სკალა (Beck Depression Inventory - BDI) (იხ. დანართი 3);

ნოზოლოგიურად ორიენტირებულ დეპრესიულ მდგომარეობათა თვითდაკვირვების კითხვართა შორის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული და პოპულარული სკალა-კითხვარი არის Beck-ის დეპრესიის სკალა, რომელიც, ჩამოყალიბებული ანკეტის სახით, გამოქვეყნდა 1961 წელს. Beck-ის დეპრესიის სკალა - BDI - (A.Beck,1978; A.Beck et al., 1987) მოიცავს დეპრესიის დამახასიათებელ სხვადასხვა სიმპტომებთან დაკავშირებულ 21 პუნქტს, რომელთაგან თითოეული 4 მტკიცებისაგან შედგება და, ამდენად, შესაძლებელია გაეცეს ოთხი პასუხი. პასუხები მზარდი ინტენსივობით არის განლაგებული და საკვლევი პირის მიერ გაკეთებული არჩევანის შესაბამისად სიმპტომების შეფასება ხდება გასაღებით 0-დან 3-მდე (0 - არ არის გამოხატული, 1 - სუსტად, 2 - საშუალოდ, 3 - ძლიერ არის გამოხატული). BDI-ში ასახულია დეპრესიის კლინიკური სურათის ზოგადი ნიშნები: ძილის ციკლის დარღვევა, გუნებ-განწყობის ფონი, თვითშეგრძნება, სომატური სიმპტომები, სუიციდური აზრები და სხვა. ამდენად, სიმპტომთა რიგი შემდეგი თანმიმდევრობით არის წარმოდგენილი: A - სევდა; B - უიმედობა; C - უიღბლობა; D - სიამოვნების განცდის უნარი; E - თვითდანაშაული; F - თვითბრაღდება; G - დამოკიდებულება საკუთარი თავის მიმართ; H - თვითშეფასება; I - სუიციდური მზაობა; J - ცრემლიანობა; K - გაღიზიანებადობა; L - სოციალური ინტერესი; M - გადანწყვეტილებათა მიღების უნარი; N - საკუთარი გარეგნობის შეფასების უნარი; O - შრომისუნარიანობა; P - ძილი; Q - სისუსტე; R - მადა; S - წონა; T - იპოქონდრიულობა; U - სექსუალობა.

აღნიშნული სკალა შეიქმნა, როგორც სავსებით სტანდარტიზებული კონსტრუქტი, რომელსაც თან ახლავს ინსტრუქცია პაციენტთათვის. აღნიშნული სკალის შექმნით გადაიჭრა მკვლევართა ძირითადი ამოცანა, რათა სტანდარტიზებულ ინსტრუმენტში ასახული ყოფილიყო დეპრესიის კლინიკურ-დიაგნოსტიკური საკითხები, აგრეთვე გამოსადეგი ყოფილიყო სიმძიმის და მიმდინარეობის დინამიკის განსაზღვრისათვის. სკალის შექმნის დროს ავტორმა არ გაითვალისწინა დეპრესიის ეტიოლოგიის და პათოგენეზის პრობლემები.

კვლევის ეს მეთოდი თარგმნილი იქნა მრავალ ენაზე და, როგორც თითქმის 30-წლიანი გამოცდილება გვიჩვენებს, სკალამ მაღალი ვალიდურობა გამოავლინა და მიღებული იქნა, როგორც დეპრესიის კვლევის საერთაშორისო ინსტრუმენტი. მას იყენებენ აგრეთვე სხვა ტესტების ვალიდიზაციის დროს, ანუ იგი გვევლინება როგორც ე.წ. რეტესტ-მეთოდი. სკალის მახასიათებელთა შორის მნიშვნელოვანია დეპრესიის სიმპტომთა ანუ პუნქტთა სიმარტივე, პაციენტისათვის მისაწვდომი მარტივი ენა, რაც გავლენას ახდენს სკალის ისეთ მნიშვნელოვან მაჩვენებელზე, როგორც არის მისი ობიექტივალიზაცია. ინსტრუმენტის გამოყენებისას საყურადღებოა ისეთი მახასიათებელი, როგორცაა პუნქტთა გამორჩეულობა ანუ თითოეული პუნქტის კორელაცია მათ ჯამურ მაჩვენებელთან. ამ შემთხვევაში მნიშვნელობას იღებს ისეთი ფაქტორები, როგორც არის ასაკი, მაგალითად, U - სექსუალობასთან ან H - თვითშეფასებასთან მიმართებაში.

Beck-ის დეპრესიის სკალის მონაცემების (ქულათა ჯამი) მიხედვით დეპრესიის სიღრმე ფასდება შემდეგი კრიტერიუმებით: 1-9 - ნორმა, 10-15 - მსუბუქი დეპრესია, 16-19 - მსუბუქი-საშუალო დეპრესია, 20-29 - საშუალო-მძიმე დეპრესია, 30-63 - მძიმე დეპრესია.

დეპრესიის სიღრმის მიხედვით ხდებოდა ფსიქიატრიული ტაქტიკის

შერჩევა, კერძოდ, თუ შეფასებათა ჯამი 19 ქულას აღემატებოდა - ითვლებოდა, რომ სახეზეა კლინიკური დარღვევა და პიროვნება საჭიროებს ფსიქოთერაპიულ დახმარებას, ხოლო 24 ქულაზე ზევით - მდგომარეობა საჭიროებდა ანტიდეპრესანტების გამოყენებას და ა.შ.

4. Sheehan-ის განგაშის თვითშეფასების სკალა (Sheehan Self-rating Anxiety Scale) (იხ. დანართი 4);

დევნილ პოპულაციაში შფოთვის დონე ფასდებოდა Sheehan-ის განგაშის თვითშეფასების სკალით, რომელიც 35 პუნქტისაგან შედგება. ფაქტორული ანალიზის შედეგების მიხედვით შფოთვითი აშლილობებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები დაყოფილია 2 ჯგუფად: შფოთვის სომატური სიმპტომები (გულ-სისხლძრღვთა, კუჭ-ნაწლავისა და სასუნთქი სისტემების დარღვევები) და შფოთვის ფსიქიკური სიმპტომები (ემოციური დარღვევები, შინაგანი დაძაბულობა, კოგნიტიური დარღვევები). ამასთან, სკალა იძლევა საშუალებას განვასხვავოთ სიტუაციური შფოთვა და შფოთვა, როგორც პიროვნული ნიშანი. ყოველი სიმპტომის შეფასება ხდება 4 ქულიანი სისტემით: 0-დან (არა) 4-მდე (უკიდურესად ძლიერ). ცდის პირმა უნდა ამოირჩიოს მხოლოდ ერთი პასუხი. შფოთვის დონე 30 ქულაზე ზევით ითვლებოდა ანომალურად, ხოლო 80-ზე ზევით - მაღალ დონედ. პანიკურ შეტევათათვის დამახასიათებელია ქულათა რაოდენობა საშუალოდ 57-ის ფარგლებში (50-65 ქულა).

მრავალპროფილური სკრინინგის ჩატარება განხორციელდა რამდენიმე ეტაპად: დევნილი მოსახლეობის მათი კოლექტიური განსახლების ადგილებში სათანადო ინფორმაციის მიწოდება; პროფილაქტიკური შემონახვა შესაბამისი ანკეტური სკრინინგით; გამოკვლევულ პირთა დაჯგუფება და იმ პირთა გამოვლენა, ვინც დამატებით საექიმო მეთვალყურეობას საჭიროებს; უფასო სამკურნალო და რეაბილიტაციური

ლონისძიებების ჩატარება.

აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტროს დახმარებით დამყარდა კონტაქტი დევნილთა კოლექტიური განსახლების ცენტრების ლიდერებთან. სამუშაოს შესასრულებლად შერჩეული იქნა შემდეგი კოლექტიური განსახლების ცენტრები: სასტუმროები - "ამირანი", "აკადემიური", "ვაკე-ტურბაზა", რკინიგზის საერთო საცხოვრებელი და ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო.

შემთხვევითი ამონაკრების მეთოდით სულ შესწავლილია 200-ზე მეტი პირი. ანკეტათა სრულფასოვნების დადგენის შემდეგ განისაზღვრა ასაკობრივი ლიმიტი (სოციო-დემოგრაფიული კვლევებისათვის 14 წლიდან 75 წელი და მეტი, ხოლო ნაშრომში კლინიკური მასალა წარმოდგენილია 18-დან 75 წლის ასაკის პირების მონაცემებით). ამასთან, ნაშრომში არა არის განხილული ის შემთხვევები, როცა სამედიცინო დოკუმენტაციით დადასტურებული იყო ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობები (შიზოფრენია, ბიპოლარული აშლილობა, ბოდვითი აშლილობა და სხვ.) და ცნს-ის ორგანული დაზიანებით გამოწვეული ფსიქიკური, პიროვნული და ქცევითი აშლილობები. ამდენად, სოციალური კვლევის შედეგები განხილულია 158 პირის მიერ წარმოდგენილი ანკეტებით, ხოლო კლინიკური მასალა 144 შემთხვევით.

ორგანიზებული დანაშაულის მსხვერპლთა, ლტოლვილთა და დევნილთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამედიცინო ეთიკურ სტანდარტებზე ჩატარებული ევროპული კონსულტაციების რეკომენდაციების შესაბამისად (Medical Ethical Standards, 1995), კვლევაში მონაწილეობას დევნილები იღებდნენ საკუთარი ნებით, სპეციალისტთა შესაბამისი ახსნა-განმარტების შემდეგ, ამასთან გარანტირებული იყო სამეცნიერო კვლევებით მოპოვებული სამედიცინო ინფორმაციის ანონიმურობა. იძულებით ადგილნაცვალ პირთა კვლევაში ჩართვის

მაღალი მოტივაცია გარკვეულწილად განპირობებული იყო უფასო სამედიცინო და მედიკამენტოზური დახმარებით. ამდენად, მართლდება ფსიქოლოგთა მოსაზრება, რომ მოტივი შეიძლება განხილული იქნას ან როგორც გაცნობიერებული მოთხოვნილება (А.Г.Ковалев, 1965), ან როგორც მოთხოვნილების საგანი (А.Н.Леонтьев, 1975).

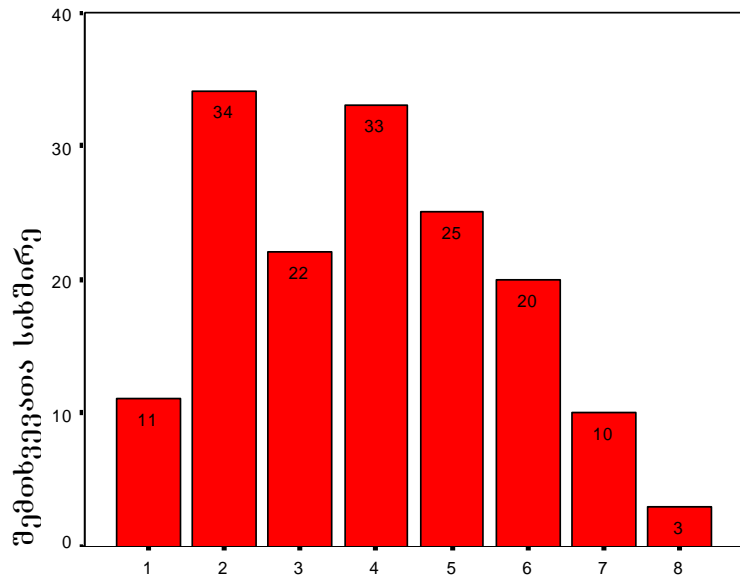
თავი III. საკუთარი დაკვირვება

III. 1. გამოკვლევულ პირთა სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები

riskis jgufis 158 respondentis mier Sevsebuli socialuri kvlevis anketebis statistikuri meTodebiT damuSavebis Sedegad gamovlinda Semdegi demografiuli maxasiaTeblesi:

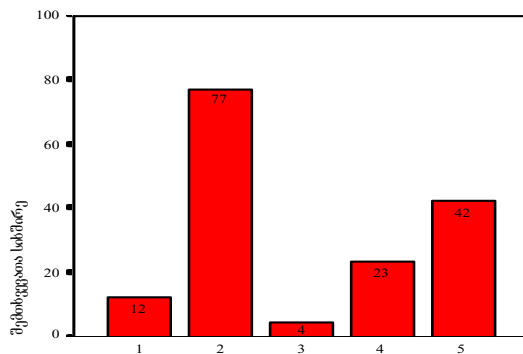
1. რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა ქალია (126 - 79,7%), ხოლო 32 (20,3%) - მამაკაცი
2. ასაკის მიხედვით რესპონდენტთა განაწილება წარმოდგენილია შემდეგი სახით:



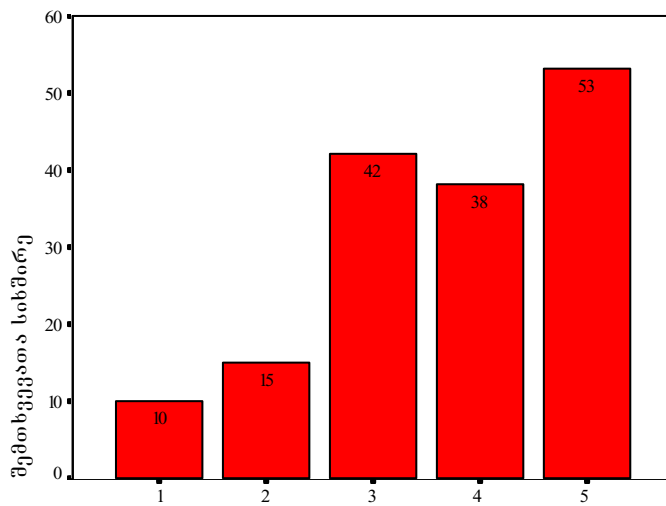


რესპონდენტთა ასაკობრივი ჯგუფები

- ეროვნების მიხედვით იძულებით ადგილნაცვალ პირთა აბსოლუტური უმრავლესობა იყო ქართველი (93,7%), 3,8% - რუსი და 1,3% - აფხაზი. დანარჩენი 2 პიროვნებიდან (1,3%) 1 არის ესტონელი, მეორე - უკრაინელი.
- ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით გამოირკვა, რომ უმრავლესობა (48,7%) დაოჯახებულია; 2,5% - განქორწინებული; 7,6% არის მარტოხელა; 14,6% - ქვრივი; ხოლო 26,6%-ს აქვს სრული ოჯახი.

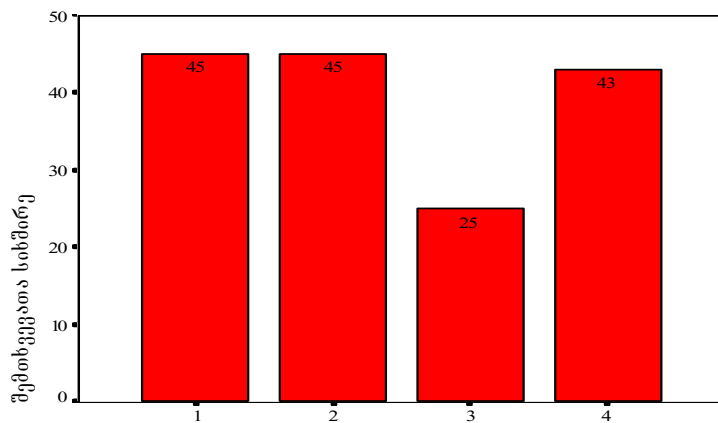


5. განათლების მიხედვით რესპონდენტთა - 6,6% არასრული საშუალო განათლებისაა; 9,5% - საშუალო; 26,6% - საშუალო სპეციალური; 24,1% - დაუსრულებელი უმაღლესი; ხოლო - 33,5% - უმაღლესი განათლებისაა.



- ჯგუფების დასახელება:**
1. არასრული საშუალო
 2. საშუალო
 3. საშუალო სპეციალური
 4. დაუსრულებელი უმაღლესი
 5. უმაღლესი

6. დასაქმების მიხედვით რესპონდენტთა 28,5% - უმუშევარია; 28,5% დასაქმებულია, 15,8% - პენსიონერი, ხოლო 27,2% - აგრძელებს სწავლას საშუალო სპეციალურ და უმაღლეს სასწავლებლებში.



- ძირითადი ჯგუფები შრომითი მოწყობის მიხედვით:**
1. უმუშევარი
 2. დასაქმებული
 3. პენსიონერი
 4. სწავლობს

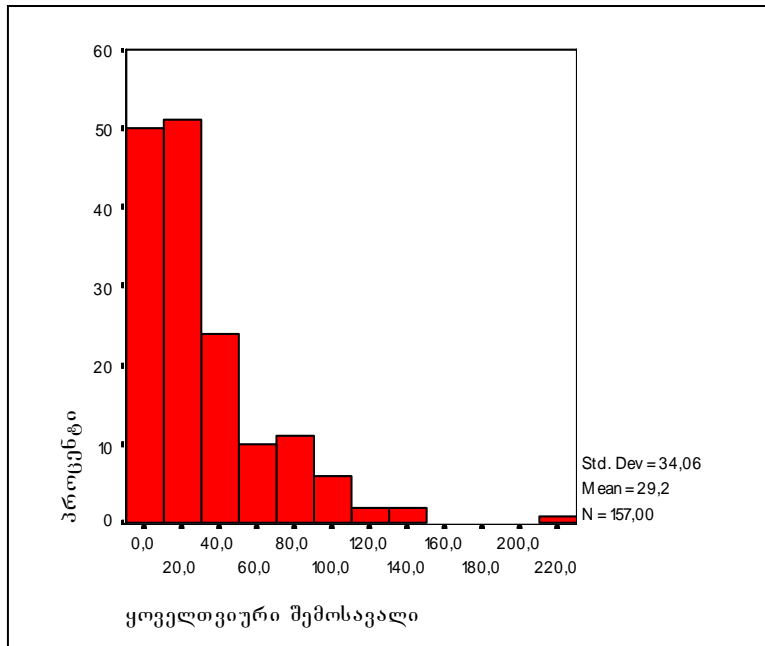
7. წარსულში დასაქმების მიხედვით რესპონდენტთა მხოლოდ 7% იყო უმუშევარი; 61,4% - დასაქმებული, 2,5% - პენსიონერი, ხოლო 29,1% - სწავლობდა საშუალო ან უმაღლეს სასწავლებლებში.

შრომითი დასაქმება მატრავმირებელ მოვლენებამდე

	სიხშირე	პროცენტი	ვალიდ. პროც.	კუმულაცი. პროც.
1. უმუშევარი	11	7,0	7,0	7,0
2. დასაქმებული	97	61,4	61,4	68,4
3. პენსიონერი	4	2,5	2,5	70,9
4. სწავლობდა	46	29,1	29,1	100,0
ჯამი	158	100,0	100,0	

უმუშევართა უმრავლესობას (44,4%) აქვს უმაღლესი განათლება, ხოლო იმ პირებს შორის, რომელიც დღეს დასაქმებულია 38% არ მუშაობს წარსულში მიღებული განათლებისა და კვალიფიკაციის შესაბამისად. ამის გამოა, რომ რესპონდენტთა ნაწილი (84 პირი - 53,2%) მატრავმირებელ მოვლენებს შორის ასახელებს აგრეთვე სამსახურის დაკარგვის მომენტს. რიგ შემთხვევაში დღეს დასაქმებულ პირთა შორის სამუშაო შემთხვევით ხასიათს ატარებს (დღიური მუშა, დამლაგებელი, გამყიდველი და ა.შ.)

რესპონდენტებში მერყეობს ყოველთვიური შემოსავლის დონე და საშუალოდ შეადგენს 29,2 ლარს. სტატისტიკური მონაცემები წარმოდგენილია ჰისტოგრამის სახით:

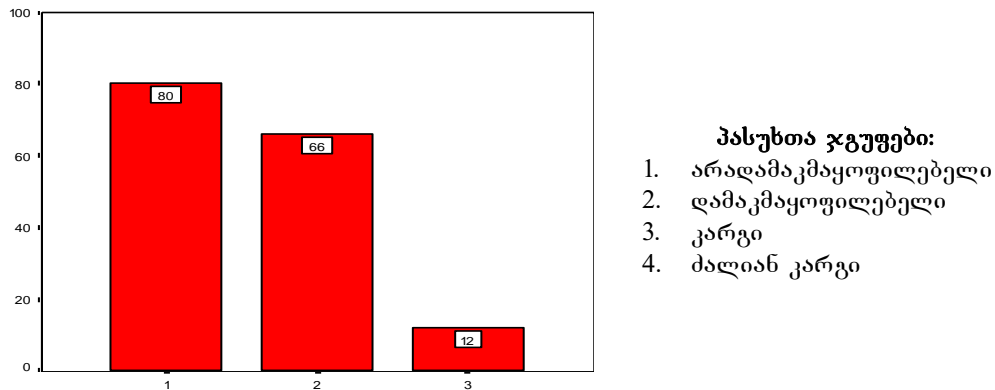


მატრავმირებელ მოვლენამდე 158 გამოკითხულიდან 118 (74,2%) იყო მორწმუნე (ძირითადი აღმსარებლობა - მართლმადიდებელი ქრისტიანი), ხოლო ტრავმული გამოცდილების შემდეგ მორწმუნე გახდა კიდევ 32 დევნილი (სულ 150 (94,3%) პირი). თუმცა, სტატისტიკური მონაცემებით ეს სხვაობა მაღალი სარწმუნოობით არ ხასიათდება, მაგრამ მიღებული მონაცემები სრულიად შეესაბამება ლიტერატურაში არსებულ მითითებებს.

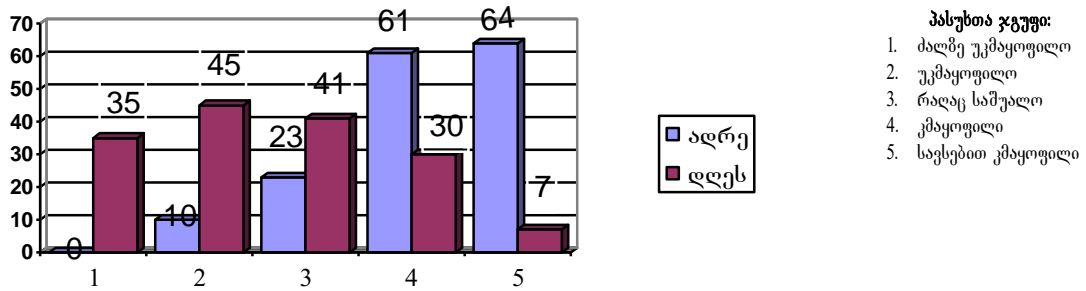
ანკეტის მე-14 პუნქტის შეკითხვაზე: "საქართველოში ბოლო 10 წლის განმავლობაში მომხდარ მოვლენებს შორის რამ მოახდინა თქვენზე ყველაზე მძიმე შთაბეჭდილება" - რესპონდენტთა 87,3% (138)-მა აღნიშნა აფხაზეთის კონფლიქტი; 7% - სამაჩაბლოს კონფლიქტი; 1,9% - 9 აპრილის მოვლენები; 1,9% - თბილისის ომი; 1,3%-მა - ქვეყნის ეკონომიკური ნგრევა; 0,6% - სხვა მოვლენები. რესპონდენტისა და

მისი ოჯახისათვის ამ მოვლენების მძიმე შედეგებზე (მაგ. ოჯახის წევრისა და მატერიალური ფასეულობების დაკარგვა და სხვა) მიუთითა 143 (90,5%) დევნილმა.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ კვლევები ტარდებოდა იძულებით ადგილნაცვალ პირთა კოლექტიური განსახლების ადგილებში: სასტუმროები, საერთო საცხოვრებლები, სკოლები და ა.შ. ანკეტის მე-20 პუნქტით კვლევაში მონაწილე პირების მიერ ფასდებოდა საცხოვრებელი ბინის სანიტარული პირობები. მიღებული პასუხების სიხშირე დაჯგუფებულია გრაფიკის სახით:



სოციალური კვლევის ანკეტა (პუნქტები 23 და 25) დევნილებს აძლევდა საშუალებას სუბიექტურად შეეფასებინათ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა როგორც კვლევის მომენტში, ისე მატრავმირებელ მოვლენებამდე, შემდეგი გასაღებით: ძალზე უკმაყოფილო (1); უკმაყოფილო (2); რაღაც საშუალო (3); სავესებით კმაყოფილი (4); კმაყოფილი (5). მიღებული მონაცემები წარმოდგენილია გრაფიკულად:

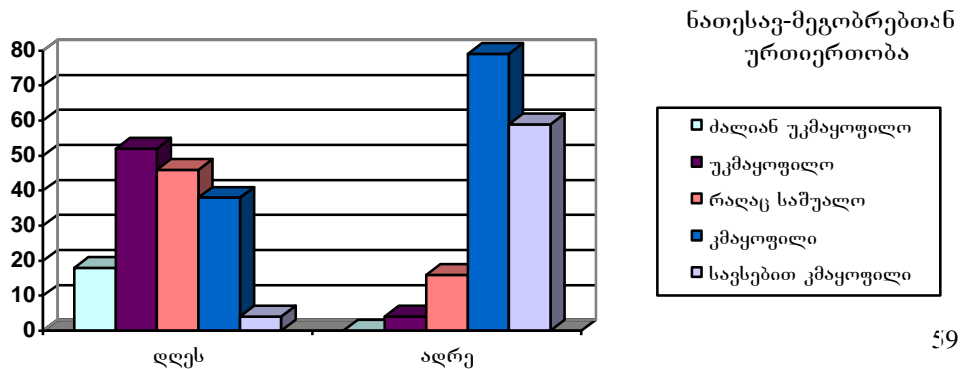
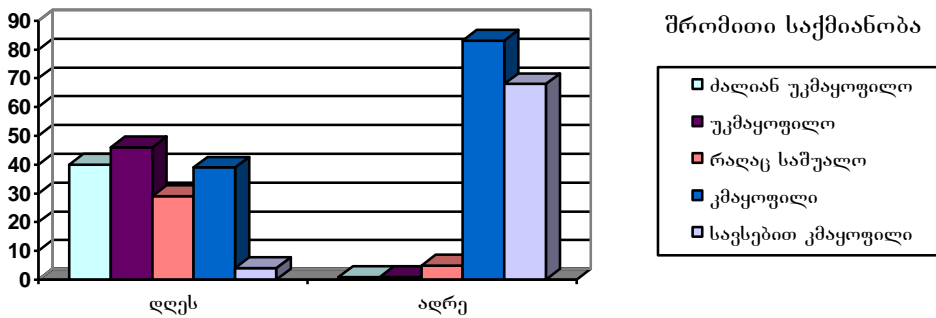
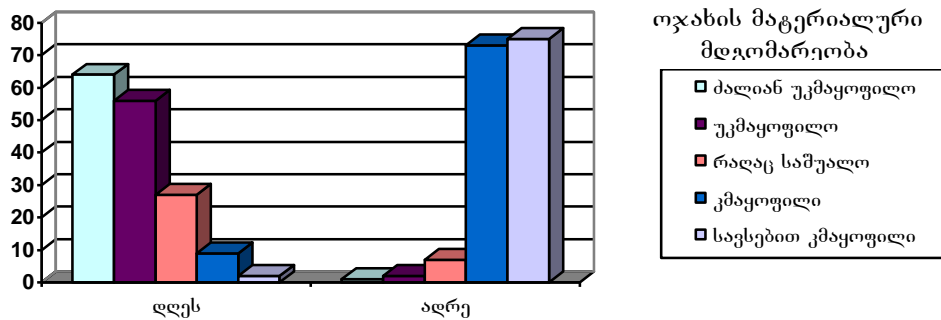


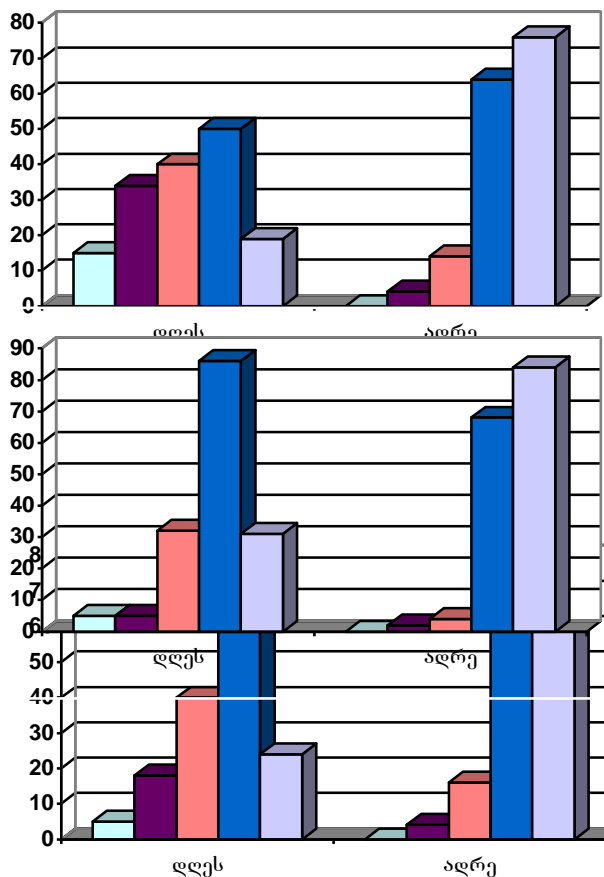
რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს ნევროტულობის, გამლიზიანებლობის, დათრგუნულობის ან სხვა ფსიქიკური პრობლემების არსებობას. თუ წარსულში კვლევის პირთა 82,3% (130 პირი) არ თვლიდა საჭიროდ ფსიქიატრთან ურთიერთობას, დღეისათვის 117 პირს (74,4%) მიაჩნია, რომ მათი ფსიქიკური პრობლემები მხოლოდ ფსიქიატრთან კონტაქტით შეიძლება გადაწყდეს.

სოციალური კვლევის ანკეტის 35-36-ე პუნქტებში ყურადღება იყო გამახვილებული დევნილთა სოციალური მხარდაჭერის ისეთ ფორმაზე, როგორცაა ჰუმანიტარული დახმარება. შეკითხვაზე: "ღებულობთ თუ არა ჰუმანიტარულ დახმარებას?" - 111 (70,3%) - პოზიტიური და 47 (29,7%) ნეგატიური პასუხი მივიღეთ. ამასთან, ორგანიზაციათა ჩამონათვალში თითქმის თანაბრია ადგილნაცვალ პირთა განსახლების კომიტეტის, სოც.უზრუნველყოფის სამინისტროს და უცხოურ ჰუმანიტარულ ორგანიზაციათა როლი.

სოციალური კვლევის ანკეტაში D37 და D38 პუნქტებში იძულებით ადგილნაცვალ პირები სუბიექტურად აფასებდნენ საკუთარი ოჯახის ეკონომიკურ მდგომარეობას, შრომით საქმიანობას, ნათესავ-მეგობრებთან და მეზობლებთან ურთიერთობას, საკუთარ

თავსა და ცხოვრების უსაფრთხოებას როგორც კვლევის მომენტში, ისე მატრავმირებელ მოვლენებამდე. გამოყენებული იქნა შემდეგი გასაღები: ძალზე უკმაყოფილო (1); უკმაყოფილო (2); რაღაც საშუალო (3); სავსებით კმაყოფილი (4); კმაყოფილი (5). მიღებული მონაცემები წარმოდგენილია გრაფიკულად:





ცხოვრების უსაფრთხოება

მემბლეთან ურთიერთობა

- ძალიან უკმაყოფილო
- უკმაყოფილო
- რაღაც საშუალო
- კმაყოფილი
- სავსებით კმაყოფილი

საკუთარი დივის შეფასება

მემბლეთან ურთიერთობა

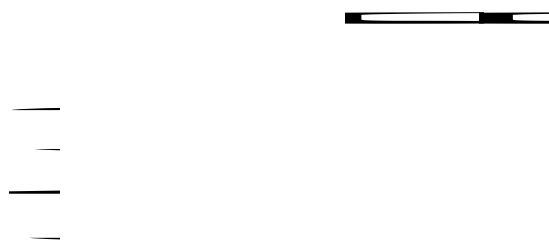
- ძალიან უკმაყოფილო
- უკმაყოფილო
- რაღაც საშუალო
- კმაყოფილი
- სავსებით კმაყოფილი

ანკეტის 39-ე პუნქტით რესპონდენტები ზოგადად აფასებდნენ მოსახლეობის მატერიალურ ყოფას. კითხვა ფორმულირებული იყო ასეთი სახით: "თქვენი აზრით, 5-10 წლის წინანდელ მდგომარეობასთან შედარებით დღეს ჩვენს ქვეყანაში სიღარიბეში ცხოვრობს ხალხის: 1. გაცილებით მეტი ნაწილი; 2. მეტი ნაწილი; 3. დაახლოებით იგივე რაოდენობა; 4. უფრო მცირე ნაწილი; 5.

გაცილებით მცირე ნაწილი". მიღებული პასუხების განაწილება (შესაბამისად 1-დან 5-მდე) წარმოდგენილია ცხრილით:

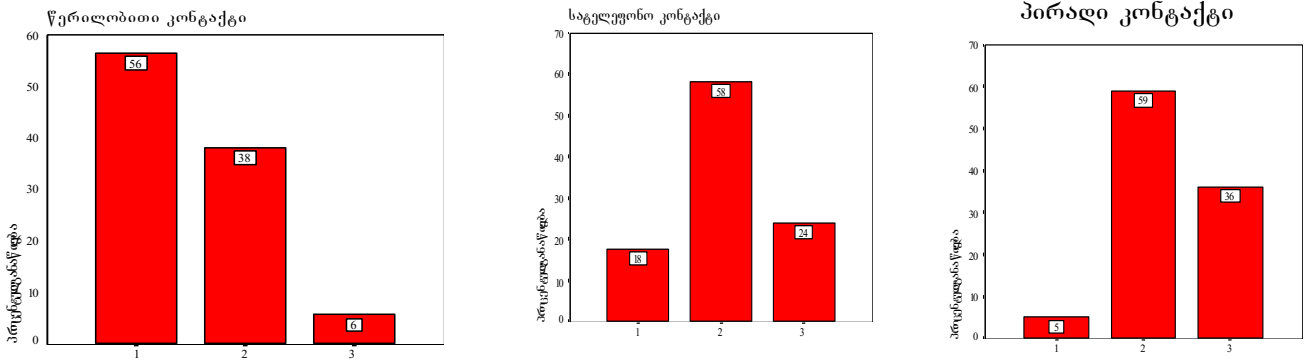


ანკეტის მე-40 პუნქტით რესპონდენტები ზოგადად აფასებდნენ მოსახლეობის მატერიალური ყოფის გაუმჯობესების პერსპექტივას. შეკითხვა ფორმულირებული იყო ასეთი ტიპით: "თქვენი აზრით, შესაძლებელია თუ არა, რომ გაჭირვებაში ჩავარდნილი ხალხის უმრავლესობამ თავი დააღწიოს ამ მდგომარეობას?" პასუხთა ნაკრებიდან საკვლევ პირს უნდა აერჩია ერთ-ერთი მტკიცება: 1. სრულიად შეუძლებელია; 2. შეუძლებელია; 3. მიჭირს პასუხი; 4. შესაძლებელია; 5. სავსებით შესაძლებელია. მიღებული პასუხების განაწილება წარმოდგენილია ცხრილით:

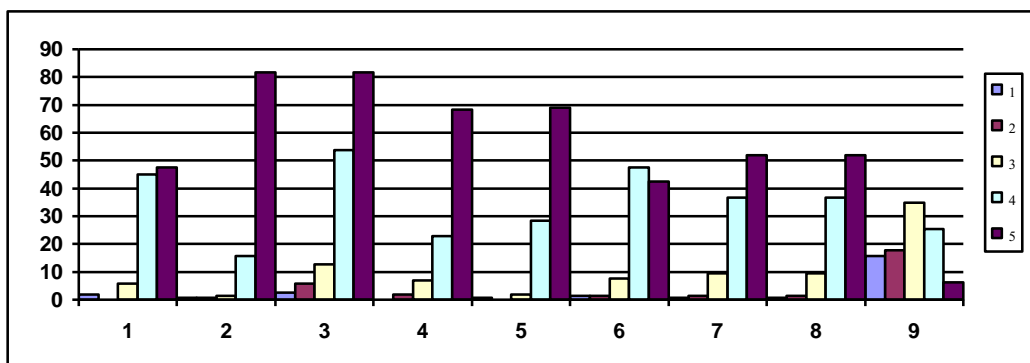


კითხვათა ჯგუფით (D41-D43) განვსაზღვრავდით პიროვნების სოციალურ კავშირებსა და მის ინტეგრირებულობას გარე

სამყაროსთან. შესაბამისად კითხვებზე: რამდენად ხშირი კონტაქტები გაქვთ ნათესავ-მეგობრებთან? რა სახის: გაქვთ მიმოწერა, საუბრობთ ტელეფონით, დადიხართ სტუმრად?" - მიღებულია შემდეგი პასუხები (1. არასდროს, 2.დროდადრო, 3. რეგულარულად):

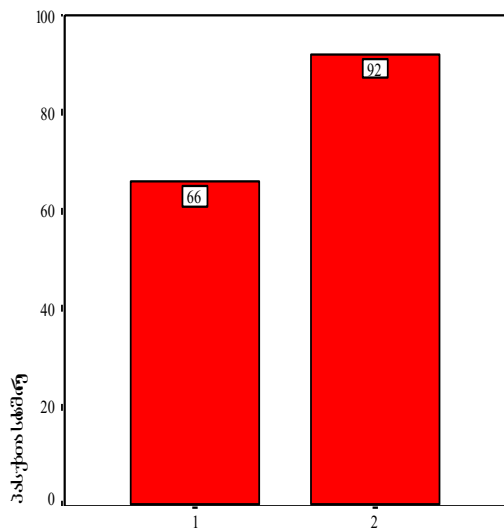


ანკეტის 44-ე პუნქტში რესპონდენტებს სუბიექტურად უნდა შეეფასებინათ (პასუხთა ნაკრები: 1.უმნიშვნელო; 2.არაა მნიშვნელოვანი; 3.არც მნიშვნელოვანია და არც უმნიშვნელო; 4.მნიშვნელოვანი; 5.ძალზე მნიშვნელოვანი) ისეთი ღირებულებები, როგორცაა მეგობრობა, ოჯახი, სამუშაო, ჯანმრთელობა, სამშობლო, მატერიალური კეთილდღეობა, მშვიდობიანი ცხოვრება, თავისუფლება და პოლიტიკა. მიღებული პასუხების პროცენტული განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკის სახით:



- | | |
|----------------|----------------------------|
| 1. მეგობრობა | 5. სამშობლო |
| 2. ოჯახი | 6. მაგერიალური კეთილდღეობა |
| 3. სამუშაო | 7. მშვიდობიანი ცხოვრება |
| 4. ჯანმრთელობა | 8. თავისუფლება |
| 9. პოლიტიკა | |

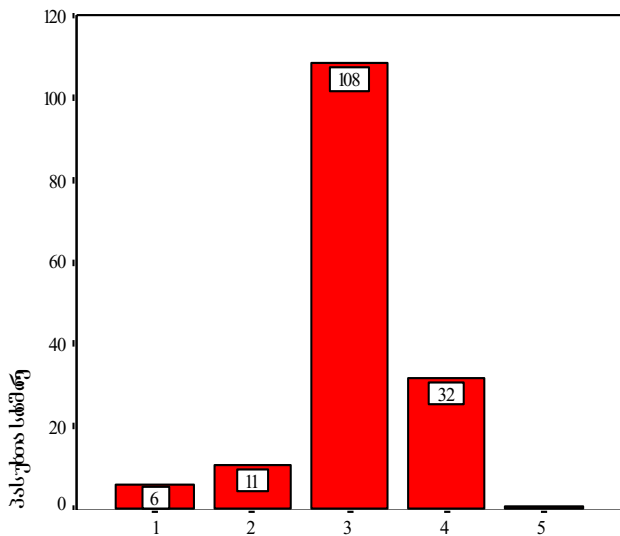
რესპონდენტებს ანკეტის 45-ე პუნქტით უნდა განესაზღვრათ პირადი პასუხისმგებლობის მომენტი. კერძოდ, კითხვაზე: "აქ მოტანილი ორი მოსაზრებიდან რომელს დაეთანხმებით: 1.ადამიანებმა მეტი პასუხისმგებლობა უნდა აიღონ საკუთარ უზრუნველყოფაზე; 2. სახელმწიფომ უნდა აიღოს მეტი პასუხისმგებლობა ყველას უზრუნველსაყოფად" - მიღებული პასუხები დაჯგუფდა შემდეგი სახით:



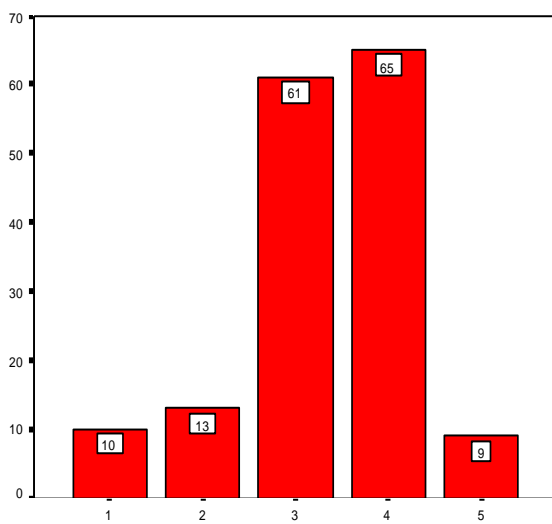
პასუხების ჯგუფი:

1. ადამიანებმა მეტი პასუხისმგებლობა უნდა აიღონ საკუთარ უზრუნველყოფაზე (41,8%)
2. სახელმწიფომ უნდა აიღოს მეტი პასუხისმგებლობა, რათა ყველა იყოს უზრუნველყოფილი (58,2%)

დევილ პოპულაციაში მნიშვნელოვნად შემცირებულია თვითშეფასების უნარი. კითხვაზე (პუნქტი 46): "ყოველივეს გათვალისწინებით, შეგიძლიათ თუ არა თქვათ, რომ ხართ: 1. ძალიან უბედური; 2. უბედური; 3. რაღაც საშუალო; 4. ბედნიერი; 5. სავსებით ბედნიერი" - პასუხები ასე განაწილდა:



47-ე პუნქტში რესპონდენტებს პასუხი უნდა გაეცათ შემდეგ კითხვაზე: "რამდენად ვეთანხმებით იმ აზრს, რომ თქვენ და თქვენს ოჯახს ნათელი მომავალი გაქვთ?". შესაძლო პასუხები წარმოდგენილია შემდეგი რიგით: 1.სრულიად არ ვეთანხმები; 2.არ ვეთანხმები; 3.მიჭირს პასუხი; 4.ვეთანხმები; 5.სავსებით ვეთანხმები. მიღებული მონაცემები მოცემულია გრაფიკის სახით:



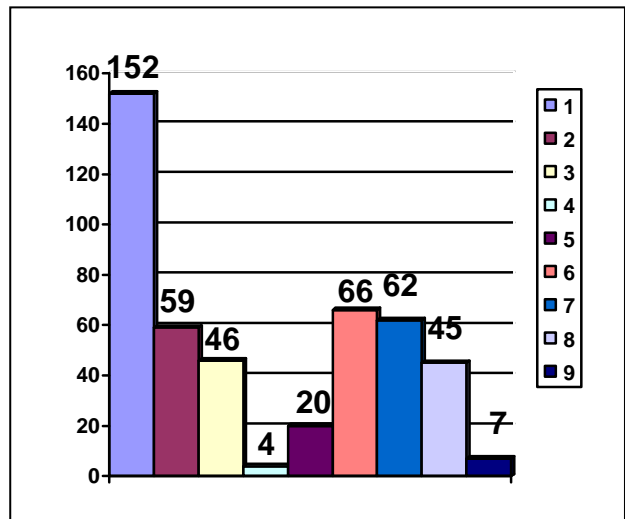
პასუხთა ჯგუფი:

1. სრულიად არ ვეთანხმები;
2. არ ვეთანხმები;
3. მიჭირს პასუხი;
4. ვეთანხმები;
5. სავსებით ვეთანხმები

48-ე პუნქტით დევნილებს უნდა აერჩიათ 3 შესაძლო პასუხი კითხვაზე: "თქვენი ცხოვრება მომავალში ნორმალურად რომ წარიმართოს, ამისათვის, პირველ რიგში საჭიროა: 1. დაუბრუნდეთ მშობლიურ კერას; 2. იშოვოთ სამსახური; 3. გაიზარდოს სოციალური დახმარება; 4. შემცირდეს გადასახადები; 5. ხელი შეეწყოს მეწარმეებს; 6. გაიზარდოს ხელფასები; 7. გაიუმჯობესოთ საბინაო პირობები; 8. ჩაიტაროთ საჭირო მკურნალობა; 9. სხვა (მიუთითეთ)"

პასუხთა ჯგუფები:

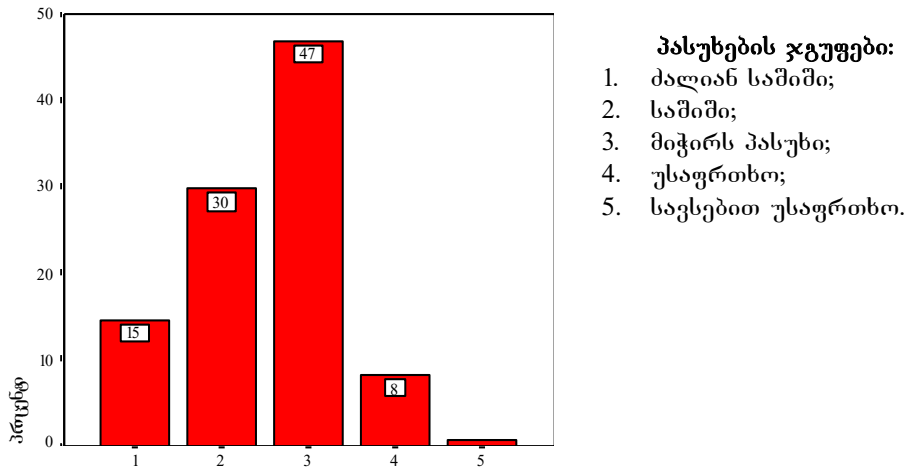
1. დაუბრუნდეთ მშობლიურ კერას;
2. იშოვოთ სამსახური;
3. გაიზარდოს სოციალური დახმარება;
4. შემცირდეს გადასახადები;
5. ხელი შეეწყოს მეწარმეებს;
6. გაიზარდოს ხელფასები;
7. გაიუმჯობესოთ საბინაო პირობები;
8. ჩაიტაროთ საჭირო მკურნალობა;
9. სხვა



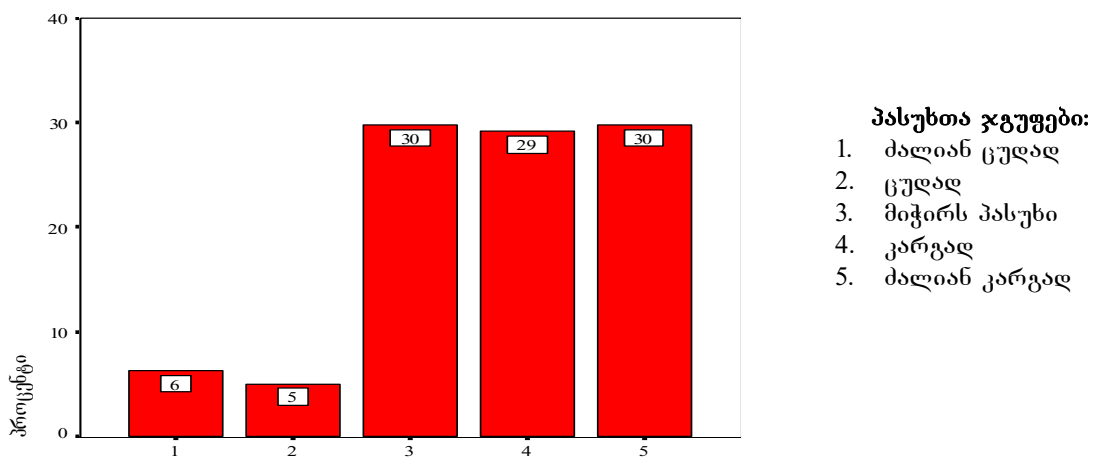
49-ე პუნქტში მოცემული იყო სამი შეკითხვა:

1. 49.1 - "თქვენი აზრით რამდენად უსაფრთხო იქნება თქვენი ცხოვრება მშობლიურ კუთხეში დაბრუნების შემდეგ?" შესაძლო პასუხები წარმოდგენილია შემდეგი რიგით: 1. ძალიან საშიში; 2. საშიში; 3. მიჭირს პასუხი; 4. უსაფრთხო; 5. სავსებით უსაფრთხო.

