

ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტუალური საკითხების პრაქტიკული გზამკვლევი

სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების
სისტემაში მომუშავე სპეციალისტებისთვის



ნინო მახაშვილი
ქეთევან სილაგაძე



Pompidou Group
Groupe Pompidou

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის
აქტუალური საკითხების
პრაქტიკული გზამკვლევი**

სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების
სისტემაში მომუშავე სპეციალისტებისთვის

**A PRACTICAL GUIDE TO PRESSING
MENTAL HEALTH ISSUES**

FOR SPECIALISTS WORKING IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM

ნინო მახაშვილი
ქეთევან სილაგაძე

ევროპის საბჭო

წინამდებარე გზამკვლევი შექმნილია ევროპის საბჭოს პომპიდუ ჯგუფის მხარდაჭერით, პროექტის „ნარკოტიკების პრევენციის მხარდაჭერი ქსელის განვითარება მშობლებისთვის და პროფესიონალებისთვის საქართველოში“ ფარგლებში.

მის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელი არიან ავტორები. გზამკვლევის შინაარსი შეიძლება არ ასახავდეს ევროპის საბჭოს პომპიდუ ჯგუფის პოზიციას.

ამონარიდების რეპროდუცირება (500-მდე სიტყვა) ნებადართულია მხოლოდ არაკომერციული მიზნებით, იმ პირობით, რომ დაცული იქნება ტექსტის მთლიანობა, ამონარიდი არ იქნება გამოყენებული კონტექსტიდან მოწყვეტილად, არ წარმოგვიდგენს არასრულ ინფორმაციას, ან სხვაგვარად არ შეიყვანს მკითხველს შეცდომაში ტექსტის ბუნებასთან, ფარგლებსა ან შინაარსთან მიმართებით.

წყარო ტექსტი ყოველთვის უნდა მიეთითოს შემდეგნაირად:
„©ევროპის საბჭო, პუბლიკაციის წელი“.

ყველა სხვა თხოვნა დოკუმენტის მთლიანად ან ნაწილობრივ გამოქვეყნებაზე/ თარგმნაზე უნდა წარედგინოს ევროპის საბჭოს კომუნიკაციის დირექტორატს (F-67075 სტრასბურგი Cedex ან publishing@coe.int).
ყველა სხვა კორექსონდენცია დოკუმენტთან დაკავშირებით უნდა წარედგინოს ევროპის საბჭოს პომპიდუ ჯგუფის სამდივნოს, ევროპის საბჭო, F-67075 სტრასბურგი Cedex ან ელექტრონული ფოსტით: Pompidou.Group@coe.int

წინამდებარე პუბლიკაციას არ გაუვლია რედაქტირება SPDP-ის სარედაქციო განყოფილებაში, ტიპოგრაფიული ან გრამატიკული შეცდომების გასასწორებლად.

© ევროპის საბჭო, დეკემბერი 2023 წ.

მთავარი რედაქტორი
ნინო ადგომელაშვილი

ყდა და დიზაინი: მარიამ ნათაძე
ფოტო: Shutterstock

ISBN 978-9941-9791-7-0

გამომცემლობა: სს „ბექვლითი სიტყვის კომბინატი“

წინასიტყვაობა

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა განსაკუთრებით მწვავედ იჩინა თავი პანდემიის და პოსტ-პანდემიურ პერიოდში როგორც ზრდასრულ მოსახლეობაში, ისე ბავშვებსა და მოზარდებში. აღნიშნულმა პრობლემებმა კიდევ მეტად შეუწყო ხელი საზოგადოებაში ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სტიგმის გაღრმავებას. ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების აღრუელი დიაგნოსტიკა, გამოვლენა და მართვა განსაკუთრებით რთულია მართლმსაჯულების სისტემაში მოხვედრილი მოწყვლადი ჯგუფებისთვის, როგორებიც არიან 14-იდან 25 წლამდე ასაკის ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები. სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემაში მოიაზრებიან ის მოზარდები, ვინც მიაღწია სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის ასაკს -14 წელს და იმყოფება როგორც პენიტენციურ დაწესებულებაში, ასევე დანაშაულის პრევენციის, არასაპატიმრო სასჯელთა აღსრულების და პრობაციის ეროვნული სააგენტოს დაქვემდებარებაში, როგორც პრობაციონერი. ამასთან, სისხლის სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ასაკს მიუღწეველი ბავშვები, რომლებიც არ ექვევნიან მართლმსაჯულების სისტემის ქვეშ წარმოადგენენ არასრულწლოვანთა რეფერირების ცენტრის ბენეფიციარებს. თავის მხრივ, არასრულწლოვანთა რეფერირების ცენტრის ბენეფიციარ ბავშვებს აქვთ გარკვეული სარიცხო ქვევები, იმყოფებიან მათთვის რთულ გარემო პირობებში და სჭირდებათ განსაკუთრებული ყურადღება და ზრუნვა ჯანმრთელობაზე. სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემაში მოხვედრილი მოზარდები და არასრულწლოვანთა რეფერირების ცენტრში მყოფი ბავშვები ანტი-სოციალურ ქცევასთან ერთად, ხშირად სხვა სახის პრობლემებსაც აწყდებიან, რაც უმეტესად დაკავშირებულია სხვადასხვა ტიპის და სირთულის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან. ეს პრობლემები კი, თავის მხრივ, გამოწვეულია სხვადასხვა სტრესორითა და რისკ-ფაქტორით, მათ შორის ოჯახში ძალადობის, ნარკოტიკების და სხვადასხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების, აღრულ ასაკში მიღებული ტრავმების და სხვა მიზეზებით. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დროული იდენტიფიცირება და აღრული პრევენცია მნიშვნელოვანია. ამისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პროფესიონალების უნარებს, ცოდნას და მიდგომებს, რამაც უნდა უზრუნველყოს, ერთი მხრივ, პრევენციული ღონისძიებების გატარება და მეორე მხრივ, უკვე მართლმსაჯულების სისტემაში მოხვედრილი მოზარდის და ახალგაზრდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დროული დიაგნოსტიკა, რათა შესაბამისი სპეციალისტები დროულად და ეფექტურად ჩაერიონ. ამასთან, სარიცხო ქვევების მქონე ბავშვების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და მათ წინაშე არსებულ გამოწვევებთან გამკლავებაში უმნიშვნელოვანესია სპეციალისტების მხრიდან ეფექტური და დროული ინტერვენცია.

წინამდებარე გზამკვლევის მიზანია, დაეხმაროს სპეციალური პენიტენციური სამსახურის, პრობაციის ეროვნული სააგენტოს და არასრულწლოვანთა რეფერირების ცენტრის თანამშრომლებს (*ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, სამედიცინო პერსონალი, პენიტენციური დაწესებულების სამართლებრივი რეჟიმის წარმომადგენლები და სხვ.*) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა ინტერვიუების, მათი საჭიროებების და პრობლემების შესწავლის და შეფასების ძირითადი საკითხების და ბენეფიციართა კრიზისული მდგომარეობის მართვაში. გზამკვლევის მიზანია საერთაშორისო სამეცნიერო კვლევებზე და გამოცდილებაზე დაყრდნობით სპეციალისტებს მოკლედ გააცნოს ისეთი თემები, როგორიცაა თანამედროვე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიდგომები, ეფექტური კომუნიკაციის ხერხები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვებსა და მოზარდებზე ზრუნვის პრინციპები, შეფასების ინსტრუმენტები, თვითდაზიანების მართვის და პროფესიული გადაწვის საკითხები. ვფიქრობთ, ეს თემები პასუხობს სპეციალური პენიტენციური სამსახურისა და დანაშაულის პრევენციის და პრობაციის ეროვნული სააგენტოს თანამშრომლების საჭიროებებს და სპეციალისტებს აღმოუჩენს პრაქტიკულ დახმარებას ყოველდღიურ

მუშაობაში. გზამკვლევი, აგრეთვე, მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორც არის მოტივაციის გაზრდა, ნდობის მოპოვება, რაპორტის დამყარება, ბავშვობისდროინდელი საზიანო გამოცდილებების გავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, დე-ესკალაციის წესები და ქცევის პროვოცირების თავიდან აცილება, სექსუალური აღზრდის საკითხები, ოჯახის წევრთა ჩართულობა და სხვა. გზამკვლევი თავმოყრილია ის პრაქტიკული საკითხები, რაც დაეხმარება სპეციალისტებს, გააუმჯობესონ ბავშვებთან და მოზარდებთან მუშაობა, რომელთაც უკვე აღენიშნებათ სხვადასხვა სახის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები; აგრეთვე, უფრო ეფექტურად იმუშაონ მოზარდების მშობლებთან ან ოჯახის წევრებთან. ამასთან, გზამკვლევი დაეხმარება სპეციალისტებს, გაიღრმავონ ის ცოდნა და უნარ-ჩვევები, რაც ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების პრევენციას უზრუნველყოფს.

გზამკვლევის საფუძველზე შემუშავდება სატრენინგო პროგრამა და მოდული, რომელიც სახელმძღვანელოსთან ერთად მნიშვნელოვნად დაეხმარება სპეციალური პენიტენციური სამსახურისა და დანაშაულის პრევენციის, არასაპატიმრო სასჯელთა აღსრულების და პრობაციის ეროვნული სააგენტოს სპეციალისტებს ყოველდღიურ მუშაობაში. ამასთანავე, დაინერგება სისტემაში, როგორც სპეციალისტებისთვის მნიშვნელოვანი საგანმანათლებლო ინსტრუმენტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე.

წინამდებარე გზამკვლევი შემუშავდა ევროპის საბჭოს პომპიდუ ჯგუფის (ნარკოტიკების და ადიქციების საკითხებზე საერთაშორისო თანამშრომლობის ჯგუფი) პროექტის „ნარკოტიკების პრევენციის მხარდაჭერი ქსელის განვითარება მშობლებისთვის და პროფესიონალებისთვის საქართველოში“ ფარგლებში ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის რესურსცენტრის ხელმძღვანელის, პროფესორ ნინო მახაშვილის და საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის ფსიქიატრიულ დეპარტამენტის ხელმძღვანელის, ზრდასრულთა, ბავშვთა და მოზარდთა სერტიფიცირებული ფსიქიატრის ქეთევან სილაგაძის ავტორობით.

გზამკვლევის შემუშავების პროცესში ჩატარდა სპეციალური პენიტენციური სამსახურისა და დანაშაულის პრევენციის და პრობაციის ეროვნული სააგენტოს შესაბამის სპეციალისტებთან ფოკუს-ჯგუფური შეხვედრები და დისკუსია, რის შედეგადაც დაიხვეწა გზამკვლევი შემავალ საკითხთა სია.

გზამკვლევის მომზადების და გამოცემის საქმეში გაწეული დახმარებისთვის მადლობა გვინდა გადავუხადოთ ყველა მათგანს, განსაკუთრებით კი ფოკუს ჯგუფებში მონაწილე სპეციალური პენიტენციური სამსახურის და დანაშაულის პრევენციის, არასაპატიმრო სასჯელთა და პრობაციის ეროვნული სააგენტოს თანამშრომლებს: ინგა სარჯველაძეს, ნანა ქორიძეს, ნინო ტყემელაშვილს, ნათია ალიაშვილს, ილია გურასპაულს, თამარ ჟველიას, სალომე შიუკაშვილს, ნათია ცხაღიაშვილს, ეკა დვალიშვილს, გიორგი დოლიძეს, ხატია დიდუბაშვილს, სოფიო სანაიას, მზექალა ბერიძეს, ზოია შეხოვცევას, ნია ქანთარას, გიორგი თოფურიას, ნონა ჩაჩანიძეს, მარიამ შეთევას, ნინო გუნცაძეს, ნინო ბექაურს, გიო ნამჩევაძეს, მაკა ალავიძეს, ინგა გაბაძეს, თამარ ჯაფარიშვილს, ანა ურმიშვილს, თინათინ გიგუაშვილს, მარიამ ლემონჯავას, მარიამ ბარათაშვილს, ანა ბარდაველიძეს, თუთია თავაძეს, ია ყოჩიაშვილს, თამარ მათირიშვილს და ნანა თათირიშვილს.

გზამკვლევის მომზადების და გამოცემის საქმეში გაწეული მხარდაჭერისთვის და ფოკუს ჯგუფების შეხვედრების ორგანიზებისთვის მადლობას ვუხდით ევროპის საბჭოს თანამშრომლებს სალომე უგრეხელიძეს და ქრისტინე გარაშვილს.

გზამკვლევი განკუთვნილია სპეციალური პენიტენციურ სამსახურისა და დანაშაულის პრევენციის და პრობაციის ეროვნული სააგენტოს ფსიქოლოგებისთვის, სოციალური მუშაკებისთვის, სამედიცინო პერსონალისთვის და აღნიშნულ სისტემაში მომუშავე სხვა დაინტერესებული პირებისთვის.

ავტორთა მოსაზრებები შეიძლება არ ემთხვეოდეს ევროპის საბჭოს პომპიდუ ჯგუფის მოსაზრებებს ან იმ ორგანიზაციების პოზიციებს, რომლებშიც ისინი მუშაობენ.

ავტორთა შესახებ

ნინო მახაშვილი - ფსიქიატრი. ფონდის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში -თბილისი“ გუნდთან ერთად წლების მანძილზე ინტენსიურად არის ჩართული ფსიქიატრიის, სოციალური ფსიქიატრიისა და ფსიქოტრავმატოლოგიის სფეროებში და მუშაობს ისეთ მოწყვლად ჯგუფებთან, როგორცაა ადამიანები ფსიქიკური აშლილობებით, იძულებით გადაადგილებული პირები და ლტოლვილები, პატიმრები, პრობაციონერები, ძალადობის მსხვერპლნი და სხვ.

ნინო არის ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, ხელმძღვანელობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის რესურს ცენტრს. ასევე, არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამაგისტრო პროგრამის ხელმძღვანელი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამის თანადირექტორი.

დაწერილი და რედაქტირებული აქვს რამდენიმე წიგნი, წიგნის თავი და მთელი რიგი სამეცნიერო სტატიები.

ქეთევან სილაგაძე - სერტიფიცირებული ფსიქიატრი, როგორც ზრდასრულთა, ასევე ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის მიმართულებით. წლების მანძილზე მუშაობდა ნევროლოგიის და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტში სამეცნიერო და კლინიკური მიმართულებით. 2017 წლიდან ხელმძღვანელობს საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის ფსიქიატრიულ დეპარტამენტს, სადაც ხორციელდება სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამები (სათემო ამბულატორიული სერვისი, სათემო მობილური გუნდის და კრიზისული ინტერვენციის პროგრამა). ამავე პერიოდიდან მუშაობს ბავშვთა და მოზარდთა მულტისისტიმური ინტერვენციის პროგრამაში, როგორც პროგრამის ხელმძღვანელის, ასევე ბავშვთა ფსიქიატრის პოზიციაზე. აქვს კერძო პრაქტიკა კლინიკა „მენტალ ჰაბის“ ბაზაზე.

სისტემატურად მუშაობს მულტიდისციპლინურ გუნდთან ერთად და აქვს მოზარდ პაციენტებთან და მათ მშობლებთან კლინიკური მუშაობის დიდი გამოცდილება.

ქეთევან სილაგაძე არის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის დეპარტამენტის მოწვეული პედაგოგი და სისტემატურად ეწევა აკადემიურ საქმიანობას. ქეთევანს გამოქვეყნებული აქვს სტატიები საერთაშორისო გავლენიან სამეცნიერო ჟურნალებში. არის რამდენიმე გზამკვლევის და პროტოკოლის თანაავტორი.

სარჩევი

თავი 1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება	9
ტარმინების განმარტება	9
სტიგმა	10
ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებთან უფაქტური კომუნიკაციის ხარხები	10
ბაცნობა და ინფორმაციის შეკრება	11
ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება	17
თავი 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენება	25
რა არის სკრინინგ-ტესტი?	25
ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, დიაგნოზი და სიმპტომების მონიტორინგი	26
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგით გამოვლენილი საერთო პრობლემები	26
საქართველოში გამოყენებული სკრინინგ ინსტრუმენტების მოკლე აღწერა	27
შეჯამება: რატომ გვჭირდება სკრინინგი?	31
თავი 3. მულტიდისციპლინური გუნდი: როლები, ფუნქციები, გუნდის მუშაობის ალგორითმები	33
რა არის მულტიდისციპლინური გუნდი?	33
მულტიდისციპლინური გუნდის წევრები	34
მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრინციპები	37
მულტიდისციპლინური გუნდების გამოწვევები	38
უფაქტური მულტიდისციპლინური გუნდის შენების ელემენტები	39
გუნდის მუშაობის მონიტორინგი	44
თავი 4. ბენეფიციარის მოტივაციის გაზრდა, ნდობის მოპოვება და რაკორტის დამყარება	46
მოტივაციური ინტერვიუს მნიშვნელობა, აღწერილობა და კრაქტიკული მაგალითები	46
უთანხმოების შემცირება	48
შეუსაბამობის გააზრება	49
ცვლილებებზე საუბარი	49
ნდობის მოპოვება და რაკორტის დამყარების ნიუანსები	51
ღია კითხვების გამოყენება	52
კოზიტიური საუბრისა და ქცევის დადასტურება/წახალისება	55
გამონათბურ რეჟიმის (უკუკავშირი) დანახულსა და მოსმენილზე	56
შეჯამება	59
თავი 5. ქცევის პროვოცირების თავიდან აცილება და დაესკალაციის წესები	61
დაესკალაციის ზოგადი გაიდლაინი	62
თავი 6. თვითდაზიანების მართვა	70
რა არის თვითდაზიანება	70
თვითდაზიანების სახეები	70
რატომ იზიანებენ თავს ადამიანები?	71
როგორია თვითდაზიანების გამაფრთხილებელი ნიშნები?	71
თვით-დაზიანების მართვის რეკომენდაციები	73
რისკის შეფასების ინსტრუმენტები და შკალები	75
ზრუნვა თვითდაზიანების ეპიზოდის შემდეგ	76
ტრენინგი თვითდაზიანების კრევენციისთვის	78
ზედამხედველობა/სუპერვიზია	78
თავი 7. ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები და მათი გავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე	80
მანსაზღვრებები	80

ბავშვობის ნებატიურ გამოცდილებაბთან ასოცირებული ცვლადაბი	83
სოციოდეგრაფიული ფაქტორები და ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი	84
ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი და ფიზიკური ჯანმრთელობა	84
ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი	84
პიროვნება და ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი	87
მიჯაჭვულობა და ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი	88
ბავშვობის სასიკეთო გამოცდილებაბი და ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი	89
ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა	89
თავი 8. საქსუალური აღზრდა და ქაოსური საქსუალური კავშირები, როგორც ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბის გამოვლინება	91
საქსუალობის განვითარება მოზარდაბში	92
ბავშვების ან ახალგაზრდაბის დამაზიანებელი საქსუალური ქცევის განმარტება	93
პრობლემაური ქცევა	93
ძალადობრივი ქცევა	93
ქცევის კონტინუმი	93
რეაგირების კონტინუმი	94
ძირითადი პრინციპები	94
დამაზიანებელი საქსუალური ქცევის შემნა მოზარდაბი	95
დამაზიანებელი საქსუალური ქცევის შემნა ახალგაზრდაბი, რომელთაც აქვთ სწავლის დაქვეითებული უნარი	96
თავი 9. ოჯახის წევრთა ჩართულობის მნიშვნელობა და კომუნიკაციის სტრატეგიები	97
მშობალთა ჩართულობის მოდელი	98
მოტივაციური ინტერვიუ მშობლებისთვის	99
ოჯახის შეფასება (CHECK-UP)	100
შემთხვევის კონცეპტუალიზაცია	101
ოჯახის ჩართულობის მოდელები	101
თავი 10. პროფესიული გადაწვის და მეორადი ტრავმატიზაციის პრევენცია	104
პროფესიული ცხოვრების ხარისხი	104
თანაბრძობით კმაყოფილება (COMPASSION SATISFACTION)	105
თანაბრძობით გადაღლა (COMPASSION FATIGUE, CF)	105
მეორეული ტრავმატიზაცია	105
პროფესიული გადაწვა	106
როგორ შევძლოთ პროფესიული გადაწვის პრევენცია?	108
დანართი 1.1. ტარმინების განმარტება (ჯანმრთელობის MHGAP-IG მიხედვით)	115
დანართი 1.2. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების ელემენტები	124
დანართი 2.1. სკრინინგი პრევენციისთვის	134
დანართი 7.1. აღზრდის დისციპლინური პრაქტიკები და ბავშვობის ნებატიური გამოცდილებაბი	148
დანართი 10.1. პროფესიული ცხოვრების ხარისხის კითხვარი	150
დანართი 10.2. თვით-ზრუნვის სავარჯიშოები	154
დანართი 6.1. თვითდაზიანება/სუიციდი	162

თავი 1

ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება

ტერმინების განმარტება

ფსიქიკური ჯანმრთელობა - ეს არის კეთილდღეობის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ინდივიდი ახორციელებს საკუთარ შესაძლებლობებს, შეუძლია ცხოვრების ჩვეულებრივ სტრესულ მდგომარეობებთან გამკლავება, შეუძლია პროდუქტიულად და ნაყოფიერად მუშაობა, და შეუძლია საზოგადოებრივ ცხოვრებაში საკუთარი წვლილის შეტანა (ჯანმო, 2001).

ფსიქიკური აშლილობა - სიმპტომების ან ქცევების კლინიკურად ამოცნობადი ნაკრები, რომელიც შემთხვევათა უმრავლესობაში ასოცირდება დისტრესთან და პიროვნული ფუნქციების მოშლასთან. მხოლოდ სოციალური გადახრა ან კონფლიქტი, პიროვნული დისფუნქციის გარეშე, არ უნდა ჩაითვალოს ფსიქიკურ დარღვევად (WHO. ICD-10, 1993).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი (შემდგომში ფჯ სპეციალისტი) - ჯანდაცვის სფეროს პრაქტიკოსი ან ფსიქოსოციალური მომსახურების მიმწოდებელი, რომელიც მომსახურებას სთავაზობს პირს ფსიქიკური ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად ან ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალოდ. ასეთ პროფესიონალებს მიეკუთვნება კვალიფიციური სპეციალისტი (ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, სარეაბილიტაციო სფეროს სპეციალისტი, ნარკოლოგი), რომელიც ჩართულია ზემოაღნიშნული მდგომარეობის მკურნალობასა და მართვაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი, როგორც პროფესიონალი, ეხმარება პაციენტებს ფსიქიკური დაავადების მართვაში.

კონსულტანტი - ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი, რომელიც ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით კონსულტაციას უწევს პრობლემის მქონე ადამიანს.

მზრუნველი - იგულისხმება ადამიანი, რომელიც ზრუნავს ბენეფიციარზე, იქნება ეს მშობელი, კანონიერი წარმომადგენელი თუ ვინმე სხვა.

ბენეფიციარი - იგულისხმება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიმღები, კლიენტი, პაციენტი; პირი, რომელსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა აღენიშნება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტერმინთა ფართო განმარტება იხილეთ დანართი 1.1. ტერმინების განმარტება (ჯანმოს mhGAP-IG მიხედვით).

გზამკვლევის ეს თავი დაეხმარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებს (ფსიქოლოგებსა და სოციალურ მუშაკებს) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა ინტერვიუებისა და შეფასების ძირითადი საკითხების სტრუქტურირებაში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) მდგომარეობის შეფასება ერთ-ერთი რთული კომპონენტია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში. ის გულისხმობს ურთიერთობის დამყარებისა და შენარჩუნების ფუნდამენტურ უნარებს, ზიანის მიუყენებლად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მდგომარეობის არსში გარკვევის უნარს და შემდგომი მართვისა და მეთვალყურეობის ეტაპების განხორციელებას.

პრაქტიკულ საკითხებზე გადასვლამდე კიდევ ერთხელ უნდა გავაცნობიეროთ იმ სტიგმის მნიშვნელობა, რაც ფსიქიკურ აშლილობებს ახლავს თან.

სტიგმა

ფსიქიატრიული დიაგნოზის დასმა დიდ გავლენას ახდენს პიროვნებაზე. ბევრი ბენეფიციარი/პაციენტი/საკვლევი პირი თვლის, რომ სოციალური სტიგმა, რომელიც მათ აშლილობას ახლავს თან, უფრო პრობლემატურია, ვიდრე თავად სიმპტომები. როდესაც პიროვნება ამბობს, რომ „მე მაქვს დიაბეტი“ ან „მე მაქვს ასთმა“, ამან შესაძლოა გავლენა მოახდინოს მისი ცხოვრების სტილზე და მის მოლოდინებზე. ამგვარი დიაგნოზის გამო, შეიძლება, მას სერიოზული პრობლემებიც შეექმნას, თუმცა, ეს ნაკლებად ახდენს გავლენას სოციალური განწყობასა და ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე. მაშინ, როდესაც ხმამაღლა ნათქვამი „მე მანიაკალური დეპრესია მაქვს“ მყისიერად ცვლის სოციალურ ურთიერთობებს და, როგორც წესი, ეს ცვლილება უარყოფითი ხასიათისაა. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მომავალში გაირკვევა, რომ დიაგნოზი არასწორად იყო დასმული და მას უკუაგდება, პიროვნების მიმართ დამოკიდებულება მაინც უცვლელი დარჩება, სამწუხაროდ.

სოციალურ სტიგმასთან დაკავშირებული პრობლემების უგულებელყოფა ან მათი მნიშვნელობის დაკნინება შეუძლებელია. ფჯ პრობლემების მქონე ადამიანები და პაციენტები სამართლიანად ჩივიან, რომ ფსიქიატრიული დიაგნოზი სამარცხვინო დამლა, რომელსაც ის დამოუკიდებლობის დაკარგვამდე და სოციალურ მარგინალიზაციამდე მიჰყავს. ამის გამო ფჯ სპეციალისტები ერიდებიან სოციალურად მიუღებელი დიაგნოზების დასმას. ბევრი კი თავს არიდებს ამ ადამიანისთვის და მისი ოჯახის წევრებისთვის ჭეშმარიტი დიაგნოზის გამხელას. ასეთი მიდგომა ღალატობს ნდობისა და ჭეშმარიტების ფუნდამენტურ პრინციპებს და ვერც პრობლემას აგვარებს.

მას შემდეგ, რაც სრული შეფასება გაკეთდება (რასაც გარკვეული დრო სჭირდება), დიდი მნიშვნელობა აქვს ბენეფიციარისთვის მდგომარეობის მკაფიოდ ჩამოყალიბებასა და იმის ახსნას, თუ რა ეჭვები და უზუსტობები შეიძლება არსებობდეს. ეს პიროვნებას იმის საშუალებას მისცემს, რომ უკეთ გაიზაროს საკუთარი მდგომარეობა, მიიღოს მისთვის საჭირო ინფორმაცია და ისარგებლოს არასამედიცინო სააგენტოების (მაგალითად, თვითდახმარების ჯგუფები) დახმარებით. ამას, შესაძლოა, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდეს იმისთვის, რომ პიროვნებამ თავის ცხოვრებაზე კონტროლის უნარი დაიბრუნოს.

მრავალი ათწლეულის მანძილზე სტიგმის შესამცირებლად ევფემიზმები (შელამაზებელი სიტყვები) გამოიყენებოდა. ამის ბოლოდროინდელი მაგალითია ტერმინების „გონებრივი ჩამორჩენილობის“ ჩანაცვლება „დასწავლის დარღვევებით“, ხოლო „ფსიქიკური დაავადებისა“ - „ფსიქიკური დისტრესით“. თუ ბენეფიციარისთვის ახალი ტერმინები უფრო მისაღებია, ჩვენ პატივი უნდა ვცეთ მის არჩევანს, თუმცა, მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ახალ სიტყვებს სტიგმის შემცირება შეუძლია, უმნიშვნელოა. სტიგმა სიტყვებში კი არა, საზოგადოების დამოკიდებულებაშია, რომელსაც შიში და საკითხში გაუცნობიერებლობა უდევს საფუძვლად.

ჩვენ სტიგმასთან დაკავშირებული სამი მოვალეობა გვაკისრია: (1) უნდა გავაცნობიეროთ, რომ ფჯ მდგომარეობა და დიაგნოზი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პიროვნების ცხოვრებაზე, (2) მასტიგმატიზებული დამოკიდებულება, პირველ რიგში, საკუთარ პრაქტიკაში უნდა აღმოვფხვრათ და (3) უნდა ვიყოთ წევრები იმ ფართო მოძრაობისა, რომელიც საზოგადოებაში სტიგმის დაძლევისთვის იბრძვის.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებთან ეფექტური კომუნიკაციის ხარხები

ჯანმრთელობის გზამკვლევი - mhGAP-IG, რომელიც არასპეციფიკური, არა-ფსიქიატრიული და არა-ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების პერსონალისთვისაა განკუთვნილი, გვიჩვენებს, პირველ რიგში, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებთან ეფექტურ კომუნიკაციაზე დაფუძნდეთ. რა არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებთან/ბენეფიციარებთან ურთიერთობის ეფექტური ტექნიკები?

გაცნობა და ინფორმაციის შიკრება

- ▶ გაცნობა და თავის წარდგენა
- ▶ პრობლემების აღწერაში დახმარება
 - „შეგიძლიათ იტყვირეთ თუ გეტირებათ, ეს სავსებით ნორმალურია“
 - „ეს ძალიან მძიმე უნდა იყოს თქვენთვის“
 - „ნუ ჩქარობთ, ნელა მომიყვით ამის შესახებ“
- ▶ საუბრის წარმართვა

ინტერვიუ თანდათან უფრო სტრუქტურირებული და თანმიმდევრული უნდა გახდეს:

- „კეთილი, ამ საკითხთან დაკავშირებით მინდა, რომ გკითხოთ ...“
- „მგონი, თემიდან გადაუხვიეთ, მოდით დაუბრუნდეთ იმას, რასაც მიყვებოდით ...“
- ▶ ზუსტი და კონკრეტული კითხვების დასმა; ღია კითხვების გამოყენება:
 - „როდის მოხდა ეს?“
 - „ბოლო შემთხვევაზე მომიყვით...“
 - „ამის შემდეგ რა გააკეთეთ?“
 - „რამდენი ჭიქა ალკოჰოლური სასმელი დალიეთ გუშინ?“
- ▶ არავერბალური კომუნიკაცია

თქვენი მზერით, სხეულის ენით გამოსატავთ ინტერესს და ემპათიას.

- ▶ გამხნელება

ამხნელებთ საუბრისას:

- „მესმის, რომ ძნელია ამაზე საუბარი, და...“
- ▶ ფიზიკური კონტაქტი
ფრთხილად იყავით ფიზიკური კონტაქტის დროს; დაიცავით კულტურული ნორმები, მაგ., ხელის ჩამორთმევისას მისალმების და დამშვიდობების დროს.
- ▶ ინტერვიუს/საუბრის დასრულება
ინტერვიუ/საუბარი დასრულებისკენ წაიყვანეთ დახურული კითხვებით.
გაითვალისწინეთ: ვიყენებთ ეფექტური კომუნიკაციის ყველა აღიარებულ ტექნიკას და ხერხს!

აუცილებელი ზრუნვის პრინციპები

ქვემოთ მოწოდებულ ბოქსში განსაზღვრულია აუცილებელი ზრუნვის პრინციპები ყველა იმ ადამიანისთვის, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის კუთხით დახმარებას საჭიროებს. უნდა გვახსოვდეს, რომ დახმარება უნდა მიეწოდოს განსჯისა და სტიგმატიზაციის გარეშე, მხარდამჭერი და კეთილმოსურნე დამოკიდებულების დაცვით. ზოგადი პრინციპები შემდეგია:

- ▶ გამოიყენეთ კომუნიკაციის ეფექტური უნარები
- ▶ მოექვეყნეთ პატივისცემით და ღირსების დაცვით

ბოქსი 1.1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებზე ზრუნვის ზოგადი პრინციპები

1. კომუნიკაცია პირებთან, რომელთაც დახმარება სჭირდებათ, და მათზე მზრუნველებთან

- ▶ უზრუნველყავით გახსნილი, გულისხმიერი კომუნიკაცია; გაითვალისწინეთ ასაკობრივი, სექსუალური, კულტურული და ენობრივი განსხვავებები
- ▶ იყავით მეგობრული, გამოხატეთ პატივისცემა, არ განსაჯოთ
- ▶ გამოიყენეთ მარტივი და გასაგები ენა
- ▶ პირადი ხასიათის და სტრესული ინფორმაციის გამჟღავნებისას (მაგ., სექსუალური ძალადობის ან თვითდაზიანების შესახებ) უპასუხეთ გულისხმიერებით
- ▶ თავისი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია მიაწოდეთ მისთვის გასაგებ ენაზე.
- ▶ ჰკითხეთ პიროვნებას, რას ფიქრობს თავისი მდგომარეობის შესახებ.

2. შეფასება

- ▶ გამოიკითხეთ მიმდინარე ჩივილები და წარსული ანამნეზი; საოჯახო ანამნეზი - საჭიროებისამებრ
- ▶ შეაფასეთ ფსიქოსოციალური პრობლემები, გამოიკვლიეთ მიმდინარე და წარსული სოციალური და ურთიერთობებთან დაკავშირებული საკითხები.

3. მკურნალობა და მონიტორინგი

- ▶ განსაზღვრეთ მკურნალობის მნიშვნელობა პიროვნებისთვის, და მისი მზადყოფნა მკურნალობაში მონაწილეობისთვის
- ▶ განსაზღვრეთ მკურნალობის მიზნები ბენეფიციარის პერსპექტივიდან და შეიმუშავეთ მკურნალობის გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს მის პრიორიტეტებს (აგრეთვე, შესაბამის შემთხვევაში, მასზე მზრუნველის პრიორიტეტებსაც)
- ▶ ბენეფიციართან კონსულტაციის საფუძველზე შეიმუშავეთ მკურნალობის გაგრძელების და მეთვალყურეობის გეგმა
- ▶ მიაწოდეთ ინფორმაცია მკურნალობის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის, პოტენციური გვერდითი მოვლენების, მკურნალობის ალტერნატივების, დასახული გეგმის ერთგულების მნიშვნელობის, მოსალოდნელი პროგნოზის შესახებ
- ▶ უპასუხეთ კითხვებს და ეჭვებს მკურნალობის შესახებ, მიეცით მდგომარეობის გაუმჯობესების და გამოჯანმრთელების რეალისტური იმედი
- ▶ უწყვეტად აწარმოეთ მკურნალობის ეფექტების და შედეგების, მედიკამენტების ურთიერთქმედების (მათ შორის, ალკოჰოლთან, ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებთან და ალტერნატიულ/ხალხურ საშუალებებთან ურთიერთქმედების), მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი და შეიტანეთ შესაბამისი შესწორებები
- ▶ საჭიროების და ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში გადაამისამართეთ შესაბამის სპეციალისტებთან
- ▶ შეეცადეთ, დააკავშიროთ პიროვნება სათემო მხარდაჭერის ჯგუფებთან
- ▶ შემდგომი მეთვალყურეობის პროცესში გადაამოწმეთ პიროვნების მოლოდინები მკურნალობასთან დაკავშირებით, მისი კლინიკური მდგომარეობა, მკურნალობის გეგმის გაცნობიერება და ერთგულება მის მიმართ; მცდარი წარმოდგენების არსებობის შემთხვევაში, შეეცადეთ გამოსწორებას

- ▶ წახალისეთ სიმპტომების თვით-მონიტორინგი; აუხსენით, როდის არის აუცილებელი გადაუდებელი დახმარების ძიება
- ▶ დოკუმენტურად დააფიქსირეთ პიროვნებასა და მის ოჯახთან ურთიერთობის საკვანძო ასპექტები
- ▶ გამოიყენეთ ოჯახის და სათემო რესურსები იმ პირებთან კონტაქტისთვის, რომლებიც არ ცხადდებიან დაგეგმილ ვიზიტებზე
- ▶ მოითხოვეთ უფრო ხშირი განმეორებითი შეხვედრები ორსულებთან და იმ ქალებთან, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ
- ▶ ორსული და მეძუძური ქალების მკურნალობისას შეაფასეთ მედიკამენტების პოტენციური რისკი ნაყოფისა და ჩვილისთვის
- ▶ მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფი მეძუძური ქალების ჩვილებისთვის უზრუნველყავით გვერდითი მოვლენებისა და შეწყვეტის სინდრომების მუდმივი მონიტორინგი; საჭიროებისას გასინჯეთ სრულყოფილად
- ▶ მოითხოვეთ უფრო ხშირი განმეორებითი ვიზიტები ხანდაზმულებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობები, მათთან დაკავშირებული დამოუკიდებლობის შეზღუდვა ან სოციალური იზოლაცია
- ▶ უზრუნველყავით მკურნალობა ჰოლისტური მიდგომით, ყურადღებით მოეპყარით სომატური დარღვევების მქონე პირების ფსიქიკურ პრობლემებს, და პირიქით - ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების ფიზიკურ საჭიროებებს.

4. მობილიზაცია და სოციალური მხარდაჭერა

- ▶ იფიქრეთ იმ სოციალურ პრობლემებზე, რომელთა წინაშეც შეიძლება იდგეს პიროვნება; გაითვალისწინეთ მათი შესაძლო ზეგავლენა ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე.

რა უნდა გავითვალისწინოთ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებთან კომუნიკაციის დროს?

პირველ რიგში, გასათვალისწინებელია ძირითადი ეთიკური პრინციპი „არ ავნო“ - ზიანის მიუყენებლობის სტანდარტი.

იმისათვის, რომ თავიდან აიცილოთ ადამიანისთვის ზიანის მიყენება, საუკეთესოდ იზრუნოთ მასზე და იმოქმედოთ მხოლოდ მისი ინტერესებიდან გამომდინარე, გთავაზობთ ეთიკურად დასაშვებ და დაუშვებელი ქცევების ჩამონათვალს.

ბოქსი 1.2. ეთიკურად მისაღები და მიუღებელი ქცევები

ეთიკურად დასაშვები ქცევა	ეთიკურად დაუშვებელი ქცევა
<ul style="list-style-type: none"> ▶ იყავით გულწრფელი და სანდო ▶ პატივი ეცით ადამიანის უფლებას თვითონ მიიღოს გადაწყვეტილება ▶ გახსოვდეთ, რომ თქვენი საკუთარი შეხედულებების მიღმა არსებობს სხვა რწმენები და ცრურწმენები 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ არ გამოიყენოთ ბოროტად თქვენი, როგორც დამხმარის, ურთიერთობა დაზარალებულთან ▶ არ მოსთხოვოთ დაზარალებულს ფული ან სხვა რამ დახმარების სანაცვლოდ ▶ ტყუილად არ დაჰპირდეთ, არ მიაწოდოთ ცრუ ინფორმაცია

<ul style="list-style-type: none"> ▶ აუხსენით, რომ თუ ისინი ახლა ამბობენ უარს დახმარების მიღებაზე, შეუძლიათ ის მომავალში მიიღონ ▶ პატივი ეცით პირად თემებს და შესაძლებლობის ფარგლებში მაქსიმალურად დაიცავით კონფიდენციალურობა ▶ მოიქეცით პიროვნების კულტურის, წლოვანების და სქესის გათვალისწინებით 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ არ გააზვიადოთ თქვენი უნარები ▶ არ დააძალოთ ადამიანებს დახმარება, არ შეიქრათ მათ საზღვრებში და შეეცადეთ, არ მოახდინოთ ზეწოლა ▶ არ დააძალოთ საკუთარი ისტორიის მოყოლა ▶ არ გაუზიაროთ სხვებს დაზარალებულის ისტორია ▶ არ განსაჯოთ ადამიანები მათი ქმედებებისა და გრძნობების გამო
---	---

მოვუსმინოთ აქტიურად - რას ნიშნავს აქტიური მოსმენა?

- ▶ მოსმენა ყურადღების გაფანტვის გარეშე
- ▶ ყურადღების მიპყრობა - რა გვესმის ნათქვამს მიღმა; ემპათიური მოსმენა
- ▶ ვერბალური შეტყობინებები (რას ამბობს)
- ▶ არავერბალური შეტყობინებები (რაც ითქმის სხეულის ენით, პაუზებით, სახის გამომეტყველებით და ა.შ.)
- ▶ დროის მიცემა:
 - ▶ არ იჩქაროთ; არ ააჩქაროთ;
 - ▶ დუმილის და პაუზების „დაშვება“/მისაღება.

მნიშვნელოვანია მე-უწყების გამოყენება, განსაკუთრებით, დაპირისპირების თავიდან ასაშორებლად. მე-უწყება ეფექტური კომუნიკაციის ერთ-ერთი მთავარი ელემენტია, რადგან ნაკლებად იწვევს მოსაუბრის „ფსიქოლოგიურ თავდაცვას“, განმუხტავს დაძაბულობას, დაფუძნებულია დაკვირვებასა და იმ ქცევის აღწერაზე, რომელმაც შესაბამისი განცდა გამოიწვია.

მე-უწყების კლასიკური ფორმულა ასე გამოიყურება:

I ნაბიჯი – კომუნიკაცია პირველი პირის ნაცვალსახელით:

„მე ვგრძნობ...“

II ნაბიჯი – სიტყვა, რომელიც თქვენს ემოციებს აღწერს:

„გავღიზიანდი“; „ბრაზს და უსუსურობას ვგრძნობ“...

III ნაბიჯი – აღწერეთ სიტუაცია ან ქცევა, რომელმაც ეს ემოცია გამოიწვია: „როცა დავინახე, რომ შენი სათამაშოები იატაკზე უყარა“.

IV ნაბიჯი – აღწერეთ ზემოქმედება: „დალაგებას მთელი საღამო მოვუნდი“.

V ნაბიჯი – აღწერეთ, რას ნიშნავს თქვენთვის მეორე ადამიანის ეს ქცევა: „ეს ჩემი დროის და შრომის აბუჩად აგდებად ჩავთვალე“.

ღიალოგის დროს ვიყენებთ ე.წ. „ღია“ და „დახურული“ კითხვების ტექნიკას და მათ მონაცვლეობას.

ღია კითხვები - კომუნიკაციის გახსნა

მაგალითები: როგორ გრძნობთ თავს? როგორ მოხვედით აქამდე? როგორია თქვენი ოჯახური ცხოვრება? რისი კეთება გიყვართ? რას მეტყვით თქვენ შესახებ?

დახურული კითხვები - საუბრის დახურვა

მაგალითები: თავს ბედნიერად გრძნობთ? აქ ავტობუსით მოხვედით? ძალადობრივი ოჯახიდან ხართ? რა გქვიათ? გიყვართ მუსიკა?

ეფექტური კომუნიკაციის დროს მნიშვნელოვანია, ასევე, ისეთი ელემენტების გათვალისწინება, როგორცაა ჩაცმულობა, კომუნიკაციის ენა, შეხება და სხვა.

ქვემოთ მოცემული ბოქსი 1.3. გვაძლევს ინფორმაციას ეფექტური კომუნიკაციის რამდენიმე ასპექტის შესახებ.

ბოქსი 1.3. ეფექტური კომუნიკაციის ასპექტები

<ul style="list-style-type: none"> ▶ შეეცადეთ, სასაუბროდ იპოვოთ მშვიდი ადგილი და შეამციროთ გარე ხელშემშლელი ფაქტორები ▶ შეძლებისდაგვარად დაიცავით კონფიდენციალურობა ▶ შეინარჩუნეთ დისტანცია და დაიცავით პიროვნების ასაკის, სქესის და კულტურის შესაბამისი წესები ▶ აგრძნობინეთ, რომ უსმენთ (მაგ., დაუქნით თავი) ▶ იყავით მომთმენი და შეინარჩუნეთ სიმშვიდე ▶ თუ გაქვთ ინფორმაცია, მიაწოდეთ დაზარალებულს. იყავით გულწრფელი იმაში, თუ რა იცით და რა არა. როცა არ გაქვთ ინფორმაცია, უთხარი: „არ ვიცი, მაგრამ შევეცდები, გავიგო“ ▶ ინფორმაცია მიაწოდეთ გასაგებად. შეეცადეთ ისაუბროთ მარტივად ▶ გამოხატეთ თანაგრძნობა იმ განცდების, დანაკარგის, ან მნიშვნელოვანი მოვლენის მიმართ, რასაც დაზარალებულები გაგიზიარებენ. მაგ., როცა მოგიყვებიან სახლის ან საყვარელი ადამიანების დაკარგვის შესახებ, უთხარი: „ძალიან ვწუხვარ, წარმომიდგენია, როგორ მტკივნეულია ეს თქვენთვის“ ▶ აღიარეთ მათი ძლიერი მხარეები. შეაქეთ, რომ შეძლეს საკუთარი თავის დახმარება ▶ მიეცით დაზარალებულს ჩუმად ყოფნის საშუალება 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ნუ აიძულებთ ადამიანს საკუთარი ისტორიის მოყოლას ▶ არ შეაწყვეტინოთ და არც დააჩქაროთ მოყოლა (მაგ., არ დაიხედოთ საათზე, არ ილაპარაკოთ ძალიან სწრაფად) ▶ არ შეეხოთ, თუ არ ხართ დარწმუნებული, რომ ეს მისთვის მისაღებია ▶ არ განსაჯოთ ადამიანი მისი ქმედებების, უმოქმედობისთვის ან გრძნობებისთვის. არ უთხრა: „ასე არ უნდა გრძნობდეთ თავს“ ან „თავს იღბლიანად უნდა თვლიდეთ, რომ გადარჩით“ ▶ ნუ მოიგონებთ ისეთ რამეს, რაც ზუსტად არ იცით ▶ არ გამოიყენოთ პროფესიული ტერმინოლოგია ▶ არ მოუყვეთ სხვისი ისტორია ▶ არ ელაპარაკოთ თქვენი პრობლემების შესახებ ▶ არ მისცეთ ცრუ დაპირებები ▶ არ იფიქროთ და მოიქცეთ ისე, თითქოს თქვენ უნდა გადაწყვიტოთ დაზარალებულის ყველა პრობლემა ▶ არ ჩაუხშოთ ადამიანს საკუთარი ძალების რწმენა და არ შეუზღუდოთ საკუთარ თავზე ზრუნვის უნარი ▶ არ მიმართოთ უარყოფითი ეპითეტებით (მაგ., არ უწოდოთ „გიჟი“)
--	--

კომუნიკაციის ეფექტური უნარების გამოყენება საშუალებას აძლევს ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულ მუშაკებს მიაწოდონ ხარისხიანი ზრუნვა ფსიქიკური და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული (ფჯ) მდგომარეობების მქონე ზრდასრულებს და მოზარდებსა. გაითვალისწინეთ ქვემოთ მოცემული ძირითადი საკომუნიკაციო უნარები და ეფექტურ კომუნიკაციასთან დაკავშირებული რჩევები.

რჩევა 1. შექმენით გარემო, რომელიც ხელს შეუწყობს ღია კომუნიკაციას

- ▶ თუ შესაძლებელია, შეხვდით ადამიანს უსაფრთხო და კონფიდენციალურ სივრცესა და გარემოში
- ▶ იყავით კეთილგანწყობილი, მეგობრული და გაეცანით მისი კულტურისთვის მისაღები ფორმით
- ▶ შეინარჩუნეთ თვალის კონტაქტი, გამოიყენეთ სხეულის ენა და სახის გამომეტყველება, რომელიც ხელს შეუწყობს ნდობის დამყარებას
- ▶ აუხსენით, რომ შეხვედრის დროს განხილული ინფორმაციის კონფიდენციალურობა დაცული იქნება და ის არ გაზიარდება არავისთან მისგან წინასწარ მიღებული ნებართვის გარეშე

- ▶ თუკი მომსვლელს მზრუნველი/მეურვე ახლავს, შესთავაზეთ მასთან პირისპირ გასაუბრება (გარდა მცირეწლოვანი ბავშვების შემთხვევისა) და მიიღეთ თანხმობა კლინიკური ინფორმაციის გაზიარებაზე
- ▶ ახალგაზრდა ქალთან გასაუბრების შემთხვევაში, გაითვალისწინეთ სხვა თანამშრომელი ან საშუალო სამედიცინო რგოლის წარმომადგენელი ქალის შეხვედრაზე დასწრება.

რჩევა 2. ჩართეთ პროცესში ვიზიტზე მოსული პირი

- ▶ მაქსიმალურად ჩართეთ ვიზიტზე მოსული პირი (და მისი თანხმობით, მისი კანონიერი წარმომადგენელი და ოჯახი) დაავადების შეფასებისა და მართვის ყველა ასპექტში. ამ შემთხვევაში მოიაზრებიან ბავშვებიც, მოზარდებიც და ხანდაზმულებიც.

რჩევა 3. დაიწყეთ მოსმენით

- ▶ მოუსმინეთ აქტიურად. იყავით თანამგრძობი და გულისხმიერი
- ▶ მიეცით ადამიანს შეუფერხებლად საუბრის საშუალება
- ▶ თუ მისი ისტორია გაუგებარია და ბუნდოვანი, გამოიჩინეთ საკმარისი მოთმინება და სთხოვეთ განმარტება
- ▶ ბავშვებთან საუბრისას გამოიყენეთ მათთვის გასაგები ენა. მაგალითად, ჰკითხეთ ინტერესების შესახებ (სათამაშოები, მეგობრები, სკოლა და ა.შ.)
- ▶ მოზარდების შემთხვევაში, მიახვედრეთ, რომ გესმით მათი გრძნობები და სიტუაცია.

რჩევა 4. ყოველთვის იყავით მეგობრული, გამოხატეთ პატივისცემა და არ განსაჯოთ

- ▶ ყოველთვის გამოხატეთ პატივისცემა
- ▶ არ განსაჯოთ ადამიანი მისი საქციელისა და გარეგნობის მიხედვით
- ▶ შეინარჩუნეთ სიმშვიდე და გამოიჩინეთ მოთმინება.

რჩევა 5

გამოიყენეთ კარგი ვერბალური კომუნიკაციის უნარები

- ▶ გამოიყენეთ მარტივი და გასაგები ენა. აზრი გამოთქვით მკაფიოდ და ლაკონურად
- ▶ გამოიყენეთ ღია კითხვები, შეაჯამეთ და დააზუსტეთ აზრი
- ▶ განაზოგადეთ და გაიმეორეთ საკვანძო პუნქტები
- ▶ მიეცით ადამიანს საშუალება, დაგისვათ კითხვები მიწოდებული ინფორმაციის შესახებ.

რჩევა 6. გამოიჩინეთ გულისხმიერება და სენსიტიურობა, როდესაც ადამიანი გიყვებათ მძიმე გამოცდილების შესახებ (მაგ., სექსუალური ძალადობის, თავდასხმის ან თვითდაზიანების შესახებ)

- ▶ გამოიჩინეთ განსაკუთრებული გულისხმიერება რთულ საკითხებზე მსჯელობისას
- ▶ შეახსენეთ ვიზიტზე მოსულ პირს, რომ ის, რასაც ის გაგიმხელთ, კონფიდენციალურია და ასეთად დარჩება
- ▶ გააცნობიერეთ და დაუშვით, რომ ინფორმაციის გამხელა შეიძლება ძალიან რთული აღმოჩნდეს ადამიანისათვის.

გთავაზობთ რამდენიმე დამატებით **რჩევას მოზარდისა და მისი მზრუნველის შესახებ.**

თუ მოზარდი / მზრუნველი უარს ამბობს ილაპარაკოს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე:

- ▶ ნუ დააძალებთ ლაპარაკს
- ▶ იყავით ღია და ნუ განსჯით მათ თქვენი კომუნიკაციის დროს; წაახალისეთ სასაუბროდ
- ▶ მიაწოდეთ ზოგადი შეთავაზებები მდგომარეობის/კეთილდღეობის გასაუმჯობესებლად.

თუ მოზარდი / მზრუნველი ავლენს არარეალურ მოლოდინებს მდგომარეობის მართვასთან დაკავშირებით:

- ▶ განუმარტეთ, თუ რა შეგიძლიათ გააკეთოთ და აუხსენით თქვენი ქმედებების ლიმიტაციები/შეზღუდვები

- ▶ ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ მოზარდი / მზრუნველი უნდა იყოს მომთმენი, რადგან გაუმჯობესება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ხდება და არა - უეცრად.

თუ მზრუნველს აღენიშნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან ნივთიერების ავადმოსმარების პრობლემები:

- ▶ შეაფასეთ და მართეთ მზრუნველთა პრობლემები
- ▶ გამოიკითხეთ ოჯახის ნებისმიერ ბავშვზე და მოზარდზე, რათა დარწმუნდეთ, რომ ისინი არ არიან რისკის ქვეშ
- ▶ გამოიკითხეთ ოჯახის სხვა წევრების შესახებ, რომლებსაც შეუძლიათ დახმარება
- ▶ საჭიროების შემთხვევაში, აუცილებელია გარე სააგენტოებთან დაკავშირება.

თუ მოზარდი უგულებელყოფილია ან არის ძალადობის მსხვერპლი:

- ▶ აუხსენით მზრუნველს, რომ კარგი ზრუნვა, ადეკვატური განათლება და დადებითი გარემო აუცილებელია მოზარდისთვის, რათა განვითარდნენ, ისწავლონ, იგრძნონ ბედნიერება და კარგად მოიქცენ
- ▶ ჩართეთ კონსულტანტი, როცა მდგომარეობა მძიმეა ან არ უმჯობესდება დროთა განმავლობაში
- ▶ დააკავშირეთ ოჯახი შესაბამის ორგანიზაციებთან, იურიდიული და სოციალური მომსახურებების ჩათვლით.

თუ მზრუნველები და მათი ბავშვები სტიგმისა და იზოლაციის მსხვერპლნი არიან:

- ▶ მოუსმინეთ მათ
- ▶ ხაზგასმით აღნიშნეთ, რომ ეს ქცევები გამოწვეულია ხალხის დაბალი განათლების დონით და ცრუ შეხედულებებით
- ▶ დააკავშირეთ სხვა ადამიანებთან და ოჯახებთან მსგავსი პრობლემების მქონე ე.წ. „თანასწორმხარდამჭერთა ჯგუფების“ (peer support groups) შექმნის მიზნით.

ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება

ეფექტური კომუნიკაციის ტექნიკების გამოყენებით, ფჯ სპეციალისტებს შეუძლიათ შეისწავლონ და შეაფასონ ბენეფიციარის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა. შეფასება მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ გავერკვეთ ბენეფიციარის მდგომარეობაში, ავტონ-დავტონოტ რისკები და რესურსები, დავგეგმოთ ჩარევები.

გვანსოვდეს, შეფასება არ ნიშნავს ფსიქიატრიულ დიაგნოსტიკას!

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ზოგადი ელემენტები

ისტორია

რა მნიშვნელობა აქვს ისტორიის გამოკითხვას (ანამნუხის შეკრებას)?

ფსიქიატრიული პრაქტიკა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული სანდო და სრულფასოვანი ისტორიის ხელმისაწვდომობაზე. ვერავინ შეძლებს ფჯ პრობლემს მქონე პირის უსაფრთხოდ მკურნალობას, თუ არ ეცოდინება, როგორ განვითარდა ამჟამინდელი მდგომარეობა. მათი ცხოვრების სტილის, პრობლემების, ძლიერი და სუსტი მხარეების ცოდნის გარეშე განხორციელებული ინტერვენციები შეუსაბამო და არამიზნობრივი იქნება. ამომწურავი ისტორიის მოპოვება უმნიშვნელოვანესი საკითხია შეფასებისთვის. ფსიქიკური სტატუსის კვლევა მდგომარეობას კონკრეტული დროისთვის აფასებს, ამიტომ, თუ მხოლოდ მასზე დაყრდნობით ვიმსჯელებთ, შეიძლება შევცდეთ. ფსიქიკური სტატუსი ისტორიასთან კონტექსტში იძენს მნიშვნელობას. კარგადაა ცნობილი, რომ არავის შეუძლია მეორე პიროვნებაზე ყველაფერი ამომწურავად იცოდეს. ამიტომ, ადეკვატური ინფორმაციის შეგროვება ჩვენი მთავარი მიზანი უნდა იყოს და, ამასთან, უნდა გვანსოვდეს, რომ ამ ამოცანის შესრულება არასდროს შეიძლება ჩაითვალოს დასრულებულად.

ისტორიის შეგროვება ინფორმაციის მიღების პასიური პროცესი არაა. ეს აქტიური და გრძელვადიანი პროცესია, რომელიც ინფორმაციის გაგებასა და ორგანიზებას მოიცავს.

ამ თავში ჩვენ გვსურს ყურადღება გავამახვილოთ იმაზე, თუ რომელი ინფორმაცია უნდა შევაგროვოთ და როგორ მოვახდინოთ მისი ორგანიზება. ცხადია, დეტალები და აქცენტები სხვადასხვა სიტუაციაში სხვადასხვაა, თუმცა, ადეკვატური ისტორიის ძირითადი კომპონენტები, ანუ ისტორიის სტრუქტურა, ფაქტობრივად, უცვლელია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისტორიის ძირითადი სტრუქტურა

- ▶ მომართვის მიზეზი
- ▶ ამჟამინდელი პრობლემის ისტორია
- ▶ წარსული ფსიქიკური პრობლემების ისტორია
- ▶ ოჯახის ისტორია
- ▶ ბავშვობისდროინდელი ისტორია
- ▶ განათლების ისტორია
- ▶ მუშაობის ისტორია
- ▶ დასაქმების ისტორია
- ▶ სექსუალური და რეპროდუქციული ისტორია
- ▶ სამედიცინო ისტორია
- ▶ სოციალური ისტორია და ყოველდღიური საქმიანობა
- ▶ ალკოჰოლიზმი ან მედიკამენტების ავადმომხმარება
- ▶ სამართალდარღვევის ისტორია

მოცემული სტრუქტურა პიროვნების ცხოვრების ყველა ასპექტს მოიცავს და მოკლე ბიოგრაფიული ჩანაწერით გამოიყურება. ძალიან ცოტა ადამიანი თუ ფიქრობს თავის თავსა თუ ცხოვრებაზე და სტრუქტურირებულად ალაგებს თავის ბიოგრაფიას. ამიტომ, პიროვნების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის შესაბამისი სტილით ორგანიზება მნიშვნელოვანი ამოცანაა.

შესაბამისად, შეფასების პროცესი შესაძლოა 5 ძირითად კომპონენტად დაყვით:

1. ჩივილები

- ▶ მთავარი სიმპტომი ან მიზეზი იმისა, რისთვისაც ადამიანი მოგმართავთ დახმარებისთვის
- ▶ იკითხეთ როდის, რატომ და როგორ დაიწყო ის
- ▶ ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია შეგროვდეს რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია მისი სიმპტომებისა და სიტუაციის შესახებ.

2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის წარსული ისტორია

- ▶ იკითხეთ მსგავსი პრობლემების არსებობის შესახებ წარსულში, ნებისმიერი ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის ან ფჯ მდგომარეობების გამო დანიშნული მედიკამენტების და სუიციდის ნებისმიერი წარსული მცდელობის შესახებ
- ▶ გამოარკვიეთ თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შესახებ.

3. ზოგადი ჯანმრთელობის ისტორია

- ▶ იკითხეთ ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და მედიკამენტების შესახებ
- ▶ მოიპოვეთ მიმდინარე პერიოდისთვის დანიშნული მედიკამენტების ჩამონათვალი
- ▶ იკითხეთ მედიკამენტებზე ალერგიული რეაქციების შესახებ.

4. ოჯახის ფჯ მდგომარეობების ისტორია

- ▶ შეისწავლეთ ოჯახის შესაძლო ფჯ მდგომარეობების ისტორია და გამოიკითხეთ, ჰქონდა

თუ არა ვინმეს ოჯახში მსგავსი სიმპტომები ან მკურნალობდა თუ არა ოჯახის რომელიმე წევრი ფსიქიკური აშლილობის გამო.

5. ფსიქოსოციალური ისტორია

- ▶ იკითხეთ ამჟამად არსებული სტრესორების, გამკლავების მეთოდებისა და სოციალური მხარდაჭერის შესახებ
- ▶ იკითხეთ მიმდინარე სოციალურ-პროფესიული ფუნქციონირების შესახებ (როგორ ფუნქციონირებს სახლში, სამსახურში და როგორ ართმევს თავს ურთიერთობებს)
- ▶ მოიპოვეთ ძირითადი ინფორმაცია, მათ შორის, ცნობები საცხოვრებელი ადგილის, განათლების დონის, დასაქმების / სამუშაო ისტორიის, ოჯახური მდგომარეობისა და შვილების რაოდენობისა და მათი ასაკის შესახებ, დაინტერესდით მისი შემოსავლით, ოჯახური სტრუქტურით, და საყოფაცხოვრებო პირობებით
- ▶ თუ შვილები ბავშვობის ან მოზარდობის ასაკის ჰყავს, დაინტერესდით შვილებთან მისი ურთიერთობების ბუნებითა და ხარისხით.

ქვემოთ იხილეთ ვრცლად ამ კომპონენტების შესახებ.

მომართვის (რაფერალის) მიზანი, ჩივილები და პრობლემა

ადამიანების დიდი ნაწილი საკუთარ პრობლემას თვეობით და ზოგჯერ წლობითაც ებრძვის, ვიდრე დახმარების მისაღებად მოგვმართავს. ამიტომ იმის გარკვევა, თუ როგორ აღმოჩნდა ეს ადამიანი ჩვენ წინაშე აქ და ამჟამად, საერთო სიტუაციის გაგებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია. თვითონ გადაწყვიტა მოსვლა თუ ვინმემ აიძულა? რატომ მოგვმართა ახლა და არა ერთი კვირის ან თვის წინ? რის შეფასებას ითხოვს ჩვენგან? ამ კითხვებზე პასუხის მიღება დაგვეხმარება გავარკვიოთ თავად პიროვნებისა და მის ირგვლივ მყოფთა მოლოდინი. ამ საკითხების განხილვა და დოკუმენტირება მაშინაც არ უნდა დაგვავიწყდეს, როდესაც პიროვნებას არასამუშაო საათებში ან საგანგებო (გადაუდებელ) მდგომარეობაში ვაფასებთ, ვინაიდან შესაბამის ინფორმაციას, შესაძლოა, რეტროსპექციის თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა ჰქონდეს.

ამ ნაწილში უნდა განვიხილოთ, რა აწუხებს პიროვნებას და გავარკვიოთ, თუ როგორ განვითარდა არსებული პრობლემა. რა სიმპტომები და ქცევა აწუხებს ყველაზე მეტად ბენეფიციარს და მის ირგვლივ მყოფთ? როდის დაიწყო ეს პრობლემები? რამე მოვლენამ ან შემთხვევამ ხომ არ შეუწყობ ხელი ამ მდგომარეობის განვითარებას? რა გავლენას ახდენს არსებული პრობლემა პიროვნების ყოველდღიურ ფუნქციონირებაზე? შეუძლია მასზე დაკისრებული მოვალეობების შესრულება? ადეკვატურად ზრუნავს თავის შვილებზე? შეეცვალა დამოკიდებულება ან მოტივაცია იმ საქმიანობების მიმართ, რომლებსაც სიამოვნებით აკეთებდა ან მნიშვნელოვანი იყო მისთვის? როგორ რეაგირებენ ოჯახის წევრები და მეგობრები ამ პრობლემებზე?

აღენიშნება თუ არა ბენეფიციარს ძილის პრობლემები? თუ კი, როგორი ხასიათისაა - ჩაძინება უჭირს, თუ ადრე ეღვიძება? ძილი შეიძლება იყოს ზედაპირული, ხშირი გამოღვიძებებით. შესაძლოა აღინიშნებოდეს ძილის ფაზების არევა, ანუ ღლის საათებში თვლემა და ღამე ფხიზლად ყოფნა. ძილის შეფასება გარკვეულ სირთულეებთანაა დაკავშირებული. ღამე გამოფხიზლების შემთხვევაში პიროვნებას შეიძლება ეგონოს, რომ საერთოდ არ სძინავს. მნიშვნელოვანია, ვკითხოთ, როდის დაწვა დასაძინებლად და როდის ადგა. რას აკეთებდა როცა არ ეძინა? ერთი მხრივ, სიგარეტის მოსაწევად ან ჩაის დასალევად ღამით ადგომა ძილს აუარესებს. მეორე მხრივ, მათ, ვინც მთელი ღამე სიბნელესა და სიჩუმეში ლოგინში წოლას აგრძელებენ, უფრო მეტხანს სძინავთ, ვიდრე ჰგონიათ.

შეიცვალა ბენეფიციარის კვებითი ჩვევები? არის ეს მის წონაზე ასახული? ადამიანების უმეტესობა ყოველდღე არ იწონება, თუმცა, წონის ცვლილებას ადვილად ხვდება დაპატარავებული ან გადიდებული ტანსაცმლის მიხედვით.

დაქვეითებული აქვს კონცენტრაცია? იმ ადამიანისთვის, რომელსაც არ სჭირდება ყოველდღიურად მოცულობითი ინფორმაციის ათვისება, შესაძლოა, ეს კითხვა შესაბამისი არ იყოს. გასათვალისწინებელია, რომ დაქვეითებული კონცენტრაციის უნარი, პიროვნების მიერ შეიძლება მეხსიერების გაუარესებად აღიქმებოდეს. იმისთვის, რომ პიროვნებამ თვალყური მიადევნოს სატელევიზიო სერიალის სიუჟეტს, კონცენტრაციის გარკვეული ხარისხია აუცილებელი. შესაბამისად, კონცენტრაციის ცვლილების გასარკვევად არა აბსტრაქტული, არამედ კონკრეტული კითხვა უნდა დავსვათ, რომელიც პიროვნების მიერ ყოველდღიურ ცხოვრებაში შესრულებულ ინტელექტუალურ საქმიანობებს შეესაბამება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისტორია

აქ ორი საკითხი მოიაზრება: (1) მიუმართავს, თუ არა პიროვნებას ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტისთვის და (2) ჰქონია თუ არა წარსულში ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები (მსგავსი ან განსხვავებული ამჟამინდელი მდგომარეობიდან). ასევე, უნდა დავადგინოთ, რამდენად ეფექტური იყო მკურნალობა. ძალიან მნიშვნელოვანია, დავაზუსტოთ ფსიქიატრიული სტაციონირების შემთხვევები, სტაციონირების ხანგრძლივობა და მკურნალობის ნებაყოფლობითი თუ იძულებითი ხასიათი. სტაციონირების თარიღები, ადგილმდებარეობა და სპეციალისტების სახელები ძველი ჩანაწერების მოპოვებაში დაგვეხმარება.

აქ შეგვიძლია გამოვყოთ პიროვნების ისტორიის რამდენიმე ასპექტი.

ბავშვობის ისტორია

ზოგი ადამიანი სპონტანურად იხსენებს თავის ბავშვობას და დაწვრილებით ჰყვება საკუთარ წარსულზე. ამის მიღწევა იმ პირებთან, რომლებსაც მძიმე ბავშვობისდროინდელი მოგონებები აქვთ, თითქმის შეუძლებელია. რასაკვირველია, უბედური ბავშვობის განხილვა ადვილი არაა, მაგრამ, პიროვნების ადრეული გამოცდილების ცოდნა და გააზრება, უაღრესად მნიშვნელოვანია. ჩვეულებრივ, უნდა გამოვიკითხოთ განვითარების ეტაპები, მაგალითად, სიარულის, მეტყველების ან კითხვის დაწყების ასაკი. ჩვენი გამოცდილებით, ძნელად რომ ვინმემ ამის ზუსტი ასაკი გაიხსენოს, თუკი გარკვეულ ჩამორჩენას არ ჰქონდა ადგილი. ასევე, ბენეფიციარს უნდა ვკითხოთ ბავშვობის პერიოდის „ნევროზულ მახასიათებლებზე“. ჩვენ არ ვიცით ისეთი თვისებების მნიშვნელობა, როგორცაა თითის წოვა ან ფრჩხილების კვნეა. ასეთი პრობლემები ფართოდაა გავრცელებული ზოგად პოპულაციაში და ნაკლებად მნიშვნელოვანია. მაგრამ, ისეთი საკითხი, როგორცაა ღამის ენურეზი, რაც შესაძლოა მოზარდობის ასაკამდეც გაგრძელდეს, თვითმეფასებაზე სერიოზულ გავლენას ახდენს.

განსაკუთრებით ყურადსაღებია ადრეულ ასაკში მშობლებთან განშორება ან მათი გარდაცვალება, ოჯახში ძალადობის ისტორია, მუდმივი უბედურების განცდა. აქ განსაკუთრებითაა საჭირო სპეციფიკურ საკითხებზე ყურადღების კონცენტრირება. განცხადება იმის შესახებ, რომ პიროვნებას უბედური ბავშვობა ჰქონდა, ნიშნავს, რომ იგი სხვა ბავშვებისგან განსხვავებულად გრძნობდა თავს და ეს სხვაობა თვალსაჩინო იყო მისთვის. ჩვენ უნდა ვიცოდეთ ოჯახში მომხდარი ამბებისა და ოჯახის წევრების შესახებ, რაც კონკრეტული სირთულეების დადგენაში დაგვეხმარება. ამ საკითხების შესახებ საუბარს ხშირად ემოციური და ფიზიკური ძალადობის გამოვლენამდე მივყავართ (სექსუალურ ძალადობაზე შედარებით ადვილად შევძლებთ საუბარს, თუ სექსუალური განვითარების შესახებ გამოვიკითხავთ. სექსუალურ ცხოვრებაზე მოყოლისას, პიროვნებამ შეიძლება თავისით აღიაროს ასეთი გამოცდილება, თუმცა, შემდგომში ძალიან ინანოს, რომ საიდუმლო გაგვანდო).

სწავლა-განათლება

განათლების ისტორია უმჯობესია რამდენიმე ძირითად ფაზად დაიყოს: დაწყებითი კლასები, საშუალო განათლება და უმაღლესი განათლება. უნდა მივუთითოთ საგანმანათლებლო დაწესებულების ტიპი, სკოლის გამოცვლის შემთხვევები და ამის მიზეზები. თანატოლებთან ურთიერთობის გამოკითხვისას, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბულინგის, დისციპლინური პრობლემების, სკოლის გაცდენებისა და სკოლაში სიარულზე უარის თქმის შემთხვევების გამოვლენა. აკადემიური მოსწრება ნიშნებსა და ყველა საკვალიფიკაციო გამოცდის შედეგს გულისხმობს. განათლების პრობლემების შემთხვევაში, გამოკითხვისას პირდაპირ უნდა ვკითხოთ, ხომ არ გახდა საჭირო ფსიქიატრის ან განათლების ფსიქოლოგის დახმარება ან სპეციალიზებული პროგრამით სწავლება. ამგვარ გარემოებაში აუცილებლად უნდა დავადგინოთ წერა-კითხვის ცოდნა. წერა-კითხვასთან დაკავშირებული პრობლემები უფრო ხშირია, ვიდრე ეს საზოგადოდ არის ცნობილი და, შესაძლოა, ნორმალური ინტელექტის პირებსაც აღენიშნებოდეთ. წერა-კითხვის უცოდინარობის გამო ადამიანებს, ჩვეულებრივ, რცხვენიათ. „როდისმე თუ გქონიათ წერა-კითხვის პრობლემები“ - ეს კითხვა ამჟამად თუ წარსულში არსებული პრობლემების ფართო დიაპაზონს მოიცავს, ხოლო კითხვას - „შეგიძლიათ წერა-კითხვა?“ სრულიად სხვა დატვირთვა აქვს. წერა-კითხვის უცოდინარობა იშვიათადაა აბსოლუტური, ამიტომ ასეთმა შეკითხვამ შეიძლება გაუგებრობა ან დაცვითი რეაქცია გამოიწვიოს.

დასაქმების ისტორია

ადამიანთა დიდი ნაწილისთვის დასაქმება (ისევე როგორც ურთიერთობები და რეპროდუქცია) ერთ-ერთი მთავარი საკითხია, რომლის მიხედვითაც ისინი ცხოვრებას გეგმავენ და თვითრეალიზებას ახერხებენ. ფსიქიკური ამლილობის მქონე პირთა უმრავლესობას მუშაობის ძალიან მწირი

ან, თითქმის, არანაირი გამოცდილება აქვს. ეს მათი მარგინალიზაციის ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია. თუ ბენეფიციარს სამსახური ჰქონდა, ძალიან დეტალურად უნდა გამოვკითხოთ, რამდენად ხშირად იცვლიდა იგი სამუშაო ადგილს. იმ შემთხვევაში, როდესაც საშუალო ასაკის მამაკაცი თავიდან მშენებლობაზე მუშად, ხოლო შემდეგ შემთხვევით სამუშაოებზე მუშაობდა, შესაძლოა მას დეტალები აღარ ახსოვდეს. მაშინ, ყველაზე უპრიანია, ვკითხოთ, თუ როდის გაათავისუფლეს სამსახურიდან. უფრო სტაბილური სამსახურის არსებობისას, მნიშვნელოვანია, გამოვიკითხოთ დაწინაურების ან სხვა სამსახურებრივი ცვლილებების შესახებ. განსაკუთრებით ყურადსაღებია განმეორებადი კონფლიქტები თანამშრომლებთან ან ეპიზოდები, როდესაც პიროვნება დაცინვის ობიექტი ხდებოდა. ფჯ პრობლემების მქონე პირები ამ საკითხზე საუბარს თავად იშვიათად იწყებენ, ამიტომ მიზანშეწონილია დავუსვათ კითხვა მოსწონდათ თუ არა სამსახური და თუ არ მოსწონდათ, რა იყო ამის მიზეზი.

სექსუალური და რეპროდუქციული ისტორია

სექსუალური ცხოვრების ისტორიის უპირველესი საკითხი სექსუალური ორიენტაციაა. ჩვეულებრივ, ეს საუბრისას, ინტერვიუს დასაწყისშივე შეიძლება გაირკვეს, თუმცა, ყოველთვის ასე არ ხდება. მორცხვი და საკუთარ თავში დაურწმუნებელი ჰეტეროსექსუალი მამაკაცი შეიძლება ძალიან განაწყენდეს, თუ ვკითხავთ: „ჰომოსექსუალი ხარ?“. ეს კითხვა მის მასკულინობას ეჭვქვეშ აყენებს და შეურაცხყოფად აღიქვამს, ვინაიდან მიიჩნევს, რომ მისი ჰეტეროსექსუალობა თვალსაჩინოა. უმჯობესია, ასეთი შეკითხვები საუბრის დასაწყისშივე ტაქტიანად ისე დავუსვათ, რომ ადამიანმა ჰომოსექსუალობა კი არ უარყოს, არამედ ჰეტეროსექსუალობა დაგვიდასტუროს. მათი უკეთ გაცნობისა და კონტაქტის დამყარების შემდეგ, ამ შეკითხვის დასმა ძალიან გაგვიჭირდება და მათ სექსუალურ იდენტობას უფრო მეტად შეურაცხყოფთ.

ამ ნაწილში მნიშვნელოვანია სერიოზული ურთიერთობების (რაც, ხშირად სექსუალურ ურთიერთობას უკავშირდება) გაანალიზება. კერძოდ, ამჟამინდელი კავშირების ხარისხი, წარსულში წარუმატებელი ურთიერთობები. ამაზე საუბარმა, შეიძლება, მიგვიყვანოს აქტუალური სექსუალური პრობლემების გამოვლენამდე. უნდა გავარკვიოთ პუბერტული ასაკის გამოცდილება და პირველი სექსუალური კავშირი ან მენოპაუზის ასაკი და სექსუალური აქტივობა ხანდაზმულ პირებში. უნდა ვიკითხოთ, ხომ არ ჰქონდა ადგილი არანებაყოფლობით სექსუალურ კავშირს. ამაზე საპასუხოდ პიროვნებამ, შესაძლოა, ბავშვობისდროინდელი სექსუალური ძალადობის ან თანაცხოვრებაზე დაყოლიების შესახებ თავად გვიამბოს.

ძალიან მნიშვნელოვანია არ ვაიძულოთ პირი დაუყოვნებლივ მოგვითხროს თავის სექსუალურ გამოცდილებაზე, ვინაიდან უცხოსთან ასეთ საკითხებზე საუბარი ძალიან მატრავმირებელია და არაფერში დაეხმარება. მთავარია, მივახვედროთ, რომ ამაზე საუბარი შეუძლია. ბევრი ადამიანი თავიდან უარს ამბობს, ხოლო მოგვიანებით, ფიქრისა და საკუთარი თავის მომზადების შემდეგ, ყველაფერს გულახდილად ჰყვება.

ნივთიერებათა ავადმომხმარება საკმაოდ ხშირია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს შორის. ნივთიერებათა ავადმომხმარება, და განსაკუთრებით ალკოჰოლიზმი, შეიძლება ფსიქიკური ავადობის გამომწვევი მიზეზი იყოს და პირიქით - ალკოჰოლისა და სხვადასხვა ფსიქოაქტიური წამლის ჭარბად მოხმარება, შეიძლება, უშუალოდ ფსიქიკური პრობლემის არსებობით იყოს განპირობებული. „ცუდად ყოფნასთან“ ასეთი არაადაპტაციური და დისფუნქციური სტრატეგიით გამკლავება, სამწუხაროდ, უფრო მეტ სირთულეს წარმოშობს მომავალში. მედია, პოლიტიკოსები და ფსიქიატრიული სერვისების პროვაიდერები მრავალი წელია ამ პრობლემებზე საუბრობენ. წამლებით გამოწვეული გართულებები ძალიან სერიოზულია, თუმცა, ბოლომდე გამოკვეთილი არაა სრული სპექტრი იმ ნივთიერებებისა, რომლებიც ავად მოიხმარება.

სამართალდარღვევების ისტორია

ეს ნაწილი კრიმინალურ ისტორიას ითვალისწინებს. ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების მიერ დანაშაულის ჩადენის შემთხვევები ზოგადი პოპულაციის მონაცემებს არ აღემატება. თუმცა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე კრიმინალურ პიროვნებას უფრო ხშირად და ადვილად იჭერენ, ვინაიდან ისინი ავადმყოფობის გამო „პროფესიულ“ მოხერხებულობას კარგავენ.

შეიძლება ითქვას, რომ პოპულაციის დიდ ნაწილს, სულ ცოტა, ერთი სამართალდარღვევის შემთხვევა მაინც აღენიშნება ცხოვრების მანძილზე. მამაკაცები, ქალებთან შედარებით, უფრო ხშირად ჩადიან დანაშაულს და ციხეშიც უფრო ხშირად ხვდებიან.

ყველა სამართალდარღვევას დაპატიმრება არ მოსდევს. ამიტომ, მხოლოდ კრიმინალური წარსულის გამოკითხვა საკმარისი არ იქნება და, შესაძლოა, მნიშვნელოვანი დეტალები გამოგვრჩეს.

იდეალურ შემთხვევაში, ჩვენ ყველა დაპატიმრების თარიღი უნდა დავაფიქსიროთ (თუ ბენეფიციარს ახსოვს) და ის გარემოებები აღვწეროთ, რასაც ბრალის წაყენება ან ჯარიმა მოჰყვება. ზოგს შეიძლება ძალიან მაღალი სასჯელი ჰქონდეს შედარებით უმნიშვნელო დანაშაულისთვის. ასეთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია სხვა გარემოებების შესახებ გამოვკითხოთ. მაგალითად, წვრილმანი ქურდობის დროს დამატებით აგრესიული ქცევა ხომ არ გამოუვლენია. უნდა გამოვკვლიოთ, რამდენად ხშირად სჩადის პიროვნება კანონსაწინააღმდეგო ქმედებას, რომელიც ყოველთვის სასჯელითა და დაპატიმრებით არ მთავრდება.

საკვლევი პირის სამედიცინო ისტორია

ამჟამინდელი ჯანმრთელობის პრობლემები და წარსულში გადატანილი დაავადებები, მათ შორის სტაციონარული მკურნალობის შემთხვევები და ქირურგიული ოპერაციები, ანამნეზში დეტალურად უნდა იყოს აღწერილი. ბენეფიციარს უნდა ვკითხოთ, თუ რა პრეპარატები აქვს მიღებული (თუ შესაძლებელია, უნდა მიეთითოს წამლის დასახელება და დოზები). ამისგან განსხვავებული კითხვაა, თუ რა პრეპარატები ჰქონდა დანიშნული - მომართვის ფორმაში მხოლოდ ის წამლებია ჩამოთვლილი, რომლებსაც გამომგზავნი ექიმის აზრით იღებდა ბენეფიციარი. ზოგადად, დანიშნულების რეჟიმს მოსახლეობის ძირითადი ნაწილი ნაკლებად იცავს. ექიმი, რომელიც თვლის, რომ პაციენტი სრულად ასრულებს მის ინსტრუქციებს, ჩვეულებრივ, არ ინტერესდება, თუ რამდენად სწორად იღებს ის პრეპარატებს. არ უნდა დაგვავიწყდეს ალერგიული რეაქციების შესახებ. ამის კითხვით ჩვენ შეგვიძლია არაალერგიული გვერდითი ეფექტებიც გამოვავლინოთ და პოტენციური სარისკო გართულებები თავიდან ავიცილოთ.

ოჯახის ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ისტორია

მნიშვნელოვანია კითხვის დასმა იმის შესახებ, აღენიშნება თუ არა ოჯახის რომელიმე წევრს ფსიქიკური აშლილობა. თუმცა, ოჯახის ისტორიის გამოკითხვა ამით არ ამოიწურება. აუცილებელია, გავერკვეთ ბენეფიციარის ოჯახის სტრუქტურაში, რომელშიც ის იზრდებოდა. ეს მოიცავს მშობლების/მზრუნველების (თუ ჰყავს) ამჟამინდელ ასაკს, მათ პროფესიას და დასაქმებას, და მათთან ბენეფიციარის ურთიერთობის თავისებურებებს. უნდა დავადგინოთ, მშობლები განქორწინებული ხომ არ არიან, გარდაცვლილი ხომ არაა რომელიმე ან ორივე. ბენეფიციარის და მისი მშობლების ამჟამინდელი ასაკი შემდგომი ანამნეზური მონაცემებისთვისაც მნიშვნელოვანია. ასევე, უნდა გავითვალისწინოთ და-ძმის ასაკი, მათთან ურთიერთობის ხასიათი და მოკლედ დავახასიათოთ ისინი. თუ ოჯახის სტრუქტურა რთულია, ვეცადოთ, სქემატურად გამოვსახოთ ის.

ჩვენ აღმოვაჩინეთ, რომ ბევრ ადამიანს ერთნაირი მიმართება აქვს არაბიოლოგიურ და-ძმასთან: დედინაცვლის ან მამინაცვლის შვილებთან და საერთო მშობლის შვილებთან. ასევე, ხშირად დედინაცვალს და მამინაცვალს უწოდებენ როგორც ერთ-ერთი მშობლის პარტნიორს, ხოლო გაშვილების შემთხვევაში - დედობილს და მამობილს, ან მინდობით აღზრდაში ყოფნისას - მიმღებ მშობლებს. ამ ურთიერთობებს სხვადასხვა დატვირთვა აქვს და ამიტომ, მათი ერთმანეთისგან მკაფიოდ განსხვავება შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს.

ფსიქოსოციალური ისტორია და ყოველდღიური ფუნქციონირება

სოციალური ისტორია ბენეფიციარის მიმდინარე ყოველდღიურ ცხოვრებას ითვალისწინებს. როგორი საცხოვრებელი პირობები აქვს? ვის ეკუთვნის ბინა? ვისთან ერთად ცხოვრობს? თავიდანვე ამის დადგენა შეიძლება გაგვიჭირდეს. ჰყავს თუ არა მეგობრები? აქვს თუ არა აქტიური სოციალური ურთიერთობები მეგობრებთან? აქვს ფინანსური პრობლემები? თუ აქვს, რამ განაპირობა ეს, როგორ დაიდო ვალი? აქვს თუ არა ინტერესები ან ჰობი? ზოგი საერთოდ უარყოფს ინტერესების ან საყვარელი საქმიანობის არსებობას. ასეთ შემთხვევაში უნდა ვკითხოთ რა ლიტერატურას კითხულობს (თუ კითხულობს საერთოდ), რომელი სატელევიზიო გადაცემა მოსწონს, რა ფილმებს უყურებს, ან რა ტიპის მუსიკას უსმენს.

ყოველდღიური საქმიანობა ბევრს მეტყველებს პიროვნების შესახებ. მარტივი კითხვები: „რას აკეთებთ მთელი დღის განმავლობაში?“ და „როგორ ატარებდით დროს ავად გახდომამდე?“ ამ ინფორმაციის მოპოვებაში დაგვეხმარება. როდესაც ბენეფიციარს უჭირს ამ კითხვებზე პასუხის გაცემა, მაშინ უნდა ვთხოვოთ, თანმიმდევრულად მოგვიყვას, თუ რას აკეთებდა იგი ბოლო 24 საათის განმავლობაში.

ფჯ სპეციალისტი ფსიქიკური მდგომარეობის გამოკვლევას ამ ასპექტების შესახებ უშუალო საუბრითა და არაფორმალური გამოკითხვით ახერხებს. **რა თქმა უნდა, მხოლოდ ერთ შეხვედრაზე ვერ მოხერხდება პირის მდგომარეობის სრულყოფილად შეფასება** - ამას რამდენიმე შეხვედრა სჭირდება. ზოგადად, ახალ ინფორმაციას ჩვენი მუშაობის ბოლომდე ვიღებთ ხოლმე, რაც ნიშნავს, რომ შეფასების პროცესი არ წყდება.

გასაუბრების ფორმატი დაძაბულობას უხსნის ბენეფიციარს და თავის განცდებზე თავისუფლად საუბრის საშუალებას აძლევს. ფსიქოპათოლოგიის გამოვლენას, ყველაზე კარგად, ყოველდღიურ აქტივობასა და ბენეფიციართა წუხილთან დაკავშირებული კითხვებით შევძლებთ, ვინაიდან ეს ის კონტექსტია, რომლის გამოცდილებაც მათ აქვთ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების 5 კომპონენტის შეჯამებისთვის, იხ. ბოქსი 1.4:

ბოქსი 1.4. შეფასების 5 კომპონენტი

ჩივილების წარმოჩენა

- ▶ მთავარი სიმპტომი ან მიზეზი, რის გამოც პიროვნება მოგმართავთ დახმარებისთვის.
- ▶ გამოჰკითხეთ როდის, რატომ და როგორ დაიწყო გამოვლენა.
- ▶ ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია შეგროვდეს რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია სიმპტომებისა და სიტუაციის შესახებ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) მდგომარეობის წარსული ისტორია

- ▶ გამოჰკითხეთ წარსულში მსგავსი პრობლემების არსებობაზე, ნებისმიერი მიზეზით ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის, ფჯ მდგომარეობების გამო დანიშნული მედიკამენტების, და სუიციდის ნებისმიერი წარსული მცდელობის შესახებ.
- ▶ გამოარკვიეთ, მოიხმარს თუ არა თამბაქოს, ალკოჰოლს ან/და ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს.

ზოგადი ჯანმრთელობის ისტორია

- ▶ გამოიკითხეთ ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და მედიკამენტების შესახებ.
- ▶ მოიპოვეთ მიმდინარე პერიოდში მოხმარებული მედიკამენტების ჩამონათვალი.
- ▶ გაარკვიეთ მედიკამენტებზე ალერგიული რეაქციების არსებობა.

ოჯახის ფჯ მდგომარეობის ისტორია

- ▶ შეისწავლეთ ოჯახის შესაძლო ფჯ მდგომარეობის ისტორია. გამოიკითხეთ, ოჯახში ვინმეს თუ ჰქონდა მსგავსი სიმპტომები ან მკურნალობდა ფჯ აშლილობის გამო.

ფსიქოსოციალური ისტორია

- ▶ გამოიკითხეთ ამჟამად არსებული სტრესორების, გამკლავების მეთოდებისა და სოციალური მხარდაჭერის შესახებ.
- ▶ იკითხეთ მიმდინარე სოციალური/პროფესიული ფუნქციონირების შესახებ (როგორ ფუნქციონირებს შინ და სამსახურში, და როგორ ართმევს თავს ურთიერთობებს).
- ▶ მოიპოვეთ ძირითადი ინფორმაცია, მათ შორის, ცნობები საცხოვრებელი ადგილის, განათლების დონის, დასაქმების/სამუშაო ისტორიის, ოჯახური მდგომარეობის, შვილების რაოდენობისა და ასაკის შესახებ; დაინტერესდით მისი შემოსავლებით, ოჯახური სტრუქტურით და საყოფაცხოვრებო პირობებით.

ბავშვების/მოზარდების შემთხვევაში იკითხეთ, ჰყავთ თუ არა მზრუნველი და დაინტერესდით მათ შორის ურთიერთობის ბუნებითა და ხარისხით.

ზოგადად, პირები, რომლებსაც შვოთვა და დეპრესია აღენიშნებათ, თავიანთი ფსიქოპათოლოგიის აღსაწერად მზად არიან, ვინაიდან კარგად აცნობიერებენ სიმპტომების ბუნებას და იმას, რომ ეს სიმპტომები მათშია აღმოცენებული. მაშინაც, კი როდესაც დეპრესია ძალიან მძიმდება და ბოღვა ვითარდება, მდგომარეობით გამოწვეული სევდა და კაემანი იმის მაჩვენებელია, რომ ბენეფიციარს საუბარი სურს.

მწვავე ფსიქოზების დროს, ბენეფიციარის ავადმყოფობის შედეგად განვითარებულ განცდებს სხვის მიერ გამოწვეულად ან შეგნებულად გაკეთებულად აღიქვამენ, რაც ხელს გვიშლის, რომ ბენეფიციართან მისი განცდების ფართო სპექტრზე საუბარი მოვახერხოთ.

მანაკალური მდგომარეობის დროს პიროვნება არ თვლის, რომ რაიმე პრობლემა აქვს. მსუბუქი მანიის გამოვლენა საუბრით, შეიძლება, ძალიან რთული იყოს. ეს პირველი ეპიზოდის გამოჯანმრთელების ფაზაში განსაკუთრებით ძნელია. ბენეფიციარს არ აქვს ცუდად ყოფნის გამოცდილება, ამიტომ უჭირს ნარჩენი სიმპტომების იდენტიფიცირება და შესაძლოა ვერც კი აცნობიერებდეს, რომ ავადაა.

არანაკლებ ძნელია იმის გადაწყვეტა, თუ რა სახის ფსიქოპათოლოგიასთან გვაქვს საქმე. ცხადი და საღ აზრზე დაფუძნებული კითხვების დასმა ზოგჯერ უფრო გვეხმარება ფსიქოპათოლოგიის გამოვლენაში, ვიდრე მეტად ფორმალური და სტრუქტურირებული კითხვების. ეს ჩვეულებრივ „რა?“ „რატომ?“ „ვინ?“ და „როგორ?“ კითხვებია. მაგალითად, „რა არის ის, რაც თქვენ ყურადღებას იპყრობს?“, „რატომ ხართ ასე დაძაბული?“, „როგორ ახდენენ სხვა ადამიანები თქვენს აზრებზე გავლენას?“, „რატომ არიან საიდუმლო სამსახურები თქვენით დაინტერესებულები?“, ან უფრო მარტივად: „როგორ აკეთებენ ამას?“ თუ საუბრისას ბენეფიციარს ჩვეულებრივად განათებულ ოთახში შავი სათვალე უკეთია, ამის მიზეზი ბევრი რამ შეიძლება იყოს. მაგალითად, თვალი ჩალურჯებული აქვს, ან მოდურია, ან ბოღვითი აზრი აქვს. ამის გარკვევის საუკეთესო საშუალება პირდაპირ დასმული კითხვაა.

ზოგჯერ, ინტერვიუს ბოლოს საჭიროა ბენეფიციარს უშუალოდ შევეკითხოთ იმ სიმპტომებზე, რომლებიც მანამდე არ გამოვლინდა. ყველაზე მნიშვნელოვანი ისაა, რომ ბენეფიციარს თავის ქუმარიტ განცდებზე საუბრის საშუალება მივცეთ და არა ის, რომ თავისი სიმპტომების კლასიკური, მაგრამ არაზუსტი აღწერა ვაიძულოთ.

ჩანაწერების გაკეთებასთან დაკავშირებით, ჩვეულებრივ, საუკეთესოა მაშინვე დავაფიქსიროთ ფსიქიკური ანომალიის შესახებ, როგორც კი კონკრეტული აღწერა გვექნება, ვინაიდან დეტალები, ძალიან ხანმოკლე ინტერვიუს შემთხვევაშიც კი, აღვილად გვავიწყდება. მიზანშეწონილი არაა აღწერის გარეშე ჩაწეროთ, რომ პიროვნებას ჰალუცინაციები ან ბოღვები (ან სხვა ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომი) აღენიშნება. მნიშვნელოვანია, სიმპტომის ხასიათი და შინაარსი მაქსიმალურად დეტალურად აღწეროთ და სადაც შესაძლებელია, სიტყვა-სიტყვითი მაგალითები მოიყვანოთ, ვინაიდან მოგვიანებით აუცილებლად გამოგადგებათ.

ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების კონკრეტული ელემენტების უფრო დეტალური აღწერა შეგიძლიათ იხილოთ დანართში 1.2. ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების ელემენტები.

ბიბლიოგრაფია

1. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ხარვეზების აღმოფხვრის სამოქმედო პროგრამის (mhGAP-IG) ინტერვენციების გზამკვლევი. 2016
2. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების სახელმძღვანელო. 2013
3. რ. პული, რ. ჰიგო. „ფსიქიატრიული ინტერვიუ და შეფასება“. 2016

თავი 2

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, გარდა წინა თავში (ბოქსი 1.4) აღწერილი 5 ელემენტისა, მოიცავს ე.წ. ინსტრუმენტულ შეფასებასაც.

ამ შეფასებაში, პირველ რიგში, იგულისხმება პირველადი, მოკლე კითხვარების ადმინისტრირება ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფქ) სიმპტომების სკრინინგისთვის. ამ ინსტრუმენტებს სკრინინგ-ტესტები ან სკრინინგ-კითხვარები ეწოდება და ისინი ფართოდ გამოიყენება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობების პირველადი შეფასებისთვის.

რა არის სკრინინგ-ტესტი?

სკრინინგის ტესტი კეთდება ჯანმრთელობის პოტენციური დარღვევების გამოსავლენად იმ ადამიანებში, რომლებსაც შესაძლოა არც ჰქონდეთ აშლილობის სიმპტომები. მიზანია პრობლემის ადრეული გამოვლენა და ცხოვრების წესის ცვლილებები, ან ჩარევები რისკის შესამცირებლად, ან პრობლემის საკმარისად ადრე გამოვლენა მდგომარეობის უფექტურად სამართავად.

სკრინინგის ტესტები არ განიხილება დიაგნოსტიკად, მაგრამ გამოიყენება პოპულაციის იმ ქვეჯგუფის იდენტიფიცირებისთვის, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეთ დამატებითი ტესტირება აშლილობის არსებობის ან არარსებობის დასადგენად, ანუ, რისკ-ჯგუფების იდენტიფიკაციისთვის.

როდის არის გამოსადეგი სკრინინგის ინსტრუმენტი?

ის, რაც სკრინინგის ინსტრუმენტს ღირებულს ხდის, არის მისი უნარი აღმოაჩინოს პოტენციური პრობლემები, და მინიმუმამდე დაიყვანოს გაურკვეველი, ორაზროვანი ან დამაბნეველი შედეგები. მიუხედავად იმისა, რომ სკრინინგის ტესტები არ არის 100%-ით ზუსტი ყველა შემთხვევაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგი მაინც არის მნიშვნელოვანი და საწყისი ნაბიჯი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისა და მართვისთვის.

სკრინინგის ინსტრუმენტები შექმნილია კონკრეტული პრობლემის პოტენციური არსებობის დასადგენად. კვლავ გავიმეორებთ, რომ სკრინინგი ითვლება შეფასების წინასწარ საფეხურად, როგორც გზა იმის დასადგენად, არის თუ არა საჭირო მდგომარეობის შემდგომი, უფრო ყოვლისმომცველი, ჩაღრმავებული შეფასება.

სკრინინგის ინსტრუმენტებისთვის დამახასიათებელია მარტივი (და იაფი) ადმინისტრირება. ის განსაკუთრებით სასარგებლოა ისეთ გარემოში, სადაც მოზარდების თუ მოზრდილი ადამიანების შედარებით დიდმა რაოდენობამ უნდა გაიაროს შეფასება მოკლე დროში, როგორცაა არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულების სისტემა, ზოგადი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები, სადაც ახალგაზრდები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემებზე ჩივილს წარადგენენ, და ა.შ.

სკრინინგის ინსტრუმენტები შეიძლება იყოს განსაკუთრებით პრაქტიკული ისეთ გარემოში, სადაც ახალგაზრდები რეგულარულად იმყოფებიან, როგორცაა სკოლა და პირველადი ჯანდაცვის სამსახურები. შესაბამისად, მკვლევრები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები გვთავაზობენ რუტინული, უნივერსალური სკრინინგების ჩატარებას (მაგ., ჰოროვიცი და სხვ., 2009; Siu, 2016; Zuckerbrot *et al.*, 2007; 2018).

ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაცია (APA) აღნიშნავს, რომ სკრინინგი არის „უნივერსალური ჯანდაცვისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ნაწილი“.

სკრინინგის ინსტრუმენტები, რომლებიც ამჟამად ფართოდ ხელმისაწვდომია, უზრუნველყოფენ ბენეფიციარების შეფასებას ადრეულ ეტაპზე, რათა მომდევნო ეტაპები - ჩაღრმავებული შეფასება, დიაგნოზი და სიმპტომების მონიტორინგი - იყოს მეტად შესაბამისი და ეფექტური.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, დიაგნოზი და სიმპტომების მონიტორინგი

მიუხედავად იმისა, რომ სკრინინგი ემსახურება მრავალ მიზანს, ის გამართლებულია და მხარდაჭერილი მისი ზემოთ ხსენებული მომდევნო ეტაპებით. სკრინინგის შემდგომი შეფასება გთავაზობს ინდივიდისა და მისი ფუნქციონირების საკითხების უფრო დეტალურ განხილვას, აერთიანებს სხვადასხვა ჩაღრმავებულ ფსიქოლოგიური ტესტების შედეგებს, ასევე კლინიკურ ინტერვიუებსა და ბენეფიციარზე დაკვირვებას.

სკრინინგისა და შეფასების შედეგად შესაძლოა გადავიდეთ ბენეფიციარის ფჯ დიაგნოზზე, რაც უკვე ფსიქიატრთა საქმეა. დიაგნოზის დადგენის შემდეგ, სერვისის პროვაიდერები იმუშავებენ ფჯ პრობლემების მქონე ადამიანის მდგომარეობის მართვის გეგმის დეტალურ შემუშავებაზე, შემდეგ კი დააკვირდებიან სიმპტომების დინამიკას სკრინინგის ინსტრუმენტებისა და თვითშეფასების მონიტორინგის საშუალებით. მიდგომის ამ მოდელმა შეიძლება გამოიწვიოს უკეთესი შეფასება, დიაგნოსტიკა და მდგომარეობის მართვა მათთვის, ვისაც ფსიქიკურ პრობლემები ან აშლილობა აქვს.

მონიტორინგის თვალსაზრისით ფართოდ გამოიყენება სკრინინგის ადმინისტრირების 3 დროითი წერტილი: პირის შეფასება თავდაპირველად, სერვისში ჩაბმის წინ; განმეორებითი შეფასება იგივე ინსტრუმენტებით სერვისიდან ამოწერის ფაზაზე და შემდგომი მეთვალყურეობის ეტაპზე, მაგ., 1 თვის, 3 თვის, 6 თვის და ა.შ. პერიოდში - იმის მიხედვით, რასაც სერვისის ადმინისტრაცია გადაწყვეტს.

მონაცემების შედარება გვაძლევს მდგომარეობის დინამიკის სურათს და გამოიყენება არა მხოლოდ ფჯ პრობლემების მქონე პირის/ბენეფიციარის მდგომარეობის შეფასებისთვის, არამედ, თავად ჩარევების და სერვისის ეფექტურობის დასადგენად.

კარგად განვითარებული სერვისებისთვის დამახასიათებელია საწყისი შეფასების ინსტრუმენტთა ფართოდ ბატარეა, რომელიც რუტინულად გამოიყენება ბენეფიციართა შეფასებისთვის ობიექტური მონაცემების შესაგროვებლად.

ამ ინსტრუმენტების გამოყენების სპეციფიკა, მათი მახასიათებლები უფრო დაწვრილებით შეგვიძლია ვნახოთ *დანართში 2.1. სკრინინგი პრევენციისთვის*.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგით გამოვლენილი საერთო პრობლემები

არსებობს მრავალი ემოციური, ქცევითი და სხვა პრობლემა, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს პირველადი სკრინინგის პროცესში, მაგალითად:

- ▶ დეპრესია და გუნებ-განწყობის აშლილობები
- ▶ შფოთვითი აშლილობები
- ▶ კვებითი აშლილობები
- ▶ ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტიურობის აშლილობა (ADHD)
- ▶ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (PTSD)
- ▶ ადიქციური ქცევები
- ▶ ბიპოლარული აშლილობა
- ▶ მიზოფრენია და ფსიქოზური აშლილობები და სხვ.

ამას გარდა, სკრინინგ ინსტრუმენტები გამოიყენება ადამიანის რესურსების, გამკლავების სტრატეგიების, მედეგობის/ადგენაუნარიანობის, ცხოვრების ხარისხის შეფასებისთვისაც.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის ზოგიერთი მეტად გავრცელებული ინსტრუმენტი, რომელსაც ახალგაზრდა ადამიანებში ვხმარობთ, მოიცავს:

- ▶ პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი (PHQ9), რომელიც გამოიყენება დეპრესიის სიმპტომე-

ბის სკრინინგისთვის (ადაპტირებულია საქართველოს მოსახლეობისთვის).

- ▶ ზოგადი შფოთვისითი აშლილობის კითხვარი (GAD7), რომელიც გამოიყენება შფოთვის სიმპტომების სკრინინგისთვის (ადაპტირებულია საქართველოს მოსახლეობისთვის).
- ▶ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის და რთული/კომპლექსური პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომთა სკრინერი - (ITQ) საერთაშორისო ტრავმის კითხვარი (ადაპტირებულია საქართველოს მოსახლეობისთვის).
- ▶ ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების კითხვარი - WHO ACE-IQ, რომელიც იკვლევს 18 წლამდე ასაკში არასასურველ გამოცდილებებს (ადაპტირებულია საქართველოს მოსახლეობისთვის)
- ▶ ფუნქციონირების შეფასების კითხვარი - WHODAS (ადაპტირებულია საქართველოს მოსახლეობისთვის)
- ▶ მედეგობის/აღდგენაუნარიანობის კითხვარი (ადაპტირებულია საქართველოს მოსახლეობისთვის)

საქართველოს მოსახლეობისთვის ადაპტირებული ექვსივე კითხვარის ნახვა შესაძლებელია *დართში 2.1. სკრინინგი პრევენციისთვის*.

ასევე, არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის ინსტრუმენტები, რომლებიც სპეციალურად შექმნილია ბავშვებსა და მოზარდებში გამოსაყენებლად. მათ შორისაა:

- ▶ მინი საერთაშორისო ნეიროფსიქიატრიული ინტერვიუ ბავშვებისთვის (MINI¹ KID), რომელიც არის სტრუქტურირებული ინტერვიუ ბავშვებში ყველაზე გავრცელებული ფსიქიატრიული აშლილობის დიაგნოსტიკისთვის, ხოლო MINI არის ვერსია განკუთვნილია მოზრდილებისთვის.
- ▶ აშენბახის კითხვარი² - ემპირიაზე დაფუძნებული შეფასების აშენბახის სისტემა (ASEBA) არის სრულფასოვანი ინსტრუმენტი ადაპტაციური და არაადაპტაციური ფუნქციონირების შესაფასებლად. აფასებს კომპეტენციებს, პიროვნულ სიძლიერეს და ქცევით, ემოციურ, სოციალურ და აზროვნების პრობლემებს წლინახევრის ასაკიდან 90+ წლამდე.
- ▶ სიძლიერეებისა და სირთულეების კითხვარი (SDQ)³ - მოკლე სკრინინგის კითხვარი 2-17 წლის ბავშვებისა და მოზარდებისთვის, რომელიც ზომავს 25 ატრიბუტს/მახასიათებელს, ზოგი მათგანი დადებითი და ზოგიც უარყოფითია. ინსტრუმენტს აქვს მშობლის/მზრუნველის და თავად ბავშვის/მოზარდის ვერსიები.

არსებობს, ასევე, ულტრამოკლე სკრინერები, ან ინსტრუმენტები სამი ან ნაკლები ელემენტით. მაგალითად, ერთ-ერთი ასეთი საზომი, პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი - 2 (PHQ-2; Kroenke *et al.*, 2003), არის 2-პუნქტიანი დეპრესიის სკრინერი, რომელიც რეკომენდებულია, როგორც პირველი რიგის სკრინინგის ინსტრუმენტი მოზარდებისთვის მისი სიმარტივის გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი სკრინინგის ინსტრუმენტები მოკლე და მოსახერხებელია, მათ ხშირად აკლიათ დიაგნოსტიკისთვის საჭირო სიზუსტე (Lakkis and Mahmassani, 2015; O'Connor *et al.*, 2009). ამრიგად, მსგავსი ხანმოკლე სკრინინგ-ტესტის უფრო ცუდი პროგნოზირებადი მნიშვნელობა უნდა იყოს დაბალანსებული მათი მოხმარების სიმარტივესთან და დაერთოს შემდგომი დიაგნოსტიკური შეფასება - თუ სიმპტომატური ჩვენება იქნება.

საქართველოში გამოყენებული სკრინინგ ინსტრუმენტების მოკლე აღწერა

დეპრესიის შეფასება ხდება პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარით (PHQ-9)⁴, რომელიც შედგება

1 MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview

2 <https://aseba.org>

3 Goodman, R. (1997). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). APA PsycTests. ინსტრუმენტის ნახვა შეიძლება: <https://www.sdqinfo.org/a0.html>

4 PHQ - Patient Health Questionnaire

9 კითხვისგან, უკანასკნელი 2 კვირის განმავლობაში არსებული დეპრესიის სიმპტომების შესახებ; პასუხის შესაძლო ვარიანტებია: *სრულებით არა*, *არასდროს* (=0), *ზოგიერთ დღეებში* (=1), *უმეტეს დღეებში* (=2), *თითქმის ყოველდღე* (=3); ქულების შეჯამებით მიიღება ჯამური ქულა 0-დან 27-მდე, ზღურბლოვან მაჩვენებლად შემოთავაზებულია ≥ 10 , რაც მიუთითებს, სულ მცირე, ზომიერი დეპრესიის არსებობაზე (Kroenke, Spitzer & Williams 2001).

PHQ-9-ს აღწერა. ეს მარტივად გამოსაყენებელი კითხვარი წარმოადგენს გავრცელებული ფსიქური აშლილობების სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტს, რომელიც ქულებით აფასებს დეპრესიის ცხრა სიმპტომს. დამტკიცებულია მისი ვალიდურობა პირველად ჯანდაცვაში გამოსაყენებლად.

PHQ-9 გამოიყენება დეპრესიის სიმძიმის და მკურნალობაზე რეაქციის მონიტორინგისთვის. მისი გამოყენება შესაძლებელია დეპრესიის საორიენტაციო დიაგნოზის დასმისთვის რისკის ქვეშ მყოფ პოპულაციებში (Haddad *et al.* 2013; de Man-van Ginkel *et al.* 2012, 333-41).

ფსიქომეტრული დეტალები. PHQ-9-ს სენსიტიურობა მოზრდილებში 61%-ია, სპეციფიკურობა კი - 94%. ვალიდურობა შეფასდა დამოუკიდებელ, სტრუქტურირებულ ინსტრუმენტთან - *ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალურ (MHP) ინტერვიუსთან* შედარების საფუძველზე. PHQ-9-ის ჯამური ქულა ≥ 10 , როგორც დიდი დეპრესიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმი, ხასიათდება 88% სენსიტიურობით და 88% სპეციფიკურობით (Kroenke *et al.* 2001).

ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს მის გამოყენებას სატელეფონო გამოკითხვისთვისაც (Pinto-Meza *et al.* 2005, 738-42).

გარდა იმისა, რომ ახდენს დეპრესიული აშლილობების კრიტერიუმებზე დამყარებულ დიაგნოსტიკას, PHQ-9 გამოიყენება როგორც დეპრესიის სიმძიმის სანდო და ვალიდური საზომი. ეს მახასიათებლები, მის სიმოკლესთან ერთად, PHQ-9-ს სასარგებლო კლინიკურ და კვლევით ინსტრუმენტად აქცევს.

შფოთვა იზომება გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის (GAD-7)⁵ ინსტრუმენტით, რომელიც შედგება 7 კითხვისგან შფოთვითი სიმპტომების შესახებ ბოლო ორი კვირის განმავლობაში; პასუხების შესაძლო ვარიანტები და ქულების მინიჭების სისტემა იგივეა, რაც PHQ-9-ის შემთხვევაში, რაც იძლევა 0-დან 21-მდე დიაპაზონის ჯამურ ქულას, ზღურბლოვან მაჩვენებლად კი შემოთავაზებულია ≥ 10 ქულა, რაც მიუთითებს, სულ მცირე, ზომიერ შფოთვით აშლილობაზე (Spitzer *et al.* 2006).

ინსტრუმენტის აღწერა. ეს მარტივი კითხვარი, რომელსაც პაციენტი თავად ავსებს, გამოიყენება როგორც გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკრინინგის ინსტრუმენტი და სიმძიმის საზომი (Swinson 2006).

GAD-7-ის ჯამური ქულა გამოითვლება 0, 1, 2 ან 3 ქულის მინიჭებით პასუხის შესაბამისი კატეგორიებისთვის: „არასდროს“, „ზოგიერთ დღეებში“, „უმეტეს დღეებში“, „თითქმის ყოველდღე“ და შვიდივე კითხვაზე მიღებული პასუხების ქულების შეჯამებით (Kroenke *et al.* 2007, 317-25).

5, 10 და 15 ქულა მიჩნეულია ზღურბლოვან მაჩვენებლებად მსუბუქი, ზომიერი და მძიმე შფოთვითი აშლილობისთვის, შესაბამისი თანმიმდევრობით. სკრინინგულ ინსტრუმენტად გამოყენებისას, 10 ან მეტი ქულის მიღების შემთხვევაში რეკომენდებულია შემდგომი გაღრმავებული შეფასება.

ზღურბლოვან მაჩვენებლად 10 ქულის გამოყენების შემთხვევაში, GAD-7-ის სენსიტიურობა 89%-ია, სპეციფიკურობა კი - 82%. ის ზომიერად ეფექტურია სამი სხვა გავრცელებული შფოთვითი აშლილობის შეფასების თვალსაზრისით: პანიკური აშლილობა (სენსიტიურობა 74%, სპეციფიკურობა 81%), სოციალური შფოთვის აშლილობა (სენსიტიურობა 74%, სპეციფიკურობა 81%) და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (სენსიტიურობა 66%, სპეციფიკურობა 81%) (*Ibid.*)

ეს შკალა წარმოადგენს შფოთვის შესაფასებელ პრაქტიკულ, დამოუკიდებლად შესავსებ კითხვარს, რომლის ვალიდურობა დადასტურებულია პირველად ჯანდაცვაში და, ასევე, ზოგად პოპულაციაში (Löwe *et al.* 2008, 266-274).

მტკიცებულებები ადასტურებს GAD-7-ის, როგორც შფოთვითი აშლილობის საზომის სანდობას და ვალიდურობას ზოგად პოპულაციაში. ამგვარად, GAD-7 წარმოადგენს გენერალიზებული

5 GAD - General Anxiety Disorder

შფოთვითი აშლილობის სკრინინგის და მისი სიმძიმის შეფასების ვალიდურ და ეფექტურ ინსტრუმენტს კლინიკურ პრაქტიკასა და კვლევით საქმიანობაში.

ტრავმის საერთაშორისო კითხვარი (ITQ[®]) - ინსტრუმენტი წარმოადგენს მოკლე, გასაგებად ჩამოყალიბებულ საზომს, რომელიც ფოკუსირდება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსა) და კომპლექსური პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (კპტსა) ცენტრალურ, ძირეულ მახასიათებლებზე და იყენებს მარტივ სადიაგნოსტიკო წესებს. ტყ შემუშავდა იმ ფორმით, რომ შესაბამისობაში ყოფილიყო ჯანმო-ს მიერ ჩამოყალიბებულ, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-11) საორგანიზაციო პრინციპებთან, როგორც კლინიკური ღირებულების მაქსიმიზაცია და საერთაშორისო გამოყენებადობის უზრუნველყოფა მოცემული აშლილობის ძირეულ სიმპტომებზე ფოკუსირების გზით. ტყ თავისუფლად არის ხელმისაწვდომი საჯარო სივრცეში ყველა დაინტერესებული მხარისთვის. საზომის შეფასება ჯერ კიდევ გრძელდება, განსაკუთრებით, ფუნქციური მოშლის დეფინიციასთან მიმართებაში (როგორც პტსა-ს, ისე კპტსა-ს შემთხვევაში) და შესაძლოა, პუნქტების შინაარსთან მიმართებაშიც, ვინაიდან არ არის გამორიცხული, რომ ისინი პროგნოზული მნიშვნელობის გამოდგეს დიფერენცირებული მკურნალობის გამოსავლის თვალსაზრისით.

სადიაგნოსტიკო ალგორითმები შემდგენიანია:

პტსა. პტსა-ს დიაგნოზი მოითხოვს ერთი ან ორი სიმპტომის გამოვლენას სიმპტომთა მოცემული ჯგუფებიდან: (1) ტრავმული მოვლენის ხელახალი განცდა აწმყოში (2) ტრავმული მოვლენის გახსენებისთვის თავის არიდება; (3) მიმდინარე საფრთხის შეგრძნება; და გარდა ამისა - ამ სიმპტომებთან დაკავშირებული ფუნქციური მოშლის მინიმუმ ერთი ინდიკატორის გამოვლენას. სიმპტომის, ან ფუნქციური მოშლას ინდიკატორის გამოვლენად ჩაითვლება ≥ 2 ქულა შესაბამის პუნქტში.

კპტსა. კპტსა-ს დიაგნოზი მოითხოვს ერთი ან ორი სიმპტომის გამოვლენას პტსა-ს სიმპტომთა თითოეული ჯგუფიდან (ხელახალი განცდა აწმყოში თავის არიდება, მიმდინარე საფრთხის შეგრძნება) და აგრეთვე, ერთი ან ორი სიმპტომის გამოვლენას თვითორგანიზაციის დარღვევების (თოდ) თითოეული ჯგუფიდან: (1) აფექტური დისრეგულაცია; (2) ნეგატიური თვითაღქმა; (3) პრობლემები ურთიერთობებში. ფუნქციური მოშლა უნდა იდენტიფიცირდეს, როცა ვლინდება პტსა-ს სიმპტომებთან დაკავშირებული ფუნქციური მოშლის მინიმუმ ერთი ინდიკატორი და თოდ-ის სიმპტომებთან დაკავშირებული ფუნქციური მოშლის ერთი ინდიკატორი. სიმპტომის, ან ფუნქციური მოშლის ინდიკატორის გამოვლენად ჩაითვლება ≥ 2 ქულა შესაბამის პუნქტში.

პირს შეიძლება დაესვას პტსა-ს ან კპტსა-ს დიაგნოზი, მაგრამ არა ორივე ერთად. თუ პირი აკმაყოფილებს კპტსა-ს კრიტერიუმებს, მაშინ მას პტსა-ს დიაგნოზი აღარ დაესმება.

შესაძლებლობების შეზღუდვის ან ფუნქციონირების შეფასება ხდება *ჯანმო-ს შესაძლებლობების შეზღუდვის შეფასების სქემის (WHODAS 2.0)*, კერძოდ, მისი 12-პუნქტიანი ვერსიის საშუალებით; ეს 12 პუნქტი შეეხება ფუნქციური დარღვევის ექვს სფეროს, მოიცავს უკანასკნელი 30 დღის პერიოდს, პასუხებს კი ენიჭება ქულები 0-დან (სრულეობით არა) 4-მდე (უკიდურესად მძიმე); ქულების შეჯამებით მიიღება ზოგადი შესაძლებლობების შეზღუდვის ქულა, რომელიც შემდეგ კონვერტირდება 0-36 დიაპაზონიდან 0-100 დიაპაზონზე (რაც უფრო მაღალია ქულა, მით მძიმეა შესაძლებლობების შეზღუდვა) (Üstün et al. 2010a.; Üstün et al 2010b).

ინსტრუმენტის აღწერა. ჯანმო-ს შეზღუდული შესაძლებლობების შეფასების სქემა (WHODAS 2.0):

- ▶ ჯანმრთელობის და შესაძლებლობების შეზღუდვის შეფასების საბაზისო, სტანდარტული ინსტრუმენტი
- ▶ გამოიყენება ყველა დაავადებისთვის, მათ შორის ფსიქიკური, ნევროლოგიური და ადიქციური აშლილობებისთვის
- ▶ მოკლე, მარტივი და იოლად გამოსაყენებელია (5-დან 20 წუთამდე)
- ▶ გამოიყენება როგორც კლინიკურ, ასევე, ზოგად-პოპულაციურ პირობებში
- ▶ გამოყენება შესაძლებელია სხვადასხვა კულტურულ გარემოში ყველა კატეგორიის მოზრდილი მოსახლეობისთვის

- ▶ პირდაპირ კავშირშია ფუნქციონირების, შესაძლებლობების შეზღუდვის და ჯანმრთელობის საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICF) კონცეფციასთან.

WHODAS 2.0 მოიცავს ფუნქციონირების 6 სფეროს, მათ შორის: ცნობიერება - აღქმა და კომუნიკაცია; მობილურობა - მოძრაობა და გადაადგილება; საკუთარი თავის მოვლა - ჰიგიენა, ჩაცმა, კვება, მარტო დარჩენის უნარი; ურთიერთობა - სხვა ადამიანებთან ურთიერთობა; ცხოვრებისეული საქმიანობა - საშინაო მოვალეობები, თავისუფალი დრო, სამსახური, სწავლა; მონაწილეობა - მონაწილეობა სათემო აქტივობებში.

WHODAS 2.0 ემყარება ICF-ის (ჯანმო, 2001) კონცეპტუალურ ჩარჩოს. ის ახდენს პიროვნების ფუნქციონირების ხარისხის ინტეგრაციას ცხოვრების უმთავრეს სფეროებში და პირდაპირ შეესაბამება ICF-ის „აქტივობის და მონაწილეობის“ განზომილებებს.

ინსტრუმენტი შემუშავდა საერთაშორისო თანამშრომლობითი მიდგომის საფუძველზე, რომლის მიზანიც იყო ერთიანი, სტანდარტული ინსტრუმენტის შექმნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის და შესაძლებლობის შეზღუდვის შეფასებისთვის სხვადასხვა კულტურულ გარემოში და სხვადასხვა პირობებში.

12-პუნქტიანი ვერსია გამოდგება ზოგადი ფუნქციონირების მოკლე შეფასებისთვის კვლევებში; ის საშუალებას გვაძლევს, გამოვთვალოთ ზოგადი ფუნქციონირების ქულა.

პრაქტიკული შესრულება. პაციენტის მიერ დამოუკიდებლად შესრულება: WHODAS 2.0-ის ე.წ. „ქალაქის და ფანქრის“ ვარიანტი შეიძლება პაციენტმა თავად შეავსოს. ინტერვიუ: WHODAS 2.0 გამოკითხვა შეიძლება ჩატარდეს პირისპირ ან ტელეფონით. ამ სახით ინტერვიუს ჩასატარებლად საკმარისია ინტერვიუს ზოგადი ტექნიკის ფლობა. პროქსი- ანუ ჩანაცვლებითი ვარიანტი: ზოგჯერ შეიძლება სასურველი იყოს მესამე პირის აზრის მოსმენა გამოსაკვლავი პირის ფუნქციონირების ხარისხის შესახებ, როგორცაა მაგალითად, ოჯახის წევრი, მზრუნველი ან სხვა დამკვირვებელი.

ქულობრივი სისტემა. თითოეულ პუნქტს ენიჭება ქულები - „შეზღუდვის არარსებობა“ (0), „მსუბუქი შეზღუდვა“ (1), „ზომიერი“ (2), „მძიმე“ (3) და „უკიდურესად მძიმე“ (4) - რომლებიც შემდეგ შეჯამდება. ამ მეთოდს ეწოდება მარტივი ქულობრივი შეფასების მეთოდი, ვინაიდან თითოეული პუნქტიდან მიღებული ქულები უბრალოდ ჯამდება, პასუხების კატეგორიების კოდირების გარეშე; ანუ არ ხდება ცალკეული პუნქტების „აწონა“. ეს მიდგომა პრაქტიკულია ქულების ხელით, სწრაფად დათვლისთვის, და შეიძლება წარმოადგენდეს არჩევის მეთოდს გადატვირთული კლინიკის პირობებში, ან „ქალაქის და ფანქრით“ გამოკითხვის სიტუაციაში. შედეგად, ყველა სფეროს ყველა პუნქტიდან მიღებული ქულების მარტივი ჯამი გვაძლევს სტატისტიკურ მაჩვენებელს, რომელიც საკმარისია ფუნქციური შეზღუდვის ხარისხის აღწერისთვის. WHODAS 2.0 გვაძლევს ფუნქციონირების ექვსი სხვადასხვა სფეროსთვის სპეციფიკურ ქულებს: ცნობიერება, მობილურობა, საკუთარი თავის მოვლა, ურთიერთობა, ცხოვრებისეული საქმიანობა (ოჯახი და სამსახური) და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობა.

ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების კითხვარი (ACE-IQ)⁷ ზომავს ბავშვობის არასასურველ გამოცდილებებს 18 წლის ასაკამდე. ასეთი გამოცდილება მოიცავს: მრავალგვარ ძალადობას; უგულვებელყოფას; ძალადობას მშობლების ან მზრუნველების მხრიდან; სხვა სახის სერიოზულ საყოფაცხოვრებო დისფუნქციას, როგორცაა ალკოჰოლის და ნარკოტიკების ავადმომხმარება; და ბავშვზე თანატოლების, საზოგადოების და კოლექტიური ძალადობა.

ACE-ის საერთაშორისო კითხვარი (ACE-IQ) მიზნად ისახავს გაზომოს ეს გამოცდილებები სხვადასხვა კულტურასა და ქვეყანაში, ასევე, შემდგომი სარისკო ქცევები მომავალში. ACE-IQ განკუთვნილია 18 წლის და უფროსი ასაკის ადამიანებისთვის.

ჯანმოს რეკომენდაციით, ACE-IQ ყოველთვის უნდა იყოს ინტეგრირებული ჯანმრთელობის უფრო ფართო კვლევებში. ACE-IQ-ის რეალური მნიშვნელობა მდგომარეობს იმაში, რომ აჩვენოს ასოციაციები ACE-ზე ადრეულ ზემოქმედებასა და შემდგომ სარისკო ქცევებსა და ჯანმრთელობის შედეგებს შორის.

ACE-IQ ადმინისტრირებისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ეს ინსტრუმენტი მგრძნობიარე, სენსიტიურ შეკითხვებს შეიცავს, ამიტომ ის უნდა კეთდებოდეს კარგი რაპორტის (ინტერვიუერსა და

7 ACE-IQ - Adverse Childhood Experiences International Questionnaire

რესპონდენტს შორის ადეკვატური ურთიერთობის დამყარების) შემდეგ; ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ ინტერვიუერმა გაიაროს შესაბამისი ტრენინგი ინსტრუმენტის ადმინისტრირებაში, ვინაიდან ACE-IQ-ის ზოგიერთმა კითხვამ შეიძლება გამოიწვიოს მონაწილის აღშფოთება. მკაცრად რეკომენდებულია, რომ ყველგან, სადაც ACE-IQ განხორციელდება, ხელმისაწვდომი იყოს რეპუტაციის მქონე, სანდო და პასუხისმგებელი ადგილობრივი სერვისების სია, რათა ინტერვიუერმა შეძლოს მონაწილის გადამისამართება.

კითხვარს კლასიკური ათი კითხვის გარდა დამატებული აქვს 3 კატეგორია: თანატოლების ძალადობა; საზოგადოებაში ძალადობის მოწმეობა და კოლექტიური ძალადობის ზემოქმედება.

რაოდენობრივი ვერსია, ისევე, როგორც სიხშირის ვერსია, ალაგებს ACE-IQ კითხვებს 13 კატეგორიად: ემოციური ძალადობა; ფიზიკური შეურაცხყოფა; სექსუალური ძალადობა; ძალადობა ოჯახის წევრებზე; ცხოვრება ოჯახის წევრებთან, რომლებიც მას ბოროტად იყენებენ; ფსიქიკურად დაავადებული ან სუიციდურ ოჯახის წევრებთან ცხოვრება; ციხეში მყოფ ოჯახის წევრებთან ცხოვრება; ერთი ან არც ერთი მშობელი, მშობლების დაშორება ან განქორწინება; ემოციური უგულებელყოფა; ფიზიკური უგულებელყოფა; ბულინგი; საზოგადოების ძალადობა; კოლექტიური ძალადობა. თითოეულ დადებით პასუხს ენიჭება ერთი ქულა. კითხვარის დასასრულს, ქულები ჯამდება და პასუხები მერყეობს 0-დან 13-მდე. ეს არის ACE-ს რაოდენობრივი (binary) ქულა ამ ინდივიდისთვის.

სიხშირის ვერსიის გამოყენებით ACE ქულის გამოსათვლელად მონაწილის პასუხების ინტერპრეტაციისთვის არსებობს სპეციალური ცხრილის მიხედვით „ACE-IQ-დან ACE ქულის გამოთვლა“; ამ შემთხვევაში შემოიხაზება „ღიას“ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მონაწილის პასუხები ზუსტად ემთხვევა ცხრილის კითხვებს (ზოგიერთ კითხვაზე მხოლოდ გარკვეული სიხშირეა ჩართული). როგორც ადრე, დასრულების შემდეგ მიღებული პასუხებია 0-დან 13-მდე. ეს არის ACE (სიხშირის) ქულა ამ ინდივიდისთვის.

მედეგობის მოკლე შკალა (BRS)⁸ - არის ერთადერთი საზომი, რომელიც კონკრეტულად აფასებს მედეგობას/აღდგენაუნარიანობას მისი თავდაპირველი და ყველაზე ძირითადი მნიშვნელობით: გამომჯობინება ან სტრესისგან აღდგენა (Agnes, 2005).

მედეგობა, როგორც სტრესისგან აღდგენა ან გამძლეობა, დაკავშირებულია ადამიანის რესურსებთან და ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან გამოსავლებთან.

შკალა შემუშავდა მედეგობის კონსტრუქციის შესაფასებლად, და მოიცავს როგორც დადებით, ისე უარყოფითად ფორმულირებულ პუნქტებს. კითხვარი 6-პუნქტიანია. პუნქტები 1, 3 და 5 დადებითად არის ფორმულირებული, პუნქტები 2, 4 და 6 - უარყოფითად.

პასუხები ფასდება 5-ქულიან შკალაზე - 1=კატეგორიულად არ ვეთანხმები, 2=არ ვეთანხმები, 3=ნეიტრალური ვარ, 4=ვეთანხმები, 5=სრულიად ვეთანხმები.

სამი პასუხი უკუღმა კოდირებულია (reverse-coded) - ეს ინვერსიული პუნქტები გადაიქცევა დადებით პასუხებად.

საერთო ქულა: უმაღლესი საშუალო ქულები მიუთითებს აღქმული მედეგობის მაღალ დონეზე.

ზოგი ავტორი (Verdolini *et al.*, 2021) გამოყოფს 3 ტიპის მედეგობას: ცუდი, კარგი და ნეიტრალური. თუ მონაწილე დადებითად პასუხობს ნულიდან ორ პუნქტში, ის ჩაითვლება „ცუდი მედეგობის“ მქონედ; თუ ის ოთხიდან ექვს პუნქტში პასუხობს დადებითად, ჩაითვლება „კარგი მედეგობის“ მქონედ; თუ მონაწილე დადებითად პასუხობს სამ პუნქტში, ის ჩაითვლება „ნეიტრალური მედეგობის“ პირად.

შეჯამება: რატომ გვჭირდება სკრინინგი?

ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სისტემაში შეფასებაც და მდგომარეობის მართვაც ხშირად საკმაოდ რთულია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები უნდა დაეყრდნონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის ინსტრუმენტებს, რათა ობიექტურად შეაფასონ და მართონ თავიანთი ბენეფიციარების ფსიქიკური მდგომარეობა.

ფსიქიკური აშლილობების შეფასების და მართვის სპეციალისტებმა უნდა გამოიყენონ ყოვლისმომცველი სკრინინგის ინსტრუმენტები, რადგან ეს ინსტრუმენტები ხშირად მოკლეა და ფოკუსირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონკრეტულ სიმპტომებზე, მათი გამოყენებით პროვაიდერებს საშუალება ეძლევათ დაადგინონ მაღალი რისკის მქონე ბენეფიციარები და განავითარონ შემდგომი, უფრო მიზანმიმართული ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების და მკურნალობის სტრატეგიები.

გარდა ამისა, სკრინინგის ინსტრუმენტების ბუნება მათი სწრაფი გამოყენების საშუალებას იძლევა სერვისში რუტინული ვიზიტების დროს. მათი ადმინისტრირება შეუძლია დამხმარე პერსონალს, ან თუნდაც ბენეფიციარს - თვითმართვა/თვით-რეპორტირების მიზნით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებების ონლაინ მიწოდება ოფისში არსებული ელექტრონული მოწყობილობებით პროცესის გამარტივების კიდევ ერთი მეთოდია.

ეს მიდგომა, რომელიც საიმედო სკრინინგ ინსტრუმენტების რეგულარულად გამოყენებას გულისხმობს, საშუალებას აძლევს ფჯ სპეციალისტს უკეთ გაერკვეს, თუ რა მდგომარეობას და დიაგნოზს უკავშირდება მისი ბენეფიციარის სიმპტომები და, საბოლოო ჯამში, უზრუნველყოს საუკეთესო, ყველაზე პერსონალიზებული დახმარება.

ხშირად, რამდენიმე ინსტრუმენტის კომბინირებულად გამოყენებისას ისინი სპეციალისტს აწვდიან უფრო სრულ სურათს, რაც სასარგებლოა როგორც შეფასებისთვის, ასევე იმის დასადგენად, თუ როგორ მოქმედებს ჩარევა ამ სიმპტომების დონეზე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ უკეთ გაიგონ და აკონტროლონ სიმპტომების სიმძიმე სწორი სკრინინგის ინსტრუმენტების ადმინისტრირების გზით.

ბიბლიოგრაფია

1. Alicia R. Fenley, Laura J. Nelson Darling, Jennifer S. Schild, David A. Langer, Depression in Children and Adolescents, Editor(s): Gordon J.G. Asmundson, Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition), Elsevier, 2022, Pages 357-375, ISBN 9780128222324, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00083-2>.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine. 2001;16(9):606-13.
3. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of internal medicine. 2006;166(10):1092-7.
4. Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A.,...Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clinical Psychology Review, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.
5. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [website]: Geneva: WHO, 2018.
6. Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (1997). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
7. <https://aseba.org>
8. Goodman, R. (1997). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). APA PsycTests. <https://www.sdqinfo.org/a0.html>

თავი 3

მულტიდისციპლინური გუნდი: როლები, ფუნქციები, გუნდის მუშაობის ალგორითმები

მე-20 საუკუნის 70-იანი წლების ბოლოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში აღიარება მოიპოვა ბიოფსიქოსოციალურმა მოდელმა, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების ორგანიზების, ისე ფსიქიკური აშლილობების მართვის და ბენეფიციარზე ზრუნვის სფეროებში. ეს ნიშნავდა, რომ აშლილობის ბიოლოგიურ მექანიზმებთან ერთად, თანაბარმნიშვნელოვნად იქნა მიჩნეული ბენეფიციარის ფსიქოლოგიური განწყობა და მისი სოციალური გარემო.

ბიოფსიქოსოციალური კონცეფციის დამკვიდრებამ სტიმული მისცა დაავადებათა კლასიფიკაციის ისეთი სისტემის (ICF)⁹ შემუშავებას, რომელიც მანამდე არსებული, ტრადიციული კლასიფიკაციებისგან განსხვავებით, აშლილობების ბიოლოგიური მიზეზების გარდა, სოციალურ და გარემოს ფაქტორებსაც ითვალისწინებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანამედროვე განმარტებაში აქცენტი გაკეთებულია არა აშლილობის ბიოლოგიურ განმსაზღვრელზე, არამედ პიროვნების ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე და სოციალური ადაპტაციის უნარზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული განმარტების თანახმად, „ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის კეთილდღეობის მდგომარეობა, როდესაც პიროვნება ავლენს და ახორციელებს საკუთარ შესაძლებლობებს, შეუძლია გაუმკლავდეს ჩვეულებრივ ცხოვრებისეულ სტრესებს, შეუძლია ნაყოფიერი და პროდუქტიული მუშაობა და საკუთარი წვლილის შეტანა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობა უფრო მეტია, ვიდრე ფსიქიკური აშლილობის არქონა.“ (ჯანმო, 2001)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეს განმარტება ასახავს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპს, რომელიც განიხილავს აშლილობის მქონე ადამიანს ჰოლისტიურად, მისი ყოფის ყველა ასპექტის გათვალისწინებით.

ამავე პრინციპს ეფუძნება თანამედროვე მიდგომები ფსიქიკური აშლილობების მართვისას, რაც ბენეფიციარზე ცენტრირებულ მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობას ითვალისწინებს.

რა არის მულტიდისციპლინური გუნდი?

მულტიდისციპლინური გუნდი (მდგ) არის პროფესიული ჯგუფი, რომელშიც ჯანდაცვისა და ზრუნვის სხვადასხვა პროფესიონალები იკრიბებიან, რათა დაგეგმონ და კოორდინაცია გაუწიონ სხვადასხვა პრობლემური მდგომარეობის მქონე ადამიანებზე ზრუნვას.

ეს არის სხვადასხვა, დამატებითი უნარების მქონე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა სფეროს (ასევე, სხვა დისციპლინების წარმომადგენელი) სპეციალისტების ჯგუფი, რომლებსაც საერთო მიზანი და განაწილებული პასუხისმგებლობა აერთიანებთ.

ჯანმოს განმარტებით, ეს არის გუნდური მუშაობისა და თანამშრომლობის ჩამოყალიბება მრავალ-პროფესიულ ჯგუფში, რაც იწვევს სხვადასხვა უნარების შერწყმით მიღწეულ ცვლილებას და არის ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ორგანიზებისა და კოორდინაციის გასაღები (ჯანმო, 2022).

მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობა არის კლინიკური ეფექტურობის გამზრდელი და საუკეთესო პრაქტიკა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის შემთხვევის მართვისთვის.

9 ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health

მულტიდისციპლინური გუნდის წევრები

გამოცდილება ადასტურებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მულტიდისციპლინური გუნდი მოითხოვს მედიცინის, სოციალური მუშაობის, ფსიქოლოგიის, საექთნო და ოკუპაციური თერაპიის ძირითად უნარებს. ძირითადი დისციპლინების ჩამოყალიბების შემდეგ, შეიძლება საჭირო იყოს მოქნილობა გუნდის დამატებითი წევრების მოსაზიდად სპეციფიკური საჭიროებების შესაბამისად.

მულტიდისციპლინურ გუნდურ გარემოში გუნდის წევრობის მთავარი განმსაზღვრელი უნდა იყოს ბენეფიციარზე ეფექტური ზრუნვისთვის საჭირო კომპეტენციების ფლობა. ასევე უნდა არსებობდეს მოქნილობა „ქვეგუნდების“ თვალსაზრისით, რომლებიც შეიძლება იყოს უფრო დიდი გუნდის ნაწილი, მაგალითად, შინაზრუნვის გუნდი. გუნდში არსებული უნარების სპექტრი ასევე უნდა შეესაბამებოდეს ადგილობრივი პოპულაციის ეთნიკურ და სხვა პროფილებს.

გუნდური მუშაობის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უპირატესობაა სხვადასხვა დისციპლინის მიერ შემოტანილი განსხვავებული პერსპექტივები, მიუხედავად მათი განსაკუთრებული უნარებისა. ამ მიზეზით, აუცილებელია, რომ ძირითადი დისციპლინები წარმოდგენილი იყოს მულტიდისციპლინურ გუნდებში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მულტიდისციპლინური გუნდი (მდგ), ძირითადად, შედგება ფსიქიატრებისგან, ექთნებისაგან, ფსიქოლოგებისგან, სოციალური მუშაკებისგან, ოკუპაციური თერაპევტებისაგან, და ზოგჯერ სხვა დისციპლინის პროფესიონალებისგან, როგორცაა იურისტები, პენიტენციური სისტემის პერსონალი, ადამიანის უფლებების დამცველები, არტთერაპევტები, პალიატიური ზრუნვის მუშაკები, ზოგადი პროფილის ან სპეციფიკური პროფილის მქონე ექიმები და სხვ.

მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) შემადგენლობა განისაზღვრება კონკრეტული სამიზნე ჯგუფის საჭიროებებისგან გამომდინარე და, შესაბამისად, ცვალებადია. ბავშვებზე მომუშავე გუნდის შემადგენლობაში შესაძლოა ჩართული იყოს პედიატრი, სპეციალური პედაგოგი, არტთერაპევტი ან თამაშის თერაპევტი; კანონთან კონფლიქტში მყოფი მოზარდების შემთხვევაში გუნდს გააძლიერებს პრობაციის ოფიცერი; პენიტენციური სისტემის გუნდებში შესაძლოა მოწვეულ იქნენ დაწესებულების ექიმი და ექთანი (ვისაც ბენეფიციარის ჯანმრთელობაზე ინფორმაცია აქვთ), დაწესებულების თანამშრომლები და დაწესებულების ხელმძღვანელიც კი, თუ ამას სიტუაცია მოითხოვს. ანუ, მდგ-ს არ აქვს ფიქსირებული შემადგენლობა; გუნდში სპეციალისტთა მოწვევა განპირობებულია ბენეფიციარის მდგომარეობით და სიტუაციის კონტექსტით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდის მულტიდისციპლინურობა ნიშნავს იმას, რომ თითოეული სპეციალისტი ადამიანს, მის პრობლემას და რესურსებს საკუთარი სპეციალობიდან გამომდინარე უყურებს და ხსნის; და ეს პერსპექტივები ერთმანეთს ავსებს და ერწყმის - რითაც ინდივიდის ჭეშმარიტად ჰოლისტურ შეფასებას და ზრუნვას ვაღწევთ. ეს არის მულტიდისციპლინური მიდგომის ყოვლისმომცველი სარგებელი - სარგებელი, როგორც სერვისის მომხმარებლებისთვის, ასევე გუნდის წევრებისთვის. დამატებითი სარგებელი ის არის, რომ ერთად მუშაობისას დისციპლინები იწყებენ ერთმანეთის პერსპექტივების გაგებას და ამის მეშვეობით სწავლობენ და იზრდებიან საკუთარ პრაქტიკაში.

მდგ წევრთა როლების პირობითი აღწერილობისთვის იხილეთ ქვემოთ მოცემული ცხრილი.

ცხრილი 3.1. მულტიდისციპლინური გუნდის წევრები და მათი როლები	
მულტიდისციპლინური გუნდის წევრი	როლი და პასუხისმგებლობა
ფსიქიატრი	აფასებს ბენეფიციარს; სვამს ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზს; წარმართავს ფარმაცოლოგიურ მკურნალობას; არკვევს ფიზიკური ჯანმრთელობის საკითხებს; მონაწილეობს მართვის გეგმის შედგენაში; ატარებს ფსიქოთერაპიას; მონაწილეობს რეფერირების დროს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში

ფსიქოლოგი	აფასებს ბენეფიციარის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას, როგორც სირთულეებს/პრობლემებს/სიმპტომატიკას, ასევე რესურსებს; აკეთებს შემთხვევის კონცეპტუალიზაციას და მონაწილეობს მართვის გეგმის შედგენასა და განხორციელებაში; ატარებს ფსიქოლოგიურ ინტერვენციებს, როგორც ინდივიდუალურ ფორმატში, ისე ოჯახურ და ჯგუფურ გარემოში
მედდა	აფასებს და არეგულირებს სერვისის ბენეფიციარის ყოველდღიურ სირთულეებს; გასცემს და მეტვალყურეობს წამლის მიღების პროცესს.
სოციალური მუშაკი	აფასებს ბენეფიციარის მდგომარეობის სოციალურ ასპექტებს; იძლევა სპეციფიკურ რეკომენდაციებს საცხოვრებლის, ფინანსების, მუშაობის, სწავლის და სხვა სფეროებში მხარდაჭერის შესაძლებლობების შესახებ; მუშაობს ოჯახებთან; მონაწილეობს მართვის გეგმის შედგენა-განხორციელებაში; ატარებს ფსიქოსოციალურ ინტერვენციებს ინდივიდუალურად, წყვილში, ოჯახში, ჯგუფში, თემში.
ოკუპაციური თერაპევტი	აფასებს უნარ-ჩვევებს, ადგენს აბილიტაცია-რეაბილიტაციის გეგმას და ატარებს სარეაბილიტაციო სამუშაოს როგორც ინდივიდუალურად, ასევე ჯგუფებში.
ექიმი - ფსიქოსომატოლოგი	აფასებს ბენეფიციარის როგორც ფსიქიკურ, ისე ფიზიკურ მდგომარეობას და მათ შესაძლო კავშირებს; წარმართავს სომატური პრობლემების მართვის პროცესს; მონაწილეობს შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის პროცესში და მართვის გეგმის შედგენაში.
ადიქტოლოგი	აფასებს ბენეფიციარის მდგომარეობას ალკოჰოლის, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების, აზარტული თამაშების და სხვა ადიქტიური ქცევების კუთხით; მონაწილეობს შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის პროცესში და მართვის გეგმის შედგენაში; წარმართავს პრევენცია-ინტერვენციის პროცესს ადიქციასთან გასამკლავებლად.
ადამიანის უფლებების დამცველი	ადვოკატირებას უწევს ბენეფიციარს დარღვეული უფლებების აღსადგენად, როგორც ადგილობრივ, ასევე საერთაშორისო დონეებზე; აწარმოებს უფლებების დარღვევის პრაქტიკის დოკუმენტირებას და სისტემური დარღვევების დროს მობილიზებას უკეთებს სხვადასხვა რესურსს პრობლემის წარმოსაჩენად და გადასაწყვეტად; მუშაობს უფლებებზე-დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ¹⁰ დანერგვისთვის.
პრობაციის ოფიცერი	აწვდის რჩევას და ინფორმაციას ბენეფიციარის შესახებ, რათა გუნდმა უზრუნველყოს რისკის სათანადო მართვა ნებისმიერ დროს; ახორციელებს ინდივიდუალურ და ჯგუფურ აქტივობებს კანონსაწინააღმდეგო ქცევის აღმოსაფხვრელად, რისკის შესამცირებლად და ცნობიერების ამაღლების მიზნით; ხელს უწყობს ბენეფიციარს სამუშაოსა და საცხოვრებელთან დაკავშირებული საკითხების მოგვარებაში და საზოგადოებაში მის რეაბილიტაციას; რისკების სამართავად ურთიერთობს პოლიციასთან, სოციალურ სამსახურთან, ჯანდაცვის, და სხვ ორგანიზაციებთან.

10 ფქ სისტემა, სადაც უზრუნველყოფილია ხარისხიანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობა და შექმნილია ხელსაყრელი გარემო სტიგმის, დისკრიმინაციის, ძალადობისა და უთანასწორობის შესამცირებლად. აქ აქცენტი არა მხოლოდ უფლებების დარღვევის თავიდან აცილებაზეა, არამედ იმის უზრუნველყოფაზე, რომ სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაცია აქტიურად იცავდეს ადამიანის უფლებების პრინციპებს.

<p>პენიტენციური დაწესებულების თანამშრომელი</p>	<p>აქვს ბენეფიციარის ქცევაზე დაკვირვებისა და ყოველდღიური კომუნიკაციის შედეგად პრობლემების, ქცევის პატერნების, ემოციური ფონის, რესურსების, ინტერაქციის სტილის და დამოკიდებულებების იდენტიფიცირების შესაძლებლობა; აკეთებს შესაბამისი ინფორმაციით კონტრიბუციას გუნდში, მონაწილეობს გადაწყვეტილებების მიღებასა და ინდივიდუალური გეგმის შემუშავებაში, ასევე მისი განხორციელების მონიტორინგში.</p>
--	--

ცხადია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მუშაკების როლები და ამოცანები, რომლებიც მუშაობენ კანონთან კონფლიქტში მყოფ ახალგაზრდებთან, საკმაოდ განსხვავდება ზოგადი ფჯ გუნდებისგან: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი მოქმედებს პირის სოციალური ინტეგრაციის ხელშესაწყობად და ფუნქციონირების გასაძლიერებლად, თუმცა, ამავდროულად, ასრულებს სოციალური კონტროლის ფუნქციებსაც (Angell *et al.*). ამ გუნდებს უკისრებათ გარკვეული მოვალეობა საზოგადოებაში მაღალი რისკის დამნაშავეების იდენტიფიცირების, მართვისა და მონიტორინგის მხრივ.

გუნდის წევრებს, პრობაციის ოფიცრებს და პენიტენციური სისტემის თანამშრომელთა ჩათვლით, „ორმაგი როლის“ შესრულება უწევთ; ანუ, ისინი ფლობენ ძალაუფლებას ბენეფიციარზე, მაგრამ ამავე დროს უნდა იმუშაონ ნდობითი ურთიერთობების დამყარებაზე, რათა მოხდეს პრობლემის გადაჭრა და ბენეფიციარის წარმატებული რესოციალიზაცია-რეაბილიტაცია. ამ გაგებით, გუნდის წევრები, რომლებიც მოქმედებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების გადაკვეთაში/ინტერფეისში, დიდი სენსიტიურობით უნდა მიუდგნენ ბენეფიციარებთან ურთიერთობას ძალაუფლების დინამიკის გათვალისწინებით - სანდო ურთიერთობების დამყარებისთვის, რაც ძირითადი მოტივატორია ფჯ პრობლემების მართვაში მონაწილეობისთვის (Bourne, Rajput, & Field).

კანონთან კონფლიქტში მყოფ ან მსჯავრდებულ ახალგაზრდებთან მომუშავე მულტიდისციპლინური გუნდის ჩარევები უნდა დაეხმაროს ბენეფიციარებს შეიძინონ ფსიქოსოციალური კომპეტენციები და უნარები, რომლებიც საჭიროა კანონმორჩილი ზრდასრული ცხოვრებისათვის.

კვლევები ადასტურებს, რომ არასრულწლოვანი დამნაშავეების აბსოლუტური უმრავლესობა - ისინიც კი, ვინც მძიმე დანაშაული ჩაიდინა, მოწიფული, კანონმორჩილი ზრდასრულები გახდებიან - უბრალოდ, გაზრდის, მოწიფების შედეგად. მნიშვნელოვანია, რომ მართლმსაჯულების სისტემაში ჩართვა ხელს კი არ უშლიდეს ამ პროცესს, არამედ ხელს უწყობს სიმწიფის გაზრდას. მდგ-ს მიზანი ამის მიღწევაა.

სხვადასხვა პროფესიას აქვს გამოცდილების სხვადასხვა სფერო, ასე რომ, საჭიროების შემთხვევაში, მათ შეუძლიათ გააერთიანონ თავიანთი უნარები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სირთულეების დასაძლევად.

გუნდებს უნდა ჰქონდეთ მკაფიო როლი და მიზანი, იყვნენ კარგად წარმართული და ორგანიზებული, ჰქონდეთ პროფესიებისა და დისციპლინების საკმარისი მრავალფეროვნება და მხარდაჭერილი იყვნენ გამაძლიერებელი ინფრასტრუქტურით. გუნდები უნდა იყვნენ პროაქტიული იმაში, თუ როგორ ჩაერთონ ინდივიდებსა და ოჯახებში გადაწყვეტილების მიღებაში დასახმარებლად. გუნდები, ასევე, უნდა დაუკავშირდნენ სხვა სერვისებსა და გუნდებს თავიანთ უბნებსა და სამუშაო არეალში.

მულტიდისციპლინური გუნდის საერთო „ელემენტები“ მოიცავს:

- ▶ გუნდის ლიდერს, რომელიც წარმართავს მთლიანი გუნდის ეფექტურ მუშაობას
- ▶ იდენტიფიცირებულ შემთხვევის მენეჯერს და/ან კოორდინატორს, რომელიც ხელს უწყობს გუნდის მუშაობას რთული შემთხვევის ირგვლივ
- ▶ რეგულარულ შეხვედრებს მთლიანი გუნდის მონაწილეობით, შეხვედრულებების და გამოწვევების გაზიარებისთვის; რეგულარულად შეხვედრებისა და საერთო პროცესების შემდეგ, პროფესიონალები უკეთესად იგებენ ერთმანეთის როლებს, პასუხისმგებლობებს და რესურსებს
- ▶ გაზიარებული და გუნდის წევრებისთვის ხელმისაწვდომი ელექტრონული მონაცემთა ბაზა - წევრების მიერ ყველა კონტაქტის, შეფასების და ინტერვენციის ჩანაწერთ ინდივიდთან და მათ ოჯახთან.

- ▶ პროფესიებისა და დისციპლინების მრავალფეროვნებას, რომლებიც ასახავს სამიზნე მოსახლეობის საჭიროებებს.

გუნდები, ჩვეულებრივ, თანდათან ქმნიან საერთო იდენტობას და მუშაობის მკაფიო მიზანს, რომელიც ხელს უწყობს გუნდის წევრებს მეტად ენდონ ერთმანეთს. შეკრული გუნდი უზრუნველყოფს კონსტრუქციულ კრიტიკას და სხვადასხვა წევრთა მხრიდან თავისუფლად გამოთქმულ ალტერნატიულ პერსპექტივებს ინდივიდის საჭიროებებზე და შესაძლებლობებზე.

გუნდში ყველა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალს არ აქვს თანაბარი დონის უნარი და გამოცდილება. მთავარია ინტერპერსონალური მახასიათებლები, რომლებიც თითოეულ ინდივიდს მოაქვს გუნდში. უნარების დონე ისეთ სფეროებში, როგორცაა შეფასება და სხვადასხვა ინტერვენციები, შეიძლება დროთა განმავლობაში თანდათან განვითარდეს, მაგრამ თუ ინდივიდს რომელიმე ძირითად დონეზე არ სჯერა გუნდური მუშაობის, არც ერთი ტრენინგი თერაპიებში არ აქცევს მას ეფექტური მულტიდისციპლინური გუნდის წევრად.

მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრინციპები

ქვემოთ განვიხილავთ მდგ ეფექტური მუშაობის წარმართველ 3 პრინციპს: ბენეფიციარზე ცენტრირების, ზრუნვის უწყვეტობის და ზრუნვის ინტეგრირებულობის პრინციპებს.

მდ გუნდი რეგულარულად უნდა იკრიბებოდეს მუშაობის დეტალების განსახილველად, რათა ყოველ ბენეფიციარს ჰქონდეს თავისი მდგომარეობის მართვის გეგმა, რაც საუკეთესოდ შეეფერება მის ინდივიდუალურ საჭიროებებს. ეს არის ბენეფიციარზე ცენტრირების პრინციპი.

ბენეფიციარზე ცენტრირებული ან ბენეფიციარზე ორიენტირებული ზრუნვა გულისხმობს სერვისის მიმღები ადამიანის პატივისცემას და მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ყველა მნიშვნელოვან გადაწყვეტილებაში გუნდის ჩართვას. თუ ეს პრაქტიკა დანერგილია, მაშინ ის ხელს უწყობს ინდივიდებისა და ოჯახების უკეთ ჩართულობას გუნდის მიერ შეფასების, ზრუნვის დაგეგმვისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში.

ამ პრინციპის გარდა, ბენეფიციარზე ზრუნვის უწყვეტობა მდგ-ის ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპია. ზრუნვის უწყვეტობა არის მიდგომა იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ბენეფიციარზე ორიენტირებული, ბენეფიციარზე ცენტრირებული გუნდი ერთობლივად იყოს ჩართული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმდინარე მართვაში მაღალი ხარისხის მომსახურების საერთო მიზნის მისაღწევად.

ზრუნვის უწყვეტობა მიიღწევა ბენეფიციარის შემთხვევის მართვის დროს სხვადასხვა ცალკეული, დისკრეტული ელემენტების სინთეზით, გაერთიანებით - იქნება ეს ბენეფიციარის მდგომარეობის სხვადასხვა ეპიზოდები, სხვადასხვა პროვაიდერების ჩარევები თუ სხვა ცვლილებები.

ზრუნვის უწყვეტობის მაგალითებად გამოდგება მაგ., შემთხვევის მენეჯერის/კოორდინატორის მიერ ბენეფიციართან შინაზრუნვის მედლის გაგზავნა სახლის სიტუაციის შესასწავლად; ან ბენეფიციარის დაკავშირება იმ აფთიაქთან, რომელიც მას რეგულარულად მიაწვდის მედიკამენტებს; ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა სერვისამდე და უკან; ბენეფიციარის მიყოლა (follow up) მისი სერვისიდან ამოწერის შემდეგ, და ა.შ.

ზრუნვის უწყვეტობა ხელს უწყობს ბენეფიციარის უსაფრთხოებას და უზრუნველყოფს მომსახურების ხარისხს დროთა განმავლობაში.

მულტიდისციპლინური გუნდები უმნიშვნელოვანესია ე.წ. ინტეგრირებული ზრუნვის პრაქტიკის მისაღწევად, რომელშიც პრაქტიკოსები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სხვადასხვა კუთხიდან სისტემატურ ძალისხმევას ეწევიან გუნდში კონსტრუქციული კომუნიკაციისა და გუნდური მუშაობის გასაუმჯობესებლად, რათა ფჯ პრობლემების მქონე ადამიანს, ოჯახს ან ჯგუფს მიეწოდოს საუკეთესო, ინტეგრირებული და კოორდინირებული ზრუნვა.

შემთხვევის მართვა, ბენეფიციარისა და პროვაიდერის განათლება, ბენეფიციარის სისტემატური მეთვალყურეობა/მიდევნება, გაიდლაინების და ალგორითმების გამოყენება, ფსიქოლოგიური ინტერვენციები და ბენეფიციარებთან ერთობლივი გადაწყვეტილების მიღება ამგვარი ზრუნვის აუცილებელი ელემენტებია.

ინტეგრირებული ზრუნვა არის ზოგადი ტერმინი ნებისმიერი მცდელობისათვის ფჯ სერვისების

სრულად ან ნაწილობრივ ინტეგრაციისა ზოგად და/ან სპეციალიზებულ მომსახურებებთან. ბავშვების, მოზარდების და მოზრდილების როგორც ფსიქიკური, ისე ფიზიკური მოთხოვნილებების გათვალისწინებით და დაკმაყოფილებით, ჩვენ ვაღწევთ მიზანს - ბენეფიციარის გაუმჯობესებულ კლინიკურ შედეგებს/გამოსავლებს და კმაყოფილების მაღალ დონეს - რადგან ვცდილობთ გადავჭრათ საერთო/გავრცელებული, შესაძლებლობების შემზღუდავი და „ძვირი“ პრობლემები.

ზრუნვის ეს სისტემა აუმჯობესებს ხელმისაწვდომობას და მომხმარებლის გამოცდილებას ზრუნვაზე. თუმცა, ინტეგრაციის ზუსტი მოდელი უნდა განხორციელდეს საუკეთესო პრაქტიკის საფუძველზე, ჯანმრთელობისა და ზრუნვის გარემოს სპეციფიკური პარამეტრებისა და კონტექსტის გათვალისწინებით.

მულტიდისციპლინური გუნდების გამოწვევები

მცდელობების მიუხედავად, არ არის შესაძლებელი და არც გონივრული მდგ მუშაობის ხისტი მოდელის დაწესება, რადგან შემადგენლობა და სტილი ცვალებადია სხვადასხვა გარემოებაში. წლების განმავლობაში გამოჩნდა, რომ აუცილებელია მუშაობის და ურთიერთობის პრინციპებისა და გაზიარებული სამუშაო პასუხისმგებლობების ირგვლივ სიცხადე; ბენეფიციარის მენეჯმენტის სტანდარტიზებული მიდგომა, მაგ., შემთხვევის მართვა (case management), ფიქსირებული დატვირთვა (fixed caseloads) და მიმართვისა და გაწერის პროტოკოლების შემუშავება.

რიგ შემთხვევებში პროდუქტიული და მეგობრული გუნდის შენარჩუნება შეიძლება რთული გახდეს. საკითხებმა, როგორცაა გუნდის პოზიციის გაურკვევლობა საერთო სისტემაში, სამუშაოთი დიდი დატვირთვა (caseload), გუნდის წევრებს შორის ცუდი ან არასაკმარისი კოორდინაცია, სამუშაოს არათანაბარი განაწილება, და სხვ. შესაძლოა გახდეს მუშაობის შეფერხების და იმედგაცრუების წყარო.

გუნდის ეფექტურობის შესანარჩუნებლად ეს საკითხები გასათვალისწინებელია და გუნდის ფილოსოფია, ლიდერობის სტილი, დინამიკა, კომუნიკაცია და სამუშაო დატვირთვა რეგულარული განხილვის და ერთობლივი გადაწყვეტილებების საგანი უნდა იყოს.

მულტიდისციპლინური გუნდების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა არის პროფესიული როლების სინერჯის და კომპლემენტარობის მიღწევა გუნდში.

გუნდის ყველა წევრს აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგადი ან გარკვეული ექსპერტიზა, ზოგადი ცოდნა და უნარები, მაგრამ გუნდის ეფექტურობისთვის მნიშვნელოვანია, ცალკეული პროფესიონალები გრძნობდნენ იმ უნიკალური ექსპერტიზისა და გამოცდილების დაფასებას და აღიარებას, რაც მათ მოაქვთ გუნდში.

რა პრობლემები შეიძლება შეიქმნას გუნდში, თუ ზოგადი და კონკრეტული პროფესიული როლები დაუბალანსებელია?

- ▶ კონკრეტული ბენეფიციარის შემთხვევაში გუნდის წევრებმა შეიძლება აღიქვან „ზეწოლა“, გასცდნენ თავიანთი სამუშაოს ადრერილობას, რადგან, რესურსების დასაზოგად, ხშირად გუნდი ცდილობს შემოსაზღვროს/შეზღუდოს ერთი ბენეფიციარის მოვლაში ჩართული წევრების რაოდენობა; ანუ, შეიძლება სულ რამდენიმე პროფესიონალი ერთიანდებოდეს რთული შემთხვევის მართვის პროცესში და ეს ითხოვდეს ზედმეტ ძალისხმევას, ჩართულობას და პასუხისმგებლობას გუნდის ცალკეული წევრისგან (Burns, 2004).
- ▶ „როლების დაბინდვა“, როდესაც სპეციალისტი რისკავს დაკარგოს თითოეული პროფესიის კონკრეტული წვლილი შემთხვევის მართვისთვის (Peck & Norman, 1999). ეს პრობლემა მიანიშნებს იმ პროფესიული საზღვრების დარღვევაზე, რომლებიც არსებობს სხვადასხვა პროფესიულ როლებსა და პასუხისმგებლობის სფეროებს შორის. კვლევები ადასტურებს, რომ გარკვეული წევრები მიესალმებიან როლების დაბინდვას, თუმცა, ბევრი ცდილობს შეინარჩუნოს საკუთარი პროფესიული იდენტობა მულტიდისციპლინურ გარემოში. პარადოქსია, მაგრამ მკაფიო მართვის ნაკლებობა და ზოგადი, საერთო მუშაობის წახალისება, როგორც ზოგიერთი კვლევა აჩვენებს, ბევრ გუნდის წევრს აიძულებს პროფესიული იდენტობის გაძლიერებას (Brown, Crawford, & Darongkamas). საერთო შეთანხმებით, პროფესიებს შორის საზღვრები აქტიურად უნდა იყოს წახალისებული ინტერდისციპლინური მუშაობის გამოც-

დილებით. ამასთან, მოქნილმა მიდგომამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ღირებულებებისა და კონცეფციების „გადასვლას“ და ინდუქციას ერთი პროფესიონალური ჯგუფიდან მეორეში, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს გუნდურ მუშაობას და კლინიკურ გამოცდილების დაგროვებას სერვისის მომხმარებლის საჭიროებებზე რეაგირებისთვის (Sims, Hewitt & Harris, 2015). კვლევების სინთეზმა (Ibid.) აჩვენა, რომ ეს ასახავს გუნდების ყოველდღიურ ფუნქციონირებას და წევრთა დამოკიდებულებას ერთმანეთის უნარებისა და ცოდნის გაგებაზე და ერთმანეთისგან სწავლაზე. თანამშრომლობა, ცოდნის გაერთიანება (pooling), სწავლა და როლების დაბინდვა არის ინტერპროფესიონალური გუნდური მუშაობის ძირითადი პროცესები.

გუნდში უნდა იყოს განმარტებული სპეციალიზმის (სპეციალობის) და მცოცავი გენერიზმის საკითხი, რათა თავიდან აიცილოთ დროთა განმავლობაში პროფესიული იდენტობის წაშლის შეგრძნება. თუ გუნდს შეუძლია წარმატებით განსაზღვროს საერთო ძირითადი როლები და პასუხისმგებლობები, და განასხვავოს ისინი იმ სპეციფიკური უნიკალური უნარებისგან, რომლებსაც ინდივიდები და დისციპლინები უწყობენ ხელს, ამან შეიძლება ხელი შეუწყოს მულტიდისციპლინური გუნდის ფუნქციონირების წარმატებას; მეორე მხრივ, როლების შერწყმა და საზღვრების გადაფარვა, ასევე ეხმარება გუნდს მაღალ-ფუნქციონირებაში. მთავარი ბალანსის შენარჩუნებაა.

წარმატების გასაღები არის კონსტრუქციული კომუნიკაცია.

ეფექტურ, მეკრულ გუნდებში:

- ▶ ეთიკურად ზიარდება ბენეფიციარების შესახებ ინფორმაცია, ხშირად - „რეალურ დროში“
- ▶ მიმოივლება ინფორმაცია სხვა მონაწილე უწყებების, სერვისების, პროცესებისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესების შესახებ
- ▶ იგეგმება საერთო ინოვაციური სტრატეგიები იმ ბენეფიციარებისთვის და/ან მათი მზრუნველობისთვის, რომლებსაც უჭირთ სერვისში ჩართვა
- ▶ იმართება რისკები
- ▶ ერთმანეთს მხარს უჭერენ განსაკუთრებით სტრესული, რთული შემთხვევების მართვისას.

ეფექტური მულტიდისციპლინური გუნდის შენების ელემენტები

გუნდის მშენებლობა - გუნდის შეკვრის ფორმალური პროგრამა უნდა განხორციელდეს გუნდის ფორმირების ადრეულ ეტაპზე, რათა გუნდს შეეძლოს განავითაროს საერთო ხედვა და მუშაობის პრინციპები.

სერვისზე ფოკუსირება - გუნდმა უნდა გაარკვიოს იმ მოსახლეობის საჭიროებები, რომლებსაც ემსახურება; ამ ფოკუსმა უნდა დახვეწოს გუნდის წევრების როლები და პასუხისმგებლობები და ასევე უნდა განსაზღვროს გუნდისთვის საჭირო კომპეტენციები.

ორგანიზაციული/მართვის მხარდაჭერა – ორგანიზაციული სტრუქტურები და მენეჯმენტი უნდა იყოს გუნდის განვითარებისა და გუნდის მუშაობის ხელშემწყობი. ამ დონეზე არსებული ბარიერები უნდა გადაიჭრას პასუხისმგებელი პირების მიერ, რომლებიც გუნდის გარეთ არიან.

ბიუჯეტები და ანგარიშვალდებულება – ბიუჯეტები უნდა გადანაწილდეს მულტიდისციპლინურ გუნდურ დონეზე და ამის მხარდასაჭერად უნდა შეიქმნას მართვის სტრუქტურები.

შეთანხმებული ოპერატიული პროცედურები - უნდა შემუშავდეს და დოკუმენტირებული იყოს. ეს პროცედურები აზუსტებს გუნდის საქმიანობას დროთა განმავლობაში და ასევე ეხმარება გუნდის ახალ წევრებს ორიენტირებაში. ოპერაციების მნიშვნელოვანი სფერო ეხება დოკუმენტაციას და თითოეული სერვისის მომხმარებლისთვის ერთი საერთო მონაცემთა ბაზის და საერთო დოკუმენტაციის საჭიროებას. ამის გასაადვილებლად საჭიროა შესაბამისი ტექნიკური მხარდაჭერა (მაგ., კომპიუტერული ინფორმაციული სისტემა).

გადაწყვეტილების მიღება გუნდებში - გუნდში ლიდერობის საკითხი შეიძლება იყოს საკამათო და რთული; ლიდერობის საკითხის უშუალოდ განხილვის ნაცვლად, შეიძლება სასარგებლო იყოს ამ საკითხის განხილვა გუნდის ლიდერის ერთ-ერთი ცენტრალური ფუნქციის - გუნდში გადაწყვეტილების მიღების ფუნქციის - განხილვით. ყოველდღიური პრაქტიკისას გუნდებმა უნდა მიიღონ

გადაწყვეტილებები მრავალფეროვან სფეროებში - ინდივიდუალური კლინიკური მოვლის გეგმებიდან სერვისების მართვის საკითხებამდე. გადაწყვეტილებების მიღება შეიძლება ასევე საჭირო გახდეს სასწრაფოდ, კრიზისულ სიტუაციებში. გადაწყვეტილების მიღების პროცესი, რომელიც ეფუძნება დემოკრატიის, კონსენსუსის პრინციპებს, პრაქტიკულ შედეგებს მოიტანს.

კონსენსუსი

ამ ტიპის გადაწყვეტილების მიღება გულისხმობს, რომ გადაწყვეტილების მიღებამდე ყველა უნდა შეთანხმდეს და რომ ყველა წევრს აქვს „ვეტოს“ უფლება. იქ, სადაც კონკრეტულ პროფესიებს აქვთ სავალდებულო პასუხისმგებლობა, ეს მიდგომა არ არის მიზანშეწონილი. მიუხედავად იმისა, რომ გარკვეული რაოდენობის კონსენსუსალური გადაწყვეტილების მიღება შეიძლება იმუშაოს კარგად ფუნქციონირებად გუნდებში, ეს მოდელი არ მუშაობს მაშინ, როდესაც გუნდის ერთი წევრი სხვებისგან განსხვავებულ შეხედულებას იღებს.

ლიდერობა

გადაწყვეტილების მიღების ლიდერობის მოდელში, გუნდში არის ადამიანი ან მცირე ქვეჯგუფი, რომელიც გუნდში გარკვეულ დონეზე არის აღიარებული, როგორც განსაკუთრებული როლის მქონე გადაწყვეტილების მიღებაში, რომელიც განსხვავდება გუნდის სხვა წევრებისგან. ეს ჩვეულებრივ წარმოიქმნება ძალაუფლების, ავტორიტეტის ან ორივეს ფლობის შედეგად. ყველაზე ეფექტური ლიდერობა გულისხმობს გუნდის წარმართვას გადაწყვეტილებისკენ. ლიდერობა არის სხვაზე ზემოქმედების პროცესი, რათა ისინი ჩაერთონ ქცევაში, რომელიც აუცილებელია ორგანიზაციული მიზნების მისაღწევად.

კონფლიქტების მართვა

გუნდის წევრებს მოაქვთ სხვადასხვა იდეები, მიზნები, ღირებულებები, რწმენა და საჭიროებები თავიანთ გუნდში და ეს განსხვავებები გუნდების მთავარი ძალაა. იგივე განსხვავებები აუცილებლად იწვევს გარკვეულ კონფლიქტს. ერთ-ერთი გზა, რომლითაც გუნდის წევრებს შეუძლიათ დაეხმარონ ერთმანეთს მულტიდისციპლინურ გუნდებში ფუნქციონირების შესაძლებლობების გაუმჯობესებაში, არის ერთმანეთთან მუშაობა კონფლიქტის გაცნობიერების და კონფლიქტის მართვისა და გადაჭრის შესაძლებლობების გასაავითარებლად.

გუნდებში კონფლიქტი გარდაუვალია; თუმცა, კონფლიქტის შედეგები არ არის წინასწარ განსაზღვრული. კონფლიქტი შეიძლება გამწვავდეს და გამოიწვიოს არაპროდუქტიული შედეგები, ან კონფლიქტი შეიძლება მომგებიანი იყოს და გამოიწვიოს მუშაობის უკეთესი ხარისხი. ამიტომ, კონფლიქტის მართვის სწავლა აუცილებელია მაღალი დონის გუნდისთვის: ყველა კონფლიქტი აუცილებლად ვერ მოგვარდება, მაგრამ კონფლიქტების მართვის სწავლა შეიძლება შეამციროს არაპროდუქტიული ესკალაციის შესაძლებლობა. კონფლიქტის მენეჯმენტი გულისხმობს კონფლიქტის მოგვარებასთან დაკავშირებული უნარების შეძენას, კონფლიქტის რეჟიმების შესახებ თვითცნობიერებას, კონფლიქტის კომუნიკაციის უნარებს და გარემოში კონფლიქტის მართვის სტრუქტურის ჩამოყალიბებას.

ზედამხედველობა/სუპერვიზია

მულტიდისციპლინურ გუნდში, როგორც აღვნიშნეთ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ თითოეულმა სპეციალისტმა შეინარჩუნოს საკუთარი პროფესიული უნარები. ამის უზრუნველსაყოფად, უნდა არსებობდეს კლინიკური ზედამხედველობის/სუპერვიზიის შეთანხმებული სისტემა. ამ სისტემამ უნდა დააბალანსოს დისციპლინის სპეციფიკური ზედამხედველობის საჭიროება გუნდის, როგორც მხარდაჭერის პირველადი მიმწოდებლის, პროფესიული საჭიროებები.

შემთხვევის მართვა

ტერმინი „შემთხვევის მართვა“ განისაზღვრება, როგორც პროცესი, რომელშიც პროფესიონალთა გუნდი ეხმარება ბენეფიციარს შეიმუშაოს გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს მის საჭიროებების (ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მიხედვით), კოორდინაციას უწევს და აერთიანებს იმ პროფესიონალებს და სერვისებს, რომლებიც პაციენტს/ბენეფიციარს სჭირდება ჯანმრთელობის და ფსიქოსოციალური კეთილდღეობის მისაღწევად.

შემთხვევის მართვის პროცესისთვის დამახასიათებელია ხუთი ელემენტი:

1. ბენეფიციარის კეთილდღეობაზე პასუხისმგებელია მთელი გუნდი, მაგრამ შემთხვევას კოორდინაციას უწევს ერთი პირი, ე.წ. შემთხვევის მენეჯერი
2. ფასდება ბენეფიციარის ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებები
3. დგება მართვის გეგმა იმ სერვის(ებ)ის უზრუნველსაყოფად, რომელიც დააკმაყოფილებს ბენეფიციარის საჭიროებებს
4. ხორციელდება სერვისი - შესაბამისი ჩარევები
5. ბენეფიციარის მდგომარეობა და სერვისის მიწოდება ექვემდებარება მონიტორინგს.

შემთხვევის მენეჯერები კოორდინაციას უწევენ მართვას, და არამარტო აწესრიგებენ სხვა სააგენტოების კოორდინირებულ სერვისს, არამედ უშუალოდ ახორციელებენ ბენეფიციარის მდგომარეობის მართვას სხვა პროფესიონალებთან ერთად.

შემთხვევის მენეჯერი უზრუნველყოფს „თავისი“ შემთხვევის ირგვლივ შესაბამისი პროფესიონალების შემოკრებას.

პროცესის ეტაპებია:

- ▶ ბენეფიციარის შეფასება და სკრინინგი
- ▶ რისკების შეფასება
- ▶ შემთხვევის კონცეპტუალიზაცია და მართვის დაგეგმვა
- ▶ მართვის განხორციელება
- ▶ შემდგომი მეთვალყურეობის დაგეგმვა
- ▶ შედეგების შეფასება

შემთხვევის მენეჯერი მიზანმიმართულად ეხმარება ბენეფიციარს სხვადასხვა პროგრამებთან (ფჯ პრობლემების მართვა, საცხოვრებელი ან სასწავლო პროგრამები) და სათემო ერთეულებთან (ოჯახები, სოციალური ქსელები) კავშირების დამყარებაში. ბევრ შემთხვევაში, როგორც ზემოთ აღინიშნა, შემთხვევის მენეჯერი უშუალოდ უწევს ბენეფიციარს ფჯ დახმარებას.