მიღებული პასუხების პროცენტული დაჯგუფება მოცემულია გრაფიკის სახით:

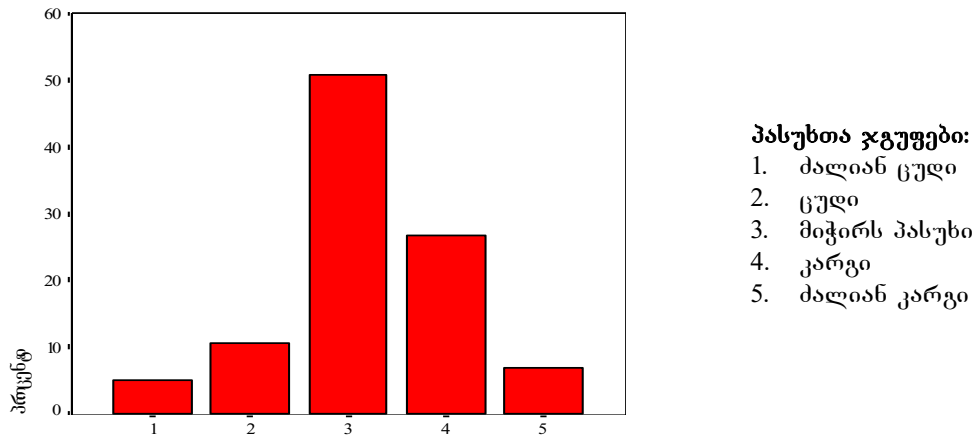


2. 49.2 - "თქვენი აზრით, როგორ იმოქმედებს თქვენს პირად ღირსებაზე მშობლიურ კუთხეში დაბრუნება?" შესაძლო პასუხებია:
 1. ძალიან ცუდად; 2. ცუდად; 3. მიჭირს პასუხი; 4. კარგად 5. ძალიან კარგად. მიღებული პასუხების პროცენტული დაჯგუფება მოცემულია გრაფიკის სახით:



3. 49.3 - "თქვენი ვარაუდით, როგორი ურთიერთობა გექნებათ ადგილობრივ მოსახლეობასთან დაბრუნების შემდეგ?" შესაძლო პასუხებია: 1. ძალიან ცუდი; 2. ცუდი; 3. მიჭირს პასუხი; 4. კარგი 5.

ძალიან კარგი. მიღებული პასუხების პროცენტული დაჯგუფება მოცემულია გრაფიკის სახით:



III.2. კლინიკური კვლევების მონაცემები

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, შემთხვევითი ამონაკრების მეთოდით შესწავლილია 200-ზე მეტი პირი. ანკეტათა სრულფასოვნების დადგენის შემდეგ განისაზღვრა ასაკობრივი ლიმიტი და, შესაბამისად, კლინიკური მასალა წარმოდგენილია 18-დან 75 წლის ასაკის პირების

მონაცემებით. ამასთან, ნაშრომში არა არის განხილული ის შემთხვევები, როდესაც სამედიცინო დოკუმენტაციით დადასტურებული იყო ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობები (შიზოფრენია, ბიპოლარული აშლილობა, ბოდვითი აშლილობა და სხვ.) და ცნს-ის ორგანული დაზიანებით გამოწვეული ფსიქიკური, პიროვნული და ქცევითი აშლილობები. ამდენად, კლინიკური მასალა წარმოდგენილია 144 შემთხვევით. კვლევის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა პტსა-ის თავისებურებების შესწავლა იძულებით ადგილნაცვალ პირებში. Watson-ის პტსა-ის კითხვარის გამოყენებით შესაძლებელი გახდა საკვლევ პოპულაციაში გამოგვეყო 3 ძირითადი ჯგუფი:

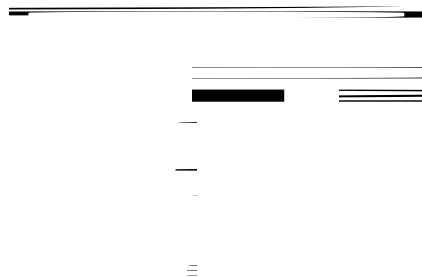
- I კლინიკური ჯგუფი - მატრავმირებელი მოვლენების შემდეგ პტსა არ განვითარდა (56 შემთხვევა - 38,9%);
- II კლინიკური ჯგუფი - მიმდინარე პტსა (40 შემთხვევა - 27,8%);
- III კლინიკური ჯგუფი - გახანგრძლივებული პტსა (48 შემთხვევა - 33,3%).

ამდენად ნაშრომში კლინიკური კვლევის საკუთარი მონაცემები ზემოაღნიშნული ჯგუფების მიხედვითაა წარმოდგენილი.

III. 2. 1. მატრავმირებელი მოვლენების შემდეგ პტსა არ განვითარდა

ჩვენს მიერ კლინიკურად შესწავლილი 144 იძულებით გადაადგილებულიდან 56-ს პტსა არ განვითარდა, თუმცა, აღნიშნული კონტინგენტიდან 51 პიროვნებას (91,1%) ანამნეზში მითითებული აქვთ მძიმე ტრავმული გამოცდილების შესახებ (მიგრაცია, მატერიალური

და ფიზიკური დანაკარგები, სოციალური სტატუსის შეცვლა და ა.შ.). მათ შორის 13 მამაკაცია (23,2%) და 43 - ქალი (76,8%). აღნიშნული კონტინგენტის 1/3 (32,1%) მიეკუთვნება II ასაკობრივ ჯგუფს (18-25წ.წ.).

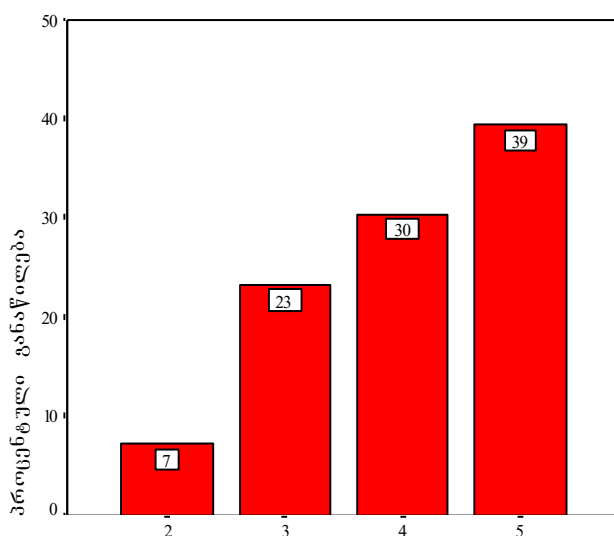


ასაკობრივი ჯგუფები:

2. 18-25 წ.წ. – 32,1%
3. 26-35 წ.წ. – 10,7%
4. 36-45 წ.წ. – 19,6%
5. 46-55 წ.წ. – 16,1%
6. 56-65 წ.წ. – 14,3%
7. 65-75 წ.წ. – 7,1%

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით უმრავლესობა (28 პირი - 50,0%) დაოჯახებულია, 17 პიროვნებას (30,4%) აქვს სრული ოჯახი, განქორწინებული და ქვრივია - შესაბამისად 1,8% და 8,9%.

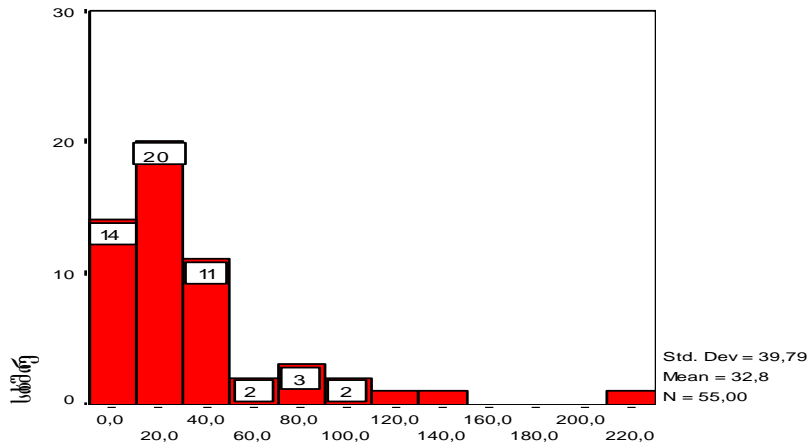
განათლების მიხედვით, რესპონდენტების აბსოლუტურ უმრავლესობას აქვს უმაღლესი განათლება (22 პირი) ან აგრძელებს უმაღლესი განათლების მიღებას (17 პირი). მონაცემთა პროცენტული განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკის სახით:



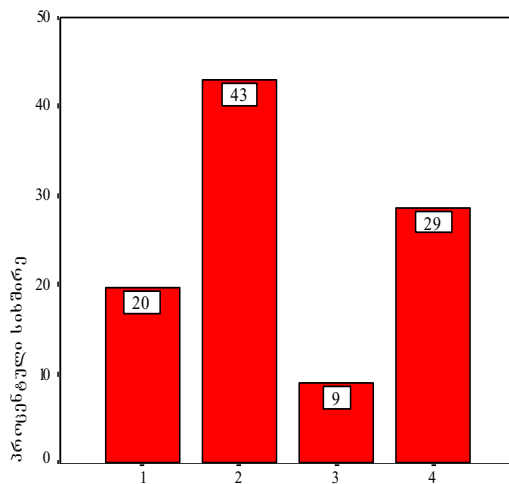
ჯგუფების დასახელება:

6. არასრული საშუალო
7. საშუალო
8. საშუალო სპეციალური
9. დაუსრულებელი უმაღლესი
10. უმაღლესი

რესპონდენტთა უმრავლესობა მუშაობს (42,9%) ან აგრძელებს სწავლას (28,6%). საშუალო ყოველთვიური შემოსავალი (32,8 ლარი) ამ ჯგუფში წარმოდგენილია ჰისტოგრამის სახით:



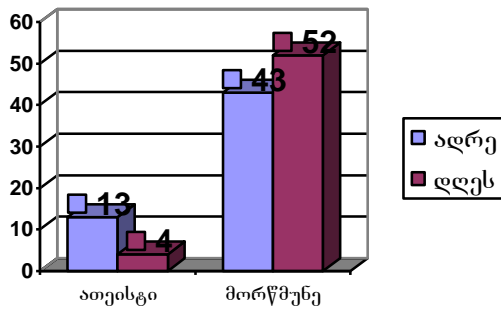
ამ კონტინგენტში წარსულთან შედარებით იმატა უმუშევრობამ (ამჟამად დაუსაქმებელია 19,6%, ხოლო იძულებით მიგრაციამდე არ მუშაობდა 7,1%). კვლევის მომენტისათვის ჯგუფები შრომითი მონაწილის მიხედვით წარმოდგენილია გრაფიკულად:



ძირითადი ჯგუფები შრომითი მოწყობის მიხედვით:

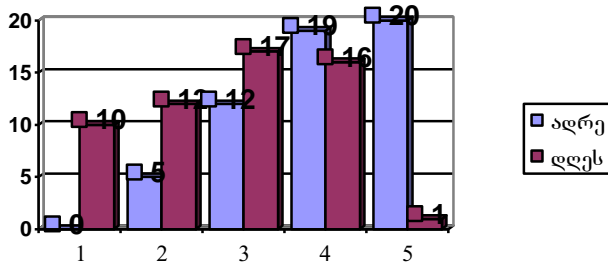
- 5. უმუშევარი – 11 პირი
- 6. დასაქმებული – 24 პირი
- 7. პენსიონერი – 5 პირი
- 8. სწავლობს – 16 პირი

რელიგიისადმი დამოკიდებულება იმ პირებში, რომელთაც მატრავმირებელი მოვლენების შემდეგ პტსა არ განუვითარდათ, შესაძლებელია ასე წარმოვადგინოთ:



ამდენად, თუ აღრე მორწმუნე იყო 76,8%, დღეს ეს ციფრი 92,9%-ს აღწევს.

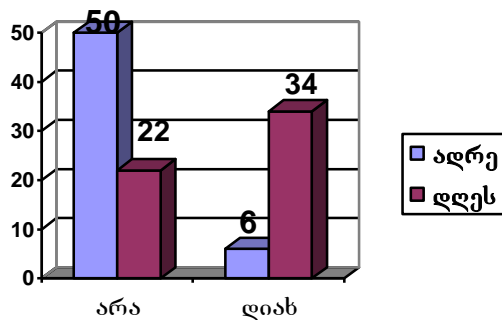
სომატური მდგომარეობის ცვლილებათა შესახებ გამოკვლევულ პირთა მონაცემები შესაძლებელია წარმოვადგინოთ გრაფიკულად:



პასუხთა ჯგუფი:

1. ძალზე უკმაყოფილო
2. უკმაყოფილო
3. რაღაც საშუალო
4. კმაყოფილი
5. სავსებით კმაყოფილი

აღნიშნულ კონტინგენტში წარსულთან შედარებით იმატა ფსიქიკური სიმპტომების სუბიექტურმა წარმოჩენამ (ინსომნია, გამლიზიანებლობა, ნევროტულობა, შფოთვა და ა.შ.). მონაცემები წარმოდგენილია გრაფიკულად:



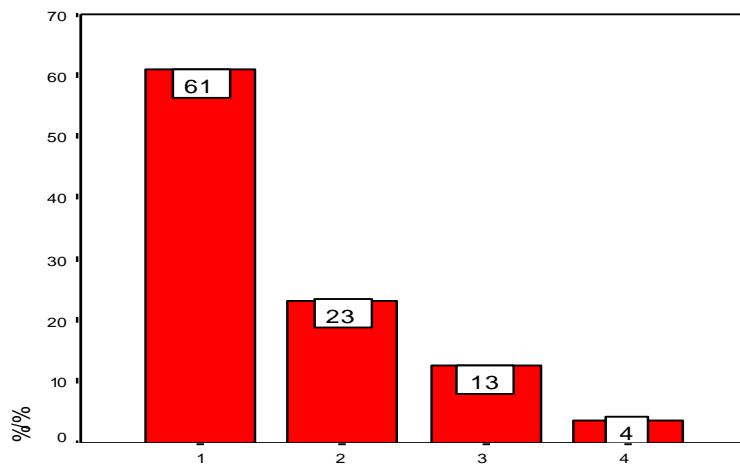
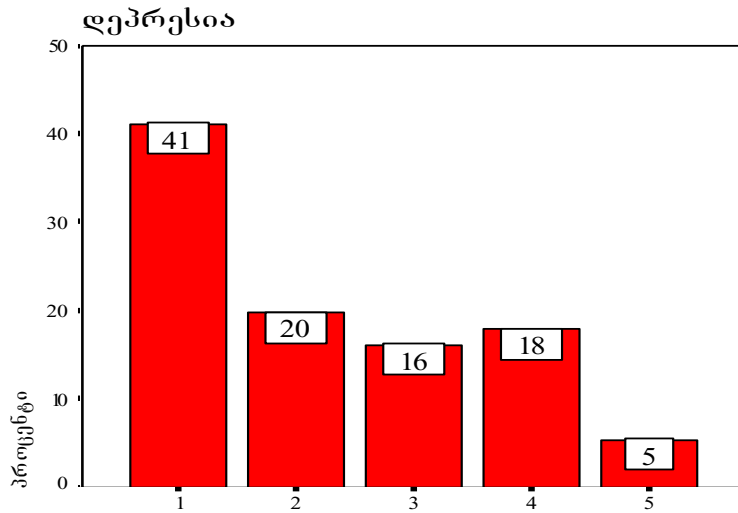
პასუხთა ჯგუფი:

1. ფსიქიკური პრობლემები არ აღნიშნება
2. ფსიქიკური ჩივილები

ამდენად, გამოკითხულთა უმრავლესობა აღნიშნავს დადებითი თვითშეგრძნების მნიშვნელოვან დაქვეითებას, ხოლო სომატური სიმპტომებიდან დომინირებს ჩივილები გულ-სისხლძარღვთა და საჭმლის მომნელებელი სისტემების მხრივ.

ამ ჯგუფში დეპრესიისა და შფოთვის დონეები შესაბამისად ასეა

ნარმოვანი:

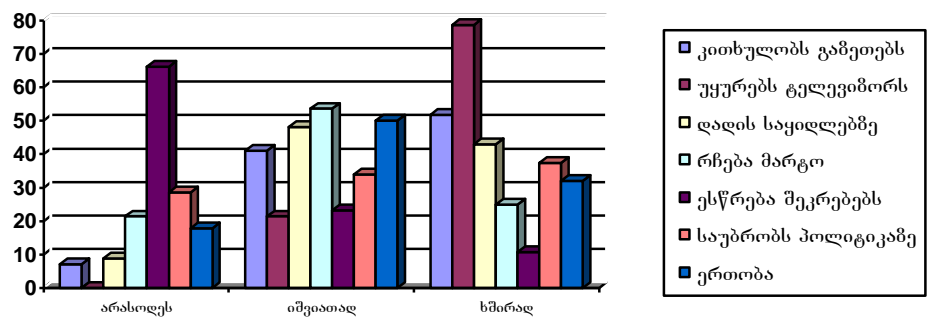
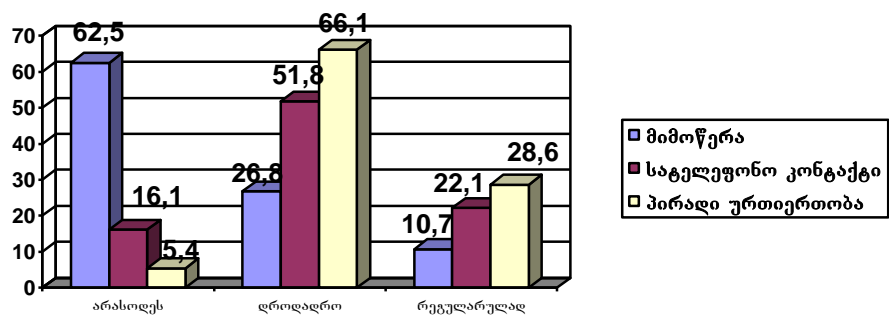


ამასთან, განხილულ ჯგუფში პიროვნული ცვლილებები განუვითარდა 12 რესპონდენტს (21,4%). მათგან 3-ს - დეპრესიის და შფოთვის ნორმალური დონის ფონზე. დანარჩენ შემთხვევებში საგრძნობი იყო ემოციური სფეროს დომინანტობა. კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პერსონოლოგიური ცვლილებები გამოიხატა უნდობლობითა და მტრული დამოკიდებულებით გარე სამყაროს

მიმართ, სახეზე იყო სოციალური ურთიერთობებიდან განსვლა და გარიყულობის შეგრძნება.



პასუხისმგებლობის ტიპით უმეტესობა ექსტერნალურია (58,9%), ხოლო ბედნიერების განცდის შეგრძნება მნიშვნელოვნად შეცვლილი: 3,6% - ძალზე უბედურად თვლის თავს, 1,8% - უბედურად, 69,6% - რაღაც საშუალოდ, 23,2% -ს მიაჩნია, რომ ბედნიერია, მხოლოდ 1,8% - თავს ძალზე ბედნიერად თვლის. რაც შეეხება ექსპექტაციას, 17,8% არ ეთანხმება აზრს, რომ მას და მის ოჯახს ნათელი მომავალი აქვს, 19,6%-ს - უჭირს პასუხის გაცემა და 62,5%-ს - მომავლის იმედი აქვს. ამავე ჯგუფში გარე სამყაროსთან ინტეგრირებულობა და სოციალური ურთიერთობები შესაძლებელია წარმოდგენილი იქნეს გრაფიკულად:



ამრიგად, იმ პირებში, რომელთაც ტრავმული გამოცდილების შემდეგ პტსა არ განუვითარდათ (56 შემთხვევა), 23 პიროვნებას (41,1%) დეპრესიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები არ აღენიშნათ. მათგან 15 პიროვნება (26,8%) ფსიქიკურად პრაქტიკულად ჯანმრთელია. ამავე ჯგუფში დეპრესიული სიმპტომების არარსებობის ფონზე პანიკური აშლილობის დონეს შფოთვა აღწევდა მხოლოდ 2 (3,6%) შემთხვევაში, ხოლო საშუალოდ გამოხატული შფოთვა აღენიშნებოდა 2 (3,6%) პიროვნებას.

მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდის ფონზე (11 შემთხვევა - 19,6%) შფოთვის დონის მატება საშუალო მაჩვენებლებამდე აღინიშნა 3 შემთხვევაში. ამ პირებში უპირატესად დომინირებს გუნებ-განწყობის მსუბუქი დაქვეითება, ენერჯისა და ზოგადი აქტიურობის შემცირებით. შეინიშნება დაღლილობა სულ მცირე დაძაბულობის შემდეგაც კი (მაგ.: ცდაში მონაწილეობის დროს).

მსუბუქი-საშუალო დეპრესიის შემთხვევაში (9 პირი - 16,1%) 3 პიროვნებას აღენიშნებოდა საშუალო დონის შფოთვა, ხოლო 1-ს - პანიკური აშლილობა.

საშუალო-მძიმე და მძიმე დეპრესიის ფონზე (სულ 13 შემთხვევა) ყურადსაღებია შფოთვის დონის მნიშვნელოვანი მატება: 4 პიროვნებას აღენიშნებოდა პანიკური შეტევები, ხოლო 3-ს - საშუალო და 2-ს მაღალი ხარისხის შფოთვა.

ამ ჯგუფში ნევრასთენიური სიმპტომებიდან ჭარბობს შინაგანი დისკომფორტი და მოუსვენრობა.

საშუალოდ გამოხატული დეპრესიისას პაციენტები აღნიშნავენ, რომ ფიზიკური დატვირთვა შვებას აძლევთ, ხოლო მძიმე ფორმისას დარღვეული იყო ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების ცხოვრებისეული სტერეოტიპი.

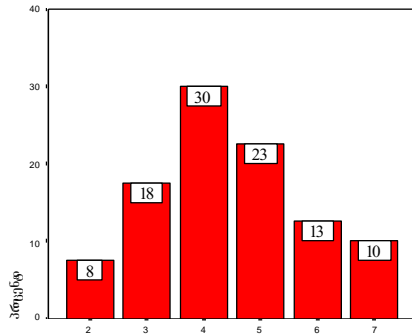
მსუბუქი შფოთვისას, რომელიც წარმოიშვებოდა პერიოდულად სუბიექტურად ღირებულ კონკრეტულ სიტუაციაში, საკვლევი პირის პოზა და მოძრაობები შენარჩუნებული იყო, თუმცა დროდადრო იცვლებოდა მიმიკა, გაძნელებული იყო მხედველობითი კონტაქტი. თვით პიროვნება საკუთარ მდგომარეობას მცირე შინაგან დისკომპორტს უწოდებდა. ამასთან, არც შრომის უნარი და არც მიზანმიმართული მოქმედებები არ იყო დარღვეული ან დაქვეითებული.

შფოთვის საშუალო დონე მუდმივ ხასიათს ატარებდა, საუბრისას იგრძნობოდა დაძაბულობა, უნდობლობა. საკვლევი პირი კრთებოდა უმნიშვნელო ხმაურზე. იგი თავის მდგომარეობას შინაგან მოუსვენრობად ან შეზღუდულობად აღიქვამდა. ასევე სახეზე იყო ერთეული ვეგეტატური სიმპტომები: მაჯის აჩქარება, ტრემორი, ხელისგულების ჰიპერჰიდროზი. უმრავლესობას აქვს აზრები ახლო მომავალში საშიში მოვლენების განვითარების შესახებ (მაგ. აფხაზეთში დაბრუნების შემთხვევაში მტრული დამოკიდებულება ადგილობრივ მოსახლეობასთან). შფოთვის საშუალო დონის ფონზე უპირატესად ინიციალურ ინსომნიას ვხვდებით (სულ 8 შემთხვევა).

III. 2. 2. მიმდინარე პტსა

შესწავლილი 144 იძულებითი გადადგილებულიდან 40-ს (27,8%) დაესვა მიმდინარე პტსა-ის დიაგნოზი. ამ დიაგნოზის დასმისას სახეზე უნდა ყოფილიყო სულ ცოტა 1 სიმპტომი, რაც მიუთითებდა ტრავმის განმეორებით განცდაზე, სამი სიმპტომი - ტრავმასთან ასოცირებული სიტუაციისათვის თავის არიდებისა, ზოგადი რეაქტიულობის დაქვეითება, ასევე 2 სიმპტომი, რომელიც მიუთითებდა ტრავმის შემდგომი დაძაბულობის არსებობაზე. გემოაღნიშნული პრობლემები კვლევის პირებს უნდა ჰქონოდათ საკმაოდ ხშირად - ტრავმის შემდეგ თითქმის ყოველ კვირაში რამდენჯერმე. ყველა შემთხვევაში სიმპტომები აღმოცენდა მატრავმირებელი მოვლენებიდან 6 თვის განმავლობაში, ამდენად, მოგვიანებული პტსა-ის დიაგნოზი არც ერთ შემთხვევაში არ დადასტურდა. ამასთან, ვინაიდან ტრავმული მოვლენებიდან გასულია საშუალოდ 4,5 წელი, თვით მიმდინარე პტსა ქრონიკული აშლილობის ქვეთიპია.

აღნიშნულ ჯგუფში 6 მამაკაცია (15%) და 34 - ქალი (85%), ხოლო მათი ასაკობრივი განფენილობა შესაძლებელია წარმოვადგინოთ შემდეგი სახით:

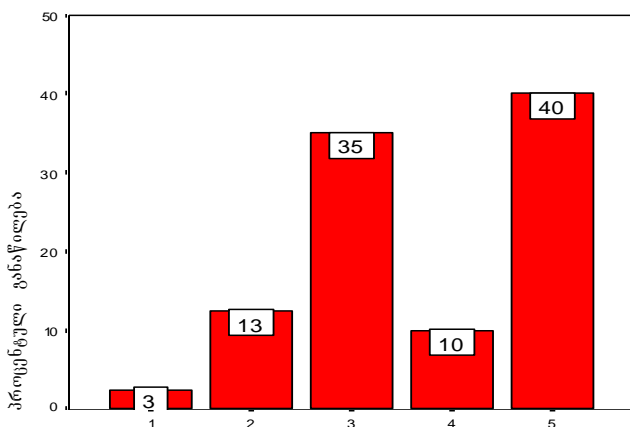


ასაკობრივი ჯგუფები:

- 8. 18-25 წ.წ. - 3 შემთხვევა
- 9. 26-35 წ.წ. - 7 შემთხვევა
- 10. 36-45 წ.წ. - 12 შემთხვევა
- 11. 46-55 წ.წ. - 9 შემთხვევა
- 12. 56-65 წ.წ. - 5 შემთხვევა
- 13. 65-75 წ.წ. - 4 შემთხვევა

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით უმრავლესობა (23 პირი - 57,5%) დაოჯახებულია, ქვრივია - 10 (25,0%), მხოლოდ 3 პირს (7,5%) აქვს სრული ოჯახი, ხოლო მარტოხელა და განქორწინებულია - 4 პიროვნება (5,0%).

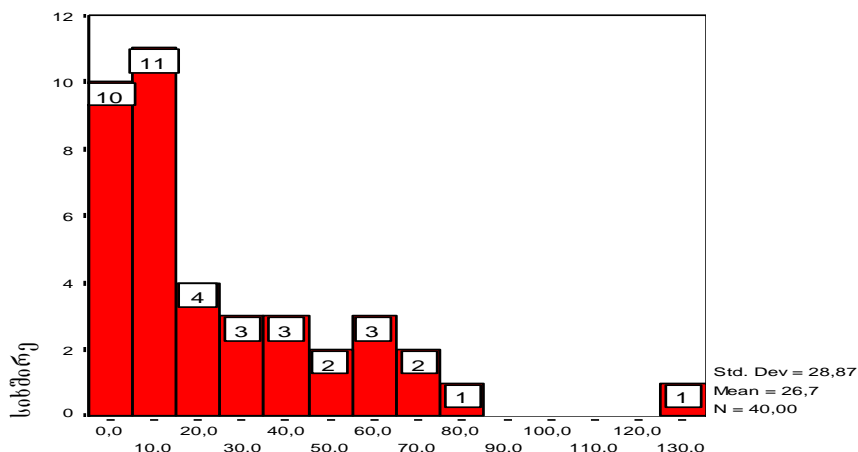
განათლების მიხედვით, რესპონდენტების აბსოლუტურ უმრავლესობას აქვს უმაღლესი განათლება (16 პირი), საშუალო-სპეციალური განათლება - 14 პირს, ხოლო დაუსრულებელი საშუალო და უმაღლესი - შესაბამისად 1 და 4 პირს. მონაცემთა პროცენტული განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკის სახით:



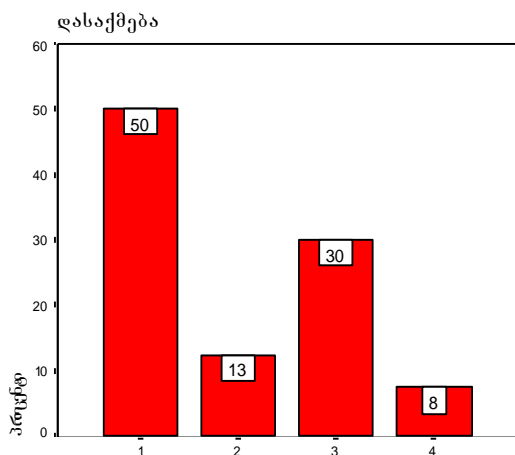
ჯგუფების დასახელება:

- 11. არასრული საშუალო
- 12. საშუალო
- 13. საშუალო სპეციალური
- 14. დაუსრულებელი უმაღლესი
- 15. უმაღლესი

გამოკვლევულ პირთაგან მუშაობს - 5 (12,5%); აგრძელებს სწავლას - 3 (7,5%). საშუალო ყოველთვიური შემოსავალი (26,7 ლარი) ამ ჯგუფში წარმოდგენილია ჰისტოგრამის სახით:



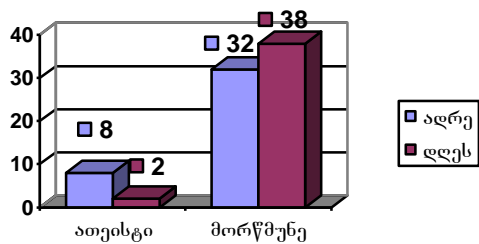
ამ კონტინგენტში წარსულთან შედარებით მნიშვნელოვნად იმატა უმუშევრობამ (ამჟამად დაუსაქმებელია 50%, ხოლო იძულებით მიგრაციამდე არ მუშაობდა 7,5%), ამასთან უპირატესად III-IV და V ასაკობრივ ჯგუფებში (შესაბამისად 17,5%; 17,5% და 15%). კვლევის მომენტისათვის ჯგუფები შრომითი მონაცემების მიხედვით წარმოდგენილია გრაფიკულად:



პირითადი ჯგუფები შრომითი მონაცემების მიხედვით:

- 9. უმუშევარი – 20 პირი
- 10. დასაქმებული – 5 პირი
- 11. პენსიონერი – 12 პირი
- 12. სწავლობს – 3 პირი

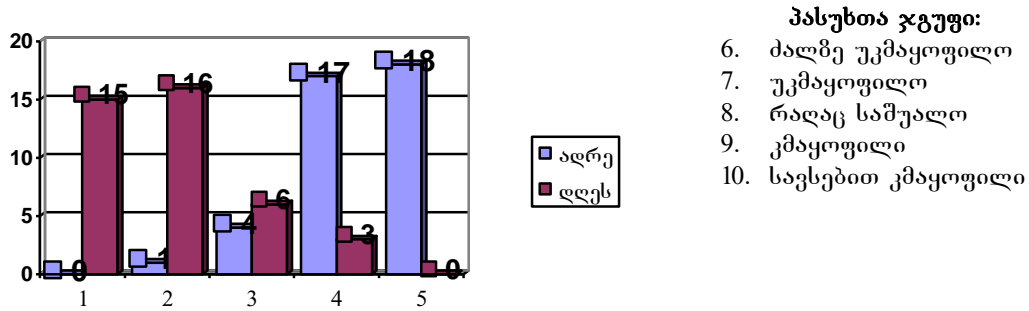
რელიგიისადმი დამოკიდებულება იმ პირებში, რომელთაც მატრავმირებელი მოვლენების შემდეგ მიმდინარე პტსა განუვითარდათ, შესაძლებელია ასე წარმოვადგინოთ:



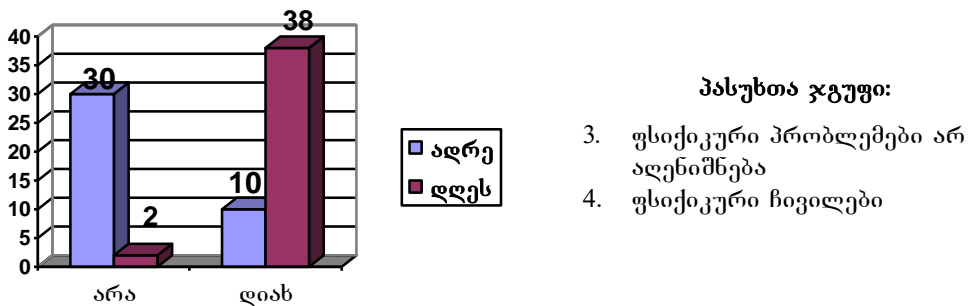
ამდენად, თუ ადრე მორწმუნე იყო 80%, დღეს ეს მონაცემი 95%-ს აღწევს.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებათა სუბიექტური შეფასება გამოკვლეულ პირთა მიერ შესაძლებელია წარმოვადგინოთ

გრაფიკულად:



აღნიშნულ კონტინგენტში წარსულთან შედარებით ასევე იმატა ფსიქიკური სიმპტომების სუბიექტურმა შეგრძნებამაც. თუ მატრავმირებელ მოვლენებამდე უმრავლესობა არ საჭიროებდა ფსიქიატრის თანადგომას, დღეისათვის სპეციალისტთან კონტაქტს საჭიროდ მიიჩნევს 95%. მონაცემები წარმოდგენილია გრაფიკულად:

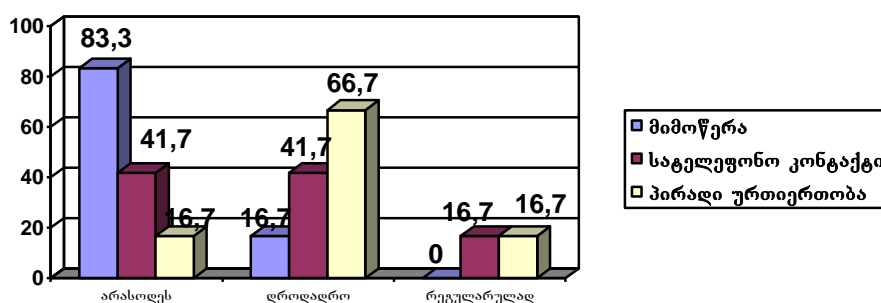


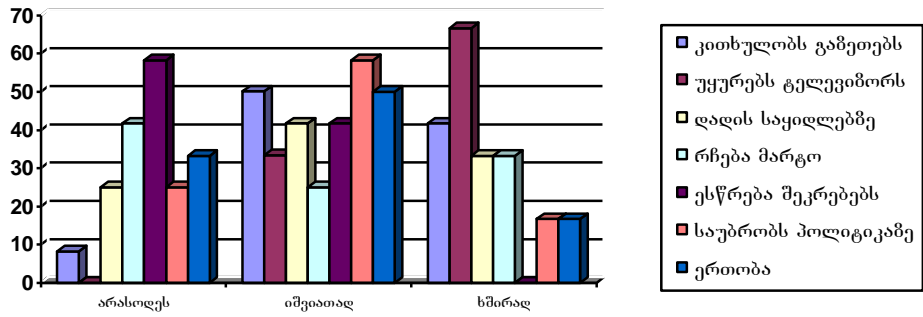
ამდენად, გამოკითხულთა უმრავლესობა აღნიშნავს როგორც სომატური, ასევე ფსიქიკური დადებითი თვითშეგრძნების მნიშვნელოვან დაქვეითებას. უპირატესად ქალებში, 30 წლის ასაკის ზევით, გამოიხატა არასპეციფიკური სომატური ჩივილები, განსაკუთრებით თავის, სახსრების, კიდურების ტკივილისა და კუნთოვანი სისუსტის სახით, რაც შესაძლებელია სომატიზირებული

აშლილობის ინიციალურ სტადიაზე მიუთითებდეს, თუმცა ქრონიკული ტკივილები ასევე ახასიათებს ღებრესიასაც.

დიფუზური ჩივილების პარალელურად განხილულ ჯგუფში სამედიცინო დოკუმენტაციით დადასტურებულია შემდეგი დაავადებები: ჰიპერტონია - 12 შემთხვევა; სტენოკარდია - 4 შემთხვევა; ოსტეოქონდროზი - 3 შემთხვევა; ქრ.ქოლეცისტიტი და კოლიტი - 4 შემთხვევა; დიაბეტი - 3 შემთხვევა; ალერგია - 2 შემთხვევა; რადიკულიტი - 2 შემთხვევა; ქრ.ჰეპატიტი - 2 შემთხვევა; რევმატიზმის, პანკრეატიტის, ვარიკოზის, პიელონეფრიტის, ქრ.ცისტიტის, ქრ.ბრონქიტის, წყლულოვანი და შარდ-კენჭოვანი დაავადებების თითო შემთხვევა. ამდენად, სომატური სიმპტომებიდან დომინირებს ჩივილები გულ-სისხლძარღვთა და საჭმლის მომნელებელი სისტემების მხრივ.

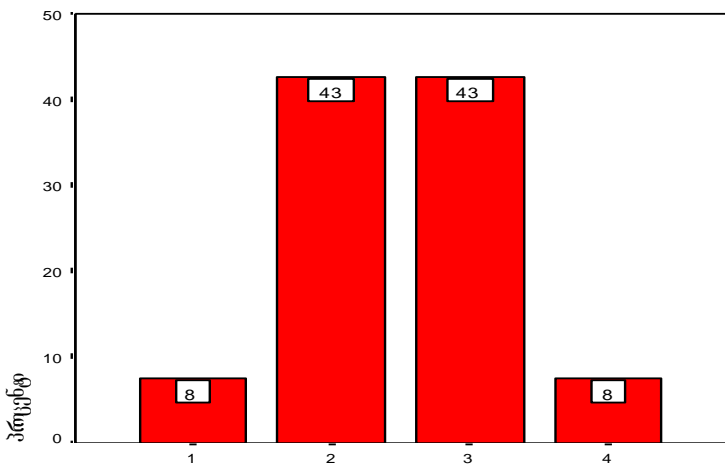
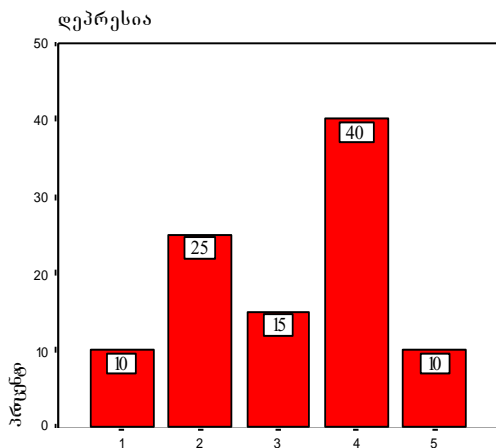
განხილულ ჯგუფში პიროვნული ცვლილებები განუვითარდა 12 რესპონდენტს (30%) უპირატესად V ასაკობრივ ჯგუფში. ყველა შემთხვევაში საგრძნობი იყო ემოციური სფეროს აშლილობის დომინანტობა პერიოდული პანიკური შეტევების ფონზე. კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პერსონოლოგიური ცვლილებები გამოიხატა უნდობლობითა და მტრული დამოკიდებულებით გარე სამყაროს მიმართ, სახეზე იყო სოციალური ურთიერთობებიდან განსვლა და გარიყულობის შეგრძნება, რასაც ადასტურებს გრაფიკული მონაცემებიც:





მიმდინარე პტსა-ის მქონე პაციენტები პირველი კონტაქტისას ტოვებდნენ ემოციურად ლაბილურის ან დაძაბულის შთაბეჭდილებას.

ამ ჯგუფში დეპრესიისა და შფოთვის დონეები შესაბამისად ასეა წარმოდგენილი:



აღნიშნულ ჯგუფში პასუხისმგებლობის ტიპით უმეტესობა ექსტერნალურია (23 პირი – 57,5%), ხოლო ბედნიერების განცდის შეგრძნება მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია (7,5% - ძალზე უბედურად თვლის თავს, 10,0% - უბედურად, 67,5% - რაღაც საშუალოდ, ხოლო დანარჩენ 15% -ს მიაჩნია, რომ ბედნიერია, რადგან "ოჯახის წევრები ფიზიკურად გადარჩნენ"). რაც შეეხება ექსპექტაციას, მხოლოდ 15% არ ეთანხმება აზრს, რომ მას და მის ოჯახს ნათელი მომავალი აქვს, 42,5%-ს - უჭირს პასუხის გაცემა და ამდენივეს იმედი აქვს მომავლისა.

ამრიგად, იმ პირებში, რომელთაც ტრავმული გამოცდილების შემდეგ მიმდინარე პტსა განუვითარდათ (40 შემთხვევა), 4 პიროვნებას (10%) დეპრესიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები არ აღენიშნა, ამასთან, მხოლოდ ერთს არ ჰქონდა გამოხატული შფოთვის დონის მატება. დეპრესიული სიმპტომების არარსებობის ფონზე პანიკური აშლილობის დონეს შფოთვა აღწევდა 1 შემთხვევაში, ხოლო საშუალოდ გამოხატული შფოთვა აღენიშნებოდა 2 პიროვნებას.

მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდის ფონზე (11 შემთხვევა - 27,5%) შფოთვის დონის მატება საშუალო მაჩვენებლებამდე აღინიშნა 5 შემთხვევაში, ხოლო პანიკური აშლილობის არსებობა გამოიკვეთა 4 დევნილში. ამ პირებში უპირატესად დომინირებს გუნებ-განწყობის მსუბუქი დაქვეითება, ენერჯისა და ზოგადი აქტიურობის შემცირებით.

მსუბუქი-საშუალო დეპრესიის შემთხვევაში (6 პირი - 15%) 5 პიროვნებას აღენიშნებოდა პანიკური შეტევები.

საშუალო-მძიმე და მძიმე დეპრესიის ფონზე (სულ 9 - 22,5% შემთხვევა) ყურადსაღებია შფოთვის დონის მნიშვნელოვანი მატება: 8 პიროვნებას აღენიშნებოდა პანიკური შეტევები, ხოლო 8-ს - საშუალო და 3-ს - მაღალი ხარისხის შფოთვა.

მიმდინარე პტსა-ის დროს ძილის ციკლის დარღვევებიდან (12 პიროვნება) დომინირებს ჩივილები სცენისმაგვარი კოშმარების შესახებ. ხშირად ასეთი სიზმრის თემა გრაფიკულად ზუსტად ასახავს განცდილ მოვლენას. კოშმარული სიზმრების შემდეგ პაციენტები უჩივიან ოფლიანობას, სანოლის ფარგლებში მოტორულ აგზნებას, ვოკალიზაციას.

მიმდინარე პტსა-ის შემთხვევებში ექვევის მხრივ ყურადსაღებია ექსპლოზიურობა, გამღიზიანებლობა, აგრესიულობის მომატება. მამაკაცებში აღინიშნა გადამეტებული სწრაფვა სასმელისაკენ. შფოთვის დონე ან მნიშვნელოვნად მომატებულია ან შეინიშნება ერთგვარი ფსიქოლოგიური არასტაბილურობა. პანიკურ შეტევებს ახასიათებდათ მოულოდნელი და უმიზეზო დასაწყისი შფოთვის კოგნიტიური (შიში) და სომატური (კანკალი, გულის ფრიალი, სუნთქვის შეკვრა) სიმპტომებით.

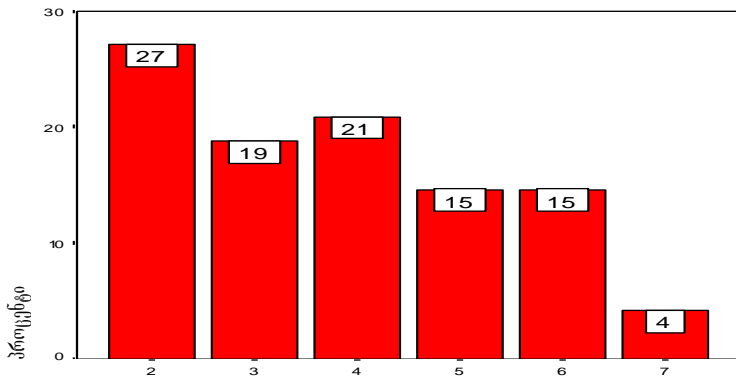
ტრავმირებულ პირებში აღინიშნებოდა გარე სამყაროსადმი უნდობლობის მძიმე განცდა და სამაგიეროს გადახდის სურვილი. ასევე ნიშანდობლივი იყო მატრავმირებელ მოვლენებზე მოგონებების, ხატების მოზღვავება, ბრალეულობის განცდა, რადგან იგი "გადარჩა". დაავადების გამწვავება ხშირად უკავშირდებოდა, ერთი შეხედვით, უმნიშვნელო ფსიქოგენიასა და სომატოგენიას. ამ ჯგუფის პაციენტებში მატულობდა ემოციური დატვირთვისათვის თავის

არიდების თენომენი და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის განცდა, რისი მიზეზიც იყო მძიმე მოგონებების ამოტივტივების შიში. სწორედ ამის გამო პიროვნება ცდილობდა გადაევაღებინა გადაწყვეტილების მიღება ან ამცირებდა კონტაქტების არეალს. ნევრასთენიური აშლილობების კომპლექსში ჭარბობდა გამლიზიანებლობა, შინაგანი დისკომფორტი, მოუსვენრობა.

III. 2. 3. გახანგრძლივებული პტსა

შესწავლილი 144 იძულებითი გადადგილებულიდან 48-ს (33,3%) დაესვა გახანგრძლივებული პტსა-ის დიაგნოზი. დიაგნოზის დასმისას აუცილებელი იყო ანამნეზურად მატრავმირებელი მოვლენის არსებობა, ხოლო კლინიკურ სურათში - ტრავმის განმეორებითი განცდის ერთი სიმპტომი მაინც, ტრავმასთან ასოცირებული სტიმულებისათვის თავის არიდების სამი სიმპტომი და ტრავმის შემდგომი დაძაბულობის ორი სიმპტომი, რომელთა წარმოჩენასაც პაციენტები მიუთითებდნენ პერიოდულად, სულ მცირე 1-2-ჯერ თვეში. აღნიშნული სიმპტომები ხასიათდება ნაკლები სიმწვავეთ მიმდინარე პტსა-ის დროს აღწერილ სიმტომებთან შედარებით.

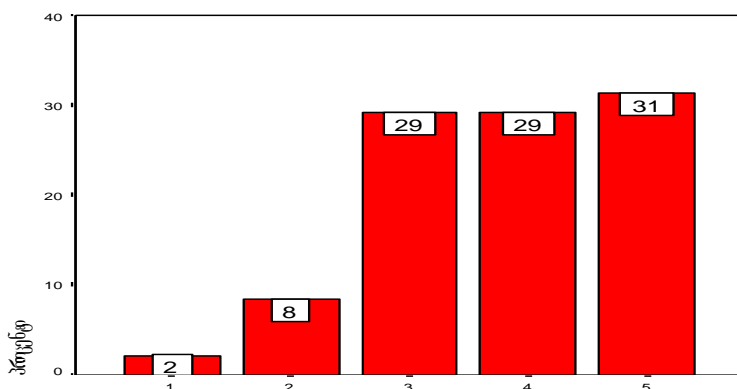
გახანგრძლივებული პტსა-ის დიაგნოზის მქონე პირებში 5 მამაკაცია (10,4%) და 43 - ქალი (89,6%). ჯგუფის ასაკობრივი განფენილობა შესაძლებელია წარმოვადგინოთ შემდეგი სახით:



- ასაკობრივი ჯგუფები:**
14. 18-25 წ.წ. - 13 შემთხვევა
 15. 26-35 წ.წ. - 9 შემთხვევა
 16. 36-45 წ.წ. - 10 შემთხვევა
 17. 46-55 წ.წ. - 7 შემთხვევა
 18. 56-65 წ.წ. - 7 შემთხვევა
 19. 65-75 წ.წ. - 2 შემთხვევა

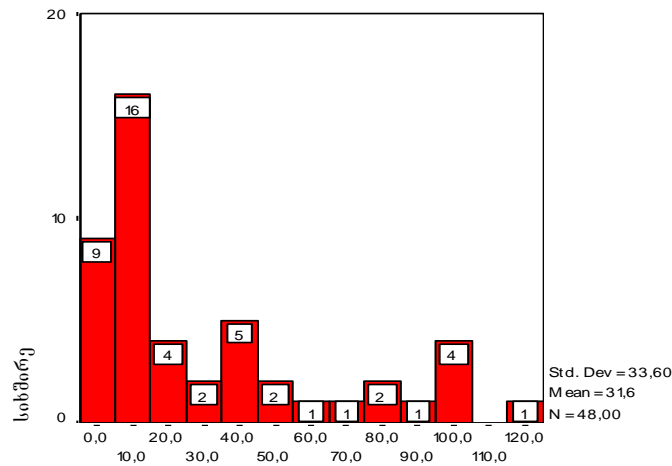
ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით უმრავლესობა (26 პირი - 54,2%) დაოჯახებულია, 11 პიროვნებას (22,9%) აქვს სრული ოჯახი, ქვრივი ან მარტოხელაა - 5-5 (10,4%), ხოლო განქორწინებული - 1 (2,1%) პიროვნება.

განათლების მიხედვით, რესპონდენტებიდან 15-ს (31%) აქვს უმაღლესი განათლება, საშუალო-სპეციალური და დაუსრულებელი უმაღლესი განათლება 14-14 (29,5%) პირს. მონაცემთა პროცენტული განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკის სახით:

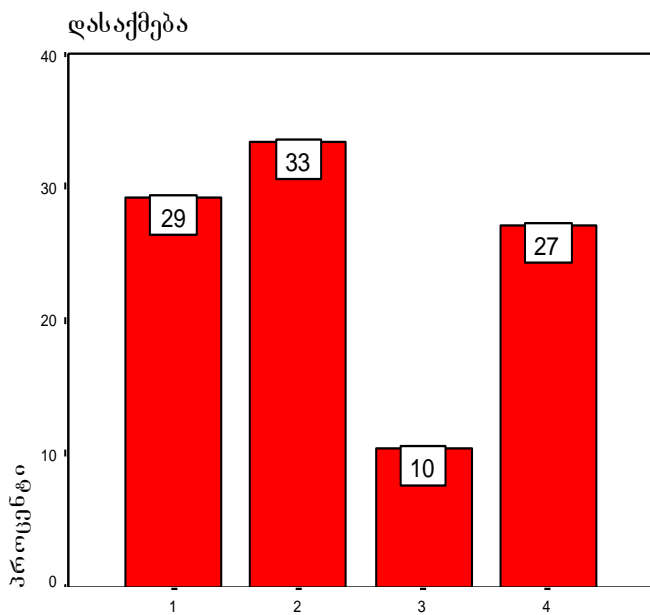


- ჯგუფების დასახელება:**
16. არასრული საშუალო
 17. საშუალო
 18. საშუალო-სპეციალური
 19. დაუსრულებელი უმაღლესი
 20. უმაღლესი

გამოკვლევულ პირთაგან მუშაობს - 16 (33,3%); აგრძელებს სწავლას - 13 (27,1%). საშუალო შემოსავალი (31,6 ლარი) ამ ჯგუფში წარმოდგენილია ჰისტოგრამის სახით:



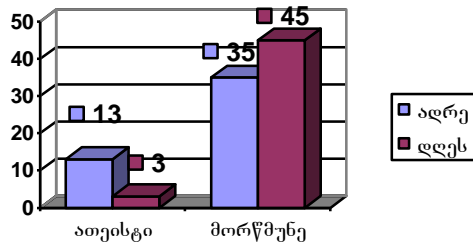
IV და V ასაკობრივ ჯგუფებში წარსულთან შედარებით იმატა უმუშევრობამ (ამჟამად დაუსაქმებელია 29,2%, ხოლო იძულებით მიგრაციამდე არ მუშაობდა 8,3%). კვლევის მომენტისათვის ჯგუფები შრომითი მოწყობის მიხედვით წარმოდგენილია გრაფიკულად:



პირითადი ჯგუფები შრომითი მოწყობის მიხედვით:

- 13. უმუშევარი – 14 პირი
- 14. დასაქმებული – 16 პირი
- 15. პენსიონერი – 5 პირი
- 16. სწავლობს – 13 პირი

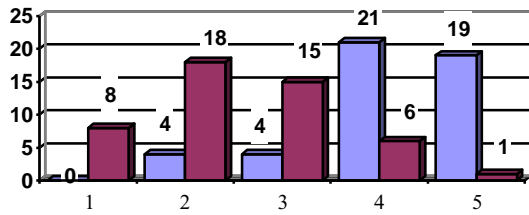
რელიგიისადმი დამოკიდებულება იმ პირებში, რომელთაც მატრავმირებელი მოვლენების შემდეგ გახანგრძლივებული პტსა განუვითარდათ, შესაძლებელია ასე წარმოვადგინოთ:



ამდენად, თუ აღრე მორწმუნე იყო 72,9%, დღეს ეს მონაცემი 93,8%-ს აღწევს.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებათა სუბიექტური შეფასება გამოკვლეულ პირთა მიერ შესაძლებელია წარმოვადგინოთ

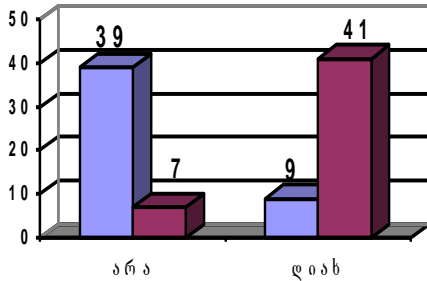
გრაფიკულად:



პასუხთა ჯგუფი:

11. ბალბე უკმაყოფილო
12. უკმაყოფილო
13. რაღაც საშუალო
14. კმაყოფილი
15. სავსებით კმაყოფილი

წარსულთან შედარებით დევნილებში იმატა ფსიქიკური სიმპტომების სუბიექტურმა შეგრძნებამ. ფსიქიატრიული დახმარების აუცილებლობას ადასტურებს განხილული ჯგუფის უმრავლესობა - 85,4%. მონაცემები წარმოდგენილია გრაფიკულად:



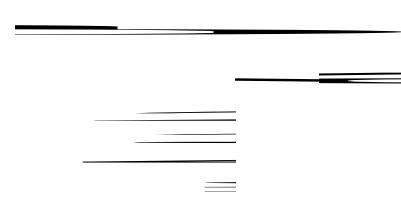
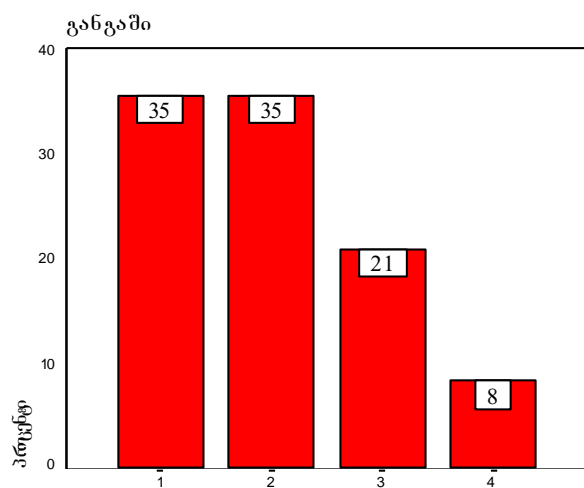
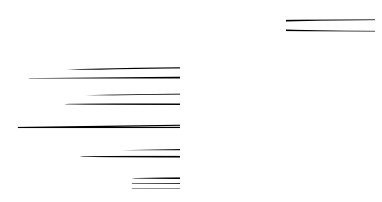
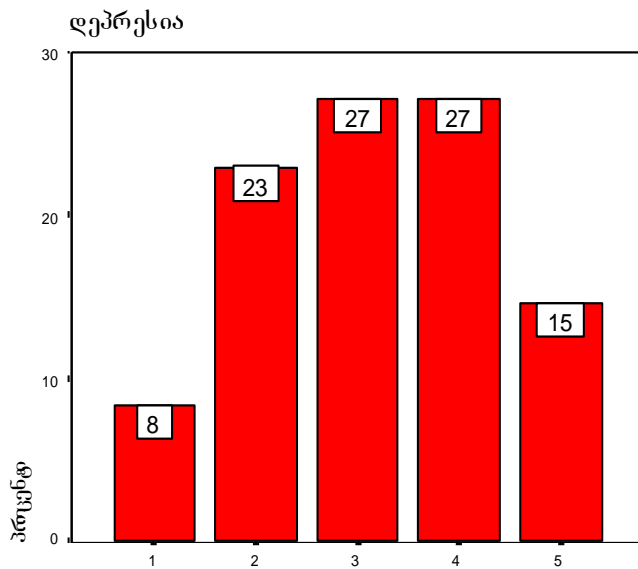
პასუხთა ჯგუფი:

5. ფსიქიკური პრობლემები არ აღენიშნება
6. ფსიქიკური ჩივილები

გამოკითხულთა უმრავლესობას დიფუზური ჩივილების (თავის ტკივილი, სახსრების ტკივილი, უსიამოვნო სხეულებრივი შეგრძნებები) პარალელურად სამედიცინო დოკუმენტაციით დადასტურებული აქვს შემდეგი დაავადებები: არტერიული ჰიპერტონია და სტენოკარდია - 7 შემთხვევა; ოსტეოქონდროზი - 2 შემთხვევა; ქრ.ქოლესისტიტი - 2 შემთხვევა; კუჭის წყლული - 2 შემთხვევა; ალერგიული დერმატოზი - 2 შემთხვევა; შაქრიანი დიაბეტის, ქრ. ჰეპატიტის, რევმატიზმის,

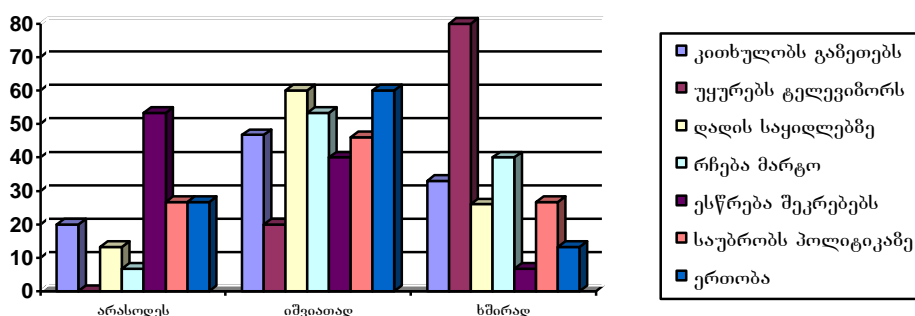
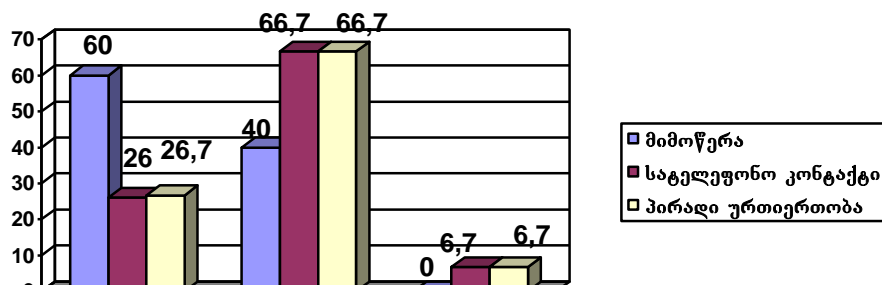
ქრ.პიელონეფრიტის, ფიბრომიომის თითო შემთხვევა. ამდენად, ამ ჯგუფშიც სომატური სიმპტომებიდან დომინირებს ჩივილები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, ხოლო ჩივილები ინსომნიის შესახებ მოგვანოდა 9 პირმა.

ამ ჯგუფში დეპრესიისა შფოთვის დონეები შესაბამისად ასეა წარმოდგენილი:



პასუხისმგებლობის ტიპით აღნიშნულ ჯგუფში უმეტესობა ექსტერნალურია (29 პირი – 60,4%), ხოლო ბედნიერების განცდის შეგრძნება მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია (2,1% - ძალზე უბედურად თვლის თავს, 12,5% - უბედურად, 68,8% - რაღაც საშუალოდ, ხოლო დანარჩენ 16,7% -ს მიაჩნია, რომ ბედნიერია). რაც შეეხება ექსპექტაციას, 10,4% არ ეთანხმება აზრს, რომ მას და მის ოჯახს ნათელი მომავალი აქვს, 58,3%-ს - უჭირს პასუხის გაცემა და 31,3%-ს - მომავლის იმედი აქვს.

პიროვნული ცვლილებები განუვითარდა უპირატესად II და V ასაკობრივი ჯგუფების 15 რესპონდენტს (31,3%), ამასთან, შემთხვევათა 33,3%-ში გამოხატული იყო პანიკური აშლილობა, მსუბუქი დეპრესია დაუდგინდა პიროვნული აშლილობის ფონზე 40%-ს, ხოლო მსუბუქი-საშუალო - 26,7%. როგორც ცნობილია, კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებები გავლენას ახდენს ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე, სოციალიზაციის ხარისხსა და გარე სამყაროსთან ინტეგრირების პროცესზე, რასაც ადასტურებს გრაფიკული მონაცემებიც:



ამრიგად, გახანგრძლივებული პტსა-ისას (48 შემთხვევა), 4 პიროვნებას (8,3%) შფოთვის ნორმალური დონის ფონზე დეპრესიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები არ აღენიშნა.

მსუბუქი დეპრესიული ეპიზოდის ფონზე (11 შემთხვევა - 22,9%) შფოთვის დონის მატება საშუალო მაჩვენებლებამდე აღინიშნა 2 შემთხვევაში, ხოლო პანიკური აშლილობის თანხვედრა ტიპური ვეგეტატური გამოვლინებებით დადასტურდა 3 დევნილში.

მსუბუქი-საშუალო დეპრესიის შემთხვევაში (13 პირი - 27,1%) საშუალო დონის შფოთვა დაუფიქსირდა 5 პიროვნებას, ხოლო 3-ს აღენიშნებოდა პანიკური აშლილობა.

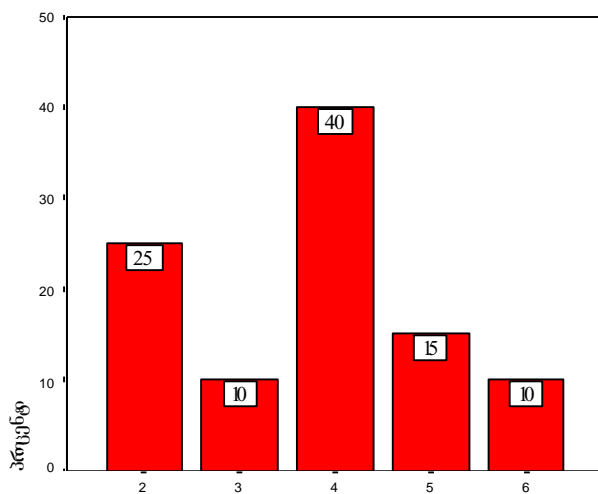
საშუალო-მძიმე და მძიმე დეპრესიის ფონზე (სულ 20 (41,7%) შემთხვევა) შეინიშნება შფოთვის დონის მატება: 5 პიროვნებას გამოუვლინდა პანიკური შეტევები, ხოლო 10-ს - საშუალო და 3-ს - მაღალი ხარისხის შფოთვა. რამდენიმე შემთხვევაში სახეზე იყო აფექტური რეაქცია თვალცრემლიანობით. პიროვნება ცდილობდა ექიმთან თვალებით კონტაქტი არ დაემყარებინა, ამასთან, ჭარბობდა გამლიზიანებლობა და იგრძნობოდა მტრული დამოკიდებულება.

აღსანიშნავია, რომ გახანგრძლივებული პტსა-ის ფონზე ტიპური ტრანზიტორული ფსიქოსოციალური სტრესების (მაგ. სოციალური რედაპტაციის სკალით ისეთი ცხოვრებისეული მოვლენები, როგორცაა დაბალი სოციალური და ეკონომიკური სტატუსი) პასუხად ადგილი აქვს დაავადების სიმპტომების გამწვავებას.

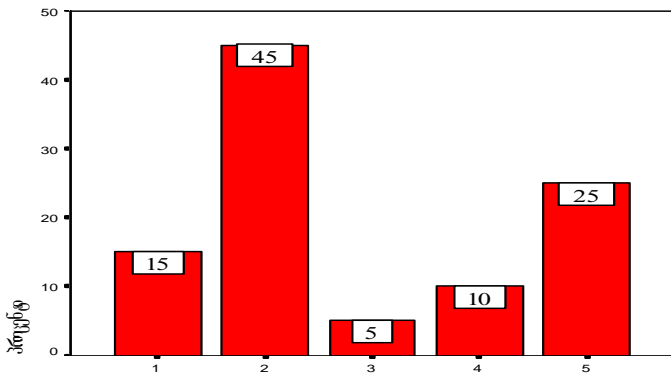
III. 3. საკონტროლო ჯგუფის სოციო-დემოგრაფიული და კლინიკური მახასიათებლები

საკონტროლო ჯგუფის (ზოგადი პოპულაციის რეპრეზენტატიული წარმომადგენელი) 20 რესპონდენტის მიერ შევსებული სოციალური კვლევის ანკეტებისა და კლინიკური კვლევებისათვის გამოყენებული კითხვარების სტატისტიკური მეთოდებით დამუშავების შედეგად გამოვლინდა შემდეგი დემოგრაფიული მახასიათებლები:

1. რესპონდენტთა შორის 14 (70,0%) ქალია და 6 (30,0%) - მამაკაცი.
2. ასაკის მიხედვით რესპონდენტთა განაწილება წარმოდგენილია შემდეგი სახით:

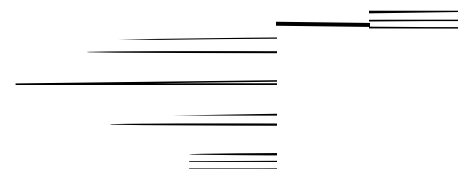
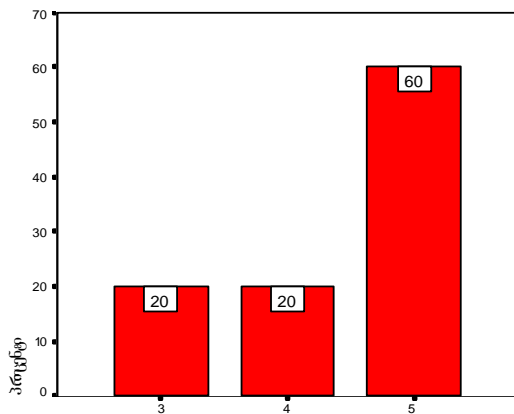


3. ეროვნების მიხედვით საკონტროლო ჯგუფში აბსოლუტური უმრავლესობა იყო ქართველი (85%), დანარჩენი 3 პიროვნება (15%) არის ებრაელი, რუსი და სომეხი.
4. საკონტროლო ჯგუფის ოჯახური მდგომარეობა წარმოდგენილია გრაფიკულად და ცხრილით:



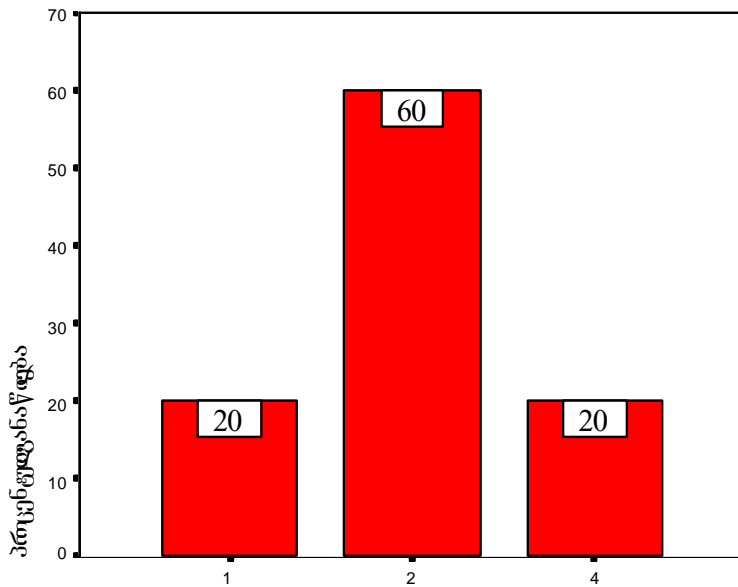
5. განათლების მიხედვით რესპონდენტთა 40%-ს აქვს საშუალო სპეციალური და დაუსრულებელი უმაღლესი; ხოლო - 60% - უმაღლესი განათლებისაა.

რესპონდენტთა განათლება



6. დასაქმების მიხედვით რეფერენტულ ჯგუფში 20% - უმუშევარია; 60% დასაქმებული, ხოლო 20% - აგრძელებს სწავლას საშუალო-სპეციალურ და უმაღლეს სასწავლებლებში, ამასთან უმუშევართა უმრავლესობას (75%) აქვს უმაღლესი განათლება

რესპონდენტთა დასაქმება

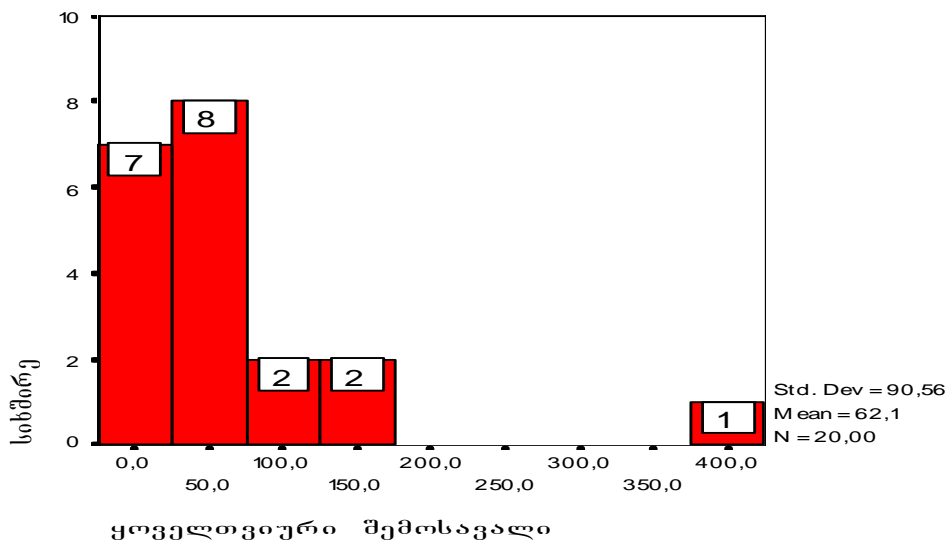


ძირითადი ჯგუფები შრომითი მოწყობის მიხედვით:

- 17. უმუშევარი
- 18. დასაქმებული
- 19. პენსიონერი
- 20. სწავლობს

7. წარსულში დასაქმების მიხედვით რესპონდენტთა მხოლოდ 5% იყო უმუშევარი; 65% - დასაქმებული, ხოლო 30% - სწავლობდა საშუალო ან უმაღლეს სასწავლებლებში.

8. რესპონდენტებში ყოველთვიური შემოსავლის დონე საშუალოდ შეადგენს 62,1 ლარს. სტატისტიკური მონაცემები წარმოდგენილია ჰისტოგრამით:



აღმსარებლობის თვალსაზრისით საკონტროლო ჯგუფში ბოლო 10 წლის განმავლობაში არ მომხდარა ცვლილებები (მორწმუნე იყო და არის გამოკითხულთა 85%, ძირითადი აღმსარებლობა - მართლმადიდებელი ქრისტიანი).

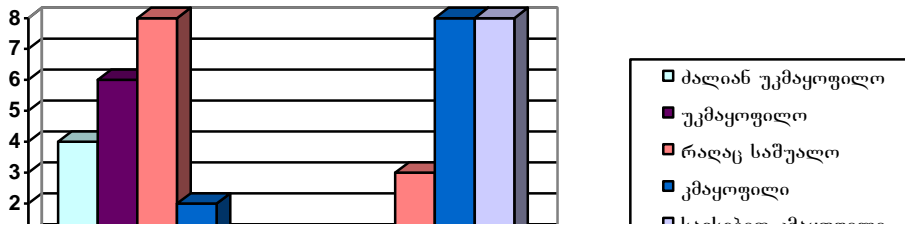
ანკეტის მე-14 პუნქტის შეკითხვაზე: "საქართველოში ბოლო 10 წლის განმავლობაში მომხდარ მოვლენებს შორის რამ მოახდინა თქვენზე ყველაზე მძიმე შთაბეჭდილება" - რესპონდენტთა უმრავლესობამ 40% (8 პირი) აღნიშნა 9 აპრილის მოვლენები; 30%-მა (6 პირი) ქვეყნის ეკონომიკური ნგრევა; 5%-მა - თბილისის ომი; ხოლო 25%-მა - სხვა მოვლენები. რესპონდენტისა და მისი ოჯახისათვის ამ მოვლენების მძიმე შედეგებზე (უპირატესად მატერიალურ და მორალურ ზარალზე) მიუთითა საკონტროლო ჯგუფის წარმომადგენელთა 50%-მა.

კვლევაში მონაწილე საკონტროლო პირთა უმრავლესობა (80%) საკუთარ ბინაში ცხოვრობდა. ანკეტის მე-20 პუნქტით მათ მიერ ფასდებოდა საცხოვრებელი ბინის სანიტარული პირობები. მიღებულია შემდეგი პასუხები: არაღამაკმაყოფილებელი - 5%, დამაკმაყოფილებელი და კარგი - 40%, ძალიან კარგი - 15%.

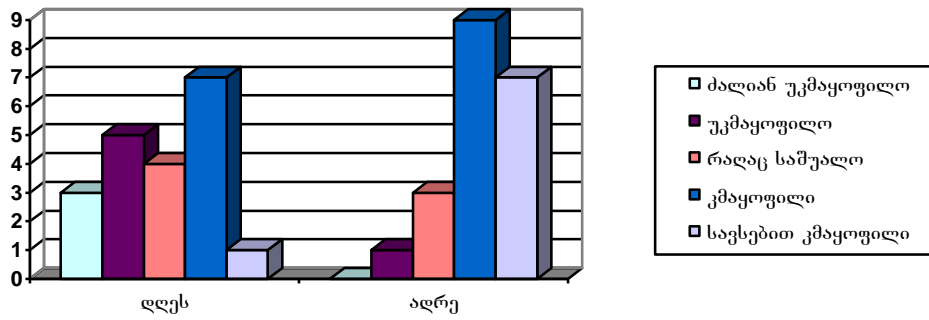
სოციალური კვლევის ანკეტაში D37 და D38 პუნქტებში საკვლევი პირები სუბიექტურად აფასებდნენ საკუთარი ოჯახის ეკონომიკურ მდგომარეობას, შრომით საქმიანობას, ნათესავ-მეგობრებთან და მეზობლებთან ურთიერთობას, საკუთარ თავსა და ცხოვრების უსაფრთხოებას როგორც კვლევის მომენტში, ისე

ნარსულში. მიღებული მონაცემები წარმოდგენილია გრაფიკების სახით:

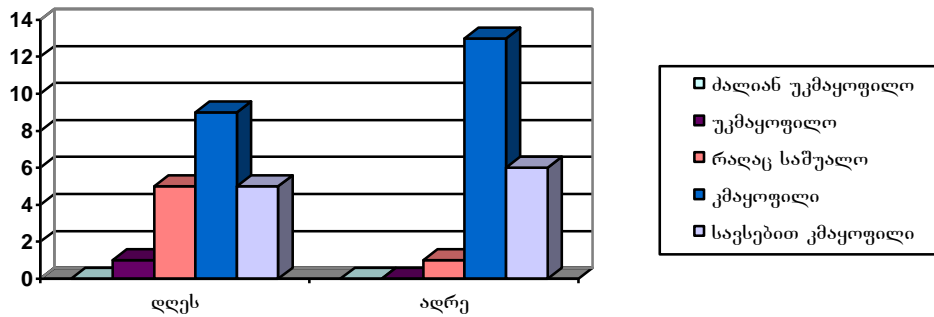
ოჯახის მაგერიალური მდგომარეობა



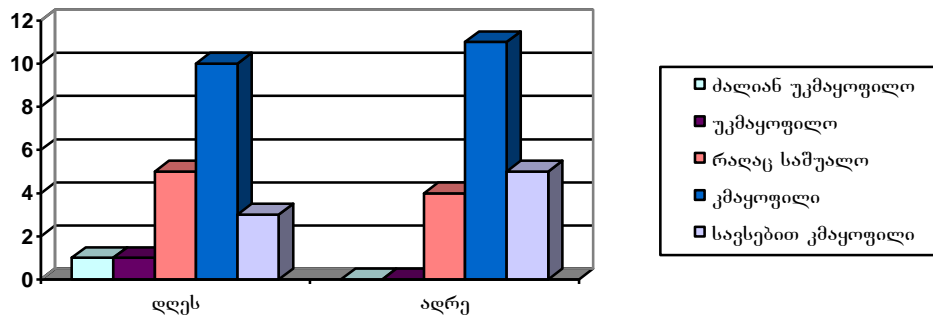
შრომითი საქმიანობა



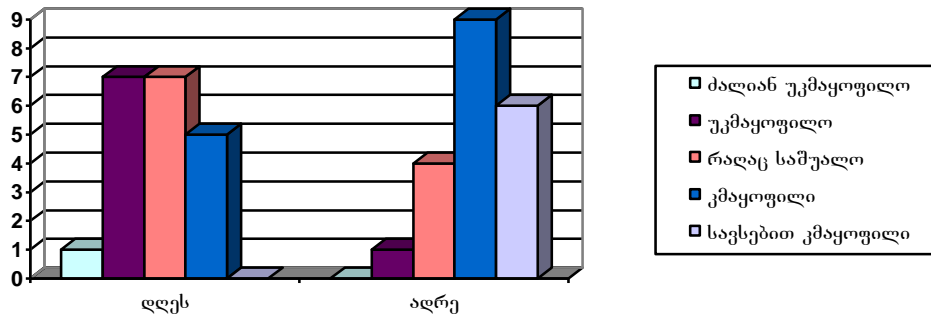
ნათესავ-მეგობრებთან ურთიერთობა



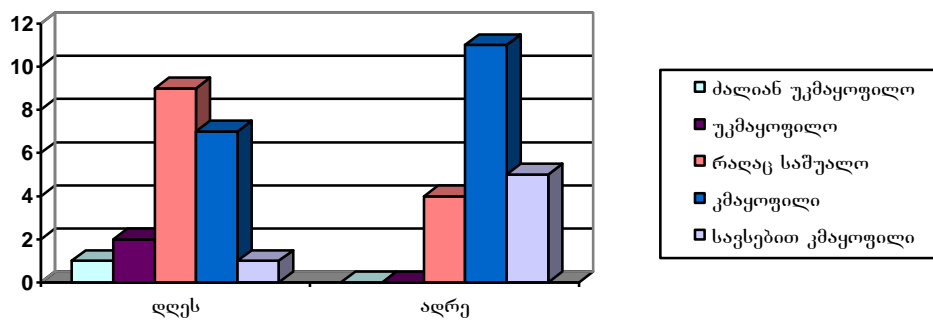
მეგობრებთან ურთიერთობა



ცხოვრების უსაფრთხოება



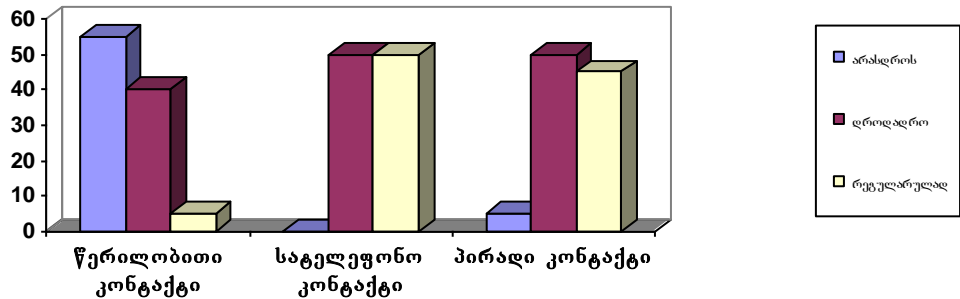
საკუთარი თავის შეფასება



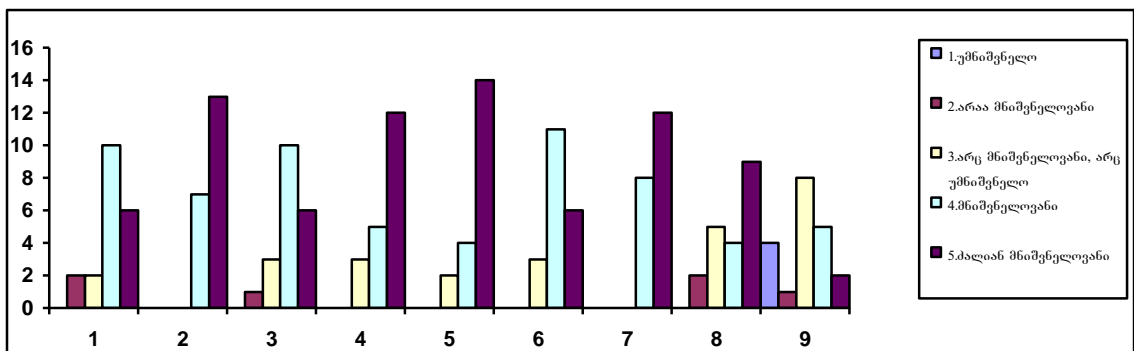
მოსახლეობის მატერიალური ყოფის ზოგადი შეფასებისას (39-ე პუნქტი) საკონტროლო ჯგუფის 70% დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ დღეს ჩვენს ქვეყანაში სიღარიბეში ცხოვრობს ხალხის გაცილებით მეტი ნაწილი, 25%-ს მიაჩნია, რომ მეტი ნაწილი, 5%-ს კი - დაახლოებით იგივე რაოდენობა. ამასთან, მოსახლეობის მატერიალური ყოფის გაუმჯობესების პერსპექტივა (მე-40 პუნქტი) შეუძლებელად მიიჩნია 30%-მა; შესაძლებელად -25%-მა; სავესებით შესაძლებელად 5%-მა; ხოლო პასუხის გაცემა გაუჭირდა 40%-ს.

კითხვათა ჯგუფით (D41-D43) განვსაზღვრავდით პიროვნების სოციალურ კავშირებსა და მის ინტეგრირებულობას გარე სამყაროსთან. შესაბამისად კითხვებზე: რამდენად ხშირი კონტაქტები გაქვთ ნათესავ-მეგობრებთან? რა სახის: გაქვთ მიმონწერა, საუბრობთ

ტელეფონით, დადიხართ სტუმრად?" - მიღებულია შემდეგი პასუხები (1. არასდროს, 2.დროდადრო, 3. რეგულარულად):

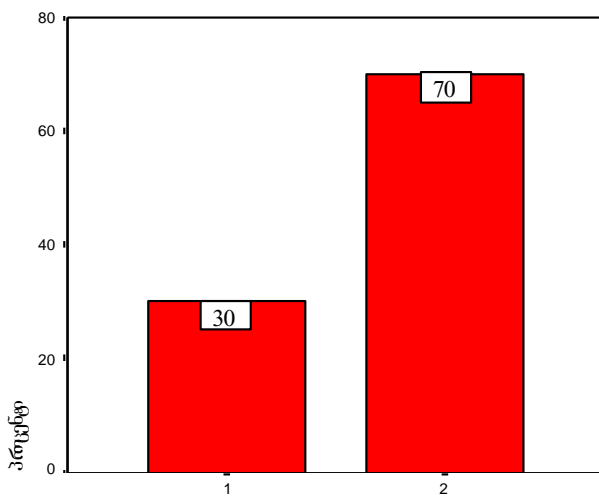


ანკეტის 44-ე პუნქტში რესპონდენტებს სუბიექტურად უნდა შეეფასებინათ (პასუხთა ნაკრები: 1. უმნიშვნელო; 2. არაა მნიშვნელოვანი; 3.არც მნიშვნელოვანია და არც უმნიშვნელო; 4. მნიშვნელოვანი; 5. ძალიან მნიშვნელოვანი) ისეთი ღირებულებები, როგორცაა მეგობრობა, ოჯახი, სამუშაო, ჯანმრთელობა, სამშობლო, მატერიალური კეთილდღეობა, მშვიდობიანი ცხოვრება, თავისუფლება და პოლიტიკა. მიღებული პასუხების განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკის სახით:



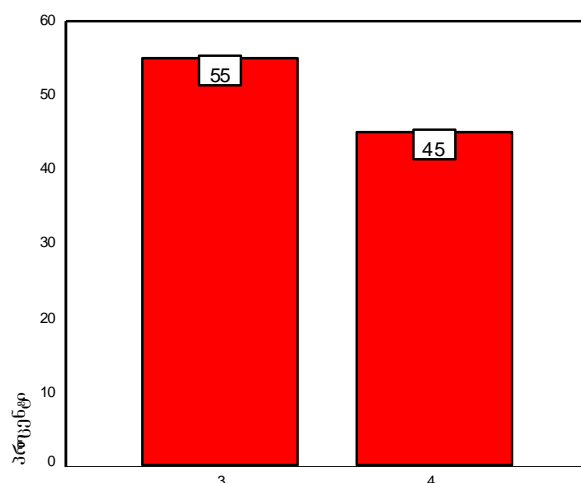
1.მეგობრობა 2.ოჯახი 3.სამუშაო 4.ჯანმრთელობა 5.სამშობლო
 6.მატერიალური კეთილდღეობა 7.მშვიდობიანი ცხოვრება 8.თავისუფლება 9. პოლიტიკა

რესპონდენტებს ანკეტის 45-ე პუნქტით უნდა განესაზღვრათ პირადი პასუხისმგებლობის მომენტი. კერძოდ, კითხვაზე: "აქ მოტანილი ორი მოსაზრებიდან რომელს დაეთანხმებით: 1.ადამიანებმა მეტი პასუხისმგებლობა უნდა აიღონ საკუთარ უზრუნველყოფაზე; 2.სახელმწიფომ უნდა აიღოს მეტი პასუხისმგებლობა ყველას უზრუნველსაყოფად" - მიღებული პასუხები დაჯგუფდა შემდეგი სახით:

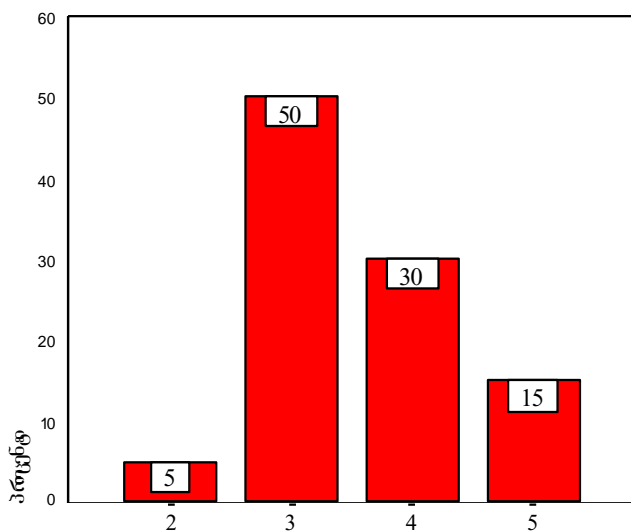


- პასუხების ჯგუფი:**
- ადამიანებმა მეტი პასუხისმგებლობა უნდა აიღონ საკუთარ უზრუნველყოფაზე
 - სახელმწიფომ უნდა აიღოს მეტი პასუხისმგებლობა, რათა ყველა იყოს უზრუნველყოფილი

საკონტროლო ჯგუფში კითხვაზე (პუნქტი 46): "ყოველივეს გათვალისწინებით, შეგიძლიათ თუ არა თქვათ, რომ ხართ: 1. ძალიან უბედური; 2. უბედური; 3. რაღაც საშუალო; 4. ბედნიერი; 5. სავსებით ბედნიერი" - პასუხები ასე განაწილდა:



47-ე პუნქტის კითხვაზე: "რამდენად ვეთანხმებით იმ აზრს, რომ თქვენ და თქვენს ოჯახს ნათელი მომავალი გაქვთ?" - რესპონდენტების მონოლდებული პასუხები წარმოდგენილია გრაფიკის სახით შემდეგი რიგით: 2. არ ვეთანხმები; 3. მიჭირს პასუხი; 4. ვეთანხმები; 5. საფეხებით ვეთანხმები:



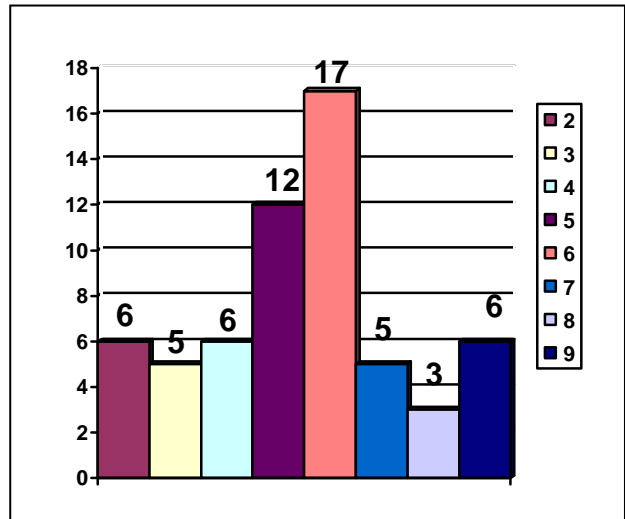
პასუხთა ჯგუფი:

- 6. არ ვეთანხმები;
- 7. მიჭირს პასუხი;
- 8. ვეთანხმები;
- 9. საფეხებით ვეთანხმები.

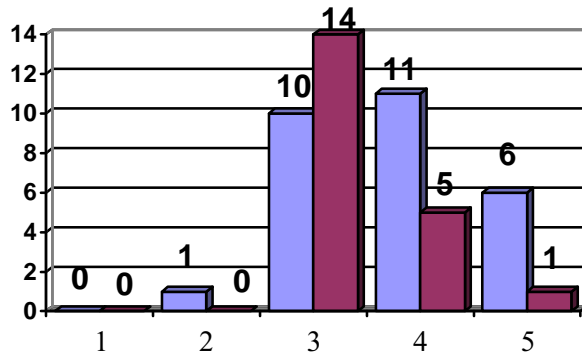
48-ე პუნქტში საკონტროლო ჯგუფის პირებს უნდა აერჩიათ 3 შესაძლო პასუხი კითხვაზე: "თქვენი ცხოვრება მომავალში ნორმალურად რომ წარიმართოს, ამისათვის, პირველ რიგში საჭიროა: 2. იშვით სამსახური; 3. გაიზარდოს სოციალური დახმარება; 4. შემცირდეს გადასახადები; 5. ხელი შეეწყოს მენარმეებს; 6. გაიზარდოს ხელფასები; 7. გაიუმჯობესოთ საბინაო პირობები; 8. ჩაიტაროთ საჭირო მკურნალობა; 9. სხვა (მიუთითეთ)"

პასუხთა ჯგუფები:

2. იშოვით სამსახური;
3. გაიზარდოს სოციალური დახმარება;
4. შემცირდეს გადასახადები;
5. ხელი შეეწყო მეწარმეებს;
6. გაიზარდოს ხელფასები;
7. გაიუმჯობესოს საბინაო პირობები;
8. ჩაიგაროს საჭირო მკურნალობა;
9. სხვა



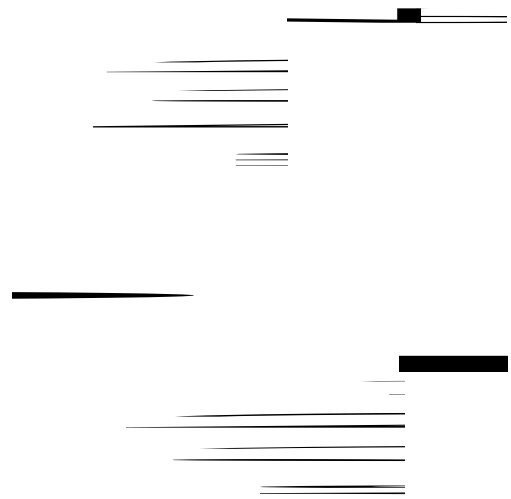
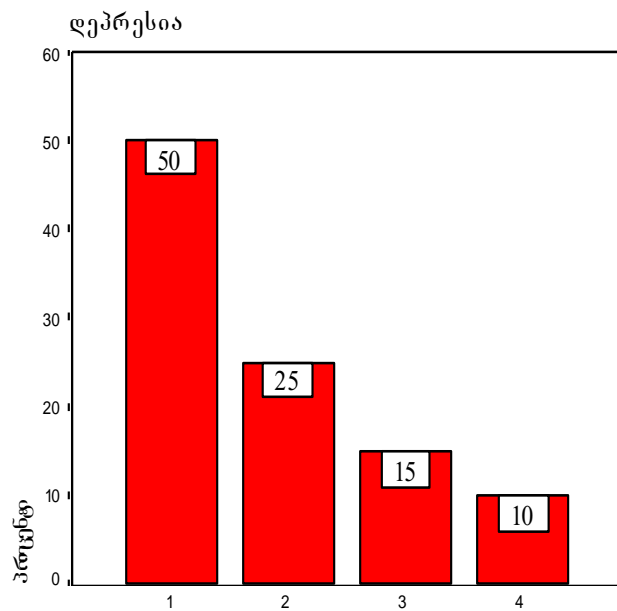
სოციალური კვლევის ანკეტის 23-25-ე პუნქტებით პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირები სუბიექტურად აფასებდნენ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას როგორც კვლევის მომენტში, ისე 10 წლით ადრე. მიღებული მონაცემები წარმოდგენილია გრაფიკულად:



- პასუხთა ჯგუფი:**
16. ძალზე უკმაყოფილო
 17. უკმაყოფილო
 18. რაღაც საშუალო
 19. კმაყოფილი
 20. სავსებით კმაყოფილი

წარსულში საკვლევ პირთა 85% (17 პირი) უარყოფდა ფსიქიკური პრობლემების არსებობას, დღეისათვის 12 პირი (60%) აღნიშნავს "ფსიქიკურ დისკომფორტს", ნევროტულობას, ძილის ციკლის დარღვევებს და სხვა.

კლინიკური კვლევებით საკონტროლო ჯგუფში პტსა არ განუვითარდა 18 პიროვნებას (80%), დანარჩენი ორი პიროვნებიდან ერთს აღენიშნება მიმდინარე პტსა საშუალოდ გამოხატული შფოთვისა და მსუბუქი-საშუალო დეპრესიის ფონზე, ხოლო მეორეს - გახანგრძლივებული პტსა ემოციური სფეროს ინტაქტურობით. ამავე ჯგუფში დეპრესიისა და შფოთვის დონეები შესაბამისად ასეა წარმოდგენილი:



თავი V. მიღებული შედეგების ანალიზი

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ისტორიულად მეტად ხანმოკლე დროში საქართველოს მოსახლეობამ გადაიტანა არაერთი, როგორც სტიქიური, ისე ხელოვნური კატასტროფა. სახელმწიფოში მომხდარი შეიარაღებული კონფლიქტების, მძაფრი სოციალურ-პოლიტიკური ძვრებისა და ეკონომიკური სიდუხჭირის ფონზე მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის სერიოზული სტრესული ამლილობების განვითარებისათვის ხელისშემწყობი პირობები შეიქმნა. სოციალური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემაა ის, რომ კვლევის მასშტაბი ცდება ფსიქიატრიის კლინიკის ფარგლებს და მაქსიმალურად უახლოვდება მოსახლეობას. სოციალური ფსიქიატრიის ფარგლებში დაინტერესებას იწვევს ადამიანთა საზოგადოების ეკოლოგიური კონტექსტი და ურთიერთობა პიროვნებასა და იმ საზოგადოებას შორის, რომლისგანაც ინდივიდი იღებს იდენტურობას (identity), კუთვნილებას (belongingness) და რაობას (meaning) (R.M.Harvey, 1996).