ზოგადად, შემთხვევის მენეჯერი სამუშაო მიზნად ისახავს დაეხმაროს ბენეფიციარს სხვა, უფრო მდგრადი მხარდაჭერის წყაროებზე გადასვლაში.

მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის სპექტრი

მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდა პირებთან მომუშავე გუნდის ფსიქიატრს, ფსიქოლოგს, სოციალურ მუშაკს, და ა.შ. სპეციალური უნარები აქვთ, ისინი არ ემიჯნებიან თავიანთ ტრადიციულ პროფესიულ როლს. პირიქით, კონკრეტულ შემთხვევაზე მუშაობისას, ისინი მაქსიმალურად იყენებენ იმ ცოდნასა და გამოცდილებას, რაც მუშაობისას დააგროვეს.

ზოგადად, მოზარდებსა და ახალგაზრდებთან გუნდი უპირატესად იყენებს ოჯახზე ცენტრირებულ მიდგომას და მჭიდროდ თანამშრომლობს სხვა სპეციალისტებთან, იმათთან, ვინც მოზარდს ან ოჯახს უწევს დახმარებას. ეს შეიძლება იყოს პედიატრი, მოზარდთა სამედიცინო ან სოციალური სერვისების მუშაკი, პედაგოგი, განათლების ფსიქოლოგი. ვინაიდან, მოზარდის პრობლემები ხშირად ვლინდება სკოლაში ან იწვევს სწავლის სირთულეებს, ამიტომ მასწავლებლის ჩართულობა მნიშვნელოვანია. მას შეიძლება მიეცეს რჩევა, თუ როგორ გაუმკლავდეს ქცევის დარღვევებს საკ-

ლასო ოთახში; ბავშვის მდგომარეობის გათვალისწინებით სხვანაირად დაგეგმოს გაკვეთილების ცხრილი ან, საჭიროების შემთხვევაში, ჩაატაროს დამატებითი გაკვეთილი. ზოგჯერ მიზანშეწონილია სკოლის შეცვლა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მართვა შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა სახის ჩარევებს, ძირითადად, როგორცაა მედიკამენტური მკურნალობა, ფსიქოლოგიურ დახმარება და სოციალური მხარდაჭერა.

ახალგაზრდების შემთხვევაში, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მნიშვნელოვანია მშობლების ჩართვა კონსულტირების ან კორექციის პროცესში.

მედიკამენტური მკურნალობა

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში წამლები იშვიათად გამოიყენება. მედიკამენტური მკურნალობისთვის ძირითადი ჩვენებაა ეპილესია, ფსიქოზები, ღრმა დეპრესია, აკვიატებები, ჰიპერაქტივობისა და ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომები და, ზოგჯერ, ღამის ენურეზი. ყველა შემთხვევაში, დანიშნული დოზები გულდასმით უნდა გადამოწმდეს კლინიკური მართვის გაიდლაინებისა და პროტოკოლების მიხედვით და დაინიშნოს მოზარდის ასაკისა და სხეულის წონის შესაბამისად.

მართვის ფსიქოლოგიური ასპექტები

როგორც არ უნდა იყოს მართვის გეგმა, მოზარდისთვის და ახალგაზრდისთვის ყოველთვის სასარგებლოა თბილი, უსაფრთხო და კეთილგანწყობილი ურთიერთობა ფჯ სპეციალისტთან. დაცული გარემო იძლევა ალტერნატიული ქცევისა და გრძობების თავისუფლად გამოხატვის საშუალებას. თავიდან მოზარდები ფჯ სპეციალისტს ისე უყურებენ, როგორც მშობლების და სამართალდამცავი ინსტიტუციების „აგენტს“, ანუ, უნდობლად.

მნიშვნელოვანია, მოზარდი გრძობდეს, რომ მისი უფლებები დაცულია. უნდა მოვერიდოთ კრიტიკას, თუმცა, არ უნდა მივცეთ საბაბი, იფიქროს, რომ ყველაფრის უფლება აქვს და ყველაფერი ეპატიება. ხშირად, უმჯობესია გადავდოთ პრობლემებზე მსჯელობა მანამდე, სანამ მოზარდი ან ახალგაზრდა მზად იქნება ამისათვის და გადავიტანოთ საუბარი მისთვის საინტერესო ნეიტრალურ თემებზე.

1979-დან 2015 წლამდე გამოქვეყნებული 37 კვლევის შედეგების სისტემატური მიმოხილვა 7 სხვადასხვა ქვეყნიდან (ჩინეთი, ინდოეთი, ირანი, ნორვეგია, ესპანეთი, აშშ და დიდი ბრიტანეთი) თემაზე „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პატიმრების ფსიქოლოგიური თერაპია“, ჩატარებული ფაზელის მიერ (Fazel, 2017), ადასტურებს, რომ კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია (CBT) ეფექტურია ციხეში მყოფ ადამიანებში დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომების სამართავად; თუმცა, ამასთან, მიუთითებს, რომ არ არსებობს მკაფიო განსხვავება ჯგუფურ და ინდივიდუალურ თერაპიებს შორის.

ეს დასკვნები შეესაბამება Malik et al-ის მიერ ჩატარებულ მეტა-ანალიზს (Malik, 2021), სადაც ჩანს, რომ რომ ფსიქოლოგიურ თერაპიებს აქვს ზომიერად ეფექტური შედეგები პატიმრების ფსიქიკური ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად; და საჭიროა ინვესტირება და განვითარება ამ ტიპის ინტერვენციებისა პენიტენციურ სისტემებში.

სოციალური ჩარევები

სოციალური მუშაკი ფსიქიკური აშლილობის ან პრობლემების მქონე მოზარდებსა და მათ ოჯახებზე ზრუნვაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. იგი წარმოადგენს იმ მოზარდების და ახალგაზრდა ადამიანების ინტერესების დამცველს, რომლებიც ოჯახში რისკის ქვეშ არიან ან საჭიროებენ განსაკუთრებულ ზრუნვასა და სუპერვიზიას. სოციალური მუშაკი ეხმარება მშობლებს მოზარდების აღზრდის უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებაში, ფინანსური და საცხოვრებლის პრობლემების მოგვარებაში. სოციალური მუშაკი აკეთებს ოჯახის შეფასებას და, თუ შესაბამისად არის გაწვრთნილი, ატარებს ოჯახურ თერაპიას, ასევე, მას შეუძლია ინდივიდუალური კონსულტირება ჩაუტაროს

მოზარდს, ახალგაზრდას ან მათი ოჯახის წევრებს. სოციალური მუშაკები მუშაობენ სპეციფიკურ თემებთან/დიდ ჯგუფებთანაც გარკვეული ფსიქოგასაგანმანათლებლო შეტყობინებების მიწოდებისთვის ან ცნობიერების ამაღლების მისაღწევად.

სოციალური მუშაკის მისიაა ბენეფიციარის ფუნქციონირების ხარისხის მატებაში ხელშეწყობა; სოციალური აქტივაცია, სწავლის, დასაქმების, ურთიერთობების და სხვა მნიშვნელოვანი სასიცოცხლო სფეროების „დალაგებაში“ მიხმარების გზით.

სოციალური მუშაკები ადამიანების საჭიროებების შეფასებისას ყურადღებას ამახვილებენ ბენეფიციარების და მათი ოჯახების ძლიერ მხარეებზე და ბუნებრივ დაძლევის შესაძლებლობებზე. ისინი მოქმედებენ იმისათვის, რომ მისცენ სერვისის მომხმარებლებს წვდომა საჭირო სერვისებსა და რესურსებზე, ადაღინონ და შეინარჩუნონ კარგი ფსიქიკური ჯანმრთელობა და მიიღწიონ ცხოვრების კარგ ხარისხს მათი ურთიერთობების, შემოსავლის, დასვენების, დასაქმების და განსახლების თვალსაზრისით.

ოკუპაციური თერაპია

ოკუპაციურმა თერაპევტმა შეიძლება ითამაშოს უმნიშვნელოვანესი როლი მოზარდის და ახალგაზრდის განვითარების შეფასებასა და ფსიქოლოგიურ დახმარებაში, ასევე, მისი და მშობლის ურთიერთობის გაუმჯობესებისთვის შესაბამისი ღონისძიებების განსაზღვრაში. ის მჭიდროდ თანამშრომლობს პედაგოგებთან შეფასებისა და მათთან თერაპიული ღონისძიებების ჩატარების საკითხებზე მუშაობისას.

ოკუპაციურ თერაპევტებს აქვთ საბაზისო ხარისხი ოკუპაციურ თერაპიაში. ისინი მუშაობენ ფეხპრობლემების მქონე პაციენტების რეაბილიტაციაზე, მიზნად ისახავენ დაეხმარონ პროფესიული, სოციალური და ყოველდღიური უნარების აღდგენაში. ისინი, ასევე, უზრუნველყოფენ ფუნქციონირების სპეციალიზებულ შეფასებას ისეთ სფეროებში, როგორცაა სოციალური უნარები ან ყოველდღიური ამოცანების შესრულების უნარი. როდესაც აღმოაჩნდება, რომ ადამიანს აქვს სირთულეები რომელიმე ამ სფეროში, ოკუპაციური თერაპევტი ჩამოაყალიბებს სპეციალურ პროგრამას დასახმარებლად და ახორციელებს მას.

სპეციალური განათლება

მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის, რომლებიც ჩვენი სამიზნე ჯგუფია, დამატებითი საგანმანათლებლო პროგრამები ძალიან ეფექტურია. სპეციალური სწავლება გამოიყენება წერის, კითხვისა და არითმეტიკული უნარების გასაუმჯობესებლად, რისი პრობლემებიც ხშირად აღინიშნება ქცევისა და განვითარების სპეციფიკური აშლილობების მქონე პირებში.

მშობლების ტრენინგი

მშობლების ტრენინგი მიზანშეწონილია მოზარდებზე ზრუნვის უნარების გასაუმჯობესებლად და სწორი აღზრდის უნარ-ჩვევების ჩამოსაყალიბებლად მათთვის, ვინც მიმართავს ბავშვზე ძალადობას, ან იჩენს უყურადღებობას ბავშვის მიმართ, ან ვისაც დაბალი ინტელექტი აქვს. ასევე, გამოიყენება იმ მშობლების დასახმარებლად, რომლებსაც ქცევითი დარღვევების მქონე ან ჰიპერაქტიური შვილები ჰყავთ.

საერთაშორისო კვლევათა უმეტესობა ეხება მშობლებს, რომელთა შვილებს ოპოზიციური და გამომწვევი ქცევითი აშლილობა აღენიშნებათ. მშობლების ტრენინგისთვის შეიძლება გამოვიყენოთ საგანმანათლებლო მიდგომა, რომელიც ზრუნვის უნარის ზოგად გაუმჯობესებას ითვალისწინებს, ან ბიჰევიორული მიდგომა, რაც მიმართულია სპეციფიკური პრობლემის აღმოფხვრაზე. ბიჰევიორული მიდგომის შემთხვევაში იწერება მოზარდის ქცევაზე მშობლების საპასუხო სასურველი ან არასასურველი ქცევა და შემდგომში ინდივიდუალურად ან ჯგუფურად განიხილება მშობელთან. რომელ მეთოდსაც არ უნდა მივმართავდეთ, აუცილებელია მოზარდის ასაკისა და განვითარების ეტაპის გათვალისწინება და სხვადასხვა ასაკის შესაბამისი საჭიროებების განსაზღვრა.

კვლევებით დამტკიცდა, რომ ბიჰევიორული მიდგომა ეფექტურია მოზარდის მოვლის, მისი და

მშობლების ურთიერთობის გაუმჯობესებისა და შვილების ანტისოციალური ქცევის შემცირების პროცესში.

ოჯახური თერაპია

ეს არის ჩარევის სპეციფიკური ფორმა, რომელიც განსხვავდება ოჯახის ზოგადი ჩართულობისგან მკურნალობის პროცესში, რაზეც ზემოთ იყო საუბარი. ოჯახურ თერაპიაში ბენეფიციარის სიმპტომები განიხილება, როგორც ოჯახური დისფუნქციის შედეგი და წარმოადგენს თერაპიის პირდაპირ სამიზნეს. გამოიყენება სხვადასხვა მიდგომა, რომლებიც ეფუძნება ბიჰევიორულ, ფსიქოანალიტიკურ, ინტერპერსონალურ ან სტრუქტურულ თეორიებს. პრაქტიკაში უმრავლესობა მიმართავს ეკლექტურ მიდგომას.

ოჯახური თერაპია გამოიყენება, როდესაც:

- ▶ მოზარდის სიმპტომები განიხილება მთელი ოჯახის პრობლემის ნაწილად
- ▶ ინდივიდუალური ინტერვენციები ეფექტური არ არის
- ▶ კონსულტირების პროცესში თავს იჩენს ოჯახური სირთულეები.

ოჯახური თერაპიისთვის უკუჩვენებას წარმოადგენს ის შემთხვევები, როდესაც მშობლები განქორწინების პროცესში არიან ან, როდესაც მოზარდის პრობლემა ოჯახთან კავშირში არ არის.

ჯგუფური თერაპია

ჯგუფური თერაპია შეიძლება ჩატარდეს მშობლებს და მოზარდებს. მშობლებს მნიშვნელოვნად დაეხმარება, თუ შეძლებენ მოზარდის პრობლემებსა და სირთულეებზე პროფესიონალთან საუბარს. მოზარდისთვის კი დადებითი შედეგი მოაქვს თანადგომას, დისკუსიებისა და ქცევის მოდელირების შესაძლებლობას, რაც ჯგუფური თერაპიის ნაწილია.

ბენეფიციარის ჩართვა თერაპიის პროცესში

ევროპის საბჭო (2022) იძლევა რეკომენდაციას „იყოს მკაფიოდ განსაზღვრული პარტნიორობა, რომელიც მოიცავს ბენეფიციარის ხმას“, ანუ, სერვისის მომხმარებლებს და მათი ოჯახის წევრებს უნდა ჰქონდეთ ადგილი და სივრცე გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში.

გუნდის მუშაობის მონიტორინგი

გუნდის ეფექტურობის საზომების/კრიტერიუმების მოკლე ჩამონათვალი შემდეგია:

- ▶ სიმპტომების სიმძიმის შემცირება
- ▶ ფუნქციონირების ხარისხის ზრდა
- ▶ ცხოვრების ხარისხის მატება
- ▶ ფიზიკური ავადობისა და ლეტალობის შემცირება
- ▶ თვითღაზიანების და სუიციდის სიხშირის შემცირება
- ▶ ძალადობრივი ქცევის სიხშირის შემცირება
- ▶ მზრუნველის ჩართვის ხარისხის ზრდა
- ▶ სერვისით კმაყოფილება.

ამ კრიტერიუმების გასაზომად მნიშვნელოვანია გუნდი თავიდანვე შეთანხმდეს ინსტრუმენტებზე და კითხვარებზე, რაც ობიექტურად შეაფასებს თითოეულ ამ კრიტერიუმს. გარდა საერთაშორისოდ აღიარებული და გავრცელებული კითხვარებისა, გუნდმა შეიძლება შექმნას საკუთარი, ბენეფიციარების სპეციფიკაზე მორგებული ინსტრუმენტები, მაგ., კმაყოფილების კითხვარი.

გარკვეული შეფასების ინსტრუმენტები აღწერილია ამ გზამკვლევის შესაბამის თავში. მნიშვნელოვანია, რომ დინამიკის გასაზომად გუნდმა გამოყოს რამდენიმე ეტაპი შეფასებისთვის. ასევე, მნიშვნელოვანია მონაცემთა ბაზის რეგულარული განახლება და მონაცემთა ანალიზი. ანალიზის შედეგები გუნდის წევრებმა საკუთარი მუშაობაზე დაკვირვებისა და მისი გაუმჯობესებისთვის უნდა გამოიყენონ.

ბიბლიოგრაფია

1. მ.გელდერი, პ.ჰარისონი, ფ.ქოუენი. *ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში*, 2012. თბილისი
2. ი. აბესაძე, ნ. ალაპიშვილი, უ. ვახანია და სხვები. *ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში*. 2020. თბილისი
3. The Irish Health Repository. *Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper*. 2023
4. Frost, N., Robinson, M., & Anning, A. (2005). Social workers in multidisciplinary teams: issues and dilemmas for professional practice. *Child & Family Social Work*, 10(3), 187-196.
5. Beth Angell, Elizabeth Matthews, Stacey Barrenger, Amy C. Watson, Jeffrey Draine, Engagement processes in model programs for community reentry from prison for people with serious mental illness, *International Journal of Law and Psychiatry*, Volume 37, Issue 5, 2014, Pages 490-500, ISSN 0160-2527, <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.022>.
6. Bourne, R., Rajput, R., & Field, R. (2015). Working with probation services and mentally disordered offenders. *BJPsych Advances*, 21(4), 273-280. doi:10.1192/apt.bp.114.013342
7. Tom Burns, Community mental health teams, *Psychiatry*, Vol3, Issue 9, 2004, Pp 11-14, ISSN 1476-1793, <https://doi.org/10.1383/psyt.3.9.11.50258>.
8. IAN J. NORMAN, EDWARD PECK (1999) Working together in adult community mental health services: An inter-professional dialogue, *Journal of Mental Health*, 8:3, 217-230, DOI: [10.1080/09638239917382](https://doi.org/10.1080/09638239917382)
9. Brown, B., Crawford, P. and Darongkamas, J. (2000), Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health & Social Care in the Community*, 8: 425-435. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00268.x>
10. Sarah Sims, Gillian Hewitt & Ruth Harris (2015) Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis, *Journal of Interprofessional Care*, 29:1, 20-25, DOI: [10.3109/13561820.2014.939745](https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939745)
11. CoE. Prisons and probation: a Council of Europe White Paper regarding persons with mental health disorders. 2022. Retrieved from: <https://rm.coe.int/pc-cp-2021-8-rev-6-white-paper-regarding-persons-with-mental-health-di/1680a69439>

თავი 4

ბენეფიციარის მოტივაციის გაზრდა, ნდობის მოპოვება და რაკორდის დაყარება

მოტივაციური ინტერვიუს მნიშვნელობა, აღწერილობა და პრაქტიკული მაგალითები

მოტივაციური ინტერვიუ არის მიზანზე ორიენტირებული კომუნიკაციის სტილი, სადაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ცვლილებებზე საუბარს. ის შექმნილია პიროვნული ძლიერი მხარეების მოტივირებისთვის და ინდივიდის მიერ ცვლილების საკუთარი მიზეზების გამოვლენისთვის და გაძლიერებისთვის, რაც მიზნის მიღწევისთვის არის საჭირო (Miller & Rollnick, 2013, გვ. 29).

პირველად მოტივაციური ინტერვიუს ტექნიკა შეიქმნა და გამოიყენებოდა ალკოჰოლდამოკიდებულ პირებთან სამუშაოდ 1980-იან წლებში. ინტერვენციის ეს სახე დადასტურდა, როგორც მართივი და ეფექტური სხვა ინტერვენციებთან შედარებით. დღეს ამას არაერთი კვლევა ადასტურებს.

მოტივაციური ინტერვიუ წარმოადგენს პიროვნებაზე ორიენტირებულ მეთოდს, რომელიც ხელს უწყობს ცვლილებებს პიროვნული მახასიათებლების გამოვლენის და ამბივალენტურობის დაძლევის გზით. გარე მოტივატორების გამოყენების მაგივრად, მოტივაციური ინტერვიუში ყურადღება ექცევა ცვლილებებისთვის საჭირო შინაგან მოტივაციას. აქ აქცენტირებულია ემპათიურობა, ოპტიმიზმი და ბენეფიციარის ინდივიდუალური არჩევანის პატივისცემა (Bem, 1972). აქედან გამომდინარე, სპეციალისტი (რეჟიმის წარმომადგენელი, სოციალური მუშაკი თუ ფსიქოლოგი), რომელიც ბენეფიციარს ესაუბრება ცვლილებებით მიღებულ სარგებელზე, მეტად ეფექტურად აღწევს ცვლილებას, ვიდრე ის, რომელიც მსჯელობით ახალისებს და იცავს ამჟამინდელ (სტატუს-კვო) მდგომარეობას ბენეფიციარის ქცევაში.

უამრავი ადამიანისთვის ამბივალენტურობა, შერეული გრძნობების თანაარსებობა, ყოყმანი და ცვლილების საწინააღმდეგო არგუმენტების მოყვანა, თავად ცვლილების პროცესის ნორმალურ ნაწილს წარმოადგენს. მრავალ სპეციალისტს აქვს შერეული ემოციური დამოკიდებულებები სხვადასხვა საკითხებთან დაკავშირებით, როგორც არის ნივთიერებების ავადმომარების შეწყვეტა, სამსახურის შოვნა, თერაპიულ პროცესში ჩართვა და სხვადასხვა ტრენინგზე დასწრება. მოტივაციური ინტერვიუ ეფექტურად გამოიყენება იმ პირებთან, ვისგანაც მაღალია რეზისტენტულობა, უმოტივაციობა ან ვინც ცვლილების ადრეულ სტადიაზე იმყოფება.

მიუხედავად იმისა, რომ მოტივაციური ინტერვიუ გთავაზობს რამდენიმე ხელშესახებ სტრატეგიას, უმჯობესია მისი განხილვა ურთიერთობის ფორმად, რომელიც ეფუძნება შემდეგ ბაზისურ პრინციპებს:

- ▶ **ემპათიის გამოხატვა.** ემპათია გამოიხატება კარგი ურთიერთობის და პოზიტიური გარემოს შექმნაში. ეს არის სპეციალისტის მიერ ბენეფიციარის აზროვნების გაგების მცდელობა, მაშინაც კი, როცა ის არ ეთანხმება მის ხედვას. ასევე გულისხმობს ძალისხმევას გამოავლინოს მიზეზები და შესაძლო წინაღობა ცვლილებებთან მიმართებაში იმის ნაცვლად, რომ დაეყრდნოს აქამდე შეთავაზებულ დღის წესრიგს, როგორც ერთადერთ დარწმუნების სტრატეგიას.
- ▶ **უთანხმოების მიღება.** საკვებით ნორმალურია ცვლილებებზე ფიქრის დროს შერეული გრძნობების არსებობა. მიუხედავად ამისა, სპეციალისტი არ კამათობს ბენეფიციართან. როგორც ერთმა მწერალმა აღნიშნა, „არ ეკამათოთ და არ შეედავოთ ბენეფიციარს. დიდი ალბათობით, ამგვარი მსჯელობით ვერ შეცვლით მის მოსაზრებას. ეს მიდგომა რომ მუშაობდეს, იმუშავებდა აქამდე.“ (Berg, 1994) უთანხმოების მიღება ნიშნავს სხვა, ალტერნატიული გზების მოძიებას მაშინ, როცა ბენეფიციარი ცდილობს ეჭვქვეშ დააყენოს ცვლილებების საჭიროება.
- ▶ **შეუსაბამობის გააზრება.** შეუსაბამობა არის იმის განცდა, რომ ადამიანის ამჟამინდელი ქცევა არ შეესაბამება მის მიზნებს და ღირებულებებს. იმის მაგივრად, რომ ბენეფიციარს პირდაპირ, ღირეუქიულად უთხრათ, თუ რატომ არის ცვლილება საჭირო, ამ მიდგომით სპეციალისტი

ცდილობს კითხვების დასმის და მოსაზრებათა გაზიარების გზით დაეხმაროს ბენეფიციარს თავად აღმოაჩინოს მიზეზები ცვლილებებისთვის.

- ▶ **თვითფექტურობის მხარდაჭერა.** ადამიანი უმეტესად მიჰყვება და ირჩევს იმ ქვევას, რომელიც თავად გადაწყვიტა და სჯერა მისი განხორციელების შესაძლებლობის. ამასთან, სპეციალისტი ინარჩუნებს ოპტიმიზმს, ცდილობს ბენეფიციარს შეახსენოს მისი ძლიერი მხარეების და წარსული წარმატებების შესახებ და წახალისებს ყველა მცდელობას ცვლილებებისკენ.

პატივისცემის, ოპტიმიზმის და საკუთარი არჩევანის გაძლიერების ასპექტში მოტივაციური ინტერვიუ პრინციპულად განსხვავდება კონფრონტაციული მიდგომისგან. ის საკმაოდ ხშირად გამოიყენება სოციალური მუშაობისა და თერაპიული კონსულტირების დროს. მოტივაციური ინტერვიუ მოსმენას აქცევს განსაკუთრებულ ყურადღებას მაშინ, როდესაც სპეციალისტი ცდილობს გზების მოძებნას პოზიტიური საუბრის წარმართვისათვის.

თავდაპირველად, შესაძლოა, ზოგიერთმა სპეციალისტმა მოტივაციური ინტერვიუ აღიქვას, როგორც ნელი და პასიური პროცესი, განსაკუთრებით, ცვლილების დრამასა და პირდაპირ კონფრონტაციულ მიდგომებთან შედარებით. ამასთან, შიშობდეს, რომ მისი პასიური, ჩუმი მიდგომა შეიძლება ბენეფიციარის დაბალი მოტივაციის წახალისებად აღიქმებოდეს, მაგრამ, მრავალმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ეს მოსაზრება მცდარია. აქტიური კონფრონტაცია ბენეფიციარს უკან ხევს ცვლილების გზაზე. მოტივაციური ინტერვიუს პროცესში სპეციალისტის ინტერაქცია მიმართულია პოზიტიური ცვლილების განხორციელებისკენ. რადგან ადამიანები უმეტესად მათთვის პიროვნულად მნიშვნელოვან ცვლილებებს ახორციელებენ, სპეციალისტი ცდილობს, სწორედ მათზე ისაუბროს და გამოიყენოს შეკითხვები თუ რეფლექსიის სხვა სტრატეგიები მათი გაძლიერებისა და გააქტიურებისთვის.

სქემა 4.1. ქვევის ცვლილების ალბათობა	
სპეციალისტი საუბრობს ცვლილების მნიშვნელობაზე, ხოლო ბენეფიციარი თავს უკრავს	
ბენეფიციარი ფიქრობს, რატომ არის ცვლილება მნიშვნელოვანი პირადად მისთვის	
ბენეფიციარი საუბრობს, რატომ არის ცვლილება მნიშვნელოვანი პირადად მისთვის	
ბენეფიციარი ვერბალურად გამოხატავს ცვლილების გადაწყვეტილებას	
დაბალი	მაღალი

ქვევის ცვლილების ალბათობა

რა ბაზისური დაშვებები გამოიყენება მოტივაციური ინტერვიუს დროს?

ბენეფიციარის ბუნებასთან დაკავშირებით სპეციალისტის ხედვამ შესაძლოა განსაზღვროს, რამდენად შეძლებს ის მოტივაციური ინტერვიუს წარმართვას კონკრეტულ შემთხვევაში. არსებობს სამი ყველაზე გავრცელებული ხედვა ადამიანის მორალთან მიმართებით. პირველი ითვალისწინებს, რომ ყველა ადამიანი ფუნდამენტურად კარგია და ზიანის მომტანი ქვევის ჩადენა მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეუძლიათ, როცა მიზნის მიღწევა ვერ ხდება დასაშვები გზებით. მეორე შემთხვევაში მიიჩნევა, რომ ყველა ბენეფიციარი დაიბადა ცუდ პიროვნებად და ანთისოციალური ქვევა მათი ბუნების განუყოფელი ნაწილია. აღნიშნულმა ხედვამ შესაძლოა გამოიწვიოს აქტიური აგრესიული კონფრონტაცია, ბენეფიციარის პოზიტიური ძალისხმევის უგულვებლყოფა და მისი ქვევის ნეგატიური ინტერპრეტაცია. მესამე, ყველაზე დაბალანსებული ხედვა ითვალისწინებს, რომ ბენეფი-

ციარს (ბრალდებული, მსჯავრდებული თუ პრობაციონერი) სხვა ნებისმიერივეთ შეუძლია აკეთოს კარგი და ცუდიც, ანუ, ეს ორი შესაძლებლობა ყველა ადამიანშია (Ward and Brown, 2004). მოტივაციური ინტერვიუ ითვალისწინებს, რომ ყველა ბენეფიციარი იმსახურებს პატივისცემით მოპყრობას, რაც ბაზისურ ადამიანურ ღირებულებებს ეფუძნება. ეს უკანასკნელი თანხვედრაში მოდის ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებულ პერსპექტივასთან, რომლის მიხედვითაც ბენეფიციარს აქვს რიგი შესაძლებლობები, უნარი, რესურსი და ნიჭი. (Rapp, 1998; Saleebey, 1992). მიზანი სწორედ ამ რესურსების მაქსიმალური გამოყენებაა, რათა სისტემიდან გასვლის შემდგომ ბენეფიციარმა გაიუმჯობესოს ცხოვრების ხარისხი. სპეციალისტს შესაძლოა ჰქონდეს უკიდურესად ნეგატიური დამოკიდებულება ბენეფიციარის უკანონო ქცევების მიმართ, თუმცა, ამავდროულად ითვალისწინებდეს, რომ ყველა ადამიანი იმსახურებს მასში საუკეთესო ძალისხმევის ჩადებას.

როგორ მოქმედებს მოტივაციური ინტერვიუ ადამიანის ქცევის ცვლილებაზე?

კვლევებმა აჩვენა, რომ მოტივაციური ინტერვიუ ხელს უწყობს ცვლილებას სამი პირობის ხელშეწყობით (Amrhein *et al.*, 2003; Moyers and Martin, 2006; Moyers, Miller, and Hendrickson, 2005):

- ▶ ამცირებს რეზისტენტულობას
- ▶ ავითარებს შეუსაბამობას
- ▶ ხელს უწყობს ცვლილებებზე საუბარს

უთანხმოების შეფერვა

ხშირად სპეციალისტი მოტივაციას ბენეფიციარის ფიქსირებულ თვისებად მიიჩნევს. ამაზე დაყრდნობით ის თვლის, რომ მოტივაციის ამადლების საუკეთესო სტრატეგია არის კონფრონტაციული უარყოფა, რაციონალიზაცია და პირდაპირი გამართლება:

- ▶ შენ პრობლემა გაქვს
- ▶ შენ უნდა შეიცვალო
- ▶ შენ თუ კიდევ ჩაიღებ დანაშაულს ან იძალადებ, ისევ ციხეში მოხვდები; ეს გინდა?

სხვა შემთხვევაში სპეციალისტები თავს არიღებენ პირდაპირ და მძიმე მიდგომას და ირჩევენ შეთავაზების და ლოგიკური დარწმუნების გზას:

- ▶ ვერ ხედავ, შენი ქცევა როგორ აზიანებს ოჯახის წევრებს?
- ▶ რატომ უბრალოდ არ გააკეთებ...?
- ▶ აი, ასე უნდა მოიქცე ამ შემთხვევაში...

სამწუხაროდ, ორივე ზემოთ აღწერილი მიდგომის გამოყენების შემთხვევაში მიიღება ნეგატიური შედეგი, განსაკუთრებით, ჩარევის ადრულ ეტაპზე. გარეგანი ზეწოლის შემთხვევაში ტიპური რეაქცია არის ბენეფიციარის მიერ სტატუს-კვოს მდგომარეობის დაცვა.

ქვემოთ მოყვანილია სპეციალისტის კონფრონტაციული შეკითხვის და ბენეფიციარის დაცვითი რეაქციის მაგალითები.

სპეციალისტი: შენ პრობლემა გაქვს იმიტომ, რომ...

ბენეფიციარი: არა, არ მაქვს, რადგან...

სპეციალისტი: რატომ არ ცდილობ, რომ...

ბენეფიციარი: ეს მე არ გამომადგება, რადგან...

სპეციალისტი: თუ არ ცდი, ასეთ შემთხვევაში შენ...

ბენეფიციარი: ჩემმა მეგობარმა გააკეთა და ის...

ცხადია, სპეციალისტმა უნდა გაითვალისწინოს გარკვეული სანქციები, თუმცა, გრძელვადიანი ცვლილებებისთვის გაცილებით ხელსაყრელია სპეციალისტის და ბენეფიციარის მოსაზრებების კონფრონტაცია (შეუსაბამობა), ვიდრე უშუალოდ მათი კონფრონტაცია (იძულება). ეფექტურად

გამოიყენება ბენეფიციარის პირდაპირი რეფლექსია, და ასევე, მისი ნათქვამისა და პიროვნული პასუხისმგებლობებისთვის დიდი მნიშვნელობის მინიჭება.

შეუსაბამობის გააზრება

ბენეფიციართა ნაწილი სპეციალისტის სუპერვიზიას იღებს წინასწარ განჭვრეტის სტადიაზე, სადაც ისინი ვერ ხედავენ მიზეზს ცვლილებებისთვის, ნაწილი კი სუპერვიზიას ხვდება მომზადების და აქტიური ქმედების სტადიაზე, სადაც უკვე გაცნობიერებული აქვთ პრობლემის არსი და ცვლილების დასაწყებად მინიმალურ ჩარევას საჭიროებენ. სუპერვიზიის დროს შერეული გრძნობების არსებობა ნორმალური პროცესია და ცვლილების პროცესის ნაწილსაც კი წარმოადგენს.

ამბივალენტურობა მიჩნეულია, როგორც უარყოფის კლასიკური ფორმა, თუმცა, მოტივაციის გამოყენების მომხრე სპეციალისტისთვის ეს უკანასკნელი ოპტიმიზმის საფუძველსაც ქმნის. ასეთი სპეციალისტი ამბივალენტურობას მიიჩნევს, როგორც სიგნალს ცვლილებების ჰორიზონტზე. ადამიანი ფიქრობს ცვლილებებზე, ამბივალენტურობა შესაძლებელს ხდის ცვლილებას და ეს პოზიტიური ქცევის წინამორბედიცაა.

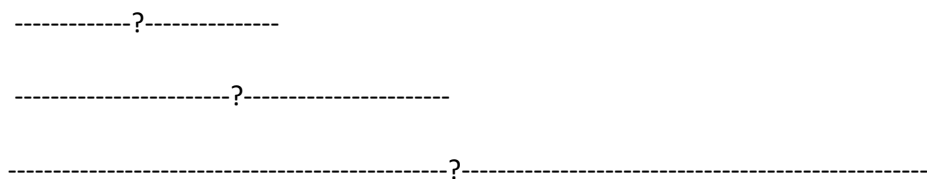
საუკეთესოა ის ინტერაქცია, სადაც ბენეფიციარი საკუთარ არგუმენტებს გამოთქვამს ცვლილებებისთვის. პირველ რიგში, სპეციალისტი ცდილობს პოზიტიური და კოლაბორაციული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. ასეთ ურთიერთობაში ბენეფიციარი თავს კომფორტულად გრძნობს ცვლილებებზე სასაუბროდ, ხოლო სპეციალისტი ამჩნევს აღნიშნული ცვლილებების მიმართ ამბივალენტურობას და განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს მას. ბენეფიციარის მიზნებსა და მის ამჟამინდელ ქცევას შორის აღმოჩენილი ნაპრალი ქმნის შეუსაბამობას. სწორედ ეს ნაპრალი ხდება იმის საწყისი, რომ ბენეფიციარმა ცვლილებისთვის საკუთარი მიზეზები იპოვოს.

შესაძლოა, ყველა იყოს მოტივირებული დამაზიანებელი ქცევითი პატერნის ჯანსაღი ქცევით შესაცვლელად, მაგრამ, ამის მისაღწევად აუცილებელია ამბივალენტურობის დაძლევა. ბენეფიციართა მხოლოდ მცირე ნაწილს არ აქვს ამბივალენტური დამოკიდებულება თავისი ამჟამინდელი ქცევის მიმართ. ბენეფიციართა უმრავლესობა კი სუპერვიზიის პროცესში ერთვება საკუთარი ქცევის მიმართ გარკვეული კრიტიკულობით (იგულისხმება კანონით გათვალისწინებული შედეგებიც). სად მიგვიყვანს შეუსაბამობის გააზრება, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ეფექტურად ამოიცნობს და როგორ გამოიყენებს მას სპეციალისტი ცვლილებაზე მიმართული საუბრის წარმოებაში.

ცვლილებაზე საუბარი

ადამიანებს შეუძლიათ საკუთარ თავზე ისაუბრონ ცვლილებების ფონზე და მათ გარეშე. ამასთან სპეციალისტს შეუძლია დახმარება იმ საუბრის ამოცნობაში, რომელიც ცვლილებებზეა მიმართული. საუბრისას სპეციალისტი სპეციფიკურ აქცენტებს სვამს ბენეფიციარის საუბარში და გავლენას ახდენს გამოსავალზე. ბენეფიციარი შეიძლება შემოვიდეს ცვლილებებისთვის მზადყოფნის გარკვეული დიაპაზონით, მაშინ, როცა სპეციალისტის ნათქვამმა შესაძლოა მიანიშნოს შესაძლო ადგილის მოტივაციურ კონტინუუმზე.

სქემა 4.2 გიჩვენებთ მოძრაობას მოტივაციურ კონტინუუმზე



1.....10

არ არის მზად	არ არის დარწმუნებული	ნამდვილად მზადაა
--------------	----------------------	------------------

ქცევითი ცვლილებების პრედიქტორების განსაზღვრისთვის ლინგვისტიკმა შეისწავლეს მოტივაციური ინტერვიუს სასაუბრო ენა - სიტყვები, რომლებიც გამოიყენება ბენეფიციარსა და სპეციალისტს შორის. შედეგად, გამოიყო 5 კატეგორია: სურვილი, უნარი, მიზეზი, საჭიროება და ვალდებულების ენა (ლიტერატურაში გვხვდება შემდეგი აკრონიმით DARN-C¹¹)

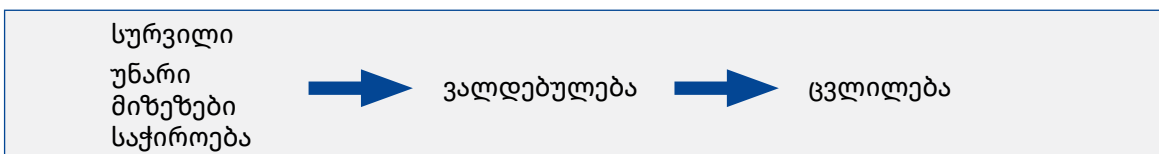
- ▶ **სურვილი.** ის გამომხატავს რაიმეს მიღწევის ან წარმატების სურვილს „მინდა შემეძლოს სუპერვიზიის დატოვება“, „მსურს სამსახური ვიშოვო“.
- ▶ **უნარი.** უნარი წარმოადგენს საუბარს თვითშეფასებაზე/თვითრწმენაზე „შემიძლია მოწვევას თავი დავანებო“, „მჯერა, რომ შემიძლია მეუღლესთან (ოჯახის წევრთან, პარტნიორთან) ურთიერთობის აღდგენა; ეს აქამდეც გამიკეთებია და ახლაც შევძლებ“.
- ▶ **მიზეზები.** მიზეზი მოიცავს ხელშესახებ სტიმულს, მოტივს ან ცვლილების რაციონალურ დასაბუთებას. მაგალითად, მიზეზი შეიძლება ფოკუსირდეს იმაზე, თუ რა დადებით შედეგებს მოიტანს ქცევის ცვლილება და როგორ გააუარესებს მდგომარეობას ქცევის უცვლელად გაგრძელება.
„სხვა თუ არაფერი, სამსახურის პოვნის შემთხვევაში ჩემი ოჯახის წევრები ჩემს შეურაცხყოფას მაინც შეეშვებიან“, „მარიხუანას მოწვევა ჩემი ფილტვების დაავადებას ნამდვილად აძლიერებს“.
- ▶ **საჭიროება.** შესაძლოა, თავდაპირველად, საჭიროება მიზეზებს გადაფარავდეს (მოიცავდეს), თუმცა, გარკვეული პერიოდის შემდგომ საჭიროება მეტ ემოციას შეიცავს: „მე აუცილებლად... მე უნდა“. საჭიროება სცილდება ლოგიკურ მიზეზებს. თუ მიზეზის დროს გამოიყენება „მე უნდა“, საჭიროების დროს ბენეფიციარი ამბობს - „მე აუცილებლად უნდა“.
- ▶ **ვალდებულება.** ვალდებულება გამომხატავს მზადყოფნას ან თანხმობას ცვლილებისათვის „განაცხადი სამუშაოსთვის? დიან მე ამას გავაკეთებ“.

აღნიშნული მოდელი მეტად ფოკუსირებულია საუბრის ხარისხის და მეტყველების იმ ენის გაძლიერებაზე, რომელიც წარმატების პრედიქტორების განმსაზღვრელია.

პირველ ოთხ პუნქტზე საუბარი ადამიანებს უბიძგებდა ცვლილებებისკენ, მაშინ, როცა ვალდებულებას მოჰქონდა შეთანხმება.

სქემა 4.3 გვიჩვენებს საუბრის მიმდინარეობის მონახაზს, რომელიც ყველაზე მეტად მიანიშნებს ცვლილებების მოხდენაზე. საუბარს სურვილზე, უნარზე, მიზეზსა და საჭიროებაზე მიყვავართ ვალდებულებაზე საუბართან, რომელიც, საბოლოოდ, ცვლის ქცევას. განაცხადი „მე შევეცდები“ არის გაცილებით სუსტი „მე ამას გავაკეთებ“-თან შედარებით, რომელიც გამოკვეთს ვალდებულების სიძლიერეს.

სქემა 4.3. ცვლილებაზე მიმართული საუბრის მონახაზი



გამოვყოთ საუბრის წარმოების სამი ძირითადი პრინციპი, რასაც ცვლილებამდე მიყვავართ:

1. **რადგან ბენეფიციარის საუბარი ცვლილების პრედიქტორია, აუცილებელია, სპეციალისტმა წაახალისოს და გაამხნოს ბენეფიციარი იმაზე სალაპარაკოდ, თუ რატომ და რისთვის უნდა მას საკუთარი ქცევის შეცვლა.** იდეალურ შემთხვევაში, სპეციალისტი ლაპარაკობს მხოლოდ იმდენს, რამდენიც საჭიროა პოზიტიური მიმართულების შენარჩუნებისთვის. სწორედ ბენეფიციარის საუბარი არის კარგი პრედიქტორი მოგვიანებითი ცვლილებებისთვის.
2. **სპეციალისტი არ უნდა ედავოს ბენეფიციარს.** აგრესიული დარწმუნება და კონფრონტაცია ბენეფიციარს მეტად რეზისტენტულს ხდის და DARN-C საუბრის ეფექტურობას აქვეითებს. თუ

11 DARN-C: Desire, Ability, Reasons, Need, Commitment

პირდაპირი დაპირისპირება მოხდება, მეტად სავარაუდოა, რომ ბენეფიციარმა აქტიურად დაიცვას თავისი ამჟამინდელი ქცევა და პოზიცია.

3. **სპეციალისტმა უნდა დასვას შესაბამისი კითხვები სასურველი საუბრის გამოსაწვევად.** ბენეფიციარი საუბრობს თავის ინტერესებზე და მოტივაციაზე, ხოლო სპეციალისტი ცდილობს არ გამოორჩეს მოტივატორები, რათა გამოიყენოს საუბრის უკეთესი მიმართულებით წარმართვისათვის.

მოტივაციური ინტერვიუ წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკას და მიჩნეულია ერთ-ერთ საუკეთესო მეთოდად ცვლილებების ინტერაქციისათვის. ნაკლებად დადასტურებული და განსაზღვრულია, თუ კონკრეტულად რა ტიპის ბენეფიციარებისთვის არის მისი გამოყენება ყველაზე ეფექტური. სანდო მონაცემებია დაგროვილი იმის შესახებ, რომ ის წარმატებით გამოიყენება ისეთი მძიმე ფსიქიკური აშლილობის დროს, როგორც არის შიზოფრენია და დეპრესია, ასევე, იმ პირებთან, ვისაც დისოციალური (ანტისოციალური) ქცევა აქვთ ან შედარებით დაბალი კოგნიტური ფუნქციონირება ახასიათებთ (Hettinga, Steele, and Miller, 2005; Project MATCH Research Group, 1998; Rubak *et al.*, 2005). სხვადასხვა კვლევა ადასტურებს მოტივაციური ინტერვიუს წარმატებით გამოყენებას ალკოჰოლსა და სხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პირთა მკურნალობის პროცესში - განსაკუთრებით, საწყის ეტაპზე, სადაც მთავარ მიზანს მოტივაციის გაზრდა წარმოადგენს. გვიან სტადიებზე მიზანი არაა მოტივაციის ზრდა, არამედ ძალისხმევის ჩაღებისთვის გამხნეება და წახალისება. აღმოჩნდა, რომ რაც უფრო მაღალია ბენეფიციარის რეზისტენტულობა, მით უფრო მაღალია მოტივაციური ინტერვიუს ეფექტურობა სხვა მეთოდებთან შედარებით. ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოტივაციური ინტერვიუ წლებია ფართოდ გამოიყენება დახურულ პენიტენციურ დაწესებულებებში და პრობაციის სამსახურების მიერ. სხვადასხვა კვლევით ნაჩვენებია მისი გამოყენებით მიღებული დადებითი შედეგები ისეთ სფეროებში, როგორცაა: სამსახურის პოვნა, ადიქციის მკურნალობა, ოჯახის წევრებთან პოზიტიური ურთიერთობის ჩამოყალიბება (Ginsburg *et al.*, 2002; Harper and Hardy, 2000; Vivian-Byrne, 2004). მოტივაციური ინტერვიუ რეკომენდებულია მოზარდებთან და ახალგაზრდებთან სამუშაოდ რესოციალიზაციის გაზრდის, ადიქციური და დელინქენტური ქცევის შემცირების, და სახიფათო სექსუალური ქცევის შემცირებისა და პრევენციის მიზნით (Berk, Berk, and Castle, 2004; Easton, Swan, and Sinha, 2000; Mann and Rollnick, 1996; Marques *et al.*, 1999).

მოტივაციის ჩამოყალიბებისა და მისი შენარჩუნებისთვის ერთ-ერთ მთავარ წინაღობას ბენეფიციართა დაბალი ინტელექტუალური და კოგნიტური უნარები წარმოადგენს. ცხადია, რომ მოტივაციური ინტერვიუ საჭიროებს გარკვეული ვერბალური და აზროვნებითი ფუნქციების განვითარების დონეს. მიუხედავად ამისა, მისი გამოყენება ასევე შესაძლებელია თანდართული ფსიქიატრიული მდგომარეობების შემთხვევაშიც - მაშინ, როცა დაბალია კოგნიტური ფუნქციონირება. თუმცა, ასეთ შემთხვევაში საჭიროა მოდიფიცირება, რაც გულისხმობს შეკითხვების და სტრუქტურის გამარტივებას, რეფლექსიური მოსმენის უნარების დახვეწას, დადასტურების ხშირ გამოყენებას და ფსიქიატრიული საკითხების ინტეგრირებას.

ნდობის მოპოვება და რაკორტის დაყარების ნიუანსები

იმისათვის, რომ ნებისმიერი ინტერვენცია გარკვეულწილად დადებითი შედეგით დასრულდეს, მნიშვნელოვანია, მსჯავრდებულთან ან პრობაციონერთან ურთიერთობისას მათი ნდობის მოპოვება, და ურთიერთშეთანხმებული და პასუხისმგებლობიანი კომუნიკაციის ჩამოყალიბება. მოზარდები და ახალგაზრდები, რომლებიც იმყოფებიან პენიტენციურ დაწესებულებასა და პრობაციონერებში, მუდმივად განიცდიან უნდობლობის და საფრთხის შეგრძნებას. ეს, ერთი მხრივ, შესაძლოა მათი წარსული ტრავმული გამოცდილებებიდან მომდინარეობდეს, ხოლო მეორე მხრივ, იმ დამოკიდებულებებით იყოს გამყარებული, რაც საზოგადოებიდან, მათ შორის, ამ სისტემებში მომუშავე პირებისგან მომდინარეობს.

საუბარი ცვლილებებზე ან/და მათი განხორციელება პიროვნების ქცევაში პრაქტიკულად შეუძლებელი იქნება იმ რწმენის გარეშე, რომ მას ამის შესაძლებლობა და სურვილი აქვს. აღნიშნულ თავში განვიხილავთ იმ ტექნიკებს, რომლებიც ეფექტურად გამოიყენება ბენეფიციართან კომუნიკაციის პროცესში და მიმართულია ცვლილებების განხორციელებისკენ.

ძველი გამონათქვამი „თქვენ ვერ შეძლებთ პიროვნების შეცვლას თუ მას ეს არ სურს“, მხოლოდ

ნაწილობრივ არის მართებული. პრაქტიკაში კი სპეციალისტებს ბევრი რამ შეუძლიათ გააკეთონ იმისთვის, რომ ბენეფიციარმა იპოვოს სამსახური, შეცვალოს ქაოსური ოჯახური ცხოვრების სტილი ან თავი დაანებოს ნივთიერებების ავადმომხარებას. კომუნიკაციის ხელოვნება სწორედ იმაშია, რომ ადამიანს ამ სფეროებში ცვლილება მოანდომო. ხშირად სპეციალისტს სურს პირდაპირ გადავიდეს პრობლემის მოგვარების საკითხზე, მაგრამ შეიძლება ამ დროს მხედველობის მიღმა დარჩეს ის მთავარი, რაც ცვლილებებისთვის მომზადებას მოიცავს.

რეკომენდებულია 4 ძირითადი კომუნიკაციის ტექნიკა (ლიტერატურაში შესაძლოა შეგხვდეთ OARS¹² დასახელებით, რაც მოიცავს ღია კითხვებს, დადასტურებას, რეფლექსიას და შეჯამებას), რომელიც ეხმარება სპეციალისტს ცვლილებების მზადების პროცესში. განვიხილოთ თითოეული მათგანი შესაბამისი მაგალითებით.

ღია კითხვების გამოყენება

დახურული კითხვები მიმართულია „კი“ ან „არა“ პასუხის მიღებისკენ, ხოლო ღია კითხვები მოითხოვს მეტად ვრცელ და დაზუსტებულ პასუხებს. შეიძლება, ინტერვიუს დროს ორივე სახის შეკითხვა იყოს სასარგებლო - ეს დამოკიდებულია თავად შეკითხვის მიზანზე. მაგალითად, დახურული შეკითხვა შესაძლოა გამოვიყენოთ ინფორმაციის შეგროვების ან დოკუმენტის შევსების მიზნით:

- ▶ გქონდათ რამე სახის კონტაქტი დაზარალებულთან?
- ▶ ამჟამად ანგარიშსწორება ხომ არ გაქვთ ერთმანეთში?
- ▶ საცხოვრებელი ადგილი ხომ არ შეიცვალეთ?

ბენეფიციართან ურთიერთობისას სპეციალისტს ლიმიტირებული დრო აქვს. ამდენად, მას ხშირად უწევს სწრაფად გაიაროს ინტერვიუს გარკვეული ნაწილი; თუმცა, თუ შეკითხვის მიზანი არის დეტალური ინფორმაციის შეგროვება ან ბენეფიციარის წახალისება შეკითხვაზე პასუხის მოსაფიქრებლად, ასეთ შემთხვევაში უპრიანია ღია კითხვების გამოყენება.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი გიჩვენებთ ღია კითხვების უპირატესობას დახურულთან შედარებით.

ცხრილი 4.1. ღია და დახურული ტიპის კითხვების მაგალითები	
დახურული კითხვები	ღია კითხვები
როგორ ფიქრობთ, გაქვთ ალკოჰოლის მოხმარებასთან პრობლემები?	რა პრობლემები გამოიწვია თქვენ მიერ ალკოჰოლის მოხმარებამ?
თქვენთვის მნიშვნელოვანია, რომ ჩვენი სუპერვიზია წარმატებით დასრულდეს?	რა მნიშვნელობა აქვს თქვენთვის სუპერვიზიის წარმატებით დასრულებას?
რამეს დაამატებთ?	კიდევ რას დაამატებთ?

დახურული კითხვები ნაკლებად ეფექტურია დეტალური ინფორმაციის შესაკრებად, რადგან ისინი მეტწილად ადასტურებენ ან უარყოფენ ინტერვიუერის მოსაზრებას. ამა თუ იმ საკითხზე ისინი უფრო სპეციალისტის მოსაზრებას ანიჭებენ მნიშვნელობას, რომელსაც ადასტურებს ან უარყოფს ბენეფიციარი - მას არ ეძლევა საშუალებას იფიქროს თავად შეკითხვაზე, მაშინ, როცა ღია კითხვა მოითხოვს მეტად ხანგრძლივ და ფართოდ განხილულ უკუკავშირს.

ცხრილში მოყვანილი ბოლო შეკითხვის მაგალითზე - „რამეს დაამატებთ?“ და „კიდევ რას დაამატებთ?“ - ჩანს, სიტყვათა მცირე ცვლილებამაც კი როგორ დრამატულად შეცვალა უკუკავშირის ხარისხი. მაშინ, როცა პირველ შემთხვევაში პასუხის ვარიანტი არის „კი“ ან „არა“, მეორე შემთხვევაში ბენეფიციარს ეძლევა მეტად დაფიქრებული და დეტალური პასუხის დაბრუნების საშუალება.

ღია კითხვები ეფექტურად გამოიყენება შეფასების ნაწილში. შემდეგი დიალოგი ასახავს ღია კითხვების გამოყენების გზით დასაქმების ისტორიის შეგროვების მაგალითს.

სპეციალისტი: მომიყვი ცოტაოდენი შენი წარსული საქმიანობის/სამუშაოს შესახებ (ღია კითხვა)

ბენეფიციარი: მე დავასრულე სკოლა და ვმუშაობდი პროფილაქტიკაში, სხვადასხვა დავალებებზე

12 OARS - Open questioning, Affirming, Reflecting and Summarizing

ს: რამდენ ხანს იმუშავებ? (დახურული შეკითხვა)

ბ: დაახლოებით, 2 წელი

ს: სხვა რა უნარები გაქვთ ან რა საქმე გეხერხებათ? (ღია შეკითხვა)

ბ: ელექტრობა მაინტერესებდა და ჩხირკედლაობა მიყვარდა. მეზობლები ხშირად მეძახდნენ, როცა რამე გაუფუჭდებოდათ. სახლშიც მე ვაგვარებდი მსგავს პრობლემებს

ს: ძალიან კარგი, ეს შესაძლებელია სამომავლოდაც გამოიყენოთ. სხვა კიდევ რა გიკეთებიათ? (ღია კითხვა)

ბ: პატარაობისას სპორტი მიყვარდა, მაგრამ ამით ახლა ვერ დავსაქმდები

ს: შეიძლება ამის ბოლო ვარიანტად განხილვა. თუმცა, როგორ ფიქრობთ რა უნდა გააკეთოთ იმისთვის, რომ იპოვოთ თქვენთვის სასურველი საქმიანობა და სამსახური? (რეფლექსია; ღია კითხვა)

ბ: ალბათ, პირველ რიგში, ნარკოტიკები უნდა ჩავაბარო წარმატებით

ს: ანუ, თუ თქვენ მომხმარებელი არ იქნებით, ეს საქმეს გაგიმარტივებთ. კიდევ რისი გაკეთება შეგიძლიათ, დამსაქმებლისთვის მეტად მოთხოვნადი რომ იყოთ? (რეფლექსია; ღია შეკითხვა)

აღნიშნული მაგალითი გვიჩვენებს, რომ გარდა პროფესიული ან საქმიანობისთვის საჭირო უნარ-ჩვევების ინფორმაციის შეგროვებისა, სპეციალისტი რთავს შეკითხვებს, რომელიც ბენეფიციარს დაეხმარება პოტენციური გამოსავლის პოვნაში.

შემდეგი სახის ღია კითხვები სპეციალისტს აძლევს საუბრის გავრცობის საშუალებას:

- ▶ მომიყევით თქვენ მიერ ნივთიერებების ავადმონხმარების შესახებ
- ▶ რას ნიშნავს ეს თქვენთვის?
- ▶ როგორი იყო თქვენი ცხოვრება, სანამ დაიწყებდით ალკოჰოლის ავადმონხმარებას?
- ▶ როგორ გსურთ ჩვენი სუპერვიზიის პროცესის დასრულება? სად გინდათ იმ დროისთვის იყოთ?
- ▶ სხვა რა აზრი გაქვთ? რამ შეიძლება დადებითად იმოქმედოს თქვენზე?

ღია კითხვების გამოყენების კიდევ ერთი უპირატესობა - ადამიანს ეძლევა საშუალება დაფიქრდეს იმაზე, რასაც ამბობს.

მომდევნო დიალოგის მაგალითი გვიჩვენებს, თუ როგორ იყენებს დახურულ კითხვებს სპეციალისტი ბენეფიციართან, რომლის მოტივირებასაც ცდილობს დამოკიდებულების მოსახსნელი მკურნალობის კურსის გასაძლელად. სპეციალისტი ცდილობს ბენეფიციარის ცნობიერების ამაღლებას და ცვლილებების ინტერესის აღძვრას, თუმცა, მსგავსი ფრაზების გამოყენება ბენეფიციარს დაცვით პოზიციაში აყენებს.

სპეციალისტი: არ ფიქრობთ, რომ ნარკოტიკების მოხმარება თქვენთვის პრობლემაა?

ბენეფიციარი: არც ისე - როცა მოვიხმარდი ყველასთან ერთად და მცირე დროით, არ მგონია, რომ ამით რამე გაუფუჭდა.

ს: და რას იტყვით თქვენს ოჯახზე, არ ფიქრობთ, რომ მოხმარებამ მათზე ნეგატიური გავლენა იქონია?

ბ: არა, მათ წინაშე ამას არ ვაკეთებდი

ს: შეიძლება ოჯახის წევრების და ბავშვების წინაშე არ აკეთებდით ამას; თუმცა, არ ფიქრობთ, რომ ამით მათ მაინც რისკის ქვეშ აყენებდით? როგორ იზრუნებდით ოჯახის წევრებზე არაფხიზელ მდგომარეობაში?

ბ: არა, არ ვაყენებდი. როცა მოვიხმარდი, ყოველთვის იყო სახლში ვიღაც, ვინც ბავშვებზე იზრუნებდა ან მოხუცს მიხედავდა.

ეს დიალოგი წყდება, რადგან ბენეფიციარი ხვდება, რომ ამ კითხვებით სპეციალისტი ცდილობს ის აცდუნოს სამკურნალო პროგრამაში ჩართვაზე. ბენეფიციარი ყოველ შეკითხვას თავის გამა-

რთლებით უპასუხებს სპეციალისტის ლოგიკური ზეწოლისგან თავდაცვის მიზნით. ბენეფიციარი იმაზე უფრო არის ორიენტირებული, თუ როგორ შეეწინააღმდეგოს სპეციალისტის აზრს, ვიდრე გაარკვიოს სინამდვილეში რას გამოხატავს მისივე პასუხები.

მეორე მხრივ, ღია შეკითხვები ეფექტურად გამოიყენება ცვლილების მოტივაციის ზრდისთვის, განსაკუთრებით, შინაგანი მოტივაციისთვის. ქვემოთ მოყვანილია რამდენიმე მაგალითი.

- ▶ რას ფიქრობთ (ფიქრობენ თქვენი ოჯახის წევრები, შეყვარებული) თქვენი ალკოჰოლდამოკიდებულების შესახებ?
- ▶ რა სირთულებები მოგიტანათ ამან?
- ▶ რა მოხდება სასარგებლო, თუკი კიდევ ერთხელ დაარწმუნებთ ყველას, რომ თქვენ თავი დაანებეთ ალკოჰოლის მიღებას?
- ▶ თუკი წარმატებით დაასრულებთ ადიქციის მკურნალობის პრობლემას, როგორ ფიქრობთ, რა წარმატებას მოგიტანთ ეს თქვენ?

მსგავსი შეკითხვები ბენეფიციარს აძლევს საშუალებას დაინახოს, თუ რა სირთულებები მოაქვს მის ამჟამინდელ ქცევას და რა სარგებლის მომტანი იქნება ქცევის ცვლილება მისთვის. ეს ეხმარება წონასწორობის გადახრას მოქმედებისკენ და ეფექტურია მოქმედების გეგმის ჩამოყალიბებისთვისაც.

- ▶ არსებობს რამდენიმე ვარიანტი, რაც შეიძლება გამოგადგეთ (შესთავაზეთ ვარიანტების მოკლე სია). რომლის განხორციელებას შეეცდებით?
- ▶ რაზე გსურთ მუშაობა პირველ რიგში?
- ▶ ვინ დაგეხმარებათ ან ვინ გსურთ რომ დაგეხმაროთ?
- ▶ რა გამოგადგათ წარსულში ამის განხორციელებისთვის?

ცხადია ეს შეკითხვები არ წარმოადგენს უნივერსალურ და აუცილებლად წარმატების შედეგის მქონე გამოსავალს, რადგან ნებისმიერ შემთხვევაში შესაძლოა ბენეფიციარმა უარი თქვას პასუხზე და გამოავლინოს ნეგატივიზმი; თუმცა, ეს შეკითხვები მაინც ზრდის იმის შესაძლებლობას, რომ ადამიანი მეტად დაფიქრდეს და უფრო პროდუქტიულად ისაუბროს.

მომდევნო მაგალითი გვიჩვენებს, თუ რამდენად ეფექტურია ღია კითხვების გამოყენება დახურულთან შედარებით იმისთვის, რომ სპეციალისტმა ბენეფიციარი მეტად დააინტერესოს ადიქციის მკურნალობის კურსის გასავლელად.

სპეციალისტი: რა ზიანი შეიძლება გამოეწვიოს თქვენ მიერ ნარკოტიკების მოხმარებას თქვენი შვილებისთვის/ოჯახისთვის?

ბენეფიციარი: არ ვფიქრობ, რომ ამით მათ ზიანი მიადგა, რადგან მოხმარების დროს მათთან ერთად არ ვიყავი

ს: თქვენ ფრთხილობთ, რადგან არ გსურთ მათ რამე ზიანი მიადგეს (რეფლექსია, დადასტურება)

ბ: დიან ასეა, მე არ მინდა მათ იგივე გაიარონ, რაც მე ბავშვობაში

ს: თქვენ რა გამოცდილება გაქვთ ბავშვობაში? (ღია შეკითხვა)

ბ: დედას არასდროს ეცალა ჩვენთვის, მამა კი ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებზე დამოკიდებული იყო

ს: ... და თქვენ გსურთ უკეთესი ცხოვრება თქვენი შვილისთვის/ოჯახისთვის (რეფლექსია)

ბ: დიან, მართალი ხართ

ს: რისი გეგმიათ, რა საფრთხე შეიძლება თქვენს შვილს/ოჯახს შეუქმნათ? ვგულისხმობ, ყველაზე მეტად რაზე ღელავთ? (ღია შეკითხვა)

ბ: როცა ჩემი ძმაცალები მოდიოდნენ, ხშირად მიბიძგებდნენ ნარკოტიკის მოხმარებისკენ. შეიძლებოდა მე უარი მეთქვა, მაგრამ ისინი მოიხმარდნენ და არ ანაღვლებდათ, ამ დროს ჩემი ოჯახის წევრები იქ იყვნენ თუ არა. ეს კარგის მომტანი არ არის

ს: რატომ?

ბ: ხმაური იყო და შესაძლოა კამათი ყოფილიყო და ვინმეს პოლიციაც გამოეძახა

ს: თქვენ გსურთ თქვენი შვილისთვის უკეთესი მომავალი და ფიქრობთ, რომ ეს სიტუაცია მისთვის სტრესული და დამაზიანებელი იქნება (რეფლექსია).

ამ შემთხვევაში სპეციალისტი იყენებს ღია კითხვებს, რათა დააფიქროს ბენეფიციარი, თუ რა ზიანი შეიძლება მოუტანოს მის მიერ ნარკოტიკების მოხმარებამ მის შვილს და ოჯახს. მიუხედავად იმისა, რომ ბენეფიციარი ჯერ არ თანხმდება ადიქციის სამკურნალო პროგრამაში ჩართვას, ეს საუბარი ნამდვილად პროდუქტიულია. ბენეფიციარი აწვდის ინფორმაციას სპეციალისტს იმის შესახებ, თუ რა არის მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი (უსაფრთხო გარემო შვილისა და ოჯახისთვის), რა შეიძლება იყოს რისკის შემცველი (ძმაკაცების მოსვლა) და მოსაზრებებს ცვლილებებთან დაკავშირებით. აქედან გამომდინარე, სპეციალისტმა შეიძლება ჰკითხოს იმ სარგებლის შესახებ, რაც შესაძლოა მკურნალობის პროგრამას ჰქონდეს, ან თუნდაც დატოვოს ეს საკითხი შემდეგ ვიზიტზე განსახილველად. მთავარია, შეხვედრა სრულდება იმ შედეგით, რომ აღნიშნული საკითხი დასაფიქრებელია. ღია კითხვებისა და დადებითი უკუკავშირის გამოყენებით საუბარი ღია რჩება და ტოვებს პოტენციალს სამომავლო გაგრძელებისთვის. ამასთან, გამოვლინდა რამდენიმე მნიშვნელოვანი მოტივატორი, რომელიც შესაძლოა შემდეგში წარმატებით გამოიყენოს სპეციალისტმა.

პოზიტიური საუბრისა და ქვევის დადასტურება/წახალისება

ხშირ შემთხვევაში, ადამიანები ხმამაღლა აკრიტიკებენ იმას, რაც არ მოსწონთ, თუმცა, ჩუმად არიან მათთვის მისაღები ან მოსაწონი ქცევისა თუ საუბრის მოსმენის დროს. ხშირად პენიტენციური და პრობაციის სისტემის წარმომადგენლები თავს არიდებენ მსჯავრდებულთა და პრობაციონერთა შექებას, რადგან მიაჩნიათ, რომ არ უნდა დააჯილდოონ ისინი იმ ქცევისთვის, რაც ისედაც მოეთხოვებათ. რიგ შემთხვევაში შექებისგან თავის შეკავების მიზნით ბენეფიციართა მიმართ უნდობლობაა, მათგან შესაძლო ტყუილის გამო. თუ სპეციალისტს სჯერა, რომ ბენეფიციარს ქცევის ცვლილებაში ეხმარება, მაშინ წახალისება და, განსაკუთრებით, ვერბალური აღიარება, ურთიერთობის აუცილებელი ნაწილი უნდა იყოს. პოზიტიური განცხადებები აყალიბებს ჯანსაღ ურთიერთობას (რაპორტს), იძლევა უკუკავშირს და ზრდის ქცევის პოზიტიური ცვლილების ალბათობას.

ერთი სახის დადასტურება განამტკიცებს და აძლიერებს იმას, რაც ბენეფიციარმა უკვე გააკეთა ან სამომავლოდ აპირებს, რომ გააკეთოს:

- ▶ გმადლობთ, რომ დროულად მოხრძანდით, ასე შემოიძლია გეგმას სწორად მივყვებ
- ▶ თქვენ საკმაოდ კარგად უმკლავდებით თქვენზე დაკისრებულ მოთხოვნას
- ▶ მადლობა ამის გაზიარებისთვის
- ▶ ჩემთვის ნათელია, რომ ამაზე საკმაოდ ბევრი იფიქრეთ
- ▶ როგორც ჩანს, ეს ნამდვილად გამოგადგებათ

სხვა სახის დადასტურება ყურადღებას ამახვილებს მოსაწონ და საინტერესო ინფორმაციაზე ბენეფიციარის შესახებ:

- ▶ თქვენ ძალიან ზრუნავთ თქვენს შვილზე/ოჯახზე და გსურთ მათი უსაფრთხოება
- ▶ თქვენი მზაობა მძიმე შეკითხვებზე პასუხის გასაცემად მიუთითებს იმაზე, რომ ამ საკითხზე საკმაოდ ბევრი გიფიქრიათ
- ▶ თქვენ იმ ადამიანთა კატეგორიას მიეკუთვნებით, რომლებიც საუბრობენ იმაზე, რაც აწუხებთ; ეს კი ნამდვილად ძლიერი მხარეა
- ▶ თქვენ ლიდერის ბევრი თვისება გაქვთ. ცხადია, ადამიანებს სჯერათ თქვენი

ფსიქოლოგთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ ოპტიმალურია დადასტურების მკაცრად განსაზღვრული რაოდენობის გამოყენება და ისიც მხოლოდ კრიტიკულად მნიშვნელოვან მომენტში. სხვა ნაწილი კი უფექტურად თვლის პოზიტიური უკუკავშირის/დადასტურების გამოყენებას ყველა შესაძლო შემთხვევაში და იმდენჯერ, რამდენჯერაც ამის შესაძლებლობა იქნება საუბრის დროს.

არსებობს კიდევ ერთი სტრატეგია, რომელიც „წარმატების დაბრალებას“ მოიცავს და ამ დროს სპეციალისტი ნაცვლად წარუმატებელ მცდელობებზე თუ აქტივობაზე ყურადღების გამახვილებისა, ცდილობს საუბრისას პირადი წარმატებების გამორჩევას და მათ აღნიშვნას.

ამის მაგალითად შესაძლოა შემდეგი შეკითხვები გამოვიყენოთ:

- ▶ ამას როგორ მიაღწიეთ?
- ▶ როგორ მიხვდით, რომ ეს იმუშავებდა?
- ▶ თქვენ იცნობთ ბევრ ადამიანს, რომელმაც მცდელობის მიუხედავად ეს ვერ შეძლო. თქვენ იპოვეთ გზა და შეძელით. თავი დააღწიეთ მოხმარებას და შეცვალეთ ურთიერთობის წრე. როგორ შეძელით ეს ყველაფერი?

ძალზე მნიშვნელოვანია სპეციალისტებმა სისტემის სხვა წარმომადგენლებთან ერთად შეიმუშაონ ნათელი და გაწერილი „დაჯილდოების“ სისტემა. აღნიშნული მოიცავს პატიმართა ან პრობაციონერთა პოზიტიური ქცევის წახალისებას და ზრდის მოტივაციას ქცევის ცვლილებისათვის. გარდა ვერბალური წახალისებისა, აუცილებელია ჯილდოს შეთავაზებაც, რაც გაზრდის პოზიტიური ქცევის გამოჩენის და შენარჩუნების ალბათობას.

გამოხატეთ რეფლექსია (უკუკავშირი) დანახულსა და მოსმენილზე

ახალბედა სპეციალისტები ხშირად ვერ აფასებენ სწორად უკუკავშირის მნიშვნელობას და ძალას. რეფლექსიას აქვს უნარი განაიარაღოს, დაამტკიცოს/დაადასტუროს და გზა გაუკვალოს ბენეფიციარს. სწორედ ამ მიზეზების გამო ხშირად რეფლექსია გამოიყენება მოლაპარაკებების, კონსულტირების და გაყიდვების ტექნიკაში, როგორც ბაზისური ელემენტი. რეფლექსია შედგება ვარაუდებისგან, თუ რა თქვა და იგულისხმა ბენეფიციარმა. ის არ ნიშნავს თანხმობას ბენეფიციარის მოსაზრებაზე. რეფლექსიის დროს ხშირად გამოიყენება ციტირება ან პერიფრაზირება, ემოციათა შეჯამება ან შერეულ ემოციებზე ყურადღების გამახვილება.

ორი ბაზისური პრინციპი განსაზღვრავს რეფლექსიის ხარისხს:

1. **მოკლე წინადადებების გამოყენება.** აღნიშნეთ მხოლოდ ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილი ბენეფიციარის საუბარში. მოერიდეთ ფრაზების გამოყენებას, რომელიც იწყება: „როგორც მესმის, თქვენ ამას ამბობთ...“ ან „თქვენ გინდოდათ გეთქვათ, რომ...“ თუ ბენეფიციარი გაბრაზებულია, უბრალოდ უთხარით „ამან გაგაბრაზათ“ ან „თქვენ ბრაზობთ“. საუკეთესო რეფლექსიის მაგალითები მხოლოდ ერთ- ან ორსიტყვიანი წინადადებისგან შედგება.
2. **წინადადების გავრცობა.** საუკეთესო რეფლექსია არ ნიშნავს ბენეფიციარის სიტყვების გამეორებას. რეფლექსია არც უბრალოდ პერიფრაზია ან იმის გამოცნობა, თუ რას იტყოდა ბენეფიციარი. კარგი რეფლექსია საინტერესო მიმართულებას აძლევს საუბარს.
 - ▶ ...და ამან თქვენ გაგაბრაზათ
 - ▶ ნამდვილად დამთრგუნველია, როცა ფიქრობთ, საიდან მოიტანოთ თანხა ამ გადასახადების დასაფარად
 - ▶ ისეთი განცდა გაქვთ, რომ კარგი გამოსავალი არ არსებობს

მომდევნო დიალოგი წარმოადგენს სხვადასხვა საპასუხო სტრატეგიის მაგალითებს, რომლებიც მოიცავენ განსხვავებული ტიპის რეფლექსიებს. პირველ მაგალითში მსჯავრდებულს მინიმუმამდე დაჰყავს თავისი ალკოჰოლდამოკიდებულების პრობლემა და არ ჩანს მოტივაცია, რომ ქცევა შეცვალოს.

- ▶ **ბენეფიციარი:** არ ვიცი, რატომ არის ეს ყველასთვის ამხელა პრობლემა. ყველა ჩემი მეგობარი ისევე სვამს, როგორც მე.
- ▶ **სპეციალისტი 1:** როგორც ჩანს, ეს არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას თქვენთვის, რადგან ხედავთ რომ ხალხი ისევე სვამს სასმელს, როგორც თქვენ. (გამეორება აძლევს დამნაშავეს საშუალებას გაიგოს, რაც თვითონ თქვა; წინააღმდეგობასთან დაყოლა)
- ▶ **სპეციალისტი 2:** სხვებს აქვთ გარკვეული პრობლემები, თუმცა ეს თქვენთვის პრობლემას არ

წარმოადგენს. (პერიფრაზირება - აძლევს ბენეფიციარს საშუალებას გაიგოს, რაც თვითონ თქვა; უთანხმოების მიღება.)

მომდევნო მაგალითში ბენეფიციარი იმედგაცრუებულია სამსახურის უშედეგოდ ძიების გამო:

- ▶ **ბენეფიციარი:** ყველა უბრალოდ უნდა მოეშვას. მე ყველაფერს ვაკეთებ იმისთვის, რომ სამსახური ვიპოვო.
- ▶ **სპეციალისტი:** თქვენ გაბრაზებით ის, რომ სხვები ვერ ხედავენ თქვენ მიერ გაწეულ ძალისხმევას. (ემოციური რეფლექსია აძლევს ბენეფიციარს საშუალებას გაიგოს, რაც თქვა; გამოყენებულია უთანხმოების მიღება)

ამ მაგალითში კი ბენეფიციარი გამოხატავს სკეპტიციზმს სამსახურის ძებნასთან დაკავშირებით:

- ▶ **ბენეფიციარი:** ვფიქრობ ეს დამეხმარებოდა სამსახურის შოვნაში, მაგრამ...
- ▶ **სპეციალისტი:** თქვენმა გარკვეულმა ნაწილმა იცის, თუ სამსახურის შოვნა როგორ დაგეხმარებოდათ სიტუაციის დალაგებაში. მაგრამ, ამავდროულად, თქვენთვის რთულია იმის წარმოდგენა, თუ როგორ უნდა იპოვოთ თქვენთვის სასურველი სამსახური (შერეული გრძნობების აღნიშვნა ან შეწინააღმდეგება ბენეფიციარის ნათქვამთან.)

ბოლო მაგალითში ბენეფიციარი განიხილავს ალკოჰოლის მიღებას ოჯახურ შეკრებებზე:

- ▶ **ბენეფიციარი:** თქვენ არ იცნობთ ჩემი ოჯახის წევრებს, პრაქტიკულად შეუძლებელია არ დავლიო, როცა ერთად ვიკრიბებით.
- ▶ **სპეციალისტი:** რთული იქნება, იყოთ თქვენი ოჯახის წევრებთან ერთად და არ დალიოთ. ეს შესაძლოა იმას ნიშნავდეს, რომ წინასწარ უნდა წარმოიდგინოთ/დაგეგმოთ, თუ როგორ მართოთ სიტუაცია. [თანხმობა შემობრუნებით - ყურადღებას ამახვილებთ ბენეფიციარის ნათქვამის ერთ ასპექტზე, რაც საშუალებას აძლევს მას თემა განავრცოს ამ მიმართულებით]

რეფლექსიები ეხმარება სპეციალისტს ორი დიდი პრობლემის თავიდან არიდებაში. პირველი, როდესაც სპეციალისტი არ ეთანხმება ბენეფიციარს, იგი შეიძლება შეცდეს და დაიწყოს ამ საკითხზე კამათი ბენეფიციართან. დარწმუნების სტრატეგიამ შესაძლოა შექმნას სიტუაცია, სადაც სპეციალისტი იძლევა ცვლილების სასიკეთო არგუმენტებს, ხოლო ბენეფიციარი - ცვლილების საწინააღმდეგოს. თითოეული მათგანი ტოვებს ამ საუბარს დარწმუნებული, რომ სწორედ ის არის მართალი. ბენეფიციარი რწმუნდება, რომ არაფრის შეცვლა არ არის საჭირო, ხოლო სპეციალისტი რწმუნდება ბენეფიციარის დაბალ მოტივაციაში. ამისგან თავის ასარიდებლად გამოიყენება 2 ტიპის რეფლექსია. პირველი - რეზისტენტული კომენტარების „გადახვევა“ ან „გადაგორება“ კამათის თავიდან ასაცილებლად. მეორე - შევინარჩუნოთ ან წარვმართოთ საუბარი კონკრეტული მიმართულებით, რათა გაიზარდოს ცვლილების მიმართ ინტერესი

ბენეფიციარს შესაძლოა ურთიერთსაწინააღმდეგო დამოკიდებულება ჰქონდეს საკუთარი ქცევის მიმართ მაგალითად, ის შესაძლოა აცნობიერებდეს მის მიერ ნივთიერების ავადმოსხმარების ნეგატიურ გავლენას მისი ოჯახის წევრებზე, თუმცა, ამავდროულად, სიამოვნებას იღებდეს „თრობის“ პროცესით. გასაკვირი არ უნდა იყოს, რომ ბენეფიციარს ჰქონდეს ამბივალენტური დამოკიდებულება თქვენთან ურთიერთობაზე, ან შესაძლოა გამოამყდავნოს ღია, მტრული განწყობა და დამოკიდებულება ცვლილებასთან დაკავშირებით. რეზისტენტულობის შენარჩუნება სპეციალისტის მხრიდან დიდ მოთმინებას მოითხოვს. წინააღმდეგობა არ არის იმის ნიშანი, რომ საქმე აუცილებლად ცუდად მიდის. როგორც წესი, საპასუხო დაპირისპირების ნაცვლად, უფრო ეფექტური პასუხია რეფლექსია - ის, თუ რას ამბობს ბენეფიციარი, და საუბრის მიმდინარეობის შეცვლა ღია კითხვით ან ფრაზებით, რაც გამოკვეთს მის პირად პასუხისმგებლობას.

ბენეფიციარი: შეუძლებელია კარგი სამსახურის შოვნა. არავის უნდა სამსახურში აიყვანოს ნასამართლევი თანამშრომელი.

სპეციალისტი 1: უამრავი ვაკანსიაა, თუნდაც ზედამხედველობის ქვეშ მყოფი პირებისთვის/პრობაციონერებისთვის. სინამდვილეში, უამრავი წარსულში ნასამართლევი პირი ახერხებს დასაქმებას (კონფრონტაციული - ნაკლებად ეფექტური)

სპეციალისტი 2: გაცილებით რთულია პრობაციონერისთვის სამსახურის შოვნა. რას ფიქრობთ, რისი გაკეთება შეიძლება? [რეფლექსიური - მეტად ეფექტური]

ბენეფიციარი: რა სისულელეა! არავის უთქვამს, რომ ეს სულელური კლასები თუ პროგრამები აუ-

ცილებლად უნდა გამევილო. ჩემმა ადვოკატმა მომატყუა.

სპეციალისტი 1: თქვენ ხართ პრობაციონერი! ეს პროგრამები იმისთვისა არის შექმნილი, რომ ბრაზის კონტროლში დაგეხმაროთ - განსაკუთრებით იმ ბრაზის, რასაც ახლა ვხედავ! [კონფრონტაციული - ნაკლებად ეფექტური]

სპეციალისტი 2: თქვენ არ ელოდით რომ მოგიწევდათ ამ პროგრამებში ჩართვა და ამ ეტაპზე გეჩვენებათ რომ დროის ფუჭი დაკარგვაა. ამიტომ, იქნებ მოგვიანებით გადავდოთ ეს თემა. სხვა საკითხებიც არის რისი განხილვაც აუცილებელია... თქვენ რომელზე ისურვებდით საუბარს? [რეფლექსიური - მეტად ეფექტური].

რეფლექსია წარმოადგენს კარგ შესაძლებლობას იმ შემთხვევისთვის, როდესაც სპეციალისტმა არ იცის, რა თქვას. ამ შემთხვევაში, ნაკლებ სავარაუდოა რამე დაზიანდეს, პირიქით, ხშირად კარგის მომტანია იმის რეფლექსია, თუ რას ამბობს ბენეფიციარი. შემდგომი დიალოგები წარმოაჩენს ორ მაგალითს, თუ როგორ იმეორებს სპეციალისტი ბენეფიციარის ნათქვამს და იყენებს რეფლექსიას იმისთვის, რომ თავიდან აირიდოს კამათი და დაპირისპირება ზედამხედველობის პირობებში. თითოეულ მაგალითში სპეციალისტი ბენეფიციარს აყენებს პასუხისმგებლობის აღების წინაშე, მისი ვალდებულებების ხაზგასმითა და არჩევანის მიწოდების საშუალებით.

შემდეგ დიალოგში ბენეფიციარი ეწინააღმდეგება აზრს, რომ შეცვალოს მარიხუანას მოხმარების ქცევა. სპეციალისტი თავიდან ირიდებს კამათს რეფლექსიის და პირადი პასუხისმგებლობის ხაზგასმის საშუალებით.

ბენეფიციარი: ეს ყველაფერი ერთი დიდი სისულელეა. რა თქმა უნდა, მე მოვიხმარ ცოტა მარიხუანას, მაგრამ თქვენ ისე მექცევით, თითქოს ნარკოტიკზე დამოკიდებული ან რამე მსგავსი ვიყო.

სპეციალისტი: თქვენ ფიქრობთ რომ ხალხი ამას გაზვიადებულად აღიქვამს? [რეფლექსია]

ბ: ჰო, მარიხუანა ნარკოტიკიც კი არ არის. როგორ შეიძლება საშიში იყოს, როცა ნატურალური მცენარეა, ბალახი?

ს: ...და არ ფიქრობთ რომ ეს ბევრ პრობლემას იწვევს? [რეფლექსია - აზრის გაგრძელება]

ბ: დიახ, ვისაც ვიცნობ ყველა ეწევა. პრობაციის პერიოდში სუფთა ვიქნები, მაგრამ როგორც კი დრო გამივა, მაშინვე დავუბრუნდები მოწევას. არავის შეუძლია გადამიწყვიტოს რას ვიზამ, როცა ეს დრო გავა.

ს: რა თქმა უნდა, თქვენ თავად უნდა გადაწყვიტოთ რა არის თქვენთვის სწორი. მე ნამდვილად ვერ გეტყვით, რა უნდა ქნათ ამ დროის გასვლის შემდეგ, მაგრამ ვაფასებ თქვენს მზადყოფნას, რომ დარჩეთ „სუფთა“, სანამ ზედამხედველობის ქვეშ ხართ, იმის მიუხედავად, რომ თქვენ ამას პრობლემად არ აღიქვამთ. [რეფლექსია - პირადი პასუხისმგებლობის შესხენება.]

ბ: დიახ, მართალია. ერთადერთი, ვისაც პრობლემა აქვს - სასამართლოა.

ბენეფიციარის გამაღიზიანებელ კომენტარებს სპეციალისტი არ აძლევს საშუალებას, რომ ის თავდაცვაზე გადაიყვანოს. ბენეფიციარმა უკვე კარგად იცის სასამართლოს/სისტემის პოზიცია, ამიტომ სპეციალისტი ხაზგასმით აღნიშნავს ბენეფიციარის პირად პასუხისმგებლობას ზედამხედველობის პირობების გათვალისწინებით.

სქემა 4.4 წარმოგვიდგენს ბენეფიციართა უთანხმოების და უცვლელობის საუბრის ამსახველ კომენტარებს და თითოეულისთვის რამდენიმე შესაძლო რეფლექსიის ვარიანტს. თითოეულ შემთხვევაში, რეფლექსია წარმოადგენს უთანხმოების პირობებში კომენტარის, შინაარსის ან ემოციის ხელახლა გადმოცემას. ამ შემთხვევებში რეფლექსია ბენეფიციარს აცნობებს, რომ სპეციალისტი მას უსმენდა. ზოგ შემთხვევაში, სპეციალისტმა შეიძლება იგრძნოს დაპირისპირების საჭიროება ბენეფიციარის რომელიმე განცხადებაზე. როგორც წესი, ამ უფრო რთული მიდგომის გამოყენების რისკი მდგომარეობს იმაში, რომ შესაძლოა გაიზარდოს რეზისტენტობა და სპეციალისტს აღარ მიეცეს საშუალება უფრო პროდუქტიული მომავალი საუბრებისთვის. წინააღმდეგობრივ სტილს იშვიათად მივყავართ ადამიანის დაფიქრებამდე ქცევის შეცვლის თაობაზე. როდესაც ბენეფიციარი წინააღმდეგობას სწევს, ამ დროს უმჯობესია უკან დახევა, რეფლექსია და სხვა მიდგომის ცდა.

იმის მიუხედავად, რომ არ არსებობს სწრაფი და მკაცრად განსაზღვრული წესი, თუ რისი რეფლექსია უნდა მოვახდინოთ, მთავარი პრინციპი არის ის, რომ მოხდეს გაურკვევლობების რეფლექსია

ურთიერთობის დასაწყისშივე და ყურადღება მივმართოთ მომავალ შეხვედრებში განსახორციელებელ ცვლილებებზე. (ასევე, ამბივალენტურობის რეფლექსია ინტერვიუს დასაწყისში და მის პროგრესირებასთან ერთად ცვლილებებზე საუბრის ხაზგასმა.) როდესაც რამე გეჭვებათ, გამოიყენეთ ბენეფიციარის ნათქვამის რეფლექსია.