ლიტერატურული მონაცემების გათვალისწინებით, კვლევისათვის შერჩეული იქნა ორი ძირითადი სამიზნე ჯგუფი: I - იძულებით ადგილნაცვალი პირები, განსახლებულნი სხვადასხვა კოლექტიურ ცენტრებში და II - სოციალურ-სტრესულ სიტუაციაში მყოფი ძირითადი პოპულაცია.

ჩვენს მიერ ნაწარმოებ კვლევებში მნიშვნელოვანი ყურადღება დაეთმო დევნილი პოპულაციის ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის შეფასებას. შევეცდებით წარმოვადგინოთ ზოგიერთი მიღებული შედეგი. ასე, მაგალითად, კვლევაში უპირატესად ჩართულნი იყვნენ ქალები (78%). მამაკაცები ფსიქიატრთა მხედველობის არეში უპირატესად ახლობლების კატეგორიული მოთხოვნით ხვდებოდნენ და, ეთნოკულტურალური გარემოს შესაბამისად, ექიმთან ურთიერთობის პირველ ფაზაში ახდენდნენ საკუთარი ფსიქიკური მდგომარეობის დისიმულაციას, ამასთან, მამაკაცებში აღინიშნა ალკოჰოლური სასმელების მიღების გაზრდილი მოთხოვნილება.

გამოკვლევულთა ასაკობრივი განფენილობა შეიძლება წარმოვადგინოთ შემდეგი სახით: 14-17წ.წ. - 7%; 18-25წ.წ. - 21,5%; 26-35წ.წ. - 13,9%; 36-45წ.წ. - 20,9%; 46-55წ.წ. - 15,8%; 56-65წ.წ. - 12,7%; 66-75წ.წ. - 16,3%; 75წლის ზევით - 1,9%, ანუ კვლევაში მონაწილეობდა ყველა ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელი, რომელთა უმრავლესობა 18-დან 75 წლამდე ასაკისაა.

ცნობილია, რომ მოსახლეობას ასაკის მიხედვით ყოფენ მწარმოებლურ (20-59წ.წ.), ნახევრადმწარმოებლურ - (15-19წ.წ.– 60-69წ.წ.) და არამწარმოებლურ (0-14წ.წ. – 70 წ.-ზე ზევით) (ო.გერძმავა, 1998) ჯგუფებად. ამ თვალსაზრისით იძულებით ადგილნაცვალ პირთა

სოციალური კვლევის შედეგებმა გვაფიქრებინა კორექტივი შეგვეტანა მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფის ასაკობრივ დაჯგუფებაში. კერძოდ, გამოიკვეთა შემდეგი ტენდენცია: სახელმწიფოში არსებული შრომითი დასაქმების პირობებისა და ეთნოკულტურალური თავისებურებების გათვალისწინებით ნახევრად-მწარმოებლური ასაკის ქვედა ზღვარი იძულებით ადგილნაცვალ პირებს შორის შეიძლება განისაზღვროს 15-23 წლის ასაკით (კვლევებით დადგინდა, რომ I და II ასაკობრივ ჯგუფებში 45 რესპონდენტიდან ტრავმულ მოვლენამდე მხოლოდ 1 (2,2%), ხოლო ტრავმული გამოცდილების შემდეგ - 3 (6,7%) პიროვნება იყო უმუშევარი, ხოლო დანარჩენი იღებდა და იღებს მისთვის სასურველ განათლებას). რაც შეეხება ნახევრადმწარმოებლური ასაკის ზედა ზღვარს, აქაც სოციალურმა პირობებმა გარკვეული კორექტივი შეიტანა (VI ასაკობრივ ჯგუფში (56-65 წ.წ.) 20 რესპონდენტიდან ტრავმულ მოვლენამდე სპეციალობით დასაქმებული იყო 75%, ხოლო ტრავმული გამოცდილების შემდეგ - 30%, ამასთან, მიღებულ ცოდნასა და გამოცდილებასთან შეუსაბამოდ (დაბალი სოციალური სტატუსი). ამავე ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია პენსიონერთა ხვედრითი წონაც – 50%). ამრიგად, მწარმოებლური ასაკის პოპულაცია რეალურად წარმოდგენილია III, IV და V ასაკობრივი ჯგუფებით (25-55წ.წ.) – სულ 80 რეპრეზენტატული რესპონდენტი, რომელთაგან დღეისათვის დასაქმებულია 46,3%, უმუშევარია 47,5%, ხოლო პენსიონერია - 5%.

ტრავმული გამოცდილების შემდეგ 32 იძულებით ადგილნაცვალ პირი (ანუ რესპონდენტთა 20,3%) მორწმუნე გახდა, მაშინ, როდესაც საკონტროლო ჯგუფში აღმსარებლობის

თვალსაზრისით ცვლილებები არ მომხდარა. დევნილ პოპულაციას რელიგია საშუალებას აძლევს იპოვოს პასუხი კითხვაზე: "რატომ დამემართა ეს მე?" ამდენად, რელიგია გარკვეულწილად საზრისს აძლევს სიტუაციას, რომელიც ადამიანს უსამართლოდ შეიძლება მოეჩვენოს. ზოგიერთი სოციოლოგის აზრით (H.Смелзер, 1994), უზენაესის რწმენა ხელს უწყობს ადამიანს გადაიტანოს ისეთი "უსამართლობანი", როგორცაა სიღარიბე, ავადმყოფობა, უთანასწორობა. ამასთან მას, ვინც ეწამა, რელიგია აძლევს მომავლის იმედს. S.Freud-მა გამოავლინა რელიგიის კიდევ ერთი ფუნქცია. მისი აზრით, რელიგია ადამიანს იცავს იმ უმწეობის განცდისაგან, რომელიც ბავშვობის ასაკში აქვს გამოცდილი. თუ ბავშვი მსგავსი შიშის დროს მშობლებისაგან პოულობს დაცვას, მოზრდილები ასეთ თავშესაფარს მოსიყვარულე, ყოვლისშემძლე ღმერთში ეძებენ. ტრავმის შემდეგ ნიშანდობლივია ადამიანებს შორის კავშირების შესუსტება, რასაც მოჰყვება ის, რომ ცხოვრების მძიმე მომენტებში პიროვნება არ იღებს სოციუმისაგან თანადგომას - მარტო რჩება. ჩვენს შემთხვევებში რელიგიურობას ასევე ასაზრდოებს რელიგიის სოციალური ფუნქცია - ასახოს და განამტკიცოს პიროვნების სოციალური კავშირები (მაგალითად, რელიგიური რიტუალების დროს), რაც სრულ შესაბამისობაშია E.Durkheim-ის (1915) ანალოგიურ მოსაზრებასთან.

სოციალური კვლევის ანკეტით ასევე შესწავლილი იქნა მიგრირებული პოპულაციის და საკონტროლო ჯგუფის ლოკუს-კონტროლი. აღმოჩნდა, რომ ექსტერნალური კონტროლი მნიშვნელოვნად დომინირებს როგორც იძულებით ადგილნაცვალ პოპულაციაში, ასევე საკონტროლო ჯგუფში. ცნობილია, რომ თუ

ლოკუს კონტროლი ანუ სუბიექტური კონტროლი - (წარმატება-წარუმატებლობის მიზეზი საკუთარ თავშია თუ სხვა არის მიზეზი) - ინტერნალურ ხასიათს ატარებს, ადამიანი ცხოვრებისეულ მოვლენებზე პასუხისმგებლობას საკუთარ თავზე იღებს. ექსტერნალური კონტროლისას პიროვნებას მთელი პასუხისმგებლობა გარეგან მოვლენებზე (ჩვენს შემთხვევაში, სახელმწიფოზე) გადააქვს. ჩვენი მონაცემები გარკვეულად იზიარებს იმ მოსაზრებას, რომ არსებობს გარკვეული კორელაცია ინტერნალობასა და ემოციურ სტაბილურობას, ნებისყოფასა და ნდობას შორის, ასევე ექსტერნალობასა და დეპრესიულობას შორის.

კვლევის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა იძულებით ადგილნაცვალ პირებს შორის პტსა-ის კლინიკური ვარიანტების დადგენა. ლიტერატურიდან (J.R.T.Davidson et al., 1992; M.Pilisuk, 1975) ცნობილია, რომ პტსა-ის განვითარებაზე გავლენას ახდენს ისეთი სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები, როგორცაა, ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა, განათლება, დასაქმება და სხვა. აქვე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ზოგი ავტორის (მაგ. G.W.Brown et al., 1996) მოსაზრებით ისეთი სტრესორი, როგორც არის განქორწინება და დაქვრივება, დაკავშირებულია დეპრესიის ხარისხთან უფრო მეტად, ვიდრე შფოთვით აშლილობებთან. ამავე რისკ-ფაქტორებს გავლენა აქვთ დეპრესიისა და შფოთვის თანაარსებობაზე.

ჩვენს შემთხვევაში, I კლინიკური ჯგუფი (ანუ ის პირები, რომელთაც პტსა არ განუვითარდათ) ძირითადად წარმოდგენილია II

ასაკობრივი ჯგუფით, ხოლო მიმდინარე პტსა (II კლინიკური ჯგუფი) უპირატესად IV ასაკობრივ ჯგუფში განვითარდა, რაც ეწინააღმდეგება ლიტერატურულ მონაცემებს. ასევე აღმოჩნდა, რომ კლინიკურ ჯგუფებს შორის პრაქტიკულად არ არსებობს ან მცირედ არის გამოხატული სხვაობა ოჯახურ მდგომარეობასა და პტსა-ის დიაგნოზს შორის, ასევე განათლების ხარისხსა და პტსა-ს შორის. მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც სოციალური კვლევებით გამოვლინდა, აღმოჩნდა პიროვნების დასაქმება. ასე მაგალითად, იმ პირებში, რომელთაც პტსა არ განუვითარდათ, 42,9% მუშაობს და 28,6% აგრძელებს სწავლას (უმუშევრობამ წარსულთან შედარებით 12,5%-ით მოიმატა); მიმდინარე პტსა-ის ჯგუფში - 12,5% დასაქმებულია, ხოლო 7,5% აგრძელებს სწავლას (უმუშევრობამ იმატა 42,5%-ით); გახანგრძლივებული პტსა-ის შემთხვევებში (III კლინიკური ჯგუფი) რესპონდენტთა 33,3% - მუშაობს და 27,1% - სწავლობს (უმუშევრობამ მოიმატა მხოლოდ 10,9%-ით). ამ მონაცემების ინტერპრეტაციისას, ერთის მხრივ, უნდა გავითვალისწინოთ ის მომენტიც, რომ პიროვნების დაუსაქმებლობის განმაპირობებელი შესაძლოა თავად ფსიქიკური აშლილობა იყოს. ასევე მხედველობაშია მისაღები კულტურალური ფონი, რომელიც საქართველოში ძლიერი პატრიარქალური ოჯახის ინსტიტუტის არსებობით აიხსნება. ოჯახი ახდენს მისი წევრების ჯანმრთელობის ფორმირებას. მიგრირებულ ოჯახში ამ სოციალური ინსტიტუტის ძირითადი ფუნქციები: აღმზრდელობითი, ყოფითი და სამეურნეო (ოჯახის წევრთა მატერიალურ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება); ემოციური (პატივისცემის, აღიარების, თანადგომის, დაცვის მოთხოვნათა

დაკმაყოფილება); სოციალური ურთიერთობანი; პირველადი სოციალური კონტროლი (ოჯახის წევრების მიერ მიღებულ სოციალურ ნორმათა შესრულების უზრუნველყოფა) და სხვა – დარღვეულია. მომავალი თაობების აღზრდაზე ზრუნვის დეფიციტი დაუსაქმებლობის და, შესაბამისად, მატერიალური შემოსავლის არარსებობის ფონზე მნიშვნელოვნად არყევს ოჯახის სიმტკიცეს და მომავლის შიშს ქმნის. ამრიგად, დევნილ პოპულაციაში შფოთვის გენერირება უპირატესად გამოწვეულია ისეთი მძიმე მოვლენებით, რომელიც დაკავშირებულია მომავლისაკენ მიმართულ საფრთხესთან. მას ახასიათებს მამობილიზებული კომპონენტის არსებობა და არ აღმოცენდება მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა სოციალური გარემოს ჩვეულებრივ გემოქმედებაზეა საუბარი.

სოციალური კვლევისათვის შემუშავებული ანკეტების დამუშავებით დევნილ პოპულაციაში გამოვლინდა მატერიალური ყოფის მნიშვნელოვანი გაუარესება, შრომითი საქმიანობით უკმაყოფილება, ნათესავ-მეგობრებთან და მეზობლებთან ურთიერთობების ნაწილობრივი გაუარესება, ცხოვრების უსაფრთხოებითა და საკუთარი თავით უკმაყოფილების გაძლიერება. ამდენად, გადატანილი ტრავმული მოვლენები მნიშვნელოვნად უცვლის სახეს პიროვნების სოციალურ კავშირებს და მის ინტეგრირებულობას გარე სამყაროსთან. აღმოჩნდა, რომ I კლინიკურ ჯგუფში მხოლოდ 5,4% არ არის სისტემატიურ კონტაქტში ახლობლებთან, II და III კლინიკურ ჯგუფებში კი - შესაბამისად, 41,7% და 26,7% ანუ პირადი ურთიერთობები მნიშვნელოვნად გართულებული აქვთ იმ პირებს, რომელთაც დიაგნოსტირებული აქვთ პტსა. ჯგუფებს შორის მნიშვნელოვნად არის შეცვლილი ბედნიერების განცდის გრძობა: თუ I კლინიკურ ჯგუფში თავს უბედურად ან ძალზე უბედურად თვლის რესპონდენტთა 6%-მდე, II და III კლინიკურ ჯგუფებში - ეს ციფრი თითქმის 20%-ს აღწევს. კლინიკურ ჯგუფებს შორის ასევე განსხვავდება მიღებული პასუხები კითხვაზე: რამდენად ეთანხმებით იმ აზრს, რომ თქვენ და თქვენს ოჯახს ნათელი მომავალი აქვს? კერძოდ, თუ I კლინიკურ ჯგუფში 62,5% ეთანხმება ზემოთ მოყვანილ მოსაზრებას, II კლინიკურ ჯგუფში დადებითი პასუხი მივიღეთ შემთხვევათა 42,5%-ში, ხოლო III-ში - 31,3%. მომავლის ნეგატიურ აღქმას აძლიერებს (და, შესაბამისად, შფოთვის მიზეზად გვევლინება) ისიც, რომ 10 წლის წინანდელ პერიოდთან შედარებით, დღეს სიღარიბეში ცხოვრობს ხალხის გაცილებით მეტი ნაწილი (ამ მოსაზრებას ეთანხმება გამოკითხულთა 86,7%). მათი ყოფის გაუმჯობესების პერსპექტივას დადებითად აფასებს გამოკითხულთა ნახევარი (49,4%), ხოლო 31,6%-ს უჭირს პასუხის გაცემა.

დევნილთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ მათი ცხოვრების ნორმალურად წარმართვისათვის აუცილებელია დაუბრუნდნენ

მშობლიურ კერას (96,2%); გაიზარდოს ხელფასები (41,8%) და გაიუმჯობესონ საცხოვრებელი პირობები (39,2%). მშობლიურ კუთხეში დაბრუნების შემდეგ მხოლოდ 8% ელის უსაფრთხო ცხოვრებას; 45%-ს მიაჩნია, რომ ნორმალური ცხოვრებისათვის საშიში ვითარება შეექმნება, ხოლო 47%-ს - უჭირს პასუხის გაცემა. გამოკითხულთა 59% თვლის, რომ მშობლიურ მხარეში დაბრუნება დადებითად იმოქმედებს მათ პირად ღირსებაზე, თუმცა 15%-ის აზრით, ადგილობრივ მოსახლეობასთან დამყარდება ცუდი ურთიერთობა, 35%-ის აზრით - კარგი ურთიერთობა, ხოლო 50%-ს უჭირს პასუხის გაცემა.

როგორც აღვნიშნეთ (თავი II - კვლევაში გამოყენებული მასალები და მეთოდები), კლინიკური მასალა წარმოდგენილია 144 პირის კვლევის შედეგებით. საშუალოდ 4,5 წლის წინ გადატანილი მძიმე სტრესული მოვლენის შემდეგ (ახლობლის დაკარგვა, მშობლიური კუთხის იძულებითი მიტოვება, მატერიალური დანაკარგი, საომარი მოქმედებების თვითხილვა, მძიმე მატერიალური მდგომარეობა, სოციალური დახმარების დეფიციტი და სხვა) შემთხვევათა 38,9%-ში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა არ განვითარდა (56 რესპონდენტი - I კლინიკური ჯგუფი). მათი უმრავლესობა აღნიშნავს დადებითი თვითშეგრძნების მნიშვნელოვან დაქვეითებას, ხოლო სომატური სიმპტომებიდან დომინირებს ჩივილები გულ-სისხლძარღვთა და საჭმლის მომწელებელი სისტემების მხრივ. აღნიშნულ პირებში საკმაოდ მაღალია შფოთვის დონე, მაგრამ არ აღწევს პანიკური აშლილობის რეგისტრს. I კლინიკურ ჯგუფში პტსა-ს სიმპტომებიდან უპირატესად აღენიშნებათ

ყურადღების კონცენტრაციის პრობლემები, ძილის რითმის პერიოდული დარღვევები, გამლიზიანებლობა მოვლენასთან დაკავშირებული ფაქტების გახსენებისას და ერთეული ფიზიკური სიმპტომები. უმრავლესობას მნიშვნელოვნად დაქვეითებული აქვს მომავლის პერსპექტიული ხედვა. I კლინიკურ ჯგუფში 41,1%-ს დეპრესიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები არ აღენიშნა, მათგან 26,8% - ფსიქიკურად პრაქტიკულად ჯანმრთელია.

Sheehan-ისა და Beck-ის სკალებით გამოკვლევებმა დაადასტურა მაღალი კორელაცია დეპრესიასა და შფოთვის ხარისხს შორის. ასე, მაგალითად, მსუბუქი (11 შემთხვევა - 19,6%) და მსუბუქი-საშუალო (9 შემთხვევა - 16,1%) დეპრესიის ფონზე აღინიშნა შფოთვის დონის მატება საშუალო მაჩვენებლებამდე. კლინიკურ სურათში სახეგვა გუნებ-განწყობის მსუბუქი დაქვეითება, ენერჯისა და ზოგადი აქტიურობის შემცირებით, განლევადობა. ამასთან, საშუალო-მძიმე და მძიმე დეპრესიის ფონზე (13 შემთხვევა - 23,3%) ყურადსაღებია შფოთვის დონის მნიშვნელოვანი მატება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, I კლინიკურ ჯგუფში ნევრასთენიური სიმპტომებიდან ჭარბობს შინაგანი დისკომფორტი და მოუსვენრობა.

ცნობილია, რომ დეპრესიული და შფოთვითი სიმპტომატიკა ხშირად ერთდროულად ვითარდება (მ.მაკარიძე, 1995), რაც დიაგნოსტიკური გადაცდომის მიზეზი ხდება. ჩვენს შემთხვევაში ის სიმპტომები, რომელიც საერთოა დეპრესიისა და შფოთვისათვის: მადისა და ძილის ციკლის დაღვევები, ყურადღების კონცენტრაციის პრობლემები, გამლიზიანებლობა და ადვილად დაღლა - ხშირად არასპეციფიკური და ნაშლილი იყო. პირველადი დეპრესიისა და

შფოთვის დიფერენცირებას ვახდენდით გუნებ-განწყობის ფონით, ასაკით, ფსიქომოტორული კომპონენტით, ანამნეზური მონაცემებით, ფიზიკურ დატვირთვასა და ფსიქო-სოციალურ ზემოქმედებაზე განვითარებული რეაქციით.

საშუალოდ გამოხატული დეპრესიისას პაციენტები აღნიშნავდნენ, რომ ფიზიკური დატვირთვა შვებას აძლევთ, ხოლო მძიმე ფორმისას დარღვეული იყო ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების ცხოვრებისეული სტერეოტიპი.

მსუბუქი შფოთვისას, რომელიც წარმოიშვებოდა პერიოდულად სუბიექტურად ღირებულ კონკრეტულ სიტუაციაში, საკვლევი პირის პოზა და მოძრაობები შენარჩუნებული იყო, თუმცა დროდადრო იცვლებოდა მიმიკა, გაძნელებული იყო მხედველობითი კონტაქტი. თვით პიროვნება საკუთარ მდგომარეობას "მცირე შინაგან დისკომფორტს" უწოდებდა. ამასთან, არც შრომის უნარი და არც მიზანმიმართული მოქმედებები არ იყო დარღვეული ან დაქვეითებული.

შფოთვის საშუალო დონე მუდმივ ხასიათს ატარებდა, საუბრისას იგრძნობოდა დაძაბულობა, უნდობლობა. საკვლევი პირი კრთებოდა უმნიშვნელო ხმაურზე. იგი თავის მდგომარეობას შინაგან მოუსვენრობად ან შეზღუდულობად აღიქვამდა. ასევე სახეზე იყო ერთეული ვეგეტატური სიმპტომები: მაჯის აჩქარება, ტრემორი, ხელისგულების ჰიპერჰიდროზი. უმრავლესობას აქვს აზრები ახლო მომავალში საშიში მოვლენების განვითარების შესახებ (მაგალითად, აფხაზეთში დაბრუნების შემთხვევაში კონფლიქტური დამოკიდებულება ადგილობრივ მოსახლეობასთან).

საგულისხმოა, რომ მსგავსი მონაცემები იქნა მიღებული საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტებისაგანაც. სოციალური ხასიათის სტრესორებთან სისტემატიურ კონტაქტს აღნიშნავს მათი აბსოლუტური უმრავლესობა, თანაც სოციალურ გარემოში წარმოქმნილი ეს ფსიქომატრავმირებელი მოვლენები ატარებს დროში განვრცობილ ხასიათს და დაუძლეველია. პტსა-ის დიაგნოზი საკონტროლო ჯგუფში დაესვა 20%-ს, მაგრამ ჯგუფში შეცვლილი არის როგორც ემოციური რეაგირება (25%), ასევე თვალშისაცემია შფოთვის დონის მატება საშუალო მაჩვენებლებამდე (20%).

პტსა-ის დიაგნოზის დასმისას აუცილებელი იყო ანამნეზში მატრავმირებელი მოვლენის არსებობა, ხოლო კლინიკურ სურათში - ტრავმის განმეორებითი განცდის ერთი სიმპტომი მაინც, ტრავმასთან ასოცირებული სტიმულებისათვის თავის არიდების სამი სიმპტომი და ტრავმის შემდგომი დაძაბულობის ორი სიმპტომი. სიმპტომების აღმოცენების სიხშირის მიხედვით ვახდენდით მიმდინარე და გახანგრძლივებული პტსა-ის დიფერენცირებას. მიმდინარე პტსა-ის დროს ზემოაღნიშნული პრობლემები საკვლევ პირებს უნდა ჰქონოდათ საკმაოდ ხშირად - ტრავმის შემდეგ თითქმის ყოველ კვირაში რამდენჯერმე. თუ პაციენტები მიუთითებდნენ, რომ სიმპტომები აღმოცენდებოდა პერიოდულად, სულ მცირე - 1-2-ჯერ თვეში მაინც, - ვსვავდით გახანგრძლივებული პტსა-ის დიაგნოზს. ყველა შემთხვევაში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა განვითარდა მატრავმირებელი მოვლენებიდან 6 თვის განმავლობაში. ამდენად, მოგვიანებული პტსა-ის დიაგნოზი არც ერთ შემთხვევაში არ დადასტურდა.

შესწავლილ შემთხვევათა 27,8%-ში პიროვნების მდგომარეობა შეფასდა, როგორც მიმდინარე პტსა ერთეული მწვავე სიმპტომატიკით (ფლემბეკი, დისოციაციური ამნეზია, გაცხოველებული კრთომის რეფლექსი) და შფოთვის მაღალი დონით, ხოლო 33,3%-ში გამოიკვეთა გახანგრძლივებული პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის დიაგნოზი. აღნიშნული ციფრობრივი მონაცემები ემთხვევა ლიტერატურულ მონაცემებს. მაგალითად, კლინიკურად გაფორმებული ნევროზული დონის აშლილობები და მათ მიერ განპირობებული ფსიქოსომატური დარღვევები აღინიშნება განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის 17,2%-ს, ანუ ყოველი მეხუთე ადამიანი საჭიროებს მოსაზღვრე მდგომარეობათა ანუ "მცირე" ფსიქიატრიისა და სამედიცინო ფსიქოლოგიის სპეციალისტის ჩარევას. იმ პირებში, რომლებიც იმყოფებიან სტიქიური უბედურებებისა და კატასტროფების უბნებში, ასევე მასობრივი სოციალური და საომარი კონფლიქტების სიტუაციებში, ეს ციფრი 70%-ს აღწევს (Ю.А.Александровский, 1993).

მიმდინარე პტსა-ის დროს გარკვეულად დაინტერესებული აღმოჩნდა ემოციური სფერო. ცნობილია, რომ შფოთვა, ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა ერთ-ერთი ნაკლებსპეციფიკური ფენომენი, დეპრესიასთან, ნევრასთენიასთან, ძილის ციკლის დარღვევებსა და ვეგეტატურ აშლილობებთან ერთად პტსა-ის კლინიკური სურათის ფორმირებას ახდენს. მიმდინარე პტსა-ის შემთხვევებში მსუბუქი (25%), მსუბუქი-საშუალო (15%) და საშუალო-მძიმე (40%) დეპრესიის ფონზე შფოთვის დონე ან მნიშვნელოვნად მომატებულია ან შეინიშნება ერთგვარი ფსიქოლოგიური

არასტაბილურობა. პანიკურ შეტევებს ახასიათებდათ მოულოდნელი და უმიზეზო დასაწყისი შფოთვის კოგნიტიური (შიში) და სომატური (კანკალი, გულის ფრიალი, სუნთქვის შეკვრა) სიმპტომებით. ცნობილია, რომ საკმაოდ მწვავე ნევროზული აშლილობის – ნევროზული რეაქციის, და ქვემწვავე ნევროზული მდგომარეობის განვითარების ხელშემწყობ განსაკუთრებით მნიშვნელოვან სიმპტომოკომპლექსებს წარმოადგენს ემოციურ-აფექტური დარღვევები, უპირატესად შფოთვა და შიში. სწორედ ისინი განსაზღვრავენ დაავადების კლინიკურ ხასიათს ე.წ. პანიკური აშლილობების დროს, რომელთა რიცხვშიც ინგლისურენოვან ლიტერატურაში ხშირად განიხილება ნევროზული აშლილობანი. ამასთან, კლინიკური კვლევებით დადგენილა, რომ გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა ხშირად იწყება სტრესული მოვლენის შემდგომ და ქრონიკული ხდება, თუ სოციალური პრობლემები გადაუწყვეტელია (М.Гельдер и др., 1997). ამ ჯგუფში მნიშვნელოვნად ჭარბობს ეპიზოდური პაროქსიზმული შფოთვის რეკურენტული შეტევები (42,5%), რაც არ არის შემოფარგლული კონკრეტული სიტუაციით და მეორადია მიმდინარე პტსა-ის მიმართ. კვლევაში ჩართულ პირთა უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ პანიკური შეტევები აღმოცენდებოდა როგორც მოულოდნელი შიში ან საფრთხის ინტენსიური განცდა, არცთუ იშვიათად ჩნდება გარდაუვალი სიკვდილის შიშიც. შეტევის ხანგრძლივობა იშვიათად აღემატებოდა რამდენიმე წუთს. პირველ შეტევას ყოველთვის წინ უსწრებდა კონკრეტული მატრავმირებელი სიტუაცია (მაგ. დაბომბვა). შემდგომ პანიკურ შეტევას რიგ შემთხვევებში წინ უძღოდა არამკვეთრი,

შფოთვითი დაძაბულობა, რასაც შინაგანი დისკომფორტიც ერთვოდა. კლინიკურ სურათში დომინირებდა დისპნოე, ტაქიკარდია, ტრემორი, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, სიკვდილის შიში. პანიკის შეტევას ვეგეტატური, პაროქსიზმული დისფუნქცია არასპეციფიკურ ხასიათს ატარებდა.

დაავადების გამწვავება ხშირად უკავშირდებოდა, ერთი შეხედვით, უმნიშვნელო ფსიქოგენიასა და სომატოგენიას. ამ ჯგუფის პაციენტებში მატულობდა ემოციური დატვირთვისათვის თავის არიდების ფენომენი და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის განცდა, რისი მიზეზიც იყო მძიმე მოგონებების ამოტივტივების შიში. სწორედ ამის გამო პიროვნება ცდილობდა გადაევალებინა გადაწყვეტილების მიღება ან ამცირებდა კონტაქტების არეალს. ნევრასთენიური აშლილობების კომპლექსში ასევე ჭარბობდა გამლიზიანებლობა, შინაგანი დისკომფორტი, მოუსვენრობა.

გახანგრძლივებული პტსა-ის 54,2%-ში უპირატესად აღინიშნა ზომიერად გამოხატული (მსუბუქი-საშუალო (27,1%) ან საშუალო-მძიმე) დეპრესიული ეპიზოდი გუნებ-განწყობის და ენერჯის დაქვეითებით, თვითშეფასების შესუსტებით, მადისა და ლიბიდოს ცვლილებებით, რაც შეესაბამება ლიტერატურულ მონაცემებს (A.Bleich et al., 1997). უმრავლესობა აღნიშნავდა სირთულეებს საკუთარი სოციალური ვალდებულებების (ოჯახი, პროფესიული საქმიანობა) შესრულებისას, რაც პერიოდულად კონფლიქტის მიზეზი ხდებოდა. გახანგრძლივებული პტსა-ის შემთხვევათა 35,4%-ში გამოვლენილია ცალკეულ სიმპტომებზე კონცენტრირებული შფოთვის სუბიექტური შეგრძნების (პალპიტაცია, თვითკონტროლის დაკარგვის შიში,

მოუსვერობა – "ნევროტულობა") გაძლიერება. ჩვენს კვლევებში პანიკური აშლილობის დამოუკიდებელი დიაგნოზის დასასმელად რიგ შემთხვევებში საკვლევი პირის მიერ წარმოჩენილი სიმპტომები არ იყო საკმარისი და თვით ეპიზოდებიც მიმდინარეობდა უპირატესად ე.წ. "სიმპტომებით ღარიბი" შეტევების სახით. შფოთვის დონე განსაზღვრავდა პანიკური აშლილობის გრადაციას გამოხატულების ხარისხისა და ავადმყოფური დარღვევების დინამიკის მიხედვით, მაგ: მსუბუქი ხარისხის შფოთვისას შენახული იყო ცხოვრების სტერეოტიპი, საშუალო ხარისხისას - სტერეოტიპი ირღვეოდა. რამდენიმე შემთხვევაში მაღალი რეგისტრის შფოთვის ფონზე წინ გამოდიოდა იპოქონდრიული ან დეპრესიული ჩივილები, რაც შესაძლებელია პანიკური აშლილობის III ან IV სტადიის არსებობაზე მიუთითებდეს, თუმცა აღნიშნული მიმართულებით კვლევა ცდება დასახული მიზნების ჩარჩოებს.

გამოკითხულთა უმრავლესობა პტსა-ის ფონზე აღნიშნავს როგორც სომატური, ასევე ფსიქიკური დადებითი თვითშეგრძნების მნიშვნელოვან დაქვეითებას. ფსიქოტრავმის შემდეგ განვითარებული ასთენია, რომელიც ცვლის ინდივიდის თვითშეგრძნებას და იწვევს პროტოპათული მგრძნობელობის სასარგებლოდ გადანაცვლებას, ხელს უწყობს არასასიამოვნო შეგრძნებათა აღმოცენებას, რომელიც განიცდის იპოქონდრიულ გადამუშავებას. ამდენად, ტკივილის ფენომენი მდიდრდება შიშის ემოციით და შედეგად ყოველი გაურკვეველი ტკივილი აღიქმება არა მხოლოდ როგორც გაღიზიანება, არამედ როგორც "ცუდი" სიგნალი. ჩვენი მოსაზრება პტსა-ის და სომატური პათოლოგიების თანაარსებობის შესახებ

ანარეკლს პოულობს სამეცნიერო ლიტერატურაშიც. მკვლევარები ასევე აღნიშნავენ ექსტრემალური სიტუაციიდან 1-20 წლის განმავლობაში სომატური მდგომარეობის ცვლილებებს, მაგალითად, სიკვდილიანობის მაღალ კოეფიციენტზე საუბრობენ R.Kheen-ი (1980) და S.Murphy (1989); ხოლო ონკოლოგიურ, ღვიძლისა და თირკმლის ქრონიკულ დაავადებათა რაოდენობრივი ზრდა შენიშნეს B.Paigen et al.-მა (1980), სპონტანური აბორტების, ლეიკემიისა და ლიმფომების მატებას კი აღნიშნავს D.Janerich -ი (1981).

ასთენიზაციის ფონზე ძლიერ გამღიზიანებლობას თანდათან ცვლის გამღიზიანებელი სისუსტე, მოგვიანებით გარე სამყაროსადმი ემოციური ინდიფერენტულობით. ფსიქოსომატური დემინტეგრაციის მატებასთან ერთად, რაც გამოწვეულია მძიმე და პროლონგირებული სტრესული სიტუაციით, გამოიკვეთება Locus minoris resistentiae, რაც ფსიქოსომატური პროცესის ლოკალიზაციას ხსნის. ჩვენს კვლევებში, უპირატესად ქალებში, 30 წლის ასაკის ზევით, გამოიხატა არასპეციფიკური სომატური ჩივილები, განსაკუთრებით თავის, სახსრების, კიდურების ტკივილისა და კუნთოვანი სისუსტის სახით, რაც შესაძლებელია სომატიზირებული აშლილობის ინიციალურ სტადიაზე მიუთითებდეს, თუმცა ქრონიკული ტკივილები ასევე ახასიათებს დეპრესიასაც. სომატიზირებული დეპრესიის კლინიკურ სურათში უმთავრესი იყო გუნებ-განწყობის დაქვეითება, დათრგუნულობა ("გულზე მოჭერილი მაქვს", "გულზე ლოდი მანევს") ან სევდიანობა. სევდისა და შფოთვის მდგომარეობები ატარებდა პაროქსიზმულ ხასიათს. თითქმის უმიზეზოდ, დადებითი თვითშეგრძნების ფონზე იკვეთებოდა დაუძლეველი სევდისა და შფოთვის განცდა,

უპირატესად, ღამის საათებში, დარღვეული ძილის ან ვეგეტატიური კრიზის ფონზე. პაციენტებს აქვთ ჩივილები უხალისობის, "ბედნიერების განცდის უნარისა" და წინანდელი ინტერესების დაკარგვაზე, "სასიცოცხლო ძალების" დაქვეითებაზე, "მორალურ პასიურობასა", უნიციატივობასა და აპათიაზე. მატულობდა დაურწმუნებლობის განცდა, ქვეითდება საკუთარი თავით კმაყოფილების განცდა. "სასიცოცხლო ტონუსის" ზოგადი დაქვეითება ქმნიდა ავადმყოფურ შეხედულებას, რომ პიროვნება შეიცვალა როგორც შინაგანად, ისე გარეგნულად, შედეგად არცთუიშვიათად გამოხატული იყო დამოკიდებულების რუდიმენტული სენსიტიური იდეები ("ყველა ამჩნევს მის ცვლილებას").

აღსანიშნავია, რომ პტსა-ის ზოგიერთი მახასიათებლის ხანგრძლივად არსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია ვივარაუდოთ პიროვნული აშლილობის არსებობაზე. ასეთ მახასიათებლებს მიეკუთვნება: (DSM-IV-ის მიხედვით) ტრავმაზე ასოცირებული სტიმულებისათვის თავის არიდების 4 კრიტერიუმი (C4-C7), ავტონომიური ზემგრძნობელობის 2 კრიტერიუმი (D2-D4) (APA-TF on DSM-IV, 1991). თუ ზემოაღნიშნული სიმპტომები აღმოცენდება ძლიერი სტრესორის მოქმედების შემდეგ და მერყეობით არ ხასიათდება, უნდა ვივარაუდოთ, რომ სახეზეა პიროვნული აშლილობა, რაც შეესაბამება DSM-IV-სა და ICD-10-ში მითითებულ ახალ დიაგნოსტიკურ კატეგორიას: კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებები (J.G.Gunderson et al., 1993). შესწავლილი კონტინგენტის 27,1%-ში სრულიად გამართლებულია ამ დიაგნოზის გამოყენება, ვინაიდან წინა პლანზე გამოდის ისეთი

ნიშნები, როგორცაა მტრული დამოკიდებულება და უნდობლობა გარე სამყაროსადმი, გარიყულობისა და უიმედობის განცდა. კვლევის პროცესში პიროვნული ცვლილებების ფონზე ყურადღებას იპყრობს ერთგვარი ემოციური გაუნონასწორებლობა. ამასთან, გარკვეულად დაინტერესებულია სოციალური კონტაქტები და ოჯახური ურთიერთობები, ასევე ღირებულებათა სისტემა და პირადი პასუხისმგებლობა, დარღვეულია გარემოსთან ადაპტაციის უნარი.

ფსიქოტრავმის შემდეგ პიროვნების ცვლილება გამოხატული პასიურობით, დათრგუნულობით, თვითდაზიანების ტენდენციებით, ბრალეულობის განცდითა და დეპრესიული ფონის მატებით ინტროვერსიის სასარგებლოდ მეტყველებს, ანუ ყალიბდება დამთმობი-მორცხვი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპი. მომატებული შფოთვა, დაურწმუნებლობა საკუთარ თავში, შიშები, იჭვნეულობა, უსუსურობა, დახმარების აუცილებლობა - დამახასიათებელია დამოკიდებულ-დამყოლი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპისათვის. დამოუკიდებელ დომინირებადი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპის შემთხვევაში, რასაც უპირატესად კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებების დროს ვხვდებით, შეინიშნება იზოლაციისადმი მიდრეკილება, საკუთარი განსაკუთრებულობის განცდა, გარეშე პირებთან დაპირისპირება - მათი აზრის კრიტიკით, ნარცისიზმის ელემენტები. ამდენად, ზოგადად დევნილებში უპირატესად დამთმობი-მორცხვი ან დამოკიდებულ-დამყოლი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპი დომინირებს. ამ კონტინგენტის ჩართვა კოლექტიურ ქცევაში გართულებულია, რაც

დასტურდება სოციალური კვლევითაც. თავისთავად კოლექტიური ქცევა (მაგ.: პოლიტიკურ მიტინგებსა და შეკრებებში მონაწილეობა) არის სოციალური გარემოს შეცვლის მცდელობა, რასაც ჩვენს კვლევებში ჩართული დევნილი პოპულაციის ტიპური წარმომადგენელი თავს არიდებს. მსგავსი ტიპის ღონისძიებებს ახასიათებს ეტაპობრიობა და გარკვეული გამააქტივებელი ფაქტორების ზემოქმედებით შესაძლოა მოყვეს სოციალური კონტროლის დაკარგვა ან ჩამოყალიბდეს სოციალური მოძრაობის სახით. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ სოციალური მოძრაობები არამხოლოდ უწყობს ხელს საზოგადოებრივ ცვლილებებს, არამედ თვით სოციალური ცვლილებები უქმნის ნოყიერ ნიადაგს ახალ მოძრაობებს. მკვეთრად გამოხატულ პიროვნულ ცვლილებებს შეუძლია შეცვალოს (გაამრუდოს) ავადმყოფის მიერ საკუთარი როლისა და “მე”-ს პოზიციის ადექვატური გაგება; ასევე პიროვნების გარკვეულ სოციალურ სფეროში მოღვაწეობის მიმართულება და, გარკვეული შედეგის მიღწევის შემდეგ, დაარღვიოს ინდივიდის მიზანმიმართული მოღვაწეობის უნარი (Ф.В.Кондратьев, 1984). ამდენად, მაკროსოციალური კონფლიქტების შედეგად აღმოცენებული პიროვნული ცვლილებებით შესაძლებელი გახდა აიხსნას კავშირი სოციალურ კატაკლიზმებს, ადამიანის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობებს, პიროვნების აღმშენებლურ და დამანგრეველ მოღვაწეობას შორის, რისი ახსნის მცდელობაც ჯერ კიდევ საუკუნის დასაწყისში ჰქონდათ რუს მეცნიერებს - И.П.Павлов, И.М.Сеченов, К.А.Тимирязев, И.Н.Мечников, В.М.Бехтерев (ციტ. Ю.А.Александровский-ის (1996) მიხედვით)

ცნობილია, რომ გადატანილი სტრესული მოვლენის შემდგომ ერთ-ერთი უხშირესი სიმპტომი, რომლის გამოც პიროვნება ექიმს მიმართავს, არის ძილის ციკლის დარღვევა (S.Woodward, 1993). ინსომნიის პრობლემის აქტუალობას განაპირობებს მისი ხშირი გამოვლინება, როგორც ფსიქიატრიულ ქსელში ფიქსირებული პათოლოგიების სიმპტომთა თანავარსკვლავედში, ასევე ზოგად პოპულაციაში. როგორც ძირითადი დაავადების შედეგი და გამოვლინება, ინსომნია არცთუ იშვიათად მოსაზღვრე მდგომარეობათა დინამიკაში იძენს მნიშვნელოვანი პათოპლასტიური ფაქტორის მნიშვნელობას. მრავალი ავტორი (Weber, 1978; Lubley, 1979; Borbely, 1983; Balzar et al., 1985; Siems et al., 1987 - ციტ. ლ.В.Бабушкина-ს (1993) მიხ.) ძილს განიხილავს, როგორც დღიური ბიორითმის ფაზას, რომელიც ადაპტაციურ ფუნქციას ასრულებს. ლიტერატურა, რომელიც მიმოიხილავს პტსა-ისას ძილ-ღვიძილის ციკლის დარღვევებს საკმაოდ მწირია და უპირატესად შეეხება განმეორებად კომმარულ სიზმრებს. აღნიშნული საკითხი უპირატესად განიხილება ნეიროფიზიოლოგიურ კვლევებში, თუმცა ცნობილია, რომ ძილის შემსწავლელ ლაბორატორიებში ჩატარებულ მსგავს კვლევებში, კომმარები იშვიათად ფიქსირდება (E.Hartmann, 1984). ამასთან, ტრავმის შემდგომ წარმატებით ადაპტირებულ პიროვნებას კომმარების მნიშვნელოვანი შესუსტება აღენიშნება (H.Kaminer et al., 1991).

პტსა-ის დროს ძილის ციკლის კვლევისას ყურადღებას იქცევს ძილის არქიტექტონიკის დარღვევები და ამასთან დაკავშირებით, პიროვნული რეაგირება. როგორც Y.Dagan et al. (1991) მიუთითებენ, საომარი მოქმედებებით გამოწვეული პტსა-ის დროს მნიშვნელოვნად

მომატებულია გამოღვიძების ზღურბლი, რაც მიუთითებს ძილის სიღრმის მოდიფიკაციაზე და შეიძლება განხილული იქნას, როგორც ტრავმული მოვლენის გახანგრძლივებული შედეგი.

კვლევის განხორციელების პროცესში სპეციფიურ სამიზნე ჯგუფში (დევნილები) გამოვლენილია პტსა-ისა და ძილის ციკლის დარღვევას შორის (ე.წ. "მყარი აგრიპნიული სინდრომი") გარკვეული ურთიერკავშირი. ყველა შემთხვევაში გამოკითხულთა ინიციალური ჩივილები უძილობის შესახებ დროის მიხედვით უკავშირდებოდა ფსიქომატრავმირებელ ფაქტორს. მატრავმირებელი მოვლენების შემდგომ მყარი ინსომნიური აპლილობა გამოვლინდა 32 დევნილში (21,5%), რომელთა შორის 12-ს - დიაგნოსტირებული აქვს გახანგრძლივებული პტსა, 12-ს - მიმდინარე პტსა, ხოლო 8 პიროვნებას პტსა-ის დიაგნოზი არ დაუდგინდა. პტსა-ისას პაციენტები აღნიშნავენ ძილის ხანგრძლივობით დაუკმაყოფილებლობის გრძნობას და ხშირ გამოღვიძებებს, რასაც თან ერთვის ღამის პანიკური შეტევები - შესაბამისი ვეგეტატური და მოტორული გამოვლინებებით. დევნილ პოპულაციაში ინსომნია გარკვეულწილად ამძიმებდა ძირითადი დაავადების სუბიექტურ განცდას, აქვეითებდა ორგანიზმის ადაპტაციურ და კომპენსატორულ ფუნქციებს, ამძიმებდა პტსა-ის მიმდინარეობას და ხელს უშლიდა გამოჯანსაღების პროცესს. ინსომნიისას ნიშანდობლივი იყო ძილის დარღვევაზე ფიქსაცია და ძილის დარღვევის მიმართ ზედირებულოვანი დამოკიდებულება, პიროვნული რეაგირების გამო შფოთვის წარმოჩენა.

გამოკვლევულთა უმრავლესობას (ძირითადად გახანგრძლივებული და მიმდინარე პტსა-ის დროს) გამოხატული

ჰქონდა ტერმინალური ინსომნია (ნაადრევი გამოღვიძება) კოშმარული სიზმრებითა და გამოღვიძებისას ასთენიური სიმპტომატიკით. მაგალითად, მიმდინარე პტსა-ის ფონზე ძილის ციკლის დარღვევებიდან დომინირებს ჩივილები სცენისმაგვარი კოშმარების შესახებ. ხშირად ასეთი სიზმრის თემა გრაფიკულად ზუსტად ასახავს განცდილ მოვლენას. კოშმარული სიზმრების შემდეგ პაციენტები უჩივიან ოფლიანობას, სანოლის ფარგლებში მოტორულ აგზნებასა და ვოკალიზაციას. უმთავრესად საშუალო დონის შფოთვის ფონზე განვითარებული ინციპალური ინსომნია ატარებდა პროგრესიული მიმდინარეობის ხასიათს. ამ დროს დევნილები აღნიშნავდნენ, რომ არ აკმაყოფილებთ ძილის ხანგრძლივობა და დაკარგეს "ძილის შეგრძნება" (სომნაგნოზია). უძილობის აღნიშნული ფორმა უპირატესად გამოიკვეთა იმ პირებში, რომელთაც პტსა არ დაუდგინდათ.

ინსომნიისას იცვლება ზოგადად შფოთვის დონეც. თუ იმ დევნილებში, რომელთაც პტსა არ აღენიშნათ, შფოთვის სუბიექტური შეგრძნების დონე საშუალოდ განისაზღვრა 42 ერთეულით, გახანგრძლივებული და მიმდინარე პტსა-ის დროს შფოთვის რეგისტრი პანიკური აშლილობის დონეს უახლოვდებოდა (შესაბამისად, საშუალოდ 50,4 და 53,2). ამის მიზეზად გვევლინება ორგანიზმის რეაქცია სტრესულ ფაქტორებზე, რაშიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სიმპათო-ადრენალური სისტემა.

ძილის ციკლის დარღვევები ასევე დაკავშირებული აღმოჩნდა დეპრესიის ხარისხთან. მაგალითად, ბეკის დეპრესიის შკალით შეფასებისას გახანგრძლივებული პტსა-ის დროს უძილობისას

დეპრესიის დონე საშუალოდ 20,3-ს უდრიდა, რაც აღემატებოდა დანარჩენი ორი ჯგუფის მონაცემებს: მიმდინარე პტსა-ისას - 17,3, ხოლო იმ პირებში, რომლებსაც პტსა არ დაუდგინდათ - 17,8. აღნიშნული მონაცემები გარკვეულწილად ადასტურებს მოსაზრებას, რომ დეპრესია პტსა-ის მიმართ მეორადია.

ცნობილია, რომ მყარი ინსომნიური აშლილობის ფორმირებას განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები: განმეორებადი, გახანგრძლივებული ან გახანგრძლივებული ფსიქომატრავმირებელი სიტუაციის არსებობა; პაციენტისათვის პიროვნულად ღირებული და დაუძლეველი, "გართულებული" კონფლიქტი; ფსიქოგენისადმი ინსომნიური რეაგირების განმტკიცება; თანდართული დამატებითი მასათენიზირებელი სომატოგენური, ეგზოგენურ-ორგანული და ფსიქოგენური მავნე ფაქტორები; პიროვნული დისჰარმონიის გაღრმავება; მადესინქრონიზირებელი ფაქტორების ზემოქმედება; საძილე საშუალებების მიმართ ტოლერანტობის ზრდა; წინა ეტაპებზე დროული, კვალიფიცირებული დახმარების არარსებობა. კვლევის პროცესში სტრესულ ფაქტორებად, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, გვევლინებოდა გადატანილი საომარი მოქმედებები, იძულებითი მიგრაცია, რასაც მოგვიანებით თან დაერთო ურთულესი ყოფითი პრობლემები, რომელიც სახელმწიფოში მიმდინარე ეკონომიკური კრიზისის ფონზე პროლონგირებული სტრესული ფაქტორის როლს ასრულებს.

ამრიგად, მოსახლეობის სპეციფიური ჯგუფის შესწავლით შესაძლებელია ვიმსჯელოთ პტსა-ს, ემოციური სფეროს პათოლოგიათა და პიროვნულ ცვლილებებს შორის არსებულ

გარკვეულ კორელაციაზე, რაც მნიშვნელოვნად მაღალია, როცა მატრავმირებელი მოვლენა ატარებს ქრონიკულ, დროში განვრცობილ ხასიათს. ფსიქიკური ტრავმის შემდგომ აღმოცენებული უარყოფითი რეაქციები, შფოთვა, პლასტიური ქცევის დაკარგვა საბოლოოდ იწვევს პიროვნების მიზანდასახული მოღვაწეობის – ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების ჩავარდნას, რაც ნეგატიურად მოქმედებს ზოგადად ცხოვრების ხარისხზე.

კვლევის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზანი იყო ქართულ პოპულაციაში სტრესოგენულ ფაქტორთა იდენტიფიკაცია და მათი მატრავმირებელი კრიტერიუმების გამოყოფა ტრავმა – პტსა-ის კავშირის სპეციფიკურობის გათვალისწინებით. ამ თვალსაზრისით საჭიროდ ჩავთვალეთ კვლევაში მონაწილე პირთა მიერ მონოღებელი მატრავმირებელი მოვლენების შეფასება მოგვეხდინა სხვადასხვა კონცეფციების გამოყენებით.

თუ ფსიქოლოგიურ ტრავმას ეკოლოგიური ანალოგიით განვიხილავთ, ტრავმული მოვლენა შეიძლება შევაფასოთ როგორც ეკოლოგიური საფრთხე, მიმართული პიროვნული ადაპტაციური უნარის წინააღმდეგ, რომლის ზეგავლენითაც საზოგადოებაში ასევე არ ხდება ტრავმირებული პირების გამოჯანმრთელებისა და მათი ფიზიკური ძალების აღდგენა-აღორძინების პროცესების ხელშემწყობი პირობების შექმნა. ფსიქოგენური ფსიქიკური აშლილობებისას სტრესზე რეაქციის ტიპს განცდათა სტრუქტურაში არამხოლოდ შეაქვს ახალი ელემენტები (შფოთვა, დეპრესია), არამედ არყევს იმ ფსიქოლოგიურ კავშირებსაც, რაც ადრე არსებობდა ანუ ადაპტაციური ბარიერის გარღვევა ხდება იმ რეგოლში, რომელშიც ყველაზე მცირე

წინააღმდეგობა (Л.Н. Собчик, 1990). ტრავმის ეკოლოგიურ მოდელში შეთავსებულია როგორც ფსიქოსოციალური სტრუქტურა (მოწოდებული B.L.Green et al.-ის (1985) მიერ), ასევე ინტეგრაციული მოდელი, რომლის კონტურებიც შემოხაზა J.P.Wilson-მა (1989).

ფსიქიკური და ფიზიკური ძალადობის მოვლენებს შეუძლიათ შეარყიონ საზოგადოების რესურსები: ფასეულობათა სისტემა, რწმენა და ტრადიციები - და გავლენა იქონიონ პიროვნების უნარზე წინააღმდეგობა გაუწიოს და დროულად აღიდგინოს დარღვეული წონასწორობა. აქედან გამომდინარე, თუ სიღარიბე - შეიძლება განვიხილოთ, როგორც საზოგადოებაში აღმოცენებული ძალადობის ეკოლოგიური წანამძღვარი, ეკონომიკური სიძლიერე შეიძლება შეფასდეს, როგორც ძალადობის პრევენციის ეკოლოგიური ფაქტორი. ამ მოსაზრების გაზიარებით, მიზანშეწონილია დევნილთა დასაქმებისა და მატერიალური მხარდაჭერის ღონისძიებათა გააქტივება, ვინაიდან სოციალური კვლევით დადგინდა, რომ დევნილთა ჯგუფში მერყეობს ყოველთვიური შემოსავლის დონე და იგი საშუალოდ 29,2 ლარს შეადგენს, ამასთან, გამოკვლევულთა დაახლოებით 50%-ის შემოსავალი 12 ლარს არ აღემატება. ისინი არასაკმარისად (მოთხოვნილებათა 10%-ის ოდენობით) და არათანაბრად (მხოლოდ 70,3%) იღებენ სოციალურ მხარდაჭერას ჰუმანიტარული დახმარების სახით. იძულებით ადგილნაცვალ პირთა სოციალური კვლევებით ასევე დადგინდა, რომ კოლექტიური განსახლების ცენტრებში მათი საცხოვრებელი ბინის სანიტარული პირობები უმეტეს შემთხვევაში არააღმაკმაყოფილებელია (80%).

პიროვნებები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ერთი და იგივე ტრავმისადმი ტოლერანტობით და პოტენციურად მატრავმირებელი მოვლენაც მათში ასევე სხვადასხვა სიღრმის გამოვლენას იძლევა. სამი ძირითადი ფაქტორი: პიროვნება/პიროვნებები და მათი ურთიერთობა ერთმანეთთან; მოვლენა და გარემო - განსაზღვრავს პიროვნება-საზოგადოების “ეკოსისტემას”, რომლის ფარგლებშიც პიროვნებას გადააქვს ტრავმული მოვლენა, უმკლავდება მის შედეგებსა და აძლევს შეფასებას. ეკოლოგიური მოდელის მიხედვით ტრავმის ექსპოზიციის შემდეგ პიროვნება შეიძლება მოხვდეს ან არ მოხვდეს ჯანდაცვის სამსახურებში. როგორც საკუთარი გამოცდილება გვიჩვენებს, დევნილთა უმრავლესობა არ მიმართავს ექიმს, თუმცა აღნიშნავს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუარესებას და სხვადასხვა სახის ფსიქიკური სიმპტომების აღმოცენებას (შემთხვევათა 74,4%-ში). ამდენად, საქართველოში ფსიქიკური ტრავმის სრული მასშტაბების დასადგენად საჭიროა განივრცოს კვლევები პოპულაციის ტრავმირების ხარისხის გამოსავლენად, განისაზღვროს პიროვნების პოსტტრავმული სტატუსი და დაისახოს გზები გამოჯანსაღების პროცესის სრულყოფისათვის. აღსანიშნავია, რომ ტრავმული გამოცდილების შემდგომ კლინიკური ჩარევები განკურნების გარანტია არ არის (R.M.Harvey, 1996).

ზოგადად სტრესული სიტუაცია ასევე შეიძლება განიმარტოს როგორც მწვავედ აღმოცენებული ან ხანგრძლივად შენარჩუნებული შეუსაბამობა ორგანიზმის მოთხოვნილებებსა და შესაძლებლობებს შორის. C.I.Howarth-ის (1978) მიხედვით, შეიძლება გამოვყოთ სტრესის 4 ასპექტი: ბიოლოგიური (როცა პიროვნების ცხოვრების წესი

მნიშვნელოვნად განსხვავდება ფილოგენეზის პროცესის ადაპტაციის წესისაგან); ევოლუციური ანუ ონტოგენეტიკური (როცა პიროვნების აღზრდა და განათლება არ შეესაბამება იმ მოთხოვნებს, რომელსაც მას უყენებს ცხოვრების წესი); სოციალური (როცა პიროვნება იძულებულია ითამაშოს მისთვის შეუსაბამო, მიუღებელი როლი ან როცა იქმნება სოციალური ხასიათის კონფლიქტური მდგომარეობები) და ფენომენოლოგიური (როცა პიროვნების ცხოვრების წესი არ შეესაბამება მის იდეალსა და მისწრაფებებს). აღნიშნული მიდგომის გათვალისწინებით, იძულებით ადგილნაცვალ პირებში სტრესული სიტუაცია უპირატესად დაკავშირებულია მიგრაციის დინამიურ პროცესთან, რომელთანაც განუყოფლად ასოცირდება სტრესის ოთხივე ასპექტი.

ტრავმის კონცეფციის და სტრესორის არსის შესახებ მკვლევარებს შორის განსხვავებული მიდგომაა. ერთის მხრივ, პტსა-ის გამომწვევი ტრავმული მოვლენის ყველაზე მარტივი დეფინიცია მონოდებულია DSM-III-სა (1980) და DSM-III-R-ში (1987). მათი განმარტებით, პტსა არის კომბინაცია რიგი სიმპტომებისა, რომელიც აღმოცენდება მძიმე (უკიდურესი - extreme) სტრესული მოვლენის შემდგომ. DSM-ის ადრეულ გამოცემებში მოვლენის განმარტებისას მკვლევარები ყურადღებას აქცევდნენ უპირატესად გარემოს მახასიათებლებს, ხოლო DSM-III-დან განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პიროვნებისა და სპეციფიკური ტიპის სიტუაციის კონტაქტს (E.A.Brett et al., 1988). მაგალითად, თუ DSM-III-ში სტრესორი განიხილება როგორც მოვლენა, რომელიც თითქმის ყველა ადამიანში მნიშვნელოვან დისტრესს იწვევს, DSM-III-R-ი

განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს სტრესორის იშვიათ აღმოცენებას და მის უნარს მოახდინოს პტსა-ის სიმპტომების პროვოცირება; ამასთან, გარკვეულწილად გათვალისწინებულია პიროვნების გამოცდილების მნიშვნელობაც. ტრავმული მოვლენების განმსაზღვრელი კრიტერიუმები DSM-IV-ში იმდენადაა მოდიფიცირებული (J.R.Davidson et al., 1991), რომ აღარ ხდება სტრესორის განმარტების პირობითი შეზღუდვა ოფიციალური სამედიცინო კონტექსტით, რაც B.L.Green-ის (1993) აზრით, წააგავს მოძრავ სამიზნეში სროლას.

DSM-III-R-ში სტრესორთა სია აერთიანებს: საკუთარი თავისა და/ან საყვარელი ადამიანის დაზიანების საფრთხეს; თემის ან საცხოვრებელი სახლის მოულოდნელ რღვევას; ნაძალადევი სიკვდილის ან დასახიჩრების მოწმედ ყოფნას. ჩვენი რესპონდენტები მატრავმირებელ მოვლენებს შორის პირველ ადგილზე აყენებენ მიგრაციას და მასთან დაკავშირებულ მატერიალურ დანაკარგებს (100%); შეიარაღებული კონფლიქტების დროს საავიაციო დაბომბვას (47,5%); ოჯახის წევრის დაღუპვასა და დაჭრას (29,7%); დახოცილი ადამიანების ხილვას (22,7%); ევაკუაციისა და შემდგომი განსახლების პროცესის სირთულეებს (18,4%); ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ძალადობას (24,3%). ამასთან, თითოეულ პიროვნებას რამდენიმე ასეთი მატრავმირებელი მოვლენა აქვს გადატანილი, შინაარსით ერთგვაროვანი მრავალჯერადი ტრავმული გამოცდილება კი ხელს უწყობს პოსტტრავმული სიმპტომების აღმოცენებას, ხოლო რამოდენიმე განსხვავებული ტიპის ტრავმული გამოცდილების

შემთხვევაში საუბარია ტრავმის კუმულაციურ ეფექტზე (კუმულაციური ტრავმა) (V.M.Follette et al., 1996).

ამდენად, პტსა-ის ეთიოლოგია განიხილება, როგორც პიროვნული დაუცველობა ტრავმის გარკვეული ასპექტების მიმართ, ამასთან, ეს ასპექტები გააზრებული უნდა იქნეს როგორც ექსტრაორდინალური ან “უარყოფითი ვალენტობის” მატარებელი (E.A.Brett et al., 1988). ზემოთმოყვანილი განმარტების შესაბამისად, ყოველი მათგანი, გარდა ერთი გამონაკლისისა (თემის რღვევა), მოიცავს სიკვდილისა და დაზიანების მიმართ პიროვნების დაუცველობას, ან სიკვდილისა და მძიმე დაზიანების საფრთხის არსებობას. მსგავსი ფარული მინიშნება, B.L.Green-ის (1993) აზრით, შესაძლოა დაეხმაროს ჩვენს აზროვნებას, რომ წარმოვიდგინოთ თუ რა არის პოტენციურად მატრავმირებელი. იგივე მოსაზრებას იზიარებს ქართველი ფილოსოფოსი მერაბ მამარდაშვილი (1990), რომელიც თვლის, რომ ზღვრული სიტუაცია ეს ის სიტუაციაა, “რომელშიც რეალობის დანახვა უნდა გავბედოთ. რეალობა კი ყოველთვის სიკვდილის ენაზე გველაპარაკება” და “ამასთან დაკავშირებით შემოდის სიკვდილის სიმბოლო”.

სხვა ლიტერატურულ წყაროებს აქვთ ნაკლებად დახვეწილი მიდგომა სტრესორების ორგანიზაციული პრინციპების შესახებ და განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ტრავმული გამოცდილების პასუხად აღმოცენებულ პტსა-ში სიკვდილის თემის დომინირებას. მაგალითად, R.J.Lifton-ი (1988) სპეციალურად მიუთითებდა “სიკვდილის ანაბეჭდზე” (“death imprint”), როგორც გადარჩენილთა სინდრომის (“survivors syndrom”) უმთავრეს ასპექტზე. ამ ანაბეჭდის

არსებობის გამო გადარჩენილი ვერ უარყოფს სიკვდილის რეალობას და იგი იძულებულია დაუპირისპირდეს პიროვნული დაუცველობის (მონყვლადობის - vulnerability) და მისი თანმხლები შფოთვის განცდებს. ამ კონტრონტაციის გამო შესაძლოა აღმოცენდეს პტსა-ის სიმპტომები, რომელთა დასაძლევად საჭიროა გადარჩენილმა რაციონალური ფორმულირება მოახდინოს იმისა, რომ მისი არსებობა გრძელდება.

რ.ნათაძის (1977) განმარტებით, თვით სტრესორი - სტრესის გამომწვევი სიტუაციაა. ყოველი ემოციური დამოკიდებულების შეცვლის მიზეზი, რომელსაც თვით სუბიექტი არ განიცდის როგორც სუბიექტურს, თვით სუბიექტის პიროვნების შეცვლაში მდგომარეობს. შეიცვალა მოთხოვნილებები, მისწრაფებები, ინტერესები, გემოვნება, მსოფლმხედველობა, დაინგრა უსაფრთხოების მითი და ა.შ. და ამის შედეგად შეიცვალა პიროვნების დამოკიდებულება ობიექტურად უცვლელი მოვლენის მიმართ. გარკვეულად დაზარალებულია მორალური ანუ ზნეობრივი ღირებულებების განცდასთან დაკავშირებული გრძნობები, ზნეობრივი ღირებულებების ან მისი დარღვევების მიმართ ემოციური განცდა, მაგ.: სირცხვილის, სინანულის, სიბრაღულის ან მარცხის გრძნობები. ეს გრძნობები ემოციათა ხასიათს ატარებს და ხასიათდება სუბიექტურობით, რაც გულისხმობს, რომ ერთი და იგივე ობიექტი, ერთი და იგივე ობიექტური ვითარება, ერთი და იგივე მოქმედება სხვადასხვა ადამიანში გარკვეულ ფარგლებში, განსხვავებულ გრძნობას იწვევს. “შფოთიანობის” (Anxiety) აღმოცენების მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს მოახლოვებული ან მოსალოდნელი სიტუაციის მიმართ

პიროვნების უმწეობის განცდა. უფრო სიღრმისეულ დონეებზე შფოთვა, დაკავშირებული სიკვდილთან, შეიძლება წარმოჩინდეს “მე”-ს დეზინტეგრაციით (მაგ.: გაგიჟების შიში).

მატრავმირებელ ფაქტორებზე ინდივიდის რეაქცია გარკვეულწილად დაკავშირებულია თვით მოვლენასა და მისი ნიადაგის რთულ ურთიერთგემოქმედებაზე. პათოგენურ მდგომარეობებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება: თვით გარემო ფაქტორებს, მოვლენის სიმწვავეს, მოქმედების ძალას (Г.Биндер, 1967; Н.В.Иванов и др., 1971), და მის აზრობრივ დატვირთვას - ფსიქოტრავმის სემანტიკა (Н.И.Погибко и др., 1971). ფსიქოტრავმა დევნილებში შესაძლებელია სემანტიკურად გააზრებული იქნას როგორც ეგზისტენციალური კრიზისი. აქვე გასათვალისწინებელია R.S.Laufer-ის (1988) მოსაზრებება, რომელიც ომს განიხილავდა როგორც “რუტინულ ტრავმირებას” (“routinized traumatization”). ამ კონცეფციით ომის მსგავსი დინამიური მოვლენა განიხილება როგორც პროცესი და არა როგორც კატასტროფული მოვლენა. თვით იძულებითი მიგრაციის პროცესი, განსაკუთრებით თუ იგი საომარი მოქმედებებთან და სიცოცხლის დაკარგვის საფრთხესთანაა დაკავშირებული, შეიძლება განვიხილოთ, როგორც “მასობრივი კოლექტიური სტრესი” (F.Burkle, 1983).

ამრიგად, თუ შევაჯერებთ, ერთის მხრივ, ზემოთმოყვანილ მტკიცებას, რომ სტრესის ზემოქმედებით გარკვეულად ზარალდება მორალური გრძნობები, ხოლო, მეორეს მხრივ, დევნილებში ტრავმის სემანტიკურ დატვირთვას - მივდივართ დასკვნამდე, რომ პტსა-ის არსი "სულიერების არაცნობიერში" ანუ V.Frankl-ის (1958) მიერ

მონოდებული ნოოგენური ნევროზის განმარტებაშია ჩადებული. ნოოგენური ნევროზის ცნება თავის თავში აერთიანებს, როგორც პიროვნების კონფლიქტს (საკუთარ თავთან ან გარემოსთან), ასევე ეგზისტენციალურ კრიზისს.

როგორც გამოიკვეთა, შეიარაღებული კონფლიქტის ზონიდან იძულებითი მიგრაციის პროცესი განუყოფლად არის დაკავშირებული როგორც ძალადობასთან, ფიზიკური განადგურების საფრთხესთან (“სიკვდილის ანაბეჭდი”), ასევე მრავალ მატერიალურ და სოციალურ პრობლემასთან. ამდენად, ერთი რომელიმე კონკრეტული მოდელით საომარი მოქმედებებით გამონვეული მიგრაციის შედეგად პტსა-ის განვითარების ახსნა პრაქტიკულად შეუძლებელია და საჭიროებს ზემოგანხილული კონცეფციების რაციონალურ მისადაგებას.

ამრიგად, ჩვენი აზრით, იძულებით ადგილნაცვალ მოსახლეობაში სტრესოგენულ ფაქტორთა მატრავმირებელი კრიტერიუმებად გვევლინება:

1. ადამიანის ქცევის აშკარა დეტერმინირების დაკარგვა ან შეზღუდვა (V.Frankl, 1958), რაც ამცირებს მოქმედების თავისუფლების ხარისხს;
2. ახალ გარემოში მოხვედრა და სოციალური დაუცველობა (C.I.Howarth-ის მიხედვით, სტრესის სოციალური და ფენომენოლოგიური ასპექტები);
3. სოციალური გარემოსა და უსაფრთხოების მითის რღვევა (DSM-III-R-ის მიხედვით, თემის მოულოდნელი რღვევა);

4. მორალური ანუ ზნეობრივი ღირებულებების განცდასთან დაკავშირებული გრძნობების დარღვევები (ოჯახის ინსტიტუტის არასრულფასოვნება);
5. გაურკვეველობა საკუთარ სამართლებრივ მდგომარეობასა და იძულებითი მიგრაციის ხანგრძლივობაში (ე.წ. "საკუთარი პიროვნების უკმარისობის ცნობიერება" ან მიკუთვნებული უჩვეულო ახალი როლის მორგება).

კვლევის დროს განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო პტსა-ის აღმოცენების დინამიკასა და მიმდინარეობის ფორმებს.

ცნობილია, რომ კატასტროფული მოვლენების შემდგომ პიროვნების ფსიქიკური რეაქციები მიმდინარეობს 4 ფაზად: გმირობის (ჰეროიზმის), “თაფლობის თვის”, განზილების (იმედის დაკარგვის) და აღდგენის. I ფაზა უშუალოდ კატასტროფის მომენტიდან იწყება და რამდენიმე საათის მანძილზე გრძელდება. მისთვის დამახასიათებელია ალტრუიზმი, გმირული ქცევა, გამონვეული საკუთარი თავის გადარჩენისა და ადამიანების დახმარების სურვილით. II ფაზის ხანგრძლივობა ერთი კვირიდან 3-6 თვემდე გრძელდება და პიროვნებას უჩნდება მომავალში პრობლემათა დაძლევის რწმენა. III ფაზაში, რომელიც 2 თვიდან 1-2 წლამდე გრძელდება, გარკვეული იმედებისა და ექსპექტაციების მსხვრევის შედეგად, წინა პლანზე გამოდის რწმენის დაკარგვა, განრისხების, აღშფოთების და გაბოროტების ფენომენი. აღდგენითი ფაზა იწყება მაშინ, როდესაც პიროვნება გააცნობიერებს, რომ მის წინაშე წამოჭრილი ყოფითი თუ სხვა სახის პრობლემები უნდა გადაჭრას

საკუთარი შესაძლებლობებით და, შესაბამისად, საკუთარ თავზე იღებს ამოცანების შესრულებას (Ю.Александровский и др., 1991).

მიუხედავად ზემოთმოყვანილი მოსაზრებისა, ჩვენს შემთხვევაში კვლევაში ჩართული დევნილებისათვის ტრავმული მოვლენებიდან გასულია საშუალოდ 4,5 წელი, მაგრამ კვლევის მომენტისათვის იმყოფებიან განზილების სტადიაში, ვინაიდან სახელმწიფოში არსებული სოციალური კრიზისი აღრმავებს ფსიქიკური დეზადაპტაციის პროცესს და გვიანდება აღდგენით ფაზაში გადასვლა. ამას ადასტურებს ისიც, რომ მიმდინარე პტსა-ის შემთხვევებში ქცევის მხრივ ყურადსაღებია ექსპლოზიურობა, გამღიზიანებლობა, აგრესიულობის მომატება. თვით ექსპლოზიურობისა და ფეთქებადობის ხანმოკლე პერიოდები, რაც უპირატესად პიროვნულ ცვლილებებზე მიუთითებს, სწრაფად იცვლება ასთენიურობით. ტრავმირებულ პირებში აღინიშნებოდა გარე სამყაროსადმი უნდობლობის მძიმე განცდა და სამაგიეროს გადახდის სურვილი. ასევე ნიშანდობლივია მატრავმირებელ მოვლენებზე მოგონებების, ხატების მოზღვავება, ბრალეულობის განცდა, რადგან იგი "გადარჩა".

ჩვენს კვლევებში გამოიკვეთა პოსტტრავმული რეაგირების შემდეგი ეტაპები: I ეტაპზე – სტრესული მოვლენა, ეხება რა ძირითადად ვიტალურ (თავდაცვის) ინსტინქტებს, ხელს უწყობს უპირატესად არასპეციფიკური ფსიქოგენური რეაქციების აღმოცენებას. მატრავმირებელი მოვლენის გამო აღმოცენებული სხვადასხვა ინტენსივობის შიში მოქმედებს ვეგეტატურ ნერვულ სისტემაზე, რომელიც შუამავლის როლში გამოდის ცნს-სა და შინაგან ორგანოებს შორის და იგი ხდება “აფექტის გამომსახველი ორგანო”

(Е.К.Краснушкин, 1960). ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმკაცრე ვლინდება ძლიერი ინტენსივობის აფექტისას, ამასთან, ვისცეროვეგეტატიური რეაქციები წარმოიქმნება როგორც ადაპტაციის პროცესშიც, ასევე, ერთი შეხედვით, სუსტი ემოციური რეაქციების პასუხადაც. ნებისმიერი, ძალზე უმნიშვნელო, მაგრამ პიროვნებისათვის სუბიექტურად ღირებული მოვლენა ან შთაბეჭდილება შეიძლება იქცეს “პირველმიზნად, ამოსავალ პუნქტად, რაც იწვევს ავადმყოფურ დარღვევებს” (E.Bleuler, 1926). კატამნეზურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ მატრავმირებელი მოვლენის შემდეგ 6 თვის განმავლობაში ჭარბობდა სწორედ არაპათოლოგიური რეაქციები, ემოციური დაძაბულობის სიჭარბითა და ფსიქომოტორული, ფსიქოვეგეტატიური, ჰიპოთიმიური გამოვლინებებით მიმდინარე პროცესების კრიტიკული შეფასების უნარის შენახვის ფონზე და მიზანმიმართული ქმედების შესაძლებლობის დაქვეითებით.

II ეტაპზე ფსიქიკური დეზადაპტაციის მდგომარეობის ფორმირებაში განსაკუთრებული როლი ენიჭება პიროვნულ მახასიათებლებს, სიცოცხლისათვის სახიფათო სიტუაციის ხანგრძლივობასა და ახალ სტრესულ ზემოქმედებას – როგორცაა: ახლობლების სიკვდილი, მატერიალური ზარალი. ჩვენს შემთხვევებში ამ ეტაპს ასევე ახასიათებდა გაძნელებული ადაპტაცია ურბანიზებულ ქალაქთან, რაც ტრავმის ეკოლოგიური მოდელით შეიძლება აიხსნას. ფსიქოემოციურ დაძაბულობას ცვლის "დემობილიზაცია" ასთენო-დეპრესიული ან აპათიურ-დეპრესიული გამოვლინებებით.

III ეტაპზე დევნილთა უმრავლესობა იწყებს სიტუაციის რთულ ემოციურ და კოგნიტურ გადამუშავებას, ხდება საკუთარი განცდებისა

და შეგრძნებების შეფასება, ანუ "დანაკლისის ერთგვარი კალკულაცია" (Ю.Александровский, 1990). საინტერესოა, რომ ამავე პერიოდში მნიშვნელოვნად იცვლება დამოკიდებულება საკუთარ თავთან, წარსულთან, აწმყოსა და მომავალთან, რაც ძლიერი ნეგატიური ტონით განიცდება. რეპრეზენტატული წარმომადგენელი მნიშვნელოვნად ზრდის ობიექტური მატერიალური დანაკლისის რაოდენობას, რაც წარსული სოციალური მდგომარეობის ჰიპერტროფირების ერთგვარი მსდებლობაა.

აღსანიშნავია, რომ III ეტაპზე გადასვლას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სოციალური მხარდაჭერის ინსტიტუტების ამოქმედება, ქვეყნის ეკონომიკური სტაბილურობა, დასაქმება, ყოფითი პირობების გაუმჯობესება და ა.შ. ჩვენს შემთხვევაში რეპრეზენტატულ წარმომადგენელთა უმრავლესობისათვის აქტუალობას იძენს ცხოვრებისეული სტერეოტიპის შეცვლასთან დაკავშირებული ფსიქოგენური მატრავმირებელი ფაქტორები, რომელთა პროლონგირება ხელს უწყობს გახანგრძლივებული პტსა-ის ჩამოყალიბებას. ფსიქოვეგეტატური სინდრომი, რომელიც I ეტაპზე გვევლინება "თავდაცვის პირველი რანგის" როლში (А.В.Гиляровский, 1947), იღებს პათოლოგიურ ხასიათს მუდმივი ან გახანგრძლივებული, განმეორებადი და ძლიერი აფექტური დაძაბულობის შემთხვევებში და იწვევს ვისცეროვეგეტატურ აშლილობათა ქრონიფიკაციას. ამ ტიპის აშლილობები (დიფუზური ან უპირატესად რომელიმე ორგანოზე აქცენტირებული) ვლინდება როგორც მუდმივად, ასევე ვეგეტატური კრიზების სახით. ნევროტულ აშლილობათა სომატიზაციის ფონზე ასევე შეინიშნება პიროვნების ფსიქოპათიზაცია –

რაც ტრავმის და რეალური ცხოვრებისეული სირთულეების
გაცნობიერების პროცესს უკავშირდება.

დასკვნები

1. პტსა-ის წარმოშობა შეიძლება განვიხილოთ როგორც ერთიანი პროცესი, რომლის დინამიკა და სტრუქტურა განვითარების პირველ ეტაპზე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული თვით ექსტრემალურ სიტუაციასა და პიროვნულ თავისებურებებზე. მასობრივი კოლექტიური მატრავმირებელი მოვლენებიდან საშუალოდ 4,5 წლის შემდეგ საქართველოს იძულებით ადგილნაცვალი პოპულაციის დაახლოებით 70%-ში შეინიშნება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ქრონიკული ფორმები, რომლებიც შეიძლება ორ ჯგუფად დავყოთ: მიმდინარე (ანუ უწყვეტი პტსა – ხასიათდება სიმპტომების სიმწვავეთა და მათი აღმოცენების მაღალი სიხშირით) და გახანგრძლივებული (ანუ პერიოდული პტსა – სიმპტომები ნაკლები სიმწვავესაა და შედარებით იშვიათად აღმოცენდება). კლინიკური მიმდინარეობის ფორმებთან ყველაზე მაღალ კორელაციაში აღმოჩნდა პიროვნების დასაქმების ფაქტორი. აღსანიშნავია, რომ პტსა-ის დროს კრიტიკული დამოკიდებულება საკუთარი მდგომარეობის მიმართ შენახულია.
2. უპირატესად მიმდინარე პტსა-ის დროს გადატანილი მატრავმირებელი მოვლენები გარკვეულად სახეს უცვლის პიროვნების ღირებულებათა სისტემას, ინტერპერსონალურ კავშირებს, მის ინტეგრირებას გარე სამყაროსთან და კოლექტიურ ქცევაში მონაწილეობას, რაც, თავის მხრივ, იწვევს მიზანმიმართული ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების ჩავარდნას,

ნეგატიურად მოქმედებს ზოგადად ცხოვრების ხარისხზე და, ამის გამო, მნიშვნელოვნად ასუსტებს რა ოჯახის ინსტიტუტის ძირითად ფუნქციებს - ხელს უწყობს მომავალი თაობების მეორად ტრავმირებას.

3. ქრონიკული პტსა-ის კლინიკური სურათისათვის დამახასიათებელია სხვადასხვა სიმპტომოკომპლექსების ერთდროული არსებობა, რაც განპირობებულია განსხვავებული ნევროზული რეგისტრის სიმპტომების ურთიერთგადაფარვით, მაგალითად: დეპრესიის მეორადი სიმპტომები, ინსომნია, ასთენიური რადიკალი და სხვა. პტსა-ის სიმპტომების ექსაცერბაციის შემთხვევაში ზემოაღნიშნული მეორადი სიმპტომები ან ფერმკრთალდება ან ძლიერდება, თუმცა შეიძლება აღმოცენდეს ახალიც.

4. კატასტროფის შემდგომი პიროვნული ცვლილებები, გამოვლენილი შემთხვევათა 21,5%-ში, ფსიქიკური ტრავმის და რეალური ცხოვრებისეული სირთულეების გაცნობიერების პროცესს უკავშირდება. მათში ჭარბობს დომინირებადი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპი ანუ შეინიშნება მიდრეკილება იზოლაციისადმი, საკუთარი განსაკუთრებულობის განცდა, გარეშე პირებთან დაპირისპირება მათი აზრის კრიტიკით.

5. იძულებით ადგილნაცვალ პირთა პოპულაციაში გამოვლენილი პტსა-ის სიმპტომების კომპლექსურობა, დიფუზურობა და გავრცელება, ასევე პიროვნული ცვლილებები – პირდაპირ კორელაციაშია ანამნეზში მძიმე, პროლონგირებული და განმეორებადი ტრავმული გამოცდილების არსებობასთან. ამდენად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია დევნილთა ფსიქიკური მდგომარეობის შესათვალად ვისარგებლოთ ტერმინით – "კომპლექსური პტსა", ვინაიდან ტერმინი – "პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა", სრულად არ ასახავს კლინიკური კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემებს.

6. დღეისათვის დევნილი მოსახლეობის მთავარი ფსიქო-სოციალური სტრესული ფაქტორებია: "სამშობლოს" დაკარგვა, ეკონომიკური სირთულეები, სოციალური დეზინტეგრაცია და გაურკვეველი მომავალი. ადრე გადატანილი სტრესორების ძირითად მატრავმირებელ კრიტერიუმებად კი უნდა მოვიაზროთ: სოციალური გარემოსა და უსაფრთხოების მითის რღვევა; ახალ გარემოში მოხვედრა და სოციალური დაუცველობა; ადამიანის ქცევის აშკარა დეტერმინირების დაკარგვა ან შეზღუდვა; მორალური ანუ ზნეობრივი ღირებულებების განცდასთან დაკავშირებული გრძნობების დარღვევები (ოჯახის ინსტიტუტის არასრულფასოვნება); გაურკვეველობა საკუთარ სამართლებრივ მდგომარეობასა და იძულებითი მიგრაციის ხანგრძლივობაში.

თავი V. მიღებული შედეგების ანალიზი

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ისტორიულად მეტად ხანმოკლე დროში საქართველოს მოსახლეობამ გადაიტანა არაერთი, როგორც სტიქიური, ისე ხელოვნური კატასტროფა. სახელმწიფოში მომხდარი შეიარაღებული კონფლიქტების, მძაფრი სოციალურ-პოლიტიკური ძვრებისა და ეკონომიკური სიდუხჭირის ფონზე მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის სტრესული აშლილობების განვითარებისათვის ხელისშემწყობი პირობები შეიქმნა. სოციალური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემაა ის, რომ კვლევის მასშტაბი ცდება ფსიქიატრიის კლინიკის ფარგლებს და მაქსიმალურად უახლოვდება მოსახლეობას. სოციალური ფსიქიატრიის ფარგლებში დაინტერესებას

ინვეს ადამიანთა საზოგადოების ეკოლოგიური კონტექსტი და ურთიერთობა პიროვნებასა და იმ საზოგადოებას შორის, რომლისგანაც ინდივიდი იღებს იდენტურობას (Identity), კუთვნილებას (Belongingness) და რაობას (Meaning) (R.M.Harvey, 1996).

ლიტერატურული მონაცემების გათვალისწინებით, კვლევისათვის შერჩეული იქნა ორი ძირითადი სამიზნე ჯგუფი: I - იძულებით ადგილნაცვალი პირები, განსახლებულნი სხვადასხვა კოლექტიურ ცენტრებში და II - სოციალურ-სტრესულ სიტუაციაში მყოფი ძირითადი პოპულაცია, რომელიც საკონტროლო ჯგუფის ფუნქციას ატარებდა.

ჩვენს მიერ ნაწარმოებ კვლევებში მნიშვნელოვანი ყურადღება დაეთმო დევნილი პოპულაციის ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის შეფასებას. შევეცდებით წარმოვადგინოთ ზოგიერთი მიღებული შედეგი. ასე, მაგალითად, კვლევაში უპირატესად ჩართულნი იყვნენ ქალები (78%). მამაკაცები ფსიქიატრთა მხედველობის არეში უპირატესად ახლობლების კატეგორიული მოთხოვნით ხვდებოდნენ და, ეთნოკულტურალური გარემოს შესაბამისად, ექიმთან ურთიერთობის პირველ ფაზაში ახდენდნენ საკუთარი ფსიქიკური მდგომარეობის დისიმულაციას, ამასთან, მამაკაცებში აღინიშნა ალკოჰოლური სასმელების მიღების გაზრდილი მოთხოვნილება.

გამოკვლევულთა ასაკობრივი განფენილობა შეიძლება წარმოვადგინოთ შემდეგი სახით: 14-17წ.წ. - 7%; 18-25წ.წ. - 21,5%; 26-35წ.წ. - 13,9%; 36-45წ.წ. - 20,9%; 46-55წ.წ. - 15,8%; 56-65წ.წ. - 12,7%; 66-75წ.წ. - 16,3%; 75წლის ზევით - 1,9%, ანუ კვლევაში მონაწილეობდა

ყველა ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელი, რომელთა უმრავლესობა 18-დან 75 წლამდე ასაკისაა.

ცნობილია, რომ მოსახლეობას ასაკის მიხედვით ყოფენ მწარმოებლურ (20-59წ.წ.), ნახევრადმწარმოებლურ - (15-19წ.წ.– 60-69წ.წ.) და არამწარმოებლურ (0-14წ.წ. – 70 წ.-ზე ზევით) ჯგუფებად (ო.გერძმავა, 1998). ამ თვალსაზრისით იძულებით ადგილნაცვალ პირთა სოციალური კვლევის შედეგებმა გვაფიქრებინა კორექტივი შეგვეტანა აღნიშნული მოსახლეობის ასაკობრივ დაჯგუფებაში. კერძოდ, გამოიკვეთა შემდეგი ტენდენცია: სახელმწიფოში არსებული შრომითი დასაქმების პირობებისა და ეთნოკულტურალური თავისებურებების გათვალისწინებით ნახევრად-მწარმოებლური ასაკის ქვედა ზღვარი იძულებით ადგილნაცვალ პირებს შორის შეიძლება განისაზღვროს 15-23 წლის ასაკით (კვლევებით დადგინდა, რომ I და II ასაკობრივ ჯგუფებში 45 რესპონდენტიდან ტრავმულ მოვლენამდე მხოლოდ 1 (2,2%), ხოლო ტრავმული გამოცდილების შემდეგ - 3 (6,7%) პიროვნება იყო უმუშევარი, ხოლო დანარჩენი იღებდა და იღებს მისთვის სასურველ განათლებას). რაც შეეხება ნახევრადმწარმოებლური ასაკის ზედა ზღვარს, აქაც სოციალურმა პირობებმა გარკვეული კორექტივი შეიტანა (VI ასაკობრივ ჯგუფში (56-65 წ.წ.) 20 რესპონდენტიდან ტრავმულ მოვლენამდე სპეციალობით დასაქმებული იყო 75%, ხოლო ტრავმული გამოცდილების შემდეგ - 30%, ამასთან, მიღებულ ცოდნასა და გამოცდილებასთან შეუსაბამოდ (დაბალი სოციალური სტატუსი). ამავე ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია პენსიონერთა ხვედრითი წონაც – 50%). ამრიგად, მწარმოებლური ასაკის პოპულაცია რეალურად

ნარმოდგენილია III, IV და V ასაკობრივი ჯგუფებით (25-55წ.წ.) – სულ 80 რეპრეზენტატული რესპონდენტი, რომელთაგან დღეისათვის დასაქმებულია 46,3%, უმუშევარია 47,5%, ხოლო პენსიონერია - 5%.

ტრავმული გამოცდილების შემდეგ 32 იძულებით ადგილნაცვალი პირი (ანუ რესპონდენტთა 20,3%) მორწმუნე გახდა, მაშინ, როდესაც საკონტროლო ჯგუფში აღმსარებლობის თვალსაზრისით ცვლილებები არ მომხდარა. დევნილ პოპულაციას რელიგია საშუალებას აძლევს იპოვოს პასუხი კითხვაზე: "რატომ დამემართა ეს მე?" ამდენად, რელიგია გარკვეულწილად საზრისს აძლევს სიტუაციას, რომელიც ადამიანს უსამართლოდ შეიძლება მოეჩვენოს. ზოგიერთი სოციოლოგის აზრით (H.Смелзер, 1994), უზენაესის რწმენა ხელს უწყობს ადამიანს გადაიტანოს ისეთი "უსამართლობანი", როგორცაა სიღარიბე, ავადმყოფობა, უთანასწორობა. ამასთან მას, ვინც ეწამა, რელიგია აძლევს მომავლის იმედს. S.Freud-მა გამოავლინა რელიგიის კიდევ ერთი ფუნქცია. მისი აზრით, რელიგია ადამიანს იცავს იმ უმწეობის განცდისაგან, რომელიც ბავშვობის ასაკში აქვს გამოცდილი. თუ ბავშვი მსგავსი შიშის დროს მშობლებისაგან პოულობს დაცვას, მოზრდილები ასეთ თავშესაფარს მოსიყვარულე, ყოვლისშემძლე ღმერთში ეძებენ. ტრავმის შემდეგ ნიშანდობლივია ადამიანებს შორის კავშირების შესუსტება, რასაც მოჰყვება ის, რომ ცხოვრების მძიმე მომენტებში პიროვნება არ იღებს სოციუმისაგან თანადგომას - მარტო რჩება. ჩვენს შემთხვევებში რელიგიურობას ასევე ასაზრდოებს რელიგიის სოციალური ფუნქცია - ასახოს და განამტკიცოს პიროვნების სოციალური კავშირები

(მაგალითად, რელიგიური რიტუალების დროს), რაც სრულ შესაბამისობაშია E.Durkheim-ის (1915) ანალოგიურ მოსაზრებასთან.

სოციალური კვლევის ანკეტით ასევე შესწავლილი იქნა მიგრირებული პოპულაციის და საკონტროლო ჯგუფის ლოკუს-კონტროლი. აღმოჩნდა, რომ ექსტერნალური კონტროლი მნიშვნელოვნად დომინირებს როგორც იძულებით ადგილნაცვალ პოპულაციაში, ასევე საკონტროლო ჯგუფში. ცნობილია, რომ თუ ლოკუს კონტროლი ანუ სუბიექტური კონტროლი - (წარმატება-წარუმატებლობის მიზეზი საკუთარ თავშია თუ სხვა არის მიზეზი) - ინტერნალურ ხასიათს ატარებს, ადამიანი ცხოვრებისეულ მოვლენებზე პასუხისმგებლობას საკუთარ თავზე იღებს. ექსტერნალური კონტროლისას პიროვნებას მთელი პასუხისმგებლობა გარეგან მოვლენებზე (ჩვენს შემთხვევაში, სახელმწიფოზე) გადააქვს. ჩვენი მონაცემები გარკვეულად იზიარებს იმ მოსაზრებას, რომ არსებობს გარკვეული კორელაცია ინტერნალობასა და ემოციურ სტაბილურობას, ნებისყოფასა და ნდობას შორის, ასევე ექსტერნალურობასა და დეპრესიულობას შორის.

კვლევის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა იძულებით ადგილნაცვალ პირებს შორის პტსა-ის კლინიკური ვარიანტების დადგენა. ლიტერატურიდან (J.R.T.Davidson et al., 1992; M.Pilisuk, 1975) ცნობილია, რომ პტსა-ის განვითარებაზე გავლენას ახდენს ისეთი სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები, როგორცაა, ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა, განათლება, დასაქმება და სხვა. აქვე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ზოგი ავტორის (მაგ. G.W.Brown et

al., 1996) მოსაზრებით ისეთი სტრესორი, როგორც არის განქორწინება და დაქვრივება, დაკავშირებულია დეპრესიის ხარისხთან უფრო მეტად, ვიდრე შფოთვით აშლილობებთან. ამავე რისკ-ფაქტორებს გავლენა აქვთ დეპრესიისა და შფოთვის თანაარსებობაზე.

ჩვენს შემთხვევაში, I კლინიკური ჯგუფი (ანუ ის პირები, რომელთაც პტსა არ განუვითარდათ) ძირითადად წარმოდგენილია II ასაკობრივი ჯგუფით, ხოლო მიმდინარე პტსა (II კლინიკური ჯგუფი) უპირატესად IV ასაკობრივ ჯგუფში განვითარდა, რაც ეწინააღმდეგება ლიტერატურულ მონაცემებს. ასევე აღმოჩნდა, რომ კლინიკურ ჯგუფებს შორის პრაქტიკულად არ არსებობს ან მცირედ არის გამოხატული სხვაობა ოჯახურ მდგომარეობასა და პტსა-ის დიაგნოზს შორის, ასევე განათლების ხარისხსა და პტსა-ს შორის. მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც სოციალური კვლევებით გამოვლინდა, აღმოჩნდა პიროვნების დასაქმება. ასე მაგალითად, იმ პირებში, რომელთაც პტსა არ განუვითარდათ, 42,9% მუშაობს და 28,6% აგრძელებს სწავლას (უმუშევრობამ წარსულთან შედარებით 12,5%-ით მოიმატა); მიმდინარე პტსა-ის ჯგუფში - 12,5% დასაქმებულია, ხოლო 7,5% აგრძელებს სწავლას (უმუშევრობამ იმატა 42,5%-ით); გახანგრძლივებული პტსა-ის შემთხვევებში (III კლინიკური ჯგუფი) რესპონდენტთა 33,3% - მუშაობს და 27,1% - სწავლობს (უმუშევრობამ მოიმატა მხოლოდ 10,9%-ით). ამ მონაცემების ინტერპრეტაციისას, ერთის მხრივ, უნდა გავითვალისწინოთ ის მომენტიც, რომ პიროვნების დაუსაქმებლობის განმაპირობებელი შესაძლოა თავად ფსიქიკური აშლილობა იყოს. ასევე მხედველობაშია მისაღები

კულტურალური ფონი, რომელიც საქართველოში ძლიერი პატრიარქალური ოჯახის ინსტიტუტის არსებობით აიხსნება. ოჯახი ახდენს მისი წევრების ჯანმრთელობის ფორმირებას. მიგრირებულ ოჯახში ამ სოციალური ინსტიტუტის ძირითადი ფუნქციები: აღმზრდელობითი, ყოფითი და სამეურნეო (ოჯახის წევრთა მატერიალურ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება); ემოციური (პატივისცემის, აღიარების, თანადგომის, დაცვის მოთხოვნათა დაკმაყოფილება); სოციალური ურთიერთობანი; პირველადი სოციალური კონტროლი (ოჯახის წევრების მიერ მიღებულ სოციალურ ნორმათა შესრულების უზრუნველყოფა) და სხვა – დარღვეულია. მომავალი თაობების აღზრდაზე ზრუნვის დეფიციტი დაუსაქმებლობის და, შესაბამისად, მატერიალური შემოსავლის არარსებობის ფონზე მნიშვნელოვნად არყვეს ოჯახის სიმტკიცეს და მომავლის შიშს ქმნის. ამრიგად, დევნილ პოპულაციაში შფოთვის გენერირება უპირატესად გამოწვეულია ისეთი მძიმე მოვლენებით, რომელიც დაკავშირებულია მომავლისაკენ მიმართულ საფრთხესთან. მას ახასიათებს მამობილიზებული კომპონენტის არსებობა და არ აღმოცენდება მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა სოციალური გარემოს ჩვეულებრივ ზემოქმედებაზეა საუბარი.

სოციალური კვლევისათვის შემუშავებული ანკეტების დამუშავებით დევნილ პოპულაციაში გამოვლინდა მატერიალური ყოფის მნიშვნელოვანი გაუარესება, შრომითი საქმიანობით უკმაყოფილება, ნათესავ-მეგობრებთან და მეზობლებთან ურთიერთობების ნაწილობრივი გაუარესება, ცხოვრების უსაფრთხოებითა და საკუთარი თავით უკმაყოფილების გაძლიერება.

ამდენად, გადატანილი ტრავმული მოვლენები მნიშვნელოვნად უცვლის სახეს პიროვნების სოციალურ კავშირებს და მის ინტეგრირებულობას გარე სამყაროსთან. აღმოჩნდა, რომ I კლინიკურ ჯგუფში მხოლოდ 5,4% არ არის სისტემატიურ კონტაქტში ახლობლებთან, II და III კლინიკურ ჯგუფებში კი - შესაბამისად, 41,7% და 26,7% ანუ პირადი ურთიერთობები მნიშვნელოვნად გართულებული აქვთ იმ პირებს, რომელთაც დიაგნოსტირებული აქვთ პტსა. ჯგუფებს შორის მნიშვნელოვნად არის შეცვლილი ბედნიერების განცდის გრძნობა: თუ I კლინიკურ ჯგუფში თავს უბედურად ან ძალიან უბედურად თვლის რესპონდენტთა 6%-მდე, II და III კლინიკურ ჯგუფებში - ეს ციფრი თითქმის 20%-ს აღწევს. კლინიკურ ჯგუფებს შორის ასევე განსხვავდება მიღებული პასუხები კითხვაზე: რამდენად ეთანხმებით იმ აზრს, რომ თქვენ და თქვენს ოჯახს ნათელი მომავალი აქვს? კერძოდ, თუ I კლინიკურ ჯგუფში 62,5% ეთანხმება ზემოთ მოყვანილ მოსაზრებას, II კლინიკურ ჯგუფში დადებითი პასუხი მივიღეთ შემთხვევათა 42,5%-ში, ხოლო III-ში - 31,3%. მომავლის ნეგატიურ აღქმას აძლიერებს (და, შესაბამისად, შფოთვის მიზეზად გვევლინება) ისიც, რომ 10 წლის წინანდელ პერიოდთან შედარებით, დღეს სიღარიბეში ცხოვრობს ხალხის გაცილებით მეტი ნაწილი (ამ მოსაზრებას ეთანხმება გამოკითხულთა 86,7%). მათი ყოფის გაუმჯობესების პერსპექტივას დადებითად აფასებს გამოკითხულთა ნახევარი (49,4%), ხოლო 31,6%-ს უჭირს პასუხის გაცემა.

დევნილთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ მათი ცხოვრების ნორმალურად წარმართვისათვის აუცილებელია დაუბრუნდნენ

მშობლიურ კერას (96,2%); გაიზარდოს ხელფასები (41,8%) და გაიუმჯობესონ საცხოვრებელი პირობები (39,2%). მშობლიურ კუთხეში დაბრუნების შემდეგ მხოლოდ 8% ელის უსაფრთხო ცხოვრებას; 45%-ს მიაჩნია, რომ ნორმალური ცხოვრებისათვის საშიში ვითარება შეექმნება, ხოლო 47%-ს - უჭირს პასუხის გაცემა. გამოკითხულთა 59% თვლის, რომ მშობლიურ მხარეში დაბრუნება დადებითად იმოქმედებს მათ პირად ღირსებაზე, თუმცა 15%-ის აზრით, ადგილობრივ მოსახლეობასთან დამყარდება ცუდი ურთიერთობა, 35%-ის აზრით - კარგი ურთიერთობა, ხოლო 50%-ს უჭირს პასუხის გაცემა.

როგორც აღვნიშნეთ (თავი II - კვლევაში გამოყენებული მასალები და მეთოდები), კლინიკური მასალა წარმოდგენილია 144 პირის კვლევის შედეგებით. საშუალოდ 4,5 წლის წინ გადატანილი მძიმე სტრესული მოვლენის შემდეგ (ახლობლის დაკარგვა, მშობლიური კუთხის იძულებითი მიტოვება, მატერიალური დანაკარგი, საომარი მოქმედებების თვითხილვა, მძიმე მატერიალური მდგომარეობა, სოციალური დახმარების დეფიციტი და სხვა) შემთხვევათა 38,9%-ში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა არ განვითარდა (56 რესპონდენტი - I კლინიკური ჯგუფი). მათი უმრავლესობა აღნიშნავს დადებითი თვითშეგრძნების მნიშვნელოვან დაქვეითებას, ხოლო სომატური სიმპტომებიდან დომინირებს ჩივილები გულ-სისხლძარღვთა და საჭმლის მომწელებელი სისტემების მხრივ. აღნიშნულ პირებში საკმაოდ მაღალია განგაშის დონე, მაგრამ არ აღწევს პანიკური აშლილობის რეგისტრს. I კლინიკურ ჯგუფში პტსა-ს სიმპტომებიდან უპირატესად აღენიშნებათ

ყურადღების კონცენტრაციის პრობლემები, ძილის რითმის პერიოდული დარღვევები, გამლიზიანებლობა მოვლენასთან დაკავშირებული ფაქტების გახსენებისას და ერთეული ფიზიკური სიმპტომები. უმრავლესობას მნიშვნელოვნად დაქვეითებული აქვს მომავლის პერსპექტიული ხედვა. I კლინიკურ ჯგუფში 41,1%-ს დეპრესიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები არ აღენიშნა, მათგან 26,8% - ფსიქიკურად პრაქტიკულად ჯანმრთელია.

Sheehan-ისა და Beck-ის შკალებით გამოკვლევებმა დაადასტურა მაღალი კორელაცია დეპრესიასა და შფოთვის ხარისხს შორის. ასე, მაგალითად, მსუბუქი (11 შემთხვევა - 19,6%) და მსუბუქი-საშუალო (9 შემთხვევა - 16,1%) დეპრესიის ფონზე აღინიშნა შფოთვის დონის მატება საშუალო მაჩვენებლებამდე. კლინიკურ სურათში სახეგვა გუნებ-განწყობის მსუბუქი დაქვეითება, ენერჯისა და ზოგადი აქტიურობის შემცირებით, განლევადობა. ამასთან, საშუალო-მძიმე და მძიმე დეპრესიის ფონზე (13 შემთხვევა - 23,3%) ყურადღებაა შფოთვის დონის მნიშვნელოვანი მატება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, I კლინიკურ ჯგუფში ნევრასთენიური სიმპტომებიდან ჭარბობს შინაგანი დისკომფორტი და მოუსვენრობა.

ცნობილია, რომ დეპრესიული და შფოთვითი სიმპტომატიკა ხშირად ერთდროულად ვითარდება (მ.მაკარიძე, 1995) რაც დიაგნოსტიკური გადაცდომის მიზეზი ხდება. ჩვენს შემთხვევაში ის სიმპტომები, რომელიც საერთოა დეპრესიისა და შფოთვისათვის: მადისა და ძილის ციკლის დაღვევები, ყურადღების კონცენტრაციის პრობლემები, გამლიზიანებლობა და ადვილად დაღლა - ხშირად არასპეციფიკური და ნაშლილი იყო. პირველადი დეპრესიისა და

შფოთვის დიფერენცირებას ვახდენდით გუნებ-განწყობის ფონით, ასაკით, ფსიქომოტორული კომპონენტით, ანამნეზური მონაცემებით, დატვირთვასა და ფსიქო-სოციალურ ზემოქმედებაზე განვითარებული რეაქციით.

საშუალოდ გამოხატული დეპრესიისას პაციენტები აღნიშნავდნენ, რომ ფიზიკური დატვირთვა შვებას აძლევთ, ხოლო მძიმე ფორმისას დარღვეული იყო ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების ცხოვრებისეული სტერეოტიპი.

მსუბუქი შფოთვისას, რომელიც წარმოიშვებოდა პერიოდულად სუბიექტურად ღირებულ კონკრეტულ სიტუაციაში, საკვლევი პირის პოზა და მოძრაობები შენარჩუნებული იყო, თუმცა დროდადრო იცვლებოდა მიმიკა, გაძნელებული იყო მხედველობითი კონტაქტი. თვით პიროვნება საკუთარ მდგომარეობას "მცირე შინაგან დისკომფორტს" უწოდებდა. ამასთან, არც შრომის უნარი და არც მიზანმიმართული მოქმედებები არ იყო დარღვეული ან დაქვეითებული.

შფოთვის საშუალო დონე მუდმივ ხასიათს ატარებდა, საუბრისას იგრძნობოდა დაძაბულობა, უნდობლობა. საკვლევი პირი კრთებოდა უმნიშვნელო ხმაურზე. იგი თავის მდგომარეობას შინაგან მოუსვენრობად ან შეზღუდულობად აღიქვამდა. ასევე სახეზე იყო ერთეული ვეგეტატური სიმპტომები: მაჯის აჩქარება, ტრემორი, ხელისგულების ჰიპერჰიდროზი. უმრავლესობას აქვს აზრები ახლო მომავალში საშიში მოვლენების განვითარების შესახებ (მაგალითად, აფხაზეთში დაბრუნების შემთხვევაში კონფლიქტური დამოკიდებულება ადგილობრივ მოსახლეობასთან).

საგულისხმოა, რომ მსგავსი მონაცემები იქნა მიღებული საკონტროლო ჯგუფის რესპონდენტებისაგანაც. სოციალური ხასიათის სტრესორებთან სისტემატიურ კონტაქტს აღნიშნავს მათი აბსოლუტური უმრავლესობა, თანაც სოციალურ სივრცეში წარმოქმნილი ეს ფსიქომატრავმირებელი მოვლენები ატარებს დროში განვრცობილ ხასიათს და დაუძლეველია. პტსა-ის დიაგნოზი საკონტროლო ჯგუფში დაესვა 20%-ს, მაგრამ ჯგუფში შეცვლილი არის როგორც ემოციური რეაგირება (25%), ასევე თვალშისაცემია განგაშის დონის მატება საშუალო მაჩვენებლებამდე (20%).

პტსა-ის დიაგნოზის დასმისას აუცილებელი იყო ანამნეზში მატრავმირებელი მოვლენის არსებობა, ხოლო კლინიკურ სურათში - ტრავმის განმეორებითი განცდის ერთი სიმპტომი მაინც, ტრავმასთან ასოცირებული სტიმულებისათვის თავის არიდების სამი სიმპტომი და ტრავმის შემდგომი დაძაბულობის ორი სიმპტომი. სიმპტომების აღმოცენების სიხშირის მიხედვით ვახდენდით მიმდინარე და გახანგრძლივებული პტსა-ის დიფერენცირებას. მიმდინარე პტსა-ის დროს ზემოაღნიშნული პრობლემები საკვლევ პირებს უნდა ჰქონოდათ საკმაოდ ხშირად - ტრავმის შემდეგ თითქმის ყოველ კვირაში რამდენჯერმე. თუ პაციენტები მიუთითებდნენ, რომ სიმპტომები აღმოცენდებოდა პერიოდულად, სულ მცირე - 1-2-ჯერ თვეში მაინც, - ვსვავდით გახანგრძლივებული პტსა-ის დიაგნოზს. ყველა შემთხვევაში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა განვითარდა მატრავმირებელი მოვლენებიდან 6 თვის განმავლობაში. ამდენად, მოგვიანებული პტსა-ის დიაგნოზი არც ერთ შემთხვევაში არ დადასტურდა.

შესწავლილ შემთხვევათა 27,8%-ში პიროვნების მდგომარეობა შეფასდა, როგორც მიმდინარე პტსა ერთეული მწვავე სიმპტომატიკით (ფლემბეკი, დისოციაციური ამნეზია, გაცხოველებული კრთომის რეფლექსი) და შფოთვის მაღალი დონით, ხოლო 33,3%-ში გამოიკვეთა გახანგრძლივებული პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის დიაგნოზი. აღნიშნული ციფრობრივი მონაცემები ემთხვევა ლიტერატურულ მონაცემებს. მაგალითად, კლინიკურად გაფორმებული ნევროზული დონის აშლილობები და მათ მიერ განპირობებული ფსიქოსომატური დარღვევები აღინიშნება განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის 17,2%-ს, ანუ ყოველი მეხუთე ადამიანი საჭიროებს მოსაზღვრე მდგომარეობათა ანუ "მცირე" ფსიქიატრიისა და სამედიცინო ფსიქოლოგიის ჩარევას. იმ პირებში, რომლებიც იმყოფებიან სტიქიური უბედურებებისა და კატასტროფების უბნებში, ასევე მასობრივი სოციალური და საომარი კონფლიქტების სიტუაციებში, ეს ციფრი 70%-ს აღწევს (Ю.А.Александровский, 1993).

მიმდინარე პტსა-ის დროს გარკვეულად დაინტერესებული აღმოჩნდა ემოციური სფერო. ცნობილია, რომ შფოთვა, ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა ერთ-ერთი ნაკლებსპეციფიკური ფენომენი, დეპრესიასთან, ნევრასთენიასთან, ძილის ციკლის დარღვევებსა და ვეგეტატურ აშლილობებთან ერთად პტსა-ის კლინიკური სურათის ფორმირებას ახდენს. მიმდინარე პტსა-ის შემთხვევებში მსუბუქი (25%), მსუბუქი-საშუალო (15%) და საშუალო-მძიმე (40%) დეპრესიის ფონზე შფოთვის დონე ან მნიშვნელოვნად მომატებულია ან შეინიშნება ერთგვარი ფსიქოლოგიური

არასტაბილურობა. პანიკურ შეტევებს ახასიათებდათ მოულოდნელი და უმიზეზო დასაწყისი შფოთვის კოგნიტიური (შიში) და სომატური (კანკალი, გულის ფრიალი, სუნთქვის შეკვრა) სიმპტომებით. ცნობილია, რომ საკმაოდ მწვავე ნევროზული აშლილობის – ნევროზული რეაქციის, და ქვემწვავე ნევროზული მდგომარეობის განვითარების ხელშემწყობ განსაკუთრებით მნიშვნელოვან სიმპტომოკომპლექსებს წარმოადგენს ემოციურ-აფექტური დარღვევები, უპირატესად შფოთვა და შიში. სწორედ ისინი განსაზღვრავენ დაავადების კლინიკურ ხასიათს ე.წ. პანიკური აშლილობების დროს, რომელთა რიცხვშიც ინგლისურენოვან ლიტერატურაში ხშირად განიხილება ნევროზული აშლილობანი. ამასთან, კლინიკური კვლევებით დადგენილა, რომ გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა ხშირად იწყება სტრესული მოვლენის შემდგომ და ქრონიკული ხდება, თუ სოციალური პრობლემები გადაუწყვეტელია (М.Гельдер и др., 1997). ამ ჯგუფში მნიშვნელოვნად ჭარბობს ეპიზოდური პაროქსიზმული შფოთვის რეკურენტული შეტევები (42,5%), რაც არ არის შემოფარგლული კონკრეტული სიტუაციით და მეორადია მიმდინარე პტსა-ის მიმართ. კვლევაში ჩართულ პირთა უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ პანიკური შეტევები აღმოცენდებოდა როგორც მოულოდნელი შიში ან საფრთხის ინტენსიური გრძნობა, არცთუ იშვიათად ჩნდება გარდაუვალი სიკვდილის შიშიც. შეტევის ხანგრძლივობა იშვიათად აღემატებოდა რამდენიმე წუთს. პირველ შეტევას ყოველთვის წინ უსწრებდა კონკრეტული მატრავმირებელი სიტუაცია (მაგ. დაბომბვა). შემდგომ პანიკურ შეტევას რიგ შემთხვევებში წინ უძღოდა არამკვეთრი,

შფოთვითი დაძაბულობა, რასაც შინაგანი დისკომფორტიც ერთვოდა. კლინიკურ სურათში დომინირებდა დისპნოე, ტაქიკარდია, ტრემორი, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, სიკვდილის შიში. პანიკის შეტევას ვეგეტატური, პაროქსიზმული დისფუნქცია არასპეციფიკურ ხასიათს ატარებდა.

დაავადების გამწვავება ხშირად უკავშირდებოდა, ერთი შეხედვით, უმნიშვნელო ფსიქოგენიასა და სომატოგენიას. ამ ჯგუფის პაციენტებში მატულობდა ემოციური დატვირთვისათვის თავის არიდების ტენდენცია და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის განცდა, რისი მიზეზიც იყო მძიმე მოგონებების ამოტივტივების შიში. სწორედ ამის გამო პიროვნება ცდილობდა გადაევალებინა გადაწყვეტილების მიღება ან ამცირებდა კონტაქტების არეალს. ნევრასთენიური აშლილობების კომპლექსში ასევე ჭარბობდა გამლიზიანებლობა, შინაგანი დისკომფორტი, მოუსვენრობა.

გახანგრძლივებული პტსა-ის 54,2%-ში უპირატესად აღინიშნა ზომიერად გამოხატული (მსუბუქი-საშუალო (27,1%) ან საშუალო-მძიმე) დეპრესიული ეპიზოდი გუნებ-განწყობის და ენერჯის დაქვეითებით, თვითშეფასების შესუსტებით, მადისა და ლიბიდოს ცვლილებებით, რაც შეესაბამება ლიტერატურულ მონაცემებს (A.Bleich et al., 1997). უმრავლესობა აღნიშნავდა სირთულეებს საკუთარი სოციალური ვალდებულებების (ოჯახი, პროფესიული საქმიანობა) შესრულებისას, რაც პერიოდულად კონფლიქტის მიზეზი ხდებოდა. გახანგრძლივებული პტსა-ის შემთხვევათა 35,4%-ში გამოვლენილია ცალკეულ სიმპტომებზე კონცენტრირებული შფოთვის სუბიექტური შეგრძნების (პალპიტაცია, თვითკონტროლის დაკარგვის შიში,

მოუსვერობა – "ნევროტულობა") გაძლიერება. ჩვენს კვლევებში პანიკური აშლილობის დამოუკიდებელი დიაგნოზის დასასმელად რიგ შემთხვევებში საკვლევი პირის მიერ წარმოჩენილი სიმპტომები არ იყო საკმარისი და თვით ეპიზოდებიც მიმდინარეობდა უპირატესად ე.წ. "სიმპტომებით ღარიბი" შეტევების სახით. შფოთვის დონე განსაზღვრავდა პანიკური აშლილობის გრადაციას გამოხატულების ხარისხისა და ავადმყოფური დარღვევების დინამიკის მიხედვით, მაგ: მსუბუქი ხარისხის შფოთვისას შენახული იყო ცხოვრების სტერეოტიპი, საშუალო ხარისხისას - სტერეოტიპი ირღვეოდა. რამდენიმე შემთხვევაში მაღალი მაღალი რეგისტრის შფოთვის ფონზე წინ გამოდიოდა იპოქონდრიული ან დეპრესიული ჩივილები, რაც შესაძლებელია პანიკური აშლილობის III ან IV სტადიის არსებობაზე მიუთითებდეს, თუმცა აღნიშნული მიმართულებით კვლევა ცდება დასახული მიზნების ჩარჩოებს.

გამოკითხულთა უმრავლესობა პტსა-ის ფონზე აღნიშნავს როგორც სომატური, ასევე ფსიქიკური დადებითი თვითშეგრძნების მნიშვნელოვან დაქვეითებას. ფსიქოტრავმის შემდეგ განვითარებული ასთენია, რომელიც ცვლის ინდივიდის თვითშეგრძნებას და იწვევს პროტოპათული მგრძნობელობის სასარგებლოდ გადანაცვლებას, ხელს უწყობს არასასიამოვნო შეგრძნებათა აღმოცენებას, რომელიც განიცდის იპოქონდრიულ გადამუშავებას. ამდენად, ტკივილის ფენომენი მდიდრდება შიშის ემოციით და შედეგად ყოველი გაურკვეველი ტკივილი აღიქმება არა მხოლოდ როგორც გაღიზიანება, არამედ როგორც "ცუდი" სიგნალი. ჩვენი მოსაზრება პტსა-ის და სომატური პათოლოგიების თანაარსებობის შესახებ

ანარეკლს პოულობს სამეცნიერო ლიტერატურაშიც. მკვლევარები ასევე აღნიშნავენ ექსტრემალური სიტუაციიდან 1-20 წლის განმავლობაში სომატური მდგომარეობის ცვლილებებს, მაგალითად, სიკვდილიანობის მაღალ კოეფიციენტზე საუბრობენ R.Kheen-ი (1980) და S.Murphy (1989); ხოლო ონკოლოგიურ, ღვიძლისა და თირკმლის ქრონიკულ დაავადებათა რაოდენობრივი ზრდა შენიშნეს B.Paigen et al.-მა (1980), სპონტანური აბორტების, ლეიკემიისა და ლიმფომების მატებას კი აღნიშნავს D.Janerich -ი (1981).

ასთენიზაციის ფონზე ძლიერ გამღიზიანებლობას თანდათან ცვლის გამღიზიანებელი სისუსტე, მოგვიანებით გარე სამყაროსადმი ემოციური ინდიფერენტულობით. ფსიქოსომატური დემინტეგრაციის მატებასთან ერთად, რაც გამოწვეულია მძიმე და პროლონგირებული სტრესული სიტუაციით, გამოიკვეთება Locus minoris resistentiae, რაც ფსიქოსომატური პროცესის ლოკალიზაციას ხსნის. ჩვენს კვლევებში, უპირატესად ქალებში, 30 წლის ასაკის ზევით, გამოიხატა არასპეციფიკური სომატური ჩივილები, განსაკუთრებით თავის, სახსრების, კიდურების ტკივილისა და კუნთოვანი სისუსტის სახით, რაც შესაძლებელია სომატიზირებული აშლილობის ინიციალურ სტადიაზე მიუთითებდეს, თუმცა ქრონიკული ტკივილები ასევე ახასიათებს დეპრესიასაც. სომატიზირებული დეპრესიის კლინიკურ სურათში უმთავრესი იყო გუნებ-განწყობის დაქვეითება, დათრგუნულობა ("გულზე მოჭერილი მაქვს", "გულზე ლოდი მანევს") ან სევდიანობა. სევდისა და შფოთვის მდგომარეობები ატარებდა პაროქსიზმულ ხასიათს. თითქმის უმიზეზოდ, დადებითი თვითშეგრძნების ფონზე იკვეთებოდა დაუძლეველი სევდისა და შფოთვის გრძნობა,

უპირატესად, ღამის საათებში, დარღვეული ძილის ან ვეგეტატიური კრიზის ფონზე. პაციენტები საუბრობდნენ უხალისობის, "ბედნიერების განცდის უნარისა" და წინანდელი ინტერესების დაკარგვაზე, "სასიცოცხლო ძალების" დაქვეითებაზე, "მორალურ პასიურობასა", უინიციატივობასა და აპათიაზე. მატულობდა დაურწმუნებლობის განცდა, ქვეითდება საკუთარი თავით კმაყოფილების განცდა. "სასიცოცხლო ტონუსის" ზოგადი დაქვეითება ქმნიდა შეგრძნებას, რომ პიროვნება შეიცვალა როგორც შინაგანად, ისე გარეგნულად, შედეგად არცთუიშვიათად გამოხატული იყო დამოკიდებულების რუდიმენტული სენზიტიური იდეები ("ყველა ამჩნევს მის ცვლილებას").

აღსანიშნავია, რომ პტსა-ის ზოგიერთი მახასიათებლის ხანგრძლივად არსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია ვივარაუდოთ პიროვნული აშლილობის არსებობაზე. ასეთ მახასიათებლებს მიეკუთვნება: (DSM-IV-ის მიხედვით) ტრავმაზე ასოცირებული სტიმულებისათვის თავის არიდების 4 კრიტერიუმი (C4-C7), ავტონომიური ზემგრძნობელობის 2 კრიტერიუმი (D2-D4) (APA-TF on DSM-IV, 1991). თუ ზემოაღნიშნული სიმპტომები აღმოცენდება ძლიერი სტრესორის მოქმედების შემდეგ და მერყეობით არ ხასიათდება, უნდა ვივარაუდოთ, რომ სახეზეა პიროვნული აშლილობა, რაც შეესაბამება DSM-IV-სა და ICD-10-ში მითითებულ ახალ დიაგნოსტიკურ კატეგორიას: კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებები (J.G.Gunderson et al., 1993). შესწავლილი კონტინგენტის 27,1%-ში სრულიად გამართლებულია ამ დიაგნოზის გამოყენება, ვინაიდან წინა პლანზე გამოდის ისეთი ნიშნები, როგორიცაა მტრული დამოკიდებულება და უნდობლობა

გარე სამყაროსადმი, გარიყულობისა და უიმედობის გრძნობა. კვლევის პროცესში პიროვნული ცვლილებების ფონზე ყურადღებას იპყრობს ერთგვარი ემოციური გაუნონასწორებლობა. ამასთან, გარკვეულად დაინტერესებულა სოციალური კონტაქტები და ოჯახური ურთიერთობები, ასევე ღირებულებათა სისტემა და პირადი პასუხისმგებლობა, დარღვეულია გარემოსთან ადაპტაციის უნარი.

ფსიქოტრავმის შემდეგ პიროვნების ცვლილება გამოხატული პასიურობით, დათრგუნულობით, თვითდაზიანების ტენდენციებით, ბრალეულობის განცდითა და დეპრესიული ფონის მატებით ინტროვერსიის სასარგებლოდ მეტყველებს, ანუ ყალიბდება დამთმობი-მორცხვი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპი. მომატებული შფოთვა, დაურწმუნებლობა საკუთარ თავში, შიშები, იჭვნეულობა, უსუსურობა, დახმარების აუცილებლობა - დამახასიათებელია დამოკიდებულ-დამყოლი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპისათვის. დამოუკიდებელ დომინირებადი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპის შემთხვევაში, რასაც უპირატესად კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებების დროს ვხვდებით, შეინიშნება იზოლაციისადმი მიდრეკილება, საკუთარი განსაკუთრებულობის განცდა, გარეშე პირებთან დაპირისპირება - მათი აზრის კრიტიკით, ნარცისიზმის ელემენტები. ამდენად, ზოგადად დევნილებში უპირატესად დამთმობი-მორცხვი ან დამოკიდებულ-დამყოლი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპი დომინირებს. ამ კონტინგენტის ჩართვა კოლექტიურ ქცევაში გართულებულია, რაც დასტურდება სოციალური კვლევითაც. თავისთავად კოლექტიური

ქცევა (მაგ.: პოლიტიკურ მიტინგებსა და შეკრებებში მონაწილეობა) არის სოციალური გარემოს შეცვლის მცდელობა, რასაც ჩვენს კვლევებში ჩართული დევნილი პოპულაციის ტიპური წარმომადგენელი თავს არიდებს. მსგავსი ტიპის ღონისძიებებს ახასიათებს ეტაპობრიობა და გარკვეული გამააქტივებელი ფაქტორების ზემოქმედებით შესაძლოა მოყვეს სოციალური კონტროლის დაკარგვა ან ჩამოყალიბდეს სოციალური მოძრაობის სახით. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ სოციალური მოძრაობები არამხოლოდ უწყობს ხელს საზოგადოებრივ ცვლილებებს, არამედ თვით სოციალური ცვლილებები უქმნის ნოყიერ ნიადაგს ახალ მოძრაობებს. მკვეთრად გამოხატულ პიროვნულ ცვლილებებს შეუძლია შეცვალოს (გაამრუდოს) ავადმყოფის მიერ საკუთარი როლისა და “მე”-ს პოზიციის ადექვატური გაგება; ასევე პიროვნების გარკვეულ სოციალურ სფეროში მოღვაწეობის მიმართულება და, გარკვეული შედეგის მიღწევის შემდეგ, დაარღვიოს ინდივიდის მიზანმიმართული მოღვაწეობის უნარი (Ф.В.Кондратьев, 1984). ამდენად, მაკროსოციალური კონფლიქტების შედეგად აღმოცენებული პიროვნული ცვლილებებით შესაძლებელი გახდა აიხსნას კავშირი სოციალურ კატაკლიზმებს, ადამიანის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობებს, პიროვნების აღმშენებლურ და დამანგრეველ მოღვაწეობას შორის, რისი ახსნის მცდელობაც ჯერ კიდევ საუკუნის დასაწყისში ჰქონდათ რუს მეცნიერებს - И.П.Павлов, И.М.Сеченов, К.А.Тимирязев, И.Н.Мечников, В.М.Бехтерев (ციტ. Ю.А.Александровский-ის (1996) მიხედვით)»

ცნობილია, რომ გადატანილი სტრესული მოვლენის შემდგომ

ერთ-ერთი უხშირესი სიმპტომი, რომლის გამოც პიროვნება ექიმს მიმართავს, არის ძილის ციკლის დარღვევა (S.Woodward, 1993). ინსომნიის პრობლემის აქტუალობას განაპირობებს მისი ხშირი გამოვლინება, როგორც ფსიქიატრიულ ქსელში ფიქსირებული პათოლოგიების სიმპტომთა თანავარსკვლავედში, ასევე ზოგად პოპულაციაში. როგორც ძირითადი დაავადების შედეგი და გამოვლინება, ინსომნია არცთუ იშვიათად მოსაზღვრე მდგომარეობათა დინამიკაში იძენს მნიშვნელოვანი პათოპლასტიური ფაქტორის მნიშვნელობას. მრავალი ავტორი (Weber, 1978; Lubley, 1979; Borbely, 1983; Balzar et al., 1985; Siems et al., 1987 - ციტ. Л.В.Бабушкина-ს (1993) მიხ.) ძილს განიხილავს, როგორც დღიური ბიორითმის ფაზას, რომელიც ადაპტაციურ ფუნქციას ასრულებს. ლიტერატურა, რომელიც მიმოიხილავს პტსა-ისას ძილ-ღვიძილის ციკლის დარღვევებს საკმაოდ მწირია და უპირატესად შეეხება განმეორებად კომარულ სიზმრებს. აღნიშნული საკითხი უპირატესად განიხილება ნეიროფიზიოლოგიურ კვლევებში, თუმცა ცნობილია, რომ ძილის შემსწავლელ ლაბორატორიებში ჩატარებულ მსგავს კვლევებში, კომარები იშვიათად ფიქსირდება (E.Hartmann, 1984). ამასთან, ტრავმის შემდგომ წარმატებით ადაპტირებულ პიროვნებას კომარების მნიშვნელოვანი შესუსტება აღენიშნება (H.Kaminer et al., 1991).

პტსა-ის დროს ძილის ციკლის კვლევისას ყურადღებას იქცევს ძილის არქიტექტონიკის დარღვევები და ამასთან დაკავშირებით, პიროვნული რეაგირება. როგორც Y.Dagan et al. (1991) მიუთითებენ, საომარი მოქმედებებით გამოწვეული პტსა-ის დროს მნიშვნელოვნად მომატებულია გამოღვიძების ზღურბლი, რაც მიუთითებს ძილის

სიღრმის მოდიფიკაციაზე და შეიძლება განხილული იქნას, როგორც ტრავმული მოვლენის გახანგრძლივებული შედეგი.

კვლევის განხორციელების პროცესში სპეციფიურ სამიზნე ჯგუფში (დევნილები) გამოვლენილია პტსა-ისა და ძილის ციკლის დარღვევას შორის (ე.წ. "მყარი აგრიპნიული სინდრომი") გარკვეული ურთიერკავშირი. ყველა შემთხვევაში გამოკითხულთა ინიციალური ჩივილები უძილობის შესახებ დროის მიხედვით უკავშირდებოდა ფსიქომატრავმირებელ ფაქტორს. მატრავმირებელი მოვლენების შემდგომ მყარი ინსომნიური აშლილობა გამოვლინდა 32 დევნილში (21,5%), რომელთა შორის 12-ს - დიაგნოსტირებული აქვს გახანგრძლივებული პტსა, 12-ს - მიმდინარე პტსა, ხოლო 8 პიროვნებას პტსა-ის დიაგნოზი არ დაუდგინდა. პტსა-ისას პაციენტები აღნიშნავენ ძილის ხანგრძლივობით დაუკმაყოფილებლობის გრძნობას და ხშირ გამოღვიძებებს, რასაც თან ერთვის ღამის პანიკური შეტევები - შესაბამისი ვეგეტატური და მოტორული გამოვლინებებით. დევნილ პოპულაციაში ინსომნია გარკვეულწილად ამძიმებდა ძირითადი დაავადების სუბიექტურ განცდას, აქვეითებდა ორგანიზმის ადაპტაციურ და კომპენსატორულ ფუნქციებს, ამძიმებდა პტსა-ის მიმდინარეობას და ხელს უშლიდა გამოჯანსაღების პროცესს. ინსომნიისას ნიშანდობლივი იყო ძილის დარღვევაზე ფიქსაცია და ძილის მიმართ ზედირებულოვანი დამოკიდებულება, პიროვნული რეაგირების გამო შფოთვის წარმოჩენა.

გამოკვლევულთა უმრავლესობას (ძირითადად გახანგრძლივებული და მიმდინარე პტსა-ის დროს) გამოხატული ჰქონდა ტერმინალური ინსომნია (ნაადრევი გამოღვიძება)

კომპარული სიმრებიტა და გამოღვიძებისას ასტენიური სიმპტომატიკით. მაგალიტად, მიმდინარე პტსა-ის ფონზე ძილის ციკლის დარღვევებიდან დომინირებს ჩივილები სცენისმაგვარი კომპარების შესახებ. ხშირად ასეთი სიმრის ტემა გრაფიკულად ზუსტად ასახავს განცდილ მოვლენას. კომპარული სიმრების შემდეგ პაციენტები უჩივიან ოფლიანობას, სანოლის ფარგლებში მოტორულ აგზნებასა და ვოკალიზაციას. უმთავრესად საშუალო დონის შფოტვის ფონზე განვითარებული ინიციალური ინსომნია ატარებდა პროგრედიენტული მიმდინარეობის ხასიატს. ამ დროს დეენილები აღნიშნავდნენ, რომ არ აკმაყოფილებთ ძილის ხანგრძლივობა და დაკარგეს "ძილის შეგრძნება" (სომნაგნოზია). უძილობის აღნიშნული ფორმა უპირატესად გამოიკვეტა იმ პირებში, რომელტაც პტსა არ დაუდგინდატ.

ინსომნიისას იცვლება ზოგადად განგაშის დონეც. ტუ იმ დეენილებში, რომელტაც პტსა არ აღენიშნატ, შფოტვის სუბიექტური შეგრძნების დონე საშუალოდ განისაზღვრა 42 ერთეულიტ, გახანგრძლივებული და მიმდინარე პტსა-ის დროს შფოტვის რეგისტრი პანიკური აშლილობის დონეს უახლოვდებოდა (შესაბამისად, საშუალოდ 50,4 და 53,2). ამის მიზემად გვევლინება ორგანიზმის რეაქცია სტრესულ ფაქტორებზე, რაშიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სიმპატო-ადრენალური სისტემა.

ძილის ციკლის დარღვევები ასევე დაკავშირებული აღმოჩნდა დეპრესიის ხარისხთან. მაგალიტად, ბეკის დეპრესიის შკალიტ შეფასებისას გახანგრძლივებული პტსა-ის დროს უძილობისას დეპრესიის დონე საშუალოდ 20,3-ს უდრიდა, რაც აღემატებოდა

დანარჩენი ორი ჯგუფის მონაცემებს: მიმდინარე პტსა-ისას - 17,3, ხოლო იმ პირებში, რომლებსაც პტსა არ დაუდგინდათ - 17,8. აღნიშნული მონაცემები გარკვეულწილად ადასტურებს მოსაზრებას, რომ დეპრესია პტსა-ის მიმართ მეორადია.

ცნობილია, რომ მყარი ინსომნიური აშლილობის ფორმირებას განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები: განმეორებადი, გახანგრძლივებული ან გახანგრძლივებული ფსიქომატრავმირებელი სიტუაციის არსებობა; პაციენტისათვის პიროვნულად ღირებული და დაუძლეველი, "გართულებული" კონფლიქტი; ფსიქოგენისადმი ინსომნიური რეაგირების განმტკიცება; თანდართული დამატებითი მასათენიზირებელი სომატოგენური, ეგზოგენურ-ორგანული და ფსიქოგენური მავნე ფაქტორები; პიროვნული დისჰარმონიის გაღრმავება; მადესინქრონიზირებელი ფაქტორების ზემოქმედება; საძილე საშუალებების მიმართ ტოლერანტობის ზრდა; წინა ეტაპებზე დროული, კვალიფიცირებული დახმარების არარსებობა. კვლევის პროცესში სტრესულ ფაქტორებად, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, გვევლინებოდა გადატანილი საომარი მოქმედებები, იძულებითი მიგრაცია, რასაც მოგვიანებით თან დაერთო ურთულესი ყოფითი პრობლემები, რომელიც სახელმწიფოში მიმდინარე ეკონომიკური კრიზისის ფონზე პროლონგირებული სტრესული ფაქტორის როლს ასრულებს.

ამრიგად, მოსახლეობის სპეციფიური ჯგუფის შესწავლით შესაძლებელია ვიმსჯელოთ პტსა-ს, ემოციური სფეროს პათოლოგიათა და პიროვნულ ცვლილებებს შორის არსებულ გარკვეულ კორელაციაზე, რაც მნიშვნელოვნად მაღალია, როცა

მატრავმირებელი მოვლენა ატარებს ქრონიკულ, დროში განვრცობილ ხასიათს. ფსიქიკური ტრავმის შემდგომ აღმოცენებული უარყოფითი რეაქციები, შფოთვა, პლასტიური ქცევის დაკარგვა საბოლოოდ იწვევს პიროვნების მიზანდასახული მოღვაწეობის – ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების ჩავარდნას, რაც ნეგატიურად მოქმედებს ზოგადად ცხოვრების ხარისხზე.

კვლევის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზანი იყო ქართულ პოპულაციაში სტრესოგენულ ფაქტორთა იდენტიფიკაცია და მათი მატრავმირებელი კრიტერიუმების გამოყოფა ტრავმა – პტსა-ის კავშირის სპეციფიკურობის გათვალისწინებით. ამ თვალსაზრისით საჭიროდ ჩავთვალეთ კვლევაში მონაწილე პირთა მიერ მონოღებელი მატრავმირებელი მოვლენების შეფასება მოგვეხდინა სხვადასხვა კონცეფციების გამოყენებით.

თუ ფსიქოლოგიურ ტრავმას ეკოლოგიური ანალოგიით განვიხილავთ, ტრავმული მოვლენა შეიძლება შევაფასოთ როგორც ეკოლოგიური საფრთხე, მიმართული პიროვნული ადაპტაციური უნარის წინააღმდეგ, რომლის ზეგავლენითაც საზოგადოებაში ასევე არ ხდება ტრავმირებული პირების გამოჯანმრთელებისა და მათი ფიზიკური ძალების აღდგენა-აღორძინების პროცესების ხელშემწყობი პირობების შექმნა. ფსიქოგენური ფსიქიკური აშლილობებისას სტრესზე რეაქციის ტიპს განცდათა სტრუქტურაში არამხოლოდ შეაქვს ახალი ელემენტები (შფოთვა, დეპრესია), არამედ არყევს იმ ფსიქოლოგიურ კავშირებსაც, რაც ადრე არსებობდა ანუ ადაპტაციური ბარიერის გარღვევა ხდება იმ რგოლში, რომელშიც ყველაზე მცირე წინააღმდეგობაა (Л.Н. Собчик, 1990). ტრავმის ეკოლოგიურ

მოდელში შეთავსებულია როგორც ფსიქოსოციალური სტრუქტურა (მონოდებული B.L.Green et al.-ის (1985) მიერ), ასევე ინტეგრაციული მოდელი, რომლის კონტურებიც შემოხაზა J.P.Wilson-მა (1989).

ფსიქიკური და ფიზიკური ძალადობის მოვლენებს შეუძლიათ შეარყიონ საზოგადოების რესურსები: ფასეულობათა სისტემა, რწმენა და ტრადიციები - და გავლენა იქონიონ პიროვნების უნარზე წინააღმდეგობა გაუწიოს და დროულად აღიდგინოს დარღვეული წონასწორობა. აქედან გამომდინარე, თუ სიღარიბე - შეიძლება განვიხილოთ, როგორც საზოგადოებაში აღმოცენებული ძალადობის ეკოლოგიური წანამძღვარი, ეკონომიკური სიძლიერე შეიძლება შეფასდეს, როგორც ძალადობის პრევენციის ეკოლოგიური ფაქტორი. ამ მოსაზრების გაზიარებით, მიზანშეწონილია დევნილთა დასაქმებისა და მატერიალური მხარდაჭერის ღონისძიებათა გააქტივება, ვინაიდან სოციალური კვლევით დადგინდა, რომ დევნილთა ჯგუფში მერყეობს ყოველთვიური შემოსავლის დონე და იგი საშუალოდ 29,2 ლარს შეადგენს, ამასთან, გამოკვლეულთა დაახლოებით 50%-ის შემოსავალი 12 ლარს არ აღემატება. ისინი არასაკმარისად (მოთხოვნილებათა 10%-ის ოდენობით) და არათანაბრად (მხოლოდ 70,3%) იღებენ სოციალურ მხარდაჭერას ჰუმანიტარული დახმარების სახით. იძულებით ადგილნაცვალ პირთა სოციალური კვლევებით ასევე დადგინდა, რომ კოლექტიური განსახლების ცენტრებში მათი საცხოვრებელი ბინის სანიტარული პირობები უმეტეს შემთხვევაში არაადამაკმაყოფილებელია (80%).

პიროვნებები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ერთი და იგივე ტრავმისადმი ტოლერანტობით და პოტენციურად მატრავმირებელი

მოვლენაც მათში ასევე სხვადასხვა სიღრმის გამოვლენას იძლევა. სამი ძირითადი ფაქტორი: პიროვნება/პიროვნებები და მათი ურთიერთობა ერთმანეთთან; მოვლენა და გარემო - განსაზღვრავს პიროვნება-საზოგადოების “ეკოსისტემას”, რომლის ფარგლებშიც პიროვნებას გადააქვს ტრავმული მოვლენა, უმკლავდება მის შედეგებსა და აძლევს შეფასებას. ეკოლოგიური მოდელის მიხედვით ტრავმის ექსპოზიციის შემდეგ პიროვნება შეიძლება მოხვდეს ან არ მოხვდეს ჯანდაცვის სამსახურებში. როგორც საკუთარი გამოცდილება გვიჩვენებს, დევნილთა უმრავლესობა არ მიმართავს ექიმს, თუმცა აღნიშნავს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუარესებას და სხვადასხვა სახის ფსიქიკური სიმპტომების აღმოცენებას (შემთხვევათა 74,4%-ში). ამდენად, საქართველოში ფსიქიკური ტრავმის სრული მასშტაბების დასადგენად საჭიროა განივრცოს კვლევები პოპულაციის ტრავმირების ხარისხის გამოსავლენად, განისაზღვროს პიროვნების პოსტტრავმული სტატუსი და დაისახოს გზები გამოჯანსაღების პროცესის სრულყოფისათვის. აღსანიშნავია, რომ ტრავმული გამოცდილების შემდგომ კლინიკური ჩარევები განკურნების გარანტია არ არის (R.M.Harvey, 1996).

ზოგადად სტრესული სიტუაცია ასევე შეიძლება განიმარტოს როგორც მწვავედ აღმოცენებული ან ხანგრძლივად შენარჩუნებული შეუსაბამობა ორგანიზმის მოთხოვნილებებსა და შესაძლებლობებს შორის. C.I.Howarth-ის (1978) მიხედვით, შეიძლება გამოვყოთ სტრესის 4 ასპექტი: ბიოლოგიური (როცა პიროვნების ცხოვრების წესი მნიშვნელოვნად განსხვავდება ფილოგენეზის პროცესის ადაპტაციის წესისაგან); ევოლუციური ანუ ონტოგენეტიკური (როცა პიროვნების

აღზრდა და განათლება არ შეესაბამება იმ მოთხოვნებს, რომელსაც მას უყენებს ცხოვრების წესი); სოციალური (როცა პიროვნება იძულებულია ითამაშოს მისთვის შეუსაბამო, მიუღებელი როლი ან როცა იქმნება სოციალური ხასიათის კონფლიქტური მდგომარეობები) და ფენომენოლოგიური (როცა პიროვნების ცხოვრების წესი არ შეესაბამება მის იდეალსა და მისწრაფებებს). აღნიშნული მიდგომის გათვალისწინებით, იძულებით ადგილნაცვალ პირებში სტრესული სიტუაცია უპირატესად დაკავშირებულია მიგრაციის დინამიურ პროცესთან, რომელთანაც განუყოფლად ასოცირდება სტრესის ოთხივე ასპექტი.

ტრავმის კონცეფციის და სტრესორის არსის შესახებ მკვლევარებს შორის განსხვავებული მიდგომაა. ერთის მხრივ, პტსა-ის გამომწვევი ტრავმული მოვლენის ყველაზე მარტივი დეფინიცია მოწოდებულია DSM-III-სა (1980) და DSM-III-R-ში (1987). მათი განმარტებით, პტსა არის კომბინაცია რიგი სიმპტომებისა, რომელიც აღმოცენდება მძიმე (უკიდურესი - extreme) სტრესული მოვლენის შემდგომ. DSM-ის ადრეულ გამოცემებში მოვლენის განმარტებისას მკვლევარები ყურადღებას აქცევდნენ უპირატესად გარემოს მახასიათებლებს, ხოლო DSM-III-დან განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პიროვნებისა და სპეციფიკური ტიპის სიტუაციის კონტაქტს (E.A.Brett et al., 1988). მაგალითად, თუ DSM-III-ში სტრესორი განიხილება როგორც მოვლენა, რომელიც თითქმის ყველა ადამიანში მნიშვნელოვან დისტრესს იწვევს, DSM-III-R-ი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს სტრესორის იშვიათ აღმოცენებას და მის უნარს მოახდინოს პტსა-ის სიმპტომების

პროვოცირება; ამასთან, გარკვეულწილად გათვალისწინებულია პიროვნების გამოცდილების მნიშვნელობაც. ტრავმული მოვლენების განმსაზღვრელი კრიტერიუმები DSM-IV-ში იმდენადაა მოდიფიცირებული (J.R.Davidson et al., 1991), რომ აღარ ხდება სტრესორის განმარტების პირობითი შეზღუდვა ოფიციალური სამედიცინო კონტექსტით, რაც B.L.Green-ის (1993) აზრით, წააგავს მოძრავ სამიზნეში სროლას.

DSM-III-R-ში სტრესორთა სია აერთიანებს: საკუთარი თავისა და/ან საყვარელი ადამიანის დაზიანების საფრთხეს; თემის ან საცხოვრებელი სახლის მოულოდნელ რღვევას; ნაძალადევი სიკვდილის ან დასახიჩრების მოწმედ ყოფნას. ჩვენი რესპონდენტები მატრავმირებელ მოვლენებს შორის პირველ ადგილზე აყენებენ მიგრაციას და მასთან დაკავშირებულ მატერიალურ დანაკარგებს (100%); შეიარაღებული კონფლიქტების დროს საავიაციო დაბომბვას (47,5%); ოჯახის წევრის დაღუპვასა და დაჭრას (29,7%); დახოცილი ადამიანების ხილვას (22,7%); ევაკუაციისა და შემდგომი განსახლების პროცესის სირთულეებს (18,4%); ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ძალადობას (24,3%). ამასთან, თითოეულ პიროვნებას რამდენიმე ასეთი მატრავმირებელი მოვლენა აქვს გადატანილი, შინაარსით ერთგვაროვანი მრავალჯერადი ტრავმული გამოცდილება კი ხელს უწყობს პოსტტრავმული სიმპტომების აღმოცენებას, ხოლო რამოდენიმე განსხვავებული ტიპის ტრავმული გამოცდილების შემთხვევაში საუბარია ტრავმის კუმულაციურ ეფექტზე (კუმულაციური ტრავმა) (V.M.Follette et al., 1996).

ამდენად, პტსა-ის ეთიოლოგია განიხილება, როგორც პიროვნული დაუცველობა ტრავმის გარკვეული ასპექტების მიმართ, ამასთან, ეს ასპექტები გააზრებული უნდა იქნეს როგორც ექსტრაორდინალური ან “უარყოფითი ვალენტობის” მატარებელი (E.A.Brett et al., 1988). ზემოთმოყვანილი განმარტების შესაბამისად, ყოველი მათგანი, გარდა ერთი გამონაკლისისა (თემის რღვევა), მოიცავს სიკვდილისა და დაზიანების მიმართ პიროვნების დაუცველობას, ან სიკვდილისა და მძიმე დაზიანების საფრთხის არსებობას. მსგავსი ფარული მინიშნება, B.L.Green-ის (1993) აზრით, შესაძლოა დაეხმაროს ჩვენს აზროვნებას, რომ წარმოვიდგინოთ თუ რა არის პოტენციურად მატრავმირებელი. იგივე მოსაზრებას იზიარებს ქართველი ფილოსოფოსი მერაბ მამარდაშვილი (1990), რომელიც თვლის, რომ ზღვრული სიტუაცია ეს ის სიტუაციაა, “რომელშიც რეალობის დანახვა უნდა გავბედოთ. რეალობა კი ყოველთვის სიკვდილის ენაზე გველაპარაკება” და “ამასთან დაკავშირებით შემოდის სიკვდილის სიმბოლო”.

სხვა ლიტერატურულ წყაროებს აქვთ ნაკლებად დახვეწილი მიდგომა სტრესორების ორგანიზაციული პრინციპების შესახებ და განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ტრავმული გამოცდილების პასუხად აღმოცენებულ პტსა-ში სიკვდილის თემის დომინირებას. მაგალითად, R.J.Lifton-ი (1988) სპეციალურად მიუთითებდა “სიკვდილის ანაბეჭდზე” (“death imprint”), როგორც გადარჩენილთა სინდრომის (“survivors syndrom”) უმთავრეს ასპექტზე. ამ ანაბეჭდის არსებობის გამო გადარჩენილი ვერ უარყოფს სიკვდილის რეალობას და იგი იძულებულია დაუპირისპირდეს პიროვნული დაუცველობის

(მონწყვლადობის - vulnerability) და მისი თანმხლები შფოთვის განცდებს. ამ კონტროლტაციის გამო შესაძლოა აღმოცენდეს პტსა-ის სიმპტომები, რომელთა დასაძლევად საჭიროა გადარჩენილმა რაციონალური ფორმულირება მოახდინოს იმისა, რომ მისი არსებობა გრძელდება.