სქემა 4.4. რეფლექსია უთანხმოების მიუხედავად. მოდელი

ბენეფიციარი	სპეციალისტი
მთელი ეს ამბავი ფულის გამოა! თქვენ ყველას გინდათ ჩემი ფული!	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ისე გამოდის, რომ ჩვენ უფრო ფული გვინტერესებს, ვიდრე თქვენს სუპერვიზიაში წარმატება (მოძალადის ნათქვამის გამეორება.) ▶ ეს ფულის ამბავი, როგორც ჩანს ძალიან დამთრგუნველია. (ემოციის რეფლექსია.)
თქვენ ალბათ არც კი გაგისინჯავთ ოდესმე ნარკოტიკი. და, საერთოდ, რამდენი წლის ხართ? ახალი სპეციალისტი მინდა.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ გგონიათ, ვერ მივხვდები, თუ რას გრძნობთ და გულისხმობთ (ემოციის რეფლექსია) ▶ რა თქმა უნდა, შეგვიძლია ეს განვიხილოთ, თუ თქვენთვის მნიშვნელოვან საკითხად დარჩება. ჩვენ ნამდვილად არ გვინდა, რომ სუპერვიზიის წარმატებით განხორციელებას ხელი რამემ შეუშალოს
სხვა ადვოკატი რომ მყოლოდა, არც კი მომიწევდა ეს რაღაც „საზოგადოებისთვის სასარგებლო შრომა“	<ul style="list-style-type: none"> ▶ თქვენ ფიქრობთ, რომ ყველაფერი სხვანაირად იქნებოდა, სხვა ადვოკატი რომ გყოლოდათ. (ბენეფიციარის განცხადების გამეორება.) ▶ იქიდან გამომდინარე, რომ ეს არის თქვენი პრობაციის პირობა, რისი გაკეთება გსურთ ამასთან დაკავშირებით? (პირადი პასუხისმგებლობის შეხსენება.)

შეჯამება

შეჯამება რეფლექსიის განსაკუთრებულ ფორმას წარმოადგენს. იგი ახსენებს ბენეფიციარს ძირითად განხილულ საკითხებს, სამოქმედო გეგმას და მის პირად სამოქმედო მიზნებს. შეჯამება სასარგებლოა ორი მიზეზის გამო: თუ ბენეფიციარი საუბრის დროს შენელდა ან შეჩერდა, შეჯამებამ შეიძლება შეასრულოს ხიდის ფუნქცია, რაც მას საუბრის გაგრძელებაში დაეხმარება. ასევე შესაძლოა დაეხმაროს ბენეფიციარს, რათა გაახსენოს მისივე ნათქვამი ან მის გამოთქმულ მოსაზრებებს შორის კავშირზე მიუთითოს.

გარდა ამისა, შეჯამება შესაძლოა წარმოადგენდეს მიმართულების შეცვლის ან კომენტირების საშუალებას, რათა სპეციალისტმა მიანიშნოს მნიშვნელოვან საუბრის მნიშვნელოვან ელემენტებზე ან იმ თემაზე, რაც ბენეფიციარმა წამოჭრა. ის ასევე წარმოადგენს ინტერვიუს ძირითად საკითხებს შორის გადასვლის ფორმას და მის დასკვნით ნაწილს.

შეჯამება ხშირად მოიცავს ისეთ საბაზისო ელემენტებს, როგორიცაა:

- ▶ კონკრეტული პრობლემები ან ქცევები, რაც განიხილეთ
- ▶ ბენეფიციარის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზ(ებ)ი, რის გამოც სურს ცვლილების განხორციელება
- ▶ როგორი იქნება სამოქმედო გეგმა, მათ შორის, მოქმედების წარმატების საზომები, წახალისებები და/ან სანქციები მოქმედების შესრულების ან შეწყვეტის შემთხვევაში
- ▶ მომავალი შეხვედრის თარიღი და დრო

შეჯამება სპეციალისტს უხმარება მისი ჩანაწერების ქრონოლოგიურ ფორმირებაში, მოიცავს ბენეფიციარის აზრებს მოტივაციის შესახებ და სრულდება სამოქმედო გეგმით. მომდევნო მაგალითი აჯამებს და ხურავს ბრაზის მართვის ადრეულ შეხვედრას, და მიმართულია ბრაზის მართვასთან დაკავშირებული პირობების შესრულებაზე:

სპეციალისტი: კარგი, როგორც ჩანს, ჩვენი დრო იწურება. ჩვენ განვიხილავდით თქვენი ზედამხედველობის პირობებს. თქვენი აზრით, დრო პრობლემას არ წარმოადგენს და შევთანხმდით შეხვედრის განრიგზე. თქვენ თავი შეიკავეთ ადიქციის პროგრამაში ჩართვისგან, მაგრამ ამ ეტაპზე შერეული გრძნობები გაქვთ ოჯახში ძალადობის მართვის პროგრამის დასრულებაზე. იცით, რომ ეს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პროგრამაა, თუმცა, საჭიროებას ვერ ხედავთ და ფიქრობთ, რომ ეს თქვენი დროის ფუჭად ფლანგვაა. რა თქმა უნდა, ეს გასაგებია, რადგან სისტემის მოთხოვნაა. ჩვენ შეგვიძლია დავგეგმოთ მომავალი შეხვედრა, თუკი გსურთ მცირე დრო მაინც დაუთმოთ ამას და, ასევე, შეგვიძლია განვიხილოთ სხვა აქტივობები, რაშიც შეიძლება ჩაერთოთ. ვიცი, ძალიან ბევრი თემა არის ამ მოკლე დროში სასაუბროდ, მაგრამ მე ვაფასებ თქვენს მონდომებას, რომ ჩემთან ერთად იმუშაოთ. კიდევ არის რამე, რისი გაზიარებაც გსურთ?

სპეციალისტის საუბარი ქმნის ბენეფიციარის რეაქციის საფუძველს მათი ურთიერთობის მიმართ. ზემოთ განხილული OARS-ტექნიკა - ღია კითხვები, დადასტურება, რეფლექსია და შეჯამება - გვეხმარება შევავროვოთ ინფორმაცია და მოვამზადოთ ნიადაგი ცვლილებებისათვის. საუბრის და ურთიერთობის სტილი განსაზღვრავს, თუ რამდენად ეფექტურად იმუშავებს ეს სტრატეგიები. წინა თავში განხილული პრინციპები - ემპათიის გამოხატვა, განსხვავებული შეხედულებების ჩამოყალიბება, წახალისება - ამზადებს ნიადაგს უფრო ნაყოფიერი ინტერაქციისთვის. ამ თავში კი წარმოდგენილი იყო მაგალითები, რომელიც დაგეხმარებათ წამოიწყოთ და შეინარჩუნოთ გამამხნეველი/მოტივაციური სტილი.

ბიბლიოგრაფია

1. A Guide for Probation and Parole - Motivating offenders to change 2007; U.S. Department of Justice National Institute of Corrections 320 First Street, NW Washington, DC 20534. National Institute of Corrections <http://www.nicic.org>
2. Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C.E., Palmer, M., and Fulcher, L. 2003. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(5): 862–878.
3. Andrews, D.A., and Bonta, J. 2003. *The Psychology of Criminal Conduct*, 3d ed. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
4. Cullen, F.T. 2002. Rehabilitation and treatment programs. In J.Q. Wilson and J. Petersilia (eds.), *Crime: Public Policy for Crime Control*, 2d ed., pp. 253–289. Oakland, CA: ICS Press.
5. Schwartz, K., Alexander, A. O., Lau, K. S., Holloway, E. D., & Aalsma, M. C. (2017). Motivating compliance: Juvenile probation officer strategies and skills. *Journal of Offender Rehabilitation*, 56(1), 20-37. <http://dx.doi.org/10.1080/10509674.2016.1257532>
6. Alexander, M., VanBenschoten, S. W., & Walters, S. T. (2008). Motivational interviewing training in criminal justice: Development of a model plan. *Federal Probation*, 72(2), 61-66,91.
7. Henggeler, S., & Schoenwald, S. J. (2011). Evidence-based interventions for juvenile offenders and juvenile justice policies that support them. *Social Policy Report*, 25(1), 1-20.
8. Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.

თავი 5

ქვევის პროვოცირების თავიდან აცილება და დეესკალაციის ნახები

აგრესიული ქვევა გულისხმობს რეალურ ფიზიკურ ძალადობას საკუთარი თავის ან სხვების მიმართ, ნივთების ან საგნების დაზიანებას ან კონკრეტულ, გარდაუვალ სიტყვიერ მუქარას.

აგრესიული ქვევა შესაძლოა სხვადასხვა კონტექსტში გამოვლინდეს. რიგი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები აგრესიული ქვევის მაღალ რისკს ატარებენ, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ აგრესიული ქვევის ყველა გამოვლინებას საფუძვლად ფსიქიკური აშლილობა უდევს.

აგრესიული ქვევის მართვის სხვადასხვა მეთოდი არსებობს, თუმცა, ბოლო წლებში მეტი ყურადღება მიექცა იზოლირების და (ფიზიკური ან ფარმაკოლოგიური) მკაცრი შეზღუდვის ალტერნატიულ გზებს. ეს უკანასკნელი მეტად ფოკუსირებულია აგრესიული ქვევის პრევენციაზე ან მისი გამოვლინების შემთხვევაში - მის შემცირებაზე. აღნიშნული სტრატეგიები გამოიყენება არ მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მიერ, არამედ ყველა იმ სპეციალისტის მიერ, რომელიც მუშაობს აგრესიის მაღალი რისკის პირთან.

ბოლო წლებში, აგრესიული ქვევის მართვის ტრადიციული ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის მართვის მიდგომები შეიცვალა ნაკლებ იძულებითი მიდგომების გამოყენებით. მრავალმა ექსპერიმენტმა ცხადყო, რომ თუ აღნიშნული მეთოდები გამოყენებულ იქნება ზუსტად და პრინციპების ზუსტი დაცვით, გამოსავალი გაცილებით კეთილსაიმედოა, ვიდრე ეს აქამდე მიიჩნეოდა. ახლებური პარადიგმა ძირითადად 3-საფეხურიან მიდგომას იყენებს. პირველია ბენეფიციარის სიტყვიერი ჩართულობა, შემდეგ - მასთან თანამშრომლობითი ურთიერთობის ჩამოყალიბება და საბოლოოდ - აქტიურებული პირის სიტყვიერი დეესკალაცია და მიდგომარეობიდან გამოყვანა. გარკვეულწილად, ეს მიდგომა იზიარებს 80-იან წლებში გამოქვეყნებულ ე.წ. „ლაზარუს მეთოდით დეესკალაციის“ წესებს.

სიტყვიერი დეესკალაციის მეთოდი არის მკურნალობის ის ფორმა, სადაც ბენეფიციარს საშუალება ეძლევა სწრაფად განავითაროს საკუთარი შიდა კონტროლის ლოკუსი.

აგზნებულ პირთან და ბენეფიციართან მუშაობის 4 ძირითადი მიზანი არსებობს:

1. ამ ადამიანის და მის ირგვლივ მყოფი პირების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;
2. მისი დახმარება საკუთარი ემოციების და დისტრესის მართვაში, და ქვევაზე კონტროლის დაბრუნებაში;
3. შეზღუდვის გამოყენების თავიდან აცილება, თუ ეს შესაძლებელია;
4. აგზნების გამამძაფრებელი იძულებითი ინტერვენციების თავიდან აცილება.

ცხადია, ეს მიზნები ყოველთვის ვერ იქნება გამოყენებული და არის შემთხვევები, როდესაც გარემოებიდან გამომდინარე, სპეციალისტი ვერ იყენებს ვერბალური დეესკალაციის მეთოდებს. აღნიშნული შესაძლოა გამოწვეულ იყოს იმ გარემოებით, რომ სპეციალისტს არ აქვს შესაბამისი დრო ან რესურსი.

მნიშვნელოვანია თვითგაცნობიერება და თვითკონტროლის გათვალისწინება. მუდმივად უნდა გვახსოვდეს, რომ ჩვენ ვმუშაობთ პირებთან, რომლებიც გარკვეულ კრიზისულ მდგომარეობაში არიან. წარმატებული დეესკალაცია იწყება ჩვენით, ჩვენი მიდგომებით, რწმენა-შეხედულებებით და ქვევებით. მნიშვნელოვანია ტრანსფერისა და კოტრანსფერის გათვალისწინება ურთიერთობაში. წარსულში სპეციალისტთან ურთიერთობის ნეგატიურმა ან პოზიტიურმა გამოცდილებამ შესაძლოა გავლენა იქონიოს ამჟამინდელ ურთიერთობაზე. ასევე, სპეციალისტმა შესაძლოა შემოიტანოს საკუთარი წარსული გამოცდილება (ნეგატიური ან პოზიტიური) ამ ახალ ურთიერთობაში. ამისთვის მნიშვნელოვანია, გამოვერკვიოთ ცხადად, რა არის ჩვენი პერსონალური მატრიგერებელი ფაქტორები. ასეთ შემთხვევაში მეტად შევძლებთ თავიდან ავიცილოთ გადაჭარბებული ან პირიქით - არასათანადო რეაგირება. აღნიშნულის მაგალითებია:

1. უსაფრთხოების უგულებელყოფა
2. ვერბალური ან ფიზიკური შეზღუდვისგან თავის შეკავება შიშის, ამრიღებლური ქვევის ან სხვა მიზეზის გამო

3. დესტრუქციული დამოკიდებულება ან ქცევა
4. მზრუნველობითი დამოკიდებულების ნაკლებობა
5. ფიზიკური ინტერვენცია, რომელიც ადამიანს ტკივილს აყენებს
6. დამსჯელობითი რეაქცია

მნიშვნელოვანია, გვახსოვდეს, როგორ დავრჩეთ პროაქტიულებად. ამისთვის აუცილებელია საკუთარი რწმენის, გუნებ-განწყობის და სტრესზე რეაგირების გათვითცნობიერება. ამასთან, აუცილებელია გარემოს სათანადოდ შეფასება, რომელშიც ვიყოფებით და იმ პირის ფსიქო-ემოციური შესაძლო რეაქციის გათვალისწინება, ვისთანაც ვაწარმოებთ საუბარს.

აჟიტაცია არის ქცევითი სინდრომი, რომელიც შეიძლება იყოს დაკავშირებული სხვადასხვა ფუნდამენტურ ემოციასთან. მასთან დაკავშირებული მოტორული გამოვლინება კი, როგორც წესი, განმეორებადი და უმიზნოა და შეიძლება მოიცავდეს ისეთ ქცევას, როგორიცაა ფეხის წვერით იატაკზე სწრაფი და განმეორებით დარტყმები, ხელების დაჭიმვა ან ქნევა, ფრჩხილების კვნეცა, თმის ან ტანსაცმლის მოქაჩვა, საგნების სროლა. განმეორებადი ფიქრები სიტყვიერად ვლინდება, მაგალითად „მე უნდა წავიდე აქედან, მე უნდა გავვეცალო აქაურობას“. აჟიტაციის დროს შესაძლოა გამოვლინდეს გაღიზიანება და გადაჭარბებული რეაგირება გარე სტიმულებზე, თუმცა აგზნებასა და აჟიტაციას შორის მკაფიო ასოციაცია დადასტურებული არ არის.

დეესკალაციის ზოგადი გაიდლაინი

სპეციალისტი ვერ იქნება ეფექტური, თუ მას თავად აქვს გადაჭარბებული ემოციები ან ემინია ბენეფიციარის. სპეციალისტის უსაფრთხოების დაცვა პირველი საფეხურია ბენეფიციარის უსაფრთხოების დაცვისთვის. დიდი მნიშვნელობა კრიზისულ მომენტში ექცევა არა საკუთრივ საუბრის შინაარსს, არამედ ფორმას, ხმის ტემბრს და სხეულის ენას. როდესაც სპეციალისტი აგზნებული ბენეფიციარის წინ აღმოჩნდება, აუცილებელია, გააკონტროლოს საკუთარი ემოციური და ფსიქოლოგიური რეაქცია და შეინარჩუნოს სიმშვიდე იმისთვის, რომ შეძლოს ვერბალური დეესკალაცია.

ქვემოთ მოყვანილია დეესკალაციის 10 ძირითადი სფერო:

1. პატივი ეცით პირად სივრცეს
2. ნუ იქნებით პროვოკაციული
3. დაამყარეთ სიტყვიერი კონტაქტი
4. ესაუბრეთ მარტივი ენით
5. გაარკვიეთ მისი მოთხოვნილებები და გრძნობები
6. ყურადღებით მოუსმინეთ, რას ამბობს
7. დათანხმდით, ან შეთანხმდით უთანხმოებაზე
8. ჩამოაყალიბეთ წესები და დააწესეთ მკაფიო საზღვრები
9. შესთავაზეთ ალტერნატიული და ოპტიმისტური გზები
10. განიხილეთ ბენეფიციართან და პერსონალთან

1. პატივი ეცით პირად სივრცეს

ძირითადი რეკომენდაცია: პატივი ეცით ბენეფიციარის და თქვენს პირად სივრცეს.

აღელვებულ ბენეფიციართან მიახლოებისას შეინარჩუნეთ თქვენსა და მას შორის მინიმუმ 2 ხელის სიგრძის დისტანცია. ეს არა მხოლოდ მას აძლევს საჭირო სივრცეს, არამედ ქმნის კლინიცისტისთვის ადგილს იმ შემთხვევისთვის, თუ ბენეფიციარის მხრიდან არსებობს დარტყმის, ან შეტევის საშიშროება. სპეციალისტს შესაძლოა მეტი დისტანციაც სჭირდებოდეს, რათა თავი უსაფრთხოდ იგრძნოს. თუ ბენეფიციარი გეუბნებათ, რომ გზიდან ჩამოშორდეთ, დაუყოვნებლივ მოიქცით ასე. ბენეფიციარს და სპეციალისტს უნდა შეეძლოთ ერთ სივრცეში თანაარსებობა ისე, რომ არ ჰქონდეთ განცდა, თითქოს ერთმანეთს გზას უღობავდნენ.

ბევრ ბენეფიციარს აქვს ტრავმული გამოცდილება. როდესაც პირადი სივრცის სპეციფიკური ასპექტები უგულებელყოფილია, ტრავმული გამოცდილება დიდი ალბათობით შეიძლება განმეორდეს. უსახლკარო შესაძლოა ზედმეტად მგრძობიარე აღმოჩნდეს, თუ მის საკუთრებას შეეხებით. სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი კი შეიძლება ტანსაცმლის გახდამ შეაშინოს - მასში დაუცველობის განცდა გაზარდოს და დამცირების გრძნობა გამოიწვიოს.

2. ნუ იქნებით პროვოკაციული

ძირითადი რეკომენდაცია: მოერიდეთ იატროგენულ ესკალაციას

სპეციალისტმა სხეულის ენით უნდა აჩვენოს ბენეფიციარს, რომ არ დააზიანებს მას, მოუსმენს, და რომ ყველას უსაფრთხოება სურს. ხელები არ უნდა იყოს დაჭიმული და კარგად უნდა ჩანდეს, რადგან დაფარული ხელი დამალულ იარაღად აღიქმება. მუხლები ოდნავ მოხრილი უნდა იყოს. სპეციალისტი უნდა მოერიდოს აღელვებული ბენეფიციარის პირდაპირ ყურებას და მასთან ისეთი რაკურსით დადგეს, რომ არ გამოჩნდეს კონფრონტაციულად. მნიშვნელოვანია მშვიდი ქცევა და სახის გამომეტყველება. თვალთ გადაჭარბებული პირდაპირი კონტაქტი, განსაკუთრებით კი დაჟინებული მზერა, შეიძლება აგრესიულ ქმედებად ითარგმნოს. შეზღუდული სხეულებრივი კონტაქტი, და განსაკუთრებით, ხელების გადაჯვარედინება ან ზურგის შექცევა, შესაძლოა ინტერესის ნაკლებობას დაუკავშირდეს. უმნიშვნელოვანესია, რომ სპეციალისტის საუბარი და სხეულის ენა ერთმანეთთან შესაბამისობასა და თანხვედრაში მოდიოდეს. თუ ასე არ ხდება, ბენეფიციარი გრძნობს, რომ სპეციალისტი გულწრფელი არ არის და თვალთმაქცობს. ამის გამო შესაძლოა მეტად აღელდეს და გაბრაზდეს. ასევე, მნიშვნელოვანია ყურადღება მიაქციოთ, რომ სხვა ბენეფიციარმა ან ნებისმიერმა იმ სივრცეში მყოფმა არ გამოიწვიოს დამატებითი პროვოცირება.

ლაზარისა და ლევის მიხედვით, დამცირება აგრესიული ქმედებაა, სადაც ინდივიდი საფრთხეს უქმნის მეორე ადამიანის მთლიანობას და „მე“-ს. ზოგჯერ, დამცირება შეიძლება მატრავმირებელი აღმოჩნდეს. შესაბამისად, ნუ დაუპირისპირდებით ბენეფიციარს, ნუ მიაყენებთ შეურაცხყოფას და ნუ მოიმოქმედებთ ისეთ რამეს, რაც შესაძლოა აღქმული იყოს, როგორც დამცირება.

3. დაამყარეთ სიტყვიერი კონტაქტი

ძირითადი რეკომენდაცია: ბენეფიციართან მხოლოდ ერთი ადამიანი შედის სიტყვიერ კომუნიკაციაში.

პირველი, ვინც ბენეფიციართან დაამყარებს კონტაქტს, უნდა იყოს ის, ვინც შემდგომში მის დამშვიდებას შეძლებს. თუ პიროვნება არ არის ამაში გავარჯიშებული (ტრენინგით) ან არ შეუძლია ამ როლის მორგება, დაუყოვნებლივ უნდა მოვუხმოთ სხვას.

ბევრი ადამიანის სიტყვიერმა კომუნიკაციამ შესაძლოა ბენეფიციარი დააბნოს და ამან დამატებითი გამწვავება გამოიწვიოს. როცა დანიშნული პირი მუშაობს ბენეფიციართან, მულტიდისციპლინური ჯგუფის სხვა წევრმა უნდა გააფრთხილოს თანამშრომლები ამ კომუნიკაციის შესახებ და მოამშოროს სხვა დამკვირვებლები.

ძირითადი რეკომენდაცია: გააცანით ბენეფიციარს თავი, დააკვალიანეთ და დაამშვიდეთ.

ზრდილობიანად მოქცევა კარგი სტრატეგიაა. ბენეფიციარს უთხარით თქვენი სახელი და თანამდებობა. სწრაფადვე შეამცირეთ მისი ღელვა თქვენს როლზე - აუხსენით, რომ თქვენი მიზანი მისი უსაფრთხოებაა და დაარწმუნეთ, რომ ამ კრიზისულ ვითარებაში არავინ დაზარალდება. თუ ის ძალიან აღელვებულია, შესაძლოა დამატებით დარწმუნება დასჭირდეს იმაში, რომ სპეციალისტს ნამდვილად მისი დახმარება სურს. ეს დაეხმარება საკუთარ ქცევაზე კონტროლის დაბრუნებაში. დააკვალიანეთ ბენეფიციარი იმის თაობაზე, თუ სადაა და რა მოლოდინები უნდა ჰქონდეს. თუ არ იცით, ჰკითხეთ სახელი და როგორ ურჩევნია მიმართოთ. ზოგჯერ ამ ფორმალობას ბენეფიციარის მხრიდან დამატებითი ეჭვები შეიძლება მოჰყვეს და გამოჩნდეს, როგორც შეფარვითი მოქმედება. ამიტომ, ეჭვის გასაფანტად უმჯობესია ჰკითხოთ, როგორ მიმართვა ურჩევნია. ეს ქმედება ატყობინებს ბენეფიციარს, რომ ის მნიშვნელოვანია და ინტერაქციის დასაწყისიდანვე სიტუაციაზე გარკვეულ კონტროლს ფლობს.

4. ესაუბრეთ მარტივი ენით

ძირითადი რეკომენდაცია: ილაპარაკეთ მოკლედ და მარტივად.

გამოიყენეთ მოკლე წინადადებები და მარტივი სიტყვები, რადგან აღელვებულ ბენეფიციარს შესაძლოა დარღვეული ჰქონდეს ვერბალური ინფორმაციის გადამუშავების უნარი, რთულმა ფრაზებმა დააბნოს და ამან გამწვავება გამოიწვიოს. მიეცით მას დრო მოსმენილის გადასამუშავებლად და პასუხის გასაცემად.

ძირითადი რეკომენდაცია: გამწვავების წარმატებულად შემცირებისთვის აუცილებელია გამეორება.

ეს ნიშნავს სათქმელის მუდმივად გამეორებას იქამდე, სანამ არ დარწმუნდებით, რომ ბენეფიციარმა გაიგო თქვენი ნათქვამი. გამეორება უმნიშვნელოვანესია, როდესაც მას არჩევანს ან ალტერნატივებს სთავაზობთ, რადგან აღელვებულ ბენეფიციარს ხშირად შეზღუდული აქვს ინფორმაციის გადამუშავების უნარი. გამეორება კომბინირებულია დარწმუნების სხვა უნარებთან, რომელიც გულისხმობს ბენეფიციარის მოსმენას და მის პოზიციასზე დათანხმებას ნებისმიერ დროს, როცა კი ეს შესაძლებელია.

5. გაარკვიეთ მისი მოთხოვნილებები და გრძნობები

მოთხოვნილებების მაგალითები მოიცავს სხვა ადამიანისგან დახმარებისა და უსაფრთხოების მიღებას, ემპათიურ მსმენელთან ემოციური დაძაბულობის მოხსნის სურვილს, მედიკამენტების მოთხოვნას, ისეთ ადმინისტრაციულ ინტერვენციებს, როგორცაა დამსაქმებელთან წერილის მიწერა, ან ჩარევა მასთან რთულ ურთიერთობაში მყოფ მეუღლესთან ან მშობელთან. აუცილებელია ბენეფიციარს ვკითხოთ რას ითხოვს, მიუხედავად იმისა, დაკმაყოფილებულია თუ არა მისი მოთხოვნა. ფრაზა „მე უნდა ვიცოდე, რას ელოდით აქ მოსვლისას“ ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც გაფრთხილება „მაშინაც კი, თუ არ შეგვიძლია ამის შესრულება, მაინც მინდა ვიცოდე, რათა ვიზრუნოთ ამასზე“.

ძირითადი რეკომენდაცია: გამოიყენეთ თავისუფალი ინფორმაცია ბენეფიციარის მოთხოვნილებებისა და გრძნობების დასადგენად.

„თავისუფალი ინფორმაცია“ მოდის ბენეფიციარის მიერ ნათქვამი ტრივიალური სიტყვებიდან, მისი სხეულის ენიდან, მასთან წინა შეხვედრებიდან. თავისუფალი ინფორმაცია შემფასებელს ეხმარება ბენეფიციარის მოთხოვნილებებისა და საჭიროებების განსაზღვრაში. თავისუფალ ინფორმაციაზე დაფუძნებული სწრაფი კავშირი სპეციალისტს საშუალებას აძლევს ემპათიურად უპასუხოს ბენეფიციარს და უსურვოს, რომ მან მიიღოს ის, რაც სურს. ეს ხელს შეუწყობს აგზნებადობის სწრაფად შემცირებას.

სევდიან ადამიანს უნდა ისეთი რამ, რისი მიღების იმედიც აღარ აქვს. შეშინებულ ბენეფიციარს ტკივილის თავიდან არიდება სურს. შემდგომში, აგრესიაზე მსჯელობაში ისიც გამოამჟღავნებდა, რომ აგრესიულ ბენეფიციარსაც აქვს მოთხოვნილებები და მისი სურვილების განსაზღვრა მისი ქცევის მართვისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია.

6. ყურადღებით მოუსმინეთ, რას ამბობს

ძირითადი რეკომენდაცია: მოუსმინეთ აქტიურად

სპეციალისტმა ბენეფიციარის საუბრისა და გრძნობებისადმი ყურადღება ვერბალური დადასტურებით, დიალოგითა და სხეულის ენით უნდა გამოხატოს. როგორც მსმენელს, თქვენ უნდა შეგძლოთ, ბენეფიციარის ნათქვამი გაიმეოროთ ისე, როგორც მისთვის იქნება დამაკმაყოფილებელი. ისეთი დამაზუსტებელი წინადადებები, როგორცაა „მითხარი, სწორად თუ გავიგე...“ გამოუსადეგარი ტექნიკაა. რა თქმა უნდა, არ არის საჭირო, რომ ბენეფიციარს ყველაფერზე დაეთანხმოთ. ეს უფრო იმას ნიშნავს, რომ გესმით მისი, რას ლაპარაკობს.

ძირითადი რეკომენდაცია: გამოიყენეთ „მიღების კანონი“.

მიღების კანონის თანახმად „სხვა ადამიანის ნათქვამის გასაგებად თქვენ უნდა ჩათვალოთ, რომ მან სიმართლე თქვა და წარმოიდგინოთ, რა შეიძლება იყოს ეს სიმართლე“. თუ თქვენ ამ კანონს ეთანხმებით, მაშინ შეძლებთ გაუგოთ ბენეფიციარს. თუ ნამდვილად ეცდებით წარმოიდგინოთ, როგორ შეიძლება ეს სიმართლე იყოს, მაშინ ნაკლებად განიკითხავთ ბენეფიციარს. მასაც გაუჩნდება განცდა, რომ თქვენ მართლაც დაინტერესებული ხართ მისი ნათქვამით. ეს კი მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს თქვენს ურთიერთობას. მაგალითად, თუ ბენეფიციარის აღელვება გამოწვეულია ბოლვიით იღვებით, რომ მას ვიღაც დაჰყვება და მისი დაზიანება სურს, თქვენ შეგიძლიათ წარმოიდგინოთ, როგორ არის მისი პერსპექტივიდან ეს სიმართლე და შეუერთდეთ დიალოგში - რატომ ხდება ეს მის ცხოვრებაში და ვის მოუნდებოდა მისი დაზიანება. ეს თქვენს ინტერესს აჩვენებს. შედეგად, ბენეფიციარი ალაპარაკდება და იტყვის, ასე რამ ააღელვა. დიალოგში ჩართვით ბენეფიციარი დაინახავს, რომ თქვენ ეს გააღელვებთ, რაც თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს მის დამშვიდებას.

7. დათანხმდით, ან შეთანხმდით უთანხმოებაზე

არსებობს ემპათიური ქცევა, რომელშიც ინდივიდი ნახულობს ბენეფიციარის პოზიციაში რაღაცას, რაზე დათანხმება შეუძლია. ეს ძალიან ეფექტური შეიძლება აღმოჩნდეს ბენეფიციართან ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში. ბენეფიციართან დათანხმების 3 გზა არსებობს. მათგან პირველია დაეთანხმო სიმართლეზე. თუ იგი აღელვებულია სისხლის ალების 3 უშედეგო მცდელობის შედეგად, შეიძლება უთხრათ: „ღიახ, სამჯერ გიჩხვლიტეს ნემსი. წინააღმდეგი ხომ არ ხართ, მე რომ ვცადო?“ მეორეა პრინციპზე დათანხმება. არ არის საჭირო დაეთანხმოთ ბენეფიციარს, რომელიც აღელვებულია და ჩივის, რომ პოლიცია უპატივცემულოდ მოექცა. თქვენ შეგიძლიათ დაეთანხმოთ მას პრინციპში და უთხრათ „მე მჯერა, რომ ყველას პატივისცემით უნდა მოექცნენ“. მესამე - ალბათობებზე დათანხმებაა. თუ ბენეფიციარი აღელვებულია, რადგან სპეციალისტს უცდის და ამბობს, რომ ასეთ შემთხვევაში ყველა გაღიზიანებული იქნებოდა, შესაბამისი პასუხი იქნება „ალბათ, იქნებიან სხვა ბენეფიციარები, რომლებიც ასევე გაღიზიანდებოდნენ“. ძირითადად, ამ ტექნიკების გამოყენებით მარტივია, რომ დათანხმების გზა იპოვოთ. მნიშვნელოვანია, სპეციალისტი ბენეფიციარს იმდენჯერ დაეთანხმოს, რამდენჯერაც ამის საშუალება ექნება. სპეციალისტები შესაძლოა აღმოჩნდნენ ისეთ სიტუაციაში, როცა მათგან აშკარა ბოძვით იდეაციაში დათანხმებას ითხოვენ, ან ისეთ რამეს, რაც მათ ნამდვილად არ იციან. ამ სიტუაციაში აღიარეთ, რომ ის, რასაც ბენეფიციარი განიცდის, არასდროს გამოგიცდიათ, მაგრამ გჯერათ, რომ მას აქვს ეს გამოცდილება. თუმცა, თუ არ არსებობს გზა, რომ ბენეფიციარს გულწრფელად დაეთანხმოთ, მაშინ შეთანხმდით არ დათანხმებაზე.

8. ჩამოაყალიბეთ წესები და დააწესეთ მკაფიო საზღვრები

ძირითადი რეკომენდაცია: შექმენით ბაზისური სამუშაო პირობები.

ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ბენეფიციარი მკაფიოდ იყოს ინფორმირებული მისაღები ქცევების თაობაზე. უთხარით, რომ საკუთარი თავის ან სხვისი დაზიანება მიუღებელია. თუ საჭირო გახდება, უთხარით, რომ ვინმეს დაზიანების შემთხვევაში ის შეიძლება დაიჭირონ და გაასამართლონ ან უკვე არსებული სასჯელი გაუმკაცრონ. ეს უნდა გაუზიაროთ, როგორც ფაქტობრივი ინფორმაცია და არა როგორც მუქარა.

ძირითადი რეკომენდაცია: საზღვრების დაწესება უნდა იყოს მართებული და შესრულდეს პატივისცემით.

დააწესეთ ბენეფიციართან საზღვრები იმის დემონსტრირებით, რომ თქვენ გაქვთ მისი დახმარების სურვილი და განზრახვა, მაგრამ არ გსურთ მისი მხრიდან დაზარალებული. თუ ბენეფიციარი სპეციალისტს არაკომფორტულად აგრძნობინებს თავს, ამის აღიარება უნდა მოხდეს. ბევრჯერ დაგვეხმარება ბენეფიციართან საუბარი იმის თაობაზე, რომ მისი ქცევები შემამინებელი, ან პროვოკაციულია. მნიშვნელოვანია ეს ფრაზა ემპათიურად ჟღერდეს და ბენეფიციარს განემარტოს, რომ დახმარების სურვილი შეიძლება გაქრეს იმ შემთხვევაში, თუ სპეციალისტი გაბრაზებული ან შეშინებული იქნება.

დასკვნის სახით ვიტყვით, რომ კარგი „სამუშაო პირობები“ ბენეფიციარისგანაც და სპეციალისტისგანაც მოითხოვს ურთიერთპატივისცემას. პატივისცემითა და ღირსებით მოქცევა ორმხრივი უნდა იყოს. საზღვრების დარღვევას უნდა მოჰყვეს შედეგები, რომლებიც (1) მკაფიოდ უკავშირდება კონკრეტულ ქცევას, (2) გონივრულია და (3) წარდგენილია თავაზიანად.

ზოგიერთი ქცევა, მაგ., კედელზე დარტყმა ან სკამის დამტვრევა, შესაძლოა, ავტომატურად არ ნიშნავდეს იზოლირების ან შეზღუდვის საჭიროებას და ბენეფიციარის დამშვიდება შეიძლება გაგრძელდეს მეტი საზღვრის დაწესებითა და შედეგებით, რომლებიც დარღვევას მოჰყვება. დაარწმუნეთ ბენეფიციარი, რომ გსურთ მას დაეხმაროთ საკუთარ ქცევაზე კონტროლის აღდგენასა და მისაღები ქცევების ჩამოყალიბებაში.

ძირითადი რეკომენდაცია: ასწავლეთ ბენეფიციარს როგორ შეინარჩუნოს კონტროლი.

მას შემდეგ, რაც ბენეფიციართან ურთიერთობა დაამყარეთ და გაარკვიეთ, რომ მას აქვს კონტროლის შენარჩუნების უნარი, ასწავლეთ, როგორ შეინარჩუნოს ის. გამოიყენეთ ფრთხილი დაპირისპირება ინსტრუქციებით: „მე მართლა მინდა, რომ დაჯდეთ. როცა წინ და უკან დადიხარ, მეშინია და ვერ ვაქცევ ყურადღებას იმას, რასაც მეუბნები. დარწმუნებული ვარ, შეგიძლია დამეხმარო იმის გაგებაში, რასაც მეუბნები, თუკი მშვიდად მომიყვები შენს სადარღებელს“.

9. შესთავაზეთ ალტერნატიული და ოპტიმისტური გზები

ძირითადი რეკომენდაცია: შესთავაზეთ არჩევანი.

ალტერნატივების შეთავაზება შეიძლება მძლავრი იარაღი აღმოჩნდეს იმ ბენეფიციარებისთვის, რომლებიც ფიქრობენ, რომ ბრძოლის ან გაქცევის გარდა აღარაფერი დარჩენიათ.

ვისაც სწამთ, რომ ფიზიკური ძალადობა აუცილებელი პასუხია, მათთვის ალტერნატივები გაძლიერების ერთადერთი წყაროა. აგრესიის ძალადობაში გადასვლის შესაჩერებლად იყავით მტკიცე და დაუყოვნებლივ შესთავაზეთ ალტერნატიული გზა ძალადობის სანაცვლოდ. ალტერნატივის შეთავაზებისას ისეთი რამეც შესთავაზეთ, რაც სიკეთედ აღიქმება, მაგალითად, საყოფაცხოვრებო ნივთები, ჟურნალები და წვდომა მობილურ ტელეფონთან. ბენეფიციარისთვის აგრესიული ქცევის შემაკავებელი ალტერნატივა შეიძლება საჭმელ-სასმელიც აღმოჩნდეს. დარწმუნდით, რომ შეთავაზებული არჩევანი რეალისტური იქნება. არასდროს დაჰპირდეთ ბენეფიციარს ისეთ რამეს, რისი შესრულებაც არ შეგეძლებათ. ნუ მოატყუებთ მას.

ძირითადი რეკომენდაცია: განიხილეთ მედიკამენტების საკითხი.

აღელვებული ბენეფიციარისთვის მედიკამენტის მიცემის მიზანი მისი „გათიშვა“ კი არა, დამშვიდებაა. როგორც ალენმა და კოლეგებმა აღნიშნეს, დამშვიდებული, საღ გონებაზე მყოფი პაციენტი არის ის, ვისაც შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს საკუთარ თავზე ზრუნვაში და იმუშაოს კრიზისის მართვის პრაქტიკოსთან შესაბამისი მკურნალობის დაგეგმვის პროცესში. ეს კი სასარგებლოა როგორც ბენეფიციარისთვის, ისე პერსონალისთვის. ამას შეუძლია დადებითი გავლენის მოხდენა გამოსავალზე. არ იჩქაროთ მედიკამენტების მიცემა, მაგრამ არც გაახანგრძლივოთ, როცა ამის საჭიროება დგება. დარწმუნების სტრატეგიების გამოყენება კარგი ტექნიკაა (ცხრილი 5.1). მაგალითად, პირველი ნაბიჯია არა მედიკამენტების ხსენება, არამედ ბენეფიციარის აზრის გაგება იმის თაობაზე, თუ რა სჭირდება, რა მუშაობს ამ შემთხვევაში. ეცადეთ, რომ მედიკამენტების მოთხოვნა თავად ბენეფიციარისგან წამოვიდეს, ან იქნებ უკეთესი იდეაც ჰქონდეს.

ცხრილი 5.1. მედიკამენტების საკითხის განხილვისას დარწმუნების ესკალაციის ტექნიკები	
რა გეხმარებათ ასეთ დროს?	სტრატეგია: ბენეფიციარის იდეების გაგება
ვფიქრობ, მედიკამენტი დაგეხმარებოდათ	სტრატეგია: ფაქტის აღნიშვნა
მე ნამდვილად ვფიქრობ, რომ ცოტა მედიკამენტი გჭირდებათ	სტრატეგია: დარწმუნება
თქვენ სამინელ კრიზისში ხართ. არაფერი მოქმედებს. მე მოგიტანთ აუცილებელ მედიკამენტებს. ის კარგად მუშაობს და უსაფრთხოა. თუ სერიოზულად დელავთ, მითხარით	სტრატეგია: დარწმუნება
მე დაჟინებით მოვითხოვ	სტრატეგია: დაძალება. რეალური საფრთხე. უკანასკნელი საშუალება.

თუ ბენეფიციარი არ ახსენებს მედიკამენტს, ხოლო კლინიცისტს მიაჩნია, რომ ეს მითითებული აქვს, მაშინ მკაფიოდ ჰკითხეთ ბენეფიციარს, რას ფიქრობს მედიკამენტის სარგებელზე. ჰკითხეთ წარსულში რომელი მედიკამენტი დაეხმარა ამ მდგომარეობის სამართავად: „ვხედავ, რომ საკმაოდ არაკომფორტულად ხართ. შეიძლება მედიკამენტი შემოგთავაზოთ?“

შესაძლოა, მისი მშვიდად ყოფნაში დარწმუნებაც გამოდგეს: „საუბარი რომ შევძლოთ, მნიშვნელოვანია, თქვენ მშვიდად იყოთ. როგორ მივაღწიოთ ამას? წამალს ხომ არ მიიღებდით?“

სხვა ნაბიჯი მედიკამენტის იძულებით მიცემაა. „ბატონო გიორგი, თქვენ კრიზისულ მდგომარეობაში ხართ. ვაპირებ, თქვენთვის აუცილებელი მედიკამენტი მოვატანინო“. ეს ნაბიჯი ავტორიტეტულია - მცოდნე, თავდაჯერებული, გამოცდილი, სხვის აზროვნებაზე გავლენის უნარის მქონე პირის მიერ თქმული და დამაჯერებელი. მედიკამენტის პერორალურად ან ინექციურად მიღების ალტერნატივამ შესაძლოა ბენეფიციარს გაუჩინოს კონტროლის განცდა, ხოლო არჩევანის შეთავა-

ზებით შეიძლება ნებაყოფლობით მიიღოს მედიკამენტი მაშინაც კი, თუ ამაზე არც უფიქრია. იმის გათვალისწინებით, რომ ბენეფიციარს აქვს სურვილი აკონტროლოს, ხოლო სპეციალისტს აქვს ვალდებულება, რომ ყველას უსაფრთხოება დაიცვას, ბენეფიციარს შეიძლება უთხრათ: „მე ვერ დავუშვებ, რომ შენ ან სხვას რამე დაგემართოთ“, ან „მე უნდა დაგიცვა სხვისგან მოყენებული ზიანისგან. ამიტომ მინდა, მედიკამენტი მიიღო, რათა საკუთარი ქვევების გაკონტროლება შეძლო“. შემდეგ სპეციალისტი იმდენჯერ გაუმეორებს შეკითხვას ბენეფიციარს, რამდენჯერაც საჭირო გახდება: „მედიკამენტის დალევა გირჩევნია, თუ ინექცია?“ დაცვის ასპექტის ხაზგასმა ძალიან მნიშვნელოვანია - ამას შეუძლია ბენეფიციარის ქვევების კონტროლის ეფექტურად გაძლიერება.

როდესაც დამშვიდების ვერბალური ცდები წარუმატებელია, უსაფრთხოების უზრუნველყოფისთვის შესაძლოა საჭირო გახდეს იძულებითი ზომები, როგორცაა ფიზიკური შეზღუდვა, ან ინექცირებადი მედიკამენტები, თუმცა, ეს ყოველთვის უკანასკნელი საშუალებაა.

ძირითადი რეკომენდაცია: იყავით ოპტიმისტურები და მიეცით იმედი.

იყავით ოპტიმისტურები, მაგრამ გულწრფელად. გააგებინეთ ბენეფიციარებს, რომ მდგომარეობა გაუმჯობესდება და ერთად იმუშავებენ ამ პრობლემაზე. როდესაც ბენეფიციარი ამბობს: „მე მინდა აქედან წასვლა“, სპეციალისტს შეუძლია უპასუხო: „მეც სწორედ ეს მინდა შენთვის. არ მინდა, რომ საჭიროზე მეტხანს გაჩერდე აქ. როგორ შეიძლება ვიმუშაოთ ერთად ისე, რომ აქედან წასვლა შეძლო?“

10. განიხილეთ ბენეფიციართან და პერსონალთან

ძირითადი რეკომენდაცია: განიხილეთ ბენეფიციართან ერთად.

აჟიტირებულ ბენეფიციართან ნებისმიერი იძულებითი ინტერვენციის ჩატარების შემდეგ, ამ ინტერვენციებზე პასუხისმგებელი პირის ვალდებულებაა იძულების აუცილებლობის და საჭიროების განხილვა იმისთვის, რომ აღდგეს თერაპიული ურთიერთობა და შემსუბუქდეს იძულებითი ინტერვენციების ტრავმული ბუნება, ასევე, შემცირდეს დამატებითი ძალადობის რისკი. დაიწყეთ იმის ახსნით, თუ რატომ იყო ეს ინტერვენცია აუცილებელი. ბენეფიციარს მიეცით საშუალება, რომ მოვლენები თავისი პერსპექტივიდან ახსნას. შეისწავლეთ აგრესიის მართვის ალტერნატივები იმ შემთხვევისთვის, თუ ბენეფიციარი ისევ აღელდება. ასწავლეთ მას, როგორ მოითხოვოს პაუზა და როგორ გამოხატოს ბრაზი მისაღები გზით. აუხსენით, თუ როგორ შეუძლია მედიკამენტებს ძალადობრივი ქმედებების პრევენცია და მიიღეთ ბენეფიციარის უკუკავშირი იმის თაობაზე, გვარდება თუ არა მისი პრობლემები. ბოლოს აუხსენით ბენეფიციარის ოჯახის წევრებს, რომლებიც შეესწრნენ ინციდენტს. მას შემდეგ, რაც ბენეფიციარი დამშვიდდება, კლინიცისტს შეუძლია მასთან უფრო ღრმა დონეზე მუშაობა. სპეციალისტს შეუძლია ბენეფიციარს პრობლემები პერსპექტივაში დაანახოს და თავდაპირველი გამომწვევი სიტუაციის პრობლემის გადაჭრაში დაეხმაროს. აგზნებადობის პრევენცია მკურნალობის საუკეთესო გზაა, ბენეფიციართან ერთად დაგეგმვაც ძალიან ეფექტურია: „რა გეხმარება, როდესაც ძალიან გაღიზიანებული ხარ, ისე, როგორც დღეს იყავი? სამომავლოდ რა შეგვიძლია ჩვენ/შენ გავაკეთოთ იმისთვის, რომ კონტროლი მოახერხო?“

ძირითადი რეკომენდაცია: განუმარტეთ პერსონალს.

თუ საჭიროა შეზღუდვის ან ძალის გამოყენება, მნიშვნელოვანია, რომ ინციდენტის შემდგომ პერსონალს დაუსაბუთოთ აღნიშნული ქმედებების აუცილებლობა. მნიშვნელოვანია პერსონალმა იცოდეს, რამ ჩაიარა წარმატებით და რა არის გამოსასწორებელი შემდეგი ეპიზოდისთვის.

როგორც უკვე ვახსენეთ, აჟიტაციასა და აგრესიას შორის ამკარა კორელაცია და ასოცირება არ არის აღმოჩენილი, თუმცა, აჟიტირებული ბენეფიციარების რაღაც ნაწილი აგრესიული ხდება. ასეთი ბენეფიციარის მართვა აგრესიის ტიპზეა დამოკიდებული. მოიერი აღწერს აგრესიის სხვადასხვა ტიპებს, რომლებიც შესაძლოა სხვადასხვა სიტუაციაში გამოვლინდეს: ჩაკეტილ დაწესებულებაში, ასევე სასწრაფო დახმარების განყოფილებაში, ამბულატორიული შეხვედრებისას, და ა.შ.

განმარტაბები

ბრაზი განიმარტება, როგორც ძლიერი და არაკომფორტული ემოციური განცდა, რომელიც წარმოიქმნება იმგვარი პროვოკაციული ქმედების საპასუხოდ, რომელიც პირისთვის არასასურველია და ეწინააღმდეგება მის ღირებულებებს, რწმენას და უფლებებს.

აგრესია არის ქცევითი რეაქცია, რომლის მიზანია ზიანის ან ტკივილის მიყენება. აგრესია შესაძლოა იყოს ფიზიკური ან ვერბალური.

აგრესიული ქცევის მახასიათებლები:

- ▶ აგრესიული ქცევა გამოიხატება ვერბალურად ან არავერბალურად
- ▶ აგრესიულმა პირმა შესაძლოა დაარღვიოს სხვისი პირადი სივრცე
- ▶ აგრესიული ქცევის დროს შესაძლოა ისაუბრონ ხმამაღლა და მეტი აქცენტებით
- ▶ ლაპარაკის დროს ხშირად ინარჩუნებენ ხანგრძლივი და ინტენსიური მზერით კონტაქტს, რაც მსმენელისთვის ხშირად პირად სივრცეში შემოჭრად აღიქმება
- ▶ ჟესტიკულაცია შესაძლოა იყოს ექსცენტრული და, ხშირად, დამაშინებელიც; მაგალითად, ხელების ქნევა ან მუშტების შეკვრა
- ▶ პოზა აღმართულია. ხშირად აგრესიული ადამიანი წინ არის გადახრილი სხვა ადამიანისკენ. საერთო შთაბეჭდილება იქმნება დომინანტურობის და ძალაუფლების ქონის.

აგრესიის ტიპები:

- ▶ ინსტრუმენტული აგრესია - აგრესია, რომელიც მიზნად ისახავს ობიექტის, უპირატესობის ან სივრცის მოპოვებას სხვა პირისთვის მიზანმიმართული და წინასწარგანზრახული ზიანის მიყენების გარეშე
- ▶ მტრული აგრესია - აგრესია, რომელიც მიზნად ისახავს სხვის დაზიანებას, მაგალითად, ვინმესთვის დარტყმა, წიხლის მოქნევა, მუქარა
- ▶ კომუნიკაციური აგრესია - მტრული აგრესიის ფორმა, რომლის დროსაც ვინმე ზიანს აყენებს სხვა ადამიანებს შორის ურთიერთობას, მაგალითად, ჭორების გავრცელებით ან სოციალური გარიყულობით.

მოიერი გვთავაზობს აგრესიის კლასიფიკაციას 6 ფორმით, ბიოლოგიური და ევოლუციური თეორიის მიხედვით:

1. მტაცებლური აგრესია - მტაცებლის თავდასხმა მსხვერპლზე
2. მამრთაშორისი აგრესია - კონკურენცია ერთი სახეობის მამრებს შორის რესურსების ხელმისაწვდომობისთვის, როგორცაა, მაგალითად, ამ სახეობის მდედრები, დომინირება და სტატუსი.
3. შიშით გამოწვეული აგრესია - დაკავშირებულია საფრთხისგან თავის დაღწევის მცდელობებთან
4. გაღიზიანებით გამოწვეული აგრესია - გამოწვეულია იმედგაცრუებით და მიმართულია ხელმისაწვდომი სამიზნის წინააღმდეგ
5. ტერიტორიული აგრესია - ფიქსირებული ტერიტორიის დაცვა თავდამსხმელებისგან, ტიპური კონფლიქტების მაგალითი
6. დედობრივი აგრესია - მდედრის აგრესია შთამომავლობის საფრთხისგან დასაცავად. არსებობს მამობრივი აგრესიაც
7. ინსტრუმენტული აგრესია - აგრესია, რომელიც მიმართულია გარკვეული მიზნის მისაღწევად, განიხილება, როგორც დასწავლითი რეაქცია გარკვეულ სიტუაციაში.

ბიბლიოგრაფია

1. [Janet S Richmond](#), MSW,* [Jon S Berlin](#), MD,† [Avrim B Fishkind](#), MD,‡ [Garland H Holloman, Jr](#), MD, PhD,§ [Scott L Zeller](#), MD,|| [Michael P Wilson](#), MD, PhD,¶ [Muhamad Aly Rifai](#), MD, CPE,# and [Anthony T Ng](#), MD, FAPA** Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup; *West J Emerg Med*. 2012 Feb; 13(1): 17–25. doi: [10.5811/westjem.2011.9.6864](https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864)
2. Lazare A, Eisenthal S, Wasserman L. The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. 1975;32:553–558.
3. Shame Lazare A. and humiliation in the medical encounter. *ARCH INTERN MED*. 1987;147:1653–1658.
4. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *J Affect Disord*. 1999;55:89–98.
5. Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatry*. 2000;61((suppl 14)):5–10.
6. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr*. 2007;12((suppl 17)):5–11.
7. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther*. 2010;32:403–425.
8. Holloman GH, Jr, Zeller SL. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med*. 2011;13:1–2.
9. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1562–1565.
10. Compton MT, Craw J, Rudisch BE. Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital. *Psychiatr Q*. 2006;77:173–188.
11. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv*. 2011;62:492–497.
12. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies. 2005;2005;2005;1111((suppl 1))((suppl 1)):110–112. 5–108. quiz in *J Psychiatr Pract*. *J Psychiatr Pract*.
13. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings NICE guideline Published: 28 May 2015 nice.org.uk/guidance/ng10
14. Strategies To De-escalate Aggressive Behavior in Psychiatric Patients Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services 5600 Fishers Lane Rockville, MD 20857 www.ahrq.gov
15. Laker C, Gray R, Flach C. Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010 Apr;17(3):222–8. PMID: 20465771.

თავი 6

თვითდაზიანების მართვა

რა არის თვითდაზიანება

თვითდაზიანება ან თვით-ზიანი არის ადამიანის მიერ საკუთარი სხეულის განზრახ დაზიანება, მედიკამენტების ან სხვა ნივთიერებების გადაჭარბებული დოზის მიღების (თვითმომწამვლა) ჩათვლით, ქმედების აშკარა მიზნის მიუხედავად.

თვითდაზიანება ყველა ასაკის ადამიანთან შეიძლება შეგვხვდეს, მაგრამ ბოლო დროს უფრო მეტი ახალგაზრდა აყენებს თავს ზიანს, ვიდრე უწინ. ზოგმა შეიძლება მხოლოდ ერთხელ მიმართოს თვითდაზიანებას, მაგრამ მოსახლეობის დაახლოებით მეხუთედი (20%) წელიწადში რამდენჯერმე იზიანებს თავს. თვითდაზიანების შემდეგ ადამიანთა უმეტესობა არ მიმართავს საავადმყოფოს, მაგრამ საავადმყოფოში წამსვლელებში შესაძლოა კიდევ უფრო მაღალი იყოს თვითდაზიანებისა და თვითმკვლელობის რისკი.

თვითდაზიანების სახეები

თვითდაზიანების ტიპები ან მეთოდები შეიძლება დაიყოს ორ დიდ ჯგუფად:

1. *თვითმომწამვლა*: თვითდაზიანების ეს ფორმა, როგორც წესი, გულისხმობს გამოწერილი ან ურეცეპტოდ გაცემული მედიკამენტების დოზის გადაჭარბებას. ადამიანთა მცირე პროცენტი მიზანმიმართულად იღებს სახიფათოდ დიდი რაოდენობით უკანონო ნარკოტიკს ან იწამლავს თავს სხვა ნივთიერებით.

2. *თვითდაზიანება ჭრილობის მიყენებით*: თვითდაზიანების ეს ფორმა უფრო ხშირია, ვიდრე თვითმომწამვლა პოპულაციაში. მოზარდებში თვითდაზიანების შემთხვევათა თითქმის ნახევარი ჭრილობით მიყენებულ დაზიანებაზე მოდის. ნაკლებად გავრცელებული მეთოდებია დაწვა, მოხრჩობა, დარტყმა, საგნების გადაყლაპვა, გადახტომა სიმაღლიდან ან მანქანების წინ ჩახტომა, და სხვ.

მართლმსაჯულებრივ კონტექსტში თვითდაზიანება რთული ფენომენია და სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. ისტორიულად, მის კვლევას აფერხებს თანმიმდევრული ტერმინოლოგიის ნაკლებობა, ისევე, როგორც გაურკვევლობა იმის განსაზღვრაში, თუ რას წარმოადგენს თვითდაზიანება.

არ არსებობს ყოვლისმომცველი მონაცემები სასჯელადსრულების დაწესებულებებში თვითდაზიანების შესახებ, მაგრამ ბოლო კვლევები აჩვენებს, რომ ზრდასრულთა 15%-მდე და ახალგაზრდების 24%-მდე პატიმრობაში ყოფნისას თვითდაზიანებას მიმართავს (განსაზღვრული, როგორც „დაზიანების მიყენება სიკვდილის განზრახვის გარეშე“); მაჩვენებლები კიდევ უფრო მაღალია, როდესაც ადამიანს აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამლილობები (61%-მდე).

ტერმინი „თვითდაზიანება“, ჩვეულებრივ, გამოიყენება ქცევების ფართო სპექტრის აღწერისთვის, როდესაც ადამიანები განზრახ აყენებენ საკუთარ თავს ფიზიკურ ზიანს. ამ ქცევის ტერმინოლოგია განსხვავდება და შეიძლება შეიცავდეს ტერმინებს, როგორცაა „თვითმკვლელობის მცდელობა“, „განზრახ თვითდაზიანება“, „პარასუიციდი“ და „თვითდასახიჩრება“. განსაკუთრებით რთულად გადასაწყვეტი საკითხია, როგორ შევიტანოთ ადამიანის მოტივაცია ან „განზრახვა“ თვითდაზიანების განმარტებებში. ზოგი მოსაზრებით, თვითდაზიანების განმარტება უნდა მოიცავდეს იმ ქმედებებს, სადაც ვინმეს აქვს საკუთარი თავის მოკვლის მცდელობა, სხვები ამტკიცებენ, რომ განმარტება უნდა მოიცავდეს მხოლოდ სიკვდილის განზრახვის გარეშე განხორციელებულ ქმედებებს. სხვადასხვა პარადიგმა ართულებს ფენომენის განსაზღვრას - განზრახვის არსებობას ან არარსებობას, რადგან განზრახვა თავისთავად ძნელი შესაფასებელია და ის შეიძლება არც იყოს რელევანტური ფიზიკურ ზიანთან, რომელსაც ადამიანი მიიყენებს.

სასჯელადსრულების დაწესებულებები ცალკე საკითხია და მოკლედ შევეხებით ამ კონტექსტს. პენიტენციურ სისტემაში თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების გაზრდილი მაჩვენებლების მიზეზები უამრავია - დაწყებული ციხის პოპულაციის მანასიათებლებით, პატიმრობის გამოცდი-

ლებით, გარემოს საერთო მახასიათებლებით და სხვ. სასჯელაღსრულების სისტემაში ბევრი ადამიანი უკვე მრავალი ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორით შედის, რაც „ადვილებს“ მათ ჩართვას თვითმკვლელობის ან თვითდაზიანებების ქცევაში. რისკ-ფაქტორებს შორისაა სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის ან/და ნივთიერების ავადმომხმარებლის პრობლემები, ანამნეზში ტრავმის და თვითდაზიანების, თვითმკვლელობის მცდელობის და ბოლოდროინდელი სუიციდური აზრები. ამას თან ერთვის გარემოსდაცვითი რისკ ფაქტორები, როგორცაა სტრესი სასჯელაღსრულებით გარემოში და ტრავმა დაკავების დროს. ერთად, ეს რისკ-ფაქტორები ადამიანებს სუიციდისა და თვითდაზიანების განსაკუთრებით მაღალი რისკის ქვეშ აყენებს.

გარდა ამ ქცევებით გამოწვეული პირდაპირი ზიანისა, პერსონალი ან სხვა ადამიანები, რომლებიც თვითმკვლელობის ან თვითდაზიანების ქმედებების მომსწრენი არიან, ასევე სერიოზული რისკის ქვეშ არიან ფსიქოლოგიური ზემოქმედების გამო და ხშირად უვითარდებათ ისეთი პრობლემური მდგომარეობა, როგორცაა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა. ისინი ასევე განიცდიან პროფესიულ გადაწვას ან მეორად ტრავმატიზაციას, და დროთა განმავლობაში შესაძლოა გახდნენ აპათურები და „განრიდებულნი“ საკუთარი საქმიანობისგან.

თვითდაზიანებების მქონე ადამიანების შედარებით მცირე რაოდენობაც კი შეიძლება მნიშვნელოვანი გამოწვევა გახდეს დაწესებულებებისთვის და იქ მომუშავე ადამიანებისთვის - თვითდაზიანების შემთხვევები მოიხმარენ მნიშვნელოვან ინსტიტუციურ რესურსებს დარღვეული რუტინის, პერსონალის მაღალი სტრესის დონის და უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული რისკების გამო.

რატომ იზიანებენ თავს ადამიანები?

ადამიანები თავს იზიანებენ ბევრი მიზეზის გამო, მათ შორის:

- ▶ **თავის უკეთ საგრძნობად:** თვითდაზიანებამ შეიძლება გამოათავისუფლოს ისეთი გრძნობები, როგორცაა სიბრაზე და შფოთვა; ისინი, ვინც გრძნობენ გაშეშებას, ემოციურ გაყინვას (მაგ., ფსიქოლოგიური ტრავმების გამო), თვითდაზიანებას „რაიმეს“ შესაგრძნობად იყენებენ.
- ▶ **ემოციური ტკივილის გადმოსაცემად:** ისინი, ვინც ამ მიზეზით თავს იზიანებენ, ღიად აჩვენებენ თავიანთ ჭრილობებს, როგორც დახმარების თხოვნის „ფარულ შეტყობინებას“.
- ▶ **კონტროლის დაბრუნების განცდისთვის:** ადამიანებს, რომლებიც თავს იზიანებენ, შეიძლება თავი უსუსური ეგონოთ და დაბალი თვითშეფასება ჰქონდეთ. თვითდაზიანება კი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც კონტროლის აღდგენის საშუალება. ეს განსაკუთრებით ხშირია მათში, ვისაც აქვს მასზე ძალადობის, ბულინგის, ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების, ფსიქოტრავმის გამოცდილება. ამ შემთხვევებში ხშირად არის გამოხატული უძლურების, საკუთარი თავის ზიზღის და დაბალი თვითშეფასების გრძნობა.
- ▶ **თავის დასასჯელად:** ადამიანები, რომლებიც თავს იზიანებენ, შეიძლება თავს ისჯიდნენ, რადგან ეგონოთ, რომ დამნაშავეები არიან თავიანთი სურვილების, გრძნობების, ფიქრების და ა.შ. გამო.

როგორია თვითდაზიანების გააფრთხილებელი ნიშნები?

უადრესად ძნელია, ამოიცნო ადამიანი, რომელიც თვითდაზიანებას აპირებს (ისევე, როგორც რთულია სუიციდის განზრახვის მქონე პირის ამოცნობა). ქვემოთ მოცემულია რამდენიმე ნიშანი, რომლებიც შესაძლოა თვითდაზიანების შემთხვევაში შეგვხვდეს.

ადამიანი, რომელიც თავს იზიანებს, შეიძლება:

- ▶ იყოს გახსნილი, ან უფრო მშვიდი, ან უფრო თავშეკავებული, ვიდრე ჩვეულებრივ
- ▶ შეწყვიტოს თავისი რეგულარული საქმიანობა
- ▶ ჰქონდეს განწყობის სწრაფი ცვლილებები
- ▶ ადვილად ბრაზდებოდეს ან ფეთქდებოდეს
- ▶ გადაიტანოს მნიშვნელოვანი ტრავმული გამოცდილება, მაგალითად, მისთვის მნიშვნელოვან ადამიანთან დამორება; ოჯახის დანგრევა, მათ შორის, მშობლების დამორება, და ა.შ.

- ▶ აღენიშნებოდეს ცუდი აკადემიური მოსწრება, როდესაც, ჩვეულებრივ, ძალიან კარგად სწავლობდა
- ▶ აღმოაჩნდეს აუხსნელი ჭრილობები ან ნაკაწრები
- ▶ ატარებდეს ამინდისთვის შეუფერებელ ტანსაცმელს, მაგალითად, გრძელსახელოებიან სამოსს სიცხეში

ემპირიული დაკვირვებების და კვლევების შედეგად გამოყოფილია ე.წ. თვითდაზიანების მაღალი რისკის ინდიკატორები:

- ▶ დაბალი გუნებ-განწყობა
- ▶ ქცევის მნიშვნელოვანი ცვლილებები
- ▶ უიმედობის გამოხატვა
- ▶ დაბალი თვითშეფასება და თვითდესტრუქციული აზრები
- ▶ ოჯახის მხარდაჭერის ნაკლებობა
- ▶ სუიციდური აზრების გამოხატვა
- ▶ წინარე თვითდაზიანება
- ▶ შესაძლო ძალადობა, მათ შორის სექსუალური ძალადობა
- ▶ უგულებელყოფის გამოცდილება
- ▶ კრიმინალური და სექსუალური ექსპლუატაცია
- ▶ ბულინგი, მათ შორის ონლაინ ბულინგი (სოციალური მედით)
- ▶ ნივთიერების ავადმომხმარება, ალკოჰოლის ჩათვლით

ის ემოციური პრობლემები, რამაც შეიძლება ვინმე თვითდაზიანებამდე მიიყვანოს, შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- ▶ *ფსიქოლოგიური მიზეზებით* – როგორცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, მათ შორის დეპრესია, სტრესი, შფოთვა, პიროვნული აშლილობა, კვებითი აშლილობები და სხვ.
- ▶ *ნეიროგანვითარების სირთულეებით* – აუტისტური სპექტრის აშლილობების, ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის (ADHD) ან სწავლის სირთულეების მქონე ბავშვებს ზოგჯერ ახასიათებთ იმპულსური ქცევა ან ემოციების კონტროლის სირთულე, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს თვითდაზიანების გაზრდილი რისკი.
- ▶ *ზრუნვის ნაკლებობით ან არარსებობით* – მზრუნველობამოკლებულ ბავშვებში არსებობს თვითდაზიანების რისკი ბავშვობის არასასურველი გამოცდილების (მაგ., ძალადობა და/ან უგულებელყოფა) და მუდმივი ტოქსიკური სტრესის გამო. ასევე, დაუცველები არიან მოზარდები, რომლებმაც დატოვეს სახელმწიფო ზრუნვის სისტემა 18 წლის ასაკში.
- ▶ *თანატოლებთან პრობლემებით/სიძნელეებით* – ასეთია დაშინება, სირთულეები სამსახურში ან სკოლაში (განსაკუთრებით გამოცდების პერიოდში), ქცევის კოპირება (გამეორება), თანატოლების/სოციალური მედიის ზეწოლა, მეგობრებთან ან ოჯახთან რთული ურთიერთობა, ფულის შოვნაზე ზრუნვა, მართობა, დაბალი თვითშეფასება და თავდაჯერებულობა, სევდა, ემოციური გაშეშება, ცხოვრებაზე კონტროლის ნაკლებობა, მშობლების ფსიქიკური ჯანმრთელობა, მშობლების მიერ ალკოჰოლისა და ნივთიერების ავადმომხმარება.
- ▶ *იდენტობასთან დაკავშირებული გაურკვევლობით* – მაგალითად, შეგუება სექსუალობასთან, თუ ფიქრობს, რომ შეიძლება იყოს გეი ან ბისექსუალი, და სხვა; ან გამკლავება კულტურულ ან რელიგიურ მოლოდინებთან (მაგ., გარიგებით ქორწინება).
- ▶ *ტრავმით* – გამოწვეული ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობით, ოჯახის წევრის ან მეგობრის გარდაცვალებით (თვითმკვლელობით სიკვდილმა შეიძლება გაზარდოს თვითდაზიანების რისკი), სისხლის სამართლის სისტემასთან კონტაქტით, ოჯახში ძალადობის ზემოქმედებით, სპონტანური აბორტით, ან სხვა მიზეზით.

ამ ფაქტორებმა შეიძლება გამოიწვიოს ბრაზის, დანაშაულის, უიმედობისა და საკუთარი თავის სიძულვილის ძლიერი გრძნობების დაგროვება. ადამიანმა შეიძლება არ იცოდეს, ვის მიმართოს დახმარებისთვის და ასეთ დროს თვითდაზიანება შეიძლება გახდეს ამ ჩახშობილი გრძნობების გათავისუფლების საშუალება.

ძალიან მოკლედ შევეხოთ თვითდაზიანებასა და სუიციდის მცდელობას შორის განსხვავებასაც.

რით განსხვავდება თვითდაზიანება სუიციდური აზრებისა და ქცევისგან? ქვემოთ მოყვანილი ცხრილიდან (ადაპტირებულია Klonsky, May & Glenn, 2014 წ.) ჩანს, რომ თვითდაზიანება განსხვავდება თვითმკვლელობის მცდელობისაგან სიხშირით, მეთოდით, სიმძიმით და მიზნებით.

ცხრილი 6.1. განსხვავებები თვითდაზიანებასა და სუიციდს შორის		
	თვითდაზიანება	სუიციდის მცდელობა
სიხშირე	ინციდენტები ძალიან ხშირია	გაცილებით ნაკლებად ხდება
მეთოდი	გაჭრა, დაწვა, მოწამვლა	სხვადასხვა
სიმძიმე	ნაკლებად მძიმეა	უადრესად მძიმეა; ზოგჯერ სრულდება ლეტალურად
განზრახვა	შეიძლება ხდებოდეს სუიციდური იმპულსების ასაშორებლად, და სხვ. (იხ. ზემოთ)	ხდება სიკვდილის სურვილით

თვით-დაზიანების მართვის რეკომენდაციები

პირველ რიგში, მნიშვნელოვანია: ადამიანები, რომლებიც თავს იზიანებენ, დარწმუნდნენ, რომ მათ:

- ▶ ეპყრობიან კეთილად, ღირსებით და პატივისცემით
- ▶ უსმენენ და მხარს უჭერენ
- ▶ აქვთ საჭირო ინფორმაცია, რომელიც შეუძლიათ წაიკითხონ და გაიგონ ადვილად
- ▶ მხარს უჭერენ საჭირო დროს, საჭირო ადგილას, სწორი პროფესიული მიდგომით
- ▶ ლეტალურად შეაფასებენ საჭირო ზრუნვის და მხარდაჭერის მისაღებად.

გადაწყვეტილებების ერთად მიღება

ზრუნვის შესახებ გადაწყვეტილებები საუკეთესოა, როდესაც ისინი ბენეფიციართან ერთად მიიღება. გადაწყვეტილების მიღებაში დასახმარებლად ბენეფიციარი უნდა დაფიქრდეს:

- ▶ რა არის მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი – რისი მიღება სურს ნებისმიერი მხარდაჭერის ან თერაპიისგან?
- ▶ რა აწუხებს ყველაზე მეტად - არის თუ არა რისკები ან საკითხები, რომლებიც სხვებზე მეტად აწუხებს?
- ▶ როგორ იმოქმედებს მხარდაჭერა და თერაპია მის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე?
- ▶ რა გაუმჯობესებას შეიძლება ელოდოს?

თუ მოწოდებული ინფორმაციის გასაგებად მეტი მხარდაჭერა სჭირდება, შეუძლია მიმართოს თავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს.

ფსიქოსოციალური შეფასება და ზრუნვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მიერ

თვითდაზიანების ეპიზოდის შემდეგ, რაც შეიძლება მალე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა უნდა გააკეთოს ფსიქოსოციალური შეფასება. ამისთვის საჭიროა:

- ▶ ჩამოყალიბოს ბენეფიციართან თანამშრომლობითი თერაპიული ურთიერთობა
- ▶ დაიწყოს ბენეფიციართან საერთო აზრის ჩამოყალიბება იმის შესახებ, თუ რატომ მიაყენა მან საკუთარ თავს ზიანი
- ▶ უზრუნველყოს, რომ ბენეფიციარი მიიღებს საჭირო ზრუნვას
- ▶ მიაწოდოს ბენეფიციარს და მისი ოჯახის წევრებს ან მზრუნველებს (როგორც საჭიროა) ინფორმაცია მათი მდგომარეობისა და დიაგნოზის შესახებ.
- ▶ თუ თვითდაზიანების მქონე ბენეფიციარი ინტოქსიცირებულია ნარკოტიკებით ან ალკოჰოლით, შეათანხმოს გუნდის წევრებთან/კოლეგებთან (და ბენეფიციართან, თუ შესაძლებელია) რა დაუყოვნებელი დახმარებაა საჭირო (მაგალითად, დახმარება და რჩევა სამედიცინო შეფასებისა და მკურნალობის შესახებ).
- ▶ არ გამოიყენოს ამონასუნთქში ან სისხლში ალკოჰოლის დონე ფსიქოსოციალური შეფასების გადაღების მიზნით.
- ▶ დარწმუნდეს, რომ თუ ბენეფიციარს არ შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს ფსიქოსოციალურ შეფასებაში, იმას მაინც შეძლებს, ჩაერთოს საკუთარი მდგომარეობის რეგულარულ განხილვაში, რაც შეიძლება მალე.
- ▶ თუ ბენეფიციარი, რომელმაც თვითდაზიანება მიიღო, დათანხმდა ზრუნვის გეგმას, ფჯ სპეციალისტმა გადაამოწმოს ეს გეგმა და შეძლებისდაგვარად მიჰყვეს მას.
- ▶ ჩაატაროს ფსიქოსოციალური შეფასება ისეთ სივრცეში, სადაც შესაძლებელია კონფიდენციალურად საუბარი, მოსმენის გარეშე.
- ▶ აღწეროს თვითდაზიანების საშუალებები და, თუ ისინი კვლავ ხელმისაწვდომია ბენეფიციარისთვის, განიხილოს მათი ფიზიკურად მოშორება თერაპიული თანამშრომლობით ან მოლაპარაკებით.
- ▶ მოიძიოს ბენეფიციარის ზრუნვაში ჩართული პირების, მათ შორის, ოჯახის წევრების და მზრუნველების (საჭიროებისამებრ) თანხმობა ინფორმაციის შესაგროვებლად, რაც საჭიროა თვითდაზიანების კონტექსტის და მიზეზების დასადგენად.

როდესაც ბენეფიციარი მიმართავს ჯანდაცვის პროფესიონალს ან სოციალური დაცვის პრაქტიკოსს თვითდაზიანების ეპიზოდის შემდეგ, პროფესიონალმა რაც შეიძლება მალე უნდა დაადგინოს:

- ▶ ტრავმის სიმძიმე და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროება
- ▶ ბენეფიციარის ემოციური და ფსიქიკური მდგომარეობა და დისტრესის დონე
- ▶ არსებობს თუ არა შფოთვის საბაზი ბენეფიციარის შემდგომი უსაფრთხოების შესახებ
- ▶ აქვს თუ არა ბენეფიციარს ზრუნვის გეგმა
- ▶ საჭიროა თუ არა ბენეფიციარის გადამისამართება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან შემდგომი შეფასებისთვის
- ▶ ფსიქოსოციალური შეფასების განხორციელებისას მაქსიმალურად გაითვალისწინოს ბენეფიციარის საჭიროებები და პრეფერენციები. მაგალითად, ფსიქოსოციალური შეფასება ჩაატაროს იმ სქესის სპეციალისტმა, რომელსაც ეს პიროვნება ითხოვს.

ფსიქოსოციალური შეფასების დროს ფჯ სპეციალისტმა უნდა გაითვალისწინოს:

- ▶ ბენეფიციარის ღირებულებები, სურვილები და რა მნიშვნელობა აქვს მისთვის თვითდაზიანების ქმედებას
- ▶ ფსიქოლოგიური ინტერვენციების, სოციალური მზრუნველობისა და მხარდაჭერის, ან პროფესიული ან პროფესიული რეაბილიტაციის საჭიროება
- ▶ ნებისმიერი ხარისხის სწავლის უნარის დაქვეითება, ნეიროგანვითარების პირობები ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები

- ▶ ბენეფიციარის მკურნალობის პრეფერენციები.

თვითდაზიანების ყოველი ეპიზოდი დამოუკიდებლად უნდა განიხილებოდეს. თვითდაზიანების მიზეზები შეიძლება განსხვავდებოდეს ეპიზოდიდან ეპიზოდამდე.

მიზანშეწონილია ოჯახისა და მზრუნველების ჩართვა.

ფსიქოსოციალური შეფასების დროს შესასწავლია ბენეფიციარის ძლიერი, რესურსული მხარეები, მოწყვლადობა და საჭიროებები.

მოზარდების და ახალგაზრდების შეფასებისას, უნდა გამოიკითხოს:

- ▶ მათი სოციალური ცხოვრების, თანატოლთა ჯგუფის, განათლების და საშინაო პრობლემების შესახებ
- ▶ სოციალური მედიისა და ინტერნეტის გამოყენების შესახებ და მათ გავლენაზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და კეთილდღეობაზე

სწავლის უნარის დარღვევის მქონე ბენეფიციარის შემთხვევაში, რომელმაც თავი დაიზიანა, დარწმუნდით, რომ ფსიქოსოციალურ შეფასებას ჩაატარებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალი, რომელიც გამოცდილია სწავლის უნარის დარღვევის მქონე იმ ადამიანების შეფასებაში, რომლებიც თავს იზიანებენ.

თვითდაზიანების ჩამდენ ბენეფიციართან ერთად, და მათ ოჯახის და მზრუნველების ჩართვით (საჭიროების შემთხვევაში), უნდა შემუშავდეს ან გადაიხედოს ზრუნვის გეგმა ფსიქოსოციალურ შეფასებაში განსაზღვრული საჭიროებებისა და უსაფრთხოების საკითხების ძირითადი სფეროების გათვალისწინებით.

ზრუნვის/მოვლის ინდივიდუალური გეგმის ასლი მალევე უნდა გადაეცეს ბენეფიციარს და გაზიარდეს გუნდის შესაბამის წევრებს შორის.

თუ ბენეფიციარს აღენიშნება თვითდაზიანების ხშირი ეპიზოდები ან თუ მკურნალობა არ იყო ეფექტური, ფქ სპეციალისტმა უნდა ჩაატაროს მულტიდისციპლინური მიმოხილვა იმ ბენეფიციართან და მათთან, ვინც მის ზრუნვასა და მხარდაჭერაში მონაწილეობს, ასევე, სხვა პირებთან ერთად, ვისი ჩართვაც სპეციალისტს მიზანშეწონილად მიაჩნია. საჭიროა შედგეს ერთობლივი მიდგომის სტრატეგია. რაც უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- ▶ სათანადოდ გაწვრთნილი პროფესიონალის ან პრაქტიკოსის იდენტიფიცირება, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს ამ ბენეფიციარზე ზრუნვას და იმოქმედებს როგორც საკონტაქტო პერსონა/შემთხვევის მენეჯერი
- ▶ არსებული ზრუნვისა და მხარდაჭერის განხილვა და ნებისმიერ საჭირო სერვისზე მიმართვის უზრუნველყოფა
- ▶ ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმის შემუშავება
- ▶ თვითდაზიანების მომავალი ეპიზოდების უსაფრთხოების გეგმის შემუშავება, რომელიც უნდა დაიწეროს და შეთანხმდეს თვითდამაზიანებელ პირთან.

რისკის შეფასების ინსტრუმენტები და შკალები

- ▶ არ გამოიყენოთ რისკის შეფასების ინსტრუმენტები და შკალები მომავალი თვითმკვლელობის მცდელობის ან თვითდაზიანების განმეორების პროგნოზირებისთვის.
- ▶ არ გამოიყენოთ რისკის შეფასების ინსტრუმენტები და შკალები იმის დასადგენად, თუ ვის უნდა შესთავაზონ და არ უნდა შესთავაზონ მკურნალობა, ან ვინ უნდა გაწერონ.
- ▶ არ გამოიყენოთ გლობალური რისკის სტრატეგიკაცია დაბალ, საშუალო ან მაღალ რისკებად მომავალი თვითმკვლელობის ან თვითდაზიანების განმეორების პროგნოზირებისთვის.
- ▶ არ გამოიყენოთ გლობალური რისკის სტრატეგიკაცია დაბალ, საშუალო ან მაღალ რისკებად, იმის დასადგენად, თუ ვის უნდა შესთავაზონ მკურნალობა ან ვინ უნდა გაწერონ.

- ▶ შეფასების ფოკუსი მიმართეთ ბენეფიციარის საჭიროებებზე და იმაზე, თუ როგორ უნდა შეუწყოს ხელი მის უშუალო და გრძელვადიან ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ უსაფრთხოებას.
- ▶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა უნდა განავითარონ რისკის ფორმულირება, როგორც ყოველი ფსიქოსოციალური შეფასების ნაწილი.
- ▶ არ გამოიყენოთ ავერსიული მოპყრობა, სადამსჯელო მიდგომები ან სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების მიდგომები, როგორც ინტერვენცია ხშირი თვითდაზიანების ეპიზოდებში.

ზრუნვა თვითდაზიანების ეპიზოდის შემდეგ

ამ სექციის რეკომენდაციები ვრცელდება ყველა ჯანდაცვის პროფესიონალზე და სოციალური დაცვის პრაქტიკოსზე.

თვითდაზიანების ეპიზოდის შემდეგ განიხილეთ და შეათანხმეთ ბენეფიციართან, მის ოჯახის წევრებთან და მზრუნველებთან (საჭიროებისამებრ) პირველადი შემდგომი ზრუნვის მიზანი, ფორმატი, სიხშირე და ის, თუ რომელი სერვისები იქნება ჩართული მათზე ზრუნვაში. ჩაწერეთ ეს ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმაში და დარწმუნდით, რომ ბენეფიციარს, მის ოჯახს წევრებს და მზრუნველებს აქვთ გეგმის ასლი და საკონტაქტო ინფორმაცია იმ გუნდისთვის, რომელიც უზრუნველყოფს შემდგომ ზრუნვას.

თუ ადამიანისთვის არსებობს სიცოცხლის საფრთხის რისკი თვითდაზიანების ეპიზოდის შემდეგ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდმა, რომელმაც ჩაატარა ფსიქოსოციალური შეფასება, უნდა უზრუნველყოს თავდაპირველი შემდგომი ზრუნვა დაზიანებიდან 48 საათის განმავლობაში.

ახალი სისტემური მიმოხილვითი და მეტა-ანალიზური კვლევა აჩვენებს, რომ პრევენციული დონის ძიებები ეფექტურია თვითმკვლელობით სიკვდილის, თვითდაზიანების და თვითმკვლელობის აზრების შესამცირებლად მართლმსაჯულებით გარემოში. მრავალკომპონენტური პროგრამები, რომლებიც მოიცავს რამდენიმე პრევენციულ აქტივობას, როგორც ჩანს, ყველაზე ეფექტურია თვითმკვლელობით სიკვდილიანობის შესამცირებლად.

შესთავაზეთ სტრუქტურირებული, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია (CBT), რომელიც სპეციალურად მორგებულია მათზე, ვინც თავს იზიანებს.

დარწმუნდით, რომ ჩარევა

- ▶ იწყება შეძლებისდაგვარად მალე
- ▶ ჩვეულებრივ, გრძელდება 4-დან 10 სესიამდე, თუმცა, შეიძლება მეტიც - ინდივიდუალური საჭიროებიდან გამომდინარე
- ▶ მორგებულია ადამიანის საჭიროებებზე და პრეფერენციებზე

მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის, ვისაც მნიშვნელოვანი ემოციური დისრეგულაციის სირთულეები აღენიშნება, და რომლებსაც აქვთ თვითდაზიანების ხშირი ეპიზოდები, განიხილეთ მოზარდებისთვის ადაპტირებული დიალექტიკური ქცევითი თერაპიის (DBT-A) გამოყენება.

მიმართეთ Mindfulness-ზე დაფუძნებულ თერაპიას, რომელიც ადამიანს ეხმარება იცხოვროს აწმყოში და გაუმკლავდეს რთულ ემოციებსა და ნეგატიურ აზრებს, შეამციროს შფოთვა და დეპრესია და გაიუმჯობესოს ზოგადი კეთილდღეობა.

ინდივიდუალური თერაპიის სესიების გარდა, შეიძლება ოჯახური ან ჯგუფური თერაპიული სესიების გამართვა.

სპეციალისტი სათანადოდ უნდა იყოს გაწვრთნილი და ჰქონდეს სუპერვიზიის ჩატარების შესაძლებლობა იმ თერაპიაში, რომელსაც სთავაზობს ბენეფიციარს.

ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული მიდგომის გამოყენებით ითანამშრომლეთ ბენეფიციართან მისი გადაწყვეტილებების იდენტიფიცირებისთვის, რათა შემცირდეს თვითდაზიანების განმეორების რისკი პრობლემები.

განიხილეთ უსაფრთხოების გეგმის შემუშავება იმ ბენეფიციართან ერთად, ვინც თავი დაიზიანა. უსაფრთხოების გეგმებში ასახული უნდა იყოს:

- ▶ თვითდაზიანების დადგენილი საშუალებები
- ▶ გაზრდილი დისტრესის, შემდგომი თვითდაზიანების ან სუიციდური კრიზისის გამომწვევი და გამაფრთხილებელი ნიშნები
- ▶ გამკლავების ინდივიდუალური სტრატეგიები, მათ შორის, პრობლემების (რაც შეიძლება ბარირს ქმნიდეს) განსაზღვრის და გადაჭრის სტრატეგიები
- ▶ იდენტიფიცირებული სოციალური კონტაქტები და სოციალური გარემო, როგორც სუიციდური აზრებისგან ყურადღების გადატანის ან კრიზისის დეესკალაციის საშუალება
- ▶ იდენტიფიცირებული ოჯახის წევრები და მეგობრები, ვინც მხარდაჭერას უზრუნველყოფს და/ან კრიზისის დაძლევაში დაეხმარება
- ▶ კრიზისული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საკონტაქტო ინფორმაცია

უსაფრთხოების გეგმა უნდა იყოს მკაფიოდ შედგენილი და ხელმისაწვდომი თვითდაზიანებელი ადამიანისთვის, პროფესიონალებისა და პრაქტიკოსებისთვის, რომლებიც ჩართულნი არიან კრიზისის დროს მასზე ზრუნვაში.

ნუ გამოიყენებთ დიაგნოზს, ასაკს, ნივთიერების ავადმომხარებას ან თანაარსებულ პირობებს თვითდაზიანების ფსიქოლოგიური ჩარევების შეჩერების მიზნად.

არ შესთავაზოთ მედიკამენტით მკურნალობა, როგორც სპეციფიკური ჩარევა თვითდაზიანების შესამცირებლად.

ბენეფიციართა მხარდაჭერა თვითდაზიანების შემდეგ უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად

- ▶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა უნდა უზრუნველყონ ზრუნვის უწყვეტობა (სადაც ეს შესაძლებელია).
- ▶ პერსონალი, რომელიც არ არის გადამზადებული კლინიკურ დაკვირვაებაში (მაგალითად, დაცვის პერსონალი ან სტაჟიორი) არ უნდა იყოს ჩართული იმ ბენეფიციარზე ზრუნვის პროცესში, რომელმაც თავი დაიზიანა.
- ▶ ზრუნვის გეგმები უნდა ეყრდნობოდეს ბენეფიციარის ძლიერ მხარეებს და დაძლევის ადაპტაციურ სტრატეგიებს.
- ▶ მონაწილეობა მიიღეთ რეგულარულ შეფასებებში, რომელიც ტარდება გადაწყვეტილებების გადახედვის მიზნით.
- ▶ საჭიროების შემთხვევაში, უსაფრთხოებაზე ზრუნვა უნდა გრძელდებოდეს ფსიქიატრიულ მკურნალობასთან ერთად.
- ▶ დარწმუნდით, რომ თვითდაზიანების მქონე პირებთან მომუშავე პერსონალი თვალსაჩინო და ხელმისაწვდომია ამ ადამიანებისთვის.
- ▶ შეაფასეთ გარემოს უსაფრთხოება; დააბალანსეთ პიროვნების ავტონომიის პატივისცემა შეზღუდვების საჭიროებასთან. გამოიყენეთ ყველაზე ნაკლებად შემზღუდავი ზომები.
- ▶ განიხილეთ ნივთების ამოღება, რომლებიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს თვითდაზიანების მიზნით და ამ გადაწყვეტილებაში ჩართეთ პირი, რომელმაც თვითდაზიანებას მიმართა.

მედიკამენტების უსაფრთხო დანიშვნა და გაცემა

მედიკამენტების დანიშვნისას იმ პირისთვის, ვინც თავი დაიზიანა ან შეიძლება მომავალში დაიზიანოს, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა გაითვალისწინონ:

- ▶ გამოწერილი მედიკამენტების ტოქსიკურობა ჭარბი დოზის მიღების რისკის მქონე პირების შემთხვევაში (მაგალითად, ოპიატის შემცველი ტკივილგამაყუჩებლები და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები)

- ▶ რეკრეაციული ნივთიერებების და ალკოჰოლის ავადმომხარების რისკი და შესაძლო ურთიერთქმედება გამოწერილ მედიკამენტებთან
- ▶ ერთობლივი გადაწყვეტილების მიღების პრაქტიკა, რა დროსაც თვითდაზიანების ისტორიის მქონე პირთან განხილება მედიკამენტების რაოდენობის შეზღუდვა (მაგალითად, ყოველ-ვირეული რეცეპტები); სთხოვეთ მათ უკან დააბრუნონ არასასურველი მედიკამენტები უსაფრთხო განადგურებისთვის.

ტრენინგი თვითდაზიანების პრევენციისთვის

აუცილებელია ტრენინგი ყველა იმ სპეციალისტისთვის, რომელიც მუშაობს თვითდაზიანების ისტორიის მქონე ნებისმიერი ასაკის პირებთან. მნიშვნელოვანია, რომ ტრენინგი ხელმისაწვდომი იყოს სხვადასხვა ფორმატში, მათ შორის, ინტერაქციული როლური თამაშის ფორმით, ონლაინ, პირისპირ და ა.შ. ტრენინგის დონე უნდა შეესაბამებოდეს პერსონალის პასუხისმგებლობის დონეს. ამასთან, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ცოდნის და უნარ-ჩვევების რეგულარულად და მუდმივად განახლება.

ტრენინგი უნდა მოიცავდეს საკითხებს:

- ▶ სხვადასხვა ქცევის სპექტრი, რომელიც შეიძლება ჩაითვალოს თვითდაზიანებად
- ▶ იმ ფაქტორების, მიზეზების ან მოტივების ცოდნა, რამაც შეიძლება თვითდაზიანებამდე მიიყვანოს ადამიანი
- ▶ თვითდაზიანების ეპიზოდების მკურნალობა და მართვა, მათ შორის, დეესკალაცია ყველაზე ნაკლებად შემზღუდავი ზომების გამოყენებით
- ▶ თვითდამაზიანებელ პირთან განხილვა ღია კომუნიკაციით - თვითდაზიანების თითოეული ეპიზოდის მიზეზების გამოკვლევის მიზნით
- ▶ განათლება სტიგმასა და დისკრიმინაციაზე, რომლებიც, ჩვეულებრივ, ასოცირდება თვითდაზიანებასთან და განმსჯელი დამოკიდებულების თავიდან აცილების აუცილებლობასთან
- ▶ სხვა დიაგნოზებისა და თანმხლები დაავადებების გავლენის აღიარება - როგორ ურთიერთქმედებენ ისინი თვითდაზიანებებთან
- ▶ ავტონომიისა და უსაფრთხოების დაბალანსება იმ ადამიანებზე ზრუნვისას, ვინც თავს იზიანებს
- ▶ თვითდამაზიანებელი პირის საჭიროებებისა და უსაფრთხოების შეფასება (მის როლსა და გარემოსთან შესაბამისი)
 - მკურნალობისა და რეფერალის ვარიანტები
 - შესაბამისი მოვლის გზები
 - შესაბამისი კანონმდებლობა
 - პოლიტიკა და პროტოკოლები.

ტრენინგი უნდა იყოს სენსიტიური სპეციალისტების კულტურული კონტექსტის პატივისცემისა და დაფასების გათვალისწინებით.

ზედამხედველობა/სუპერვიზია

ყველა სპეციალისტს, რომელიც მუშაობს თვითდაზიანების ისტორიის მქონე ნებისმიერი ასაკის ადამიანთან, უნდა ჰქონდეს რეგულარული, მაღალი ხარისხის ფორმალური სუპერვიზიის მიღების შესაძლებლობა შესაბამისი უნარების, ტრენინგისა და გამოცდილების მქონე უფროსი პერსონალისგან. ზედამხედველობა უნდა

- ▶ ითვალისწინებდეს სპეციალისტზე თვითდაზიანების ემოციურ ზეგავლენას და უზრუნველყოფდეს მის საუკეთესო მხარდაჭერას
- ▶ ხელს უწყობდეს თანაგრძნობით ზრუნვის მიწოდებას
- ▶ ფოკუსს მიმართავდეს უნარების მუდმივ განვითარებაზე
- ▶ მოიცავდეს რეფლექსიურ პრაქტიკას
- ▶ ხელს უწყობდეს ნდობას და კომპეტენციას პერსონალში, რომელიც მუშაობს იმ ადამიანებთან, რომლებმაც თავი დაიზიანეს
- ▶ მკაფიოდ ყოფდეს/საზღვრავდეს იმ პასუხისმგებლობებს, რაც გადაწყვეტილების მიღებას უკავშირდება, განსაკუთრებით, იმ სიტუაციებში, სადაც არსებობს გამოწვევები ავტონომიასა და უსაფრთხოებას შორის დაბალანსებაზე იმ პირთან, ვინც აპირებს თავი დაიზიანოს.
- ▶ მხარს უჭერდეს ემოციურად ან უთითებდეს ემოციური მხარდაჭერის სერვისებს - როგორც ამას თავად პროფესიონალი აირჩევს.

ჯანმრთელობის სახელმძღვანელო - mhGAP-IG (2016) პროტოკოლი სუიციდისა და თვითდაზიანების მართვისთვის იხილეთ დანართი 6.1. მისი ნახვა/ჩამოტვირთვა შესაძლებელია მობილური ტელეფონის ქართული აპლიკაციის MH4all გამოყენებით. ჩამოტვირთვა უფასოა.

ბიბლიოგრაფია

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*, September, 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
2. Surrey Safeguarding Children Partnership. *Self-Harm Protocol*, Multi-Agency Practice Guidance for Dealing with Incidents of Self-Harm, 2021. <https://www.surreyscp.org.uk/wp-content/uploads/2021/07/Self-Harm-Protocol-Final-1.pdf>
3. Katherine Dixon-Gordon, Natalie Harrison, and Ronald Roesch, "Non Suicidal Self-Injury within Offender Populations: A Systematic Review," *International Journal of Forensic Mental Health* 11 (2012): 34.
4. Laura Frank and Regina T.P. Aguirre, "Suicide Within United States Jails: A Qualitative Interpretive Meta-Synthesis," *Journal of Sociology and Social Welfare* XL, no.3 (2013): 31-52; Doris J. James and Lauren E. Glaze, *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates* (Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2006, NCJ 213600); Henry J. Steadman, Fred C. Osher, Pamela Clark Robbins, Brian Case, and Steven Samuels, "Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates," *Psychiatric Services* 60, no.6 (2009): 761-765.
5. Abdel Halim Boudoukha, Emin Altintas, S. Rusinek, and Marc Hautekeete, "Inmates-to-Staff Assaults, PTSD and Burnout: Profiles of Risk and Vulnerability," *Journal of Interpersonal Violence* 28, no.11 (2013): 2332-2350; and Heidi Hales, Mona Freeman, Amanda Edmondson, and Pamela Taylor, "Witnessing Suicide-Related Behavior in Prison: A Qualitative Study of Young Male Prisoners in England," *Crisis* 35 (2014): 10-17.
6. Thomas J. Fagan, Judith Cox, Steven J. Helfand, and Dean Aufderheide, "Self-Injurious Behavior in Correctional Settings," *Journal of Correctional Health Care* 16, no.1 (2010): 48-66.
7. Hayden P. Smith and Robert J. Kaminski, "Self-Injurious Behaviors in State Prisons: Findings from a National Survey," *Criminal Justice and Behavior* 38, no.1 (2011): 26-41; and Dana D. DeHart, Hayden P. Smith, and Robert J. Kaminski, "Institutional Responses to Self-Injurious Behaviors Among Inmates," *Journal of Correctional Health Care* 15 (2009): 129-141.
8. Hasking, P.A., et al., Brief report: *Emotion regulation and coping as moderators in the relationship between personality and self-injury*, *Journal of Adolescence* (2010), doi:10.1016/j.adolescence.2009.12.006
9. Stefan Stijelja & Brian L. Mishara. Preventing suicidal and self-Injurious behavior in correctional facilities: A systematic literature review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. VOL 51, 101560, SEPT. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101560>

თავი 7

ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები და მათი გავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე

განსაზღვრებები

ბავშვობაში მიღებულმა გამოცდილებებმა შეიძლება მთელი ცხოვრების განმავლობაში იქონიონ გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ვისი ბავშვობაც სტრესით და ცხოვრების დაბალი ხარისხით გამოირჩეოდა, მოზარდობაში უფრო მეტად ითვისებენ ჯანმრთელობისთვის დამაზიანებელ ქცევებს. შესაძლოა, ამ ქცევებმა მოგვიანებით გამოიწვიოს ფსიქიკური აშლილობები და ისეთი დაავადებები, როგორცაა: სიმსივნე, გულის დაავადებები და დიაბეტი. ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები არ არის მხოლოდ ჯანმრთელობის პრობლემა. მაღალია იმის ალბათობა, რომ ამგვარი გამოცდილების პირებს ცუდი აკადემიური მოსწრება ჰქონდეთ, მეტად იყვნენ ჩართულნი კრიმინალში და, საბოლოო ჯამში, სოცუმის ნაკლებ პროდუქტიულ წევრებად ჩამოყალიბდნენ (Jaffee et al. 2018; Reavis, Looman, Franco & Rojas, 2013).

ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები არის ტერმინი, რომელიც აღწერს არასათანადო მოპყრობის ყველა ფორმას, უგულვებლყოფას და სხვა მატრავმირებელ გამოცდილებებს, რასაც ადგილი აქვს 18 წლამდე პირების ცხოვრებაში. ამ სფეროში პირველი რეკომენდებული კვლევა CDC-Kaiser Permanente-მა ჩაატარა. კვლევა ეხებოდა ბავშვობისდროინდელ გამოცდილებებსა და ცხოვრების გვიანდელ ეტაპებზე გაუარესებულ ჯანმრთელობასა და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას შორის კავშირს. ბავშვობის გამოცდილებებს ჩვენს ჯანმრთელობაზე და ცხოვრების ხარისხზე უზარმაზარი გავლენა აქვს (Centers for Disease Control and Prevention, Kaiser Permanente, 2016). ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების კვლევის მონაცემებმა აჩვენა დრამატული კავშირი გამოცდილებებს და სარისკო ქცევებს, ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, სერიოზულ დაავადებებსა და სიკვდილის წამყვან მიზეზებს შორის. კვლევის მიხედვით, ნეგატიური გამოცდილების ზეგავლენამ შესაძლოა შეცვალოს ნევროლოგიური, იმუნოლოგიური და ჰორმონალური სისტემების განვითარება. მეტი ნეგატიური გამოცდილებების მქონე პირები მეტად გამოხატავდნენ ჯანმრთელობის დამაზიანებელ და ანტი-სოციალურ ქცევებს (მაგალითად, როგორცაა ალკოჰოლის მიღება, თამბაქოს და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება). აგრეთვე, ისინი უფრო მეტად არიან ჩართულნი ძალადობასა და ანტი-სოციალურ ქცევებში და სუსტ აკადემიურ მიღწევებს აჩვენებენ. ჯანმრთელობის და ქცევის პრობლემის მქონე პირებს აქვთ მიდრეკილება ისეთი დაავადებების განვითარებისადმი, როგორცაა: დიაბეტი, კიბო, კარდიოვასკულური დაავადებები და ფსიქიკური აშლილობები. გლობალური კვლევის (CDC-Kaiser-ის ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილების კვლევა) მიხედვით, ბავშვობის გამოცდილებებს, როგორც პოზიტიურს, ისე ნეგატიურს, მთელი ცხოვრების განმავლობაში უზარმაზარი გავლენა აქვს ჯანმრთელობაზე, შესაძლებლობებზე, მომავალში ძალადობის მიმართ მოწყვლადობაზე და კანონის დარღვევაზე. ამგვარად, ადრეული გამოცდილებები მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჩვენს ჯანმრთელობას.

ბავშვის არასათანადო მოპყრობა გლობალური ფენომენია, რომელსაც ახასიათებს ხანგრძლივი შედეგები მსხვერპლისთვის, ოჯახისთვის და სოცუმისთვის (Thornberry, Knight, & Lovegrove, 2012). ბოლოდროინდელი მონაცემებით, სერბეთში მკვლელობის წლიურმა მაჩვენებელმა 41 ათასს მიაღწია [კვლევა ბავშვობის ტრავმულ გამოცდილებებზე სერბეთში: 15 წლამდე ასაკის ბავშვების კვლევა] (WHO, 2018). 2017 წელს ბავშვებზე ძალადობის მაჩვენებლის მიხედვით, ბავშვების 23%-ზე ფიზიკურად, ხოლო 36%-ზე ემოციურად ძალადობენ, ბავშვების 16% ფიზიკურად უგულვებლყოფილია, ხოლო 12% სექსუალური ძალადობის მსხვერპლია (WHO, 2018). ბავშვის არასათანადო მოპყრობის შედეგები იწყება ბავშვობაში, მაგრამ შესაძლოა მთელი მოზარდობისა და ზრდასრულობის განმავლობაში პროგრესირდეს და გავლენა ჰქონდეს ფუნქციონირების მრავალ სფეროზე: ფიზიკურზე, ფსიქიკურსა და სოციალურზე (Mitkovic Voncina, Pejovic-Milovancevic, Mandic-Maravic, & Lecic-Tosevski, 2017; WHO, 1999).

ნეგატიური გამოცდილებების ჩამონათვალი მრავალგვარია განსხვავებულ კვლევებში (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2017; Shonkoff et al., 2012; Paunovic et al., 2015). ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებებიდან ძირითადია: ფიზიკური, სექსუალური და ემოციური ძალადობა, თანატოლებისგან

სექსუალური ძალადობა, ალკოჰოლიზმი ოჯახში, სუიციდი ოჯახში, ნარკოტიკების მოხმარება ოჯახში, ოჯახის წევრის დაპატიმრება, დედაზე მისი პარტნიორის მხრიდან ძალადობა, პარტნიორის მხრიდან მამაზე ძალადობა, მშობლების განშორება ან სიკვდილი, ფსიქოლოგიური უგულვებლყოფა, ფიზიკური უგულვებლყოფა, ბულინგი, ფიზიკურ ჩხუბში ჩართულობა, ძალადობა საზოგადოების მხრიდან, კოლექტიური ძალადობა. დადგენილია, რომ მსოფლიო მასშტაბით 40 მილიონი ბავშვი ძალადობის და/ან უგულვებლყოფის მსხვერპლია. ჰომიციდის რისკი ორჯერ მეტია 0-დან 4 წლამდე, ვიდრე 5-დან 14 წლამდე ჯგუფში. მოზარდობაში, ავარიებთან დაკავშირებული ტრავმის მიღმა, ძალადობა არის ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განსაზღვრებით (Who, 1999):

„ბავშვის მიმართ არასათანადო მოპყრობა ნიშნავს ფიზიკური და/ან ემოციური არასათანადო მოპყრობის ყველა ფორმას, სექსუალურ ძალადობას, უგულვებლყოფას, ან გაუფრთხილებლობას, ან კომერციულ, ან სხვა ტიპის ექსპლუატაციას, რაც ბავშვის ჯანმრთელობისთვის, გადარჩენისთვის, განვითარებისთვის, ან ღირსებისთვის რეალურ ან პოტენციურ ზიანს ქმნის პასუხისმგებლობის, ნდობის, ან ძალაუფლების კონტექსტში“.

ფიზიკური ძალადობა მოიცავს რეალურ, ან პოტენციურ ფიზიკურ დაზიანებას, რომელიც მზრუნველის ქცევით, ან უსაფრთხოების დეფიციტით არის გამოწვეული (WHO, 1999). ჩვეულებრივ, ფიზიკური ძალადობა სხეულის სხვადასხვა ქსოვილის „არა-შემთხვევითი დაზიანების“ ფორმით არის წარმოდგენილი (Jayakumar, Barry, & Ramachandran, 2010), მაშინ, როცა სპეციფიკური ფორმებია: ბავშვის შერყევის სინდრომი (Matschke, Herrmann, Sperhake, Körber, Bajanowski & Glatzel, 2009) და გამოწვეული ავადმყოფობის სინდრომი ე.წ. „მიუნჰაუზენის სინდრომი“ (Galvin, Newton & Vandeven, 2005; Pejović-Milovančević *et al.*, 2012).

ემოციური ძალადობა გულისხმობს მზრუნველის განმეორებად ქცევებს, ან ქცევების ნაკლებობას, რომელიც იწვევს, ან შესაძლოა იწვევდეს ბავშვის ემოციური ან სოციალური განვითარების დარღვევებს (WHO, 1999). ეს შეიძლება მრავალი ფორმით მოხდეს, როგორცაა: უარყოფა, დამცირება, დაშინება, იზოლაცია, სხვების მიერ წაქეზებული ცუდად მოქცევა, ექსპლუატაცია, აუცილებელი სტიმულაციის, ემოციური ხელმისაწვდომობისა და სოციალური ინტერაქციის დეპრивაცია, ისევე, როგორც არასაიმედო და არათანმიმდევრული მშობლობა (Pejović-Milovančević *et al.*, 2012).

ოჯახში ძალადობის შესწრება ემოციური ძალადობის ერთ-ერთი ფორმას წარმოადგენს, რასაც ბავშვის ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და განვითარებაზე დამაზიანებელი გავლენა აქვს (UNICEF, 2006).

სექსუალური ძალადობა მოიცავს ნებისმიერ სექსუალურ აქტივობას (შეხებით, ან შეხების გარეშე, პენეტრაციით ან პენეტრაციის გარეშე) ბავშვსა და ზრდასრულს შორის, ან ბავშვსა და სხვა ბავშვს/მოზარდს შორის, რომელიც ქრონოლოგიური ასაკით, ან განვითარებით უფროსია **[ბავშვობის ტრავმული გამოცდილების კვლევა]**; თუ ბავშვი 14 წელზე ნაკლები ასაკის არის, შეთანხმებული სექსუალური აქტივობაც კი სექსუალურ ძალადობად განიხილება (WHO, 1999; Ministry of Health of the Republic of Serbia, 2009; Pejović-Milovančević *et al.*, 2012).

უგულვებლყოფა გულისხმობს მზრუნველის მუდმივ წარუმატებლობას, რომ ბავშვის ბაზისური საჭიროებები დააკმაყოფილოს, რაც იწვევს ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების ძირითადი სფეროების სერიოზულ ფაქტობრივ, ან პოტენციურ დაზიანებას, რაც შეიძლება გამოვლინდეს როგორც ფიზიკური, საგანმანათლებლო, ემოციური, ან სამედიცინო ფორმით (WHO, 1999; Pejović-Milovančević *et al.*, 2012). როდესაც უგულვებლყოფას ვაანალიზებთ, როგორც ბავშვის არასათანადო მოპყრობას, უნდა გვახსოვდეს, რომ ხანდახან რთულია განვასხვაოთ ბავშვისთვის საჭირო პირობების შექმნის უგულვებლყოფა და ოჯახის სიღარიბით განპირობებული შეზღუდვა (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002).

ზოგადად, ბავშვის არასათანადო მოპყრობა და არაადეკვატური მზრუნველობა დაკავშირებულია ნეგატიურ გამოცდილებებთან ბავშვობასა და მოზარდობაში. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ოჯახის წევრის ყოლა, განსაკუთრებით მშობლის, შესაძლოა იწვევდეს ბავშვის ცხოვრებაში სხვადასხვა ნეგატიურ შედეგებს. დედის დეპრესია დაკავშირებულია უფრო მტრულ, ნეგატიურ, ან განცალკევებულ აღზრდასთან და მშობლის მხრიდან სითბოს დეფიციტთან. სხვადასხვა მონაცემებით, დეპრესიული ეპიზოდებიდან გამოჯანმრთელების შემდეგაც კი, აღზრდის ხარისხი შესაძლოა ვერ აღწევდეს ისეთ დონეებს, როგორც იმ მშობლების შემთხვევაშია, რომლებსაც არასდროს ჰქონიათ დეპრესია (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). მამებზე ჩატარებული კვლევები არ არის საკმარისი, რათა ცალსახა დასკვნები გამოვიტანოთ. არსებული მონაცემები ძირითადად შეესაბამება დედებზე ჩატარებულ კვლევებს. გარდა ამისა, მშობლის დეპრესია სხვადასხვა

შედეგებს იწვევს: ბავშვის სუსტ ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას, სტრესთან დაკავშირებულ მდგომარეობებსა და განსხვავებულ ადრეულ ფსიქიკურ მოწყვლადობას, როგორცაა „როთული“ ტემპერამენტი, არასანდო მიჯაჭვულობა, ემოციური დისრეგულაცია, აგრესია, შედარებით ცუდი ინტერპერსონალური ფუნქციონირება, შედარებით სუსტი კოგნიტური უნარები და აკადემიური მოსწრება, და დეპრესიის განვითარების მაღალი რისკი. დეპრესიის მსგავსად, მონაცემები აჩვენებს, რომ შფოთვითი აშლილობის მექანე მშობლები ბავშვზე ძალადობის უფრო მაღალ პოტენციალს აჩვენებენ (Kalebić-Jakupčević & Ajduković, 2011). ბავშვის არასათანადო მოპყრობისა და მრავალი ნეგატიური გავლენის სხვა რისკ ფაქტორია მშობლის ალკოჰოლიზმი და ნივთიერებების ავადმოსმარება (Elwyn & Smith, 2013; Solis *et al.*, 2012). ეს შედეგები ძირითადად გამოიხატება დაბალ აკადემიურ ფუნქციონირებაში (მაგ., მეორადი განათლების დამთავრების წარუმატებლობა, კითხვის, მათემატიკის და ა.შ. სუსტი უნარები), ემოციურ ფუნქციონირების პრობლემებში (შფოთვა, დეპრესია, ქვევითი პრობლემები, სოციალური დეზადაპტაცია), ასევე, ნივთიერებების ავადმოსმარებაში (Solis *et al.*, 2012). მშობლის სუიციდი კიდევ ერთი მატრავმირებელი მოვლენაა ბავშვის ცხოვრებაში რასაც, იმ ბავშვებთან შედარებით, რომლებსაც მშობლები ცოცხლები ჰყავთ, ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის და სუიციდის უდიდესი რისკები ახლავს თან (Kuramoto *et al.*, 2010). ოჯახში არსებულ პრობლემებთან დაკავშირებული ნეგატიური მოვლენები: მშობელზე ძალადობა (ძირითადად, დედაზე), მშობლების განქორწინება ან დაშორება, მშობლის დაპატიმრება, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებული ან/და ფსიქიკური აშლილობის მექანე ოჯახის წევრი ასოცირებულია მომავალში ძალადობასთან და მსხვერპლად ჩამოყალიბებასთან, ჯანმრთელობისთვის სარისკო ქვევების განვითარებასთან, ჯანმრთელობის ქრონიკულ პრობლემებთან, ფსიქიკურ დარღვევებთან, სიცოცხლის ხანგრძლივობის დაქვეითებასთან და ნაადრევ სიკვდილთან (Gilbert *et al.*, 2015; Metzler, Merrick, Klevens, Ports & Ford, 2017). ბავშვობაში ოჯახის წევრის პატიმრობის გამოცდილება უკავშირდება ჯანმრთელობის პრობლემებს ზრდასრულობაში, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ბავშვისთვის ოჯახის წევრის პატიმრობით გამოწვეული ზიანი გრძელვადიანია (Cunningham, Merrilees, Taylor & Mondy, 2017).

მშობლების განქორწინების/განცალკევების გავლენა ასოცირებულია სხვადასხვა სფეროებში განვითარების შეფერხებასთან და ზრდასრულობაში არასასურველ შედეგებთან, განსაკუთრებით ინტიმურ ურთიერთობებში (Friesen, John Horwood, Fergusson & Woodward, 2017). სტაბილური ურთიერთობის მექანე მშობლების ოჯახებთან შედარებით, ახალგაზრდები, რომლებიც განიცდიდნენ მშობლების განცალკევების/დაშორების ზეგავლენას, ქორწინებისადმი მეტწილად ნეგატიურ დამოკიდებულებას აჩვენებენ (Riggio & Weiser, 2008) და პარტნიორებთან უფრო თანაცხოვრობენ, ვიდრე ქორწინდებიან (Valle & Tillman, 2014). ქორწინების შემთხვევაში, ძირითადად, ჰყავთ პარტნიორები, რომლებიც აგრეთვე არასტაბილური ოჯახებიდან არიან (Wolfinger, 2003) და მათი ურთიერთობები ნაკლები ერთგულებით (Amato & DeBoer, 2001), ურთიერთობის ცუდი ხარისხით (განსაკუთრებით, ქალებისთვის) და განცალკევებისა და განქორწინების იმავე პატერნის გამეორების გაზრდილი ალბათობით ხასიათდება, რომელსაც ბავშვობაში შეესწრნენ (Mustonen, Huurre, Kiviruusu, Haukkala & Aro, 2011).

ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილების ზეგავლენის მატებასთან ერთად იზრდება ზრდასრულობაში უარესი შედეგების რისკის ალბათობაც. კვლევის მიხედვით, ბავშვები, რომლებიც მშობლის გარდაცვალებას უმკლავდებიან, მოწყვლადები არიან ხანგრძლივი ემოციური პრობლემებისადმი (მაგ., უვითარდებათ დეპრესიის სიმპტომები), შესაძლოა უფრო მშფოთვარე და იზოლირებულნი იყვნენ, აქვთ მეტი პრობლემები სკოლაში და, ზოგადად, უფრო ცუდი აკადემიური მოსწრება (Hoeg *et al.*, 2018). ნეგატიური ეფექტები უფრო მწვავეა ოჯახში ძალადობის გავლენის შემთხვევაში. ოჯახში ძალადობა არის ინტიმური ურთიერთობების კონტექსტში განხორციელებული დამამცირებელი და ძალადობრივი ქვევები. კვლევების მიხედვით, ოჯახში ძალადობის ზეგავლენა არის თაობებს შორის ძალადობის გადაცემის ცალკეული საუკეთესო პრედიქტორი. ოჯახში ძალადობის ქვეშ მყოფი ბავშვები მეტად განიცდიან არასათანადო მოპყრობას, ვიდრე ბავშვები, რომლებიც არ განიცდიან ძალადობის ამ ფორმას; ოჯახში ძალადობის მოწმე ბავშვებში ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის რისკი დრამატულად იზრდება 30%-დან 60%-მდე. პარტნიორების მიერ ნაცემი დედები ორჯერ უფრო ხშირად სცემენ საკუთარ შვილებს (Van Horn & Lieberman, 2010). დიდი ხნის განმავლობაში, ოჯახში ძალადობის მოწმე ბავშვების საკითხი ყურადღების მიღმა რჩებოდა, მიუხედავად იმისა, რომ არაერთი კვლევა მიუთითებს მის ნეგატიურ ზეგავლენას ბავშვის განვითარებაში ისეთ მნიშვნელოვან ასპექტებზე, როგორცაა ფიზიკური და ბიოლოგიური ფუნქციონირება, ქვევითი, ემოციური, კოგნიტური განვითარება და სოციალური ადაპტაცია.

UNICEF-ის (2009) მიხედვით, 18 წლამდე ასაკის დაახლოებით 535 მილიონი ბავშვი იზრდება პო-

ლიტიკური ძალადობისა და შეიარაღებული კონფლიქტების რეგიონებში. კვლევების მიხედვით, საზოგადოებრივი ძალადობის გამოცდილება დაკავშირებულია ჯანმრთელობის უარყოფით ეფექტებთან და სარისკო ქცევებში გაზრდილ მონაწილეობასთან (Cronholm *et al.*, 2015). კვლევების მიხედვით, საზოგადოებაში ძალადობა, როგორც არის თავდასხმის, სახლის დარცვის გამოცდილება, ახლობლის მკვლელობა, მკვლელობის მოწმეობა, ბუნტის გამოცდილება, ან ომის ზონაში ყოფნა (Cronholm *et al.*, 2015; Cummings, 2016), ბავშვის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედებს. სხვა კვლევამ აგრეთვე აჩვენა ფიზიკური/ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზიანის მაღალი მაჩვენებლები იმ შემთხვევაში, როცა ადგილი აქვს ძალადობას თანატოლების მხრიდან, საკუთრების დაზარალებას, საზოგადოებრივი ძალადობის ზემოქმედებას, ახლობლის მძიმე დაავადებას, ახლობლის გარდაცვალებას დაავადების ან უბედური შემთხვევის გამო (Finkelhor, Shattuck, Turne & Hamby, 2013). კვლევების უმეტესობამ დაადგინა, რომ ბავშვებსა და მოზარდებში ძალადობის სხვადასხვა ფორმის ზემოქმედება, მშობლების მხრიდან ძალადობის (Holt *et al.*, 2008; Wolf *et al.*, 2003), სკოლაში ძალადობის (Eisenbraun, 2007), საზოგადოებაში, ან სამეზობლოში ძალადობის (Lynch, 2003) ჩათვლით, ასოცირებულია ნეგატიურ ცხოვრებისეულ შედეგებთან. აგრეთვე, თანამედროვე მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ ახალგაზრდებში ხშირია მრავალჯერადი ძალადობა და ახალგაზრდები, რომლებიც ექვემდებარებიან ძალადობას ერთ კონტექსტში (მაგ., სკოლა, სამეზობლო, ოჯახი), უფრო ხშირად განიცდიან ძალადობას სხვა კონტექსტებშიც (Finkelhor *et al.*, 2007; Mrug *et al.*, 2008). გარდა ამისა, არსებობს მტკიცებულება, რომ ახალგაზრდებისთვის ძალადობის ერთი ტიპის გავლენასთან შედარებით, ძალადობის ზემოქმედების კუმულაციური ეფექტი გაცილებით საზიანოა (Moylan *et al.*, 2010; Mrug & Windle, 2010). სახელდობრ, ეს მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ სკოლაში, სახლებსა და სამეზობლოში არსებული ძალადობის კუმულაციური ეფექტი იწვევს შფოთვის, დეპრესიის, აგრესიული ფანტაზიების, კანონდარღვევისა და აგრესიული ქცევების ზრდას.

ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებთან ასოცირებული ცვლადები

კვლევები აჩვენებს, რომ ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები, განსაკუთრებით ბავშვზე ძალადობა და უგულებელყოფა, ქმნის ფსიქიკური ფუნქციონირების (ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობები, პიროვნული პრობლემები) და ზოგადი ჯანმრთელობის პრობლემებს მთელი ცხოვრების განმავლობაში (Mitkovic-Voncina *et al.*, 2017); ეს ზეგავლენა, ასევე ეხება პრობლემებს ახლო ურთიერთობებში ისევე, როგორც შემდეგ თაობებში ბავშვზე ძალადობის გამეორებას. ბავშვობაში ძალადობის გამოცდილების მქონე ზრდასრულთა ნახევარზე მეტი (51%) ოჯახში ძალადობას გამოსცდის მოგვიანებით ცხოვრებაში (Office for National Statistics, 2017a). ინგლისისა და უელსის კრიმინალის კვლევის (CSEW) მიხედვით, 2016 წლის მარტისთვის (Office for National Statistics, 2017b) 16 წლიდან 59 წლამდე (დაახლოებით 6,2 მილიონი ადამიანი) ყოველ ხუთ ადამიანში, დაახლოებით, ერთს ჰქონდა ძალადობის რომელიმე ფორმის გამოცდილება ბავშვობაში. მათ შორის, ვინც ბავშვობაში ოჯახის წევრისგან ძალადობა განიცადა, სამი ადამიანიდან ერთზე მეტი (36%) პარტნიორის მხრიდან ძალადობის მსხვერპლი იყო. მონაცემები, აგრეთვე მიუთითებს იმაზე, რომ ზრდასრულები, რომლებიც ბავშვობაში ოჯახში ძალადობას შეესწრნენ, მეტად განიცდიან პარტნიორის მხრიდან ძალადობას (34%. ხოლო 11% არის იმ ზრდასრულთა მაჩვენებელი, რომელიც არ შესწრებია ოჯახში ძალადობას სახლში). ოჯახში ძალადობა პოტენციურად მნიშვნელოვან ეფექტს ახდენს პიროვნების ცხოვრების ციკლზე - ჩვილობიდან დაწყებული, ბავშვობასა და მოზარდობაში გაგრძელებული და ზრდასრულობაშიც კი - და გრძელვადიანი გავლენა აქვს თვითშეფასებაზე, ურთიერთობებზე, ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ყოველდღიურ ფუნქციონირებაზე. ამერიკის სკოლის მრჩეველთა ასოციაციის (ASCA) ბოლო მოხსენების მიხედვით, ინდივიდი, რომელიც ბავშვობაში ძალადობას განიცდიდა, ან სხვა მხრივ იყო ტრავმირებული, ზრდასრულობაში აღმოჩნდა სოციალური, ემოციური და კოგნიტური კეთილდღეობის დარღვევის მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ (Kezelman, Hossack, Stavropoulos & Burley, 2015). უამრავი კვლევა ადასტურებს ამ რისკს, როდესაც საქმე ეხება ბავშვობაში ძალადობის გავლენას ზრდასრულობაში მშობლობასა და მსხვერპლის მიერ საკუთარი შვილების ჩაგვრაზე (Thornberry *et al.*, 2012). ბავშვობაში ძალადობის მსხვერპლთა დაახლოებით ერთ მესამედზე მეტმა შესაძლოა გაიმეოროს ძალადობის ციკლი შემდეგ თაობებში, ერთი მესამედი წყვეტს ამ ციკლს, ხოლო დარჩენილი მესამედი სოციალური სტრესისადმი სენსიტიურობას ინარჩუნებს (Oliver, 1993). ამგვარად, შესაძლებელია, რომ ადრეულმა ტრავმირებამ „დროსა და სივრცეში“ საკუთარი თავის განმტკიცება მოახერხოს, რასაც არამარტო მსხვერპლზე ექნება გავლენა, არამედ მსხვერპლის სოციალურ გარემოში მყოფ სხვა ადამიანებზე და შემდეგ თაობებზეც.

სოციოდემოგრაფიული ფაქტორები და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები

ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებთან ასოცირებული სპეციფიკური სოციოდემოგრაფიული ფაქტორების განსაზღვრა რამდენიმე მიზეზის გამოა მნიშვნელოვანი. პირველ რიგში, ეს არის ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების მნიშვნელოვანი რისკ ფაქტორი და მეორე მხრივ, როგორც ენლოუმ, ბლუდმა და ეგელენდმა (2013) აღნიშნეს, უარყოფით სოციოდემოგრაფიულ პირობებს შესაძლოა დამატებითი ეფექტები ჰქონდეთ, რაც ტრავმის ზეგავლენის მიღმა უარყოფითი შედეგების გაზრდის რისკ ფაქტორი იქნება (Briggs Gowan, Carter & Ford, 2012). სოციოდემოგრაფიულმა სტატუსმა შეიძლება მოდერატორის როლი ითამაშოს, ტრავმის ზეგავლენას მეტად დამაზიანებელი ეფექტი აქვს დაბალი სოციოეკონომიკური სტატუსის მქონე ბავშვებისთვის (Enlow *et al.*, 2013). რამდენიმე კვლევამ შეისწავლა კომპლექსური კავშირი ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებსა და სოციოდემოგრაფიულ ფაქტორებს შორის. საგაიას და კოლეგების კვლევაში (2012) რესპონდენტები იყვნენ აშშ-ში დაბადებული და მცხოვრები, სხვაგან დაბადებული, მაგრამ აშშ-ში მცხოვრები და მკვიდრი ამერიკელი ინდივიდები, აფროამერიკელი და ლათინურამერიკელი პირები. მათ აღმოაჩინეს, რომ ბავშვზე ფიზიკური ძალადობა მეტად ვლინდება ქალებში, ვიდრე კაცებში. ბავშვობაში ფიზიკური ძალადობის ისტორიის მქონე რესპონდენტები, ასევე უფრო მეტად არიან დაქვრივებულები, გაცილებულები ან განქორწინებულები, ვიდრე დაქორწინებულები, აქვთ შედარებით დაბალი, ვიდრე უმაღლესი საგანმანათლებლო მიღწევები და უფრო ხშირად აქვთ საყოველთაო და არა კერძო დაზღვევა. მონაცემების მიხედვით, მეტწილად ძალადობა უფრო ხშირია ცულ „ეკოლოგიურ კონტექსტში“, რაც გულისხმობს დაბალ სოციოეკონომიკურ სტატუსს, ერთი მშობლის ყოლას, მშობლების დაბალ განათლებას (Krug *et al.*, 2002).

ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები და ფიზიკური ჯანმრთელობა

ადრეული ნეგატიური გამოცდილებები, განსაკუთრებით, ბავშვის არასათანადო მოპყრობა, სიცოცხლის განმავლობაში ჯანმრთელობის მხრივ მრავალ საზიანო შედეგებს უკავშირდება. ბავშვობაში არასათანადო მოპყრობა დაკავშირებულია ისეთ ენდოკრინულ დაავადებებთან, როგორიცაა სიმსუქნე (Danese & Tan, 2014) და მე-2 ტიპის დიაბეტი (Thomas, Hypponen & Power, 2008). გარდა ამისა, ადრეული ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები მოგვიანებით ცხოვრებაში უკავშირდება კარდიოვასკულურ დაავადებებს, განსაკუთრებით კი ჰიპერტენზიას (Alastalo *et al.*, 2009) და გულის იშემიურ დაავადებებს (Dong *et al.*, 2004). აგრეთვე, კვლევამ, რომელიც ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებების ეფექტების შესწავლაზე იყო ორიენტირებული, აჩვენა კიბოს განვითარების მაღალი რისკი, განსაკუთრებით სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში (Brown, Thacker & Cohen, 2013).

არსებობს რამდენიმე ჰიპოთეზა, რომელიც ხსნის კავშირს ფიზიკურ დაავადებებსა და ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებს შორის. პირველი ჰიპოთეზა ეხება ჯანმრთელობისთვის სარისკო ქცევებს, როგორც მედიატორს ადრეულ უარყოფით გამოცდილებებსა და ქრონიკულ დაავადებებს შორის, ვინაიდან ნეგატიური გამოცდილებები დაკავშირებულია ისეთ ქცევებთან, როგორიცაა თამბაქოს (Jun *et al.*, 2008) და ალკოჰოლის მოხმარება (Ramiro, Madrid & Brown, 2010). ბრაუნის და კოლეგების (2010) კვლევა არის მაგალითი, რომელიც ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებსა და ფილტვის კიბოს შორის კავშირს ნაწილობრივ თამბაქოს მოხმარებით ხსნის. მეორე ჰიპოთეზა გვთავაზობს ბიოლოგიურ მექანიზმებს, რომლებიც ფიზიოლოგიურ სტაბილურობას სისტემებს ნეირო-ენდოკრინო-იმუნოლოგიური მექანიზმებით არღვევს (Danese & McEwen, 2012; Nusslock & Miller, 2016).

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები

ისეთი მნიშვნელოვანი კვლევები, როგორიცაა CDC–Kaiser Permanente-ის მიერ ჩატარებული ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების კვლევა, მიუთითებს, რომ ნეგატიური გამოცდილებები ხშირია და ასოცირებულია ჯანმრთელობისთვის სარისკო ქცევებთან, ფსიქიკურ დაავადებებთან, შემცირებულ სიცოცხლისუნარიანობასთან და ნაადრევ სიკვდილიანობასთან (Felitti *et al.*, 1998). აღმოჩნდა, რომ ეს ეფექტი უკავშირდება რაოდენობას - თუ ინდივიდის ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები იზრდება, იზრდება ზრდასრულობაში ცული შედეგების მიღების რისკიც (Merrick

et al., 2017). ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილება ზრდასრულობაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის კარგად იდენტიფიცირებული რისკ ფაქტორია (Merrick *et al.*, 2017).

დამატებით, ადრეული ნეგატიური გამოცდილებების ზეგავლენა უკავშირდება დარღვეულ ფსიქოლოგიურ პასუხებს, მათ შორის სტრესზე რეაგირების მექანიზმებს (Shonkoff *et al.*, 2012), რამაც თავის მხრივ, შესაძლოა ხელი შეუწყოს დარღვეულ ფსიქიკურ ფუნქციონირებასა და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას. ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები დაკავშირებულია რამდენიმე ფსიქიატრიულ აშლილობასთან, როგორცაა გასადავებული აფექტი და დეპრესია (Chapman *et al.*, 2004; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Merrick *et al.*, 2017), სუიციდი და სუიციდური ქცევები (Dube *et al.*, 2001; Bruwer *et al.*, 2014).

ბავშვობაში სექსუალური გამოცდილება ასოცირებულია დეპრესიის, შფოთვითი აშლილობების, სუიციდური აზრების, სუიციდის მცდელობის, ალკოჰოლიზმის და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების გაზრდილ რისკებთან (Fergusson, McLeod & Horwood, 2013).

კიდევ ერთმა კვლევამ აჩვენა კავშირი ბავშვობაში ემოციურ ძალადობასა და დეპრესიის განვითარების გაზრდილ რისკებს შორის. როგორც ემოციური უგულვებლყოფის, ისე ემოციური ძალადობის გამოცდილება დაკავშირებულია დეპრესიის, დისტიმიის, მანიის, ნებისმიერი სახის გუნებ-განწყობის დარღვევების, პანიკური აშლილობის, სოციალური ფობიის, გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის და I დერძის ნებისმიერი დარღვევის განვითარების გაზრდილ ალბათობებთან (Tailieu, Brownridge, Sareen & Afifi, 2016).

დამატებით, 3-6 და 12-14 წლის ჰეტეროგენულ ჯგუფებზე ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ფიზიკური და ემოციური უგულვებლყოფა უმეტესად დისოციაციურ სიმპტომებს უკავშირდება (Schalinski *et al.*, 2015). ფსიქიკური დარღვევების თვალსაზრისით, ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების უარყოფითი შედეგების გარდა, კვლევები განმეორებითად აჩვენებენ, რომ ნეგატიური გამოცდილებები დაკავშირებულია სარისკო, ჯანმრთელობისთვის დამაზიანებელ ქცევებთან, როგორცაა ალკოჰოლის ავადმომხარება, დისფუნქციური დიეტა, ძალადობრივი ქცევები და მოზარდთა ორსულობა.

ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებთან დაკავშირებული სარისკო ქცევების სხვა ტიპი არის არა-სუიციდური თვითდაზიანება. ეს განისაზღვრება, როგორც ქცევა, რომელსაც არ აქვს სუიციდური განზრახვა, მიმართულია საკუთარ თავზე, წინასწარგანზრახულია, რაც საკუთარი თავის დაზიანებას, ან პოტენციურ დაზიანებას იწვევს (O'Connor & Nock, 2014), თუმცა ეს თანდათანობით უკავშირდება სუიციდალურობას (e.g., Kiekens *et al.*, 2018).

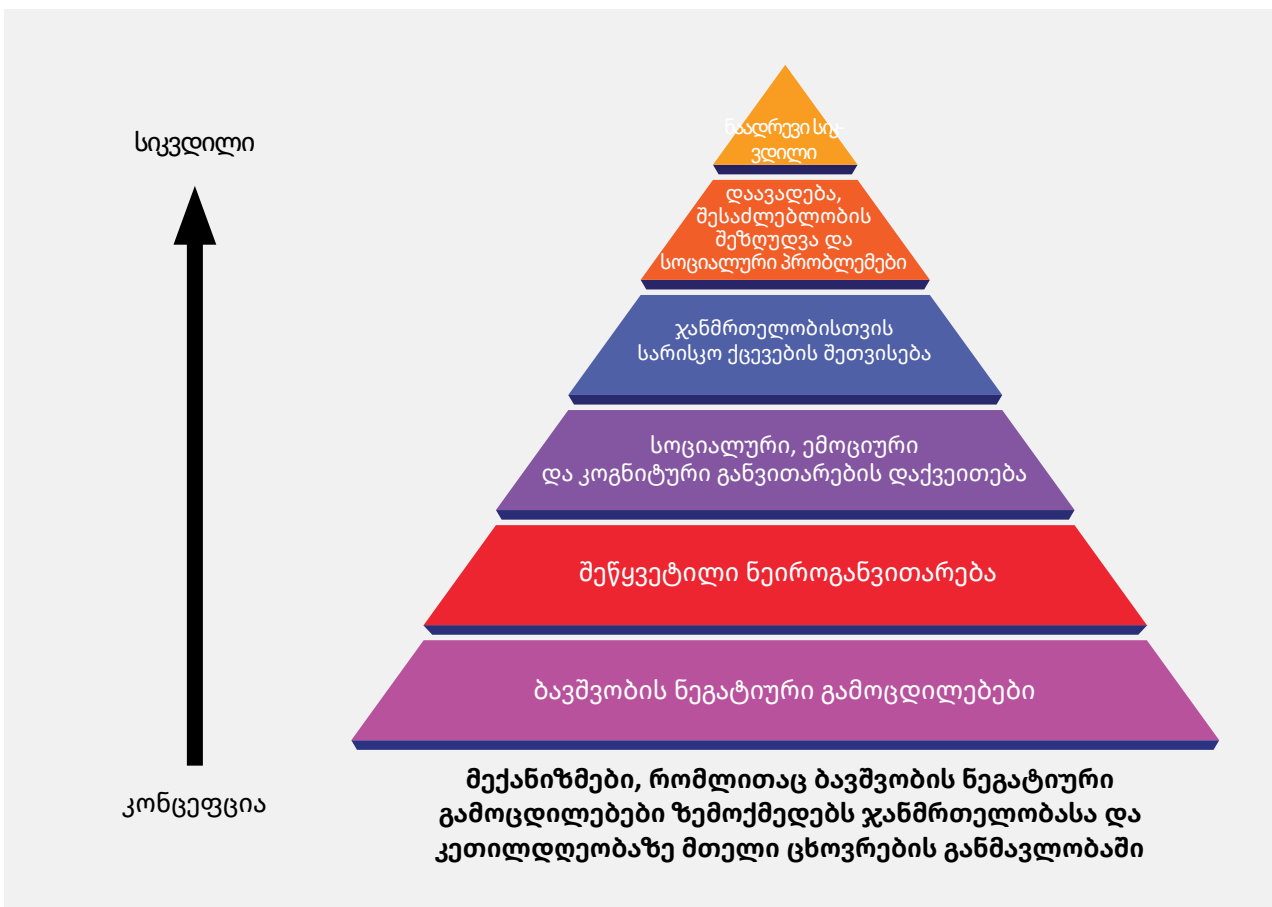
ბოლო წლებში მუდმივად იზრდება ისეთი კვლევების რიცხვი, რომლებიც ეხება არა-სუიციდურ თვითდაზიანებას, განსაკუთრებით, მას შემდეგ, რაც არასუიციდური თვითდაზიანება შეიტანეს ფსიქიკური აშლილობების სადიაგნოსტიკო და სტატისტიკურ სახელმძღვანელოს მეხუთე გამოცემაში (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013). არასუიციდური თვითდაზიანების ხშირი ფორმები მოიცავს: გაჭრას, დაწვას, დაკაწვრას, ჩარტყმას, კბენას და ა.შ. მეტა-ანალიზის მიხედვით, ქალებს მეტად აქვთ ტენდენცია, რომ ჰქონდეთ მნიშვნელოვნად მეტი თვითდაზიანების ისტორია და მეტად მიმართავენ საკუთარი სხეულის გაჭრით დაზიანებას, ვიდრე კაცები (Bresin & Schoenleber, 2015). კვლევების მიხედვით, არასუიციდური თვითდაზიანება ემსახურება განსხვავებულ ფუნქციებს, როგორცაა: ხანმოკლე შვების ნახვა, დახმარების საპოვნელად ყურადღების მიპყრობა, საკუთარ პრობლემებზე სხვებისთვის პასუხისმგებლობის გადაბარება და თვითდამაზიანებელი ქცევების მქონე თანატოლებთან ურთიერთობის მიზნით განხორციელებული კონფორმულობის ქცევა (Wilkinson & Goodyer, 2011). არასუიციდურ თვითდაზიანებას ხანმოკლე შვება მოაქვს, მაგრამ ის იწვევს ხანგრძლივ ნეგატიურ პრობლემებს. არასუიციდური თვითდაზიანება ხშირად სხვა ფსიქიკური აშლილობების თანმდევი - ყველაზე ხშირად დეპრესიის და შფოთვის, თუმცა, ეს ქცევები, აგრეთვე ნანახია პირებში, რომლებსაც არ აქვთ ფსიქიკური აშლილობები (Nock, 2014).

კვლევების მიხედვით, ევროპაში არასუიციდური თვითდაზიანების გავრცელება 17,1%-დან 38,6%-მდეა (Brunner *et al.*, 2014), 15% ჩინეთში (You *et al.*, 2011; Tang *et al.*, 2011) და 8,1% ავსტრალიაში (Taylor *et al.*, 2011). უამრავი კვლევა გვაფრთხილებს არსებულ კავშირზე ბავშვობის ნეგატიურ მოვლენებსა და არა-სუიციდურ თვითდამაზიანებელ ქცევებს შორის (Baiden *et al.*, 2017; Kaess, 2013). მეტა-ანალიზის შედეგებმა აჩვენა, რომ ბავშვის არასათანადო მოპყრობა ასოცირდება არასუიციდურ თვითდაზიანებასთან, განსაკუთრებით ემოციური უგულვებლყოფის, ან ემოციური ძალადობის შემთხვევებში (Liu, Scopelliti, Pittman & Zamora, 2018). ბავშვზე ძალადობის თითოეული ტიპი, რომელსაც ადგილი აქვს სიცოცხლის პირველ 16 წლის განმავლობაში, მნიშვნელოვნად უკავშირდება არასუიციდურ თვითდაზიანებას (Wan *et al.*, 2015).

უკიდურესად ძლიერი თვითდაზიანება ასოცირებულია ბავშვობაში თანატოლების მხრიდან ფიზიკურ, სექსუალურ, ემოციურ ძალადობებთან და ემოციურ უგულვებლყოფასთან (Han *et al.*, 2018). კვლევის მიხედვით, პირები, რომლებიც ბავშვობის 4 და მეტ ნეგატიურ გამოცდილებას აღნიშნავენ, 0-3 ნეგატიურ გამოცდილების მქონე ინდივიდებთან შედარებით, მეტად იყვნენ თვითდაზიანების ჯგუფში (Cleare *et al.*, 2018). ბავშვზე ძალადობა ძლიერ ნეგატიურ ზემოქმედებას ახდენს სექსუალურ ურთიერთობებში მოწიფულობასა და პასუხისმგებლობის განცდაზე. ბავშვობაში ძალადობის მსხვერპლებს ორჯერ მეტი შანსი აქვთ, რომ ჰყავდეთ 50 ან მეტი სქესობრივი პარტნიორი (Felitti *et al.*, 1998).

სექსუალური ძალადობის მსხვერპლები არიან პრობლემური სექსუალური ქცევების გაზრდილი რისკის ქვეშ, აქვთ 8-ჯერ გაზრდილი აივ-სარისკო ქცევები (Bensley, Van Eenwyk & Simmons, 2000). სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი ბავშვების პრობლემური სექსუალური ქცევები 2-ჯერ ზრდის მოზარდობაში ორსულობის მაჩვენებელს (Noll, Shenk & Putman, 2009), თუმცა, აქ ფიზიკური ძალადობაც ძლიერი პრედიქტორია (Madigan, Wade, Tarabulsz, Jenkins & Shoulddice, 2014). აღმოჩნდა, რომ ადრეული სექსუალური აქტივობა განაპირობებს კავშირს ბავშვზე ძალადობასა და უგულვებლყოფასა, და პროსტიტუციას შორის (Wilson & Widom, 2010). ამ კვლევის ავტორებმა განიხილეს, რომ ეს მონაცემები ხაზს უსვამს ძალადობისა და უგულვებლყოფის მსხვერპლ ბავშვებში ადრეული სექსუალური ურთიერთობების მნიშვნელოვან როლს შემდგომში პროსტიტუციაში ჩართვაზე და მხარს უჭერენ ინტერვენციების საჭიროებას, რათა შემცირდეს სარისკო სექსუალური ქცევების განხორციელება და ხელი შეუწყოს ჯანსაღ სექსუალური ქცევის ჩამოყალიბებას. ამ კვლევის შედეგების თანახმად, ბავშვზე ძალადობა უკავშირდება უპასუხისმგებლო სექსუალურ ქცევებს, რომლებიც ინდივიდის ჯანმრთელობაზე და ეკონომიკურ სტატუსზე ახდენს გავლენას და ქმნის ეკონომიკურ ტვირთს მთლიანი საზოგადოებისთვის.

ფიგურა 7.1. ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების ზეგავლენის პირამიდა



პიროვნება და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები

უახლესი მონაცემების მიხედვით, პიროვნება შეიძლება აღიწეროს რამდენიმე პიროვნული მახასიათებლის გამოყენებით. ერთ-ერთ გავრცელებული მოდელი, რომელიც პიროვნების აღსაწერად გამოიყენება არის HEXACO¹³-ს მოდელი (Ashton & Lee, 2005), რომელიც მოიცავს პიროვნების ექვს ბაზისურ მახასიათებელს, ან თვისებას:

1. **პატიოსნება-თავმდაბლობა:** ადამიანები, რომლებიც პატიოსნება-თავმდაბლობის შკალაზე მაღალ ქულებს იღებენ, ერიდებიან სხვათა მანიპულაციას საკუთარი სარგებლის მისაღებად, არ ცდუნდებიან წესების დასარღვევად, თუ მაღალი სოციალური სტატუსი აქვთ, არ გრძნობენ რაიმე განსაკუთრებულ უფლებებს და არ არიან დაინტერესებულნი სიმდიდრითა და ფუფუნებით.

2. **ემოციურობა ან ნევროტულობა** ემოციური სტაბილურობის საპირისპიროდ: ადამიანები, რომლებიც ემოციურობის შკალაზე მაღალ ქულებს იღებენ, გამოირჩევიან უარყოფითი ემოციების განცდის ტენდენციით; აქვთ მიდრეკილება, რომ ცხოვრებისეულ სტრესებს შფოთვით უპასუხონ და საჭიროებენ სხვებისგან ემოციურ მხარდაჭერას.

3. **ექსტრავერსია** ინტროვერსიის საპირისპიროდ: ადამიანები, რომლებიც ექსტრავერსიის შკალაზე მაღალ ქულებს აჩვენებენ, გამოირჩევიან პოზიტიური ემოციების განცდის ტენდენციით, არიან ენთუზიასტები და ენერგიულები, საკუთარ თავს პოზიტიურად უყურებენ, ადამიანების ჯგუფთან ურთიერთობისას თავდაჯერებულები არიან და სოციალური შეკრებებითა და ინტერაქციებით სიამოვნებას იღებენ.

4. **გულისხმიერება** აგრესიის საპირისპიროდ: ადამიანები, რომლებსაც გულისხმიერების მაღალი მაჩვენებელი აქვთ, მიდრეკილნი არიან ცუდი ქმედებების პატიებისკენ, ღმობიერნი არიან სხვათა განსჯისას, სურთ სხვებთან კოოპერაცია და კომპრომისის მიღწევა, და მარტივად აკონტროლებენ საკუთარ გუნებ-განწყობას.

5. **კეთილსინდისიერება** იმპულსურობის საპირისპიროდ: ადამიანები, რომლებსაც აქვთ კეთილსინდისიერების მაღალი მაჩვენებელი, მოხერხებულად აორგანიზებენ საკუთარ დროს, დასახული მიზნების მისაღწევად დისციპლინირებულად მუშაობენ, დავალებების შესრულებისას ისწრაფვიან სიზუსტისა და იდეალურობისკენ და ძალიან ყურადღებით არიან გადაწყვეტილების მიღებისას.

6. **გამოცდილებისადმი ღიაობა** რიგიდულობის საპირისპიროდ: ღიაობის მაღალი მაჩვენებლის მქონე ადამიანების ტენდენციაა შეითვისონ სილამაზე, ხელოვნება და ბუნება და არიან ცნობისმოყვარენი სხვადასხვა დარგების მიმართ, იყენებენ ფანტაზიას და ინტერესდებიან უჩვეულო იდეებით, ან ადამიანებით.

დიდი ხუთეულისგან (Big 5) განსხვავებით, HEXACO-ს მოდელი მოიცავს პატიოსნება-თავმდაბლობის მახასიათებელს, რაც სხვადასხვა არაადაპტაციური ქცევების განვითარებისა და გამოვლინებისთვის ძალზე მნიშვნელოვნად მიიჩნევა (Ashton & Lee, 2008).

კვლევების მიხედვით, პიროვნული მახასიათებლები და ბავშვობაში არასათანადო მოპყრობა, ძალადობა, ან უგულვებლყოფა უშუალოდ არის დაკავშირებული ჯანმრთელობის განსხვავებულ ნეგატიურ პრობლემებთან მოგვიანებით ცხოვრებაში (Karmakar, Elhai, Amialchuk & Tiejien, 2017). თუმცა, მწირია კვლევები, რომლებიც დაადგენდნენ კავშირს ზრდასრული ადამიანის ადაპტაციურ პიროვნებასა და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილების განსხვავებულ ფორმებს შორის (see Hengartner *et al.*, 2016). ჰერგანტენის და კოლეგების კვლევის (2016) მიხედვით, რომელიც ჩატარდა ზოგად პოპულაციაში საზოგადოების ფართო ჯგუფზე, ემოციური ძალადობა დაკავშირებულია გაზრდილ ნევროტულობას და ღიაობის მაჩვენებელთან და გულისხმიერების დაბალ მაჩვენებელთან. ნევროტულობის მაღალი მაჩვენებელი, დაბალი ექსტრავერსია და გულისხმიერება უკავშირდება ემოციურ უგულვებლყოფას. ნევროტულობის მაღალი მაჩვენებელი ასოცირებულია ფიზიკურ ძალადობასთან, უგულვებლყოფასთან და სექსუალურ ძალადობასთან. დამატებით, ამ კვლევაში აღმოაჩინეს, რომ ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილების განსხვავებულ ფორმებს შორის, ემოციური ძალადობა და უგულვებლყოფა ყველაზე არსებითად უკავშირდება დიდი ხუთეულის პიროვნულ მახასიათებლებს (Hengartner *et al.*, 2016). არსებობს კონსენსუსი, რომ პიროვნული

13 HEXACO - honesty-humility, emotionality, extraversion, agreeableness, conscientiousness, and openness to experience

მახასიათებლები, კერძოდ ნევროტიზმი, ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებასა და განსხვავებულ (ფსიქიკურ) პრობლემებს შორის კავშირის მედიატორია, ისეთის, როგორიცაა ნივთიერებების ავადმომარება, დეპრესია, ფსიქოლოგიური დისტრესი (მიმოხილვისთვის იხ. Karmaker *et al.*, 2017). თუმცა, ჩვენთვის არსებული ინფორმაციით, არ არსებობს კვლევები, რომლებიც ადგენს კავშირს ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებსა და HEXACO-ს მოდელით განსაზღვრულ პიროვნულ მახასიათებლებს შორის. კერძოდ, კვლევები მიუთითებს, რომ პიროვნება, რომელსაც პატიოსნების შკალაზე დაბალი ქულა აქვს, ამჟღავნებს სამართალდამრღვევ ქცევებს, ავლენს ალკოჰოლის ავადმომარების მიდრეკილებას, აქვს მიდრეკილებები სექსუალური შევიწროებისადმი, ავლენს შეუზღუდავ სოციო-სექსუალობას და ა.შ. (მიმოხილვისთვის იხ. Ashton & Lee, 2008). ამგვარად, პატიოსნება-თავმდაბლობის მახასიათებლის შეტანა მნიშვნელოვანი იქნება ფართომასშტაბიანი კვლევისთვის, რომელიც ადგენს კავშირს ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებასა და განსხვავებულ მახასიათებლებსა და შედეგებს შორის. ცოტა ხნის წინ მოხდა ფსიქოზისადმი მიდრეკილების რეკონცეპტუალიზაცია, როგორც ბაზისური პიროვნული მახასიათებლის და ეწოდა დეზინტეგრაცია (Knezevic, Savic, Kutlesic & Opacic, 2017). ამ კვლევაში გამოჩნდა მახასიათებლის იერარქიული სტრუქტურა, რომელიც შედგება ცხრა შედარებით დაბალი დონის მახასიათებლისგან - აღმასრულებელი ფუნქციის ზოგადი დარღვევა, აღქმის დარღვევები, დეპრესია, პარანოია, მანია, გასადავებული აფექტი, სომატური დისრეგულაცია და მაგიური აზროვნება - რომელსაც მაღალი თანხვედრა აქვს უმაღლესი დონის დეზინტეგრაციის ფაქტორთან. წინა მონაცემების გათვალისწინებით, ეს მიუთითებს დადებით კავშირზე ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებსა და ფსიქოზის მაგვარ სიმპტომებს შორის (მიმოხილვისთვის იხ. Pos *et al.*, 2016). ამგვარად, უაღრესად მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს პიროვნების თვისებების ყოველმხრივი შეფასება, რომელიც მოიცავს დეზინტეგრაციას, როგორც თვისებას, რომელიც ფსიქოზის მაგვარი ფენომენის განვითარებისადმი მოწყვლადობას ასახავს.

მიჯაჭვულობა და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილება

მიჯაჭვულობა მიეკუთვნება თანდაყოლილ ფსიქო-ბიოლოგიურ სისტემას, რომელიც სტიმულს აძლევს ადამიანს უსაფრთხოდ ყოფნისთვის ეძებოს მნიშვნელოვან ადამიანებთან სიახლოვე (მაგ., მშობლებთან). ეს არის პიროვნების და ამ პიროვნების სხვებთან მიმართების „შინაგანად მომუშავე მოდელი“ (Bowlby, 1969), რომელიც სათავეს იღებს ბავშვსა და მასზე მზრუნველს შორის პირველივე ურთიერთობიდან. ეს შემდგომში ყალიბდება მნიშვნელოვან ადამიანებთან ურთიერთობის მთელი დროის მანძილზე და მჭიდროდ უკავშირდება საპასუხო ქცევას იმ პირებისგან, ვინც მშობლისთვის დამახასიათებელი მგრძობელობით ზრუნავს ამ პიროვნებაზე (Bowlby, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). თუ მზრუნველებთან ადრეული სოციალური ინტერაქციები საფრთხის წინაშე აღმოჩნდება, ბავშვმა შეიძლება მთელ ცხოვრების მანძილზე ვეღარ შეძლოს საიმედო კავშირების დამყარება ახლობელ ადამიანებთან, რაც არასაიმედო მიჯაჭვულობას ქმნის. ამას ადასტურებენ ბავშვთა მიმართ სასტიკი მოპყრობის მსხვერპლები. (Özcan, Bozacioglu, Enginkaza, Bilgin & Tomruk, 2016). მეორე მხრივ, არასანდო მიჯაჭვულობა მიჩნეულია ზრდასრულთა სხვადასხვა დეზადაპტაციური შედეგების რისკ ფაქტორად, როგორიცაა დეპრესია (Dagan, Facompre & Bernard, 2018), ტრავმული სიმპტომები (Barazzone, Santos, McGowan & Donaghay-Spire, 2018) და თვით ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებიც კი (Davis *et al.*, 2014; Balint *et al.*, 2016). უფრო მეტიც, მრავალჯერ ნახეს, რომ მიჯაჭვულობა მოქმედებს, როგორც მედიატორი და ამცირებს კავშირს ტრავმულ გამოცდილებებსა და პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობას შორის (Barazzone *et al.*, 2018), უფრო კონკრეტულად კი - კავშირს ბავშვის ნეგატიურ გამოცდილებასა და ფსიქოლოგიურ დისტრესს, და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის პრობლემებს შორის (Corcoran & McNulty, 2018). მიჯაჭვულობა ორი განზომილებით განისაზღვრება: მიჯაჭვულობის შფოთვა (საკუთარი თავის ნეგატიური აღქმა, სხვათა პოზიტიური აღქმა, მიუთითებს ინტერპერსონალური სტრატეგიის ჰიპერაქტივაციაზე) და განრიდება (საკუთარი თავის პოზიტიური აღქმა, სხვათა ნეგატიურად აღქმა, მიუთითებს ინტერპერსონალური სტრატეგიის დეაქტივაციაზე), ისევე, როგორც მათი კომბინაცია (საკუთარი თავის და სხვათა ნეგატიური აღქმა) განზომილებებზე უფრო მაღალი მაჩვენებლებით, რაც არასანდო მიჯაჭვულობას გულისხმობს (Wood & Riggs, 2009).

ბავშვობის სასიკეთო გამოცდილებები და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები

ბოლო დროის ლიტერატურა მეტ ყურადღებას უთმობს ბავშვობის პოზიტიურ გამოცდილებებს, რომელთაც ბავშვის განვითარებაზე სასიკეთო გავლენა აქვთ და ეს შეიძლება უპირისპირდებოდეს ნეგატიური მოვლენების გავლენას (Narayan, Rivera, Bernstein, Harris & Lieberman, 2018). ბავშვობის სასიკეთო გამოცდილებები გულისხმობს ადრეულ პოზიტიურ სოციალურ კავშირებს, როგორცაა მზრუნველთან კარგი ურთიერთობები და სანდო მიჯაჭვულობა, ისევე, როგორც საკუთარი თავის პოზიტიურად აღქმა. ეს ორივე ქმნის საფუძველს მომავალი ჯანსაღი ურთიერთობებისთვის (Cicchetti & Toth, 2009; Narayan *et al.*, 2018). გარდა ამისა, ეს მოიცავს სახლის წინასწარგანსაზღვრული რუტინის არსებობას, როგორცაა რეგულარული კვება, ან ძილის დრო (Narayan *et al.*, 2018). ეკოლოგიურ-ტრანზაქციულ პერსპექტივაში განვითარების სარგებელი არ არის დამოკიდებული მხოლოდ შინაგან და ოჯახის ფაქტორებზე, არამედ აგრეთვე მეგობრებთან, სკოლაში თანატოლებთან, მასწავლებლებთან, სამეზობლოსთან, დამრიგებლებთან და საზოგადოებაში გამოჩენილ ადამიანებთან ურთიერთობებზე (Annan, Blattman & Horton, 2006; Narayan *et al.*, 2018). ამგვარად, ე.წ. ბავშვობის სასიკეთო გამოცდილებები აღიწერება, როგორც ხელშემწყობი ფაქტორები, რომლებიც პირდაპირ ამცირებს ფსიქოპათოლოგიის განვითარებისა და სტრესის რისკს, როგორც დაბალი, ისე მაღალი დონის მქონე ნეგატიური გამოცდილებების მქონე ბავშვებში. შედეგად, ბავშვობის სასიკეთო გამოცდილება უნდა განიხილებოდეს, როგორც ზრდასრულის ფუნქციონირებაზე ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილების გავლენის კვლევის განუყოფელი ნაწილი.

ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა

როგორც უკვე აღინიშნა, კვლევების მზარდი რაოდენობა ადასტურებს, რომ ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები მნიშვნელოვნად უკავშირდება სხვადასხვა ფსიქიკურ და ფიზიკურ დაავადებებს. თუმცა, ჯანმრთელობის განსაზღვრა ვერ მოხდება მხოლოდ ავადმყოფობის არარსებობით ან არსებობით. ეს უნდა განისაზღვროს მთლიანად ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის გათვალისწინებით (Jahoda, 1958). ფსიქიკურად კარგად ყოფნა მოიცავს რამდენიმე სფეროს, როგორცაა: მომავლისადმი ოპტიმისტური დამოკიდებულება, ღირებულების განცდა, დასვენებულად ყოფნის განცდა, პრობლემებთან კარგად გამკლავება, სადად აზროვნება, სხვა ადამიანებთან სიანდლოვის განცდა, რაიმეს შესახებ საკუთარი აზრის შექმნის უნარი (Hughes, Lowel, Quigg & Bellis, 2016).

ინგლისელ ზრდასრულთა ეროვნული მასშტაბის რეპრეზენტაციული ოჯახის გამოკვლევის მიხედვით, რომელშიც ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების მოდელი გამოიყენებოდა, არსებობს კავშირი ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებსა და ფსიქიკური კეთილდღეობის მარკერებსა და ცხოვრებით კმაყოფილებას შორის (Hughes *et al.*, 2016; Nurius, Green, Logan-Greene & Borja, 2015). მსგავსად, ნურიუსის და კოლეგების (2015) რეპრეზენტაციულ პოპულაციაზე დაფუძნებულმა ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა კავშირი ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებასა და აღქმულ ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას შორის. მაღალი ქულები ასოცირებული იყო ზრდასრულობაში ცუდ შედეგებთან - დაბალი სოციოეკონომიკური სტატუსისა და მედეგობის შემცირებული რესურსების ჩათვლით, რომელთაგანაც თითოეულზე გავლენას ახდენდა ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის აღქმა. ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა უკავშირდება ჯანმრთელობის აღქმას, სიცოცხლის ხანგრძლივობას, ჯანსაღ ქცევებს, ფსიქიკურ და ფიზიკურ დაავადებებს, სოციალურ კავშირებს, პროდუქტიულობას და ფიზიკურ და სოციალურ გარემოში არსებულ ფაქტორებს. ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა აერთიანებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობას (გონება) და ფიზიკურ ჯანმრთელობას (სხეული), რაც იწვევს დაავადების პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშემწყობისთვის უფრო ჰოლისტიური მიდგომების შექმნას (Diener *et al.*, 2009; Dunn, 1973).

აღზრდის დისციპლინური პრაქტიკები და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები იხილეთ დანართში 7.1.

ბიბლიოგრაფია

1. Milutin Kostić, Ljiljana Lazarević, Vanja Mandić Maravić, Marija Mitković Vončina, Jelena Radosavljev Kirčanski, Ana Stojković, Marina Videnović; Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Research on Adverse Childhood Experiences in Serbia. ISBN 978-86-80902-24-1 Belgrade, March 2019
2. ACE-IQ, WHO; Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/questionnaire.pdf
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM–5 [5th ed]. Washington (D.C.): American Psychiatric Association
4. Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(9), 1473–1481.
5. Baiden, P., Stewart, S. L., & Fallon, B. (2017). The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 69, 163–176.
6. Balint, E. M., Gander, M., Pokorny, D., Funk, A., Waller, C., & Buchheim, A. (2016). High prevalence of insecure attachment in patients with primary hypertension. *Frontiers in Psychology*, 7, 1087.
7. Barazzone, N., Santos, I., McGowan, J., & Donaghay-Spire, E. (2018). The links between adult attachment and post-traumatic stress: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 92(1), 131–147.
8. Barker, B., Kerr, T., Dong, H., Wood, E., & Debeck, K. (2017). High school incompleteness and childhood maltreatment among street-involved young people in Vancouver, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 25(2), 378–384.
9. Basu, A., McLaughlin, K. A., Misra, S., & Koenen, K. C. (2017). Childhood maltreatment and health impact: The examples of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus in adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 125–139.
10. Beckerman, M., van Berckel, S. R., Mesman, J., & Alink, L. R. (2017). The role of negative parental attributions in the associations between daily stressors, maltreatment history, and harsh and abusive discipline. *Child Abuse & Neglect*, 64, 109–116.
11. Behrens, K. Y., Hart, S. L., & Parker, A. C. (2012). Maternal sensitivity: Evidence of stability across time, contexts, and measurement instruments. *Infant and Child Development*, 21(4), 348–355.
12. Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*, 12(1), 72.

თავი 8

სექსუალური აღზრდა და ქაოსური სექსუალური კავშირები, როგორც ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების გამოვლინება

პოპულაციის სექსუალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის ფუნდამენტურია გავიგოთ ის რისუ ფაქტორები და გზები, რომლებიც იწვევს სარიცხო სექსუალურ ქცევებსა და სექსუალური ჯანმრთელობის არასასურველ შედეგებს. სექსუალური ჯანმრთელობის არასასურველი შედეგის ერთ-ერთი პოტენციური რისუ ფაქტორი არის ბავშვობის ტრავმული გამოცდილებების ზეგავლენა ინდივიდზე.

ბავშვობის ტრავმული გამოცდილებები არის პოტენციური მატრავმირებელი მოვლენები, რომლებიც ბავშვობაში ხდება. ისინი განსხვავდებიან სიმძიმის მიხედვით, თუმცა მოიცავს ძალადობას, ან უგულვებლყოფას ან საცხოვრებელ გარემოში არსებულ მატრავმირებელ მოვლენებს, როგორცაა: ოჯახში ძალადობა, მშობლების მიერ ნივთიერების ავადმომხმარება, მათი ფსიქიკური აშლილობები, ან პატიმრობა.

1990-იანი წლებიდან მრავალმა საერთაშორისო კვლევამ განსაზღვრა ის ზეგავლენა, რაც ბავშვობის ტრავმულ გამოცდილებებს შეიძლება ჰქონდეს ინდივიდის ნევროლოგიურ და ბიოლოგიურ ფუნქციონირებაზე, ისევე, როგორც ჯანმრთელობის მრავალ პრობლემაზე მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. ეს მოიცავს გაზრდილ დაუცველობას ისეთი სარიცხო ქცევებისადმი, როგორცაა მოწევა და ალკოჰოლის ავადმომხმარება, ფსიქიკური აშლილობები და სუიციდური ქცევები, ქრონიკული ფიზიკური დაავადებები, როგორცაა სიმსივნე, გულის და რესპირატორული დაავადებები, და ნაადრევი სიკვდილიანობა. საერთაშორისო ლიტერატურის მეტა-ანალიზის მიხედვით, ზრდასრულები, რომლებსაც ბავშვობაში ოთხი ან მეტი მატრავმირებელი გამოცდილება ჰქონდათ, მსგავსი გამოცდილების არმქონე ინდივიდებთან შედარებით, აქვთ ადრეული სექსუალური ცხოვრების 3-ჯერ მეტი ალბათობა (16 წლამდე), მოზარდობაში ორსულობის 4-ჯერ გაზრდილი რისკი (18-19 წელზე პატარა ასაკში), 3-ჯერ მეტი ალბათობა, რომ ჰყავდეთ რამდენიმე (ხუთი, ან მეტი) სქესობრივი პარტნიორი და თითქმის 6-ჯერ მეტი ალბათობა, რომ ჰქონდეთ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგგი) ქრონიკული დიაგნოზი. ამასთან დაკავშირებული სხვა არასასურველი შედეგებია ადრეული პუბერტატი, დაუცველი სექსი და განმეორებითი აბორტები. ბავშვობის ტრავმული გამოცდილებების კავშირი არასასურველი სექსუალური ურთიერთობების შედეგებთან უფრო ძლიერია ქალებისა და სექსუალური უმცირესობების შემთხვევაში.

სექსუალური ჯანმრთელობის დეფინიცია მრავალი ორგანიზაციის მიერ არის მოწოდებული. დაავადების კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებმა (CDC), ჯანმრთელობის რესურსებისა და სერვისების ადმინისტრაციის (HRSA), აივ, ვირუსული ჰეპატიტისა და სგგი-ის პრევენციისა და მკურნალობის საკონსულტაციო კომიტეტმა რეკომენდაცია გაუწიეს შემდეგ დეფინიციას:

სექსუალური ჯანმრთელობა არის სექსუალობასთან მიმართებაში მთელი ცხოვრების მანძილზე არსებული კეთილდღეობის მდგომარეობა, რომელიც მოიცავს ფიზიკურ, ემოციურ, ფსიქიკურ, სოციალურ და სულიერ განზომილებებს. სექსუალური ჯანმრთელობა ადამიანის ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია, ეფუძნება სექსუალობასთან, ურთიერთობებთან და რეპროდუქციასთან პოზიტიურ და სამართლიან მიდგომას, რომელიც არ მოიცავს დაძალებას, შიშს, დისკრიმინაციას, სტიგმას, სირცხვილის განცდასა და ძალადობას. ის მოიცავს: სექსუალური ქცევის სარგებლის, რისკების და პასუხისმგებლობების გააზრების უნარს; დაავადების პრევენციას და არასასურველ შედეგებზე ზრუნვას; და სექსუალური ურთიერთობების განხორციელების შესაძლებლობას. სექსუალურ ჯანმრთელობაზე ზეგავლენას ახდენს სოციოეკონომიკური და კულტურული კონტექსტი, მათ შორის პოლიტიკა, პრაქტიკა და სერვისები, რომლებიც მხარს უჭერენ სასურველ შედეგებს ინდივიდებისთვის, ოჯახებისა და მათი თემებისთვის.

უნდა აღინიშნოს, რომ სექსუალური ჯანმრთელობის დანერგვის სტრატეგიები სამედიცინო დაწესებულებებში ნაკლებ განვითარებულია. სექსუალური ჯანმრთელობის ჩარჩო კონცეპტუალურად

წარმოადგენს ფართო, ყოვლისმომცველ მიდგომას საქსუალურ აქტივობასთან დაკავშირებული არასასურველი შედეგების პრევენციისა და მკურნალობისადმი, რომელიც მოიცავს აივ, სხვა სგგებს, ვირუსულ ჰეპატიტს, არასასურველ ორსულობას, რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნესა და საქსუალურ ძალადობას. ის, აგრეთვე უზრუნველყოფს პლატფორმას მოგვიანებით ცხოვრებაში პოტენციურად არსებული ფუნქციონალური პრობლემების მოსაგვარებლად, როგორცაა ურთიერთობის სიჯანსაღე და საქსუალური პასუხისმგებლობა, მენარქეალური, პერიპარტუმის და მენოპაუზის ცვლილებები, და პროსტატიზმი და ერექციული დისფუნქცია. მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად მსგავსი პრობლემები განიხილება, როგორც ცალკეული კლინიკური პრობლემები, უფრო ფართო პერსპექტივიდან ისინი მიეკუთვნებიან საქსუალური ჯანმრთელობის სფეროს. საქსუალური ჯანმრთელობის მიდგომის გამოყენებას აქვს პოტენციალი, რომ გააუმჯობესოს ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე მყოფი პაციენტების, ისევე, როგორც რისკ ჯგუფში მყოფი ინდივიდების ქცევის მართვა. აგრეთვე, ამ მიდგომას შეუძლია ზეგავლენა იქონიოს იმაზე, თუ როგორ აღიქვამს საზოგადოება საქსუალურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. ამ უპირატესობების გაცნობიერება მოითხოვს მეტ ფოკუსს საქსუალური ჯანმრთელობის საკითხებში განათლებასა და ტრენინგზე.

საქსუალობის განვითარება მოზარდობში

მოზარდობის პერიოდში ფიზიკური ზრდა, ფსიქოლოგიური და კოგნიტური განვითარება აღწევს პიკს. მოზარდობაში საქსუალობის განვითარება უკეთ აიხსნება ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის კონტექსტში. ბიოლოგიურ ფაქტორებს, ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს და სოციალურ ფაქტორებს აქვთ თანაბარი მნიშვნელობა მოზარდობაში საქსუალობის განვითარების განსაზღვრაში.

ბიოლოგიური ფაქტორები არის გენეტიკური და ნეირო-ენდოკრინული ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავს ბიოლოგიურ სქესს და, აგრეთვე გავლენა აქვს ფსიქოლოგიურ სქესზე. მოზარდობის პერიოდში სასქესო ჰორმონები, კორტიზოლი და ბევრი სხვა ჰორმონი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პუბერტატის დაწყებაში. მეორეული სქესობრივი ნიშნები თავს იჩენს ამ ნეირო-ენდოკრინული ზეგავლენის შედეგად.

მამაკაცებშიც და ქალებშიც ვითარდება თმები ბოქვენზე და იღლიებში, რომლებიც გენდერულად სპეციფიკური ზრდის პატერნს აჩვენებენ. მამაკაცებში იზრდება სასქესო ორგანოები, ჩნდება წვერი და უღვაში და სხეულის აღნაგობა იძენს ტიპურ მასკულინურ ფორმებს. ქალებში იწყება მკერდის განვითარება, იწყება მენსტრუალური ციკლი, სასქესო ორგანო იძენს ზრდასრულ ფორმას და სხეულის აღნაგობა იცვლება ფემინურ ტიპზე. ჰორმონები აგრეთვე გავლენას ახდენს მოზარდის ინტერესზე საქსუალური ურთიერთობების მიმართ.

ინდივიდის პიროვნული მახასიათებლები ან ტემპერამენტი არის მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური ფაქტორი, რომელიც, ასევე განსაზღვრავს საქსუალობისადმი დამოკიდებულებას. ინტროვერტ მოზარდებს უჭირთ სიახლოვე და საქსუალური გზით რეაგირება.

მოზარდის საქსუალობის განვითარებაში აგრეთვე მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ სოციალური ან გარემოს ფაქტორები. მნიშვნელოვანი სოციალური ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ საქსუალურ სწავლასა და მოზარდის დამოკიდებულებას საქსუალობისადმი, არის მშობლების დამოკიდებულება საქსუალობის მიმართ, აღზრდის სტილი, თანატოლებთან ურთიერთობა, კულტურის ზეგავლენა.

ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების მიღმა ბევრი სხვა ფაქტორი, როგორცაა პოლიტიკური, ლეგალური, ფილოსოფიური, სულიერი, ეთიკური და მორალური ღირებულებები, ასევე ახდენს მნიშვნელოვან ზეგავლენას სქესობრივ მომწიფებაზე. ბოლო ათწლეულების განმავლობაში მედიაში საქსუალობასთან დაკავშირებული საკითხების გაშუქების მნიშვნელოვანი ზრდა შეინიშნება. მედიის საშუალებით მოზარდებისთვის ხელმისაწვდომია საქსუალური მინაარსის ლიტერატურა, ინფორმაცია საქსუალური ხასიათის დანაშაულსა და ძალადობებზე, რაც გავლენას ახდენს მოზარდის მიერ საქსუალობის აღქმასა და საქსუალობისადმი დამოკიდებულებაზე. ტელევიზიის მსგავსად, ინტერნეტის საშუალებით მოზარდებს წვდომა აქვთ საქსუალური მინაარსის ლიტერატურასთან და ფილმებთან, რაც ზეგავლენას ახდენს საქსუალობის აღქმაზე.

ბავშვების ან ახალგაზრდების დაგაზიანებელი საქსუალური ქცევის განმარტება

სპეციალისტებს შორის მკაფიო კომუნიკაციისთვის და ბავშვების, ახალგაზრდებისა და მათი ქცევის ზუსტი შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია ერთიანი და ეფექტური ტერმინების არსებობა. წინამდებარე სახელმძღვანელოს მიზნებისთვის, „დამაზიანებელი საქსუალური ქცევა“ განისაზღვრება, როგორც „18 წლამდე ასაკის ბავშვის ან ახალგაზრდის საქსუალური ქცევა, რომელიც განვითარებისთვის შეუფერებელია და შესაძლოა იყოს საზიანო მათ მიმართ ან სხვების მიმართ, ან შეურაცხმყოფელი სხვა ბავშვის, ახალგაზრდის ან ზრდასრული ადამიანის მიმართ“ (Hackett, 2014). ერთმანეთისაგან უნდა გაიმიჯნოს პრობლემური და ძალადობრივი საქსუალური ქცევა.

პრობლემური ქცევა

პრობლემური ქცევა არ მოიცავს სხვების ღია ვიქტიმიზაციას. მან, შესაძლოა, გავლენა იქონიოს ბავშვის განვითარებაზე და გამოიწვიოს ასეთი ქცევის მქონე ბავშვის დისტრესი, უარყოფა ან ვიქტიმიზაციის მატება. აღნიშნული მოიცავს სასქესო ორგანოებთან დაკავშირებულ ქცევას, რომელიც განვითარებისთვის შეუფერებელია ან პოტენციურად საზიანოა თვითონ ბავშვებისთვის ან სხვებისთვის. ასეთი ქცევა მოიცავს პრობლემურ თვით-სტიმულაციას და არა-ინტრუზიულ ქცევას, ისევე, როგორც საქსუალურ ინტერაქციებს სხვა ბავშვებთან ერთად, საქსუალურ თამაშზე უფრო ექსპლიციტური ქცევისა და აგრესიული საქსუალური ქცევის ჩათვლით. ზოგჯერ, ტერმინი „პრობლემური საქსუალური ქცევა“ გამოიყენება ისეთ ქცევასთან დაკავშირებით, რომელიც, შესაძლოა, განვითარებისთვის შესაფერისია, მაგრამ არსებული კონტექსტის გათვალისწინებით, შეუფერებლად არის გამოხატული.

როდესაც ამ ტიპის ქცევა უკავშირდება ტრავმას - მაგალითად, როდესაც სიმპტომები მომდინარეობს ბავშვის მიერ განცდილი საქსუალური ძალადობიდან - ქცევას, შესაძლოა, ეწოდოს საქსუალურად რეაქტიული. საქსუალურად რეაქტიული და საქსუალურად პრობლემური ქცევა, უფრო ხშირად, ასოცირდება უმცროსი ასაკის ბავშვებთან.

ძალადობრივი ქცევა

ძალადობა მოიცავს იძულების ან მანიპულაციის ელემენტსა და ძალის დისბალანსს, რაც ნიშნავს იმას, რომ მსხვერპლი ვერ გამოხატავს ინფორმირებულ თანხმობას, ხოლო ქცევას აქვს ფიზიკური ან ემოციური ზიანის გამოწვევის პოტენციალი. ძალის დისბალანსი, შესაძლოა, განპირობებული იყოს ასაკით, ინტელექტუალური ან სხვა სახის შეზღუდული შესაძლებლობით ან ფიზიკური ძალით. ძალადობრივი საქსუალური ქცევა, შესაძლოა, განპირობებული იყოს სისხლის სამართლებრივი მსჯავრდებით ან დევნით.