რ.ნათაძის (1977) განმარტებით, თვით სტრესორი - სტრესის გამომწვევი სიტუაციაა. ყოველი ემოციური დამოკიდებულების შეცვლის მიზეზი, რომელსაც თვით სუბიექტი არ განიცდის როგორც სუბიექტურს, თვით სუბიექტის პიროვნების შეცვლაში მდგომარეობს. შეიცვალა მოთხოვნილებები, მისწრაფებები, ინტერესები, გემოვნება, მსოფლმხედველობა, დაინგრა უსაფრთხოების მითი და ა.შ. და ამის შედეგად შეიცვალა პიროვნების დამოკიდებულება ობიექტურად უცვლელი მოვლენის მიმართ. გარკვეულად დაზარალებულია მორალური გრძნობები ანუ ზნეობრივი ღირებულებების განცდასთან დაკავშირებული გრძნობები, ზნეობრივი ღირებულებების ან მისი დარღვევების მიმართ ემოციური განცდა, მაგ.: სირცხვილის, სინანულის, სიბრალულის ან მარცხის გრძნობები. ეს გრძნობები ემოციათა ხასიათს ატარებს და ხასიათდება სუბიექტურობით, რაც გულისხმობს, რომ ერთი და იგივე ობიექტი, ერთი და იგივე ობიექტური ვითარება, ერთი და იგივე მოქმედება სხვადასხვა ადამიანში გარკვეულ ფარგლებში, განსხვავებულ გრძნობას იწვევს. “შფოთიანობის” (Anxiety) აღმოცენების მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს მოახლოვებული ან მოსალოდნელი სიტუაციის მიმართ პიროვნების უმწეობის განცდა. უფრო სიღრმისეულ დონეებზე

შფოთვა, დაკავშირებული სიკვდილთან, შეიძლება წარმოჩინდეს “მე”-ს დებინტეგრაციით (მაგ.: გაგიჟების შიში).

მატრავმირებელ ფაქტორებზე ინდივიდის რეაქცია გარკვეულწილად დაკავშირებულია თვით მოვლენასა და მისი ნიადაგის რთულ ურთიერთგემოქმედებაზე. პათოგენურ მდგომარეობებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება: თვით გარემო ფაქტორებს, მოვლენის სიმწვავეს, მოქმედების ძალას (Г.Биндер, 1967; Н.В.Иванов и др., 1971), და მის აზრობრივ დატვირთვას - ფსიქოტრავმის სემანტიკა (Н.И.Погибко и др., 1971). ფსიქოტრავმა დევნილებში შესაძლებელია სემანტიკურად გააზრებული იქნას როგორც ეგზისტენციალური კრიზისი. აქვე გასათვალისწინებელია R.S.Lauffer-ის (1988) მოსაზრებება, რომელიც ომს განიხილავდა როგორც “რუტინულ ტრავმირებას” (“routinized traumatization”). ამ კონცეფციით ომის მსგავსი დინამიური მოვლენა განიხილება როგორც პროცესი და არა როგორც კატასტროფული მოვლენა. თვით იძულებითი მიგრაციის პროცესი, განსაკუთრებით თუ იგი საომარი მოქმედებებთან და სიცოცხლის დაკარგვის საფრთხესთანაა დაკავშირებული, შეიძლება განვიხილოთ, როგორც “მასობრივი კოლექტიური სტრესი” (F.Burkle, 1983).

ამრიგად, თუ შევაჯერებთ, ერთის მხრივ, ზემოთმოყვანილ მტკიცებას, რომ სტრესის ზემოქმედებით გარკვეულად ზარალდება მორალური გრძნობები, ხოლო, მეორეს მხრივ, დევნილებში ტრავმის სემანტიკურ დატვირთვას - მივდივართ დასკვნამდე, რომ პტსა-ის არსი "სულიერების არაცნობიერში" ანუ V.Frankl-ის (1958) მიერ მოწოდებული ნოოგენური ნევროზის განმარტებაშია ჩადებული.

ნოოგენური ნევროზის ცნება თავის თავში აერთიანებს, როგორც პიროვნების კონფლიქტს (საკუთარ თავთან ან გარემოსთან), ასევე ეგზისტენციალურ კრიზისს.

როგორც გამოიკვეთა, შეიარაღებული კონფლიქტის ზონიდან იძულებითი მიგრაციის პროცესი განუყოფლად არის დაკავშირებული როგორც ძალადობასთან, ფიზიკური განადგურების საფრთხესთან (“სიკვდილის ანაბეჭდი”), ასევე მრავალ მატერიალურ და სოციალურ პრობლემასთან. ამდენად, ერთი რომელიმე კონკრეტული მოდელით საომარი მოქმედებებით გამონვეული მიგრაციის შედეგად პტსა-ის განვითარების ახსნა პრაქტიკულად შეუძლებელია და საჭიროებს ზემოგანხილული კონცეფციების რაციონალურ მისადაგებას.

ამრიგად, ჩვენი აზრით, იძულებით ადგილნაცვალ მოსახლეობაში სტრესოგენულ ფაქტორთა მატრავმირებელი კრიტერიუმებად გვევლინება:

6. ადამიანის ქცევის აშკარა დეტერმინირების დაკარგვა ან შეზღუდვა (V.Frankl, 1958), რაც ამცირებს მოქმედების თავისუფლების ხარისხს;
7. ახალ გარემოში მოხვედრა და სოციალური დაუცველობა (C.I.Howarth-ის მიხედვით, სტრესის სოციალური და ფენომენოლოგიური ასპექტები);
8. სოციალური გარემოსა და უსაფრთხოების მითის რღვევა (DSM-III-R-ის მიხედვით, თემის მოულოდნელი რღვევა);
9. მორალური ანუ ზნეობრივი ღირებულებების განცდასთან დაკავშირებული გრძნობების დარღვევები (ოჯახის ინსტიტუტის არასრულფასოვნება);

10. გაურკვეველობა საკუთარ სამართლებრივ მდგომარეობასა და იძულებითი მიგრაციის ხანგრძლივობაში (ე.წ. "საკუთარი პიროვნების უკმარისობის ცნობიერება" ან მიკუთვნებული უჩვეულო ახალი როლის მორგება).

კვლევის დროს განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო პტსა-ის აღმოცენების დინამიკასა და მიმდინარეობის ფორმებს.

ცნობილია, რომ კატასტროფული მოვლენების შემდგომ პიროვნების ფსიქიკური რეაქციები მიმდინარეობს 4 ფაზად: გმირობის (ჰეროიზმის), "თაფლობის თვის", განზილების (იმედის დაკარგვის) და აღდგენის. I ფაზა უშუალოდ კატასტროფის მომენტიდან იწყება და რამდენიმე საათის მანძილზე გრძელდება. მისთვის დამახასიათებელია ალტრუიზმი, გმირული ქცევა, გამონვეული საკუთარი თავის გადარჩენისა და ადამიანების დახმარების სურვილით. II ფაზის ხანგრძლივობა ერთი კვირიდან 3-6 თვემდე გრძელდება და პიროვნებას უჩნდება მომავალში პრობლემათა დაძლევის რწმენა. III ფაზაში, რომელიც 2 თვიდან 1-2 წლამდე გრძელდება, გარკვეული იმედებისა და ექსპექტაციების მსხვრევის შედეგად, წინა პლანზე გამოდის რწმენის დაკარგვა, განრისხების, აღშფოთების და გაბოროტების გრძნობა. აღდგენითი ფაზა იწყება მაშინ, როდესაც პიროვნება გააცნობიერებს, რომ მის წინაშე წამოჭრილი ყოფითი თუ სხვა სახის პრობლემები უნდა გადაჭრას საკუთარი შესაძლებლობებით და, შესაბამისად, საკუთარ თავზე იღებს ამოცანების შესრულებას (Ю.Александровский и др., 1991).

მიუხედავად ზემოთმოყვანილი მოსაზრებისა, ჩვენს შემთხვევაში კვლევაში ჩართული დევნილებისათვის ტრავმული მოვლენებიდან

გასულია საშუალოდ 4,5 წელი, მაგრამ კვლევის მომენტისათვის იმყოფებიან განზილების სტადიაში, ვინაიდან სახელმწიფოში არსებული სოციალური კრიზისი აღრმავებს ფსიქიკური დეზადაპტაციის პროცესს და გვიანდება აღდგენით ფაზაში გადასვლა. ამას ადასტურებს ისიც, რომ მიმდინარე პტსა-ის შემთხვევებში ქცევის მხრივ ყურადსაღებია ექსპლოზიურობა, გამლიზიანებლობა, აგრესიულობის მომატება. თვით ექსპლოზიურობისა და ფეთქებადობის ხანმოკლე პერიოდები, რაც უპირატესად პიროვნულ ცვლილებებზე მიუთითებს, სწრაფად იცვლება ასთენიურობით. ტრავმირებულ პირებში აღინიშნებოდა გარე სამყაროსადმი უნდობლობის მძიმე განცდა და სამაგიეროს გადახდის სურვილი. ასევე ნიშანდობლივია მატრავმირებელ მოვლენებზე მოგონებების, ხატების მოზღვავება, ბრალეულობის განცდა, რადგან იგი "გადარჩა".

ჩვენს კვლევებში გამოიკვეთა პოსტტრავმული რეაგირების შემდეგი ეტაპები: I ეტაპზე – სტრესული მოვლენა, ეხება რა ძირითადად ვიტალურ (თავდაცვის) ინსტინქტებს, ხელს უწყობს უპირატესად არასპეციფიკური ფსიქოგენური რეაქციების აღმოცენებას. მატრავმირებელი მოვლენის გამო აღმოცენებული სხვადასხვა ინტენსივობის შიში მოქმედებს ვეგეტატურ ნერვულ სისტემაზე, რომელიც შუამავლის როლში გამოდის ცნს-სა და შინაგან ორგანოებს შორის და იგი ხდება “აფექტის გამომსახველი ორგანო” (Е.К.Краснушкин, 1960). ვეგეტატური ნერვული სისტემის სიმყიფე ვლინდება ძლიერი ინტენსივობის აფექტისას, ამასთან, ვისცეროვეგეტატიური რეაქციები წარმოიქმნება როგორც ადაპტაციის პროცესშიც, ასევე, ერთი შეხედვით, სუსტი ემოციური რეაქციების

პასუხადაც. ნებისმიერი, ძალზე უმნიშვნელო, მაგრამ პიროვნებისათვის სუბიექტურად ღირებული მოვლენა ან შთაბეჭდილება შეიძლება იქცეს “პირველმიზნად, ამოსავალ პუნქტად, რაც იწვევს ავადმყოფურ დარღვევებს” (E.Bleuler, 1926). კატამნეზურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ მატრავმირებელი მოვლენის შემდეგ 6 თვის განმავლობაში ჭარბობდა სწორედ არაპათოლოგიური რეაქციები, ემოციური დაძაბულობის სიჭარბითა და ფსიქომოტორული, ფსიქოვეგეტატიური, ჰიპოთიმიური გამოვლინებებით მიმდინარე პროცესების კრიტიკული შეფასების უნარის შენახვის ფონზე და მიზანმიმართული ქმედების შესაძლებლობის დაქვეითებით.

II ეტაპზე ფსიქიკური დეზადაპტაციის მდგომარეობის ფორმირებაში განსაკუთრებული როლი ენიჭება პიროვნულ მახასიათებლებს, სიცოცხლისათვის სახიფათო სიტუაციის ხანგრძლივობასა და ახალ სტრესულ ზემოქმედებას – როგორცაა: ახლობლების სიკვდილი, მატერიალური ზარალი. ჩვენს შემთხვევებში ამ ეტაპს ასევე ახასიათებდა გაძნელებული ადაპტაცია ურბანიზებულ ქალაქთან, რაც ტრავმის ეკოლოგიური მოდელით შეიძლება აიხსნას. ფსიქოემოციურ დაძაბულობას ცვლის "დემობილიზაცია" ასთენო-დეპრესიული ან აპათიურ-დეპრესიული გამოვლინებებით.

III ეტაპზე დევნილთა უმრავლესობა იწყებს სიტუაციის რთულ ემოციურ და კოგნიტურ გადამუშავებას, ხდება საკუთარი განცდებისა და შეგრძნებების შეფასება, ანუ "დანაკლისის ერთგვარი კალკულაცია" (Ю.Александровский, 1990). საინტერესოა, რომ ამავე პერიოდში მნიშვნელოვნად იცვლება დამოკიდებულება საკუთარ თავთან, წარსულთან, აწმყოსა და მომავალთან, რაც ძლიერი

ნეგატიური ტონით განიცდება. რეპრეზენტატული წარმომადგენელი მნიშვნელოვნად ზრდის ობიექტური მატერიალური დანაკლისის რაოდენობას, რაც წარსული სოციალური მდგომარეობის ჰიპერტროფირების ერთგვარი მცდელობაა.

აღსანიშნავია, რომ III ეტაპზე გადასვლას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სოციალური მხარდაჭერის ინსტიტუტების ამოქმედება, ქვეყნის ეკონომიკური სტაბილურობა, დასაქმება, ყოფითი პირობების გაუმჯობესება და ა.შ. ჩვენს შემთხვევაში რეპრეზენტატულ წარმომადგენელთა უმრავლესობისათვის აქტუალობას იძენს ცხოვრებისეული სტერეოტიპის შეცვლასთან დაკავშირებული ფსიქოგენური მატრავმირებელი ფაქტორები, რომელთა პროლონგირება ხელს უწყობს გახანგრძლივებული პტსა-ის ჩამოყალიბებას. ფსიქოვეგეტატური სინდრომი, რომელიც I ეტაპზე გვევლინება “თავდაცვის პირველი რანგის” როლში (А.В.Гиляровский, 1947), იღებს პათოლოგიურ ხასიათს მუდმივი ან გახანგრძლივებული, განმეორებადი და ძლიერი აფექტური დაძაბულობის შემთხვევებში და იწვევს ვისცეროვეგეტატურ აშლილობათა ქრონიფიკაციას. ამ ტიპის აშლილობები (დიფუზური ან უპირატესად რომელიმე ორგანოზე აქცენტირებული) ვლინდება როგორც მუდმივად, ასევე ვეგეტატური კრიზების სახით. ნევროტულ აშლილობათა სომატიზაციის ფონზე ასევე შეინიშნება პიროვნების ფსიქოპათიზაცია – რაც ტრავმის და რეალური ცხოვრებისეული სირთულეების გაცნობიერების პროცესს უკავშირდება.

დასკვნები

7. პტსა-ის წარმოშობა შეიძლება განვიხილოთ როგორც ერთიანი ფსიქო-სოციალური პროცესი, რომლის დინამიკა და სტრუქტურა განვითარების პირველ ეტაპზე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული თვით ექსტრემალურ სიტუაციაზე და პიროვნულ თავისებურებებზე. მასობრივი კოლექტიური მატრავმირებელი მოვლენებიდან საშუალოდ 4,5 წლის შემდეგ საქართველოს იძულებით ადგილნაცვალი პოპულაციის დაახლოებით 70%-ში შეინიშნება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ქრონიკული ფორმები, რომლებიც შეიძლება ორ ჯგუფად დავყოთ: მიმდინარე (ანუ უწყვეტი პტსა – ხასიათდება სიმპტომების სიმწვავეთა და მათი აღმოცენების მაღალი სიხშირით) და გახანგრძლივებული (ანუ პერიოდული პტსა – სიმპტომები ნაკლები სიმწვავესაა და შედარებით იშვიათად აღმოცენდება). კლინიკური მიმდინარეობის ფორმებთან ყველაზე მაღალ კორელაციაში აღმოჩნდა პიროვნების დასაქმების ფაქტორი. აღსანიშნავია, რომ პტსა-ის დროს კრიტიკული დამოკიდებულება საკუთარი მდგომარეობის მიმართ შენახულია.
8. უპირატესად მიმდინარე პტსა-ის დროს გადატანილი მატრავმირებელი მოვლენები გარკვეულად სახეს უცვლის პიროვნების ღირებულებათა სისტემას, ინტერპერსონალურ კავშირებს, მის ინტეგრირებას გარე სამყაროსთან და კოლექტიურ ქცევაში მონაწილეობას, რაც, თავის მხრივ, იწვევს მიზანმიმართული ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების ჩავარდნას,

ნეგატიურად მოქმედებს ზოგადად ცხოვრების ხარისხზე და, ამის გამო, მნიშვნელოვნად ასუსტებს რა ოჯახის ინსტიტუტის ძირითად ფუნქციებს - ხელს უწყობს მომავალი თაობების მეორად ტრავმირებას.

9. ქრონიკული პტსა-ის კლინიკური სურათისათვის დამახასიათებელია სხვადასხვა სიმპტომოკომპლექსების ერთდროული არსებობა, რაც განპირობებულია განსხვავებული ნევროზული რეგისტრის სიმპტომების ურთიერთგადაფარვით, მაგალითად: დეპრესიის მეორადი სიმპტომები, ინსომნია, ასთენიური რადიკალი და სხვა. პტსა-ის სიმპტომების ექსაცერბაციის შემთხვევაში ზემოაღნიშნული მეორადი სიმპტომები ან ფერმკრთალდება ან ძლიერდება, თუმცა შეიძლება აღმოცენდეს ახალიც.

10. კატასტროფის შემდგომი პიროვნული ცვლილებები, გამოვლენილი შემთხვევათა 21,5%-ში, ფსიქიკური ტრავმის და რეალური ცხოვრებისეული სირთულეების გაცნობიერების პროცესს უკავშირდება. მათში ჭარბობს დომინირებადი ინტერპერსონალური ურთიერთობის ტიპი ანუ შეინიშნება მიდრეკილება იზოლაციისადმი, საკუთარი განსაკუთრებულობის განცდა, გარეშე პირებთან დაპირისპირება მათი აზრის კრიტიკით.

11. იძულებით ადგილნაცვალ პირთა პოპულაციაში გამოვლენილი პტსა-ის სიმპტომების კომპლექსურობა, დიფუზურობა და გავრცელება, ასევე პიროვნული ცვლილებები – პირდაპირ კორელაციაშია ანამნეზში მძიმე, პროლონგირებული და განმეორებადი ტრავმული გამოცდილების არსებობასთან. ამდენად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია დევნილთა ფსიქიკური მდგომარეობის შესათვალად ვისარგებლოთ ტერმინით – "კომპლექსური პტსა", ვინაიდან ტერმინი – "პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა", სრულად არ ასახავს კლინიკური კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემებს.
12. დღეისათვის დევნილი მოსახლეობის მთავარი ფსიქო-სოციალური სტრესული ფაქტორებია: "სამშობლოს" დაკარგვა, ეკონომიკური სირთულეები, სოციალური დეზინტეგრაცია და გაურკვეველი მომავალი. ადრე გადატანილი სტრესორების ძირითად მატრავმირებელ კრიტერიუმებად კი უნდა მოვიაზროთ: სოციალური გარემოსა და უსაფრთხოების მითის რღვევა; ახალ გარემოში მოხვედრა და სოციალური დაუცველობა; ადამიანის ქცევის აშკარა დეტერმინირების დაკარგვა ან შეზღუდვა; მორალური ანუ ზნეობრივი ღირებულებების განცდასთან დაკავშირებული გრძნობების დარღვევები (ოჯახის ინსტიტუტის არასრულფასოვნება); გაურკვეველობა საკუთარ სამართლებრივ მდგომარეობასა და იძულებითი მიგრაციის ხანგრძლივობაში.

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. პტსა, როგორც მრავალი სხვა ფსიქიატრიული პათოლოგია, ეყრდნობა აღწერილობით მეთოდოლოგიას, ამდენად, კრიტერიუმების ფორმულირება საჭიროებს კლინიკური და ბიოლოგიური კვლევების განვრცობას როგორც მაღალი რისკის ჯგუფებში, ასევე ზოგადად პოპულაციაში.
2. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია პოპულაციის სკრინინგისათვის გამოყენებული იქნას Watson-ის პტსა-ის კითხვარი მოზრდილთათვის, რომელიც მაღალი ვალიდურობით ხასიათდება და ლინგვისტურად მისაღებია ქართული პოპულაციისათვის.
3. ფსიქიკური დეზადაპტაციის და პტსა-ის პრევენციის მიზნით ბუნებრივი და ხელოვნური კატასტროფების შემთხვევაში ფსიქიატრიული დახმარების სტრატეგია მიმართული უნდა იყოს მოსახლეობისათვის ადექვატური და მაქსიმალურად მისანვლოში სამსახურების ამოქმედებისაკენ, რაც ხელს შეუწყობს ზემოაღნიშნული ფსიქიკური აშლილობების დროულ გამოვლინებას და კუპირებას, ქრონიკული ფორმების განვითარების პროფილაქტიკას.
4. მაღალი რისკის ჯგუფებში ფსიქო-სოციალური დახმარების უმთავრესი მიზანი უნდა გახდეს დაქვეითებული თავდაცვითი

მექანიზმების აღორძინება. ამდენად რეაბილიტაციური პროცესი უმთავრესად მიმართული უნდა იყოს ინდივიდის პიროვნული ღირსების აღორძინებისაკენ, მასში ჯერ კიდევ არსებული რესურსების გამოყენებით, ანუ პაციენტის პოზიტიური ინდივიდუალურობის აღდგენისაკენ.

5. სახელმწიფოებრივი პოლიტიკა მიმართული უნდა იყოს ოჯახის ძირითადი ფუნქციების (აღმზრდელობითი, ყოფითი და სამეურნეო; ემოციური; სოციალური ურთიერთობანი; პირველადი სოციალური კონტროლი და სხვა) აღორძინებისაკენ, რათა დაძლეულ იქნას მომავალი თაობების აღზრდაზე ზრუნვის დეფიციტი და მათი მეორადი ტრავმირება.
6. პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა მკურნალობის პროცესში საჭიროა სხვადასხვა დისციპლინათა ერთობლივი ძალისხმევა, რათა ყურადღება გამახვილდეს პათოლოგიის სომატურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, რიგ შემთხვევაში კი – იურიდიულ და რელიგიურ ასპექტებზე.
7. მიზანშეწონილია მოსახლეობის ფართო ფენებისათვის ინფორმაციის მინოდება პტსა-ის შესახებ, რაც ხელს შეუწყობს პოპულაციაში დაავადების სიმპტომების დროულ გამოვლინებას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ასათიანი მ. - 1932 - ფსიქონევროზები, თბილისი, სახელმწიფო გამომცემლობა
2. გერზმავა ო. - 1998 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბ., გვ.15
3. დსკ-10 - 1996 - დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, X გადასინჯვა (ფსიქიატრია), თბილისი, 80 გვ.
4. დუდუჩავა ნ., გეგეშიძე მ., გელაშვილი ქ., გობეჯიშვილი ვ. - 1990 - ტოქსიური ნივთიერებებით მოწამლულ პირთა კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური შესწავლის ზოგიერთი შედეგი (თბილისი, 1989 წლის 9 აპრილი) - რენიმატოლოგიის, ინტენსიური თერაპიის, კატასტროფათა და კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინის პრობლემებისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სიმპოზიუმის მასალები, თბილისი, გვ.92-94
5. ზურაბაშვილი ა. - 1965 - ფსიქოგენურ რეაქციათა კლინიკისათვის - წიგნში: ზოგიერთი კლინიკურ-თეორიული ძიება ფსიქიატრიაში, თბილისი, "საბჭოთა საქართველო", გვ. 40-51
6. ზურაბაშვილი ა., მენთეშაშვილი ი. - 1957 - სამხედრო დროის ტრავმული ფსიქოზების თავისებურებისათვის. მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის შრომები, ტ.VI-VII, გვ.121-124
7. ზურაბაშვილი დ. - 1996 - Die nervose kind und ihr PTSD. J Hippokrates, Heft 24
8. ზურაბაშვილი დ. - 1998 - "სკოლის ასაკის ბავშვთა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობების განვითარების ტიპოლოგია", ავტორეფერატი, მედ. მეცნ. დოქტ.-ის ხარისხის მოსაპოვებლად.
9. ლაზარიშვილი ი., გიგოლაშვილი ქ., გელაშვილი ქ., დოლიძე გ., ნანეიშვილი გ. - 1993 - პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, ბროშურა, თბილისი. გვ.11-18
10. მაკარიძე მ. - 1995 - ვეგეტატური შეტევები. თბ., 223 გვ.
11. მამარდაშვილი მ. - 1992 - საუბრები ფილოსოფიაზე. თბ., 220გვ.
12. მენთეშაშვილი ი. - 1957 - აფექტური რეაგირების ზოგიერთ სახეობათა შესახებ საბრძოლო პირობებში. - მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის შრომები, ტ.VI-VII, გვ.125-130
13. მენთეშაშვილი ი. - 1957 - დაჭრილთა ფსიქოტრავმულობის შესახებ. - მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის შრომები, ტ.VI-VII, გვ.131-137
14. ნათაძე რ. - 1977 - ზოგადი ფსიქოლოგია, თბილისი, 682 გვ.
15. ნანეიშვილი ბ., დუდუჩავა ნ., გეგეშიძე მ., გელაშვილი ქ., გობეჯიშვილი ვ. - 1990 - უცნობი გენეზის ტოქსიური ქიმიური ნივთიერებებით მოწამლულთა ფსიქიკური სფეროს კლინიკური შესწავლის შედეგები (თბილისი, 1989 წლის 9 აპრილი) -

- რენიმატოლოგიის, ინტენსიური თერაპიის, კატასტროფათა და კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინის პრობლემებისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სიმპოზიუმის მასალები, თბილისი, გვ.204-208
16. ნანეშვილი გ. – 1998 – ფსიქიატრიის მოკლე კურსი, თბილისი, "მეცნიერება", გვ.196-197
 17. სვანი ბ. - 1963 - ფსიქოგენური ფაქტორის მნიშვნელობა ინვოლუციური ასაკის განვითარებაში - მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის შრომები, ტ.XI- XIII, გვ.121-128
 18. თრანგიშვილი ა. - 1987 - ფსიქოლოგიური ნარკვევები. თბ., მეცნიერება, გვ.131
 19. ჭანტურია ქ. - 1996 - ფსიქოდიავნოსტიკური მეთოდების გამოყენება კლინიკაში. თბილისი
 20. ჭითავა ო. - 1957 - ფსიქოგენური წარმოშობის ცნობიერების ხანმოკლე აშლის კლინიკური თავისებურებისათვის. - მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის შრომები, ტ.VI-VII, გვ.5-17
 21. ჭითავა ო. - 1963 - ფსიქოგენურ რეაქციებში ასთენიურ გამოვლინებათა კლინიკისათვის - მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის შრომები, ტ.XI- XIII, გვ.181-194
 22. ჭითავა ო., ჭიშკარიანი მ. - 1995 - პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სინდრომი - ფსიქიატრიის აქტუალური საკითხები (საიუბილეო კრებული), თბილისი, გვ.74-76
 23. ხარებავა თ. - 1996 - პოსტტრავმული სტრესული დარღვევების სასამართლო-ფსიქიატრიული მნიშვნელობა. საქართველოს სამედიცინო მოამბე, 1-2, გვ. 32-37
 24. ჭიშკარიანი მ., ზურაბაშვილი დ., სიხარულიძე დ., ჩხიკვაძე ზ. და სხვ. - 1997 - რეკომენდაციები საომარი მოქმედებების შედეგად დაზარალებულთათვის. ნიდერლანდების საელჩო მოსკოვში, 30გვ.
 25. Александровский Ю.А. – 1976 – Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., Наука, 272с.
 26. Александровский Ю.А. - 1993 - Пограничная психиатрия: проблемы и их решение. В кн.: Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. М., с.217-228
 27. Александровский Ю.А. – 1993 – Пограничные психические расстройства. М., Медицина, 399с.
 28. Александровский Ю.А. – 1996 - Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. М. стр.18
 29. Александровский Ю.А. (Ред.) - 1990 - Методические рекомендации – Психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах. М., стр.7
 30. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. - 1991 - Психогении в экстремальных условиях. М., Медицина, 96 с.
 31. Бабушкина Л.В. - 1993 - Клинико-динамическая характеристика инсомний при пограничных заболеваниях - Автореферат на соиск. уч. степ. канд. мед. наук, Томск, 20 стр.
 32. Биндер Г. - 1967 - Психопатии, неврозы, патологические реакции. Клиническая психиатрия. Под ред. Груле и др. М., Медицина, 143-165
 33. Бунеев А.Н. - 1946 - Психогенные реакции и их судебно-психиатрическая оценка. Пробл. судеб. психиатрии. Сб. V, с.116
 34. Ганнушкин П.Б. – 1927 - Труды психиатрической клиники «Девичье поле». М., вып.11, с.54-57
 35. Ганнушкин П.Б. – 1933 – Клиника психопатии
 36. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. - Оксфордское руководство по психиатрии. Киев, т.1, стр.135
 37. Гельторн Э., Луфборроу Дж. –1966 – Эмоция и эмоциональные расстройства. М., Мир.
 38. Гиляровский А.В. – 1954 –Психиатрия. М., Медгиз
 39. Граве П.С. - 1981 - Системный подход к исследованию патологии психики. Системные исследования. М., с.167
 40. Даркшевич Л.О. - 1916 - Травматический невроз. Казань
 41. Добротворский Н.М. - 1917 - Исследования сосредоточения внимания при травматическом психоневрозе. Психиатрическая газета, №9.
 42. Жане П. – 1911 – Неврозы. М.
 43. Жильбер-Дрейфус - 1957 - Функциональная недостаточность надпочечников у бывших депортированных. Межд. Конф., М., 25-28, июнь
 44. Иванов Н.В., Родионов И.А. - 1971 - О соотношении особенностей психогенных ситуаций и

- психогенных реакций. Мат. конференции (20-22 ноября 1971), М., 121-126
45. Камаченко П.В. - 1992 - Психические нарушения при травматических ампутациях конечностей. Канд. дисс.
 46. Кербигов О.В. - 1962 - Клиническая динамика психопатий и неврозов. Актовая речь, М., 19с.
 47. Ковалев А.Г. - 1965 - Психология личности, М.
 48. Козарич-Ковачич Д. - 1998 - Симптомы и диагнозы. Кн.: Психосоциальная помощь жертвам войны: беженкам и их семей. Киев, стр.36
 49. Кондратьев Ф.В. - 1984 - Роль личности в опасном поведении психически больных. Соотношение биологического и социального в психиатрии. М., с.83-93
 50. Кондратьев Ф.В. - 1993 - Теоретические основы проблемы невменяемости. В кн.: Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. М., с.70-86
 51. Короленко Ц.П. - 1978 - Л., Медицина, 231с.
 52. Краснушкин Е.К. - 1944 - Неврозы военного времени и их лечение. Военная медицина на Западном фронте Великой Отечественной Войны, 3.
 53. Краснушкин Е.К. - 1960 - Избранные труды. М., Медгиз, 608с.
 54. Краснянский А.Н. - 1990 - К вопросу о социально-психологических проблемах и медицинской реабилитации ветеранов войны в Афганистане. Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты. Вып.2. Тез. докл., Межд. Науч. Конф., М., с.35-37
 55. Краснянский А.Н. - 1993 - Посттравматические стрессовые расстройства у участников военных конфликтов. Синапс, 3, с.14-34
 56. Лакосина Н.Д. - 1970 - Клинические варианты невротического развития. М., Медицина, 218с.
 57. Леонтьев А.Н. - 1971 - В кн.: Личность. мат. обсуждения проблем личности на симпозиуме, сост. (10-12 марта 1970), М., с. 202
 58. Леонтьев А.Н. - 1975 - Деятельность. Сознание. Личность. М.
 59. Макглинн Т., Метклаф Г. - 1989 - Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей), 119с.
 60. Минцер О.П., Угаров Б.Н., Власов В.В. - 1982 - Методы обработки медицинской информации. Киев, 160 с.
 61. Михель М. - 1957 - Глубина психологической травмы при "тотальном" преследовании. - Межд. Конференция в Москве, 25-28 июня 1957г.
 62. Морозов В.М. - 1958 - Об отдаленных последствиях пребывания в нацистских лагерях у бывших депортированных и военнопленных. Ж. Невропатол. и Психиатр., т.58., вып.3, с.373-380
 63. Морозов В.М. - 1990 - К вопросу о нажитой психической инвалидности по П.Б.Ганнушкину. Ж. Невропатол. Психиатр. М., т.90., с.102
 64. Наенко Н.И. - 1976 - Психическая напряженность, М.
 65. Осипов П. - 1931 - Руководство по психиатрии, стр.435-455
 66. Погибко Н.И., Телешевская М.Э. - 1971 - Неврозы и психозы как стадии реактивных состояний. Мат. Конф. (20-22 ноября 1971), М., 117-121
 67. Рейковский Я. - 1979 - Экспериментальная психология эмоций. М., Прогресс
 68. Селье Г. - 1972 - На уровне целого организма: Пер. с англ. М., Наука, 122с.
 69. Селье Г. - 1982 - Стресс без дистресса: Пер. с англ. М., Наука, 128с
 70. Симонов П.В., Ершов П.М. - Темперамент. Характер. Личность. М., Наука, 160с.
 71. Смелзер Н. (Smelser N.)- 1994 - Социология. М., Феникс, стр. 472
 72. Собчик Л.Н. - 1990 - Методы психологической диагностики. М., т.3, стр.40
 73. Суханов С.А. - 1915 - Новое о так называемом травматическом неврозе после воздушных контузий. Псих. Газета, Т.19
 74. Сухарева Г.Е. - 1949 - Учение о реактивных состояниях в свете данных военно-психиатрического опыта. В сб.: Проблемы клиники и течения психических заболеваний. М.
 75. Тихоненко В.А., Шишков С.Н., Иванушкин А.Я., Покуленко Т.А. - Правовые и этические проблемы психиатрии. В кн.: Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. М., с.153-164
 76. Тураходжаев А.М. - 1992 - Социально-трудовая адаптация при психических расстройствах у участников войны в Афганистане. Автореф. Канд. дисс., М.
 77. Ушаков Г.К. - 1987 - Пограничные нервно-психические расстройства. М., Медицина, 292 с.
 78. Фелинская Н.И. - 1968 - Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М., Медицина, 304с.

79. Фелинская Н.И. - 1974 - О типах реагирования личности на психическую травму. - Сборник трудов НИИ психиатрии им. М.М.Асатиани, т. XIX-XX, с.264-267.
80. Фишез Л. - 1957 - Причины массовой смертности, поражающей наши ряды. - Межд. Конференция в Москве, 25-28 июня 1957г.
81. Фролов И.Т. – Перспективы человека. Вопросы философии. 1975, №7. с.84
82. Хананашвили М.М. – 1978 – Информационные неврозы. Л., Медицина, 286с.
83. Adler A. - 1943 - Neuropsychiatric complications in victims of the Boston's Coconut Grove disaster. J. Am. Medical Association, 123, 1098-1101
84. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV: DSM-IV Options Book - 1991 - Washington, DC, APA,
85. Arcel L.T. et al. – 1995 - in: Psycho-social Help to War victims: Refugee women and their families, Copenhagen, pp.116
86. Askevold F - 1980 - The war sailor syndrome, Danish Medical Bulletin, 27, 220-223.
87. Babinski J., Fromet J. - 1918 - Hysteria or pithiatism and reflect nervous disorders in the neurology of war. London: University of London Press
88. Barrois C. - 1988 - Les neuroses traumatiques. Dunod, Bordas edit. Paris.
89. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. - 1961- An Inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry, 41, 561-571
90. Beck A.T. - 1969 - Measuring depression: The depression inventory. In: Recent Advances in the Psychology of Depressive illness, eds. M.M.Katz and J.A.Shields. Washington.
91. Benton G.H. – 1931 – “War” neurosis and allied conditions in ex-service men: As observed in the US Public Health Service Hospitals for Psychoneurotics. J American Medical Association, 17, 360-365
92. Bleich A., Koslowsky M., Dolev A., Lerer B. - 1997 - PTSD and Depression - British J of Psychiatry, 170, 479-482
93. Bleuler E. - 1926 - Affektivitat, Suggestibilitat, Paranoia. - Halle, Marhold, 168S.
94. Bonhoeffer K. -1927- Bemerkungen zur "Unfallneurose" an der Hand einiger neuer Arbeiten. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 53, 14-16
95. Bouthillon P., Crocq L., Julien H., Noto R. – 1990 – Psychological stress and its long-term effects in victims of terrorist attacks. Urgences, 9 102-105
96. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. – 1991 – Traumatic events and PTSD in an urban population of young adults. Arch. Gen. Psychiatry, 40:216-222
97. Brett E.A., Spitzer R.L., Williams J.B. - 1988 - DSM-III criteria for PTSD. Am. J. Psychiatry, 145, 1232-1236
98. Brill N.Q. –1943 – War neuroses. J. Laboratory and Clinical Medicine, 28, 489-498
99. Brown G.W., Harris T.O., Eales M.J. - 1996 - Social Factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. Br. J. Psychiatry, 168 (Suppl.30), 50-57
100. Burkle F.- 1983- Coping with stress under conditions of disaster and refugee care - Military Medicine, vol.198, N10, 800-803
101. Charlot V. - 1992 - Les etats d'ess stress posttraumatiques. Les etats nevrotiques. Upjhon, p.243-60
102. Charney D.S., Woods S.W., Goodman W.K., Heninger G.R. - 1987 - Neurobiological mechanisms of panic anxiety: Biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panic attacks. Am J Psychiatry, 144, 1030-1036
103. Clarke G., Sack W.H., Goff B. - 1993 - Three forms of stress in Cambodian adolescent refugees. J Abnormal Child Psychology, 21, 65-77
104. Culpin M. - 1930 - The need of psychotherapy. Lancet, (2), 725-726.
105. Da Costa J.M - 1871 - On Irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequence. Am. J. Medical Science, 16, 17-52
106. Dagan Y., Lavie P., Bleich A. - 1991 - Elevated awaking thresholds in sleep stage 3-4 war-related PTSD
107. Davidson J. – 1992 – Drug Therapy of PTSD. British J Psychiatry, 160: 309-314
108. Davidson J.R.T., Fairbank J.A. - 1992 - The epidemiology of PTSD. In: J.Davidson, E.Foa (Eds.) PTSD: DSM-IV and Beyond. APA, London, England. pp.147-172
109. Davidson J.R.T., Foa E.B. - 1991 - Diagnostic issues in PTSD: Considerations for DSM-IV. Journal of Abnormal Psychology, 100, 346-355
110. Denham R.H., Currier F.P. – 1924 – The traumatic neurosis: fact or fiction? International Journal of Medicine and Surgery, 46,432-434
111. Drinka G.F. - 1984 - The birth of neurosis: Myth, malady and Victorians. New Your. Simon and Schuster
112. DSM-III – 1980 – American Psychiatry Association

- 113.DSM-III-R - 1987 - American Psychiatric Association (APA), Washington, DG
- 114.DSM-IV – 1994 – American Psychiatry Association, 886 p.
- 115.Durkheim E. - 1915 - The elementary forms of the religious life (J.W.Swain, trans.) New York. Free Press (1965)
- 116.Eitinger I. - 1980 - Jewish concentration camp survivors in the post-war world, Danish Medical Bulletin, 27, 232-235
- 117.Eitinger I., Strom A. - 1973 - Mortality and Morbidity after Excessive Stress, Universitetsforlaget, Oslo
- 118.Ellenberger H.F. – 1970 - The discovery of unconscious: The history of the evaluation of dynamic psychiatry. New York: Basic Books
- 119.Erichsen J.E.-1867-On railway and other injuries of the nervous system. Philadelphia: Henry C.Lea
- 120.Ey H., Bernard P., Brisset Ch. – 1967 – Manuel de Psychiatrie. 3-me ed. Paris, 1211p.
- 121.Fairbairn W.D. -1943 - The repression and return of bad objects: with special reference to the war neuroses. British Journal of Medical Psychology, 19, 327-341
- 122.Fetterman J.L. - 1935 - The neurosis associated with trauma. Industrial Medicine, 4, 4-9
- 123.Figley C.R. – 1978 – Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, Research and Treatment. New York
- 124.Fischer-Homberger E.- 1975- Die traumatische neurose. Bern, Stuttgart, Vienna :H.Huber.
- 125.Follette V.M., Polusny M.A., Beehler A.E., Naugle A.E. - 1996 - Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. J Traum. Stress, vol. 9, N1, 25-36
- 126.Frankl V.E. - 1958 - Collective neuroses of the present day. Intern. J. Prophyl. Med., v.2, p.81
- 127.Frankl V.E. (Франкл В.) - 1990 - Человек в поисках смысла., М., 366 с.
- 128.Frazer L.I., Phelps D. –1942 – Psychiatric effects of severe personal experiences during bombing. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 36:119-123
- 129.Freud S. - 1961 - The future of an illusion. In J.Strachey (Ed.), The Standard edition of the complete psychological works of Freud, vol21, London: Hogarth
- 130.Freud, S. - 1955 - Introduction to psychoanalysis and war neuroses. In J.Strachey (Ed.), Standard Edition, XVII. London: Hogart Press
- 131.Friedman M.J. – 1991 – Biological approaches to diagnosis and treatment of PTSD. J Traumatic Stress, 4:67-91
- 132.Goldstein K. - 1943 - On so-called war neurosis. Psychosomatic Medicine, 5, 376-383
- 133.Gosling F.G. – 1987 – Before Freud: Neurasthenia and the American medical community 1870-1918. Urbana, Il: University of Chicago Press
- 134.Green B.L. - 1993 - Trauma and Stressors across Events. In: Wilson et al.(Eds.):International Handbook of traumatic stress syndromes. Plenum Press, New York, pp.135-144
- 135.Green B.L., Wilson J.P., Lindy J.D. - 1985 - Conceptualizing PTSD: A psychosocial framework. In: C.R.Figley (Ed.), Trauma and its wake, Vol. I: The study and treatment of PTSD (pp.53-69). New York: Brunner/Mazel.
- 136.Gunderson J.G., Sabo A.N. - 1993 - The Phenomenological and Conceptual Interface Between Borderline Personality Disorder and PTSD. Am J Psychiatry 150:1, January,
- 137.Hartmann E. - 1984 -The nightmare - New York: Basic Books
- 138.Harvey M.R. - 1996 - An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. J Traumatic Stress, vol.9, N1, pp.3-24
- 139.Henderson J.L., Moore M. – 1944 – The psychoneurosis of war. New England J Medicine, 230, 273-278
- 140.Herman J. – 1992 – Trauma and Recovery. New York. Basic Books
- 141.Herman J., Perry J.C., Van Der Kolk B.A. - 1989 - Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 146, 490-495
- 142.Hoffman L., Watson P.D., Wilson G., Montgomery J. - 1989 - Low plasma beta-endorphin in PTSD. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 23, 269-273
- 143.Horowitz M.J. – 1976 – Stress response syndromes. New York: Jason Aronson, Inc.
- 144.Hyer L., Boudewyns P., Harrison W.R., O'Leary W.C., Bruno R.D. et al. – 1988 – Vietnam Veterans: Overreporting versus acceptable reporting of symptoms. J Personality Assessment, 52(3), 475-486
- 145.Inman T.G. – 1920 – Some comparisons between war neuroses and those of civilian life. J California State Medical Society, 18:184-186
- 146.Janerich D. - 1981 - Increased leukemia, lymphoma and spontaneous abortion in western New York following a flood disaster. Publ. Health Rep., vol. 96, 350-356

147. Janet P. – 1907 – The major Symptoms of hysteria: 15 lectures given in the Medical School of Harvard University. New York: The McMillan Company
148. Jensen S.B. - 1992 - Traumatized refugees meet psychiatry. In: Health situation of Refugees and victims of organized violence. Rijswijk. pp.41-61
149. Jordan B.K., Schlenger W.E., Hough R. et al. - 1991 - Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. Arch. Gen. Psychiatry, 48, 207-215
150. Kaminer H., Lavie P. - 1991 - Sleep and dreaming in Holocaust survivors: Dramatic decrease in dream recall in well-adjusted survivors. - J Nervous and Mental Disease, 179, 664-669,
151. Kaplan H., Sadock B. – Synopsis of Psychiatry, 1991, p.389
152. Kardinger A. - 1941- The Traumatic neurosis of war. New York: P.
153. Kelman H. -1945 - Character and traumatic syndrome. Journal of Nervous and Mental Diseases, 102, 121-153
154. Kennedy F. -1930 - Neuroses following accidents. Bull New York Ac Medicine, 6 1-17
155. Kheen R. - 1980 - Follow up studies of World War II and Korean conflict prisoners, mortality to January 1, 1976. Am. J. Epidem., vol. 111, 194-211
156. Kieler J. -1980 - Immediate Reactions to Capture and Deportation, Danish Medical Bulletin, 27, 217-20
157. Kinzie J.D., Goetz R.R. - 1996 - A century of controversy surrounding Posttraumatic Stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. J Traumatic Stress, Vol9, N2, 159-180
158. Kinzie J.D., Sack W., Angell R., Clarke G., Ben R. – 1989 – A 3-year follow-up of Cambodians young people traumatized as children. American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 28, 501-504
159. Kolk van der B., Hart van der O. – 1989 – Pierre Janet and breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry, 146:1530-1540
160. Kraepelin E. – 1920 – Psychological origins in Psychiatrie, ein Lehrbuch fur Studierende und Arste. Leipzig: Verlag J.A. Barth
161. Kramer S.N.-1981- History begins in Summer: 39 firsts in man’s recorded history. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
162. Kroll J., Habenicht M., Mackenzie T. et al. – 1989 – Depression and PTSD in South east Asian refugees. Am J Psychiatry, 146, 1592-1597
163. Lange J. –1928 – Die endogenen und reactiven Gemutserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin, Bd.6, Teil 2, S.135-189
164. Last J.M. – 1983 – A dictionary of epidemiology, New York: Oxford, University Press
165. Laufer R.S. - 1988 - The serial self: War trauma, identity and adult development. In: Wilson et al. (Eds.). Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam. New York: Plenum Press. pp.33-53
166. Lennon M.B. - 1920 - The traumatic neuroses. J Am Medical Assoc., 83, 738-740
167. Lewis A. – 1942 – Incidence of neurosis in England under war conditions. Lancet, (2):175-183
168. Lifton R.J. -1988 - Understanding of traumatized self: Imagery, symbolization and transformation. In: Wilson et al. (Eds.), Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam. New York: Plenum Press: 7-31
169. Lindemann E. -1944 - Symptomatology and management of acute grief. Am. J. Psychiatry, 101, 141-148
170. Maida C.A., Gordon N.S., Steinberg A., Gordon G. – 1989 – Psychological impact of disasters: Victims of the Baldwin Hills fire. J Traumatic Stress, 2 37-48
171. Malt U. – 1987 – Psychopathology and accidental injuries. Acta Psychiatrica Scandinavica, 76, 261-271
172. Mason J.W., Giller E.L., Kosten T.R. et al - 1986 - Urinary free-cortisol in posttraumatic stress disorder. J. Nervous and Mental Diseases, 174, 145-149
173. Mathers A.T. – 1942 – The psychoneuroses in wartime. Canadian Medical Ass. Journal, 47, 103-111
174. Medical Ethical Standards in Mental Health Care: for victims of organized violence, refugees and displaced persons - 1995 - Royal Tropical Institute - Pharos, Netherlands, 120 p.
175. Menninger W. –1946 – Modern concepts of war neurosis. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 22, 7-22
176. Micale M. - 1990 - Charcot and the idea of Hysteria in the male: Gender, Mental Science and Medical Diagnosis of the Late 19th Century. France, Medical History, 34, 363-411
177. Moleen G.A. – 1924 - Nervous disturbances as a result of injury, with special reference to the true and false traumatic neurasthenia. Colorado Medicine, 21, 87-91
178. Mott F.W. - 1914 - War neurosis and shell shock. London. Oxford University Press.