ასეთი ქცევა უფრო ხშირად ასოცირდება ახალგაზრდებთან, რომელთაც სისხლის სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ასაკს გადააბიჯეს ან სქესობრივი სიმწიფის ასაკში იმყოფებიან.

ვინაიდან პრობლემური და ძალადობრივი საქსუალური ქცევა განვითარებისთვის შეუფერებელია, ამან, შესაძლოა, განვითარების პროცესს მიაყენოს ზიანი. ამდენად, ამ ტიპის ქცევის აღსანიშნავად გამოიყენება ტერმინი „დამაზიანებელი საქსუალური ქცევა“ (HSB).

ქცევის კონტინუმი

უადრესად მნიშვნელოვანია, რომ სპეციალისტებმა ერთმანეთისაგან გაარჩიონ ნორმალური და დევიანტურ საქსუალური ქცევა. ბავშვის საქსუალური ქცევა, შესაძლოა, ჩაითვალოს არანორმალურად, იმ შემთხვევაში, თუ (Chaffin, Letourneau და Silovsky. 2002, გვ.208):

- ▶ მას ადგილი აქვს უფრო ხშირად, ვიდრე ეს განვითარების გათვალისწინებით არის მოსალოდნელი
- ▶ აფერხებს ბავშვის განვითარებას

- ▶ ადგილი აქვს იძულებასთან, ზეწოლასთან ან ძალის გამოყენებასთან ერთად
- ▶ ასოცირდება ემოციურ დისტრესთან
- ▶ ადგილი აქვს განსხვავებული განვითარების ან ასაკის მქონე ბავშვებს შორის
- ▶ მზრუნველის მხრიდან ინტერვენციის მიუხედავად, ხდება განმეორებით, ფარულად.

ბავშვებისა და ახალგაზრდების სექსუალური ქცევის სპექტრის სადემონსტრაციოდ, ჰეკეტმა (Hackett, 2010) წარმოადგინა კონტინუუმის მოდელი, რომელიც შეიცავს როგორც ნორმალურ, ასევე დევიანტურ ქცევას:

ბოქსი 8.1. კონტინუუმის მოდელი				
ნორმალური	შეუფერებელი	პრობლემური	შეურაცხყოფელი	ძალადობრივი
<ul style="list-style-type: none"> ▶ განვითარების გათვალისწინებით მოსალოდნელი სოციალურად მიღებული ▶ შეთანხმებული, ორმხრივი, რეციპროკული ▶ გადაწყვეტილების ერთად მიღება 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ შეუფერებელი სექსუალური ქცევის ცალკეული შემთხვევები ▶ სოციალურად მისაღები ქცევა თანატოლების ჯგუფში ▶ ქცევის კონტექსტი, შესაძლოა, შეუფერებელი იყოს ▶ ზოგადად, შეთანხმებული და რეციპროკული 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ პრობლემური და შემამოფრთხილებელი ქცევა ▶ განვითარებისთვის უჩვეულო და სოციალურად მოულოდნელი ▶ ვიქტიმიზაციის ღია ელემენტების გარეშე ▶ თანხმობის საკითხები ბუნდოვანია ▶ რეციპროკულობის ან თანაბარი ძალის არარსებობა ▶ შესაძლოა, შეიცავდეს აკვიატების ელემენტებს 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ სხვისი მსხვერპლად გადაქცევის განზრახვა ან შედეგი ▶ ითვალისწინებს ძალაუფლების ბოროტად გამოყენებას ▶ აიძულებს ან ძალას იყენებს მსხვერპლის დასამორჩილებლად ▶ შემაწუხებელი, სურვილის საწინააღმდეგო ინფორმირებული თანხმობა არ არსებობს ან მსხვერპლი ვერ გამოხატავს თავისუფალ ნებას ▶ შესაძლოა, შეიცავდეს გამომხატულ ძალადობის ნიშნებს 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ფიზიკური სექსუალური ძალადობა ▶ უაღრესად შემაწუხებელი ▶ ინსტრუმენტული ძალადობა, რომელიც ფსიქოლოგიურად და/ან სექსუალურად ადაგზნებს მოძალადეს ▶ საღიზნია

რეაგირების კონტინუუმი

ჰეკეტის ზემოთ წარმოდგენილი მოდელის თანახმად, დამაზიანებელი სექსუალური ქცევის მქონე ბავშვები და ახალგაზრდები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან. ისინი წარმოადგენენ კომპლექსურ ჯგუფს მრავალფეროვანი საჭიროებებით და მათზე რეაგირება შეუძლებელია სერვისის მიწოდების სტანდარტული (one size fits all) მოდელით, რომელიც ყველა შემთხვევას მოერგება.

ბავშვების და ახალგაზრდების მრავალფეროვანი საჭიროებების ცნება ითვალისწინებს სწავლის დაქვეითებული უნარის არსებობას, რომელიც მანამდე არ გამოვლენილა; სპეციფიკურ საგანმანათლებლო საჭიროებებს; სხვადასხვა ფსიქო-სოციალური რისკ ფაქტორებს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანმდევ პრობლემებს (Bladon et al, 2005). ბავშვების და ახალგაზრდების დამაზიანებელი სექსუალური ქცევის მრავალფეროვნება ნიშნავს იმას, რომ მათი საჭიროებები უნდა დაკმაყოფილდეს განთავსების განსხვავებულ გარემოებებში. ეს გარემო შეიძლება იყოს საკუთარი სახლი (ბავშვებისა და ახალგაზრდების უმრავლესობის შემთხვევაში), ზრუნვისა და მზრუნველობის გარემო (საშუალო რისკის მატარებელი სოციალურად დაუცველი და რთულად სამართავი ახალგაზრდების შემთხვევაში) და უფრო სპეციალიზებული ან დაცული გარემო (ახალგაზრდები, რომლებიც უფრო სერიოზულ, მნიშვნელოვან საფრთხეს უქმნიან სხვებს).

ძირითადი პრინციპები

- ▶ ბავშვები და ახალგაზრდები, ზრდასრულებისგან განსხვავებით, განვითარების სხვა დონეზე იმყოფებიან და მათ ქცევაზე რეაგირება აღნიშნულის გათვალისწინებით უნდა მოხდეს.
- ▶ ბავშვებისა და ახალგაზრდების სექსუალური ქცევა არსებობს ფართო კონტინუუმზე, რომე-

ლიც მოიცავს ქვევას ნორმალური და განვითარებისთვის შესაფერისიდან მიუღებელ და ძალადობრივამდე.

- ▶ ნებისმიერი ბავშვის სექსუალური ქვევა აღქმული უნდა იქნეს განვითარების კონტექსტში, რათა მოხდეს სხვადასხვა ეტაპზე მოტივაციისა და ქვევის მნიშვნელობებს შორის ძირითადი განსხვავებების იდენტიფიცირება.
- ▶ დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის აღწერა უნდა ითვალისწინებდეს ქრონოლოგიურად ასაკსა და განვითარების დონეს და იმას, თუ რა არის ჯანსაღი სექსუალური ქვევა ბავშვებში და ახალგაზრდებში. განსაკუთრებით, იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს სწავლის უნარის დაქვეითებასთან ან განვითარების დარღვევების მქონე ახალგაზრდებთან.
- ▶ ადგილობრივად მომსახურების მიწოდება უნდა უზრუნველყოფდეს საჭიროებების დაკმაყოფილებას განთავსების განსხვავებულ კონტექსტებში და ზედამხედველობისა და უსაფრთხოების განსხვავებულ დონეებზე.
- ▶ ბავშვებისა და ახალგაზრდების დამაზიანებელ სექსუალურ ქვევაზე რეაგირება უნდა იყოს რისკის დონისა და საჭიროებების შესაბამისი. ის უნდა განხორციელდეს ყველაზე ნაკლებად შეურაცხმყოფელი მეთოდებით, ქვევაზე ეფექტური რეაგირების მოსახდენად.
- ▶ დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის მქონე ბავშვები და ახალგაზრდები კომპლექსურ ჯგუფს წარმოადგენენ. მათ განსხვავებული საჭიროებები აქვთ და ამ საჭიროებებზე რეაგირება სერვისის მიწოდების ერთი სტანდარტული მოდელით შეუძლებელია.
- ▶ სოციალურად დაუცველ ოჯახებში მცხოვრები ბავშვები, რომლებსაც არახელსაყრელ პირობებში და სხვადასხვა რისკ ფაქტორების ფონზე უწევთ ცხოვრება, უფრო მოწყვლადები არიან და მეტად სავარაუდოა, რომ გრძელვადიან პერსპექტივაში მივიღოთ არასათანადო შედეგები. ეს პრობლემები და არახელსაყრელი პირობები მნიშვნელოვნად განსხვავდება. შესაბამისად, სერვისები უნდა იყოს საკმარისად მოქნილი, რათა ოჯახებმა მხარდაჭერა მიიღონ მათი საჭიროებების შესაბამისად, ოჯახის სააგენტოდან სააგენტოში გადამისამართების გარეშე.
- ▶ აუცილებელია მრავალდონიანი მიდგომა, რომელიც ერთმანეთისაგან გაარჩევს შემდეგი კატეგორიის ბავშვებსა და ახალგაზრდებს: მათ, ვისი საჭიროებაც შესაძლოა დაკმაყოფილდეს მშობლების მონიტორინგით; მათ, ვისაც შეზღუდული ფსიქოსაგანმანათლებლო მხარდაჭერა სჭირდებათ და მათ, ვისაც სჭირდებათ სპეციალიზებული სერვისები.

დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის მქონე მოზარდები

დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის მქონე ბავშვების მსგავსად, ასეთივე ქვევის მქონე მოზარდები საკმაოდ მრავალფეროვანი ჯგუფია და ისინი განსხვავდებიან წარმომავლობის, მოტივაციის, ქვევის ტიპების, დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის დაწყების ასაკისა და მათი სამიზნის მიხედვით.

დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის მქონე მოზარდების უმრავლესობა მამრობითი სქესისაა, იმის გათვალისწინებითაც, რომ ახალგაზრდა ქალები შეტყობინებას ნაკლებად მიმართავენ, და ამასთან, ახალგაზრდა ქალებისთვის სპეციალიზებული ჩარევის პროგრამები ნაკლებად არის ხელმისაწვდომი.

დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის მსხვერპლთა უმრავლესობა ბავშვია და უმეტეს შემთხვევაში ისინი იცნობენ ამ პროცესში ჩართულ ახალგაზრდა ადამიანს. კვლევების თანახმად, არსებობს ახალგაზრდებში დამაზიანებელი სექსუალური ქვევის გამომწვევი სამი განსხვავებული „სიდრომი“, კერძოდ:

- ▶ „ძალადობაგანცდილ“ ახალგაზრდებს აქვთ ფიზიკური და სექსუალურ ძალადობის გამოცდილება და ისინი გასაჭირში მყოფი ახალგაზრდების კატეგორიას განეკუთვნებიან. ისინი სხვებს აყენებენ ზიანს და ამის მიზეზი საკუთარი ძალადობრივი გამოცდილებაა.
- ▶ დელინქვენტი ახალგაზრდების „სპეციალიზაციას“ არ წარმოადგენს სექსუალური დანაშაული - მათ დამაზიანებელ სექსუალურ ქვევას ადგილი აქვს სხვადასხვა დევიანტურ ქვევა-

სთან ერთად, როგორცაა, მაგალითად: ქონებრივი დანაშაული, მანამდე ჩადენილი დანაშაული სხვის მიმართ, ანტი-სოციალური ქცევა და ხანძრის გაჩენა. ასეთი ახალგაზრდები სხვებს ზიანს აყენებენ, ზოგადად, თავიანთი დელინქენტური პატერნების გამო.

- ▶ განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ახალგაზრდების ჯგუფი წარმოადგენს ფართო სპექტრს, რომელიც მოიცავს ემოციური, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ფუნქციის დაქვეითებას (მეტყველებისა და სმენის შეზღუდვების ჩათვლით), ქცევით პრობლემებს, საგანმანათლებლო სირთულეებს, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომს და სწავლის უნარის დაქვეითებას. ამავდროულად, სპეციალისტებმა უნდა გაითვალისწინონ ერთი და იგივე ასაკის მქონე ახალგაზრდების სოციალურ-ემოციური, კოგნიტური და ფიზიკური განვითარების განსხვავებული დონე. ამ ახალგაზრდებისათვის, შესაძლოა, საჭირო გახდეს სპეციალისტის შერჩევა, რომელიც შეძლებს ზოგადი ცოდნისა და მეტყველების, კომუნიკაციის დეფიციტის, აზროვნებასთან და ჩაგონებასთან დაკავშირებული პრობლემების იდენტიფიცირებას.

დამაზიანებელი სექსუალური ქცევის მქონე ახალგაზრდები, რომელთაც აქვთ სწავლის დაქვეითებული უნარი

იზრდება ინფორმირებულობა სწავლის დაქვეითებული უნარის მქონე ახალგაზრდა ადამიანებში დამაზიანებელი სექსუალური ქცევის გავრცელებასთან დაკავშირებით. ჰეკეტმა და სხვებმა შეისწავლეს დამაზიანებელი სექსუალური ქცევის მქონე 700,000 ახალგაზრდა და დაადგინეს, რომ მათგან 38%-ს სწავლის დაქვეითებული უნარი აღენიშნებოდა.

დამაზიანებელი სექსუალური ქცევის მქონე ახალგაზრდებს, რომელთაც სწავლის უნარის დაქვეითება აღენიშნებათ, არაერთი საერთო ნიშან-თვისება აქვთ იმ ახალგაზრდებთან, რომელთაც ეს პრობლემა არ აღენიშნებათ. თუმცა, მაინც არსებობს გარკვეული განსხვავებები. კერძოდ, მათ მიერ მიყენებული ზიანი არის ოპორტუნისტული და იმპულსური; ნაკლებად ირჩევენ კონკრეტულ მსხვერპლს; დანაშაულის ობიექტად ძირითადად სუსტ მსხვერპლს ირჩევენ და ახდენენ უფრო იმპულსური და ოპორტუნისტული ქცევის დემონსტრირებას (Fyson, 2007). დამაზიანებელი სექსუალური ქცევის მქონე ახალგაზრდები, რომელთაც სწავლის დაქვეითებული უნარი აღენიშნებათ, უფრო ნაკლებად იყენებენ სექსუალურ ურთიერთობებში დაყოლიების ტექნიკებს და ნაკლებად ინფორმირებულები არიან სოციალური ნორმების და პროსოციალური ქცევის შესახებ (Timms & Goreczny, 2002). სწავლის დაქვეითებული უნარის მქონე ახალგაზრდებში და ბავშვებში დამაზიანებელ სექსუალურ ქცევაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს თანატოლებთან ურთიერთობებისა და სექსუალური განათლების ნაკლებობა. შესაბამისად, ეს ახალგაზრდები, შესაძლოა, ვერც აცნობიერებდნენ, რომ ასეთი ქცევა არის საზიანო.

ბიბლიოგრაფია

1. [Sujita Kumar Kar, Ananya Choudhury,¹ and Abhishek Pratap Singh¹](#) Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *J Hum Reprod Sci.* 2015 Apr-Jun; 8(2): 70–74. doi: [10.4103/0974-1208.158594](#)
2. DeLamater J, Friedrich WN. Human sexual development. *J Sex Res.* 2002;39:10–4.
3. Resource Centre for Adolescent Pregnancy Prevention. An Overview of Adolescent Development Education, Training and Research Associates. 2003. [Last accessed on 2015 Jan 06].
4. Merrick J, Tenenbaum A, Omar HA. Human sexuality and adolescence. *Front Public Health.* 2013;1:41. [Jessie V. Ford, MSc,^a Rheta Barnes, MSN, MPH,^b Anne Rompalo, MD, ScM,^c and Edward W. Hook, III, MD^{d,e,f}](#) Sexual Health Training and Education in the U.S. *Public Health Rep.* 2013 Mar-Apr; 128(Suppl 1): 96–101. doi: [10.1177/00333549131282511](#)
5. Department of Health and Human Services (US). Healthy people 2020: leading health indicators. [cited 2012 Sep 7].
6. World Health Organization. *Defining sexual health, report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002.* Geneva: WHO; 2006.
7. Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician.* 2002;66:1705–12.
8. Shell JA. Including sexuality in your nursing practice. *Nurs Clin North Am.* 2007;42:685–96.

თავი 9

ოჯახის ნევროთა ჩართულობის მნიშვნელობა და კომუნიკაციის სტრატეგიები

მიუხედავად იმისა, რომ შემუშავებულია მრავალი მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა ახალგაზრდების (იგულისხმება მოზარდობის და ადრეული ზრდასრულობის ასაკი) ემოციური და ქცევითი პრობლემების პრევენციისა და მკურნალობისთვის (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008), ამ მეტოდების განხორციელების მუდმივ გამოწვევად კვლავ რჩება ინტერვენციის პროცესში ოჯახების აქტიურად ჩართვა. ახალგაზრდებისთვის ყველაზე ეფექტური მკურნალობა მოითხოვს მზრუნველთა (ოჯახის წევრები, აღმზრდელები და ა.შ) გარკვეული დოზით ჩართულობას. სამწუხაროდ, მაშინაც კი, როდესაც სათემო და სასკოლო გარემოში მომუშავე პრაქტიკოსები იყენებენ ეფექტურ პრაქტიკას, ხშირად დიდი ძალისხმევაა საჭირო ოჯახებთან დასაკავშირებლად და დროთა განმავლობაში მათი ჩართულობის შესანარჩუნებლად (Hunter, 2005; Hoagwood, 2005). საბედნიეროდ, ბოლო წლებში მრავლად გაჩნდა ლიტერატურა ფსიქოსოციალურ სერვისებში ოჯახის მონაწილეობის ხელშეწყობის საჭირო კომპონენტებზე. ეს ლიტერატურა მეტწილად წარმოადგენს იმ მნიშვნელოვანი კვლევითი ბაზის გაფართოებას, რომელიც აღწერს იმ მოტივაციურ, პერცეპტულ და პრაქტიკულ ბარიერებს, რაც აფერხებს ზრდასრულთა ჩართულობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის და სხვა სახის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სერვისებში (Miller & Rollnick, 2002). კერძოდ, მკვლევრებმა განსაზღვრეს მრავალი მოდიფიცირებადი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს, ან უშლის ოჯახის მონაწილეობას ბავშვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში (McKay, Stoewe, McCadam, & Gonzales, 1998).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროების მქონე ბავშვების უმეტესობა არ იღებს არანაირ სერვისს (Kazdin, Mazurick, & Bass, 1993; Kushner & Sher, 1991; Pavuluri, Luk, & McGee, 1996). ამ „სერვისის მიღების ჩავარდნაზე“ უშუალოდ მშობლები არიან პასუხისმგებლები, რადგან ისინი განსაზღვრავენ, როგორც სერვისის საჭიროებას, ასევე იმასაც, თუ როგორ მოხდეს ბავშვის სერვისში ჩართვა.

მკურნალობაში თავდაპირველ და მდგრად ჩართულობას შეიძლება ხელი შეუშალოს სხვადასხვა სტრუქტურულმა, კონტექსტურმა და პერცეპტულმა ფაქტორებმა. მშობლების თავდაპირველ გადაწყვეტილებაზე - მოიძიონ თუ არა სერვისი - მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს მათი რწმენა და ღირებულებები პრობლემის მიზეზებსა და შესაფერისი მკურნალობის თაობაზე, ასევე, ზრუნვა-სთან დაკავშირებული ბარიერები და მათი წარსული გამოცდილება განათლებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის სისტემებთან მიმართებაში (Raviv *et al.*, 2009). იმის განსაზღვრაში, აქვს თუ არა ოჯახს სურვილი და შესაძლებლობა მოიძიოს შესაბამისი სერვისი, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს შემდეგი ფაქტორები:

- ▶ არახელსაყრელი სოციოეკონომიკური მდგომარეობა
- ▶ ეთნიკური უმცირესობის სტატუსი
- ▶ ბავშვის დისფუნქციის სიმძიმე
- ▶ მშობლების სტრესი და დეპრესია
- ▶ მხარდაჭერის ნაკლებობა (მათ შორის, ბავშვებზე და მოხუც მშობლებზე ზრუნვა)
- ▶ ოჯახის წევრების წინააღმდეგობა
- ▶ ცოდნის, უნარების და თავდაჯერებულობის ნაკლებობა (McKay *et al.*, 2004; Nock & Kazdin, 2001).

ამ ბარიერების დაძლევა უკიდურესად მნიშვნელოვანია ზრუნვის პროცესში ჩართულობის გასა-ზრდელად, რათა ბავშვებისა და მოზარდებისთვის არსებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინტერვენციებში მშობლები გახდნენ ცენტრალური მოთამაშეები (Affronti & Levison-Johnson, 2009). ახალგაზრდებისთვის ყველაზე ეფექტური მკურნალობა გადავიდა მათზე ფოკუსირებული ინტერვენციებიდან ოჯახზე ორიენტირებულ მომსახურებაზე, რომელიც მთელი პროცესის განმავლო-

ბაში მშობლების მნიშვნელოვან მონაწილეობას მოითხოვს (Fauber & Long, 1991; Rodrigue, 1994). მშობლების ჩართულობის შედეგად ახალგაზრდებში, როგორც ექსტერნალიზებული (Erhardt & Baker, 1990; Page, Poertner, & Lindbloom, 1995), ისე ინტერნალიზებული (Clarke *et al.*, 1992) პრობლემების მკურნალობის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. ამრიგად, მას შემდეგაც კი, რაც მშობლები გადაწყვეტენ, რომ სერვისის მიღება აუცილებელია მათი შვილისთვის, მკურნალობის ეფექტურობის წარმატება დამოკიდებული რჩება თერაპიულ პროცესში მათ სრულ ჩართულობაზე (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

გლობალთა ჩართულობის მოდელი

მაკ კეიმ და კოლეგებმა (1998, 2004) სიღრმისეულად შეისწავლეს ოჯახის ჩართულობის პროცესი და გამოავლინეს კრიტიკული ბერკეტები როგორც ოჯახების თავდაპირველ თერაპიულ პროცესში ჩართვისთვის, ასევე მათი მონაწილეობის შენარჩუნებისთვის. ეს მეთოდები მოიცავს შედარებით მარტივ სტრატეგიებს, რომელთა გამოყენებაც სპეციალისტებს შეუძლიათ აღმზრდელებთან კონტაქტის ნებისმიერ ეტაპზე. პირველი სატელეფონო კომუნიკაცია ქმნის საფუძველს წარმატებული ჩართულობისთვის. მაკ კეიმ და კოლეგებმა (1998) დაადგინეს, რომ პირველი სატელეფონო კომუნიკაციისას სისტემატური სტრატეგიები 30%-ით ზრდის პირველ სესიაზე (შეხვედრაზე) დასწრების შანსს. სატელეფონო კომუნიკაცია რომ წარმატებული აღმოჩნდეს, პრაქტიკოსმა სპეციალისტმა ოთხი პრინციპი უნდა დაიცვას:

(ა) განსაზღვროს სერვისის საჭიროება თავდაპირველი კომუნიკაციის ფოკუსირებით იმაზე, თუ რას თვლის მშობელი ბავშვის საჭიროებად.

(ბ) აღნიშნოს, რა დიდი ძალისხმევა სჭირდებათ მზრუნველებს კონტაქტის დასაწყებად და რომ ისინი მაქსიმუმს აკეთებენ, რათა ბავშვის საჭიროებები დაკმაყოფილდეს. ამით შეეცდება გაზარდოს აღმზრდელის ჩართულობა და ქმედითობა პირველ სესიაზე დასასწრებად.

(გ) დაადგინოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ დამოკიდებულებები და წარსული გამოცდილებები, დასვას პირდაპირი შეკითხვები გავრცელებულ მითებზე, რომლებიც სხვა მშობლებს ჰქონიათ (მაგ., „ზოგი მშობელი წუხს, რომ ინფორმაცია, რომლებსაც ისინი აზიარებენ ამ შეხვედრებზე, გაზიარდება სხვებთანაც. არის რაიმე, რაზეც თქვენ ღელავთ?“).

(დ) მოაგვაროს ყველა პრობლემა, რომელმაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს პირველ სესიაზე დასწრებას დროის ნაკლებობის, ტრანსპორტირებისა და ბავშვზე ზრუნვის პრობლემების ჩათვლით (McKay *et al.*, 2004).

მიუხედავად იმისა, რომ მაკ კეიმ და სხვ. (1998) აღმოაჩინეს, რომ ეს სტრატეგიები მკვეთრად ზრდიდა პირველ სესიაზე დასწრების მაჩვენებელს, მომდევნო კვლევების მიხედვით, ეს სტრატეგიები არ იყო საკმარისი იმისთვის, რომ დროთა განმავლობაში ოჯახის ჩართულობა შენარჩუნებულიყო. შემდგომ მაკ კეიმ ის კრიტიკული ელემენტები განსაზღვრა, რომლებიც საჭირო იყო ოჯახის წარმატებული ჩართულობისთვის ყოველ სესიაზე. ესენია:

(ა) დახმარების პროცესის განმარტება სერვისის აღწერით და მოლოდინების თაობაზე დისკუსიით.

(ბ) თანამშრომლური ურთიერთობის შექმნა „ჩვენ“ ენის გამოყენებით და ისეთი კითხვების დასმისგან თავის შეკავებით, როგორცაა: „როგორ შემიძლია დაგეხმაროთ?“ მიეცით ოჯახს თავისი ამბის მოყოლის საშუალება.

(გ) ოჯახის ისეთ პრაქტიკულ საზრუნავზე ფოკუსირება, რასაც შეუძლია მყისიერი ცვლილების მოხდენა.

(დ) ყოველი სესიის ბოლოს პოტენციური ბარიერების პრობლემის გადაჭრა დახმარების გასაგრძელებლად.

ამ სტრატეგიების გამოყენება დროთა განმავლობაში ოჯახის ჩართულობის მაჩვენებელს თითქმის აორმაგებს. მაკ კეის მოდელში ჩართულობა არის ყოველი სესიის პრიორიტეტი.

მოტივაციური ინტერვიუ ამობლავისთვის

მოტივაციური ინტერვიუ გამოყოფს ჩართულობის ძირითად ასპექტს - ბენეფიციარის ცვლილებებისადმი მზაობას, როგორც ყოველი კლინიკური ინტერაქციის ფოკუსს. ეს არის ბენეფიციარზე ორიენტირებული, არა-კონფრონტაციული, არა-დირექტიული მიდგომა. შექმნილია, რათა ინდივიდებს დაეხმაროს ამბივალენტურობის გადალახვაში და გაზარდოს ქცევაში ცვლილების შეტანის მოტივაცია (Miller & Rollnick, 2002). მაშინ, როცა მაკ კეის და სხვ. (1998, 2004) ჩართულობის სტრატეგიები გვთავაზობს ჩართულობის ბარიერების მოსაშორებლად ძალიან სპეციფიკურ და კონკრეტულ სტრატეგიებს, მოტივაციური ინტერვიუ უზრუნველყოფს უწყვეტ თერაპიულ სტილსა და ჩარჩოს, რომელიც ზრდის იმის შანსს, რომ მზრუნველი მოვა და ნახავს დახმარების ძიების თავდაპირველ და შემდგომ სარგებელს, რომელიც გადაწონის ნებისმიერ ბარიერს. სპეციალისტების მხრიდან ბენეფიციარის დახმარება ცვლილებისადმი ამბივალენტურობის დაძლევაში ხდება ოთხი ბაზისური პრინციპის გამოყენებით:

- ▶ ღია კითხვები („მომიყვით თქვენი პრობლემების შესახებ“)
- ▶ დადასტურება („ნამდვილად ვხედავ, რამდენს შრომობთ ამაზე“)
- ▶ რეფლექსიური მოსმენა („ნამდვილად გაბრაზებთ, როდესაც მეგობარი თქვენზე ამას ამბობს“)
- ▶ შეჯამება („მე მესმის სამი რამ, რისი შეცვლაც გინდათ ამ სიტუაციაში...“).

ამ მიდგომის ძირითადი პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ ადამიანები უფრო იმას გააკეთებენ, რაზეც თავად ისაუბრეს, ვიდრე რაც მათ დაავალეს. ამრიგად, აღნიშნულ მიდგომაში სპეციალისტის როლია დასვას ისეთი შეკითხვები, რომლებიც მეტად გამოიწვევს მშობლებისგან ცვლილებებზე საუბარს. ეფექტურია შეკითხვები სტატუს-კვოსთან დაკავშირებულ პრობლემებზე („რატომ დელავთ ახლა თქვენს შვილზე?“), ცვლილების დადებით მხარეებზე („რამდენად უკეთესი იქნებოდა თქვენი ცხოვრება თუკი გადაწყვეტდით ოჯახის რუტინის შექმნას?“), უცვლელობის უარყოფით მხარეებზე („თუ სახლში უფრო მეტ დროს არ გაატარებთ ხარისხიანად, რა შეიძლება იყოს ის ცუდი რამ, რაც შეიძლება მოხდეს?“) და ცვლილების განზრახვაზე („რამდენად დარწმუნებული ხართ, რომ ამ გეგმას შეასრულებთ შემდეგ კვირაში?“). მეორე მხრივ, მშობლებთან კამათი და იმის აღნიშვნა, რომ ისინი ცვლილებას საჭიროებენ, ზოგადად, საპირისპირო შედეგს იწვევს. ამ მიდგომის პრაქტიკული წესი მდგომარეობს იმაში, რომ თუ სპეციალისტს ესმის ცვლილებაზე კამათი, ეს სიგნალია იმისთვის, რომ თავად გააკეთოს რაღაც განსხვავებული. კონკრეტულად, მოტივაციური ინტერვიუს პრაქტიკოსი ცდილობს, საკუთარი თავი იმ პოზიციაში დააყენოს, სადაც სწორედ მშობლების მხრიდან იქნება ცვლილებაზე არგუმენტები.

ოჯახებთან მოტივაციური ინტერვიუს გამოყენების სახელმძღვანელო პრინციპები: FRAMES¹⁴

მოტივაციური ინტერვიუს გამოყენება ეფუძნება სოციალური ფსიქოლოგიის კვლევებს ინტერპერსონალურ პროცესებზე, რომლებიც ზრდის ალბათობას, რომ ადამიანის მოტივაცია ცვლილებებისადმი გაიზრდება. თავდაპირველ მიმოხილვაში, რამაც საფუძველი ჩაუყარა მოტივაციურ ინტერვიუებს, მილერმა და როლნიკმა (2002) დაადგინეს, რომ ეფექტურ ხანმოკლე მოტივაციურ ინტერვიუს ექვსი საერთო ფაქტორი ჰქონდა: უკუკავშირი, პასუხისმგებლობა, რჩევა, მენიუ (შესაძლებლობების ჩამონათვალი), ემპათია და თვითეფექტურობა (Miller & Rollnick, 2002). შემდგომში დიშონმა და კევინამ ადწერეს ამ პრინციპების გამოყენება ოჯახებთან.

უკუკავშირი მოიცავს ოჯახისთვის მოზარდის ქცევითი პრობლემების, ოჯახის ურთიერთობის, აღზრდის სტილის და სკოლა-სახლში არსებული კომუნიკაციების შესახებ მონაცემებზე დაფუძნებული, პერსონალიზებული ინფორმაციის მიწოდებას, ისევე, როგორც ინფორმირებას ნებისმიერი პოტენციური სამომავლო შედეგების შესახებ.

პასუხისმგებლობა გულისხმობს ცვლილების პროცესში ოჯახებთან კომუნიკაციას მათი მთავარი როლის შესახებ. სპეციალისტი მუდამ აწვდის ინფორმაციას ოჯახებს იმის თაობაზე, რომ საბოლოოდ მათი გადასაწყვეტია, როგორ უნდათ სესიაში მიღებული ინფორმაციის და უკუკავშირის

14 FRAMES - Feedback, Responsibility, Advice, Menu Options, Empathy and Self-Efficacy

გამოყენება, და სურთ თუ არა ახალი სტრატეგიების განხორციელება. სპეციალისტებმა მკაფიოდ უნდა განმარტონ, რომ ცვლილებაზე პასუხისმგებლობა მშობლებზე და ოჯახზეა დამოკიდებული (მაგ., „რა ნაბიჯების გადადგმა გსურთ ამის შემდგომ, ეს მთლიანად თქვენი გადასაწყვეტია“). ეს პრინციპი გამოყოფს ოჯახის როლს. ოჯახის წევრებს განიხილავს, როგორც ექსპერტებს საკუთარ ქცევებთან და ღირებულებებთან მიმართებაში, მიუთითებს სესიებში მათ სრულ ჩართულობაზე და სტრატეგიების შინ გამოყენებაზე, ქვევითი ცვლილების გენერალიზაციისთვის.

ექსპერტთან **რჩევისთვის** კონსულტაცია ხშირად სასარგებლოა, მიუხედავად იმისა, რომ ქვევით ცვლილებებზე პასუხისმგებლობა ოჯახის როლზე აკეთებს აქცენტს. ქვევის, ან განვითარების პრობლემის საკითხებზე სპეციალისტთან წვდომა შესაძლოა ეხმარებოდეს ოჯახებს რეალისტური მიზნების დასახვასა და ძალისხმევის ყველაზე პრობლემური არეებისკენ მიმართვაში (Dishion & Kavanagh, 2003b). სპეციალისტის რჩევის მიღებით, მშობლებმა შესაძლოა მეტად დაინახონ გაუმჯობესება, როგორც ქვევითი ცვლილების პროცესი და შემდგომ, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ მკურნალობას დაანებებინონ თავი - შედეგად, პროცესისადმი დადებითი დამოკიდებულება მეტად შენარჩუნდება. საუკეთესო გზაა რჩევის მიცემა თანხმობის შემდგომ („გსურთ, რამდენიმე რჩევა გითხრათ იმაზე, თუ როგორ ახერხებენ ოჯახები ამ პრობლემების წარმატებით მართვას?“) და ამ სტრატეგიის კომბინირება პასუხისმგებლობის შესახებ განმეორებით განაცხადებთან (მაგ., „როგორც ოჯახის კონსულტაციის ექსპერტი, ჩემი რეკომენდაცია იქნება, რომ მის სკოლასთან შეხვედრა დავაორგანიზოთ. თუმცა, გინდათ თუ არა ამის გაკეთება, თქვენი გადასაწყვეტია“).

მენიუს გამოყენება ხაზს უსვამს ოჯახებთან მუშაობის მნიშვნელობას, რათა შეიქმნას მკურნალობის ვარიანტების, ან ქვევითი ცვლილებების სტრატეგიების სია - მხოლოდ ერთი ვარიანტის შეთავაზების სანაცვლოდ. ვარიანტების მენიუდან მუშაობა ოჯახებს საშუალებას აძლევს, რომ შესაფერისი სტილის და საკუთარ საჭიროებებზე მორგებული ოპტიმალური ვარიანტი აირჩიონ. საკუთარი მიდგომის არჩევა ზრდის მოტივაციას იმისთვის, რომ მოხდეს მათი ქვევით ცვლილებებში ჩართვა.

ემპათია მოტივაციური ინტერვიუების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ელემენტია. ქვევის ცვლილების პროცესში ემპათიის საჭიროება ფსიქოთერაპიული კვლევის კონსისტენტური მონაცემია (Rogers, 1957). მშობლების გამოცდილების თანაგრძნობით გაგებით სპეციალისტებს შეუძლიათ ემპათიის გამოყენება, რათა გაზარდონ ოჯახის მოტივაცია წარმატებული ქვევითი ცვლილებებისთვის (Dishion & Kavanagh, 2003b). ოჯახები, რომლებიც იწყებენ პრობლემის სიმძიმის გაცნობიერებას, ნახავენ სარგებელს მხარდაჭერაში, ვინაიდან ახლა იწყებენ ამ პოტენციურად პრობლემური ინფორმაციის გააზრებას. ემპათიის ეფექტური გამოყენება განსხვავებული კულტურის წარმომადგენელ ოჯახებთან ხელს უწყობს მათი პერსპექტივების და გამოცდილებების ვალიდაციას.

საბოლოოდ, მოტივაციური ინტერვიუების გამოყენებით ჩატარებულ სეანსში ოჯახის მონაწილეობა ხელს უწყობს თვითეფექტურობის განცდას. თვითეფექტურობა ასახავს ოჯახის გაძლიერების გრძნობას და ქვევის ცვლილებაში ჩართულობის მზაობას და ვითარდება კონკრეტული, გაზომვადი და რეალისტური მიზნების ერთობლივად შექმნით.

ოჯახის შეფასება (CHECK-UP)

ოჯახის ჩართულობის ხელშესაწყობად და დახმარების ძიების ხელშემშლელი ბარიერების გადასალახად მოქნილ სტრატეგიებს უზრუნველყოფს მშობელთა ჩართულობის მოდელი და მოტივაციური ინტერვიუს პრინციპები. აღნიშნული სტრატეგიების გამოყენება შეიძლება ინტერვენციის კონტექსტში და შეიძლება განხორციელდეს, როგორც ნებისმიერი მკურნალობის ნაწილი. ამ სექციაში აღვწერთ სტრუქტურულ ინტერვენციას - ე.წ. ოჯახის შეფასებას (FCU¹⁵). ის განვითარდა, როგორც სტრუქტურირებული, ხანმოკლე ინტერვენცია, რომელიც ზემოთ აღწერილი ჩართულობის სტრატეგიებიდან ბევრს იყენებს, რათა შექმნას ოჯახის ეფექტური ინტერვენცია საშუალო და მძიმე ხარისხის ემოციური და ქვევითი პრობლემის მქონე მოზარდებისთვის (Dishion & Kavanagh, 2003a). ჩვეულებრივ, ოჯახის შეფასება მოიცავს 3 ოჯახურ სესიას.

პირველი შეხვედრა მოიცავს ოჯახთან ურთიერთობის ჩამოყალიბებას, ოჯახის წევრების მომზადებას ცვლილებისადმი და მათთვის მოტივაციის შექმნას ინტერვენციაში ჩასართავად.

მეორე შეხვედრა მოიცავს შესაფასებელი მონაცემების შეგროვებას მრავალი ინფორმატორისგან. გარკვეული მონაცემები ისედაც რუტინულად გროვდება სხვადასხვა დაწესებულების მიერ. ამგვარად, ეს ინფორმაცია შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც ინტერვენციის ნაწილი.

მესამე შეხვედრის დროს ოჯახი იღებს უკუკავშირს, რომელიც დაფუძნებულია შეფასებაზე და პრაქტიკოსთან თანამშრომლობაზე, რათა შეიქმნას გეგმა განსაზღვრული პრობლემების მოსაგვარებლად.

FCU-ს 2-სესიიან ადაპტაციებს აქვთ ცალ-ცალკე ჩაშლილი 1-ელი და მე-2 სესია ერთიანი შეფასების სესიაში, რასაც შემდეგ უკუკავშირის სესია მოსდევს (Reinke, Splett, Robeson, & Offutt, 2009).

შემთხვევის კონცეპტუალიზაცია

შემთხვევის კონცეპტუალიზაცია გულისხმობს პრობლემის განსაზღვრას იმგვარად, რომ დადგინდეს ის ფაქტორები, რომლებიც შესაძლოა, შემდგომი ინტერვენციის სამიზნე გახდეს. ამავდროულად, პრაქტიკოსი ცდილობს, რომ ბავშვისა და ოჯახის საჭიროებები დააყენოს წინ და, ასევე, გამოკვეთს ყველა საშუალებას და რესურსს. FCU-ში მშობელი განიხილება, როგორც უმნიშვნელოვანესი ბერკეტი ბავშვის დადებითი ცვლილებების შექმნისა და შენარჩუნებისთვის. შესაბამისად, უკუკავშირი ძირითადად მოიცავს აღზრდის გარკვეული ასპექტებს. შემთხვევის კონცეპტუალიზაციისას რამდენიმე საკითხის გათვალისწინება უნდა მოხდეს. პირველი - უკუკავშირი ინტერვენციის ტერმინებში უნდა იყოს ისე, რომ თითოეული სამიზნე ფაქტორი შეწყვილებული იყოს მოგვარების პოტენციურ სტრატეგიასთან. მეორე - თუ ოჯახი განიცდის კრიზისს, ან სახიფათო სიტუაციაშია, მნიშვნელოვანია გეგმის შემუშავება ამ კონკრეტული სიტუაციისთვის, სანამ შედგება ინტერვენციის ხანგრძლივი გეგმა. ამ შემთხვევაში, უსაფრთხოება პრიორიტეტია. უკუკავშირის სესია უნდა იყოს ინდივიდუალური თითოეული ოჯახისთვის. უკუკავშირის ინდივიდუალიზება გულისხმობს უკუკავშირის ფორმისა და/ან თემების თანმიმდევრობის პრიორიტეტულად განსაზღვრას. საბოლოოდ, უკუკავშირის სესიამ მხარი უნდა დაუჭიროს ოჯახის მოტივაციას, რაც ოჯახის ძლიერ მხარეებზე დასვამს აქცენტს. რეკომენდებულია ოჯახის ოთხი დადებითი მახასიათებლის განხილვა თითოეულ განსაზღვრულ საკითხზე. ეს გულისხმობს პრობლემის პრიორიტეტულობის იმგვარად განსაზღვრას, რომ მხოლოდ უმნიშვნელოვანესი საკითხები იქნეს განხილული.

ოჯახის ჩართულობა არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულებაში გულისხმობს თანამშრომლური ურთიერთობების დამყარებას, რომელშიც ოჯახები გვესახება პარტნიორებად, როგორც საკუთარი შვილების მკურნალობაში, ასევე სისტემის პოლიტიკის, პროგრამებისა და პრაქტიკების განვითარებაში (ნიუ იორკის სახელმწიფო საკონსულტო ბავშვებისა და ოჯახების შესახებ 2008). აქცენტი ოჯახური ჩართულობის გაძლიერებაზე ორიენტირებულია არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულების სისტემის პასუხისმგებლობაზე აქტიურად ჩართოს ოჯახები და მხარი დაუჭიროს მათ მუდმივ ჩართულობას, ასევე, იმ მრავალი გამოწვევის გათვალისწინებაზე, რომლის წინაშეც ოჯახები მუდმივად დგანან (Shanahan and diZerega 2016). ძირითადი მიზნები, რომლებიც ოჯახის ჩართულობასთან მიმართებით არსებობს, არის ის, რომ ბავშვებს დაეკისროთ პასუხისმგებლობა საკუთარ ქცევებზე და მათ დაეხმარონ სასამართლოს მიერ დაკისრებული ვალდებულებების შესრულებაში (National Research Council 2013; Pennell, Shapiro, and Spigner 2011); უზრუნველყოფილი იყოს ზედამხედველობა, დაცვა, ხელმძღვანელობა და ემოციური მხარდაჭერა (ოჯახის სამართალი 2012; ნაციონალური კვლევის საკონსულტო 2013) და დაცული იყოს ახალგაზრდების კავშირი ნათესავებთან/ოჯახთან (Pennell, Shapiro, and Spigner 2011).

ოჯახის ჩართულობის მოდელები

2007 წელს „ცვლილებების ინიციატივის მოდელმა“ შექმნა მულტიდისციპლინური გუნდი არასრულწლოვანების მართლმსაჯულებაში ოჯახების როლის განსაზღვრულად. მათი დასკვნა იყო შემდეგი: „თვით კონცეფცია არის ცუდად ჩამოყალიბებული“ და არ არსებობდა რაიმე განსაზღვრული ჩარჩო ამ სამუშაოს სამართავად (Luckenbill 2012, p.1).

თუმცა, 2013 წელს კამპანიამ ახალგაზრდების მართლმსაჯულებისთვის, ახალგაზრდების მართლმსაჯულების და დანაშაულის პრევენციის ოფისთან პარტნიორობით, გამოაქვეყნა სამართლის სისტემის შეცვლილი ხუთი მახასიათებელი და განსაზღვრა ოჯახის ჩართულობის

შემდეგი პრინციპები:

1. ოჯახების მხარდაჭერა მოხდება ცვლილებებამდე და ცვლილებების შემდგომ.
2. ოჯახებს ექნებათ წვდომა თანატოლთა მხარდაჭერაზე მოზარდის დაკავების მომენტიდან მის სისტემიდან წასვლამდე.
3. ოჯახები ჩართულნი იქნებიან გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, როგორც ინდივიდუალურ, ისე პროგრამულ და სისტემურ დონეებზე, რათა ახალგაზრდები პასუხისმგებლები იყვნენ საკუთარ ქმედებებზე და საზოგადოების უსაფრთხოება შენარჩუნდეს.
4. ოჯახების გაძლიერება მოხდება კულტურულად მისაღები კომპეტენტური მკურნალობის გზებითა და მიდგომებით.
5. ოჯახებს ეცოდინებათ, რომ საკუთარი შვილები მზად არიან წარმატებული მომავლისთვის (Arya 2013).

ამ ხუთი პრინციპის შესაბამისად, უახლესმა თეორიულმა ჩარჩომ განსაზღვრა ოჯახის ჩართულობის ხუთი მახასიათებელი, რომლებიც მსგავსია ჩართულობის პრაქტიკების ისეთ სფეროებში, როგორიცაა: ბავშვის კეთილდღეობა, ქცევითი ჯანმრთელობა, განათლება და არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება. ეს მახასიათებლები არის შემდეგი:

1. ოჯახების პატივისცემითა და ღირსებით მოპყრობა
2. თანატოლების მიერ ერთმანეთის მხარდაჭერა
3. სერვისის პროფესიონალებსა და ოჯახის წევრებს შორის თანამშრომლობა და პარტნიორობა
4. ღირებული კომუნიკაცია ყველა ჩართულ მხარეს შორის
5. ოჯახის მდგრადი ჩართულობა (ბავშვთა კეთილდღეობის საინფორმაციო კარიბჭე 2017; Luckenbill and Yeager 2009).

პატივისცემა და ღირსებით მოპყრობა. ეს კომპონენტი გულისხმობს იმის აღიარებას, რომ სისტემის პროფესიონალები ოჯახის წევრებს ეძებენ და ეპყრობიან პატივისცემით და ღირსებით (Luckenbill 2012). ოჯახის რწმენები, კულტურა და გამოცდილება ასევე აღიარებულია და ჩართულია სერვისებში კულტურის, ენის და განვითარების თვალსაზრისით კომპეტენტური და მდგრადი გზებით (Arya 2013; Pennell, Shapiro, and Spigner 2011).

თანატოლების მიერ ერთმანეთის მხარდაჭერა. ეს გულისხმობს ოჯახის წევრების და იმ ახალგაზრდა ადამიანის გამოცდილების გამოყენებას, რომელსაც აქვს არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულების გამოცდილება, რათა უზრუნველყონ თანატოლთა მხარდაჭერა სხვადასხვა სოციო-კულტურული ტიპის ოჯახებისთვის. მსგავს მხარდაჭერას შეუძლია ნდობის შექმნა, უსაფრთხოების დამყარება და ოჯახების გაძლიერება (Rozzell 2013). ზოგიერთმა სააგენტომ დაიქირავა თანამშრომლები, რომლებიც აკავშირებენ ოჯახებს, რომელთაც არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულების გამოცდილება აქვთ. ისინი აკავშირებენ ოჯახებს სხვა ადამიანებთან, რომლებიც მათ დაეხმარებიან, რომ უკეთ მოახდინონ სისტემასთან ნავიგაცია და დარჩნენ კონტაქტში შვილებთან (Vera Institute of Justice 2014).

თანამშრომლობა/პარტნიორობა. იქნება ეს ბავშვთა კეთილდღეობა, სკოლა, თუ არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება, ოჯახის წევრები და სერვისის მიმწოდებლები იზიარებენ გადაწყვეტილების მიღების პასუხისმგებლობას და თანამშრომლობენ, რათა საერთო დადებით შედეგებსა და მიზნებს მიაღწიონ (OJJDP 2012). შესაბამისად, ამ სისტემებში ოჯახები განიხილება, როგორც თანასწორი პარტნიორები და ხდება მათი სისტემური ჩართვა განვითარების შესაბამის აქტივობებში და პროგრამებში, რომლებიც სხვის მიმართ ერთიანობის, ანგარიშვალდებულებისა და პასუხისმგებლობის განცდის განვითარებას უწყობს ხელს (ამშჯანდაცვისა და ადამიანის მომსახურების სერვისის და ამშ განათლების დეპარტამენტი 2016; Shanahan and diZerega 2016; McCarthy 2012; Hock *et al.* 2015).

კომუნიკაცია /ინფორმაციის გაზიარება. ეს გულისხმობს არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულების სისტემაში მყოფ პერსონალსა და ოჯახის წევრებს, ან მის ლეგალურ წარმომადგენლებს შორის ორმხრივ კომუნიკაციას და ინფორმაციის გაზიარებას. ოჯახის წევრებს ეძლევათ ინფორმაცია სასამართლო პროცესის შესახებ, მათი შვილების მოლოდინებისა და პროგრამული აქტივობების შესახებ. დაკავების ადრეულ ფაზებზეც კი, ინტერვიუ და დაკითხვა მიიჩნევა ინფორმაციის ღირებულ წყაროდ, ვინაიდან მათ შეუძლიათ ინფორმაციის მიწოდება ტრავმებზე, რომლებიც ბავშვისა და ოჯახის გამოცდილებაში იყო და იმაზე, თუ რა უნდა იცოდნენ სერვისის მიმწოდებლებმა, რათა გადაწყვიტონ მკურნალობის ვარიანტები, სერვისის გეგმა და ის, თუ როგორ გააუმჯობესონ

ახალგაზრდების სწავლა, განვითარება, ფსიქიკური და ქცევითი შედეგები (Hock et al. 2015; Arya 2013; Rozzell 2013).

მდგრადი ჩართულობა. ოჯახის კონტექსტისა და სიტუაციის გაგებას შეუძლია ჩართულობისთვის იმ ბარიერების გადალახვაში დახმარება, როგორცაა ფუნქციონირება (მაგ., ღირებულებები, ნორმები, კომუნიკაცია, ემოციის გამოხატვა), პრობლემების უარყოფა და ღელვა კონფიდენციალურობაზე (Headman and Cornille 2008). ოჯახის მოტივირება ზრდის მკურნალობისადმი ერთგულების ალბათობას და მნიშვნელოვნად ახდენს ოჯახის გაერთიანების მაჩვენებელზე და ზოგადად ოჯახის წარმატებულ შედეგებზე ზეგავლენას (Child Welfare Information Gateway 2017).

ოჯახებთან ურთიერთობის შექმნა და შენარჩუნება მნიშვნელოვნად მოქმედებს ბავშვების უსაფრთხოებაზე, სიმტკიცესა და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე, როგორც არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულების სისტემაში ყოფნისას, ისე საზოგადოებაში დაბრუნებისას (McCarthy 2012). ვერის მართლმსაჯულების ინსტიტუტმა, აგრეთვე განავითარა ოჯახის თანამშრომლობის მოდელი, რომელიც ფოკუსირდება იდენტიფიკაციაზე, ჩართულობასა და გაძლიერებაზე (Shanahan and diZerega 2016). ეს მოდელი მოიცავს ოჯახის ჩართულობის მახასიათებლებს. იდენტიფიკაციისას მართლმსაჯულების ორგანოებს ევალებათ არასრულწლოვანთათვის ხელმისაწვდომი ოჯახური და სოციალური მხარდაჭერის განსაზღვრა. ეს შეიძლება მოიცავდეს ოჯახის უფრო ფართოდ მოაზრებას (იმ ადამიანების ჩათვლით, რომლებსაც მოზარდთან ნათესაური კავშირები არ აქვთ) და, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, არასრულწლოვანთა მხარდაჭერის სისტემის გაძლიერებას. ჩართულობისთვის სააგენტოებმა უნდა გამოიჩინონ ოჯახის მიმართ კეთილმოსურნეობა და პატივისცემა. უნდა წახალისდეს, როგორც ფორმალური (მაგ., ჯგუფის შეხვედრებში მონაწილეობა), ისე არაფორმალური (მაგ., მოზარდის ვიზიტი) კონტაქტი. ოჯახის გაძლიერებისთვის სააგენტოებმა უნდა შექმნან შესაძლებლობები თანამშრომლობისთვის ისე, რომ ოჯახებმა აქტიური მონაწილეობა მიიღონ მათი შვილების თერაპიის კურსის შემუშავებასა და განხორციელებაში (Shanahan and diZerega 2016).

ბიბლიოგრაფია

1. Family Engagement in Juvenile Justice; Last updated: February 2018 www.ojjdp.gov/mp
2. Agudelo, Sandra Villalobos. 2013. The Impact of Family Visitation on Incarcerated Youths' Behavior and School Performance. Issue Brief. New York N.Y.: Vera Institute of Justice.
3. Butts, Jeffrey, Mark Seymour, and Grace Bauer. 2013. Expanding on the Definition of Family and Engagement. Webinar hosted by OJJDP and the National Center for Youth in Custody. <https://www.nttac.org/media/trainingCenter/61/OJJDP%20Family%20Engage%20PowerPoint%202011%2013%20%20508c.pdf>
4. Caldwell, Roslyn M., Jenna Silverman, Noelle Lefforge, and N. Clayton Silver. 2004. "Adjudicated Mexican American Adolescents: The Effects of Familial Emotional Support on Self-Esteem, Emotional Well-being, and Delinquency." *The American Journal of Family Therapy* 32(1):55–69.
5. Cauffman, Elizabeth, Frances J. Lexcen, Asha Goldweber, Elizabeth P. Shulman, and Thomas Grisso. 2007. "Gender Differences in Mental Health Symptoms Among Delinquent and Community Youth." *Youth Violence and Juvenile Justice* 5(3):287–307.
6. Celinska, Katarzyna, Susan Furrer, and Chia-Cherng Cheng. 2013. "An Outcome-Based Evaluation of Functional Family Therapy for Youth with Behavioral Problems." *OJJDP Journal of Juvenile Justice* 2(2):23–36
7. Adams, S. H., Newacheck, P. W., Park, M. J., Brindis, C. D., & Irwin, C. E. (2013). Medical home for adolescents: Low attainment rates for those with mental health problems and other vulnerable groups. *Academic Pediatrics*, 13(2), 113–121. doi:10.1016/j.acap.2012. 11.004
8. Erin M. Ingoldsby; Review of Interventions to Improve Family Engagement and Retention in Parent and Child Mental Health Programs; *J Child Fam Stud* (2010) 19:629–645
9. KEITH C. HERMAN, PhD, LINDSAY A. BORDEN, MS, CHINGHUI HSU, BA, TIA R. SCHULTZ, MA, MEGAN STRAWSINE CARNEY, MA, CONNIE M. BROOKS, PhD, and WENDY M. REINKE, PhD; Enhancing Family Engagement in Interventions for Mental Health Problems in Youth. Department of Educational, School, & Counseling Psychology, University of Missouri, Columbia, Missouri, USA. *esidential Treatment for Children & Youth*, 28:102–119, 2011
10. Any Disorder Among Children. (2010). Retrieved October 10, 2014.

თავი 10

პროფესიული გადაწვის და მეორადი ტრავმატიზაციის პრევენცია

ამ თავის მიზანია ფოკუსირება მოახდინოს პერსონალზე - მულტიდისციპლინური გუნდის წევრებზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებზე. პრაქტიკოსების უნარები და გამძლეობა გავლენას ახდენს სამსახურის ეფექტურობასა და გუნდის კონსტრუქციულ მუშაობაზე და, ასევე, თავად პროფესიონალების კეთილდღეობაზე. ამ თავში ყურადღებას გავამახვილებთ იმ გამოწვევებზე, რომლებსაც აწყდებიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები ამ სფეროში მუშაობისას, კერძოდ, ისეთ ფენომენებზე, როგორცაა პროფესიული გადაწვა და მეორადი ტრავმატიზაცია; ასევე, სხვადასხვა სტრატეგიების გამოყენების მნიშვნელობაზე კეთილდღეობის შენარჩუნებისთვის.

პროფესიული ცხოვრების ხარისხი

პროფესიული ცხოვრების ხარისხის (პცხ) კონცეფცია დიდ ინტერესს იწვევს უკანასკნელი წლების განმავლობაში. პცხ ფართო ცნებაა, რომელიც ეხება პიროვნების მიერ საკუთარი თანამდებობის აღქმას და განისაზღვრება იმით, თუ რას გრძნობს იგი თავისი სამუშაოს ან სამსახურის მიმართ. პროფესიული ცხოვრების ხარისხზე გავლენას ახდენს სამსახურის, როგორც პოზიტიური, ისე ნეგატიური ასპექტები - პიროვნების კულტურიდან, ფასეულობათა სისტემიდან, მიზნების, მოლოდინების, სტანდარტებისა და ინტერესებიდან გამომდინარე. პიროვნების ცხოვრების ხარისხზე ასევე ზეგავლენას ახდენს მისი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, დამოუკიდებლობის დონე, პიროვნული რწმენები, ფიზიკური ჯანმრთელობა, სოციალური ურთიერთობები და მათი კავშირი გარემოს ყველაზე მნიშვნელოვან ელემენტებთან.

პროფესიული ცხოვრების ხარისხს განმარტავენ როგორც კეთილდღეობას, პიროვნების უნარს, იცხოვროს ადამიანური ფუნქციონირების ოპტიმალური ფარგლებში (Radey and Figley 2007).

ეს ტერმინი მოიცავს ორ ასპექტს: პოზიტიურს - რაშიც მოიაზრება კონცეფცია „თანაგრძნობით კმაყოფილება“ (Compassion Satisfaction), და ნეგატიურს. დახმარების პოზიტიურ ასპექტი განიხილება, როგორც ალტრუიზმის ფენომენი - ვინმეს დახმარებით გამოწვეული კმაყოფილების განცდა.

უარყოფით (ნეგატიურ) ასპექტს ხშირად უწოდებენ გადაწვას ან პროფესიულ გადაწვას (burnout/professional burntout), თანაგრძნობით გადაღლას (Compassion Fatigue, CF), მეორად ტრავმატულ სტრესს (Secondary Traumatic Stress (STS)) და ირიბ ტრავმატიზაციას (vicarius traumatization (VT).

ნეგატიური ეფექტები ზეგავლენას ახდენენ, როგორც პროფესიონალზე, ასევე ზრუნვის ხარისხზე და ორგანიზაციაზე, სადაც ეს სპეციალისტები მუშაობენ. ასევე, შესაძლოა იმოქმედოს ოჯახსა და პიროვნულ ურთიერთობებზე. ხშირად ის იწვევს პირადი ურთიერთობებისადმი დაქვეითებულ ინტერესს და მართობის მომატებულ დონეს. სხვების მიმართ უნდობლობის განცდას, თვითიზოლაციას და ინტერპერსონალურ კონფლიქტებს.

ბავშვთა და მოზარდთა სისტემაში მომუშავე პროფესიონალები, ვინც განიცდის პროფესიულ გადაწვას, აღნიშნავს ნივთიერების ავადმომხმარებლის (ალკოჰოლი, თამბაქო) მომატებული დონეს, ადვილად გაღიზიანებადობასა და ნაკლებ პროდუქტიულობას.

კვლევების თანახმად, ბენეფიციარებზე ზრუნვის დონე ეცემა, როდესაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალს აწუხებს ერთი ან რამდენიმე ნეგატიური ეფექტი. ასეთ დროს მაღალია იმის რისკი, რომ პროფესიონალმა მცდარი დასკვნები გამოიტანოს - არასწორად დასვას დიაგნოზი და მკურნალობაც არასწორად დაგეგმოს. შესაბამისად, მცირდება ბენეფიციარებისთვის მიწოდებული მომსახურების ხარისხი და ეფექტურობა.

განვიხილოთ პროფესიული მუშაობის როგორც პოზიტიური, ისე ნეგატიური შედეგები.

თანაგრძობით კმაყოფილება (COMPASSION SATISFACTION)

ბევრ დამხმარე პროფესიონალს გააჩნია უნარი, რომ გააგრძელოს მუშაობა ტრავმირებულ ბენეფიციარებთან და ფოკუსი მიმართოს საკუთარი სამსახურის პოზიტიურ ასპექტებზე, მიუხედავად სამსახურებრივი რისკებისა, რადგან, კვლევები გვიჩვენებს, რომ ნეგატიურმა გამოცდილებამაც შეიძლება გამოიწვიოს პოზიტიური რეაქციები.

ტერმინი „თანაგრძობით კმაყოფილება“ მიუთითებს პოზიტიურ გრძობებზე, რომელიც გამოწვეულია სპეციალისტის კომპეტენტური საქმიანობით/ქმედებით. მისი მახასიათებლებია პოზიტიური ურთიერთობები კოლეგებთან და რწმენა, რომ მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს საკუთარი ბენეფიციარებისა და, ზოგადად, სოციუმის ცხოვრებაში.

თანაგრძობით კმაყოფილება განიმარტება, როგორც საკუთარი სამსახურით და სხვისთვის გაწეული დახმარებით გამოწვეული სიამოვნება, რაც სპეციალისტს ამხნევებს და დამატებით სტიმულს აძლევს. ეს არის მდგომარეობა, როდესაც პროფესიონალები ეუფლებიან მკურნალობის ახალ მეთოდებს, თავს წარმატებულ ადამიანად გრძობენ, არიან კმაყოფილები სამსახურით, უნდათ ამ საქმიანობის გაგრძელება და სჯერათ, რომ ცვლილებების მოხდენა შეუძლიათ. ბოლო დროს ტერმინი „თანაგრძობით კმაყოფილება“ ფართოდ გამოიყენება ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრისთვის.

თანაგრძობით გადაღლა (COMPASSION FATIGUE, CF)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში დასაქმებული პერსონალი ნეგატიური კოგნიტური, ემოციური და ქცევითი ცვლილებების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფება, რასაც ხშირად უწოდებენ თანაგრძობით გადაღლას.

თანაგრძობით გადაღლის განსაკუთრებული ინტენსივობა მოსალოდნელია მაღალი დატვირთვის პირობებში, ასევე, მძიმე მდგომარეობების მქონე ადამიანებთან მუშაობისას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის. ამ დროს სპეციალისტს აქვს შემცირებული ემპათიის უნარი ბენეფიციარის მიმართ, ვეღარ არის სრულად ჩართული მასთან მუშაობის პროცესში.

თანაგრძობით გადაღლაზე მოქმედი ფაქტორები ბევრია და მოიცავს პირად ტრავმულ ისტორიას, მაღალი სტრესული მოვლენებისადმი ექსპოზიციის დონეს, სოციალური მხარდაჭერის ხარისხს და სამსახურებრივ გარემოს.

თანაგრძობით გადაღლის მახასიათებლები მოიცავს კოგნიტურ, ემოციურ, ფიზიკურ, ინტერპერსონალურ და ქცევით რეაქციებს, როგორცაა ზრუნვისა და ემპათიის დაბალი დონე, შემცირებული პოზიტიური გრძობები ბენეფიციარების მიმართ, ფიზიკური და ემოციური გამოფიტვა, სამსახურებრივი უკმაყოფილების მომატებული დონე და უიმედობის გრძობა, რომელიც შეიძლება გადავიდეს პროფესიონალის ცხოვრების სხვა სფეროებშიც.

მეორეული ტრავმატიზაცია

მეორეული ტრავმატიზაცია გულისხმობს ფჯ პროფესიონალის კოგნიტური სქემებისა და რწმენების სისტემების ცვლილებას საკუთარი თავის, სხვებისა და სამყაროს მიმართ.

ეს მდგომარეობა გულისხმობს კოგნიტურ და ემოციურ ცვლილებებს, რაც ხდება კუმულაციური ექსპოზიციიდან გამომდინარე, ანუ, როგორც ბენეფიციარების ტრავმული მასალის განმეორებითი მოსმენის შედეგი. ცვლილება ასევე ხდება ტრავმირებულ ბენეფიციარებთან პროფესიონალის განმეორებითი და მუდმივი ემპათიური ურთიერთობიდან გამომდინარე. ამან შესაძლოა შეცვალოს თერაპევტის აღქმა საკუთარი თავის, სხვა ადამიანების და სამყაროს შესახებ.

მეორეული ტრავმატიზაციის მნიშვნელოვანი სიმპტომებია პროფესიული კოგნიტური სქემების დარღვევა ისეთ სფეროებში, როგორცაა ნდობა, უსაფრთხოება, კონტროლი და ინტიმურობა როგორც საკუთარი თავთან, ასევე სხვებთან კავშირში (Pearlman & Saakvitne, 1995). სიმპტომები მოიცავს ემპათიის შეუძლებლობას, რაც იწვევს სამსახურებრივი მოვალეობების არაეფექტურად შესრულებას, კონცენტრაციის სირთულეებს, უძილობას, უიმედობის გრძობებს და ემოციურ გაყინვას.

პროფესიული გადაწვა

პროფესიული გადაწვა არის რთული ფენომენი, რომელიც ცნობილია როგორც ფსიქოლოგიური სინდრომი, მიღებული სამსახურებრივი სტრესისგან, რომელსაც აქვს ფიზიკური და ემოციური გამოვლინებები. გადაწვა უკვე დიდი ხანია აღიარებულია, როგორც პრობლემა, რომელიც ტოვებს ოდესღაც ენთუზიასტ პროფესიონალებს დაღლილობის, ცინიზმის და არაეფექტურობის განცდებით (Maslach & Goldberg, 1998).

პროფესიული გადაწვისას აღწერილია ემოციური გამოფიტვა, მიღწევის შეგრძნების და სამსახურებრივი ეფექტურობის განცდის დაკარგვა, დეპრესონალიზაცია და პიროვნული მიღწევების შემცირებული დონე. გადაწვას შეიძლება ჰქონდეს უარყოფითი ზემოქმედება სამსახურებრივ ზრუნვის ხარისხზე, რასაც ახალი კვლევებიც ადასტურებს - გადაწვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს წარმომადგენლებისთვის დაკავშირებულია მათ კეთილდღეობასთან, ბენეფიციარების ცხოვრების ხარისხსა და ზრუნვის ეფექტურობასთან (O'Connor, Muller Neff, & Pitman, 2018; López-López *et al.*, 2019).

პროფესიული გადაწვის ნიშნები და სიმპტომები მრავალფეროვანია. ქვემოთ მოცემული ცხრილი წარმოგვიდგენს სიმპტომების მოკლე ჩამონათვალს ფუნქციონირების სხვადასხვა სფეროს მიხედვით.

ცხრილი 10.1. პროფესიული გადაწვის სიმპტომატიკა	
ფიზიკური	კოგნიტური
<ul style="list-style-type: none"> ▶ არტერიული წნევის მომატება ▶ გულის კორონარული დაავადება ▶ სუსტი იმუნური სისტემა ▶ განმეორებადი დაავადებები ▶ ფიზიკური გადაღლა/გამოფიტვა 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ გონებრივი გამოფიტვა ▶ პროფესიული მიზნების ცვლილება ▶ სამსახურიდან ცნობიერად „გამოყოფა“, „ფსიქოლოგიური წამოსვლა“ ▶ სხვების ნაცვლად საკუთარ თავზე მზარდი ზრუნვა ▶ ზოგადად, ცხოვრებისადმი ნეგატიური დამოკიდებულება
ემოციური	სოციალური
<ul style="list-style-type: none"> ▶ ემოციური გადაღლა, გაუცხოება ▶ დეპრესიულობა ▶ გაღიზიანებადობა და მოუთმენლობა ▶ სერვისის მომხმარებლების დეპრესონალიზაცია ▶ სამსახურში მისვლის შფოთვა და დაზარება 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ კოლეგებისგან იზოლირების გრძნობა ▶ უხეშობა სერვისის მომხმარებლების მიმართ ▶ კოლეგებისთვის ან საქმისთვის დროის არ გამოყოფა ▶ სერვისის მომხმარებლებისთვის დახმარების გაწევის უსურვილობა

კვლევები ადასტურებს ისეთი ფაქტორების მნიშვნელობას, როგორიცაა გამოცდილება, ასაკი, სამუშაო საათების რაოდენობა. უნდა აღინიშნოს, რომ უშუალოდ ტრავმის და ტრავმის შედეგების მართვაზე ფოკუსირებული მკურნალობის შესახებ განათლების სიმწირე დიდ ზეგავლენას ახდენს პროფესიული გადაწვის ხარისხზე (Craig & Sprang, 2010).

აღმოჩენილია გენდერულ ჭრილში სხვაობა გადაწვასა და მეორად ტრავმულ სტრესს შორის, რადგან ქალებს და მამაკაცებს ტრავმული სტრესის შედეგების განვითარების სხვადასხვა მექანიზმები აქვთ. გამოფიტვა, ცინიზმი და არაეფექტურობა თანდათან ვითარდება ქრონიკული ემოციური და ინტერპერსონალური სამსახურებრივი სტრესორების საპასუხოდ.

მეტა ანალიზის მიხედვით, ისეთი ფაქტორებს, როგორიცაა პროფესიული როლის გაურკვევლობა და სამსახურებრივი ტვირთი, დიდი გავლენა აქვთ გამოფიტვაზე, მაშინ, როდესაც კონტროლი და ავტონომიურობა ძლიერად უკავშირდება არაეფექტურობას (Alarcon, 2011). ფჯ პროფესიონალებს შორის გადაწვა ხშირად ხასიათდება მორღვეული პროფესიული საზღვრებით ბენეფიციარებთან, ბრალეულობის შეგრძნებით, დაბალი ენერგიულობითა და დეპრესიულობით.

Maslach and Leiter-მა (1997) გამოავლინეს სამუშაოს ექვსი სფერო, რომლებშიც ადამიანის მოლო-

დინებასა და სამუშაოს შორის შეუსაბამობა ითვლება გადაწვის რისკ-ფაქტორად.

ეს ექვსი სფერო განისაზღვრება შემდეგნაირად:

1. დატვირთვა - სამუშაოს მოთხოვნები, რომლებიც დაკისრებულია თანამშრომელზე განსაზღვრული დროისა და რესურსების გათვალისწინებით.
2. კონტროლის განცდა - თანამშრომლების შესაძლებლობა, მიიღონ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებები თავიანთი სამუშაოს შესახებ, ისევე, როგორც მათი პროფესიული ავტონომიის დიაპაზონი და შესაძლებლობა მიიღონ წვდომა რესურსებზე, რომლებიც აუცილებელია სამუშაოს ეფექტურად შესასრულებლად.
3. აღიარება/ჯილდოები - სამუშაო შენატანების აღიარება (ფინანსური, სოციალური და ა.შ.).
4. საზოგადოება - იმ სოციალური კონტექსტის ხარისხი, რომელშიც ადამიანი მუშაობს, მათ შორის ურთიერთობები მენეჯერებთან, კოლეგებთან, სხვ.
5. სამართლიანობა - რამდენად არის ღიაობა და პატივისცემა ორგანიზაციაში და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.
6. ღირებულებები - შესაბამისობა ორგანიზაციის პრიორიტეტებსა და ღირებულებებს და თანამშრომლის პრიორიტეტებს შორის.

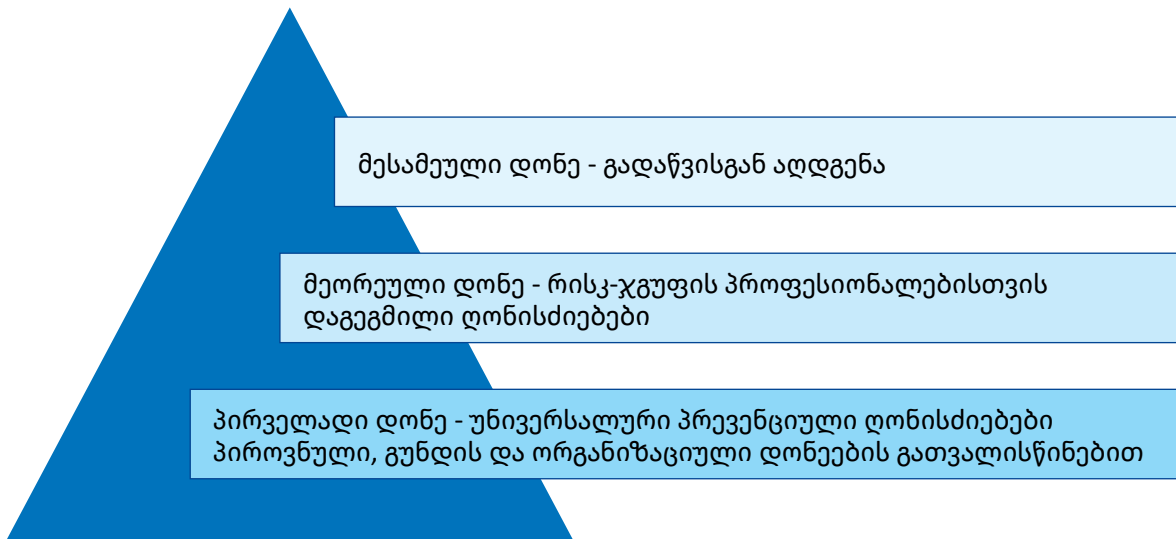
საერთაშორისო კვლევები გამოყოფენ სხვა, დამატებით რისკ-ფაქტორებს, რაც ზრდის ნეგატიურ ზეგავლენას პროფესიონალზე:

- ▶ ემპათია - სხვების გამოცდილების შეგრძნების უნარი (Kohut, 1959), რაც გულისხმობს ემპათიის ინტროსპექციულ კოგნიტურ კომპონენტს; მეორე მხრივ, კ.როჯერსი ემპათიას განიხილავს, როგორც უნარს, რომელიც გააჩნია თერაპევტს ბენეფიციართან ურთიერთობაში საკუთარი „მეს“ დაკარგვის გარეშე (Rogers, 1957). ემპათიურობა ფჯ პროფესიის დიდი „იარაღია“, მაგრამ მისმა სიჭარბემ შეიძლება გამოიწვიოს ემოციური დისრეგულაცია - პიროვნების შესაძლებლობა ზედმეტად იგრძნოს სხვისი გრძნობები და გადაიტვირთოს გამოცდილებების სიმძაფრით.
- ▶ მძიმე ტრავმული ისტორიები - ზრდის თანაგრძნობით გადაღლის რისკს.
- ▶ ტრავმის თეორიის საფუძვლების არცოდნა.
- ▶ პროფესიული კომპეტენციების, გამკლავების სტრატეგიებისა და ტექნიკების სიმწირე; გამოცდილების ნაკლებობა.
- ▶ მეორადი ტრავმატიზაციის საფრთხის არცოდნა /გაუცნობიერებლობა და ის, თუ როგორ უნდა ებრძოლოს პროფესიონალმა მას.
- ▶ სამსახურებრივი მხარდაჭერის სიმწირე.
- ▶ ორგანიზაციიდან გამომდინარე სტრესული ფაქტორები (მათ შორის, გაურკვეველი მიზნები, როლი ან სამუშაოს მოლოდინები, დისფუნქციური გუნდი და სხვ.)

დანართში 10.1. მოტანილია პროფესიული ცხოვრების ხარისხის კითხვარი, რომელიც ზომავს როგორც თანაგრძნობით კმაყოფილებას, ასევე, მეორად ტრავმატიზაციას და პროფესიული გადაწვის დონეს. ფჯ სპეციალისტებისადმი ჩვენი რეკომენდაციაა, გარკვეული რეგულარობით (წელიწადში ორჯერ მაინც) შეავსონ ეს კითხვარი, რათა ჰქონდეთ შეფასების და საკუთარი მდგომარეობის მონიტორინგის ობიექტური საზომი.

როგორ შევძლოთ პროფესიული გადაწყვეტილების პრევენცია?

ქვემოთ მოცემულ ფიგურაზე გამოყოფილია პრევენციის სამი დონე: უნივერსალური, მეორეული და მესამეული დონეები.



ფიგურა 10.1. პროფესიული გადაწყვეტილების საპრევენციო ღონისძიებების დონეები

უნივერსალური, ანუ, პირველადი პრევენციული ღონისძიებები მიმართულია პროფესიონალის, გუნდის და ორგანიზაციის გასაძლიერებლად იმ ფაქტორების აღმოსაფხვრელად, რაც გადაწყვეტილებას უწყობს ხელს.

მეორეული ჩარევები - ადრეული გამოვლენა და ჩარევა, უკვე ე.წ. რისკ-ჯგუფზე არის მიმართული, ანუ, იმ სპეციალისტებზე ან გუნდზე, რომელიც პროფესიული გადაწყვეტილების ნიშნებს ავლენს. ის სიმპტომების შემცირებასა და დასაქმების შენარჩუნების ხელშეწყობაზეა მიმართული.

მესამეული დონე გადაწყვეტილების აღდგენის და რეციდივის პრევენციის, ანუ, ხელახალი გადაწყვეტილების თავის დაცვის აქტივობებს გულისხმობს.

ზოგიერთი კვლევა გვიჩვენებს, რომ სტრესის სისტემატური მართვის პროგრამები შეიძლება ეფექტური იყოს პროფესიული გადაწყვეტილების განვითარების რისკის შესამცირებლად. სტრესის მართვა შეიძლება დაიყოს პროგრამებად, რომლებიც ფოკუსირებულია როგორც პირველად, ასევე, მეორეულ და მესამეულ პრევენციაზე.

პირველადი პრევენციის პროგრამებისგან განსხვავებით, მეორეული და მესამეული პრევენციული პროგრამები ფოკუსირებულია სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფების სპეციფიკურ საჭიროებებზე. საერთაშორისო მონაცემებით, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მიდგომაზე დაფუძნებული პროგრამები ყველაზე ეფექტური ინტერვენციები აღმოჩნდა.

ზოგადად, საპრევენციო პროგრამების მორგება შესაძლებელია ამ სამივე დონეზე, რაღა თქმა უნდა - ინტენსივობის და ხანგრძლივობის ცვლილების შემდეგ.

რჩევები პროფესიული გადაწყვეტილების პრევენციისთვის:

- ▶ გამიჯნეთ სამუშაო და პირადი ცხოვრება
- ▶ ისწავლეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დისტრესის ნიშნების ამოცნობა
- ▶ შექმენით კომფორტული და ერგონომიული სამუშაო ადგილი
- ▶ გაატარეთ დრო თანამშრომლებთან სამსახურის მიღმა
- ▶ გამოიყენეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის რესურსები და აპლიკაციები
- ▶ აიღეთ შვებულება და ამ დროს დაივიწყეთ სამუშაო ვალდებულებები

- ▶ გამონახეთ დრო სახალისო აქტივობებისთვის - თქვენთვის, მეგობრებისთვის, ოჯახის წევრებისთვის
- ▶ გამოათავისუფლეთ დრო ვარჯიშისთვის - ყოველდღე
- ▶ დაუთმეთ დრო მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან ურთიერთობას.

რა უნდა აკეთოს სპეციალისტმა პროფესიული ცხოვრების ხარისხის შესანარჩუნებლად?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საკუთარ ცხოვრებაში გარკვეული სავარჯიშოების რეგულარულად შეტანა, რათა თავიდან მაქსიმალურად იქნეს აცილებული გადაწვა და მეორეული ტრავმატიზაცია.

ეს მოიცავს:

1. სტრესის მართვას
2. ადაპტაციური გამკლავების სტრატეგიების აქტუალიზაციას
3. თვით-ზრუნვას

1. სტრესის მართვა

სტრესის მართვის ეფექტური ღონისძიებების შესახებ შეგიძლიათ იხილოთ ჯანმოს დასურათებული სახელმძღვანელო/ბუკლეტი „ვაკეთოთ ის, რაც მნიშვნელოვანია სტრესის ჟამს“, რომელიც ქართულ [ენაზეც არის თარგმნილი](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331901/9789240003910-geo.pdf). მის ნახვას/ჩამოტვირთვას შეძლებთ ამ ბმულის გამოყენებით: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331901/9789240003910-geo.pdf>

2. გამკლავების სტრატეგიების გაცნობიერება და გამრავალფეროვნება

პროფესიული გადაწვის და ტრავმატიზაციის თავიდან ასაცილებლად მნიშვნელოვანია, ვაცნობიერებდეთ ჩვენს გამკლავების სტრატეგიებს - იმ სტრატეგიებს, რასაც ცხოვრებისეული სტრესების და გამორწვევის წინაშე ვიყენებთ, ხშირად, ავტომატურადაც კი.

გამკლავება, დაძლევა არის ცნობიერი სტრატეგიები, რომლებიც გამოიყენება უსიამოვნო ემოციების, სტრესის და იმედგაცრუების შესამცირებლად. გამკლავების/დაძლევის სტრატეგიები მრავალფეროვანია და მოიცავს ყველა სფეროს, მათ შორის რწმენით სისტემას, ემოციურ, კოგნიტურ, ქცევით და სოციალურ სფეროებს. დაძლევის მრავალი სტილიდან, რომელსაც ადამიანები იყენებენ, ზოგიერთი შეიძლება სხვაზე ეფექტური აღმოჩნდეს - ეს დამოკიდებულია სტრესული სიტუაციის ბუნებაზე და იმ პირზე, ვინც მათ იყენებს. შესაბამისად, სტრატეგიები იყოფა ადაპტაციურ/კონსტრუქციულ/პოზიტიურ და დეზადაპტაციურ/დესტრუქციულ/ნეგატიურ აქტივობებად.

ქვემოთ წარმოგიდგენთ გამკლავების პოპულარულ მატრიცას - BASIC Ph, სადაც B (Belief) აღნიშნავს რწმენებს და ფასეულობებს; A (Affective domain) - ემოციებს; S (Social) - სოციალურ სფეროს; I (Imagination) - წარმოსახვას; C (Cognitions) = კოგნიტურ სფეროს და Ph (Physical) - ფიზიკურ აქტივობებს.

გამკლავების მოდელი (Lahad, 1997)

“Basic Ph”

	B – რწმენა, ფასულობები	A -აფექტი/ ემოციები	S – სოციალური სფერო	I - წარმოსახვა	C – კოგნიტური, სააზროვნო სფერო	Ph - ფიზიკური
ადაპტაციური/პოზიტიური გამკლავება	ამოცანის შეგრძნება, მნიშვნელოვნება, რწმენა იდეების, ფესვების, ისტორიის რელიგიის	ემოციური მხარდაჭერა, გრძნობების „ვენტილაცია“, კონტაქტი, ღრამა, ემპათია, საკუთარი თავის გამოხატვა/ ექსპრესია (წერით ან სხვაგვარად)	გარკვეული ჯგუფისადმი მიკუთვნებულობა; დახმარებისთვის მიმართვის შესაძლებლობა; გარკვეული როლის ან ფუნქციის ქონა; ჯგუფური მუშაობა; ოჯახური რესურსები; ექსპერტთან კონსულტაციები; ჯგუფური მხარდაჭერა	შემოქმედებითი აზროვნება, პრობლემის მოგვარება, დაძაბულობის შემცირება წარმოსახვით, რელაქსაცია (მიმართული წარმოსახვით)	ინფორმაციის შეკრება, წარსული გამოცდილებიდან სწავლა, დასკვნების გამოტანა, საზოგადოების წესებისა და კანონების შესწავლა, პრიორიტეტების გამოყოფა, წინასწარ განჭვრეტილი სცენარები, მსჯელობა, რეალისტური სამოქმედო გეგმა	რელაქსაცია, ფიზიკური ვარჯიში, თამაში, სეირნობა, მუშაობა
ღეზადაპტაციური/ ნეგატიური გამკლავება	ფატალიზმი, ცრურწმენები, ფანატიზმი, პესიმიზმი, სიხისტე	ემოციებისგან ჩათრევა, დეპრესიამდე მისვლა, აგრესია, გადამეტებული მგრძნობიარობა	სრული დამოკიდებულება ავტორიტეტზე/ ლიდერზე; სოციალური ძალადობა; მხოლოდ თავის მსგავს პიროვნებებთან ურთიერთობა	სიტუაციის უარყოფა, ესკაპიზმი (გაქცევა) - თავის გართობა ფილმებით, წიგნებით, ტელევიზორით ან ფანტაზიებით; რეალობის უშუალებლყოფის ტენდენცია ან რეალობასთან კავშირის დაკარგვა	სოციალური რიგიდულობა, ინტელექტუალურიზაცია, ფაქტების გაზვიადებულად შეკრება, გრძნობების უარყოფა/ უშუალებლყოფა	ჭარბად კვება, ალკოჰოლის ან წამლების გადამეტებითი მოხმარება

რაც უფრო მრავალფეროვანია ადამიანის გამკლავების სტრატეგიები, მით უფრო ეფექტურად ძლევს ის გამოწვევებს.

შესაბამისად, ამ მოდელზე მუშაობისას მნიშვნელოვანია, გავიხსენოთ და ჩამოვწეროთ როგორც ადაპტაციური, ასევე, ნეგატიური გამკლავებები; ვეცადოთ, ჩავანაცვლოთ ღეზადაპტაციური სტრატეგიები ადაპტაციურით და მოვიფიქროთ და ყოველდღიურ პრაქტიკაში შემოვიტანოთ ახალი პოზიტიური და ეფექტური აქტივობები.

3. თვით-ზრუნვა

თვით-ზრუნვა, თვით-მოვლა ან თუ გნებავთ, საკუთარი თავის მოვლა, ფართოდ განიხილება, როგორც ჯანსაღი და ღირებული პროცესი. უამრავი წიგნი თუ ბლოგი ეხება თავის მოვლის, თვითგანათლების, სწორი კვების და ჯანსაღი ცხოვრების საკითხებს. თავის მოვლა არის პასუხისმგებელი პრაქტიკა ყველა ადამიანისთვის და აუცილებელია მათთვის, ვინც დასაქმებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებში. თავის მოვლა არის ცხოვრების განმავლობაში მუდმივად საყურადღებო საკითხი, პიროვნულად და პროფესიულად.

თვით-ზრუნვის კომპონენტებია თვითშეცნობა, თვითრეგულირება და ბალანსი.

თვითშეცნობა (Self-Awareness) - ცნობიერება ჩვენი ცხოვრების წესის რეგულირების, საჭიროებისა-

მებრ ქვევის მოდიფიცირების საწინდარია. ის მოიცავს საკუთარ ფიზიკურ და ფსიქიკურ გამოცდილებას კეთილგანწყობილ თვითდაკვირვებას, შეძლებისდაგვარად, დამახინჯების ან თავიდან აცილების გარეშე. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ჩვენ ვაცნობიერებთ ჩვენს საჭიროებებსა და შეზღუდვებს, შეგვიძლია შეგნებულად შევაფასოთ ჩვენი ვარიანტები ამ საზრუნავებთან მიმართებაში, იქნება ეს გარეგანი თუ შინაგანი და იქნება ეს დაკავშირებული პიროვნებასთან, ცხოვრებისეულ მდგომარეობასთან თუ გარემოებასთან.