179. Murphy S. - 1989 - Advanced practice implications of disaster stress research. *J. Psychol.*, vol. 22, 137-141
180. Naneishvili G., Kenchadze V. - 1995 - Mass psychogenic trauma - "Anniversary Syndrome". ფსიქიატრიის აქტუალური საკითხები (საიუბილეო კრებული), თბილისი, გვ.42-44
181. Neustater W.L. - 1946 - 750 Psychoneurotics in 10 weeks fly bombing. *Journal of Mental Science*, 92, 110-117
182. Norris F.N. - 1992 - The epidemiology of Trauma
183. Ornstein A.M. - 1938 - Functional disorders of the nervous system as sequel to trauma. *Am J Surgery*, 42, 772-784
184. Ostano M. - 1925 - Industrial neurosis. *Am J Psychiatry*, 5, 117-131
185. Page, H.W. - 1885 - Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesions and nervous shock in their surgical and medical legal aspects, London: J.A.Churchill
186. Paigen B., Holden C. - 1980 - Love canal residents under stress: psychological effects may be greater than physical harm. *Science*, vol. 208, 1242-1244
187. Parry-Jones B. et al. - 1994 - PTSD: Supportive evidence from an 18th century natural disaster. *Psychological Medicine*, 24, 15-27
188. Perry S.W., Cella D.F., Falkenber J. et al - 1987 - Pain perception in burn patients with stress disorders. *J of Pain and Symptom Management*, 2, 29-33
189. Pilisuk M. - 1975 - The legacy of the Vietnam Veterans. *J Soc. Issues*; 31:3-12
190. Pitnam R.K., Orr S.P., Forgue D.F., et al. - 1987 - Psychophysiological assessment of PTSD imagery in Vietnam combat veterans. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 970-975
191. Ploeger A. - 1977 - A 10-year follow up of miners trapped for 2 weeks under threatening circumstances. *Stress and Anxiety*, 4, 23-28
192. PTSD - National Institute of Mental Health, PKT 00-0026, July, 1995.
193. Putnam J.J. - 1883 - Recent investigations into so-called concussion of the spine. *Boston Medical and Surgical Journal*, 109, 217-220
194. Rado S. - 1943 - Psychodynamics in the treatment of war neurosis (traumatophobia). *Psychosomatic Medicine*, 4, 362-368
195. Ramsey J. - 1939 - Nervous disorder after injury: A review of 400 cases. *British Medical Journal*, (2), 385-390
196. Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Dansky B.S., Sanders B.E., Best C.L. - 1993 - Prevalence of civilian trauma and PTSD in representative National sample of women. *J. Consulting & Clin. Psychol.*, 61 984-991
197. Riley I.D. - 1942 - Perforated peptic ulcers in war-time *Lancet*, 2, 485
198. Roos R.J., Ball W.A., Sullivan K.A., Caroff S.N. - 1989 - Sleep disturbance the hallmark of PTSD. *Am. J Psychiatry*, 146, 697-707
199. Salvatore M. - 1992 - Women after war: Vietnam experiences and posttraumatic stress: Contributions to social adjustment problem of Red Cross workers and military nurses. *Abstract . PTSD Research Quarterly*; 1993, vol.4, N1, winter, p.3
200. Sargant W., Slater E. - 1941 - Amnesic syndromes in war . *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 34:757-764
201. Sheehan D.V. - 1982 - Panic attacks and phobias. *New Engl. J Med.*, 307, 156-158
202. Sheehan D.V., Sheehan M.S. - 1982 - The classification of anxiety and hysterical states. *J. Clinical Psychology*, 2, p.235-243
203. Shneider K. - 1980 - *Klinische Psychopathologie*; 12. undervanderte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 174 S.
204. Sierles F.S. et al. - 1983 - PTSD and concurrent psychiatric illness. *Am. J. Psych.*, 140, 1177-1179
205. Slater E. - 1943 - the neurotic constitution: A statistical study of 2 thousand soldiers. *J. Neurology and Psychiatry*, 6, pp. 1-16
206. Solomon SD, Gerrity E, Muff AM. - 1992 - Efficacy of treatments for PTSD (An empirical review). *JAMA*, August 5, vol. 268
207. Solomon Z. - 1989 - Characteristic psychiatric symptomatology of PTSD in veterans: A 3-year follow up. *Psychological Medicine*, 19, 927-936
208. Southard E.E. - 1973 - Shell shock and other neuropsychiatric problems presented in 589 case histories from the war literature 1914 to 1918 (monograph No 3) New York: Arno Press
209. Southwick S., Krystal J.H., Charney D.S. - 1989 - Yohimbine effects in PTSD patients. *ACNP Abstracts*, p.185
210. Stierlin E. - 1911 - Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen *Nervous - Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 37, 2028-2035

211. Stinson B. - 1965 - Battle fatigue and how it was treated in the civil war. *Civil war Times Illustrated*, 4, 40-44
212. Sutherland J.D. -1941 - A survey of 100 cases of war neurosis. *British Medical Journal*. 2, 365-370
213. Targowla - 1950 - *Pres. med.*, vol.58, N40, p.728
214. Thom D.A. -1943 - War neurosis experiences of 1914-1918.: Lessons for the current emergency. *J Laboratory and Clin. Med.*, 28, 499-508
215. Trautman E.G. - 1964 - Fear and Panic in Nazi concentration camps: a biosocial evaluation of the chronic anxiety syndrome - *International Journal of Social Medicine*, 10, 134-141
216. Veith I. – 1965 – *Hysteria: The history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press
217. Watson C.G., Juba M.P., Manifold V., Kulata T., Anderson P.E.D - 1991 - The PTSD Interview: Rationale, descriptive, reliability and concurrent validity of a DSM-III based technique. *J Clinical Psychology*, 47, 179-188
218. Watson C.G., Kulata T., Juba M.P., Manifold V., Anderson P.E.D - 1991 - A factor analysis of DSM-III PTSD criteria. *J. Clin. Psychol.*, 47, 205-215
219. Weisaeth L., Eitinger L. – 1991 – Research on PTSD and other Post-traumatic reactions: European Literature. *PTSD Research Quarterly*, vol.2., N2-3, Spring, Summer, p.1-3
220. Whiles H. - 1945 - A study of neurosis among repatriated prisoners of war. *British Medical Journal*, (2), 697-698
221. Wilson J.P. - 1989 - *Trauma, transformation and healing*. New York: Brunner/Mazel
222. Wilson J.P. - 1992 - The historical evolution of PTSD criteria: DSM-I to DSM-IV. In: S.B.Jensen, H.Kjaer, P.Christensen (Eds.), *Trauma transformation and healing*. Aalborg: Center for Psychosocial and Traumatic Stress.
223. Woodward S. - 1993 - Sleep disturbances in Post-Traumatic Stress Disorder - *PTSD Research Quarterly*, vol. 4, N1, Winter
224. Yehuda R., Southwick S.M., Krystal J.H. - 1993 - Enhanced Suppression of cortisol following dexamethazone administration in PTSD - *Am. J. Psychiatry*, 150, 83-86
225. Zeiss R.A., Dickman HR - 1989 – PTSD 40 years later - *J Clinical Psychology*, 45 (1):80-87

დანართი № 1

სოციალური კვლევის ანკეტა იძულებით ადგილნაცვალ პირთათვის

D1	სქესი	0. მამრ 1. მდედრ
D2	ასაკი	0. 17 წ-მდე 1. 18-25 2. 26-35 3. 36-45 4. 46-55 . 5. 56-65 . 6. 66-75 7. 75-ს ზევით
D3	ეროვნება	0. ქართველი 1. აფხაზი 2. ოსი 3. რუსი 4. ებრაელი 5. სომეხი 6. აზერბაიჯანელი 7. სხვა -----
D4	საცხოვრებელი ადგილის მისამართი (მუდმივი)	----- -----
D5	განათლება	0. არსრ. საშუალო 1. საშუალო 2. საშ. სპეც. 3. არასრ. უმაღლესი 4. უმაღლესი
D6	პროფესია (მიუთითეთ)	
D7	დღევანდელი საქმიანობა	
D8	პროფესიული საქმიანობა წარსულში (5-10 წლის წინათ)	
D9	ოჯახური მდგომარეობა	0. მარტოხელა 1. დაოჯახებული 2. განქორწინებული 3. ქვრივი 4. სრული ოჯახი
D10	ოჯახის წევრთა რაოდენობა	ამჟამად მშობლიური კუთხის მიტოვებამდე
D10.1	თუ შვილები გყავთ7 მათი რაოდენობა ასაკის ჩვენებით	რაოდენობა ასაკი
D11	თქვენი ამჟამინდელი თვითური შემოსავალი (სოცდახმარების ჩათვლით)	
D12	ხართ თუ არა მორწმუნე	1. დიახ 2. არა
D12.1	(თანხმობის შემთხვევაში) რელიგიური აღმსარებლობა	0. მართლმადიდებელი 1. კათოლიკური 2. ებრაული 3. მუსლიმანური 4. გრიგორიანული 5. ბუდისტური 6. სხვა (აღნიშნეთ):
D13	იყავით თუ არა მორწმუნე ადრე (5-10 წლის წინათ)?	1. დიახ 2. არა
D14	საქართველოში ბოლო 10 წლის განმავლობაში მომხდარ მოვლენებს შორის რამ მოახდინა თქვენზე ყველაზე მძიმე შთაბეჭდილება	0. ქვეყნის ეკონომიკური ნგრევა 1. 9 აპრილის მოვლენები 2. თბილისის ომი 3. აფხაზეთის კონფლიქტი 4. სამაჩაბლოს მოვლენები 5. სხვა:
D15	ხომ არ მოჰყოლია მას რაიმე მძიმე შედეგი თქვენთვის ან თქვენი ოჯახისათვის ?	1. დიახ 1. არა
D16	(თანხმობის შემთხვევაში) რაში გამოიხატა ეს?	
16.1	მშობლიური კუთხის მიტოვება (მიუთითეთ ვისთან ერთად) :	0. მარტო 1. მთელი ოჯახი 2. დედა / მამა 3. შვილები 4. და/მმა 5. რძალი/სიმე 6. მეუღლე 7. ნათესავები 8. მეგობრები 9. სხვა :

		1.02 როდის? ----- წელი
16.2	დაზიანება / დაჭრა :	2.0 ძალიან მძიმე ხარისხის 2.1 საშუალო “2.2. მსუბუქი ხარისხის 2.3 იოლი
16.3	ძალადობის მსხვერპლი :	3.0.ფსიქიკური 3.1 ფიზიკური
16.4	ტყვედ ჩავარდნა :	4.0 6 თვემდე 4.1 6-12 თვე 4.2 1 წ-ზე მეტი 4.01 სად? (აღნიშნეთ) :
16.5	ახლობლის დაჭრა / დაშავება (თუ ერთზე მეტია7 მიუთითეთ რაოდენობა) _____ ვინ?	5.1 მეუღლე 5.2 შვილი 5.3 და/ძმა 5.4 მშობლები 5.5 სხვა5 <u>5.0 დაზიანების ხარისხი :</u> 5.01 ძალიან მძიმე 5.02 საშხარისხის 5.03 მსუბუქი 5.04 იოლი ფორმის
16.6	ახლობლის ტყვეობაში ჩავარდნა (თუ ერთზე მეტია7 მიუთითეთ რაოდენობა) _____ ვინ?	1. მეუღლე 2. დედა 3. მამა 4.და/ძმა 5. შვილი 6. სხვა ნათესავი 7. ახლო მეგობარი 8. სხვა <u>6.0 ტყვედ ჩავარდნის ხანგრძლივობა:</u> 6.01 6 თვემდე 6.02 6-12 თვე 6.30 1 წ-ზე მეტი
16.7	ახლობლის დაკარგვა (თუ ერთზე მეტია, მიუთითეთ რაოდენობა _____) ვინ?	1. მეუღლე 2.დედა 2. მამა 4. და / ძმა 5. შვილი 6. სხვა ნათესავი 7. ახლო მეგობარი 8. სხვა5 <u>7.0 ხანგრძლივობა:</u> 7.01 6 თვემდე 7.02 6-12 თვე 7.03 1 წ-ზე მეტი
16.8	ახლობლის დაღუპვა - გარდაცვალება (თუ ერთზე მეტია7 მიუთითეთ რაოდენობა _____) ვინ?	1. მეუღლე 2. დედა 3. მამა 4. და / ძმა 5. შვილი 6. სხვა ნათესავი 7. ახლო მეგობარი 8. სხვა <u>8.0 რამდენი ხანია:</u> 8.01 6 თვემდე 8.02 6-12 თვე 8.03 1 წ-ზე მეტი
16.9	მატერიალური დანაკარგი:	9.1 საცხოვრებელი (თუ 1-ზე მეტი იყო7 მიუთითეთ რაოდენობა _____), <u>9.1 ა ბინა 9.1 ბ კერძო სახლი ქალაქში</u> <u>9.1 გ კერძო სახლი სოფლადად</u> 9.1.1 მთლიანად განადგურებული 9.1.2 ნაწ. დაზიანებული 9.1.3 ოდნავ დაზიანებული 9.1.4 იძულებით გაყიდული 9.1.5 სხვა 9.2 <u>საწარმო / ფერმა</u> 9.2.1 მთლიანად განადგურებული 9.2.2 ნაწმდაზიანებული 9.2.3 ოდნავ დაზიანებული 9.2.4 იძულებით გაყიდული 9.2.5 სხვა <u>9.3 სატრანსპორტო საშუალება :</u> 9.3.1 მთლიანად განადგურებული 9.3.2 ნაწმდაზიანებული 9.3.3 ოდნავ დაზიანებული 9.3.4 იძულებით გაყიდული 9.3.5 სხვა <u>9.4 შინაური ცხოველები (რაოდენობა _____)</u>

		9.5 მატერიალური ფასეულობები				
16.10	სამსახურის დაკარგვა	1. დიახ 2. არა				
16.11	სხვა					
D17	როგორ შეაფასებდით მიყენებულ მატერიალურ ზარალს, თუ ასეთი რამ განიცადეთ (სახლის ღირებულების გარდა)?	1 1000- 5000 \$ 2. 5000-10000 \$ 3. 10000-50000\$ 4. 50000-100000 \$ 5. 100000 \$ -ზე მეტი				
D18	(იმულებით ადგილნაცვალ პირთათვის) რისი წამოღება მოახერხეთ?	0. არაფრის 1. ფული. მატერ. ფასეულობა 2. ტანსაცმელი 3. ავეჯი 4. მანქანა 5 შინაური ცხოველები 6. სხვა :				
D19	სად ცხოვრობთ ამჟამად?	0. საკუთარ ბინაში / სახლში 1. ადგილნაცვალ პირთათვის გამოყოფილ საცხოვრებელში 2. დაქირავებულ ბინაში 3. ახლობლის ოჯახში 4. სხვა-----				
D20	როგორია თქვენი საცხოვრებელი ბინის სანიტარული პირობები?	0. არაადაკმაყოფილებელი 1. დამაკმაყოფილებელი 2. კარგი 3. ძალიან კარგი				
D21	რამდენ ადამიანს გძინავთ ერთ ოთახში?					
D22	ოჯახის წევრთაგან ცხოვრობს (მიუთითეთ ნომერი) 1. არავინ 2. მეუღლე 3. შვილები 4.დედა .5. მამა 6. და/მმა სხვა ნათესავები	თქვენთან ერთად5 თქვენგან ცალკე7	მაგრამ აქვე ან საქართველოს სხვა რეგიონში	სხვა ქვეყანაში.	ამჟამად რეპირებულ ტერიტორიაზე	
22.1	განშორების ხანგრძლივობა: (მიუთითეთ ნომერი) ! არავინ 2. მეუღლე 3. შვილები 4. დედა 5. მამა 6. და / 'მმა 7. სხვა ნათესავები	22.1.1 6 თვემდე 22.1.2 6-12 თვე 22.1.3 1 წელზე მეტი.				
D23	რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ჯანმრთელობის	ძალზე უკმაყოფილო !	უკმაყოფილო 2	რადაც საშუალო 3	კმაყოფილი 4	სავსებით კმაყოფილი 5
D24	(თუ უკმაყოფილოა) რა გაწუხებთ?					
D25	რამდენად კმაყოფილი იყავით ჯანმრთელობით ადრე (5-10 წლის წინ)?	ძალზე უკმაყოფილო 1	უკმაყოფილო 2	რადაც საშუალო 3	კმაყოფილი 4	სავსებით კმაყოფილი 5
D26	(თუ უკმაყოფილოა) რა გაწუხებდათ?					
D27	რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ოჯახის წევრთა ჯანმრთელობით? (მიუთითეთ ნომერი) 0. მამა 1. დედა 2. შვილები 2. და/მმა 4. მეუღლე 5. სხვა ნათესავები	ძალზე უკმაყოფილო 1	უკმაყოფილო 2	რადაც საშუალო 3	კმაყოფილი 4	სავსებით კმაყოფილი 5
D28	ხართ თუ არა უზრუნველყოფილი	1. დიახ 2. არა				

	სამედიცინო მომსახურებით?											
D29	(თანხმობის შემთხვევაში) ვის მიერაა ის ორგანიზებული?	0. ჯანდაცვის სამინისტრო 1. ადგილნაცვალ პირთა განსახლების კომიტეტი 2. უცხოური ჰუმანიტარული ორგანიზაცია “3. სხვა -----“										
D30	თუ არა, რატომ?											
D31	გიმპურნალიათ თუ არა ოდესმე („ცუდი“) ნერვების გამო?	1. დიახ 2. არა										
D32	(თანხმობის შემთხვევაში) როდის?											
D33	გაწუხებთ თუ არა („ცუდი“) ნერვები ამჟამად?	1. დიახ 2. არა										
D34	(თანხმობის შემთხვევაში) აღწერეთ თქვენი პრობლემები											
D35	ღებულობთ თუ არა ჰუმანიტარულ დახმარებას?	1. დიახ 2. არა										
D36	(თანხმობის შემთხვევაში) ვისგან?	0. ადგილნაცვალ პირთა განსახლების კომიტეტი 1. სოცუზრუნველყოფის სამინისტრო 2. უცხოური ჰუმანიტარული ორგანიზაცია 3. სხვა :										
D37	რამდენად კმაყოფილი ხართ (მიუთითეთ ნომერი): 1. თქვენი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობით? 2. თქვენი შრომითი საქმიანობით? “3. ნათესავ-მეგობრებთან ურთიერთობით? 4. მეზობლებთან ურთიერთობით? 5. საკუთარი თავით? 6. თქვენი ცხოვრების უსაფრთხოებით?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ძალზე უკმაყოფილო</th> <th>უკმაყოფილო</th> <th>რადაც საშუალო</th> <th>კმაყოფილი</th> <th>სავსებით კმაყოფილი</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>!</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ძალზე უკმაყოფილო	უკმაყოფილო	რადაც საშუალო	კმაყოფილი	სავსებით კმაყოფილი	!	2	3	4	5
ძალზე უკმაყოფილო	უკმაყოფილო	რადაც საშუალო	კმაყოფილი	სავსებით კმაყოფილი								
!	2	3	4	5								

D38	<p>თუ გაიხსენებთ თქვენს ახლო წარსულს (5-10წ. წინათ მშობლიურ კუთხეში ცხოვრების პერიოდს) რამდენად იყავით კმაყოფილი (აღნიშნეთ ნომერი)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. თქვენი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობით 2. თქვენი შრომითი საქმიანობით 3. ნათესავ-მეგობრებთან ურთიერთობით 4. მეზობლებთან ურთიერთობით 5. საკუთარი თავით 6. თქვენი ცხოვრების უსაფრთხოებით 	მაღლე უკმაყოფილო	უკმაყოფილო	რადაც საშუალო	კმაყოფილი	სავსებით კმაყოფილი
D39	<p>1 თქვენი აზრით 7 5-10 წლის წინანდელი მდგომარეობასთან შედარებით დღეს ჩვენს ქვეყანაში სიღარიბეში ცხოვრობს ხალხის ...</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. გაცილებით მეტი ნაწილი 2. მეტი ნაწილი 3. დაახლოებით იგივე რაოდენობა 4. უფრო მცირე ნაწილი 5. გაცილებით ნაკლები ნაწილი 				
D40	<p>თქვენი აზრით 7 შესაძლებელია თუ არა 7 რომ გაჭირვებაში ჩავარდნილი ხალხის უმრავლესობამ დააღწიოს თავი ამ მდგომარეობას?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. სრულიად შეუძლებელია 2. შეუძლებელია 3. მიჭირს პასუხი 4. შესაძლებელია 5. სავსებით შესაძლებელია 				
D41	<p>რამდენად ხშირი კონტაქტი გაქვთ ნათესავ-მეგობრებთან? რა სახის?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. არასოდეს 2. დროდადრო 3. რეგულარული 				
41.1	<p>გაქვთ მიმოწერა?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. არასოდეს 2. დროდადრო 3. რეგულარულად 				
41.2	<p>საუბრობთ ტელეფონით?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. არასოდეს 2. დროდადრო 3. რეგულარულად 				
41.3	<p>დადიხართ სტუმრად?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. არასოდეს 2. დროდადრო 3. რეგულარულად 				
D42	<p>გაკითხავენ თუ არა? (თანხმობის შემთხვევაში შემოხაზეთ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. მეგობრები ან ნათესავები <ol style="list-style-type: none"> 1.1 მშობლიური კუთხიდან 1.2 აქ მცხოვრებნი 1.3 სხვა ქვეყნებში მცხოვრებნი 2. სხვადასხვა სამსახურის წარმომადგენლები <ol style="list-style-type: none"> 2.1 სახელმწიფო ორგანიზაციებიდან 2.2 ადგილნაცვალ პირთა განსახლების კომიტეტიდან 2.3 უცხოური ჰუმანიტარული ორგანიზაციებიდან 2.4 სხვა 				

D43	რამდენად ხშირად : არა 1. კითხულობთ გაზეთებს 2. უყურებთ ტელევიზორს. 3. უსმენთ რადიოს 4. დადიხართ საყიდლებზე 5. რჩებით მარტო 6. ესწრებით ლტოლვილთა შეკრებებს 7. საუბრობთ პოლიტიკაზე 8. ერთობით 9. სვამთ 10. ეწვევით თამბაქოს	არასოდეს 1	ძალიან იშვიათად 2	იშვიათად 3	ხშირად 4	ძალიან ხშირად 5
D44	რამდენად მნიშვნელოვანია ქვემოთ ჩამოთვლილი თითოეული მოვლენა თქვენს ცხოვრებაში? 1. მეგობრობა 2. ოჯახი 3. სამუშაო 4. ჯანმრთელობა 5. სამშობლო 6. მატერიალური კეთილდღეობა 7. მშვიდობიანი ცხოვრება 8. თავისუფლება 9. პოლიტიკა	უმნიშვნელო 1	არაა მნიშვნელოვანი 2	არც მნიშვნელოვან არც უმნიშვნელო 3	მნიშვნელოვანი 4	ძალიან მნიშვნელოვანი 5
D45	აქ მოტანილი ორი მოსაზრებიდან რომელს დაეთანხმებოდით უფრო:	1. ადამიანებმა მეტი პასუხისმგებლობა უნდა აიღონ საკუთარი თავი უზრუნველყოფაზე 2. სახელმწიფომ უნდა აიღოს მეტი პასუხისმგებლობა, რათა ყველა იყოს უზრუნველყოფილი				
D46	ყოველივეს გათვალისწინებით, შეგიძლიათ თუ არა თქვათ, რომ ხართ	ძალიან უბედური 1	უბედური 2	რაღაც საშუალო 3	ბედნიერი 4	ძალიან ბედნიერი 5
D47	რამდენად ეთანხმებით იმ აზრს, რომ თქვენ და თქვენს ოჯახს წინ ნათელი მომავალი გაქვთ	სავსებით არ ვეთანხმები 1	არ ვეთანხმები 2	მიჭირს პასუხი 3	ვეთანხმები 4	სავსებით ვეთანხმები 5
D48	თქვენი ცხოვრება მომავალში ნორმალურად რომ წარიმართოს, ამისათვის, პირველ რიგში, საჭიროა (აღნიშნეთ სამი პასუხი);	0. დაუბრუნდეთ მშობლიურ კერას 1. იშვით სამსახური 2. გაიზარდოს სოციალური დახმარება 3. შემცირდეს გადასახადები 4. ხელი შეეწყოს მეწარმეებს 5. გაიზარდოს ხელფასები 6. გაიუმჯობესოთ საბინაო პირობები 7. ჩაიტაროთ საჭირო მკურნალობა 8. სხვა -----				
D49 49.1	(ადგილნაცვალ პირთათვის); თქვენი აზრით, რამდენად უსაფრთხო იქნება თქვენი ცხოვრება მშობლიურ კუთხეში დაბრუნების შემდეგ?	ძალიან საშიში 1	საშიში 2	მიჭირს პასუხი 3	უსაფრთხო 4	სავსებით უსაფრთხო 5
49.2	თქვენი აზრით, როგორ იმოქმედებს თქვენს პირად ღირსებაზე მშობლიურ	ძალიან ცუდად ცუდად	ცუდად	მიჭირს პასუხი	კარგად	ძალიან კარგი

	კუთხეში დაბრუნება?	1	“2	3	4	5
49.3	თქვენი ვარაუდით, როგორი ურთიერთობა გექნებათ ადგილობრივ მოსახლეობასთან დაბრუნების შემდეგ?	ძალიან ცუდი 1	ცუდი 2	მიჭირს პასუხი 3	კარგი 4	ძალიან კარგი 5
D50	რაც შეეხება თქვენს სურვილებს, აღნიშნეთ ...	50.1 თვითური შემოსავლის ის მინიმუმი, რომელიც თქვენ დაგაკმაყოფილებთ ამჟამად 50.2 საცხოვრებელი პირობების ის მინიმუმი, რომელიც თქვენ დაგაკმაყოფილ ამჟამად (ოთახების რ-ბა, ბინისა და საკარმიდამო ნაკვეთის ფართი)				

პტსა-ის კითხვარი მოზრდილთათვის

გვარი -----
 №-----

საიდენტიფიკაციო

ინსტრუქცია5 გამომცდელმა უნდა წაუკითხოს ცდის პირს A-1 (საჭიროებისას A-2) და შეავსოს შესაბამისი ცარიელი უჯრები, გამომცდელი ავსებს აგრეთვე A-3 უჯრედსაც, ხოლო შემდეგ ცდის პირს აწოდებს შეფასების სკალას (გასაღებს). გამომცდელი ვალდებულია ხმამაღლა წაუკითხოს ყველა პუნქტი და სთხოვოს ცდის პირს მოახდინოს თითოეული პუნქტის თვითშეფასება სკალის გამოყენებით გამომცდელი იწერს ყოველ პასუხს და შემდგომ პუნქტს კითხულობს. საბოლოოდ, გამომცდელი ავსებს შემაჯამებელ განყოფილებას.

A-1. გადაგიტანიათ თუ არა ძალზე უჩვეულო და, ამავე დროს, ძალზე საშიში მოვლენა, რომელიც შესძრავდა ნებისმიერ ადამიანს (მაგზ საომარი მოქმედებანი)?

დიახ -----

რა შეგემთხვათ? -----

(A-1-ზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გამოტოვეთ A-2 და გადადით A-3 ზე).

A-2. A-1-ზე უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, ცდის პირს ჰკითხეთ „რა იყო ყველაზე საშიში და საზარელი მოვლენა, რაც თქვენ გადაგიტანიათ?“

A-3. თუ მოვლენა, აღნიშნული A-1 და A- პუნქტებში, არის როგორც უჩვეულო („სცილდება ნორმალური ადამიანური გამოცდილების საზღვრებს“) ასევე მეტად ძლიერი („მოსალოდნელია გამოიწვიოს სტრესისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები ნებისმიერ ადამიანში“). იგი განისაზღვრება როგორც ტრავმა, თუ A-1, A-2 პუნქტებიდან ერთ-ერთი არ იქნა გამოვლენილი, სავარაუდოა, რომ ცდის პირს ტრავმა არ გადაუტანია.

განუცდია თუ არა ცდის პირს ფსიქოტრავმა: დიახ ----- არა-----რა

ასაკში გადაიტანა ტრავმა: ----- თარიღი-----

(მიაწოდეთ საკვლევ პირს შეფასების სკალა და სთხოვეთ შეარჩიოს მომდევნო შეკითხვებზე სწორი პასუხი).

შეფასების სკალა 1. არა, არასდროს; 2. ძალიან მცირედ; 3. არარსებითად, ზოგჯერ, ხანდახან; 4. ნაწილობრივ, საშუალოდ; 5. ხშირად, ცოტაოდენზე მეტად; 6. ძიერ, საკმაოდ ხშირად; 7. უკიდურესად, ყოველთვის

B-1	გაქვთ ამაღლებული (წონასწორობიდან გამომყვანი) მოგონებები სტრესორის შესახებ, რომელიც დროდადრო იძულებით აღწევს (გზას იკავავს) თქვენს მეხსიერებაში.	
B-2	გაქვთ განმეორებადი უსიამოვნო სიზმრები სტრესორის შესახებ	

B-3	ოდესმე მოულოდნელად გიმოქმედიათ ან გქონიათ შეგრძნება, თითქოს სტრესორი კვლავ განმეორდა (flashback, ილუზიები, ჰალუცინაციები ან სხვა სახის მოვლენი, „გაცოცხლება“, თუნდაც ნასვამ მდგომარეობაში ან უცარი გაღვიძებისას).	
B-4	ძლიერ გაღიზიანებთ ის საგნები (მოვლენები), რაც სტრესორს გახსენებთ	
C-1	გიცდიათ ოდესმე თავი აგერიდებინათ სტრესორზე ფიქრისათვის ან იმ გრძნობისათვის, რომლებიც ასოცირებული არიან სტრესორთან?	
C-2	გიცდიათ ზოგჯერ თავი აგერიდებინათ იმ საქმიანობისათვის და სიტუაციებისათვის, რომლებიც გახსენებენ სტრესორს?	
C-3	ხომ არ შეგინიშნავთ, რომ ზოგჯერ ვერ იხსენებთ მოვლენასთან დაკავშირებულ მნიშვნელოვან ფაქტებს, ეპიზოდებს ან ვითარებას?	
C-4	ხომ არ დაგიკარგავთ ინტერესი იმ საგნებისადმი, რაც თქვენთვის ძლიერ მნიშვნელოვანი იყო სტრესულ მოვლენამდე?	
C-5	გრძნობთ ემოციურ გასადავებას და შეზღუდულობას სხვა ადამიანებთან შედარებით სტრესორის მოქმედების შემდეგ?	
C-6	ყოფილა შემთხვევები, როცა თქვენ გრძნობდით, რომ არ შეგიძლიათ ემოციათა გამოხატვა ისე სრულად და თავისუფლად, როგორც ადრე?	
C-7	მოვლენის შემდეგ თქვენ გქონდათ პერიოდები, როცა ფიქრობდით, რომ აღარ გაქვთ მომავალი, შეუძლებელია მიაღწიოთ მაღალ თანამდებობას, შექმნათ ბედნიერი ოჯახი ან დიდხანს იცოცხოთ?	
D-1	მოვლენის შემდეგ დროდადრო გიჭირთ ჩაძინება ან შემცირებული გაქვთ ძილის ხანგრძლივობა.	
D-2	მოვლენის შემდეგ დროდადრო უფრო ადვილად ღიზიანდებით ან მოთმინებიდან გამოდიხართ.	
D-3	მოვლენის შემდეგ იყო პერიოდები, როცა ჩვეულებრივზე მეტად გიჭირდათ კონცენტრირება და ყურადღების მოკრეფა.	
D-4	მოვლენის შემდეგ იჩენთ მეტ სიფრთხილეს ან გადაჭარბებულ ყურადღებას საშიში ხმაურის ან სხვა სახის გამღიზიანებელთა მიმართ, ვიდრე ადრე.	
D-5	მოვლენის შემდეგ დროდადრო მოულოდნელი ხმაური, მოძრაობა ან შეხება თქვენ გაფრთხობთ უფრო მეტად, ვიდრე ადრე.	
D-6	მოვლენასთან (სტრესორთან) დაკავშირებული ფაქტები, ნივთები, მოგონებები თქვენში იწვევს ოფლიანობას, სუნთქვის შეკვრას, კანკალს, დაძაბულობას ან მათზე რეაგირებთ სხვა ფიზიკური გამოვლინებით.	

E-1 – E-2 შეკითხვებზე გაეცით პასუხი: „დიახ“ ან „არა“

E-1	ეს პრობლემები თქვენ გაქვთ სტრესორის ამოქმედების შემდეგ, პერიოდულად, სულ მცირე თვეში 2-ჯერ მაინც	
E-2	ეს პრობლემები გქონდათ რამოდენიმეჯერ გასული თვის თითქმის ყოველ კვირაში.	
E-3	როდის გაგიჩნდათ პირველად აღნიშნული პრობლემები (თვე, წელი)?	

შ ე ჯ ა მ ე ბ ა

შეესაბამება თუ არა პასუხები DSM-III-R -ის კრიტერიუმს.	დიახ	არა
---	------	-----

A - სექტორი (ტრავმის ისტორია) დადებითი პასუხი A-3 პუნქტში		
B - სექტორი (ტრავმის განმეორებითი განცდა) სულ მცირე ერთი „4“ ქულიანი შეფასება ან უფრო მაღალი B-1, B-2, B-3, და (ან) B-4 პუნქტებზე		
C-სექტორი (ტრავმაზე ასოცირებული სტიმულირებისათვის თავის არიდება) სულ მცირე სამი „4“ ქულიანი შეფასება ან უფრო მაღალი C-1, C-2, C-3, C-4, C-5, C-6, და (ან) C-7 პუნქტებზე		
D-სექტორი 8 სულ მცირე ორი „4“ ქულიანი შეფასება ან უფრო მეტი D-1, D-2, D-3, D-4, D-5, და (ან) D-6 პუნქტებზე		

დ ი ა გ ნ ო ზ ი

გახანგრძლივებული PTSD (დადებითი პასუხი შემაჯამებელ A,B,C,D -სექტორებსა და E-1 პუნქტზე)		
მიმდინარე PTSD (დადებითი პასუხი შემაჯამებელ A,B,C,D -სექტორებსა და E-2 პუნქტზე)		
PTSD -ის ზღვრული სიმწვავე (შეაჯამეთ ქულები B-1 - დან D -1 - ის ჩათვლით)		

გამოკვლევის თარიღი: -----

ხელმოწერა : -----

BECK-ის დეპრესიის შკალა

სახელი, გვარი, სქესი, ასაკი -----

გამოკვლევის თარიღი -----

ინსტრუქცია: ქვემოთ წარმოდგენილია გამონათქვამთა ჯგუფები. გთხოვთ დაკვირვებით წაიკითხოთ თითოეული ჯგუფი და მოძებნოთ ის გამონათქვამი, რომელიც ყველაზე უკეთ აღწერს თუ როგორ გრძნობდით თავს უკანასკნელი 7 დღის განმავლობაში დღევანდელი დღის ჩათვლით. შემოხაზეთ აღნიშნული გამონათქვამის ციფრი. თუ ერთ ჯგუფში ორი ან მეტი გამონათქვამი შეესაბამება, შეგიძლიათ რამდენიმე გამონათქვამი შემოხაზოთ. ყველა შემთხვევაში ყურადღებით წაიკითხეთ თითოეული ჯგუფი, ნუ გამოტოვებთ ნურცერთ მათგან.8 თუ რაიმე შეკითხვა დაგებადებათ, მიმართეთ ინსტრუქტორს.

- A. 0. მე არა ვარ სევდიანი,
 - 1. მე სევდიანი ვარ,
 - “2. მე მუდამ სევდიანი ვარ და არ შემწევს უნარი მოვიშორო ეს განცდა.
 - 3. მე იმდენად სევდიანი და უბედური ვარ, რომ აღარ შემიძლია ამის ატანა.

- B. 0. მე ჩვეულებრივ უიმედოდ არ ვუყურებ ჩემს მომავალს,
 - 1. მე უიმედობას განვიციდი ჩემი მომავლის გამო,
 - 2. მე ვგრძნობ, რომ მომავალში არაფერი მაქვს საიმედო,
 - 3. მე ვგრძნობ, რომ მომავალი სრულიად უიმედოა და ამას არაფერი გამომასწორებს.

- C. 0. მე არ ვთვლი თავს უიღბლო ადამიანად,
 - 1. მე ვგრძნობ, რომ სხვა ადამიანებთან შედარებით ნაკლებად მწყალობს ბედი,
 - 2. როდესაც გადავხედავ ჩემი ცხოვრების გზას, ბევრ შეცდომას ვხედავ,
 - “3. მე ვგრძნობ, რომ უიღბლო ადამიანი ვარ.

- D. 0. მე ისეთსავე სიამოვნებას ვღებულობ გარემოდან, როგორც ადრე,
 - 1. ცხოვრებისაგან ისეთსავე სიამოვნებას ვღებულობ ვეღარ ვიღებ, როგორც ადრე,
 - 2. მე საერთოდ ვეღარ ვიღებ სიამოვნებას გარემოდან,
 - 3. ყველაფრით უკმაყოფილო ვარ, ყველაფერი მალე მბეზრდება.

- E. 0. მე არა მაქვს თვითდანაშაულის განცდა,
 - 1. მე მაქვს გაზრდილი თვითდანაშაულის განცდა,
 - 2. მე თითქმის ყოველთვის მაწუხებს თვითდანაშაულის განცდა,
 - 3. მე მუდმივად მაქვს თვითდანაშაულის განცდა.

- F. 0. მე არ მაწუხებს განცდა, რომ დავისჯები
 - 1. მე ვფიქრობ, რომ შეიძლება დავისაჯო
 - 2. მე სასჯელს ველოდები,
 - 3. მე აუცილებლად დავისჯები.

- G. 0. მე არა ვარ უკმაყოფილო საკუთარი თავით,
 1. მე გული გამიტყდა საკუთარ თავზე,
 2. მე ჩემი თავი აუტანელი მეჩვენება,
 3. მე მეზიზღება ჩემი თავი.
- H. 0. მე ჩემი თავი სხვებზე ნაკლებ ადამიანად არ მიმაჩნია,
 1. მე შეცდომების გამო ჩემს თავს ხშირად ვაკრიტიკებ,
 2. მე მუდმივად ვსაყვედურობ ჩემს თავს მრავალი ნაკლის გამო,
 3. მე საკუთარ თავს უსუსურ ადამიანად მივიჩნევ
- I. 0. მე არა მაქვს აზრები თვითმკვლელობის შესახებ,
 1. მე მიჩნდება აზრები თვითმკვლელობის შესახებ, მაგრამ არა ვარ მათ აყოლილი,
 2. მე თავის მოკვლა მინდა,
 3. მე თავს მოვიკლავ, თუ ამის შესაძლებლობა მექნა.
- J. 0. მე ჩვეულებრივზე მეტს არ ვტირი,
 1. ამჟამად გაცილებით მეტს ვტირი, ვიდრე საერთოდ მჩვევია,
 2. მე ახლა სულ ვტირივარ,
 3. ადრე ვეძებდი საშუალებას იმდენი მეტირა, რამდენიც მინდოდა, ახლა კი ტირილის უნარიც კი დავკარგე.
- K. 0. მე არა ვარ გაღიზიანებული ჩვეულებრივზე მეტად⁷
 1. გაცილებით ადვილად ვღიზიანდები⁷ უფრო ადვილად ვგრძნობ თავს შეურაცხყოფილად⁷ ვიდრე ჩვეულებრივ.
 2. მთელი დროის განმავლობაში სულ გაღიზიანებული ვარ
 3. სულ აღარ მაღიზიანებს ის ამბები⁷ რაც ადრე მაღიზიანებდა⁸
- L. 0. სხვა ადამიანების მიმართ ინტერესი დაკარგული არა მაქვს,
 1. ადრინდელთან შედარებით სხვა ადამიანები ახლა ნაკლებად მაინტერესებენ,
 2. სხვა ადამიანების მიმართ ინტერესი უმეტესად დაკარგული მაქვს,
 3. აბსოლუტურად დავკარგე ყოველგვარი ინტერესი ადამიანების მიმართ.
- M. 0. მე ჩვეულებისამებრ ადვილად ვიღებ გადაწყვეტილებებს,
 1. მე ხშირად თავს ვარიდებ რაიმე გადაწყვეტილების მიღებას,
 2. მე ძალიან მიჭირს გადაწყვეტილების მიღება,
 3. მე საერთოდ ვერ ვიღებ ვერანაირ გადაწყვეტილებას.
- N. 0. მე არა მაქვს იმის განცდა, რომ ადრინდელზე უარესად გამოვიყურები,
 1. მე განვიცდი იმას, რომ მობეზრებული და დაუძლურებულად გამოვიყურები,
 2. მე ვგრძნობ, რომ ჩემმა გარეგნობის შეცვლამ შეუხედავი გამხადა,
 3. მე მძულს ჩემი გარეგნობა.
- O. 0. მე ისეთივე შრომის უნარი მაქვს, როგორც ადრე,

1. მე ზოგჯერ თავს ძალას ვატან სამუშაოს შესასრულებლად,
2. მე მუდმივად ვატან თავს ძალას სამუშაოს შესასრულებლად,
3. მე საერთოდ ვერ ვმუშაობ.

- P. 0. მე ისევე კარგად მძინავს, როგორც ადრე,
1. მე ისე კარგად აღარ მძინავს, როგორც ადრე,
 2. მე ჩვეულებრივზე 1- საათით ადრე ვიღვიძებ,
 3. მე ჩვეულებრივზე რამდენიმე საათით ადრე ვიღვიძებ.

- Q. 0. მე არ ვიღლები ადრინდელზე მეტად,
1. მე ადრინდელთან შედარებით უფრო ადვილად ვიღლები,
 2. ყველაფერი მდლის,
 3. მე ისეთი დაქანცული ვარ, რომ არაფრის გაკეთება არ შემიძლია.

- R. 0. ჩვეულებრივ ცუდი მადა მაქვს,
2. ისეთი კარგი მადა არა მაქვს, როგორც ადრე,
 3. ახლა მადა გაცილებით უარესი მაქვს, ვიდრე ადრე მქონდა
 4. საერთოდ არა მაქვს მადა.

- S. 0. წონაში ბოლო დროს მნიშვნელოვნად არ დამიკვლია,
1. წონაში დავიკელი 2,5 კგ-ზე მეტი,
 2. წონაში დავიკელი 5 კგ-ზე მეტი,
 3. წონაში დავიკელი 7,5 კგ-ზე მეტი.

- T. 0. ჩემი ჯანმრთელობა არ მაწუხებს ჩვეულებრივზე მეტად
1. მე მაწუხებს ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემები, როგორცაა თავის ტკივილი, ყაზობა, ფაღარათი,
 2. იმდენად მაწუხებს საკუთარი ჯანმრთელობა, რომ მიჭირს სხვა რამეზე ფიქრი,
 3. იმდენად ვარ ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებში ჩაძირული, რომ სხვა რამეზე ფიქრი არ შემიძლია.

- U. 0. ბოლო დროს არ შემინიშნავს რაიმე ცვლილებები ჩემს სექსუალურ მოთხოვნილებებში,
1. ადრინდელთან შედარებით სექსით შედარებით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული,
 2. გაცილებით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული სექსით,
 3. სექსის მიმართ ინტერესი სრულიად დავკარგე.

ჯამი :

დანართი № 4

შიხანის განგაში თვითშეფასების შკალა

გასაღბი: 0. არა 1. მცირედ 2. ზომიერად 3.საკმარისად

1	ჩასუნთქვის გაძნელება, ჰაერის უკმარისობა ან აჩქარებული სუნთქვა	0	1	2	3	4
2	მოხრჩობის შეგრძნება ან ბურთი ყელში	0	1	2	3	4
3	გული ხტის, ფართხალებს, მზადაა ამოხტეს მკერდიდან	0	1	2	3	4
4	ტკივილი მკერდის ძვლის არეში, უსიამოვნო სიმძიმის გრძნობა გულში	0	1	2	3	4
5	ძლიერი ოფლიანობა, ოფლში ცურვის შეგრძნება	0	1	2	3	4
6	სისუსტე, გულის წასვლისა და თავბრუსხვევის შეგრძნება	0	1	2	3	4
7	„ბამბის ფეხები“: შეგრძნება თითქოს ფეხები შენი არ არის	0	1	2	3	4
8	სხეულის არამყარი მდგომარეობის შეგრძნება ან წონასწორობის დაკარგვა	0	1	2	3	4
9	გულის რევის ან კუჭის არეში უსიამოვნო შეგრძნება	0	1	2	3	4
10	შეგრძნება რომ გარშემო ყველაფერი არარეალური უცნაური ბურუსით მოცული ან დაშორებული გახდა	0	1	2	3	4
11	შეგრძნება, რომ ყველაფერი მიცურავს („სხეულის გარეთ ვარსებობ“)	0	1	2	3	4
12	სხეულის სხვადასხვა ნაწილში ჩხვლეტის ან დაბუყების შეგრძნება	0	1	2	3	4
13	შეხურების ან შეცივების შეგრძნება	0	1	2	3	4
14	კანკალი (ტრემორი)	0	1	2	3	4
15	სიკვდილის ან შიში იმისა, რომ ახლა რაღაც საშინელება მოხდება	0	1	2	3	4
16	ჭკუაზე შეშლის ან იმის შიში, რომ საკუთარ თავს ვერ ვმართავ	0	1	2	3	4

17	შფოთვის (განგაშის) მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს “ ან მეტი ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომი - აღმოცენებული უშუალოდ ისეთი სიტუაციის წინ ან მასში მოხვედრისას, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს	0	1	2	3	4
18	შიშის მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს “ ან მეტი ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, აღმოცენებული მცირე საბაბით ან საბაბის გარეშე ე.ი. როდესაც თქვენ არ იმყოფებით ისეთ სიტუაციაში, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს.	0	1	2	3	4
19	უეცარი, მოულოდნელი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს1 ან “ ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, აღმოცენებული მცირე საბაბით ან საბაბის გარეშე (ე.ი. როდესაც თქვენ არ იმყოფებით ისეთ სიტუაციაში, რომელსაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია შეტევა გამოიწვიოს).	0	1	2	3	4
20	განგაშის (შფოთვის) პერიოდები, რომელიც მატულობს იმისდა მიხედვით, როდესაც თქვენ ემზადებით გააკეთოთ ისეთი რამ, რასაც თქვენი გამოცდილებით შეუძლია გამოიწვიოს განგაში, თანაც იმაზე ძლიერი, ვიდრე უმეტესი ადამიანები ასეთ სიტუაციაში განიცდიან	0	1	2	3	4
21	ისეთი სიტუაციის თავის არიდება, რომელიც თქვენ გაშინებთ	0	1	2	3	4
22	მდგომარეობა, როდესაც სხვაზე ხართ დამოკიდებული	0	1	2	3	4
23	დამაბული ხართ და არ შეგიძლიათ მოეშვათ ““მოდუნდეთ“	0	1	2	3	4
24	განგაში „შფოთვა“, „ნევროტულობა“, მოუსვენრობა	0	1	2	3	4
25	მომეტებული მგრძნობელობა ბგერის, სინათლის და შეხების მიმართ	0	1	2	3	4
26	ფაღარათის შეტევები	0	1	2	3	4
27	გადამეტებული წუხილი საკუთარ ჯანმრთელობაზე	0	1	2	3	4
28	დაღლილობის, სისუსტის და მომეტებული განლევადობის შეგრძნება	0	1	2	3	4
29	თავის ტკივილები ან ტკივილი კისრის არეში	0	1	2	3	4

30	ჩაძინების გამწვანება	0	1	2	3	4
31	ღამით გაღვიძება ან მოუსვენარი ძილი	0	1	2	3	4
32	დეპრესიის მოულოდნელი პერიოდები, რომლებიც უმნიშვნელო საბაზით ან მის გარეშე აღმოცენდება	0	1	2	3	4
33	გუნებ-განწყობის და ემოციის მერყეობა, რაც ძირითადად დამოკიდებულია თქვენს გარშემო მიმდინარე მოვლენებზე	0	1	2	3	4
34	განმეორებადი და მოუცილებელი საზრები, წარმოდგენები, აზრები, იმპულსები ან ხატები, რომლებსაც თქვენ აღიქვავთ როგორც მძიმეს, უსიამოვნოს, უაზროს და მიუღებელს	0	1	2	3	4
35	ერთიდაიგივე მოქმედების განმეორება რიტუალის სახით (მაგ. გადამოწმება, გადათვლები, ხელების განმეორებითი ბანჯა). რაც აუცილებლობით არ არის გამოწვეული	0	1	2	3	4

ჯამი :

დამუშავება და ინტერპრეტაცია: განგაშის (შფოთვის) დონე 30 ქულის ზემოთ ითვლება ანომალურად, ხოლო 80–ს ზემოთ - მაღალ დონედ. პანიკური აშლილობის დროს საშუალო დონე 57 ქულას შეადგენს. მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს განგაშის დონის “20 ქულაზე დაბლა დაყვანა.