თვითრეგულირება - ეხება ჩვენი ფიზიკური და ემოციური იმპულსების, „დრაივების“ და შფოთვის ცნობიერ და ნაკლებად ცნობიერ მართვას. მარეგულირებელი პროცესები, როგორცაა რელაქსაცია, ვარჯიში და ყურადღების გადატანა, გვეხმარება შევინარჩუნოთ და აღვადგინოთ ჩვენი ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური წონასწორობა. ჩვენი კეთილდღეობისა და პატივისცემის გრძნობა მჭიდროდაა დაკავშირებული ჩვენი თვითრეგულირებისა და იმპულსების კონტროლის უნარების დაუფლების დონესთან. თვითრეგულირების სირთულეები ხშირად იწვევს სირცხვილს, იმედგაცრუებას და უკმაყოფილებას საკუთარი თავით.

თვითრეგულირება გულისხმობს დასწავლას, თუ როგორ ვმართოთ დისფორიული აფექტი (როგორცაა შფოთვა და დაქვეითებული გუნებ-განწყობა) პროაქტიულად და კონსტრუქციულად. ემოციების მოდულაცია მნიშვნელოვანია თვითინტეგრაციის პროცესისთვის. ჩვენი რეაგირების და ემოციების ე.წ. ტოლერანტობის ფანჯარა საკმაოდ ფართო უნდა იყოს, რომ ეფექტურად ვუპასუხოთ შიდა და გარე რეალობის გამოწვევებს.

ჩვენი თვითრეგულირების უნარი იზრდება, როდესაც ვაცნობიერებთ ჩვენს გრძნობებს, საჭიროებებსა და საზღვრებსაც და როდესაც ვვარჯიშობთ დისფორიის და მძაფრი ემოციების მართვაში. თვითრეგულირების ხარჯზე ადამიანი აღწევს ბალანსს (წონასწორობას მდგომარეობას).

ბალანსი აღნიშნავს პოზიტიურ კავშირს და ურთიერთობას საკუთარ თავთან, სხვებთან და სამყაროსთან. ის შფოთვის ანტიდოტია.

ბალანსი არსებითია იმისთვის, რომ შეგვეძლოს ჩვენი ძირითადი საჭიროებების და საზრუნავის დაკმაყოფილება, სხეულის, გონებისა და ემოციების ჩათვლით; საკუთარი თავის სხვებთან მიმართებაში პოზიტიური წონასწორობის შენარჩუნებისა და პირადი და პროფესიული ცხოვრების დაბალანსებისთვის.

თვით-ზრუნვის საკითხის განხილვისას არ უნდა დავივიწყოთ ძილის ჰიგიენა, რადგან ხშირად ძილი ირღვევა და ეს შესაძლოა აღმოჩნდეს სპეციალისტის მეორეული ტრავმატიზაციის პირველი ნიშანი.

10 სტრატეგია უკეთესი ძილისთვის:

1. ყოველდღამე დაიცავით რეგულარული დაძინების დრო, რათა გააძლიეროთ ცირკადული რიტმები.
2. მოერიდეთ ძილის წინ ისეთი საკვების მიღებას, რომელიც შეიცავს შაქარს ან გლუტენს.
3. ივარჯიშეთ უფრო ადრე დღის განმავლობაში, რათა თავიდან აიცილოთ გულისცემის მომატება ძილის წინ.
4. ძილის წინ ერთი-ორი საათით ადრე თავი შეიკავეთ ციფრული ეკრანების გამოყენებისგან.
5. გამოიყენეთ „არ შემაწუხოთ“ პარამეტრები ძილის საათებში.
6. დანერგეთ ციფრულ მოწყობილობებთან/ეკრანთან გატარებული დროის ლიმიტირება დღის განმავლობაში.
7. მოიძიეთ მზის ბუნებრივი შუქი დღის განმავლობაში - სცადეთ ფანჯარასთან ჯდომა, იარეთ გარეთ.
8. შეამცირეთ კოფეინის მოხმარება და სალამოს ან ძილის წინ თავი შეიკავეთ კოფეინის შემცველი სასმელების მოხმარებისგან.
9. ივარჯიშეთ - დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტიურობა დაგეხმარებათ, რომ ღამით ადვილად დაიძინოთ.
10. ჩაიწერეთ (დოკუმენტურად აღწერეთ) ძილის რუტინა, შეფერხებები და ღამის კომპარები მათი მონიტორინგის და, ასევე, სუპერვიზორისთვის ან კონსულტანტისთვის გაზიარების მიზნით

რამდენიმე მნიშვნელოვანი სავარჯიშო, რომელიც თვით-ზრუნვის არსენალში უნდა ჰქონდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს, მოცემულია დანართში 10.2. თვით-ზრუნვის სავარჯიშოები.

პროფესიული გადაწყვეტილების და ტრავმის პრევენცია სამუშაო ადგილზე

ჯანსაღი სამუშაო ადგილი დამატებითი ღირებულება არ არის - ის აუცილებელი მოცემულობაა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2003 წელს გამოაქვეყნა ფართოდ გამოსაყენებელი დოკუმენტი, რომელიც აღწერს ჯანსაღი სამუშაო ადგილის მოდელს ჰუმანიტარული დანშაობის მუშაკებისთვის. დოკუმენტში მოცემულია მკაფიო მითითებები, ძირითად სტანდარტები და შემადგენელი ელემენტები.

ორგანიზაციებმა უნდა განიხილონ თავიანთი ორგანიზაციული სისტემები და დაადგინონ პრობლემები და გზები, რათა ხელი შეუწყონ დამხმარეებს მათი მიზნების მიღწევაში; ყოველთვის მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, რომ დამხმარეთა საჭიროებები არის მათი საკუთარი საჭიროებები და რომ შეზღუდვები, რომლებიც წარმოიქმნება მათი სამუშაოს შესრულებისას, პირდაპირ კავშირშია მათი საქმიანობის ტიპთან.

ის, რომ სამუშაო არის საინტერესო, ხშირად აღიარებული და მაღალპროფესიული, არ ნიშნავს, რომ პერსონალის უფლებები დავივიწყოთ და ორგანიზაციის სტრუქტურასა და პოლიტიკაში არ ჩავრთოთ გადაწყვეტილების და მეორეული ტრავმატიზაციის პრევენციის სტრატეგიები.

როგორც ბენეფიციარებთან მომუშავე პერსონალი ნებაყოფლობით ხვდება არასტაბილურ, სახიფათო ან თუნდაც მტრულად განწყობილ სიტუაციებში - იქ, სადაც სტაბილურობა, უსაფრთხოება, კანონის უზენაესობა, კონფლიქტი და ა.შ. საკმაოდ დიდ გამოწვევებს უკავშირდება

ხუთი სტანდარტი, რომელიც ორგანიზაციებმა უნდა გაითვალისწინონ და შეასრულონ:

1. სამართლებრივი და მარეგულირებელი შესაბამისობა: რა არის ეროვნული და საერთაშორისო სამართლებრივი და მარეგულირებელი მოთხოვნები მივლინებულთა ჯანმრთელობის და უსაფრთხოების შესახებ?
2. უსაფრთხოების რისკების მართვა: რა სახის ინფორმაცია უნდა ჰქონდეს პერსონალს უსაფრთხოების რისკების მართვის შესახებ, რათა პერსონალი დაცული იყოს?
3. ინფორმირებული თანხმობა: რა სახის ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს ორგანიზაციამ სპეციალისტ(ებ)ს, რათა, მაგ., ბინაზე მიმსვლელმა სოციალურმა მუშაკმა ინფორმირებული გადაწყვეტილება მიიღოს ბენეფიციარის მონახულების შესახებ?
4. კომპეტენტური სამუშაო ძალა: რა სახის გამოცდილება, უნარ-ჩვევები და კომპეტენციები სჭირდება პერსონალს, რათა ხელი შეუწყოს ორგანიზაციის მიზნების წარმატებას?
5. ხარისხის მართვა: როგორ შეიძლება ორგანიზაციებმა მუდმივად იმუშაონ პროცესებისა და ზომების გაუმჯობესებაზე მათი პერსონალის სასარგებლოდ, მათ შორის სამუშაოსთან დაკავშირებული ფიზიკური და ფსიქოსოციალური რისკების, ჯანსაღი ქვევის ხელშეწყობისა და მხარდაჭერის და უფრო ფართო სოციალური და გარემოსდაცვითი განმსაზღვრელი ფაქტორების ჩათვლით.

ამრიგად, ჯანსაღი სამუშაო ადგილი არის ის, სადაც პერსონალი და მენეჯერები თანამშრომლობენ, მუდმივად აუმჯობესებენ პროცესებს ყველა მუშაკის ჯანმრთელობის, უსაფრთხოებისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობად.

ქვემოთ ჩამოთვლილია რამდენიმე რეკომენდაცია სამუშაო ადგილებზე ჯანსაღი გარემოს ხელშეწყობისთვის:

განახორციელეთ ორგანიზაციის პერსონალის მხარდაჭერის პოლიტიკა, დასვენებისა და ძალების აღდგენის უზრუნველყოფის ჩათვლით

- ▶ უზრუნველყავით სათანადო სამუშაო სივრცე პერსონალისთვის, მათი რელიგიის და კულტურის გათვალისწინებით
- ▶ მიიღეთ შესაბამისი ზომები არაჯანსაღი ცხოვრების პრაქტიკის შემთხვევაში, როგორცაა, მაგალითად, პერსონალის მიერ ალკოჰოლის მძიმე მოხმარება
- ▶ განსაზღვრეთ სამუშაო საათები და აკონტროლეთ ზეგანაკვეთური სამუშაოები. მიზნად დაისახეთ თანამშრომლებს შორის დატვირთვის სამართლიანი განაწილება

- ▶ უზრუნველყავით მკაფიო და განახლებული სამუშაო აღწერილობები: მიზნებისა და აქტივობების განსაზღვრა; დაადასტურეთ თანამშრომლებთან, რომ მათი როლები და ამოცანები ნათელია
- ▶ უზრუნველყავით მკაფიოობა მენეჯმენტსა და კომუნიკაციაში
- ▶ რეგულარულად შეაფასეთ პერსონალის უსაფრთხოების კონტექსტი და სტრესის სხვა პოტენციური წყაროები
- ▶ უზრუნველყავით რეგულარული სატრენინგო პროცესი გუნდის წევრების კომპეტენციების და შესაძლებლობების ასამაღლებლად.

პერსონალის ან გუნდის რეგულარული შეხვედრები სამუშაო პრობლემების გადასაჭრელად, ასევე ინტერვიზიის და სუპერვიზიის სესიები, არა მხოლოდ სამსახურის ხარისხის გარანტია, არამედ თანამშრომელთა პროფესიული გადაწვის საწინააღმდეგო ეფექტური ღონისძიებებიც.

სუპერვიზიის /ზედამხედველობის ძირითადი მახასიათებლები

ზედამხედველობა/სუპერვიზია უნდა იყოს რეგულარული აქტივობა, რომელიც დაგეგმილია თქვენს სამუშაო დროში. სხვადასხვა დონის უნარებისა და გამოცდილების მქონე პრაქტიკოსებს, სავარაუდოდ, აქვთ სხვადასხვა საჭიროებები ზედამხედველობის ფარგლებში, თუმცა ზედამხედველობას, როგორც წესი, აქვს 3 ძირითადი ფუნქცია:

- ▶ *განმავითარებელი/საგანმანათლებლო* – ზედამხედველობის განმავლობაში ისწავლით და განიხილავთ თქვენს პრაქტიკას. სუპერვიზიის სესიებმა უნდა უზრუნველყოს სივრცე პრობლემის გადასაჭრელად, დასაფიქრებლად და უნარების, ინსაიტების და იდეების განსავითარებლად.
- ▶ *აღდგენითი/დამხმარე* – ზედამხედველობა უნდა იყოს დამადასტურებელი გამოცდილება; ეს უნდა იყოს მავალიდიზირებული „სივრცე“, სადაც თავს დაცულად გრძნობთ და მხარდაჭერილი ხართ თქვენი სამუშაოს მიმართ ემოციური მოთხოვნების გადამოწმებაში და თქვენი რეაგირების ფორმებში.
- ▶ *ნორმატიული/მართვითი* – ზედამხედველობა უზრუნველყოფს ფორუმს თქვენი პრაქტიკის შეფასების მიზნით და იმის უზრუნველსაყოფად, რომ თქვენი სამუშაო აკმაყოფილებდეს აუცილებელ ეთიკურ და საუკეთესო პრაქტიკის სტანდარტებს.

არსებობს რამდენიმე მოდელი, რომელიც შექმნილია ზედამხედველობისა და რეფლექსიური პრაქტიკის წარმართვისთვის. მნიშვნელოვანია, რომ გამოწვევების და განვითარების საჭიროებებთან ერთად, ზედამხედველობამ ყურადღება მიმართოს იმაზეც, რაც კარგად მიდის, რაც ეფექტურად მიმდინარეობს. მნიშვნელოვანია, რომ როგორც ზედამხედველი, ყოველი სესიის წინ დაფიქრდეთ - რა გჭირდებათ ზედამხედველობის/რეფლექსიური პრაქტიკისგან.

ბიბლიოგრაფია

1. NHS England. Practitioner Guide. Working with People in the Criminal Justice System showing Personality Difficulties. Third edition. 2020. NH Prison & Probation Service.
2. თ. ლათიბაშვილი. 2015. *მეორადი ტრავმატიზაცია და პროფესიული გადაწვა*. სამაგისტრო ნაშრომი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. თბილისი.
3. Radey, M., Figley, C.R. The Social Psychology of Compassion. Clin Soc Work J 35, 207–214 (2007). <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>
4. Pearlman, Laurie A., & Saakvitne, Karen W. (1995). Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: W.W. Norton, xix, pp.451, \$40.00, American Journal of Clinical Hypnosis, 38:4, 298-299, DOI: 10.1080/00029157.1996.10403354
5. Christina Maslach, Julie Goldberg, Prevention of burnout: New perspectives, Applied and Preventive Psychology, Volume 7, Issue 1, 1998, Pages 63-74, ISSN 0962-1849, [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(98\)80022-X](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(98)80022-X).

6. O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.06.003
7. López-López, I.M., Gómez-Urquiza, J.L., Cañadas, G.R., De la Fuente, E.I., Albendín-García, L. and Cañadas-De la Fuente, G.A. (2019), Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Mental Health Nurs*, 28: 1035-1044. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>
8. C.D. Craig & G. Sprang (2010) Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists, *Anxiety, Stress, & Coping*, 23:3, 319-339, DOI: 10.1080/10615800903085818
9. Gene M. Alarcon, A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes, *Journal of Vocational Behavior*, Volume 79, Issue 2, 2011, Pages 549-562, <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.03.007>.
10. Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do about It*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
11. Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis an examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American psychoanalytic association*, 7(3), 459-483.
12. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *JOURNAL OF CONSULTING PSYCHOLOGY*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
13. Günthner A, Batra A. Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe [Prevention of burnout by stress management]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012 Feb;55(2):183-9. German. doi: 10.1007/s00103-011-1406-y. PMID: 22290161.
14. WHO. *Doing What Matters in Times of Stress*. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>
15. Lahad, M. (1997) 'BASIC PH: The Story of Coping Resources', in M. Lahad and A. Cohen (eds) *Community Stress Prevention*, Vols 1 and 2, pp. 117-143. Kiryat Shmona: Community Stress Prevention Centre .
16. World Health Organization (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO

დანართი 1.1.

თარიღების განმარტება (ჰანგოს MHGAP-IG მიხედვით)

ტერმინი	განმარტება
ატაქსია	კუნთოვანი კოორდინაციის დარღვევა. ატაქსიის მქონე ადამიანებს აქვთ კოორდინაციის პრობლემები, რადგან დაზიანებულია ნერვული სისტემის ის ნაწილი, რომელიც აკონტროლებს მოძრაობას და წონასწორობას. ატაქსიამ შეიძლება დააზიანოს თითები, ხელის მტევნები, მკლავები, ფეხები, სხეული, მეტყველება და თვალების მოძრაობა.
ავტონომია	კონტროლის, გამკლავებისა და პირადი გადაწყვეტილების მიღების სუბიექტური უნარი იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ ცხოვრობს ადამიანი ყოველდღიურად, საკუთარი წესებისა და უპირატესობების შესაბამისად.
არაორგანიზებული / დარღვეული აზროვნება	ასოციაციური აზროვნების პროცესის რღვევა, რომელიც, როგორც წესი, გამოიხატება მეტყველებაში, როდესაც ადამიანი მოულოდნელად გადადის ერთიდან მეორე თემაზე, რომელიც საერთოდ არ უკავშირდება ან მინიმალურად უკავშირდება პირველს. არ არსებობს მინიმუმი იმისა, რომ პირი აცნობიერებს მისი აზროვნების უთავბოლოებას ან ალოგიკურობას.
აუტიზმის სპექტრის დარღვევები	განმაზოგადებელი ტერმინი, რომელიც მოიცავს ისეთ მდგომარეობებს, როგორიცაა აუტიზმი, ბავშვთა ასაკის დეზინტეგრაციული აშლილობა და ასპერგერის სინდრომი.
აწეული გუნებ-განწყობა	პოზიტიური განწყობის მდგომარეობა, რომელიც ჩვეულებრივ ხასიათდება ენერჯის მომატებითა და გაზრდილი თვითშეფასებით, რაც შეიძლება არათანაზომიერი აღმოჩნდეს ადამიანის ცხოვრებისეულ გარემოებებთან.
ახალშობილთა K ვიტამინის დეფიციტის დაავადება	K ვიტამინის ნაკლებობამ შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე სისხლდენა ახალშობილებში, ჩვეულებრივ, დაბადებისთანავე, მაგრამ ზოგჯერ 6 თვის ასაკამდეც. სისხლდენა შეიძლება იყოს კანის, კუჭ-ნაწლავური, ინტრაკრანიალური ან ლორწოვანი. ამის ერთ-ერთი მიზეზია დედის მიერ ეპილეფსიის საწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღება.
ბოდვა	ფიქსირებული რწმენა, რომელიც ეწინააღმდეგება არსებულ ფაქტებსა და სინამდვილეს. ის არ იცვლება რაციონალური არგუმენტებით და მიუღებელია პიროვნების კულტურის ან სუბკულტურის სხვა წევრების მიერ (ანუ, ის არ წარმოადგენს რელიგიური რწმენის გარკვეულ ასპექტს).
გაუაზრებელი ხეტიალი	დემენციით დაავადებული ადამიანებს უჩნდებათ სიარულის მოთხოვნილება და ზოგჯერ სახლიდან გადიან. ხშირად აქვთ ორიენტაციასთან დაკავშირებულ პრობლემები, რის გამოც იკარგებიან.
გაუგებარი მეტყველება (მეტყველების გაძნელება)	მეტყველება განურჩეველი, გაურკვეველი გამოთქმით.
გაუთვალისწინებელი სიტუაციების მართვის თერაპია	გარკვეული სასურველი ქცევის (მაგალითად, თერაპიაზე დასწრების და მავნე ნივთიერების მოხმარებაზე უარის თქმის) წახალისების სტრუქტურირებული მეთოდი. სასურველი ქცევისთვის წახალისებები მცირდება დროთა განმავლობაში ბუნებრივი „ჩილდოების“ დამკვიდრებისთანავე.

გაფანტულობა	გარკვეულ ამოცანებზე ყურადღების კონცენტრირებისა და ფოკუსირების სირთულე; ყურადღების ადვილად გადართვა გარე გამღიზიანებლებით.
გაღიზიანებადობა, გაღიზიანებული გუნებ-განწყობა	გუნებ-განწყობის მდგომარეობა, ხასიათდება პირის ადვილი გაღიზიანებადობით და ახდენს მისი სიბრაზის პროვოცირებას იმ ხარისხით, რომელიც არათანაზომიერია მოცემულ გარემოებებთან.
გახანგრძლივებული QT	პარკუჭის მიოკარდიუმის რეპოლარიზაცია პოტენციურად განპირობებული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებით, რომელიც ხასიათდება QT გახანგრძლივებული ინტერვალით ელექტროკარდიოგრამაზე (ეკგ), რასაც მივყავართ პარკუჭის სიმპტომატურ არითმიამდე და მოულოდნელი კარდიული (გულის) სიკვდილის გაზრდილ რისკამდე.
გულყრა	თავის ტვინის ფუნქციის მოშლის ეპიზოდი თავის ტვინის ქერქის ფუნქციის დარღვევის გამო, რასაც შედეგად მოსდევს ტვინის უჯრედების უეცარი, პათოლოგიური, ჭარბი და არაორგანიზებული განმუხტვა. კლინიკური გამოვლინება მოიცავს პათოლოგიურ მოტორულ, სენსორულ და ფსიქიკურ მოვლენებს.
ღებორგანიზებული ქცევა	ქცევა, რომელიც მოიცავს პოზას, სიარულის მანერას და სხვა აქტივობებს; ის არაპროგნოზირებადი და არამიზანმიმართულია (მაგ.. ქუჩაში უცნობი ადამიანებისთვის დაყვირება).
ღელირიუმი	გარდამავალი არამდგრადი, მერყევი ფსიქიკური მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება ყურადღების გაფანტვით (ყურადღების მიმართვის, ფოკუსირების, ერთ თემაზე კონცენტრირებისა და გადატანის დაქვეითებული უნარით) და აღქმისა და გაცნობიერების მოშლით (გარემოში ორიენტაციის დაქვეითებული უნარით); ის მოკლე დროში ვითარდება და მერყეობს დღის განმავლობაში; ამასთან, თან ახლავს სხვა (აღქმის, მეხსიერების, აზროვნების, ემოციების ან ფსიქომოტორული ფუნქციების) დარღვევები. მოცემული მდგომარეობა შეიძლება გამოიწვიოს მწვავე ორგანულმა მიზეზებმა, როგორცაა ინფექციები, მედიკამენტების მიღება, მეტაბოლური ანომალიები, ნივთიერებებით ინტოქსიკაცია ან ნივთიერებათა მოხმარების აბსტინენცია.
ღეტოქსიკაცია	პროცესი, რომლის საშუალებითაც ადამიანი თავს აღწევს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედებას. რაც შეეხება კლინიკურ პროცედურას, მოხსნის პროცესი ხორციელდება უსაფრთხოდ და ეფექტურად, ისე რომ აბსტინენციის სიმპტომები მინიმუმამდეა დაყვანილი.
ღისტონია	კუნთების მდგრადი შეკუმშვა ან უნებლიე მოძრაობები, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ფიქსირებული პათოლოგიური პოზები. იხ. მოგვიანებითი ღისტონია .
ღრობითი ზრუნვა	ჯანდაცვის დაწესებულებებში ზრუნვის დროებითი უზრუნველყოფა პიროვნებისთვის, რომელზეც, ჩვეულებრივ, სახლში ზრუნავენ.
ეკლამფსია	ფეხმძიმე ქალებზე მოქმედი ნებისმიერი მდგომარეობა, რომელსაც ახასიათებს გულყრები ან კონვულსიები, და რომელიც პირველად ვლინდება ორსულობის დროს. ეს მდგომარეობა ხშირად ასოცირდება ორსულობით განპირობებულ ჰიპერტენზიასთან, კონვულსიებთან, გულყრებთან, შფოთვისთან, ეპიგასტრულ ტკივილთან, ძლიერ თავის ტკივილთან, მხედველობის დაბინდვასთან, პროტეინურისა და შეშუპებასთან, რაც შეიძლება გამოვლინდეს ფეხმძიმობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდებში.

ექილეთესიური სტატუსი	განისაზღვრება როგორც 5-წუთიანი ან მეტი ხანგრძლივობის უწყვეტი კლინიკური და/ან ელექტროგრაფიული გულყრითი აქტივობა ან განმეორებითი გულყრა შეტევებს შორის აღდგენის გარეშე (ანუ, თავდაპირველ, საწყის მდგომარეობაში დაბრუნების გარეშე); ის შეიძლება იყოს კონვულსიური და არაკონვულსიური.
ექსტრაპირამიდული გვარდითი ეფექტები / სიმპტომები (ეპს)	კუნთების მოძრაობების ანომალიები, ძირითადად გამოწვეული ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიღებით. მოცემული მდგომარეობა მოიცავს კუნთების ტრემორს, მოძრაობის შეზღუდვას, სპაზმებსა და/ან აკატიზიას.
თვითდაზიანება	თავის განგებ მოწამვლა ან საკუთარი თავისთვის განზრახ მიყენებული დაზიანება, რასაც შეიძლება ჰქონდეს ან არ ჰქონდეს ფატალური მიზანი ან შედეგი.
თრომბოციტოპენია	თრომბოციტების არანორმალურად დაბალი რაოდენობა სისხლში. მოცემული დაავადება შეიძლება გამოიხატოს სისხლჩაქცევების მომატებით ან სისხლდენით. დაავადება დასტურდება სისხლის ნიმუშში თრომბოციტების შემცირებული რაოდენობის იდენტიფიცირებით.
იდიოსინკრაზიული რეაქცია	ინდივიდუალური, არაპროგნოზირებადი და დოზა-დამოუკიდებელი რეაქცია ნებისმიერი ნივთიერების მიმართ: ძილიანობა ან ეიფორია, ჰიპერემია, კაროპედალური სპაზმები, აპნოე და სხვა.
ინსულტი	იხ. ცერებროვასკულური კატასტროფა/ ინციდენტი (ცვკ).
ინტერპერსონალური თერაპია (იპთ)	ფსიქოლოგიური მკურნალობის მეთოდი, რომელიც ფოკუსირდება დეპრესიულ სიმპტომებსა და ინტერპერსონალურ პრობლემებს შორის კავშირზე; ეს პრობლემები განსაკუთრებით ეხება დარდს, მწუხარებას, დავებს, ცხოვრებისეულ ცვლილებებსა და სოციალურ იზოლაციას. იპთ ასევე ცნობილია ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპიის სახელით.
ინფორმირებული თანხმობა	პროცესი, რომლის საშუალებითაც ჯანდაცვის მუშაკი აწვდის შესაბამის ინფორმაციას პირს, რომელსაც ამის შემდეგ შეუძლია გააკეთოს ნებაყოფლობითი არჩევანი - დათანხმდეს ან უარი თქვას მკურნალობაზე. ინფორმირებული თანხმობა მოიცავს შემდეგი ელემენტების განხილვას: გადაწყვეტილების / პროცედურების ხასიათი; შემოთავაზებული ინტერვენციების გონივრული ალტერნატივები; თითოეულ ალტერნატივასთან დაკავშირებული შესაბამისი რისკები, უპირატესობები და გაურკვევლობები; შემოთავაზებული ინტერვენციების პირის მიერ გააზრება-გაგებისა და მიღება-მოწონების შეფასება.
კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია (კბთ)	ფსიქოლოგიური მკურნალობის ფორმა, რომელიც აერთიანებს კოგნიტურ კომპონენტს (ორიენტირებულს განსხვავებულ აზროვნებაზე, მაგალითად, არარეალისტური ნეგატიური აზრების იდენტიფიცირებისა და მათი კრიტიკული შეფასების გზით) და ქცევით კომპონენტს (მიზნად ისახავს საქმის განსხვავებულად შესრულებას, მაგალითად, დახმარების გაწევას ადამიანისთვის უფრო შედეგიანი და სასარგებლო აქტივობების განხორციელებით).
კოგნიტური	ფსიქიკური პროცესები, რომლებიც დაკავშირებულია აზროვნებასთან და მოიცავენ მსჯელობას, დამახსოვრებას, განსჯას, პრობლემათა გადაჭრასა და დაგეგმვას.
კომორბიდული, კომორბიდულობა	ერთდროულად არსებული დაავადებების ან აშლილობების აღწერა.

კონვულსია / გულყრა, კონვულსიური მოძრაობები	თავის ტვინის ქერქის ფუნქციის კლინიკური ან სუბკლინიკური დარღვევები ტვინის უჯრედების მოულოდნელი, პათოლოგიური, ჭარბი და არაორგანიზებული განმუხტვის გამო (იხ. გულყრა). კლინიკური გამოვლინებები მოიცავს პათოლოგიურ მოტორულ, სენსორულ და ფსიქიკურ მოვლენებს.
კონფიდენციალურობა	პრივილეგირებული კომუნიკაციის პირობებში საიდუმლოების (როგორცაა, მაგალითად, პაციენტის კონსულტაცია ექიმთან) და სამედიცინო ჩანაწერების დაცვის უზრუნველყოფა.
კონფუზია (აბნევა), გონების დაბინდვის მდგომარეობა	დარღვეული ცნობიერების მდგომარეობა, რომელიც დაკავშირებულია თავის ტვინის მწვავე ან ქრონიკულ ორგანულ დაავადებასთან. კლინიკურად ის ხასიათდება დეზორიენტაციით, ფსიქიკური პროცესების შენელებით და იდეათა ასოციაციების სიმწირით, აპათიით, უინიციატივობით, დაღლილობითა და ყურადღების დაქვეითებით. აბნევის მსუბუქი მდგომარეობის დროს, რაციონალური პასუხები და ქცევები შეიძლება პროვოცირებული იყოს გასინჯვით, მაგრამ აშლილობის უფრო მძიმე ფორმისას ადამიანს არ შეუძლია გარემოსთან კონტაქტის დამყარება და შენარჩუნება.
კრუნჩხვა	კონვულსიების აღმნიშვნელი სასაუბრო ტერმინი. იხ. კონვულსია .
მაკულოპაპულური გამონაყარი	გამონაყარი, რომელიც შედგება როგორც მაკულებისგან (ბრტყელი, [არაპალპირებადი - ხელით შეუგრძნობელი ლაქები], კანის შემოსაზღვრულ მონაკვეთები, ან კანის შეცვლილი ფერის უბნები [მაგ., ჭორფლი]), ისე პაპულებისგან (კანზე მცირე ზომის ამობურცული ლაქები, ხშირად ნახევრადსფერული ფორმის, 5 მმ-ზე ნაკლები დიამეტრით).
მენინგეალური (ტვინის გარსის) გაღიზიანება	თავისა და ზურგის ტვინის ქსოვილის ფენების გაღიზიანება, რომელსაც, ჩვეულებრივ, გარკვეული ინფექცია იწვევს.
მენინგიტი	ტვინის გარსის /მენინგის (თავისა და ზურგის ტვინის მემბრანები) დაავადება, რომელსაც ჩვეულებრივ იწვევს ბაქტერიული, ვირუსული, სოკოვანი ან პარაზიტული წყაროს მიერ პროვოცირებული ინფექცია.
მიასტენია გრავისი	ნეიროკუნთოვანი გადაცემის (ნერვებსა და კუნთებს შორის კავშირის) დარღვევა, რომელიც ხასიათდება თავისქალასა და ჩონჩხის კუნთების გადაღლითა და სისუსტით. კლინიკური გამოვლინებები შეიძლება მოიცავდეს ცვალებად დიპლოპიასა (გაორებულ მხედველობას) და პტოზს (ქუთუთოს მოდუნებას), და სახის, ბუღბარული, რესპირატორული და პროქსიმალური კიდურების კუნთების გადაღლასა და სისუსტეს.
მოგვიანებითი დისკინეზია	ეს არის დისტონია, რომელიც ხასიათდება კუნთების გრუნვითი, ხანგრძლივი და ძლიერი სპაზმებით თავის, კისრის, და ზოგჯერ ზურგის არეში. მდგომარეობა შეიძლება არ გაუმჯობესდეს ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიღების შეწყვეტის შემდეგაც.
მომატებული მგრძობელობის / ჰიპერმგრძობელობითი რეაქცია	ჰიპერმგრძობელობითი რეაქცია წარმოადგენს ფარმაცევტული საშუალებების (მათ შორის აქტიური მედიკამენტებისა და დამხმარე ნივთიერებების) უარყოფით გვერდით ეფექტებს, რომლებიც კლინიკურად გვაგონებს ალერგიას. ის მიეკუთვნება B ტიპის არასასურველ მედიკამენტურ რეაქციებს, რომლებიც განსაზღვრულია ჯანმო-ს მიერ როგორც დოზა-დამოუკიდებელი, არაპროგნოზირებადი, ტოქსიკური და უნებლიე რეაქცია მედიკამენტის მიმართ, რომელიც მიიღება ადამიანებში გამოყენებული ჩვეულებრივი დოზით. ის მოიცავს მრავალ განსხვავებულ კლინიკურ ფენოტიპს სხვადასხვა დასაწყისითა და სიმძიმით.

მოტივაციური თერაპია	სტრუქტურირებული თერაპია (გრძელდება 4 ან ნაკლებს სესიის მანძილზე), რომელიც ეხმარება ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მქონე პირებს. ის მოიცავს მიდგომას, რომელიც ცვლილებების მოტივაციას ზრდის სამოტივაციო ინტერვიუების ტექნიკის გამოყენებით; ეს გულისხმობს პირის ჩართვას მსჯელობაში მის მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შესახებ, მაგალითად, დისკუსიაში მოცემული ნივთიერების მოხმარების სავარაუდო სარგებლისა და ზიანის შესახებ პიროვნების საკუთარ ფასეულობებთან მიმართებაში; ამასთან, მოცემული ტექნიკა თავს არიდებს პიროვნებასთან კამათს მისი მხრიდან წინააღმდეგობის არსებობის შემთხვევაში, და წახალისებს პირს თვითონ გადაწყვიტოს, რას შეიძლება წარმოადგენდეს მისი მიზანი.
მრისხანების შეტევები	ბავშვის ან ემოციური დისტრესის მდგომარეობაში მყოფი პირის ემოციური აფეთქება, მწვავე და უცაბედი შეტევა.
მშობელთა უნარების ტრენინგი	მკურნალობის ოჯახური პროგრამები, რომლებიც მიზნად ისახავენ მშობელთა ქცევის შეცვლას და მათში საკუთარი თავის რწმენის გაძლიერებას მათ მიერ ეფექტური სტრატეგიების მიღებისას. ის მოიცავს ემოციური კომუნიკაციისა და მშობლებისა და ბავშვების პოზიტიური ურთიერთობის, პოზიტიური განმტკიცების მეთოდების სწავლებას მშობლებისთვის ბავშვების/მოზარდების ქცევისა და ფუნქციონირების გაუმჯობესების მიზნით.
მცენარული პროდუქტები	ხალხური წამლების მთელი სპექტრი, რომელთაგან ბევრის ეფექტურობა ემპირიულად აღმოაჩინეს ასობით წლის წინ, და რომლებიც მთლიანად ან ნაწილობრივ მცენარულია. მრავალ კულტურაში, მცენარული სამკურნალო საშუალებების ეფექტურობის შესახებ ცოდნა წარმოადგენს სათუთად შემონახულ და ზეპირსიტყვიერებით ერთი თაობიდან მეორისთვის გადაცემულ ტრადიციას.
მძიმე დანაკარგი	დანაკარგის, დარდის, მწუხარებისა და აღდგენის პროცესი, რომელიც, ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია სიკვდილის ფაქტთან.
ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი	ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი წარმოადგენს განვითარების შეფერხების სინდრომს, გამოწვეულს დედის მიერ ორსულობის პერიოდში ალკოჰოლის მოხმარებით. ის ხასიათდება პრენატალური და/ან პოსტნატალური განვითარების დეფიციტით და სახის უმნიშვნელო ანომალიების უნიკალური კლასტერით, რომელიც გვხვდება ყველა ეთნიკურ ჯგუფში, იდენტიფიცირდება დაბადებისთანავე და არ იკლებს ასაკის მატებასთან ერთად. ამ სინდრომით დაზარალებულ ბავშვებს აღენიშნებათ ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე ანომალიები, მათ შორის: მიკროცეფალია, კოგნიტური და ქცევითი დარღვევები (ინტელექტუალური დარღვევები, ზოგადი კოგნიტური დეფიციტი, დასწავლისა და ენის უნარების დეფიციტი, აღმასრულებელი ფუნქციის, ვიზუალურ-სივრცული გადამუშავების უნარის მოშლა, მეხსიერებისა და ყურადღების დეფიციტი).
ნეიროინფექცია	თავის ტვინისა და/ან ზურგის ტვინის ინფექცია.
ნეიროლეპტიკური ავთვისებიანი სინდრომი (NMS)	იშვიათი, მაგრამ სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა, რომელსაც იწვევს ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიღება. მისთვის დამახასიათებელია ციებ-ცხელება, დელირიუმი, კუნთების რიგიდობა და მაღალი არტერიული წნევა.

ნეონატალური აბსტინენციის სინდრომი	ორსულობის დროს ნარკოდამოკიდებულების გამომწვევი ნივთიერებების საშვილოსნოსშიდა ზემოქმედება, რომელსაც მივყავართ ნეონატალური აბსტინენციის (მოხსნის) სიმპტომებამდე. მოხსნის სიმპტომები, ჩვეულებრივ, ნევროლოგიური ხასიათისაა, რაც ხელს უშლის ნორმალურ ავტონომიურ ფუნქციონირებას. ნარკოტიკის მოხსნის კლინიკური გამოვლინებები მერყეობს და დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე, როგორცაა, გამოყენებული ნარკოტიკული ნივთიერების ტიპი და დოზა, მეტაბოლიზმის სიჩქარე, და დედისა და ჩვილის ექსკრეცია (ორგანიზმიდან მავნე ნივთიერებათა გამოყოფა-გამოღება).
ობობისმაგვარი ჰემანგიომა	წვრილი წითელი სისხლძარღვების ხილული კანქვეშა კლასტერი, რომელიც ჩვეულებრივ ჩნდება ფეხმძიმობის დროს ან როგორც გარკვეული დაავადების სიმპტომი (მაგ., ღვიძლის ციროზის ან აკნე როზაცეას (ვარდისფერი აკნეს) დროს).
ოკუპაციური თერაპია	თერაპია შემუშავებული იმისთვის, რომ დაეხმაროს პირებს გაზარდონ საკუთარი დამოუკიდებლობა ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ საქმიანობებში რეაბილიტაციის, სავარჯიშოებისა და რეაბილიტაციის დამხმარე ტექნიკური საშუალებების გამოყენებით. გარდა ამისა, ამგვარი თერაპია უზრუნველყოფს იმ საქმიანობის გაძლიერებას, რომელიც ხელს უწყობს პიროვნულ ზრდას, თვითრეალიზაციასა და თვითშეფასებას.
ოპოზიციური ქცევები	შესამჩნევად გამომწვევი, დაუმორჩილებელი, პროვოკაციული ან ავი და დვარძლიანი ქცევა, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს უპირატესად მუდმივად გაბრაზებულ და გაღიზიანებულ გუნებ-განწყობაში; მას ხშირად თან ახლავს მწვავე ხასიათის სიბრაზის შეტევები ან თვითნებური, კამათის მომცველი და გამომწვევი ქცევა.
ორტოსტატიური ჰიპოტენზია	არტერიული წნევის უეცარი ვარდნა, რომელიც შეიძლება დაგვემართოს, როდესაც ვიცვლით მდგომარეობას დაწოლილიდან მჯდომარე ან მდგომარე პოზიციაში. ის, ჩვეულებრივ, იწვევს თავის მსუბუქ გაბრუნებას ან თავბრუსხვევას და არ წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობას.
ოჯახური თერაპია	კონსულტაცია, რომელსაც შედეგად მოჰყვება მრავალჯერადი (ჩვეულებრივ, 6-ზე მეტი) დაგეგმილი სესია რამდენიმე თვის განმავლობაში. ის უნდა მიეწოდოს ინდივიდუალურ ოჯახებს ან ოჯახების ჯგუფებს, და უნდა მოიცავდეს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს, თუ ეს შესაძლებელია. თერაპიის ამ ფორმას აქვს მხარდამჭერი და საგანმანათლებლო ან სამკურნალო ფუნქციები. ის ხშირად მოიცავს მოლაპარაკებით პრობლემების გადაჭრის ან კრიზისის მართვაზე ორიენტირებულ სამუშაოს.
პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა	არასანქცირებული ინტრუზიისგან (შეჭრისგან) თავისუფალი მდგომარეობა. მაგალითად, პირადი ცხოვრების საიდუმლოების დაცვა ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ საქმიანობაში (მაგ., კლიენტებისთვის ადგილობრივ საცხოვრებელ დაწესებულებებში) ან კონფიდენციალურ სამედიცინო ჩანაწერებში.
პოლითერაპია	ერთდროულად ერთზე მეტი მედიკამენტის დანიშნვა ერთი და იგივე სამედიცინო მდგომარეობის შემთხვევაში.
პოლინევროპათია	პერიფერიული ნერვების დაზიანება და ფუნქციური დარღვევები. ეს შეიძლება გამოვლინდეს კიდურების დაბუყებით, პარესთეზიით („ნემსების ჩხვლეტის“ შეგრძნება), კიდურების სისუსტით, ან კუნთების მოღუნებით და მყესების ღრმა რეფლექსების გაქრობით.

პორფირია	პორფირიები წარმოადგენს დაავადებათა ჯგუფს, რომელსაც ახასიათებს ინტერმიტირებული (წყვეტილი) ნეირო-ვისცერული გამოვლინებები ან კანის დაზიანებები, ან ორივეს კომბინაცია. მოცემული დაავადების კლინიკური ნიშნები, ჩვეულებრივ, თავს იჩენს ზრდასრულ ასაკში, მაგრამ ზოგიერთი პორფირია ბავშვებზეც მოქმედებს. პირდაპირმა ან არაპირდაპირმა ნეიროტოქსიკურობამ შეიძლება გამოიწვიოს ნევროლოგიური გამოვლინებები.
პრობლემების გადაჭრაზე ფოკუსირებული კონსულტირება	ფსიქოლოგიური მკურნალობის მეთოდი, რომელიც მოიცავს პრობლემების იდენტიფიკაციისა და პრობლემების გადაჭრის ტექნიკების სისტემატურ გამოყენებას რამდენიმე სესიის განმავლობაში.
პრურიტი	ქავილის ინტენსიური შეგრძნება, რომელიც აღძრავს კანის გახეხვის, მოქავების ან დაკაწვრის ძლიერ სურვილს შვების მოსაგვრელად.
რელაქსაციის ტრენინგი	მოიცავს ტრენინგს ისეთ ტექნიკაში, როგორიცაა სუნთქვის ვარჯიშები მოღუნების (რელაქსაციის) მისაღწევად.
რესპირატორული დეპრესია	არაადეკვატურად ნელი სუნთქვა, რასაც შედეგად მოჰყვება ჟანგბადის უკმარისობა. მოცემული მდგომარეობის გავრცელებული მიზეზები მოიცავს თავის ტვინის დაზიანებას და ინტოქსიკაციას (მაგ., ბენზოდიაზეპინებით გამოწვეული).
რეციდივი	ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისკენ შემობრუნება გარკვეული აბსტინენციის პერიოდის შემდეგ. ხშირად თან ახლავს დამოკიდებულების სიმპტომების აღდგენა. მოცემული ტერმინი ასევე გამოიყენება MNS აშლილობის სიმპტომების დაბრუნების აღსანიშნად გამოჯანმრთელების პერიოდის შემდეგ.
რიგილობა /სინისტე	კიდურის პასიური მოძრაობის მიმართ წინააღმდეგობა, რომელიც შენარჩუნებულია მისი მოქმედების დიაპაზონის მთელ მანძილზე. ის პარკინსონიზმის სიმპტომს წარმოადგენს.
სეროტონინის სინდრომი	ხასიათდება სეროტონინის სიჭარბით ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, უკავშირდება სხვადასხვა აგენტების, მათ შორის სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორების (SSRIs) გამოყენებას. სეროტონინის სინდრომმა შეიძლება გამოიწვიოს როგორც კუნთების რიგილობა, მიოკლონუსი (კუნთების ხანმოკლე შეკუმშვა), აგზნება, ცნობიერების დაბინდვა, ჰიპერტერმია, ჰიპერრეფლექსია, ასევე დისავტონომიური სიმპტომები შოკის რისკით მცირე პერიფერიული სისხლძარღვოვანი რეზისტენტობით, გულყრები, კომა, რაბდომიოლიზი და/ან დისემინებული, ინტრავასკულური კოაგულაცია (დიკ/DIC).
სოციალური იზოლაცია / განრიდება	პირის უუნარობა დაკავდეს მისი ასაკისათვის შესაფერისი საქმიანობით ან ურთიერთობა დაამყაროს თანატოლებთან ან ოჯახის წევრებთან.
სოციალური ქსელი	ანალიტიკური სოციოლოგიის კონსტრუქტი, რომელიც ქცევის გასაგებად მიმართავს ადამიანებს შორის სოციალური კავშირების მახასიათებლებს, ვიდრე მათ ინდივიდუალურ თვისებებს.
სპინალური (ზურგის ტვინის) აბსცესი	ზურგის ტვინის მდგომარეობა, გამოწვეული ბაქტერიული, ვირუსული ან სოკოვანი წყაროს ინფექციით. მოცემული მდგომარეობა ხასიათდება ჩირქოვანი მასალის კეროვანი დაგროვებით ზურგის ტვინში და შეიძლება გამოვლინდეს ციებ-ცხელებით, ტკივილებით ზურგის არეში და ნევროლოგიური დარღვევებით. გადაეცემა ინფექციური აგენტის ჰემატოგენური გავრცელების გზით.

სტიგმა	განმასხვავებელი ნიშანი, რომელიც სადემარკაციო ხაზს ავლებს სტიგმატიზებულ პირსა და სხვებს შორის, და ამ პირს უარყოფით მახასიათებლებს მიაწერს. ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებული სტიგმა ხშირად იწვევს სოციალურ გარიყულობას და დისკრიმინაციას, და დამატებით ტვირთს უქმნის დაზარალებულ პირს.
სტივენს-ჯონსონის სინდრომი	სიცოცხლისათვის საშიში კანის მდგომარეობა, რომელსაც ახასიათებს კანის მტკივნეული აქერცვლა, წყლულები, ბებერები და ქერქი კან-ლორწოვან ქსოვილებზე, როგორცაა პირი, ტუჩები, ყელი, ენა, თვალები და სასქესო ორგანოები. ზოგჯერ აღინიშნება ციებ-ცხელება. ყველაზე ხშირად მას იწვევს მწვავე რეაქცია მედიკამენტებზე, განსაკუთრებით, ეპილეფსიის სამკურნალო მედიკამენტებზე.
სუიციდური აზრები / განზრახვები	ადამიანის აზრები, იდეები და განცდები საკუთარი სიცოცხლის დასრულების, ხელყოფის შესახებ - დაწყებული იმ მოსაზრებით, რომ ადამიანისთვის უკეთესია სიკვდილი და დამთავრებული გულმოდგინედ და დეტალურად გაწერილი გეგმის შედგენით
ტოქსიკური ეპიდემიური ნევროლიზი	სიცოცხლისათვის საშიში კანის აქერცვლა, რომელიც ჩვეულებრივ გამოწვეულია მედიკამენტებზე ან ინფექციაზე რეაქციით. ის სტივენს-ჯონსონის სინდრომის მსგავსია, თუმცა, უფრო მძიმე.
ტრადიციული მკურნალობა	მკურნალობის მეთოდების სისტემა, რომელიც ეფუძნება მკურნალობის შესახებ სხვადასხვა კულტურების ადგილობრივ ცოდნას.
ტრანზიტორული (გარდამავალი) იშემიური შეტევა (ტიშ)	მწვავე კეროვანი (ფოკალური) ნევროლოგიური დისფუნქციის გარდამავალი ეპიზოდი, რომელიც გამოწვეულია თავის ტვინის ან ბადურის კეროვანი იშემიით, დემონსტრირებული მწვავე ინფარქტის გარეშე ტვინის კლინიკურად მნიშვნელოვან მიდამოებში. სიმპტომები სრულად უნდა გაქრეს 24 საათის განმავლობაში.
ტრემორი	ჩვეულებრივ, თითების კანკალი ან რხევითი მოძრაობები, რომელიც წარმოადგენს სხეულის გარკვეული ნაწილის უნებლიე რხევას.
უნებლიე კრუნჩხვითი მოძრაობები	იხ. კონვულსია.
ფეოქრომოციტომა	თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი ნივთიერების ნეიროენდოკრინული სიმსივნე, რომელიც იწვევს სიმპტომებს (ძირითადად თავის ტკივილს, გულისცემის აჩქარებას, ფრიალს და ჭარბ ოფლიანობას) და ნიშნებს (ძირითადად ჰიპერტენზიას, წონის კლებას და დიაბეტს), რომლებიც ასახავენ ეპინეფრინისა და ნორეპინეფრინის ზემოქმედებას ალფა და ბეტა ადრენორეცეპტორებზე.
ფოკალური დეფიციტი	ნევროლოგიური ნიშნები, რომლებიც წარმოადგენენ სხეულის საყურადღებო სიმპტომებს ან რეაქციებს, და მიგვანიშნებენ ნერვული სისტემის შედარებით შეზღუდული დაზიანების ლოკალიზაციაზე.
ფსევდოდემენცია	დემენციის მსგავსი აშლილობა, მაგრამ არა ტვინის ორგანული დაავადების გამო; დაავადება პოტენციურად შექცევადია მკურნალობის შედეგად; შეიძლება გამოუვლინდეს ხანდაზმულ ადამიანებს დეპრესიის სიმპტომების სახით.
ფსიქოგანათლება	MNS აშლილობების მქონე ადამიანებისა და მათი მზრუნველების /ოჯახის წევრების სწავლების პროცესი დაავადების ბუნების, მისი სავარაუდო მიზეზების, მიმდინარეობისა და პროგრესირების, შედეგების, პროგნოზის, მკურნალობისა და ალტერნატივების შესახებ.

ქაოსური აზრები / იდეათა „ხტომა“	სწრაფი აზროვნების ნიმუში (პატერნი) ტანგენციალური გადასვლით ერთი აზრიდან მეორეზე. ხშირად ასოცირდება მანიასთან ან სხვა ფსიქიკურ აშლილობებთან.
ქცევითი აქტივაცია	ფსიქოლოგიური მკურნალობის ერთ-ერთი მეთოდი, რომელიც ფოკუსირებულია გუნებ-განწყობის გაუმჯობესებაზე გარკვეულ ამოცანაზე ორიენტირებულ და წარსულში სასიამოვნო საქმიანობაში ხელახალი ჩართვით, არსებული დაქვეითებული გუნებ-განწყობის მიუხედავად. ის შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც დამოუკიდებელი მკურნალობა. ამავე დროს, ის წარმოადგენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კომპონენტს.
ქცევითი განმუხრუჭება, განმუხრუჭება	თავშეკავების არარსებობა, რომელიც გამოიხატება სოციალური ურთიერთობის ნორმების უგულვებელყოფაში, იმპულსურობასა და რისკების შეფასების უუნარობაში. მან შეიძლება მოახდინოს ზემოქმედება ადამიანის ფუნქციონირების მოტორულ, ემოციურ, კოგნიტურ და აღქმის ასპექტებზე.
ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია	პათოლოგიური ფსიქიკური მდგომარეობა, რომელიც მოიცავს ღვიძლის დისფუნქციით გამოწვეულ ძილიანობას, დეზორიენტაციას, აბნევას ან კომას.
შეზღუდული შესაძლებლობა	დაზიანებით გამოწვეული ნებისმიერი სახით შეზღუდვა ან დაკარგვა უნარებისა, რომლებიც საჭიროა აქტივობების შესასრულებლად იმ ფორმით ან მოცულობით, რაც ნორმალურად ითვლება ადამიანისთვის. ტერმინი „შეზღუდული შესაძლებლობა“ ასახავს დაქვეითებულ შედეგებს ინდივიდის ფუნქციონირების მაჩვენებლებისა და აქტიურობის თვალსაზრისით.
ცერებროვასკულური კატასტროფა/ ინციდენტი	სისხლძარღვთა დაავადებით განპირობებული თავის ტვინის ფუნქციის უეცარი დარღვევა, ძირითადად თრომბოზის, სისხლჩაქცევის ან ემბოლიის სახით. იხ. ინსულტი .
ჰალუცინაცია	რეალობის მცდარი აღქმა: დანახვა, მოსმენა/გაგონება, შეგრძნება, სუნი ან გემო იმისა, რაც არარეალურია .
ჰიპერაგზნება	ინტენსიური და ხანგრძლივი ვეგეტატიური განმუხტვა, რომელსაც თან ახლავს გამეშვებული დაძაბულობისა და სიფხიზლის მდგომარეობა გარემო გამაღიზიანებლების მიმართ. ამგვარი რეაქციები ყველაზე ხშირად გვხვდება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობების დროს და არც თუ იშვიათად ასოცირდება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან ან აბსტინენციასთან.

დანართი 1.2.

ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების ელემენტები

შეფასების დოკუმენტირება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება უნდა დოკუმენტირდეს, აღიწეროს. ელემენტები, რომელსაც ყურადღება უნდა მიექცეთ, შემდეგია:

- ▶ გარეგნობა
- ▶ ქცევა
- ▶ გუნებ-განწყობა
- ▶ მეტყველება
- ▶ ასოციაციური პროცესის აშლილობა
- ▶ აზროვნების პათოლოგია, მცდარი აზრები
- ▶ აღქმის პათოლოგია
- ▶ სხვა ხარისხობრივი ანომალიური განცდები
- ▶ ფობიკური სიმპტომები
- ▶ თვითდაზიანების აზრები
- ▶ სხვებისთვის ზიანის მიყენების აზრები
- ▶ კოგნიტური ფუნქციები
- ▶ კრიტიკა მდგომარეობის მიმართ, ინსაითი

გარეგნობა და ქცევა

ფსიქიკურ სტატუსში ამ ნაწილს ყველაზე ნაკლებად ექცევა ყურადღება. შესაძლოა, ამის მიზეზი ანომალიური გარეგნობისა და ქცევის ზუსტი კატეგორიზაციის არარსებობაა. ფსიქიკური მდგომარეობის კარგად შეფასებისთვის დაკვირვების უნარი ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა. დაკვირვება აქტიური პროცესია. უნდა შეძლოთ იმის დანახვა, რაც სახეზეა. უცნაური გარეგნობის ან ქცევის შემთხვევაში უნდა შეგეძლოთ დაკვირვებით მიღებული შთაბეჭდილების შემადგენელ ნაწილებად დაშლა და ზუსტად გამოვლენა იმისა, თუ რა არის არასწორი. დაკვირვება სცდება უსუფთაო და შეუსაბამო ტანსაცმლისა და უცნაური ქცევის შეფასების ფარგლებს. რამდენიმე წლის წინ, ერთი ფსიქიატრი ატარებდა ინტერვიუს დეპრესიულ პაციენტთან, რომელსაც ინფორმაციის მოწოდება უჭირდა. მის გარეგნობაზე ყურადღებით დაკვირვებისას, ექიმმა თმის შეტრუსული ბოლოები შენიშნა და სწორად ივარაუდა, რომ პაციენტს თმები დამწვარი ჰქონდა. როდესაც ჰკითხა, თუ რაში იყო საქმე, პაციენტმა უპასუხა, რომ თანხის უქონლობის გამო თმის სტილისტზე ფულს ზოგავდა და თმას შეტრუსვით იმოკლებდა. ამ აღმოჩენამ პაციენტის ხანგრძლივი ფუნქციონირებისა და თავის მოვლასთან დაკავშირებით სხვა თემების გაშლა გახადა შესაძლებელი.

გუნებ-განწყობა

„გუნებ-განწყობისა“ და „აფექტური მდგომარეობის“ გამიჯვნის მცდელობის მიუხედავად, პრაქტიკული თვალსაზრისით, მათ ერთი და იგივე მნიშვნელობა აქვთ. გუნებ-განწყობა ბედნიერება-უბედურების სპექტრის ერთგანზომილებიანი ემოცია არაა, რომლის უკიდურეს წერტილებში დეპრესია და მანია, ხოლო შუაში ეუთიმიაა განთავსებული. მას კომპლექსური, მრავალგანზომილებიანი მახასიათებლები აქვს. „ბედნიერების“ ნორმალური განცდა შეიძლება კმაყოფილებას, განცხრომას, აღტაცებასა და მხიარულებას მოიცავდეს, რომელთაგან თითოეულს თავისი უნიკალური თვისებები გააჩნია. ამასთან, გუნებ-განწყობა გარემო ფაქტორების გავლენას განიცდის და

გრძნობებისგან განსხვავებით, რომლებიც შედარებითი მდგრადობით გამოირჩევიან, დროის ხანმოკლე პერიოდებში იცვლება. სტანდარტული ფსიქოლოგიური განმარტებით გუნებ-განწყობის ძირითადი ანომალიები დეპრესია, მანია, შფოთვა, ბრაზი და ძლიერი აღელვებაა. ეს ემოციები შეიძლება თანაარსებობდნენ, მაგალითად მანია და დეპრესია (ე.წ. შერეული მდგომარეობები) ან დეპრესია და ბრაზი. გუნებ-განწყობის კლინიკური აღწერა მთელ რიგ ნიუანსებს ითვალისწინებს და მისი რეაქტიულობისა და მოდულაციის იდენტიფიცირება საკმაოდ რთულია. ყველაზე თვალსაჩინო ამ მხრივ ლაბილური ან ანომალიურად რეაქტიული გუნებ-განწყობაა. ეს ხშირად მანიაკალური სინდრომის მახასიათებელია, თუმცა, სხვა მდგომარეობებშიც გვხვდება. მაგალითად, პირებში, რომლებსაც ხასიათი ნერვიული სიცილიდან ტირილამდე ადვილად ეცვლება.

ამის საწინააღმდეგო მდგომარეობაა გასადავებული აფექტი (გუნებ-განწყობის ნორმალური მოდულაციისა და რეაქტიულობის მოშლა), რაც კიდევ უფრო პრობლემატურია. ჩვეულებრივ, ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ეს შიზოფრენიის ნეგატიური სიმპტომების კომპონენტია, რომელიც ნებელობის დაქვეითებასთან, ინტერესების შეზღუდვასა და გარემოს მიმართ გამოხატულ ინდიფერენტულობასთან ერთად გვხვდება. თუმცა, ასეთი მდგომარეობა დეპრესიის მქონე პირებშიც ხშირია, ვინაიდან მტანჯველი განცდა მათ გარე სამყაროსთან ემოციურ კავშირში ყოფნას უშლის ხელს. ასევე, ბევრ ფსიქოტროპულ პრეპარატს ემოციური გასადავების გამოწვევა შეუძლია (ხშირად გავიგია: „ამ წამლების გამო ზომბივით გავხდი“). აუტიზმის მქონე პირებსაც ემოციური რეაგირების შეზღუდული უნარი აღენიშნებათ. ზოგი ადამიანი, რომელიც სხვა მხრივ სრულიად ნორმალურია, სარკასტულ დამოკიდებულებას გულგრილი და ინდიფერენტული აფექტით ამჟღავნებს. ასეთ სრულიად განსხვავებულ სიტუაციებში, შესაძლოა, კლინიკურად ერთნაირი სურათი გვქონდეს. ამიტომ, მდგომარეობა ყურადღებით უნდა შევავსოთ და ერთმანეთისგან გავმიჯნოთ.

არაკონგრუენტული (შეუსაბამო) აფექტის დიაგნოსტიკაც მსგავს სირთულეებთანაა დაკავშირებული. მართალია, ზოგადად შეუსაბამო აფექტის უამრავი განსხვავებული ვარიანტი არსებობს, თუმცა, პრაქტიკაში იგი უმეტესად უაზრო სიცილის სახით ვლინდება. ეს მწვავე შიზოფრენიული ფსიქოზის დროს გვხვდება. განსაკუთრებით ჰებეფრენული შიზოფრენიისთვისაა დამახასიათებელი, რომლის დროსაც გამოხატული ჰალუცინაციებისა და ბოდვების არარსებობის ფონზე აზროვნების პათოლოგია, უცნაური ქცევა და დაბნეულობა აღინიშნება. ჰებეფრენია უპირატესად მოზარდობის ასაკში იწყება. ჩაცინებები, ხშირად სმენითი ჰალუცინაციების გავლენითაც იჩენს თავს, რაც ანომალიურ გამოცდილებაზე სრულიად კონგრუენტული რეაქციაა. ასევე, აზროვნების პათოლოგიისა და ფსიქიკური ფუნქციების ზოგადი დეზორგანიზაციის დროს პაციენტებმა შესაძლოა სასაცილოდ მიიჩნიონ გამონათქვამი, სადაც არანაირი იუმორი არაა. ეს ადვილად შეგვიძლია გადავამოწმოთ და ვკითხოთ პიროვნებას, თუ რაზე იცინის. ასევე, ყველა პედაგოგმა იცის, რომ მოზარდებში უაზრო სიცილი დაცვითი სტრატეგია შეიძლება იყოს. ზოგი ადამიანი შფოთვის კონტროლისთვის უკბილო ხუმრობებს და უადგილო ხითხითს მიმართავს. ასეთი ქცევა კანაბინოიდებით ინტოქსიკაციის ერთ-ერთი პირდაპირი შედეგია. ამდენად, შეუსაბამო სიცილის ბევრი განსხვავებული მიზეზი არსებობს, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ახალგაზრდა ასაკისთვის და შესაძლოა ფსიქიკურ აშლილობასთან არც კი იყოს დაკავშირებული. ასეთ შემთხვევებში კითხვა „რატომ“ მდგომარეობის გარკვევაში ნაკლებად გვეხმარება.

ზოგადად, შეიძლება ვთქვათ, რომ გუნებ-განწყობის ანომალიები კლინიკური საუბრისას დაკვირვებისა და მოსმენის პროცესში ადვილად ვლინდება. გუნებ-განწყობა პაციენტის მიმდინარე ქცევაზე უდიდეს გავლენას ახდენს. სოციალური ურთიერთობა მოსაუბრის გუნებ-განწყობის ამოცნობისა და მასზე საპასუხო რეაქციის მოხდენის უნარზეა დამოკიდებული. მიუხედავად ამისა, ძალიან მნიშვნელოვანია ვკითხოთ პაციენტს თუ როგორ გრძნობს თავს, ვინაიდან ბევრი ადამიანი დეპრესიის დამალვას გალიმებული სახის გამომეტყველებით ცდილობს. ასეთ დროს პირდაპირ დასმული შეკითხვა ჭეშმარიტი მდგომარეობის გამოვლენაში დაგვეხმარება.

არ უნდა დაგვავიწყდეს იმის კითხვა, თუ გუნებ-განწყობის ცვლილებებზე რა ფაქტორები ახდენენ გავლენას. ეს მძიმე დეპრესიითა (როდესაც მდგომარეობა ჩვეულებრივ დილის საათებშია მძიმე) და სხვა ფაქტორებით გამოწვეული გუნებ-განწყობის ცვლილებების დიფერენცირების საშუალებას მოგვცემს.

აუცილებლად უნდა ვკითხოთ გალიზიანებადობის შესახებაც და წყობიდან გამოსვლის ტიპური შემთხვევები გამოვავლინოთ. ამაზე, ჩვეულებრივ, სპონტანურად ნაკლებად საუბრობენ, თუმცა, მნიშვნელოვანია ოჯახური ურთიერთობებისა და, განსაკუთრებით, შვილებთან ურთიერთობის დასადგენად.

დეპრესიის შემთხვევაში მდგომარეობის სიმწვავის შეფასებისთვის კითხვები სასოწარკვეთასა და

უიმედობაზე ყველაზე კარგი ინდიკატორებია. უნდა შევაფასოთ, თუ რას ფიქრობს პაციენტი თავის გამოსავალზე, მაგალითად, „თვლით, რომ უკეთ გახდებით?“ ამას ჩვეულებრივ სუიციდთან დაკავშირებული კითხვები მოჰყვება, მაგალითად, „როდისმე ყოფილხართ ისე ცუდად, რომ თავის მოკვლაზე გიფიქრიათ?“ სუიციდის რისკის შეფასება ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია, რომელსაც მე-16 თავში განვიხილავთ.

წინა თავებში ჩვენ მადის, ყურადღების კონცენტრაციისა და ძილის დარღვევები ვახსენეთ. ლოგიკურია, რომ მათ შესახებ კითხვები გუნებ-განწყობის შეფასებასთან ერთად დაისვას.

მეტყველება და აზროვნება

აზროვნების შეფასებისას, შინაარსის გარდა, აუცილებელია აზროვნების ფორმის შეფასებაც. „ფორმალური აზროვნების აშლილობები“ (ასოციაციური პროცესის აშლილობა) უფრო „აზროვნების ფორმის“ და არა „სწორი აზროვნების“ აშლილობას გულისხმობს. ადამიანის აზრები სრულიად მიუწვდომელია. მათი გაგება მხოლოდ უშუალო გამოკითხვითაა შესაძლებელი. ძალიან მნიშვნელოვანია, აზროვნების შეფასებისას მეტყველების პრობლემებზეც გავამახვილოთ ყურადღება. ასოციაციური პროცესის აშლილობებს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. მაგალითად, შიზოფრენიული აზროვნების აშლილობა, ხშირად, პათოგნომურადაა (მხოლოდ ამ დაავადებისთვისაა დამახასიათებელი) მიჩნეული.

მეტყველების დარღვევების მრავალი სახე არსებობს. ყველაზე ხშირი სუბკულტურული ენაბორდიკობა, ენაბლუობა და დისფაზიაა. პირველი, უფრო ხშირად, განათლების დეფიციტის შემთხვევებში იჩენს თავს, როდესაც ადგილი აქვს როგორც სიტყვათა მარაგის შეზღუდვას, ასევე თვითშეფასების დაქვეითებას. ამ დროს პიროვნებას აზრის ჩამოყალიბება და განმარტებების მოცემა უჭირს და მისი მეტყველება არათანმიმდევრულია. ასეთი პაციენტების მიმართ ექიმმა გულისხმიერება და მოთმინება უნდა გამოიჩინოს, ვინაიდან დამშვიდების შემდეგ პიროვნება მეტყველებას უკეთ ახერხებს.

ენაბლუობა ყოველთვის შესამჩნევი არაა. მაშინ როდესაც პიროვნებას ნასწავლი აქვს ენაბლუობის კონტროლი, იგი იყენებს პაუზებს, ეძებს ალტერნატიულ სიტყვებს ან სხვა მიმართულებით მიჰყავს საუბარი. ამან შესაძლოა უცნაური ელფერი შესძინოს მის მეტყველებას, რაც გარკვეულად „რობოტის“ მეტყველებას მოგვაგონებს.

დისფაზია, უპირატესად, თავის ტვინის დაზიანების შედეგად ვითარდება. უფრო მეტად, ინსულტის შემდეგ ხანდაზმულ პირებს აღენიშნებათ, თუმცა, ქალა-ტვინის ტრავმის, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქვავისა და ენცეფალიტის შემდეგ ახალგაზრდებშიც ვლინდება. ყველაზე დამახასიათებელი სიტყვის მოძებნის სირთულეებია. ამ შემთხვევაშიც, ისევე როგორც ენაბლუობისას, პიროვნება პრობლემის შენიღბვას ცდილობს, რაც მის მეტყველებას უცნაურს ხდის. ისინი ჩერდებიან და სხვა სიტყვის ან გამოთქმის მოძებნას ცდილობენ ან ერთი და იგივე ფრაზას იმეორებენ. ზოგი სტანდარტულ, ხოლო ზოგი უწმაწურ გამოთქმებს ხმარობს, რის გამოც ყიამყრალის და სოციალურად განმუხრუჭებული პიროვნების შთაბეჭდილებას ტოვებს. როდესაც მოსაუბრე უწმაწური სიტყვების გამოყენებას ერიდება, შესაძლებელია ნეოლოგიზმებმაც (იხილეთ ქვემოთ) იჩინოს თავი. ანამნეზში ქალა-ტვინის ტრავმის არსებობის შემთხვევაში დისფაზიის ალბათობა ყოველთვის უნდა გავითვალისწინოთ.

მანიისა და ჰიპომანიის დროს კლასიკურად აზრების მოზღვავება, მეტყველების აჩქარება და იდეათა ხტომა აღინიშნება. ყველაფერი აჩქარებულია და პიროვნება დაუსრულებლად საუბრობს. ლოგიკური და თანმიმდევრული მეტყველების უნარი მრავალსიტყვაობით, ჟღერადობით, გართმევითა და დაუკავშირებელი ასოციაციებით მნიშვნელოვნადაა დარღვეული. ამ აშლილობის ნაკლები ხარისხით გამოვლენისას დიაგნოსტიკა, შეიძლება, გაძნელდეს. მსგავსი ენაწყლიანობა და წვრილმანებზე ყურადღების გამახვილება ბუნებით პედანტური და ლაპარაკის მოყვარული ადამიანებისთვისაცაა დამახასიათებელი. ზოგი ადამიანი, რომელსაც გამონატული ობსესიური თვისებები აქვს, მოწადინებულია, რომ ამომწურავი ინფორმაცია მოგვაწოდოს. იმის შიშით, რომ ვინმემ არ შეაწყვტინოს ან სხვა თემაზე არ გადაუტანოს საუბარი, ცდილობს სწრაფად თქვას სათქმელი. ამის გამო მისი მეტყველება, ხშირად, ჰიპომანიაკალურ ჭარბსიტყვიანობას ემსგავსება.

შიზოფრენიული ფორმალური აზროვნების აშლილობა მდგომარეობის ერთ-ერთი მთავარი მახასიათებელია, თუმცა, მისი ამოცნობა ყოველთვის მარტივი არაა. გამოცდილებასთან ერთად, რო-

მელიც მთელი რიგი კლინიკური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას უწყობს ხელს, ამ ტიპის აზროვნების აშლილობების ამოცნობა, შესაძლოა, გაუარესდეს. გამოცდილ ექიმს ცალკეული პაციენტის წუხილი, ცნობების სტილი და გარემოებები უკეთ ესმის. მას შეუძლია მიყვას მწვავე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის აზროვნების ასოციაციურ ნაკადს. აზროვნების დარღვევებთან მუშაობის მრავალწლიანი პრაქტიკა ექიმს უცნაურობის აღქმის უნარს აკარგვინებს, რაც, ჩვეულებრივ, ყველაზე გამოსატყულებელი ნიშანია. ამის დაძლევის ერთადერთი, ჩვენთვის ნაცნობი გზა, ნებაყოფლობითი ვარჯიშია. უნდა ეცადოთ, რომ ყველა ძირითადი მახასიათებელი აღმოაჩინოთ. მართალია, კლასიკური განმარტების შესაბამისი აზროვნების აშლილობების გამოვლენა იშვიათადაა შესაძლებელი, თუმცა, საგნის კარგად ცოდნა ასოციაციური პროცესის დარღვევების ამოცნობაში დაგვეხმარება. რამდენიმე დამახასიათებელი თავისებურება ქვემოთ არის მოყვანილი.

შიზოფრენიული აზროვნების აშლილობების რამდენიმე მახასიათებელი

კონკრეტული აზროვნება: აბსტრაქტული აზროვნების გაძნელება, როდესაც მეტაფორის გაგება სიტყვა-სიტყვით ხდება.

დაუკავშირებელი ასოციაციები: აზრებს შორის კავშირი დარღვეულია, რაც ტოვებს „გაფანტული“ დაუსრულებელი ნათქვამის შთაბეჭდილებას.

ზედმეტი დაწვრილმანება და თემების ურთიერთგადაფარვა: მკაფიო აზროვნების უნარი დაქვეითებულია, ვინაიდან ბევრი სხვადასხვა აზრი ერთმანეთშია გადახლართული.

ლოგიკური აზროვნების უუნარობა: უფრო მწვავეა, ვიდრე „გაფანტულობა“, აზროვნებაში გამოხატულია „მოცურება“ (მთავარი თემიდან გადაცდენა) ან „მხედრის სვლის“ მსგავსი აზროვნება. ასოციაციური ნაკადი მთლიანად დარღვეულია, რასაც პიროვნება ვერ აცნობიერებს. ასეთი აზროვნებისთვის დამახასიათებელია სრულიად შეუსაბამო თემის შემოჭრა.

აზრს მოკლებული მეტყველება: არასასიამოვნო ტერმინი; სინტაქსი და გრამატიკა შენარჩუნებულია, თუმცა, აზროვნება ისეთი არეული, გაუგებარი და დეზორგანიზებულია, რომ შთაბეჭდილება იქმნება, თითქოს პიროვნება უბრალოდ ლაპარაკობს და არანაირი აზრის გადმოცემას არ ცდილობს.

ნეოლოგიზმები: ძირითადი განმარტებით ეს უჩვეულო გამოცდილების აღწერისთვის ახლად გამოგონებული სიტყვაა, თუმცა, უფრო ხშირად, ეს უკვე არსებული სიტყვის განსხვავებული და უცნაური მნიშვნელობით გამოყენებაა (მაგ., პაციენტი უჩიოდა email-ებს. მათში სხვა ადამიანების მიერ მის თავში ჩანერგილ აზრებს გულისხმობდა, რაც მისი აზრით ექსტაზის გამოყენებით განახორციელეს).

სიტყვიერი სალათა: სრულიად არეული მეტყველება, როდესაც აღარც გრამატიკული და აღარც სინტაქსური ფორმებია შენარჩუნებული და აზრთა მსვლელობა ერთმანეთთან დაუკავშირებელი სიტყვებითაა წარმოდგენილი.

ბოლო აზრები (ანომალიური რწმენა)

ბოლოს მრავალი განმარტება არსებობს, რომელთა შეჯამება შემდეგნაირად შეიძლება: ეს არის მცდარი და ურყევი რწმენა, რომელიც პაციენტის სოციალური და კულტურული ნორმების ფარგლებს სცილდება. ბოღვა ფსიქოზის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია და, ზოგადად, ამ ტრადიციული მიდგომით განისაზღვრება. თუმცა, ეს მიდგომა არაადეკვატურია. მისი ყველა შემადგენელი ელემენტი საკამათოა (ბოღვა ყოველთვის ურყევი არაა და, შეიძლება, მართალიც იყოს. სხვა ადამიანებს, რომლებსაც ფსიქიკური აშლილობა არ აღენიშნებათ, შეიძლება, ასეთივე აზრები ჰქონდეთ). ასევე, ზოგი რწმენა (მაგალითად, უცნაური რელიგიური რწმენა) ამ განსაზღვრებას აკმაყოფილებს, თუმცა, ბოღვად არ განიხილება. „ზეღირებულოვანი“ იდეის კონცეფციის შემოტანა, რომელიც ბოღვისმაგვარ აზრებს გულისხმობს, კიდევ უფრო დამაბნეველს ხდის ამ განმარტებას. მაგალითად, ძალიან გამხდარ, ანორექსიის მქონე პაციენტებს სჯერათ, რომ მსუქნები არიან. ამ შემთხვევაში ამბობენ, რომ პაციენტს ზედირებულოვანი იდეები აქვს. ამის ერთადერთი მიზეზი ისაა, რომ ნერვული (ნევროზული) ანორექსიის დროს ფსიქოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომის შემოყვანა დამაბნეველი და უსარგებლო იქნებოდა. სხვა მრავალი პრობლემა და ტერმინთა ურთიერთგადაფარვის მაგალითებიც არსებობს. მაგალითად, ექსპანსიური იდეები და მეოცნებე

პიროვნების გრანდიოზულ სურვილები, როდესაც მათი განხორციელება ნაკლებად მოსალოდნელია, თუმცა, შეუძლებელი არაა.

კარგი იქნებოდა, ვინმეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომით გადაეწყვიტა ეს პრობლემა. ამჟამად კი ეს ორაზროვნება უნდა გავითვალისწინოთ. შესაძლოა, დროდადრო ისეთ სიტუაციაშიც აღმოვჩნდეთ, როდესაც გაგვიჭირდება იმის თქმა, აქვს თუ არა ბოღვა პიროვნებას. შეფასებისთვის ყველაზე გამოსადეგი კითხვაა „საიდან იცით ეს?“ ეს დაგვხმარება უცნაური აზრის უკან არსებული ლოგიკის გამოვლენაში და მიგვახვედრებს აზრი ბოღვითია თუ არა.

ბოღვა შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი. პირველად ბოღვას უცაბედი გაცისკროვნების სახე აქვს (მე უცბად მივხვდი რაც მოხდა). იგი არაა დაკავშირებული სხვა აზრებსა და მოვლენებთან. პირველად ბოღვას, თითქმის ყოველთვის, ბოღვითი განწყობა უძღვის წინ, რომ რაღაც უცნაური ხდება გარე სამყაროში, ხოლო ბოღვა „გამოკრისტალებული“ ახსნა იმისა, თუ რა ხდება.

შნაიდერმა (Schneider) პირველი რიგის სიმპტომების აღწერისას (Schneider, 1959) ბოღვით აღქმაზე გაამახვილა ყურადღება, როდესაც ბოღვითი აზრები არაა დეკვატურ აღქმასთანაა დაკავშირებული („ტელევიზორმა ციმციმი დაიწყო და მივხვდი, რომ მამაჩემი სატანაა“). ჩვენი გამოცდილებით ამ ფენომენის გამოვლენა ძნელია. განსაკუთრებით, თუ პაციენტს დაავადების დაწყებისთანავე არ ვესაუბრებით. როგორც ჩანს, დროთა განმავლობაში ეს განცდა მეორად სიმპტომებში იკარგება.

ძალიან მნიშვნელოვანია ბოღვითი იდეების ბოლომდე შესწავლა. რომელიმე კონკრეტული ადამიანის მიმართ ბოღვის არსებობას, სავარაუდოა, რამე ქმედებაც მოჰყვეს, რაც შესაძლოა სარისკო იყოს. მაგალითად, დაზოიანობის ბოღვის დროს პიროვნება თავისი პარტნიორის მიმართ აგრესიულად იქცევა. ყოველთვის მნიშვნელოვანია ვიკითხოთ, თუ რას აპირებს პაციენტი ბოღვით აზრებთან დაკავშირებით. მაშინაც კი, როდესაც ბოღვითი აზრები უცხო პირს ეხება, შესაძლებელია ეს ადამიანები საფრთხეში აღმოჩნდნენ. მაგალითად, როდესაც ცნობილ პიროვნებაზე შეყვარებული პაციენტი მასთან დაკავშირებას შეეცდება.

მწვავე ფაზაში ბოღვითი მდგომარეობა ძალიან შესამჩნევია. პაციენტი მთლიანად მოცულია ამ აზრებით და ასეთ დროს ბოღვითი იდეების არსებობის დადგენა ძნელი არაა. მკურნალობის ფონზე ან ქრონიკული მიმდინარეობის შემთხვევაში ბოღვითი იდეები, ჩვეულებრივ ნარჩუნდება, თუმცა, ნაკლებადაა გამოხატული. დროთა განმავლობაში პაციენტები აცნობიერებენ, რომ ეს აზრები უცნაურად აღიქმება და მათზე სპონტანურად ნაკლებად საუბრობენ. ზოგი პიროვნება, რომელსაც აქტიური ბოღვითი მდგომარეობა აქვს, ხვდება, რომ უჩვეულო აზრები აქვს და სპეციალისტები ამას ფსიქიკური აშლილობის ნიშნად მიიჩნევენ. ასეთ შემთხვევებში ბოღვითი აზრების გამოაშკარავება გაძნელებულია. ჩვენ ამასთან გამკლავების ზოგადი პრინციპები არ ვიცით. ზოგი პირდაპირ ეკითხება სპეციფიკური აზრების არსებობის შესახებ, ხოლო ზოგი უცნაური იდეების გამოვლენას სხვა წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციით ან პაციენტის უკეთ გაცნობით ცდილობს. ეს, როგორც ჩანს, უნივერსალურად ცნობილია, როგორც „საჭირო დილაკზე თითის დაჭერა“. თუ მოვახერხებთ და სათანადო აზრს „ჩავიჭერთ“, მაშინ ის პაციენტიც, რომელიც ღრმად მალავს თავის ბოღვით განცდებს, თავისუფლად იწყებენ საუბარს.

აღქმის პათოლოგია (ანომალიური აღქმა)

სმენითი (აუდიტორული) ჰალუსინაციები

ყველაზე გავრცელებული აღქმის პათოლოგია „ხმებია“. წინათ ითვლებოდა, რომ სმენითი ჰალუსინაციები მხოლოდ შიზოფრენიის ან თავის ტვინის ორგანული დაზიანების მქონე პირებს ახასიათებთ, თუმცა, ამჟამად ნათელია, რომ იგი, ამ დიაგნოზის არმქონე ბევრ ადამიანსაც აღენიშნება (van Os et al., 2000). მაგალითად, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ხშირად უჩივიან სმენითი ჰალუსინაციების არსებობას. ზოგი თვლის, რომ ეს ან უბრალოდ უსიამოვნო ფიქრებია ან პაციენტები რაღაცას იგონებენ. აღსანიშნავია, რომ ეს ჰალუსინაციები საკმაოდ პერსისტენტულია და, ზოგადად, პაციენტის ტყუილში დადანაშაულება ძალიან არასწორი მიდგომაა. დღევანდელ დღეს „ხმების“ რთული კლასიფიკაცია აღარ გამოიყენება.

სმენითი ჰალუსინაციები მთელი რიგი ორგანული ფაქტორების გავლენით შეიძლება აღმოცენდეს. ზოგი სპეციფიკურია, როგორც მაგალითად ამფეტამინი, ხოლო ზოგი არასპეციფიკური, მა-

გალითად დელირიუმი. ზოგი ჰალუცინაცია სრულიად ორგანული მიზეზითაა განპირობებული, თუმცა, გამომწვევი მექანიზმი უცნობია. ამის თვალსაჩინო მაგალითი ალკოჰოლური ჰალუცინოზია, რომელიც მრავალწლიანი ლოთობის შემდეგ ვითარდება და ფხიზელ პერიოდებში თვეების მანძილზე გრძელდება. ჰალუცინოზი ძირითადად აუდიტორულია და ფიქსირებული ბოდვის ან სხვა ფსიქოზური სიმპტომების გარეშე იჩენს თავს.

ორგანული ჰალუცინაციები უპირატესად მხედველობითია და კონკრეტული და ცხადი ხილვები ახასიათებს. ნათელი ცნობიერების დროს მცდარ აღქმასა და ჭეშმარიტ აღქმას ერთნაირი მახასიათებლები აქვს, თუმცა, პიროვნება გარე მინიშნებებით ადვილად ხვდება, რომ „ხმები ესმის“. ორგანული ჰალუცინაციების შემთხვევაში ადამიანი მათ საპასუხოდ იქცევა. როდესაც პიროვნება ჰალუცინაციების გავლენით აქტიურად მოქმედებს, უფრო ორგანულ ჰალუცინაციებზე უნდა ვიქცეთ.

მაგალითად ჩვენ ყოველთვის მაწანწალა ლოთები მოგვყავს. ისინი შეიძლება ხმამაღლა ყვიროდნენ, თუმცა, თუ მივუახლოვდებით, ძალიანაც თავაზიანად იქცევიან. ისინი ადვილად დაგეთანხმებიან, რომ ხმებს უყვირიან და არა იმიტომ, რომ ნამდვილი ჰგონიათ, არამედ ასე უკეთ გრძნობენ თავს. ისინი არ უარყოფენ, რომ ხმებს ალკოჰოლი იწვევს.

ამის საპირისპიროდ, იმის მიუხედავად, რომ ჰალუცინაციური აღქმის მახასიათებლები მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ჭეშმარიტი აღქმისაგან, შიზოფრენიის დროს პაციენტები ჰალუცინაციის რეალობაში დარწმუნებულები არიან. პაციენტების უმრავლესობა, როდესაც ვეკითხებით ესმით თუ არა ხმა, გვიდასტურებს, რომ ესმის. ჩვეულებრივ, შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელ ჰალუცინაციად „მესამე პირის“ ჰალუცინაცია ითვლება, თუმცა, „მეორე პირის“ ჰალუცინაციაც საკმაოდ ხშირია. ქცევითი პასუხი ამ დროს ლიმიტირებულია მიყურადებით ან იქითკენ ყურებით, საიდანაც ხმა მოდის. თუმცა, აქტიური შეპასუხებაც შესაძლებელია.

ტრადიციულად, ჰალუცინაციური და არაჰალუცინაციური „ხმების“ გასამიჯნად ითვალისწინებენ, ხმები სუბიექტურ, თუ ობიექტურ სივრცეში წარმოიშვა. ამის დასადგენად ფართოდ გავრცელებულ კითხვას იყენებენ, თუ სად ესმის პაციენტს ხმები - თავის შიგნით, თუ გარეთ. ჩვენი აზრით ამ კითხვას უნდა მოვერიდოთ, ვინაიდან ის ჰალუცინაციის ბუნების გარკვევაში ვერ დაგვეხმარება. დიფერენცირება იმის მიხედვით უნდა მოხდეს, მცდარი აღქმა პიროვნების შიგნით, თუ სადმე სხვაგან აღმოცენდება. პიროვნების „მე“ ანატომიური და გეომეტრიული მდებარეობით არ განისაზღვრება. უფრო მნიშვნელოვანია ვიკითხოთ „როგორ ფიქრობთ რა იწვევს ხმებს?“ თუ პიროვნება ცალსახად გარეგან მიზეზს გვისახელებს, მაშინ, საზარაუდოდ, ეს ჰალუცინაცია არაა. თუმცა, ასეთი მიდგომაც აბსოლუტური ვერ იქნება, ვინაიდან ორივე ტიპის განცდის აღსაწერად ზოგი პაციენტი ნაწილობრივ „მე“-სა და ნაწილობრივ „არა-მე“-ს იყენებს.

მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ პაციენტს ჰალუცინაციის შინაარსის მკაფიოდ გადმოცემა უჭირს, მისი დადგენა ძალიან მნიშვნელოვანია. ფრაგმენტული და დამამცირებელი შინაარსის ჰალუცინაციები, შეიძლება, დეპრესიის დროსაც განვითარდეს, თუმცა, უფრო მეტად შიზოფრენიისთვისაა დამახასიათებელი. შინაარსის გარკვევას დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა არ აქვს, თუმცა, აუცილებელია ვიცოდეთ, თუ რას განიცდის პაციენტი. განსაკუთრებით ყურადსაღებია იმპერატიული ჰალუცინაციები. ისინი მიუთითებენ პაციენტს რა გააკეთოს. ამის გამოვლენა მარტივი კითხვით შეგვიძლია - „ხმას როდისმე უბრძანებია თქვენთვის?“ იმპერატიული ჰალუცინაციები საკმაოდ ხშირია და სერიოზულ რისკთანაა დაკავშირებული, თუმცა, პაციენტების მხოლოდ მცირე ნაწილი ემორჩილება მათ. ბრძანების არსებობის შემთხვევაში აუცილებელია ბოლომდე შევისწავლოთ ჰალუცინაციის შინაარსი და ის ფაქტორები, რომლებიც აჩერებენ პიროვნებას და დამორჩილების საშუალებას არ აძლევენ.

ფსევდოჰალუცინაციები და მასთან დაკავშირებული ფენომენები

ბევრი ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომი არსებობს, რომელიც ჭეშმარიტი ჰალუცინაციის მსგავსია. საკმაოდ რთულია ჰალუცინაციებისა და დამოკიდებულების ბოდვის ერთმანეთისაგან განსხვავება. კლასიკურად ითვლება, რომ დამოკიდებულების ბოდვა არის რწმენა იმისა, რომ ნეიტრალური და უსულო საგნებით, მაგალითად მანქანის სანომრე ნიშნებით ან სატელევიზიო გადაცემებით პიროვნებას პერსონალურ და საგანგებო ინფორმაციას ატყობინებენ. თუმცა, პრაქტიკაში, პაციენტები ხშირად ამბობენ, რომ ტელევიზიამ და მედიამ მხოლოდ კი არ მიანიშნა, არამედ უშუალოდ სახელითა და გვარით მიმართა და მათი ფოტოსურათებიც კი გამოაქვეყნა. ეს მნიშვნელოვანი სიმპტომია ქრონიკული ბოდვითი აშლილობისა (როდესაც ბოდვითი იდეების გარდა

სხვა ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები არ აღინიშნება) და შიზოფრენიის (რომელიც უკეთ ემორჩილება მკურნალობას) დიფერენციალური დიაგნოზისთვის.

ზოგი ობსესიებს და „ზრების ღეჭვას“ თავიდან, ხშირად, „ხმებად“ მოიხსენიებს. როგორც მანამდე აღვნიშნეთ, პაციენტი შეიძლება „ღეჭვას“, ობსესიებსა და ჰალუცინაციებს შორის გარდამავალ სიმპტომებს აღწერდეს.

ერთ-ერთი ყველაზე საკამათო საკითხია „ფსევდო ჰალუცინაციები“. მისი ბევრი განსხვავებული განმარტება არსებობს და ტერმინიც სემანტიკურად უაზროა, ანუ „ცრუ აღქმას“ ნიშნავს. პრაქტიკაში, ეს ტერმინი სხვადასხვა ფსიქიკური გამოცდილებისას გამოიყენება და სემანტიკური მნიშვნელობიდან გამომდინარე ანამნეზში, ხშირად, ვაწყდებით ასეთ ჩანაწერს „იგი ხმების არსებობას უჩივის, თუმცა, დარწმუნებულები არ ვართ, ეს ხმა რეალურია თუ არა“.

რა თქმა უნდა, არც ერთი გამოცდილება, რომელსაც ჩვენ „ხმებს“ ვუწოდებთ, ობიექტურად რეალური არაა. მსგავსი ჩანაწერის ქვეტექსტი გულისხმობს, რომ პიროვნებას სხვა ფსიქოზური სიმპტომი არ აღენიშნება და, ამიტომ, ჩვენ არ გვჯერა, რომ მას „ხმა“ აქვს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ძალიან საშიშია პიროვნების ფსიქოზური სიმპტომების სიმულირებაში აღვიღად დადანაშაულება. როგორც წესი (ჩვენი გამოცდილებიდან გამომდინარე), როდესაც 100%-ით ვართ დარწმუნებულები, რომ პაციენტი ფსიქოზურ სიმპტომებს იგონებს, 50% ალბათობით, მას მომავალში ფსიქიკური აშლილობა უდასტურდება.

პრაქტიკულად, ამ საკითხის გადაწყვეტას ერთადერთი იმით შევძლებთ, თუ დავუშვებთ, რომ ფსევდოჰალუცინაცია ფსიქიკური გამოცდილების ჰეტეროგენულ ჯგუფს წარმოადგენს, რომელიც ჰალუცინაციის მსგავსია. ისინი თავს იჩენს როგორც სხვა ფსიქოზური სიმპტომების (ან ცერებრული დაავადების) არარსებობის შემთხვევაში, ასევე ერთდროულად ისეთ განცდასთან ერთად, როდესაც პიროვნებას ისინი „რეალურად“ ესმის, თუმცა, „ნამდვილი“ არაა. თითქმის ყოველთვის, ეს განცდა ძლიერ ემოციურ დისტრესთანაა დაკავშირებული.

გამონაკლისს წარმოადგენს მოსახლეობის მცირე ჯგუფი, რომლებსაც არც ფსიქიკური აშლილობა და არც დისტრესი არ აღენიშნებათ. ეს ღრმად მორწმუნე ადამიანები არიან, რომლებსაც დემონურის ხმა ყოველდღიურად ესმით. ჩვენ გვჯერა მათი გამოცდილების, მაგრამ ვამჯობინებთ ჩავთვალოთ, როგორც დღეისთვის აუხსნელი ფსიქოლოგიური პროცესის შედეგი.

არააუდიტორული ჰალუცინაციები

ჰალუცინაცია შეიძლება გრძნობათა ნებისმიერ მოდალობაში ან, ზოგჯერ, ნორმალური აღქმის ველის მიღმაც აღმოცენდეს (მაგალითად, რაღაც ძალის არსებობის ძლიერი განცდა). ფსიქოზის დროს არააუდიტორული ჰალუცინაციები ჰალუცინაციას, ბოდვასა და ბოდვით აღქმას შორის გარდამავალი არაერთგვაროვანი ფსიქიკური გამოცდილებაა. მაგალითად, კანის ქვეშ ჭიების ცოცვა ან ცოცხალი არსების შეგრძნება მუცლის არეში.

მხედველობითი ჰალუცინაციები უფრო ხშირად გვხვდება შიზოფრენიის დროს, ვიდრე კლასიკურად ამას გვასწავლიან (Cutting, 1990) და ეს ხშირად მულტიმოდალური განცდაა (მაგალითად, დემონური ჩრდილი, რომელიც ოთახში შემოვიდა და ისმის მისი ცხელი სუნთქვა, რომელსაც პაციენტი კანზე შეიგრძნობს).

რეტროსპექციები

უკანასკნელ ხანებში ფლემბეკის ფენომენმა უდიდესი ინტერესი გამოიწვია. ეს ტერმინი პირველად ჰალუცინოგენური პრეპარატებით (ძირითადად LSD, მაგრამ ასევე კანაფი/კანაბისი) გამოწვეული ინტოქსიკაციის მდგომარეობისთვის იხმარეს, რომელიც წამლის მოხსნიდან დიდი ხნის შემდეგ ვითარდებოდა. ამჟამად, ეს ტერმინი წარსულში გადატანილი მძიმე სტრესული მოვლენების ცხად ვიზუალურ წარმოსახვას გულისხმობს. ეს წარმოდგენა, გადატანილ უბედურებასთან დაკავშირებული ტრივიალური ფაქტორების (მაგალითად, სუნი, ხმა) გავლენით აღმოცენდება. მიუხედავად იმისა, რომ იგი შედარებით ხანმოკლეა, ძალიან ძლიერ აღელვებას იწვევს. ფლემბეკი პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ერთ-ერთ ძირითად დამახასიათებელ სიმპტომადაა მიჩნეული. ეს ფენომენი საკმაოდ ხშირია მოზრდილებში, რომლებმაც ბავშვობაში სექსუალური

ძალადობა განიცადეს. ამ ფაქტმა მეცნიერები იმ დასკვნამდე მიიყვანა, რომ ძალადობის შედეგად მოზრდილებში განვითარებული სიმპტომები პოსტტრავმულ სტრესული აშლილობის ფორმაა (მაგ., Ackerman et al., 1998).

თუმცა, ასეთი განცდები, როგორც ჩანს, ზოგადად, იშვიათი არაა მოსახლეობისთვის. ეს, ძირითადად, უსიამოვნო ან შეურაცხმყოფელ მოგონებებთანაა კავშირში და ჩვენ არ ვთვლით, რომ ისინი პათოლოგიურად ან „შემოჭრილად“ უნდა განვიხილოთ. მათ არსებობა-არარსებობაზე უფრო მნიშვნელოვანი ამ მდგომარეობით გამოწვეული დისტრესის ხარისხია.

სხვა ფსიქოლოგიური სიმპტომები

ბევრი სხვა სიმპტომი არსებობს, რომელიც ფსიქოზის დროს ვითარდება. მათ შორის ყველაზე დამახასიათებელი პასიურობისა და აზრთა კუთვნილების განცდებია. ეს მნაიდერის პირველი რიგის სიმპტომებია და შიზოფრენიისთვის დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. პასიურობის ფენომენის სუბიექტური თვისებები ისაა, რომ აზრები, ქმედებები და, იშვიათად, ემოციებიც უცხო ძალის მიერ კონტროლდება. ეს პაციენტის დასკვნა კი არა, არამედ მისი განცდაა, რასაც ხშირად ტექნიკური რაციონალიზაციით ხსნის (რომ ამას კომპიუტერით ან სატელიტით აღწევენ) ან ზებუნებრივ ძალებს აბრალებს (დემონები, სატანა, ჯადოქრები). ამას პაციენტები, უპირატესად, თავისით გვიყვებიან, როდესაც ბოლომდე განცდებზე საუბრობენ. კითხვა „ვინმე აკონტროლებს თქვენს აზრებს და ფიქრებს?“ შეიძლება არასწორი იყოს, ვინაიდან ადამიანების უმრავლესობა თვლის, რომ მეწყვილე, მშობლები ან უფროსები, ზედმეტად აკონტროლებენ მათ. ამიტომ ბევრისგან, შესაძლებელია, დადებითი პასუხი მივიღოთ. შედეგად, პასიურობის ფენომენისა და ახლო ნათესავის ყოველდღიური ზეკონტროლით გამოწვეული წყენის ერთმანეთისგან გამიჯვნის მცდელობა პაციენტისთვის საკმაოდ გაუგებარი და დამაბნეველი იქნება. ამის დაზუსტებაში არც კითხვა „როგორ აკეთებენ ამას?“ დაგვეხმარება. თავიდანვე უმჯობესია ასეთი ფორმულირება მივცეთ შეკითხვას: „ვინმე მოქმედებს თქვენს აზრებზე?“ ამაზე საპასუხო შესაძლებელია პასიურობის ფენომენთან ერთად აზრების კუთვნილების აშლილობაც გამოვავლინოთ.

აზრების კუთვნილების აშლილობა აზრთა ჩანერგვას, აზრთა ამოღებას, აზრების გადაცემასა და აზრთა გახმოვანებას მოიცავს.

მართალია, აზრთა გადაცემა, ფაქტობრივად გულისხმობს, რომ სხვებს პაციენტის აზრების გაგება შეუძლიათ, თუმცა, აზრთა გახმოვანებისგან განსხვავებით აქ ერთი ან ორი კონკრეტული პირი მოიაზრება. პასიურობის ფენომენის მსგავსად ამ სიმპტომების ახსნას პაციენტები ტექნოლოგიური ტერმინებით ცდილობენ, მაგალითად, „ტვინში იმპლანტანტის არსებობით“. აქაც შეიძლება სიმპტომები ყოველდღიურ გამოცდილებასთან აგვერიოს, ვინაიდან ვიცით, რომ არსებობენ ადამიანები, რომლებსაც ჩვენი აზრების გამოცნობა ან იმის თქმა შეუძლიათ, თუ რას ვფიქრობთ და განვიცდით. ტრადიციული კითხვები: „თქვენი აზრები თქვენ გეკუთვნით?“ ან „ეს თქვენი აზრებია?“ იმ პირებისთვისაც კი, ვისაც აზრთა გადაცემის და გახმოვანების გამოცდილება აქვთ, არაფრისმთქმელია. უფრო სწორი იქნება, თუ პირდაპირ ვკითხავთ ტელეპათიურ გადაცემაზე, მაგალითად, „გიგრძნობთ ოდესმე ტელეპათიური კავშირი?“

შფოთვითი სიმპტომები

შფოთვითი სიმპტომების ამოცნობა იშვიათადაა რთული და, ჩვეულებრივ, პაციენტი ამას ინტერვიუს საწყის ეტაპზევე აღნიშნავს. თუ იგი ამას თავისით არ გვეუბნება, არ არსებობს მიზეზი, რომ პირდაპირ კითხვას თავი ავარიდოთ. „გაქვთ ფობიები?“ და „გქონიათ ოდესმე პანიკური შეტევა?“ თუ ეს ჩვენი ყოველდღიური ლექსიკაა, ხოლო პიროვნებას არ ესმის ჩვენი, ეს მარტივად უნდა ავუხსნათ. გასათვალისწინებელია, რომ ზოგჯერ ადამიანები სიტყვებს გადატანითი მნიშვნელობით ხმარობენ. ამიტომ, მნიშვნელოვანია გავარკვიოთ, თუ რას გულისხმობენ ისინი.

ფობიები, რა თქმა უნდა ძალიან გავრცელებულია და უამრავი განსხვავებული სახის და სიმწვავისაა. ზოგი უჩვეულო ფობიებს უჩივის (მაგალითად, ღილაკის შიში ან ზომიერი დამავების შიში), ზოგს კი უცნაური სოციალური ფობიები აქვს, როდესაც ახლო მეგობრებთან და უცხო სთან თავისუფლად გრძნობენ თავს, თუმცა, უბრალო ნაცნობებთან ურთიერთობა უჭირთ. ასეთ პაციენტებთან მეორე ინტერვიუს ჩატარება თითქმის შეუძლებელია. ფობიას ორი დამახასიათებელი ნიშანი

აქვს: სიტუაციის ან საგნის შიში და განრიდება. განრიდებამ შეიძლება სხვადასხვა ფორმა მიიღოს. აგორაფობიის მქონე პირები გარეთ ვილაცის თანხლებით გადიან (ანუ საშიშ სიტუაციაში მარტო ყოფნას ასე არიან თავს), ხოლო სოციალური ფობიის დროს ადამიანი ალკოჰოლს ან კანაბინოიდებს იყენებს, რაც ქიმიური განრიდების მაგალითია.

პანიკური შეტევა უკიდურესად უსიამოვნო, მაგრამ ხანმოკლე განცდაა (თუმცა, ზოგს სერიული შეტევები აღენიშნება). როდესაც პიროვნება გვეუბნება, რომ შეტევა 20 წუთს გაგრძელდა, საზარაუდოდ ეს პანიკური შეტევა არ უნდა იყოს (თუმცა, როდესაც პიროვნება აღელვებულია, შეიძლება დრო გახანგრძლივებულად მოეჩვენოს). ამ დროს უკიდურესი შიშის, სიკვდილის ან კატასტროფის შეგრძნებისა და ამისგან თავის დაღწევის ძლიერი განცდაა. ამას, ჩვეულებრივ, გამოხატული ფიზიოლოგიური რეაქციები - ოფლიანობა და გახშირებული გულისცემა ახლავს თან. უმრავლესობას სუნთქვის უკმარისობაც აღენიშნება, რაც ჰიპერვენტილაციითაა გამოწვეული. თუმცა, პაციენტების მცირე ნაწილს შეტევის დროს ჰიპერვენტილაცია არ უვითარდება.

ობსესიები და კომპულსიები

ჩვენ უკვე ვისაუბრეთ ფსიქოზური და ობსესიური სიმპტომების ურთიერთგადაფარვაზე. ობსესიები საკმაოდ გავრცელებული ფენომენია. ის ღებრესიის ან შფოთვის დროს სიტუაციურ პრობლემებთან დაკავშირებით ხშირად ვითარდება. ადამიანებს, ზოგჯერ, რცხვენიათ ამ სიმპტომების, ვინაიდან ეს დაბინძურებას, ძალადობას ან სექსუალურ განცდებს უკავშირდება. ამიტომ, სპეციფიკური კითხვების დასმა აუცილებელია. მაგალითად, ხშირად გადამოწმების ტენდენციის (მაგალითად, ღამით კარების და ფანჯრების ან სახლიდან გასვლის წინ გაჭურის შემოწმება) შეფასება, ჩვეულებრივ, კარგად მუშაობს და სხვა ობსესიების გამოვლენის საშუალებას იძლევა. მაშინაც კი, როდესაც პიროვნებას გადამოწმების ტენდენცია არ აღენიშნება, იგი ხვდება კითხვის შინაარსს და სხვა არსებულ ობსესიებზე ადვილად იწყებს საუბარს.

კლასიკურად, აკვიატებულ აზრებს განმეორებადი („აზრების ღეჭვის“) ხასიათი აქვს და ძლიერ დისტრესულია. იგი ეგო-დისტონიურია (ანუ, პიროვნების სურვილისა და ფასეულობების საწინააღმდეგოა), თუმცა, პიროვნება მას, ცალსახად, საკუთარ „მე“-ში აღმოცენებულად აღიქვამს. თავიდან ადამიანს იგი უაზრობად მიაჩნია და წინააღმდეგობის გაწევას ცდილობს, რაც თავისთავად შფოთვის იწვევს.

კომპულსია არის ქცევა, რომელიც ობსესიების კონტროლს ისახავს მიზნად და, ჩვეულებრივ, რიტუალურ ქცევაში გამოიხატება, რომელიც, ხშირად, თვლას ან წმენდა-დასუფთავებას გულისხმობს. მძიმე ობსესიურ-კომპულსური ამლილობის დროს გამოხატულია ამრიგებლობა. შესაძლებელია უცნაურ ქმედებებს ჰქონდეს ადგილი, როგორცაა დაბინძურებისგან თავდაცვის მიზნით პოლიეთილენის პარკებში გახვევა ან ღამის ძალადობისგან თავის აცილებისთვის საწოლზე ჯაჭვით თავის მიბმა. დიდი ხანია ცნობილია, რომ არც ერთი ნიშანი არაა აბსოლუტური და უცვლელი. ამიტომ, ობსესიების სხვა ტიპის ფენომენებისგან გამიჯვნა ძალიან ძნელია.

არსებობს ორი არაფსიქოზური სიმპტომი, რომელიც ამ ფენომენის მსგავსია, მაგრამ რომლებსაც უფრო ემორჩილება პიროვნება. პირველი, ეს ძლიერი სურვილი ან განზრახვაა, რომელსაც ეწინააღმდეგება პიროვნება. მაგალითად, როდესაც რაიმეს, ჩვეულებრივ, ძალადობრივი ქმედების ჩადენა სურს, მაგრამ შედეგს გაურბის. ამის ტიპური მაგალითი გაუპატიურებული მსხვერპლის მამაა, რომელსაც მოძალადის დასჯის ძლიერი სურვილი აქვს, თუმცა, ოჯახის თხოვნით თავს იკავებს, რომ ციხეში არ აღმოჩნდეს. დასჯის სურვილი იმდენად ძლიერია, რომ პიროვნება სრულიად დატყვევებულია ამ აზრებით, ცდილობს აზრებს შეეწინააღმდეგოს, რაც მასში ძლიერ ემოციურ განცდას იწვევს. ამგვარი შურისძიების გრძობამ შეიძლება გაუგებარი აგრესიაც გამოიწვიოს, როგორცაა მაგალითად, პიროვნება იჩენს სრულიად უდანაშაულო სამედიცინო პერსონალის მიმართ, რომელიც მისთვის ძვირფას, აწვარდაცვლილ ადამიანს მკურნალობდა.

ასეთივე წინააღმდეგობრივი განზრახვები აღენიშნებათ პირებს, რომლებიც კანონთან პრობლემების გამო, აგრესიულობასა და სექსუალურ სურვილებთან დაკავშირებულ პერსონოლოგიურ სირთულეებს ებრძვიან.

მეორე ტიპის ფენომენი კომპულსიისმაგვარი ძლიერი სურვილია. ეს ფენომენი უფრო ახლოს დგას „კომპულსიის“ არაფსიქიატრიულ გაგებასთან. პიროვნებას რაიმე აქტის ჩადენის მზარდი მოთხო-

ვნილება და ძლიერი ფსიქოლოგიური დაძაბულობა აღენიშნება, რასაც საბოლოოდ, კონკრეტული ქცევის განხორციელება მოსდევს.

თავდაპირველად პიროვნება შვებას გრძნობს, თუმცა, შემდგომ ძლიერ ნანობს და თავის მიმართ სიძულვილსა და გამოაშკარავების შიშს განიცდის. ასეთი გამოცდილება განსხვავებული გენეზის მთელი რიგი პრობლემების შემთხვევაში გვხვდება, მაგალითად, ბულიმიის, განმეორებადი თვითდაზიანების, ზოგი ტიპის ექსპიზიციონიზმისა და ნივთიერების ავადმომხმარებლის ღროს ვლინდება.

თვითდაზიანების ან სხვათა დაზიანების იდეები

საჭირო არაა ხაზი გავუსვათ იმ ფაქტს, რომ ნებისმიერი თვით ან სხვათა დაზიანების იდეები ძალიან დეტალურად უნდა შეფასდეს და ყველა ის ფაქტორი, რომელიც რისკის აცილებაში დაგვეხმარება, უნდა გამოვლინდეს.

ინსაითი

შეხედულება, რომ არსებობს ინსაითის დიაპაზონი კრიტიკის არქონიდან სრულ კრიტიკამდე, მცდარია.

ტერმინები „კრიტიკა არ აქვს“ ან „სრული კრიტიკა აქვს“ არაფრის მთქმელია. იგი მხოლოდ იმას გვიჩვენებს, თუ რა მოცულობით ეთანხმება პაციენტი ფსიქიატრის აზრს მისი ავადმყოფობის შესახებ. გამომდინარე იქიდან, რომ ექიმი შეიძლება ცდებოდეს, ეს უფრო ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაზე მიუთითებს და არა პაციენტის ინსაითზე. უფრო მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, თუ როგორ ესმის პაციენტს თავისი მდგომარეობა და რა მიაჩნია სასარგებლოდ. მაგალითად, ბევრ პაციენტს ეჭვი არ ეპარება ბოღვითი იდეების ჭეშმარიტებაში, თუმცა, მზადაა მიიღოს დანხმარება. მათ საკუთარი გამოცდილებიდან იციან, რომ ბალანსი სტრესსა და მკურნალობას შორის სიმპტომების სიმწვავეზე ახდენს გავლენას. ამ შემთხვევაში კარგი თუ ცუდი ინსაითი აქვს პაციენტს, ძნელი სათქმელია (ორივე შეფასება შეიძლება შეესაბამებოდეს). უფრო მეტი პრაქტიკული მნიშვნელობა თავად პაციენტის დამოკიდებულებას აქვს.

დანართი 2.1.

სკრინინგი პრევენციისთვის

რა არის სკრინინგი?

პრევენციული სკრინინგი არის გავრცელებული პროცესი, რომელიც გამოიყენება იმ რისკ ფაქტორების ან ადრეული მახასიათებლების (ქცევები, ბიომარკერები) იდენტიფიცირებისთვის, რომელთა არსებობაც ინდივიდებში უფრო სავარაუდოს ხდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარებას¹.

სკრინინგი შეიძლება განხორციელდეს საზოგადოების დონეზე, ეპიდემიოლოგიური მონაცემების და სხვადასხვა აშლილობების სიმპტომთა პრევალენტობების დასადგენად; გარკვეულ რისკ-ჯგუფებში (მაგალითად, ომის შედეგად დაზარალებულ მოსახლეობაში ან კანონთან კონფლიქტში მყოფ ახალგაზრდებში) ან ინდივიდუალურ დონეზე (პრევენციული მცდელობებისთვის, როდესაც ვლინდება ემოციური ან ქცევითი აშლილობის პროდრომული/საწყისი ნიშნები - მაგ., რისკის ფაქტორების სკრინინგი, როდესაც ახალგაზრდის აკადემიური ქულები მოულოდნელად ეცემა). საზოგადოებრივი და ჯგუფური ან ინდივიდუალური დონის რისკების სკრინინგი ეფუძნება რისკის ზემოქმედების იდენტიფიკაციას.

საზოგადოების დონეზე მოქმედი რისკების სია გრძელდება. მაგალითები მოიცავს სიღარიბეს, ძალადობას და სხვა სამუშაო სტრესებს, უსაფრთხო სკოლების ნაკლებობას და ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობას.

პოპულაციის ქვეჯგუფების მაღალი რისკის ფაქტორები მოიცავს დედის ღებრესიას, მშობლების დამორჩევას/განქორწინებას ან ერთ-ერთი მშობლის გარდაცვალებას, ფიზიკურ ან სექსუალურ არასათანადო მოპყრობას, სხვა ნებისმიერ მოვლენას, რომელიც იწვევს ბავშვის მინდობით აღზრდაში მოთავსებას; ისეთ ტრავმულ მოვლენებს, როგორცაა, მაგალითად, თანაკლასელის თვითმკვლელობა, და ა.შ.

ინდივიდუალური მახასიათებლები ასევე მრავალრიცხოვანია და შეიძლება მოიცავდეს ქცევებს ან სიმპტომებს, რომლებიც ჯერ კიდევ არ შეესაბამება ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მიერ დადგენილ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს.

სკრინინგი რომელიმე ამ დონეზე გამოავლენს ახალგაზრდებს, ინდივიდუალურად თუ ჯგუფურად (მაგ., უნივერსიტეტის სტუდენტთა ჯგუფი), რომლებიც უნდა იყვნენ კანდიდატები პრევენციული ინტერვენციებისთვის, შეფასებისთვის და (თუ საჭიროა) სპეციფიკური ჩარევებისთვის მდგომარეობის დროული მართვის მიზნით.

რა ითვლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის კარგ სკრინინგ-ინსტრუმენტად?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების სკრინინგის დროს მნიშვნელოვანია გვესმოდეს, რომ ყველა ინსტრუმენტი არ არის თანაბრად ზუსტი. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ზოგიერთი უფრო ეფექტური საზომია სხვებთან შედარებით, . ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის ინსტრუმენტების განხილვისას გასათვალისწინებელი ნიშნების გაგება უკეთ დაგეხმარებათ იმის უზრუნველსაყოფად, რომ თქვენს ორგანიზაციაში შერჩეული და გამოყენებული ინსტრუმენტები ყველაზე შესაფერისი აღმოჩნდეს თქვენი ბენეფიციარებისთვის.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის ინსტრუმენტების ტიპებისა და ამ ინსტრუმენტების ღირებულების სწორად შესაფასებლად, კლინიცისტები და მკვლევრები გამოყოფენ ოთხ ძირითად თვისებას:

1 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32784/>

- ▶ სანდობა/საიმედოობა: იძლევა თუ არა ინსტრუმენტი თანმიმდევრულ შედეგებს
- ▶ ვალიდობა: უნარი განასხვავოს პრობლემის/აშლილობის მქონე და არმქონე ინდივიდი
- ▶ მგრძობელობა: ინსტრუმენტის სიზუსტე დარღვევის იდენტიფიცირებაში
- ▶ სპეციფიკა: სიზუსტე მათ იდენტიფიცირებაში, ვისაც არ აქვს პრობლემა/აშლილობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის საუკეთესო ინსტრუმენტები უნდა ატარებდეს ამ თითოეულ ამ მახასიათებელს და, შესაბამისად, უზრუნველყოფდეს ნდობას ინსტრუმენტების უნარში, რომ სათანადოდ შეამოწმონ და შეაფასონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მდგომარეობა.

კრონბახის ალფა არის სტატისტიკური მახასიათებელი, რომელსაც ხშირად ციტირებენ ავტორები, რათა აჩვენონ, რომ სკრინინგ-ტესტები და კითხვარები შეესაბამება მათი გამოყენების მიზნებს.² კრონბახის ალფა ითვლება ინსტრუმენტის სანდობის/საიმედოობის საზომად.

ინსტრუმენტის სანდობა დგინდება კრონბახის ალფას გაზომვის გამოყენებით შიდა თანმიმდევრულობის დემონსტრირებისთვის. ინსტრუმენტი ითვლება საიმედოდ, თუ კრონბახის ალფა 0.70 და მასზე მეტია; ქულა 0.90 და ზემოთ - ნიშნავს საუკეთესოს. ინსტრუმენტის შერჩევისას უნდა გაითვალისწინოთ ეს მაჩვენებელიც.

სკრინინგ ინსტრუმენტი VS. შეფასების „ოქროს სტანდარტი“

(ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სკრინინგსა და შეფასებას შორის განსხვავება)

თუ სკრინინგის კითხვარები ფჯ პროვაიდერს თავისი პაციენტის/ბენეფიციარის მდგომარეობაში გარკვევის კარგი ორიენტაციის საშუალებას აძლევს, შეფასების ე.წ. ჩადრმაკებულ ინსტრუმენტებს „ოქროს სტანდარტს“ უწოდებენ და მათ დიაგნოზის დასადგენად იყენებენ. ამ ინსტრუმენტებს 100% მგრძობელობა და 100% სპეციფიკურობა უნდა ჰქონდეთ, ანუ არასოდეს უშვებდეს შეცდომას.

ასეთი ოქროს სტანდარტის ინსტრუმენტი თითქმის ყველა დიაგნოზს აქვს და მათი გამოყენება გაწვრთნილ სპეციალისტებს შეუძლიათ. ჩამონათვალი რომ არ გაგრძელდეს, საკმარისია მოვიტანოთ ისეთი კითხვარები, როგორიცაა:

SCID-5-CV - სტრუქტურირებული კლინიკური ინტერვიუ DSM-5(R)-თვის - კლინიკური ვერსია; ეს ინსტრუმენტი ხელს უწყობს DSM-5 დიაგნოსტიკური კლასიფიკატორის მიხედვით ფჯ აშლილობების დიაგნოსტიკის პროცესს. ინტერვიუს კითხვები მოხერხებულად არის მოწოდებული თითოეული შესაბამისი DSM-5 კრიტერიუმის მიხედვით; ეს კითხვარი ყველაზე ფართოდ გამოიყენება მკვლევრების მიერ ბოლო 30 წლის განმავლობაში DSM-ის დიაგნოზების დასადგენად. SCID-5-CV მოიცავს DSM-5 დიაგნოზებს, რომლებიც ყველაზე ხშირად გვხვდება კლინიკურ პირობებში: დეპრესიული და ბიპოლარული აშლილობები; შიზოფრენიის სპექტრი და სხვა ფსიქოზური აშლილობები; ნივთიერების მოხმარების აშლილობები; შფოთვისითი აშლილობა (პანიკური აშლილობა, აგორაფობია, სოციალური შფოთვისითი აშლილობა, გენერალიზებული შფოთვისითი აშლილობა); ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა; პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა; ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტიურობის აშლილობა; და ადაპტაციის აშლილობა. ის ასევე ამოწმებს 17 დამატებით DSM-5 აშლილობას.

ბეკის დეპრესიის კითხვარი (BDI)³ ფართოდ გამოიყენება დეპრესიის გამოსაკვლევად და ქცევითი გამოვლინებებისა და დეპრესიის სიმძიმის შესაფასებლად. BDI შეიძლება გამოყენებულ იქნას 13-დან 80 წლამდე ასაკისთვის. ინვენტარი შეიცავს 21 თვითანგარიშის ერთეულს, რომელსაც ინდივიდები ავსებენ მრავალჯერადი არჩევანის პასუხის ფორმატების გამოყენებით. BDI-ის შევსებას დაახლოებით 10 წუთი სჭირდება. BDI-ის ვალიდობა და სანდობა შემოწმებულია მთელ მსოფლიოში.

2 Taber, K.S. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. Res Sci Educ 48, 1273–1296 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>

3 Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 4(6), 561-571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

ჰამილტონის კითხვარი⁴ დეპრესიისთვის (HDRS ან HAM-D) ზომავს დეპრესიას ინდივიდებში მკურნალობის დაწყებამდე, მკურნალობის დროს და კურსის დასრულების შემდეგ. სკალა ადმინისტრირებულია ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ და შეიცავს 21 ერთეულს, მაგრამ ფასდება პირველი 17 პუნქტის საფუძველზე, რომლებიც იზომება 5-ბალიან ან 3-ბალიან სკალებზე. კითხვარის ადმინისტრირებას 15-დან 20 წუთამდე სჭირდება.

კლინიცისტის მიერ ადმინისტრირებული პტსა შკალა DSM-5-თვის (CAPS-5)⁵ - 30 პუნქტიანი სტრუქტურირებული ინტერვიუ შემუშავებულია აშშ-ს ვეტერანთა საქმეთა დეპარტამენტის პტსა-ის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლების მიერ. ის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს დიაგნოზის დასადგენად, ცხოვრების მანძილზე დიაგნოზის (lifetime diagnosis) დასადგენად ან გასულ კვირაში პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსა/PTSD) სიმპტომების შესაფასებლად. ინტერვიუ შემუშავებულია პტსა-ის ცოდნის მექანე კლინიცისტებისა და კლინიკური მკვლევრების მიერ გამოსაყენებლად. მისი ჩატარება შესაძლებელია 45-60 წუთში.

დეპრესიის კითხვარი (PHQ-9)⁶

ბოლო 2 კვირის განმავლობაში ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელს და რა სიხშირით შეუწუხებინართ?

[ინტერვიუერს: გთხოვთ ზუსტად ისე წაიკითხოთ კითხვები, როგორც წერია. წაუკითხეთ ყველა შესაძლო პასუხი თითოეული შეკითხვისთვის, სანამ რესპონდენტი არ გაერკვევა შესაძლო ვარიანტებში]

	საერთოდ არა	ზოგიერთ დღეებში	უმეტეს დღეებში	თითქმის ყოველდღე
ინტერესის/ სიამოვნების ნაკლებობა რაიმეს კეთებისას	0	1	2	3
ცუდ გუნებაზე, დეპრესიულად, უიმედოდ ყოფნა	0	1	2	3
ჩაძინების პრობლემები, ცუდი ძილი ან ძილიანობა	0	1	2	3
დადლილობის შეგრძნება ან ენერჯის ნაკლებობა	0	1	2	3
უმადობა ან გაძლიერებული მადა	0	1	2	3
განცდა იმისა, რომ ხართ წარუმატებელი, ან რომ ცხოვრებაში ვერაფერი მოახერხებთ, ან ვერ გაამართლეთ ოჯახის იმელები	0	1	2	3
კონცენტრაციის გაძნელება, მაგალითად გაზეთის კითხვის ან ტელევიზორის ყურების დროს	0	1	2	3
ნელა საუბარი ან მოძრაობა ისე, რომ შეიძლება ეს სხვებისთვის შესამჩნევი გამხდარიყო, ან ისეთი მოუსვენრობა, რომ ჩვეულებრივზე მეტად მოძრაობთ	0	1	2	3
ფიქრი იმაზე, რომ ასეთ ყოფნას სიკვდილი სჯობს, ან ფიქრი საკუთარი თავის დაზიანების შესახებ	0	1	2	3

შენიშვნა ინტერვიუერისთვის: თუ რომელიმე კითხვა ფასდება „2“ ან მეტი ქულით, ჰკითხეთ:

4 Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. JOURNAL OF NEUROLOGY, NEUROSURGERY & PSYCHIATRY, 23, 56-61. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
 5 Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). THE CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE FOR DSM-5 (CAPS-5). Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov
 6 Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute

	საერთოდ არა	ზოგიერთ დღეებში	უმეტეს დღეებში	თითქმის ყოველდღე
	სრულებით არ გართულა	ერთგვარად გართულა	გართულა	ძალიან გართულა
რამდენად გართულა ამ პრობლემებმა სამუშაოს შესრულება, საშინაო საქმის კეთება ან სხვებთან ურთიერთობა?	0	1	2	3
შეფასება: მოცემული 9 პუნქტიდან თითოეული ფასდება 0-3 ქულით. ჯამური ქულა შეიძლება იყოს 0-27 ფარგლებში. ქულები 5, 10, 15, და 20 არის ზღვრული ნიშნული მსუბუქი, ზომიერი, ზომიერად მძიმე და მძიმე დეპრესიისთვის.				

ინტერპრეტაცია:

0 – 4: მინიმალური დეპრესიის ნიშნები; 5-9: მსუბუქი დეპრესია; 10-14: ზომიერი დეპრესია; 15-19: ზომიერად მძიმე დეპრესია; 20-27: მძიმე დეპრესია

გენერალიზებული შფოთვისითი აპლილობის სკრინინგი (GAD-7)⁷

ბოლო 2 კვირის განმავლობაში რამდენად ხშირად შეგაწუხათ ქვემოთ ჩამოთვლილმა პრობლემებმა:

[ინტერვიუერს: გთხოვთ ზუსტად ისე წაიკითხოთ კითხვები როგორც წერია. წაუკითხეთ ყველა შესაძლო პასუხი თითოეული შეკითხვისთვის იქამდე, ვიდრე რესპონდენტი არ გაერკვევა შესაძლო ვარიანტებში]

	საერთოდ არა	ზოგიერთ დღეებში	უმეტეს დღეებში	თითქმის ყოველდღე
ნერვიულობა, შფოთვა, განცდა იმისა, რომ უკიდურესობამდე ხართ მისული - „წვიპზე ხართ“	0	1	2	3
უუნარობა შეგეწყვიტათ ან გეკონტროლებინათ შფოთვა	0	1	2	3
ზედმეტი ნერვიულობა სხვადასხვა საკითხებზე	0	1	2	3
განტვირთვის/სიმშვიდის მოპოვების სირთულე	0	1	2	3
ისეთი მოუსვენრობა, რომ გიჭირთ ერთ ადგილას ჯდომა	0	1	2	3
ადვილად წყენა ან გაღიზიანებადობა	0	1	2	3
შიში იმისა, რომ რაიმე საშინელება შეიძლება მოხდეს	0	1	2	3
	0	1	2	3
შენიშვნა: თუ რომელიმე კითხვა ფასდება „2“ ან მეტი ქულით, უპასუხეთ შემდეგ შეკითხვას				
	სრულებით არ გართულა	ერთგვარად გართულა	გართულა	ძალიან გართულა
რამდენად გართულა ამ პრობლემებმა სამუშაოს შესრულება, საშინაო საქმის კეთება ან სხვებთან ურთიერთობა?	0	1	2	3

7 Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute

ინსტრუმენტის გასაღები:

0-4: მინიმალური შფოთვა

5-9: მსუბუქი შფოთვა

10-14: ზომიერი შფოთვა

15-21: მძიმე შფოთვა

ტრავმის საერთაშორისო კითხვარი (ტსკ/ITQ)⁸

ზოგადი მიმოხილვა

თანდართული ინსტრუმენტი წარმოადგენს მოკლე, გასაგებად ჩამოყალიბებულ საზომს, რომელიც ფოკუსირდება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსა) და კომპლექსური პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (კპტსა) ცენტრალურ, ძირულ მახასიათებლებზე და იყენებს მკაფიო სადიაგნოსტიკო წესებს. ტსკ შემუშავებულია ჯანმო-ს მიერ ჩამოყალიბებულ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-11) მაორგანიზებელ ისეთ პრინციპებთან შესაბამისობაში, როგორც კლინიკური ღირებულების მაქსიმიზაცია და საერთაშორისო გამოყენებადობის უზრუნველყოფა, მოცემული აშლილობის ძირულ სიმპტომებზე ფოკუსირების გზით. ტსკ საჯარო სივრცეში ყველა დაინტერესებული პირისათვის ხელმისაწვდომია. საზომის შეფასება ჯერ კიდევ გრძელდება, განსაკუთრებით, შესაძლებლობების ფუნქციური შეზღუდვის დეფინიციასთან/განმარტებასთან მიმართებით, როგორც პტსა-ს, ისე კპტსა-ს შემთხვევაში და ასევე დებულებების შინაარსთან მიმართებითაც, ვინაიდან მათ მკურნალობის განსხვავებული შედეგების თვალსაზრისით შეიძლება პროგნოზული მნიშვნელობა ჰქონდეს.

სადიაგნოსტიკო ალგორითმები შემდგენიანია:

პტსა. პტსა-ს დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა თითოეული ორსიმპტომიანი კლასტერიდან ერთის დადასტურება: (1) ტრავმული მოვლენის ხელახალი განცდა აქ და ამჟამად; (2) ტრავმული მოვლენის გახსენებისგან თავის არიდება; (3) საფრთხის მიმდინარე/ამჟამინდელი შეგრძნება; და, ამასთანავე, ამ სიმპტომებთან დაკავშირებული შესაძლებლობების ფუნქციური შეზღუდვის მინიმუმ ერთი ინდიკატორის გამოვლენა/დადგენა. სიმპტომის ან შესაძლებლობის ფუნქციური შეზღუდვის მაჩვენებლად ითვლება 2 ან მეტი ქულა.

კპტსა. კპტსა-ს დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა თითოეული ორსიმპტომიანი კლასტერიდან ერთის დადასტურება (ტრავმული მოვლენის ხელახალი განცდა აქ და ამჟამად, თავის არიდება, მიმდინარე საფრთხის შეგრძნება) და ერთის დადგენა თვითორგანიზების სირთულეების (თოს) 3 ორსიმპტომიანი კლასტერიდან: (1) ემოციური დისრეგულაცია; (2) ნეგატიური თვითაღქმა; (3) პრობლემები ურთიერთობებში. ამასთანავე, ამ სიმპტომებთან დაკავშირებული შესაძლებლობების ფუნქციური შეზღუდვის მინიმუმ ერთი ინდიკატორის გამოვლენა/დადგენა. სიმპტომის ან შესაძლებლობის ფუნქციური შეზღუდვის მაჩვენებლად ითვლება 2 ან მეტი ქულა.

ინდივიდს შეიძლება დაესვას პტსა-ს ან კპტსა-ს დიაგნოზი, მაგრამ არა ორივე ერთად. თუ პირი აკმაყოფილებს კპტსა-ს კრიტერიუმებს, მაშინ ამავედროულად მას პტსა-ს დიაგნოზი აღარ დაესმება.

ქულების მინიჭების ინსტრუქციები მოცემულია ამ დოკუმენტის ბოლოს.

ტრავმის საერთაშორისო კითხვარი

ინსტრუქციები: გთხოვთ, დაასახელოთ წარსული გამოცდილება (მოვლენა), რომელიც ყველაზე მეტად გაწუხებთ და უპასუხოთ კითხვებს ამ გამოცდილებასთან დაკავშირებით.

გამოცდილების მოკლე აღწერილობა _____

როდის მოხდა ეს მოვლენა/გამოცდილება? (შემოხაზეთ ერთ-ერთი).

8 International Trauma Questionnaire (ITQ)

ა. 6 თვეზე ნაკლები ხნის წინ

ბ. 6-12 თვის წინ

გ. 1-5 წლის წინ

დ. 5-10 წლის წინ

ე. 10-20 წლის წინ

ვ. 20 წელზე მეტი ხნის წინ

ქვემოთ ჩამოთვლილია გარკვეული პრობლემები, რომლებსაც ზოგჯერ განიცდიან ადამიანები ცხოვრებისეული ტრავმული ან სტრესული გამოცდილების საპასუხოდ. გთხოვთ, ყურადღებით წაიკითხოთ თითოეული მათგანი, შემდეგ შემოხაზოთ მარჯვენა მხარეს მოცემული ერთ-ერთი ციფრი იმის მიხედვით, თუ რამდენად გაწუხებდათ აღნიშნული პრობლემა უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში.

	საერთოდ არა	ცოტათი	ზომიერად	საკმაოდ ძლიერად	ძალიან ძლიერად
P1. შემაწუხებელი სიზმრები, რომლებიც იმეორებს აღნიშნული გამოცდილების გარკვეულ ნაწილებს, ან ცალსახად არის დაკავშირებული ამ გამოცდილებასთან.	0	1	2	3	4
P2. მკვეთრი გამოსახულებები ან მოგონებები, რომლებიც პერიოდულად ჩნდება გონებაში და გიტოვებთ შეგრძნებას, თითქოს აღნიშნული მოვლენა ისევ ხდება აწმყოში.	0	1	2	3	4
P3. გამოცდილების შინაგანი შემახსენებლებისგან (ფიქრები, გრძნობები, ფიზიკური შეგრძნებები) მაქსიმალურად თავის არიდება.	0	1	2	3	4
P4. გამოცდილების გარეგანი შემახსენებლებისგან (ადამიანები, ადგილები, საუბრები, ნივთები, ქმედებები, სიტუაციები) მაქსიმალურად თავის არიდება.	0	1	2	3	4
P5. მუდმივი „ზე-სიფხიზლე“, სიფრთხილე, დაძაბულობა.	0	1	2	3	4
P6. შინაგანი მოუსვენრობა, ადვილად შეკრთომა მცირე გამღიზიანებელზე.	0	1	2	3	4

უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში ზემოაღნიშნული პრობლემები:

P7. ხელს გიშლიდათ ურთიერთობებსა და სოციალურ ცხოვრებაში.	0	1	2	3	4
P8. ხელს გიშლიდათ სამუშაო პროცესში და მუშაობის უნარში.	0	1	2	3	4
P9. ხელს გიშლიდათ ცხოვრების სხვა მნიშვნელოვან ასპექტებში, როგორცაა მაგ., ბავშვების მოვლა, სწავლა სკოლაში ან უნივერსიტეტში, ან სხვა მნიშვნელოვანი აქტივობები.	0	1	2	3	4

ქვემოთ ჩამოთვლილია პრობლემები, რომელთაც ზოგჯერ განიცდიან ადამიანები სტრესული ან ტრავმული მოვლენების გადატანის შემდეგ. კითხვები შეეხება იმას, თუ ჩვეულებრივ როგორ გრძნობთ თავს, ჩვეულებრივ რას ფიქრობთ საკუთარ თავზე და ჩვეულებრივ რას გრძნობთ სხვების მიმართ. უპასუხეთ კითხვებს იმ თვალსაზრისით, თუ რამდენად შეგეფერებათ თითოეული გამონათქვამი.

რამდენად მართალია?	საერთოდ არა	ცოტათი	ზომიერად	საკმაოდ ძლიერად	ძალიან ძლიერად
C1. როცა ხასიათი მიფუჭდება, დიდი ხანი მჭირდება დასამშვიდებლად.	0	1	2	3	4
C2. გაბრუებული ან ემოციურად გამოფიტული ვარ.	0	1	2	3	4
C3. ვგრძნობ, რომ წარუმატებელი ვარ.	0	1	2	3	4
C4. ვგრძნობ, რომ უსარგებლო ვარ.	0	1	2	3	4
C5. ადამიანებისგან დაშორებულად, მოწყვეტილად ვგრძნობ თავს.	0	1	2	3	4
C6. მიჭირს ადამიანებთან ემოციური კავშირის შენარჩუნება	0	1	2	3	4

ზემოთ აღნიშნული პრობლემები, რომლებიც შეეხება თქვენს ემოციებსა და რწმენებს საკუთარ თავთან და სხვებთან მიმართებაში, უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში:

C7. მნიშვნელოვან სტრესს და სირთულეს გიქმნიდათ ურთიერთობებში და სოციალურ ცხოვრებაში.	0	1	2	3	4
C8. ხელს გიშლიდათ სამუშაო პროცესში და მუშაობის უნარში.	0	1	2	3	4
C9. ხელს გიშლიდათ ცხოვრების სხვა მნიშვნელოვან ასპექტებში, როგორცაა მაგ., ბავშვების მოვლა, სწავლა სკოლაში ან უნივერსიტეტში, ან სხვა მნიშვნელოვანი აქტივობები.	0	1	2	3	4

1. პტსა-ს და კპტსა-ს სადიაგნოსტიკო ქულობრივი შეფასება

პტსა

თუ P1 ან P1 \geq 2: კმაყოფილდება აწმყოში ხელახალი განცდის (*Re-experiencing*) კრიტერიუმები (*Re_dx*)

თუ P3 ან P4 \geq 2: კმაყოფილდება თავის არიდების (*Avoidance*) კრიტერიუმები (*Av_dx*)

თუ P5 ან P6 \geq 2: კმაყოფილდება მიმდინარე საფრთხის შეგრძნების (*Sense of current threat*) კრიტერიუმები (*Th_dx*)

და

თუ რომელიმე მაინც P7, P8 ან P9 \geq 2: კმაყოფილდება პტსა-თი გამოწვეული ფუნქციური მოშლის (*PTSDFI*) კრიტერიუმები.

თუ კმაყოფილდება *Re_dx* კრიტერიუმები და *Av_dx* კრიტერიუმები და *Th_dx* კრიტერიუმები და *PTSDFI* კრიტერიუმები, ეს ნიშნავს, რომ კმაყოფილდება პტსა-ს სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები.

კპტსა

თუ C1 ან C2 \geq 2: კმაყოფილდება აფექტური დისრეგულაციის (*Affective dysregulation*) კრიტერიუმები (*AD_dx*)

თუ C3 ან C4 \geq 2: კმაყოფილდება ნეგატიური თვითაღქმის (*Negative self-concept*) კრიტერიუმები (*NSC_dx*)

თუ C5 ან C6 \geq 2: კმაყოფილდება ურთიერთობის სირთულეების (*Disturbances in relationships*) კრიტერიუმები (*DR_dx*)

და

თუ რომელიმე მაინც C7, C8 ან C9 ≥ 2 : კმაყოფილდება თოდ-ით გამოწვეული ფუნქციური მოშლის (DSOFI) კრიტერიუმები.

თუ კმაყოფილდება AD_dx კრიტერიუმები და NSC_dx კრიტერიუმები და DR_dx კრიტერიუმები და DOSFI კრიტერიუმები, ეს ნიშნავს, რომ კმაყოფილდება თოდ-ის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები.

პტსა-ს დიაგნოზი ისმება, თუ კმაყოფილდება პტსა-ს კრიტერიუმები, მაგრამ არა თოდ-ის კრიტერიუმები.

კპტსა-ს დიაგნოზი ისმება, თუ კმაყოფილდება პტსა-ს კრიტერიუმებიც და თოდ-ის კრიტერიუმებიც.

თუ პტსა-ს კრიტერიუმები არ კმაყოფილდება, ან მხოლოდ თოდ-ის კრიტერიუმები კმაყოფილდება, დიაგნოზი არ ისმება.

2. პტსა-ს და თოდ-ის განზომილებითი ქულობრივი შეფასება

შესაძლებელია, დაითვალოს ქულები პტსა-ს და თოდ-ის თითოეული სიმპტომური ჯგუფისთვის და დაჯამდეს პტსა-ს და თოდ-ის ჯამური ქულის მისაღებად.

პტსა

P1-ის და P2-ის ე.წ. ლიკერტის ქულების ჯამი = აწმყოში ხელახალი განცდის (Re-experiencing) ქულა (Re)

P3-ის და P4-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = თავის არიდების (Avoidance) ქულა (Av)

P5-ის და P6-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = მიმდინარე საფრთხის შეგრძნების (Sense of current threat) ქულა (Th)

პტსა-ს ქულა = Re, Av და Th ქულების ჯამი

თოდ

C1-ის და C2-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = აფექტური დისრეგულაციის (Affective dysregulation) ქულა (AD)

C3-ის და C4-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = ნეგატიური თვითაღქმის (Negative self-concept) ქულა (NSC)

C5-ის და C6-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = ურთიერთობის სირთულეების (Disturbances in relationships) ქულა (DR)

თოდ ქულა = AD, NSC და DR ქულების ჯამი

ინსტრუმენტის ლიტერატურული წყარო:

Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (in press). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Pshychiatria Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12956.

დამატებითი პუბლიკაციები:

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A.,...Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.

Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D.,...Cloitre M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>

Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumbe, S.,...Roberts, N.P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771.

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R. & Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire, *European Journal of Psychotraumatology*, 9:1, DOI: 10.1080/20008198.2017.1419749

WHODAS 2.0 – მოკლე ვერსია (12 კითხვით)

ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენად გაგიჭირდათ:

[ინტერვიუერს: გთხოვთ კითხვები და შესაძლო პასუხები ზუსტად ისე წაიკითხოთ, როგორც წერია]

		არა	მსუბუქად	ზომიერად	ძლიერ	უკიდურესად / ვერ შეძელი
1	30 წუთზე მეტი ხნის განმავლობაში ფეხზე დგომა (უწყვეტად)	0	1	2	3	4
2	საშინაო საქმეებზე ზრუნვა	0	1	2	3	4
3	სიახლეების ათვისება, როგორცაა საყოფაცხოვრებო სიახლეები, ან ახალ ადგილზე მისვლა	0	1	2	3	4
4	სხვების მსგავსად ჩართვა სათემო აქტივობებში (მაგ., თავყრილობა, რელიგიური ან სხვა სახის ღონისძიებები)	0	1	2	3	4
5	ემოციურად რამდენად აგაფორიაქათ თქვენი ჯანმრთელობის პრობლემებმა?	0	1	2	3	4

თუ 1-იდან 5 შეკითხვამდე რომელიმეს პასუხი იყო 2 ან მეტი ქულა, მაშინ გააგრძელეთ კითხვები 6-იდან.

ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენად გაგიჭირდათ ქვემოთ ჩამოთვლილი:

[ინტერვიუერს: გთხოვთ კითხვები და შესაძლო პასუხები ზუსტად ისე წაიკითხოთ როგორც წერია]

		არა	მსუბუქად	ზომიერად	ძლიერ	უკიდურესად / ვერ შეძელი
6	კონცენტრაცია ან რამის კეთება 10 წუთზე მეტი ხნის განმავლობაში (უწყვეტად)	0	1	2	3	4
7	დიდი მანძილის ფეხით გავლა, მაგალითად, კილომეტრი	0	1	2	3	4
8	ბანაობა	0	1	2	3	4
9	ჩაცმა	0	1	2	3	4
10	უცნობ ადამიანებთან ურთიერთობა	0	1	2	3	4
11	მეგობრებთან ურთიერთობა	0	1	2	3	4
12	ყოველდღიური საქმიანობის შესრულება	0	1	2	3	4

ინტერპრეტაცია

პასუხებს ენიჭება შემდეგი ქულები:

0 = არანაირი სირთულე

1 = მსუბუქი სირთულე

2 = საშუალო სირთულის

3 = მძიმე სირთულე

4 = უკიდურესი სირთულე ან არ შემიძლია

WHODAS-ის მოკლე ვერსიის საერთო ქულა მერყეობს 0-48 ფარგლებში, სადაც მაღალი ქულა მიუთითებს ცხოვრების ძირითად სფეროებში არსებულ ძლიერ შეზღუდვებზე.

ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების შესაფასებელი საერთაშორისო კითხვარი (ACE-IQ)

რესპონდენტის საიდენტიფიკაციო ნომერი: [][] [][] [][]

ურთიერთობა მშობლებთან/მეურვეებთან		
როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში...		
2.1 [P1]	თქვენს მშობლებს/მეურვეებს ესმოდათ თქვენი პრობლემები და წუხილები?	ყოველთვის უმეტესად ზოგჯერ იშვიათად არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
2.2 [P2]	თქვენმა მშობლებმა/მეურვეებმა ნამდვილად იცოდნენ რას აკეთებდით თავისუფალ დროს, როდესაც არ იყავით სკოლაში ან სამსახურში?	ყოველთვის უმეტესად ზოგჯერ იშვიათად არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
3		
3.1 [P3]	ხშირად ყოფილა შემთხვევა, როდესაც თქვენ მშობლებს /მეურვეებს არ მოუციათ თქვენთვის საკმარისი საკვები, როდესაც ამის გაკეთება მარტივად შეეძლოთ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
3.2 [P4]	ყოფილან თქვენი მშობლები/მეურვეები იმდენად მთვრალეები ან წამლების იმდენად ძლიერი ზემოქმედების ქვეშ, რომ ვერ მოუვლიათ თქვენთვის?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
3.3 [P5]	ხშირად ყოფილა შემთხვევა, როდესაც თქვენ მშობლებს /მეურვეებს არ გაუშვინართ სკოლაში როდესაც ეს შესაძლებელი იყო?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
4		
ოჯახური გარემო		
როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში ...		
4.1 [F1]	გიცხოვრიათ ოჯახის წევრთან ერთად, რომელსაც ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები ჰქონდა ან საზიანოდ მოიხმარდა ნარკოტიკულ ნივთიერებებს ან გამოწერილ წამლებს?	დიახ არა უარი პასუხის გაცემაზე

4.2 [F2]	გიცხოვრიათ ოჯახის წევრთან ერთად რომელსაც ჰქონდა ღებრესია, ფსიქიკური აშლილობა ან თვითმკვლელობისადმი მიდრეკილება?	დიახ არა უარი პასუხის გაცემაზე
4.3 [F3]	გიცხოვრიათ ოჯახის წევრთან ერთად, რომელიც ოდესმე იხდიდა სასჯელს ციხეში?	დიახ არა უარი პასუხის გაცემაზე
4.4 [F4]	თქვენი მშობლები ოდესმე გაყრილან ან დაშორებიან ერთმანეთს?	დიახ არა არ ეხება უარი პასუხის გაცემაზე
4.5 [F5]	ხომ არ გარდაცვლილა თქვენი ღედა, მამა ან მეურვე?	დიახ არა არ ვიცი / ზუსტად არ ვიცი უარი პასუხის გაცემაზე
მომდევნო კითხვები ეხება იმას, რაც შესაძლოა გაგიგიათ ან დაგინახავთ თქვენს სახლში. ეს შეიძლება თქვენს რომელიმე ოჯახის წევრს გადახდა თავს (მას გაუკეთეს), მაგრამ არა თქვენ. როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში...		
4.6 [F6]	გინახავთ ან გსმენიათ, რომ თქვენ მშობლისათვის ან ოჯახის წევრისათვის დაუყვირიათ, უკივლიათ, უგინებიათ, შეურაცხყოფა მიუყენებიათ ან დაუმცირებიათ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
4.7 [F7]	გინახავთ ან გსმენიათ, რომ თქვენი მშობლისთვის ან ოჯახის წევრისთვის სახეში გაურტყამთ, წიხლი ამოურტყამთ, მუშტი დაურტყამთ ან უცემიათ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
4.8 [F8]	გინახავთ ან გსმენიათ, რომ თქვენი მშობლისთვის ან ოჯახის წევრისთვის დაურტყამთ ან დაუჭრიათ რაიმე საგნით, მაგ., ჯოხით, ბოთლით, ხელკეტით, დანით, მათრახით, ან სხვა საგნით?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
5		
მომდევნო კითხვები ეხება იმას, რაც შესაძლოა თქვენ გამოგიცდიათ. როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში ...		
5.1 [A1]	თქვენს მშობელს, მეურვეს ან სხვა ოჯახის წევრს დაუყვირია თქვენთვის, შეუგინებია, შეურაცხყოფა მოუყენებია ან დაუმცირებია?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
5.2 [A2]	თქვენი მშობელი, მეურვე ან ოჯახის წევრი დაგმუქრებიათ, რომ მიგატოვებდათ ან გაგაგდებდათ სახლიდან, ან რეალურად ჩაუდენია ასეთი რამ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
5.3 [A3]	თქვენს მშობელს, მეურვეს ან ოჯახის წევრს მიუტყეპინებართ, სახეში გაურტყამს, მუშტი დაურტყამს ან უცემინებართ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
5.4 [A4]	თქვენს მშობელს, მეურვეს ან ოჯახის სხვა წევრს დაურტყამს ან დაუჭრინებართ რაიმე საგნით, მაგ., ჯოხით, ბოთლით, ხელკეტით, დანით, მათრახით, ან სხვა საგნით?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე

5.5 [A5]	ვინმე შეგხვებით ან მოგფერებით სექსუალურად, როდესაც თქვენ ეს არ გსურდათ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
5.6 [A6]	ვინმეს დაუძალებია მისი სხეულისათვის სექსუალურად შეხება, როდესაც თქვენ ეს არ გსურდათ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
5.7 [A7]	ვინმეს უცდია დაემყარებინა თქვენთან ორალური, ანალური ან ვაგინალური კავშირი, თქვენი თანხმობის გარეშე?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
5.8 [A8]	ვინმეს რეალურად დაუმყარებია თქვენთან ორალური, ანალური ან ვაგინალურ კავშირი, თქვენი თანხმობის გარეშე?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
6	თანატოლთა ძალადობა	
<p>მომდევნო კითხვები ეხება თქვენს მიმართ ბულინგს (თანატოლთა შორის ჩაგვრა). ბულინგი ნიშნავს, როდესაც ახალგაზრდა ადამიანი ან ახალგაზრდების ჯგუფი ცუდად და უსიამოვნოდ საუბრობს ან ექცევა მეორე ახალგაზრდა ადამიანს. ასევე ბულინგად ითვლება, როდესაც ახალგაზრდა ადამიანს აბუჩად იგდებენ ან მიზანმიმართულად რიყავენ ხშირად. ბულინგად არ ითვლება სიტუაცია, როდესაც ორი დაახლოებით თანაბარი ძალისა და ძალაუფლების მქონე ახალგაზრდა კამათობს ან ჩხუბობს ერთმანეთთან, ან როცა აბუჩად აგდება მეგობრულად და გასართობად ხდება.</p> <p>როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში ...</p>		
6.1 [V1]	რამდენად ხშირად განხორციელებულა ბულინგი თქვენს მიმართ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს (გადადით V3-ზე) უარი პასუხის გაცემაზე
6.2 [V2]	ყველაზე ხშირად რა ფორმით ხდებოდა თქვენს მიმართ ბულინგი?	დაურტყამთ ხელი, წინლი, ვუქანავებოდარ აქეთ-იქით ან ჩავუკეტივარ შენობაში დაუცინიათ ჩემი რასის, ეროვნების, კანის ფერის გამო დაუცინიათ ჩემი სარწმუნოების გამო დაუცინიათ სექსუალური ხასიათის სუმრობებით, კომენტარებით და ქესტებით მიზანმიმართულად დავუტოვებოდარ სხვადასხვა აქტივობებს მიღმა ან ყოფილა სრული უგულვებლყოფა დაუცინიათ ჩემი სხეულის ან სახის გამო სხვა ფორმით მაბულინგებდნენ უარი პასუხის გაცემაზე
<p>მომდევნო კითხვა ეხება ფიზიკურ ჩხუბებს. ფიზიკური ჩხუბი ხდება მაშინ, როდესაც ორი, დაახლოებით, მსგავსი ძალისა და ძალაუფლების მქონე ახალგაზრდა ეჩხუბება ერთმანეთს.</p> <p>როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში ...</p>		

6.3 [V3]	რამდენად ხშირად ჩხუბობდით ფიზიკურად?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
7	საზოგადოებაში ძალადობრივ ქმედებებზე შესწრება	
<p>მომდევნო კითხვები ეხება იმას, თუ რამდენად ხშირად შეიძლებოდა გაგეგოთ ან გენახათ ბავშვობაში თქვენს სამეზობლოში ან თემში გარკვეული მოვლენები (არ იგულისხმება თქვენს სახლში, ფილმებში, ტელევიზორში ან რადიოში)</p> <p>როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში ...</p>		
7.1 [V4]	გინახავთ ან გსმენიათ, რომ ვინმე უცემიათ რეალურ ცხოვრებაში?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
7.2 [V5]	გინახავთ ან გსმენიათ, რომ ვინმე დაუჭრიათ ან ვინმესთვის უსვრიათ ცეცხლსასროლი იარაღიდან რეალურ ცხოვრებაში?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
7.3 [V6]	გინახავთ ან გსმენიათ, რომ ვინმეს დამუქრებიათ დანით ან იარაღით რეალურ ცხოვრებაში?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
8	ომის ან კოლექტიური ძალადობის უშუალო ზემოქმედება	
<p>მომდევნო კითხვები ეხება იმას, გამოგიცდიათ თუ არა თქვენ გარკვეული მოვლენები ბავშვობაში. ყველა ეს მოვლენა ეხება კოლექტიურ ძალადობას, რომელიც მოიცავს ომს, ტერორიზმს, პოლიტიკურ და ეთნიკურ კონფლიქტებს, გენოციდს, რეპრესიას, გაუჩინარებებს, წამებასა და ორგანიზებულ ძალადობრივ დანაშაულს, როგორცაა ბანდიტიზმი და შეიარაღებული დაჯგუფებების საომარი მოქმედებები.</p> <p>როდესაც იზრდებოდით, თქვენი ცხოვრების პირველი 18 წლის განმავლობაში ...</p>		
8.1 [V7]	ამ მოვლენების გამო ყოფილხართ იძულებული წასულიყავით და სხვაგან გეცხოვრათ?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
8.2 [V8]	რომელიმე ამ მოვლენის გამო ხომ არ დაუნგრევიათ მიზანმიმართულად თქვენი სახლი	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
8.3 [V9]	ხომ არ უცემიხართ ჯარისკაცებს, პოლიციას, მილიციას ან რაიმე დაჯგუფებებს/ბანდებს?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე
8.4 [V10]	ხომ არ მოუკლავთ ჯარისკაცებს, პოლიციას, მილიციას ან დაჯგუფებებს თქვენი ოჯახის წევრი ან მეგობარი?	ბევრჯერ რამდენჯერმე ერთხელ არასოდეს უარი პასუხის გაცემაზე

ბედგობის მოკლე შკალა (BRS)⁹

გთხოვთ, ყოველი დებულების გასწვრივ მიუთითოთ მხოლოდ ერთი პასუხი.

	ნამდვილად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ნეიტრალური ვარ	ვეთანხმები	ნამდვილად ვეთანხმები
Q1. რთული პერიოდის შემდეგ სწრაფად ვუბრუნდები ჩვეულ მდგომარეობას	1	2	3	4	5
Q2. ჩემთვის მძიმეა სტრესულ მოვლენებთან გამკლავება	1	2	3	4	5
Q3. სტრესული მოვლენების შემდეგ დიდი დრო არ მჭირდება აღსადგენად	1	2	3	4	5
Q4. მიჭირს ჩვეულ მდგომარეობაში დაბრუნება, როცა რამე ცუდი ხდება	1	2	3	4	5
Q5. ჩვეულებრივ, არ მიჭირს რთული პერიოდების გავლა	1	2	3	4	5
Q6. დიდი დრო მჭირდება ხოლმე ცხოვრებაში ბარიერების გადასალახად	1	2	3	4	5

დათვლა: პასუხების ქულები (1-5) უნდა გამრავლდეს 6-ზე (შეკითხვათა რაოდენობა); მივიღებთ 6-იდან 30-მდე დიაპაზონის ქულებს.

საბოლოო ქულის გამოსაყვანად, ჯამური ქულა გავყოთ შეკითხვების საერთო რაოდენობაზე, ანუ 6-ზე.

საბოლოო ქულა: _____ (ჯამური ქულა / 6)

⁹ Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-20

დანართი 7.1.

აღზრდის დისციპლინური პრაქტიკები და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები

აღზრდის ისეთი უხეში დისციპლინა, როგორცაა ფიზიკური დასჯა, აღიარებულია, როგორც რისკ ფაქტორი ბავშვობასა და ზრდასრულობაში არასასურველი შედეგების გამო. ამასთან, ძალიან მცირე სხვაობაა ამ ტიპის დისციპლინასა და ბავშვის არასათანადო მოპყრობას შორის. თუმცა, დღეს-დღეობით ეს დისციპლინური სტრატეგია მსოფლიოში ისევ არსებობს, იმ ქვეყნებშიც კი, რომლებიც სამართლებრივად კრძალავენ მსგავს პრაქტიკას (Witt *et al.*, 2017). ვარაუდობენ, რომ ცემის პრაქტიკა თაობიდან თაობას გადაეცემა (Witt *et al.*, 2017; Wang, Hing & Xing, 2018), რაც თაობიდან თაობაში ბავშვის არასათანადო მოპყრობის გადაცემის რისკს ქმნის (Mitkovic Voncina *et al.*, 2017). კვლევების მიხედვით, აღზრდის სტრატეგიისადმი დამოკიდებულებები მშობლად გახდომამდე იქმნება (Mitkovic Voncina *et al.*, 2017). ეს შესაძლოა მუშაობდეს, როგორც თაობათაშორისი გადაცემის პრაიმინგი, რადგან ნაჩვენებია, რომ ფიზიკური დასჯისადმი დამოკიდებულებები მედიატორია კავშირის, რომელიც არსებობს ამ ფორმის დისციპლინის საკუთარ თავზე გამოცდასა და შემდგომ გამოყენებას შორის (Wang *et al.*, 2018). დედის უარყოფითი მშობლური ატრიბუტები შუამავლობს მშობლის სტრესსა და ბავშვის აღზრდის უხეშ/ძალადობრივ სტილს შორის კავშირს (Beckerman, van Berkel, Mesman & Alink, 2017). ცემის, როგორც ბავშვობაში არასათანადო მოპყრობის, პოზიტიურად ინტერნალიზება შესაძლოა უკავშირდებოდეს იმას, რომ ინდივიდი ადეკვატურად ვერ აფასებდეს თავის ადრეულ უარყოფით გამოცდილებას - „ეს არ იყო არასათანადო მოპყრობა, ამან მე მასწავლა“, ან არასათანადო მოპყრობის პასუხისმგებლობას საკუთარ თავს აწერდეს - „ჩემი ბრალია“, ან ცდილობდეს, შეამციროს მნიშვნელობა იმის უარყოფით, რომ არასათანადო მოპყრობას ჰქონდა ადგილი (Murphy *et al.* 2014). ამგვარად, ფიზიკური დასჯისადმი დამოკიდებულების შეფასება საკუთარი ბავშვობის უარყოფითი გამოცდილებების კონტექსტში გამართლებულია იქამდეც კი, ვიდრე ვინმე მშობელი გახდება.

განათლება და ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებები

იზრდება ცნობიერება ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებისა და არასათანადო მოპყრობის ზეგავლენაზე განათლებასა (Goodman, Miller & West-Olatunji, 2012; Porche, Fortuna, Lin & Alegria, 2011) და დასაქმებაზე (Giovanelli, Reynolds, Mondri & Ou, 2016). ათწლეულების წინ აღინიშნა, რომ აკადემიური პრობლემები თან ახლავს ემოციურ დისტრესსა და არასათანადო მოპყრობას (Roeser, Eccles & Srobel, 1998; Porche, Costello & Rosen-Reynoso, 2016). არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლ ბავშვებში აკადემიური სირთულეების გავრცელება აღიქმება, როგორც გადაუდებელი პრობლემა, რადგან კარგი აკადემიური მოსწრება მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სტრესის გამკლავებას (Schelble, Franks & Miller, 2010). ამ კავშირის ასახსნელად მრავალი ჰიპოთეზა შემოწმდა. ვარაუდობენ, რომ ბავშვობაში სტრესული გამოცდილებები ხელს უწყობენ თავის ტვინში სტრუქტურულ ცვლილებებს (Deblinger, Mannarino, Cohen & Steer, 2006; Teicher *et al.*, 2003; Weber & Reynolds, 2004), ან ცვლიან ნეიროტრანსმიტერულ აქტივობას (Bremner, Davis, Southwick, Krystal & Charney, 1994), რაც შესაძლოა დასწავლის პრობლემების ხელშემწყობი იყოს. როესერის და კოლეგების მიხედვით (1998), ნეგატიური გამოცდილებებით მიღებული მუდმივი ნეგატიური ემოციები იწვევს მეხსიერებისა და ყურადღების მიკერძოებებს. ამ ემოციათა არსებობა აძლიერებს მოგონებებს წარსულ აკადემიურ სირთულეებზე, ან წარუმატებლობებზე. ამავდროულად, ყურადღება ექცევა მომავალი პოტენციური წარუმატებლობის წყაროს. მეხსიერებისა და ყურადღების მიკერძოების ეს ტიპი შესაძლოა იწვევდეს აკადემიურ სირთულეებს და სკოლის დავალებებით გამოწვეულ უკმაყოფილებას. განათლების ადრეულ საფეხურზევე შეიძლება გამოვლინდეს ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილებების გავლენა დასწავლაზე. ჯიმენესის და კოლეგების კვლევაში (Jimenez, Wade, Lin, Morrow & Reichman, 2016) ბავშვები, რომლებსაც 5 წლამდე ჰქონდათ მიღებული ნეგატიური გამოცდილებები, საბავშვო ბაღის მასწავლებლის შეფასებით, ავლენდნენ საშუალოზე დაბალ აკადემიურ და წერა-კითხვის უნარებს, და ქვევით პრობლემებს. შეერთებული შტატების 2011-2012 ეპიდემიოლოგიური კვლევის მიხედვით, 6-იდან 17 წლამდე ბავშვები და მოზარდები ორი, ან მეტი

ნეგატიური გამოცდილებით, 2,67-ჯერ უფრო ხშირად იმეორებდნენ სასწავლო წელს, ვიდრე ამ გამოცდილების არმქონე ბავშვები (Bethell, Newacheck, Hawes & Halfon, 2014). გარდა ამისა, ორი ან მეტი უარყოფითი გამოცდილების მქონე თანატოლებთან შედარებით, ნეგატიური გამოცდილების არმქონე ბავშვებს 2,59-ჯერ მეტი შანსი ჰქონდათ სასკოლო პროცესში ჩართვისთვის. არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი ბავშვები სკოლაში თანატოლებს ჩამორჩებიან - მათემატიკასა და კითხვაში სტანდარტიზებულ ტესტებზე ისინი მნიშვნელოვნად ნაკლებ ქულებს აგროვებენ. აგრეთვე, მეტად სააღბათოა, რომ ისინი მიიჩნიონ სპეციალური განათლების საჭიროების მქონედ და გადაიყვანონ, სულ მცირე, ერთი კლასით უკან (Ryan *et al.*, 2018). ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებსა და აკადემიურ მოსწრებას შორის კავშირი შემჩნეულია კოლეჯის სტუდენტებშიც. სტუდენტებს, რომლებიც კოლეჯში პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობით შევიდნენ, უჭირთ ძილი და კონცენტრაცია, რაც, როგორც აკადემიური დავალებების შემთხვევაში, გავლენას ახდენს მათი შესრულების უნარზე (Boyras, Granda, Baker, Tidwell & Waits, 2015). ზრდასრულებში კვლევის შედეგები ასევე ადასტურებს კავშირს ბავშვობის ნეგატიურ გამოცდილებებსა და განათლებას და დასაქმებას შორის. ეს მოსალოდნელიცაა, რადგან ბავშვობაში დასწავლის სირთულეები და დაბალი აკადემიური მოსწრება ხელს უშლის ზრდასრულ ასაკში განათლებაში, სამსახურსა და სოციოეკონომიკურ სფეროებში წარმატებას (Evans & Kim, 2010; Sansone, Leung, & Wiederman, 2012; Zielinski, 2009). ნაჩვენებია, რომ ბავშვობის დროინდელი რამდენიმე ნეგატიური გამოცდილება იწვევს დაბალ აკადემიურ მოსწრებას; ეს ფინანსურ არასტაბილურობას ქმნის, რაც შემდეგ ისეთი პრობლემების რისკს ზრდის, როგორცაა უსახლკარობა, ოჯახური კონფლიქტი, ფიზიკური დაზიანებები და უმუშევრობა (Nurius *et al.*, 2015). ბავშვობაში არასათანადოდ მოპყრობის მსხვერპლ ადამიანებს ორჯერ დაბალი შანსი აქვთ აკადემიური კვალიფიკაციის, განათლების, დასაქმების, ან/და ტრენინგის (Jaffee *et al.*, 2018). ძალადობაგანცდილი და უგულვებელყოფილი ახალგაზრდები დიდი ალბათობით ვერ იღებენ საშუალო განათლებას, ან 21 წლის ასაკს მიღწეულები არ სწავლობენ, ან ვერ საქმდებიან (Mills *et al.*, 2018). სხვა სიტყვებით, რომ ვთქვათ, არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი მოზარდების მხოლოდ 58% იღებს სრულ განათლებას; ეს დაახლოებით 15%-ით ნაკლებია, ვიდრე ეროვნული საშუალო მაჩვენებელი ამ კვლევისთვის მონაცემების შეგროვების დროს. (Cage, 2018). სასკოლო დონის ფაქტორები შეიძლება მოქმედებდეს, როგორც დამცავი ბავშვობის ნეგატიური გამოცდილების ეფექტების საწინააღმდეგოდ. სკოლაში პოზიტიურ გამოცდილებებს, მასწავლებლებთან და თანატოლებთან კარგ ურთიერთობას და სასკოლო აქტივობებში ჩართულობას შეუძლია არასათანადო მოპყრობისადმი მედეგობის გაზრდა (Gilligan, 2000; Williams & Nelson-Gardell, 2012). სკოლაში ყოფნის დროს არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი ბავშვების მიერ საკუთარი ემოციების მართვაში დახმარებას შესაძლოა ხანგრძლივი სარგებელი ჰქონდეს, რაც აკადემიურ მოსწრებასთანაა დაკავშირებული (Schelble, Franks & Miller, 2010). კვლევის მიხედვით, განათლებაში, თვითშეფასებასა და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაში მდგრადობის ყველაზე მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორები იყო კლასგარეშე აქტივობებში ჩართულობა, სკოლით კმაყოფილება და ბულინგის არარსებობა. რეკომენდებულია სკოლაზე დაფუძნებული ინტერვენციები, რათა მშობელთა მხრიდან არასათანადო მოპყრობის შემდეგ ბავშვის პოზიტიურ ადაპტაციას შეეწყოს ხელი (Khambati, Mahedy, Heron & Emond, 2018). კლასგარეშე აქტივობები ქმნის შესაძლებლობას მიზნების დასახვისთვის, დამოუკიდებლობაში გავარჯიშებისთვის და თანატოლებთან დაკავშირებისთვის (Peck, Roeser, Zarrett & Eccles, 2008); ეს კი აკადემიურ მდგრადობას უწყობს ხელს.

დანართი 10.1.

პროფესიული ცხოვრების ხარისხის კითხვარი¹

სქესი: 1.მამრობითი; 2 მდედრობითი

ასაკი:

პროფესია:

სამუშაო ადგილი:

ინსტრუქცია

როდესაც ადამიანს ეხმარებით, თქვენ ღრმად შეღიხართ მისი ცხოვრების ბევრ სფეროში. შესაძლოა შეგინიშნავთ, რომ ამ ადამიანების მიმართ თანაგრძნობა თქვენზე დადებითად ან უარყოფითად მოქმედებს. ქვემოთ მოყვანილია დებულებები თქვენი, როგორც დამხმარის, დადებითი ან უარყოფითი გამოცდილებების შესახებ. განიხილეთ დებულებები თქვენს ამჟამინდელ საქმიანობასთან მიმართებაში. გთხოვთ, შემოხაზოთ ციფრი რომელიც ყველაზე უფრო შეესაბამება თქვენს გამოცდილებას ბოლო 30 დღის მანძილზე.

1= არასდროს 2= იშვიათად 3= ხანდახან 4= ხშირად 5= ძალიან ხშირად

დებულებები	არასდროს	იშვიათად	ხანდახან	ხშირად	ძალიან ხშირად
1. მე ბედნიერი ვარ	1	2	3	4	5
2. ერთზე მეტ ადამიანთან ვმუშაობ	1	2	3	4	5
3. კმაყოფილებას ვგრძნობ, როცა ვინმეს დახმარება შემიძლია	1	2	3	4	5
4. მე ვგრძნობ, რომ ადამიანებთან ახლო კავშირში ვარ ვგრძნობ სხვებთან მჭიდრო კავშირს	1	2	3	4	5
5. ვკრთები მოულოდნელი ხმაურის გაგონებისას	1	2	3	4	5
6. ადამიანებისთვის დახმარების გაწევა ძალას მმატებს	1	2	3	4	5
7. მიჭირს პირადი ცხოვრების სამსახურისგან განცალკევება	1	2	3	4	5
8. სამსახურში არ ვარ პროდუქტიული, რადგან უძილობა მემართება იმ ადამიანების გამოცდილებაზე ფიქრის გამო, ვისთანაც ვმუშაობ. სამსახურში არც ისე პროდუქტიული ვარ, რადგან ძილი მეკარგება იმ ადამიანების მძიმე გამოცდილებაზე ფიქრით, ვისთანაც ვმუშაობ	1	2	3	4	5
9. ვფიქრობ, შესაძლოა იმ ადამიანების სტრესმა და მდგომარეობამ, ვისაც ვეხმარები, ჩემზე გავლენა იქონია ვფიქრობ, ჩემზე გავლენის მოხდენა შეუძლო იმ ადამიანების სტრესს და მდგომარეობას, ვისაც ვეხმარები	1	2	3	4	5

1 © Stamm, B.H. (2009-2012) Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). www.proqol.org

10. ვგრძნობ, თითქოს „ხაფანგში ვარ გაბმული“, ჩემი სამსახურიდან გამომდინარე. ჩემი სამსახურიდან გამომდინარე, თავს „ხაფანგში გაბმულად“ ვგრძნობ	1	2	3	4	5
11. ჩემი სამუშაოს გამო, ადვილად ვლიზიანდები სხვადასხვა რამის გამო. ამ საქმიანობის გამო „ბეწვის ხიდზე სიარულის“ შეგრძნება მაქვს - ბევრ რამეზე ადვილად ვლიზიანდები	1	2	3	4	5
12. მე მომწონს რასაც ვაკეთებ, როგორც დამხმარე	1	2	3	4	5
13. მე დეპრესიულ განწყობაზე ვარ იმ ადამიანების გამოცდილების გამო ვისაც ვეხმარები გული მიმძიმდება იმათი მძიმე გამოცდილებების გამო, ვისაც ვეხმარები	1	2	3	4	5
14. მგონია, რომ იმ ადამიანის მდგომარეობას, ვისაც ვეხმარები, განვიცდი ისე როგორც საკუთარს ვგრძნობ, რომ საკუთარივით განვიცდი იმ ადამიანის მდგომარეობას, ვისაც ვეხმარები	1	2	3	4	5
15. რწმენა მეხმარება სიმტკიცის შენარჩუნებაში	1	2	3	4	5
16. კმაყოფილი ვარ, თუ როგორ შემოდლია დავუფლო დახმარების თანამედროვე ტექნიკებსა და მეთოდებს	1	2	3	4	5
17. ის ვარ, ვინც ყოველთვის მინდოდა ვყოფილიყავი	1	2	3	4	5
18. კმაყოფილი ვარ საკუთარი შრომით.	1	2	3	4	5
19. თავს ვგრძნობ გამოფიტულად ჩემი სამსახურის გამო.	1	2	3	4	5
20. ბედნიერი განცდები და ფიქრები მაქვს მათზე, ვისაც ვეხმარები	1	2	3	4	5
21. თავს გადატვირთულად ვგრძნობ, რადგან ჩემი სამსახურებრივი მოვალეობები უსასრულოდ მეჩვენება	1	2	3	4	5
22. მჯერა, რომ შემოდლია რაღაც შევცვალო ჩემი საქმიანობით მჯერა, რომ ჩემი საქმიანობით რაღაცის შევცვლა შემოდლია	1	2	3	4	5
23. თავს ვარიღებ გარკვეულ ქმედებებს ან სიტუაციებს, რადგან ისინი მასხეუნებენ ჩემი ბენეფიციარების საშიშ გამოცდილებებს	1	2	3	4	5
24. ვამაყობ იმით, რომ შემოდლია სხვებს დავეხმარო	1	2	3	4	5
25. ჩემი სამსახურიდან გამომდინარე, მაქვს შემოჭრითი, საშიში ფიქრები	1	2	3	4	5
26. ვგრძნობ, რომ სისტემა „მძირავს“	1	2	3	4	5
27. ვფიქრობ, რომ, როგორც დამხმარე, წარმატებული ვარ	1	2	3	4	5

28. ვერ ვიხსენებ ბენეფიციართან ჩემი მუშაობის მნიშვნელოვან დეტალებს	1	2	3	4	5
29. ძალიან მზრუნველი ვარ	1	2	3	4	5
30. ბედნიერი ვარ რომ ეს საქმიანობა ავირჩიე	1	2	3	4	5

პროფესიული ცხოვრების ხარისხის კითხვარის პასუხების ინტერპრეტაცია

რა არის ჩემი ქულა და რას ნიშნავს ეს?

ამ ნაწილში თქვენ დააჯამებთ ტესტს, რათა გაიგოთ მათი მნიშვნელობა (ინტერპრეტაცია) თქვენთვის. იმისთვის, რომ იპოვოთ თქვენი ქულა (შედეგი) ყოველ ნაწილში, შეაჯამეთ კითხვები მარცხნივ და შემდეგ იპოვეთ თქვენი ქულა ცხრილში მარჯვნივ.

თანაგრძნობით კმაყოფილების შკალა

ცხრილიდან გადმოიტანეთ თქვენი რეიტინგი აქ ჩამოწერილ შეკითხვებზე და დააჯამეთ. ათივე პასუხის დაჯამებით შეძლებთ ნახოთ თქვენი კმაყოფილების დონე მარჯვენა ცხრილში

3. _____
 6. _____
 12. _____
 16. _____
 18. _____
 20. _____
 22. _____
 24. _____
 27. _____
 30. _____
 სულ: _____

თანაგრძნობით გამოწვეული კმაყოფილების კითხვარის ჯამი არის	ჩემი თანაგრძნობით გამოწვეული კმაყოფილების დონე არის
22 ან ნაკლები ქულა	დაბალი
23 და 41 შორის ქულა	საშუალო
42 და მეტი ქულა	მაღალი

გადაწვის შკალა

გადაწვის შკალაში დაგჭირდებათ დამატებითი ნაბიჯი. ვარსკვლავით აღნიშნული მონაცემები არის „შებრუნებული ქულები“. თუ თქვენ დააგროვებთ 1 ქულას, მის გასწვრივ დაწერეთ 5. მიზეზი, რატომაც ვითხოვთ ქულების შებრუნებას არის ის, რომ მეცნიერულად, გაზომვა უკეთ მუშაობს, როცა შეკითხვები პოზიტიურ კონტექსტშია დასმული. თუმცა, მათ შეუძლიათ ბევრი რამ გვითხრან მათ ნეგატიურ ფორმაზე. მაგ., შეკითხვა 1. „მე ბედნიერი ვარ“ მეტს ამბობს დახმარების გავლენის შესახებ როდესაც არ ხართ ბედნიერი. ამგვარად, ატრიალებთ ქულებს.

*1. ____ = ____
 *4. ____ = ____
 8. _____
 10. _____
 *15. ____ = ____
 *17. ____ = ____
 19. _____
 21. _____
 26. _____
 *29. ____ = ____
 სულ: _____

ჩემი გადაწვის კითხვარის ჯამი არის	ჩემი გადაწვის დონე არის
22 ან ნაკლები ქულა	დაბალი
23 და 41 შორის ქულა	საშუალო
42 და მეტი ქულა	მაღალი

თუ თქვენი ქულაა	დაჯამებისას გამოიყენეთ
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

მეორეული ტრავმული სტრესის შკალა

ისევე, როგორც თანაგრძნობით
გამოწვეული კმაყოფილების
ცხრილში, აქაც გადმოიტანეთ
თითოეული შეკითხვის რეიტინგი
ამ ცხრილში და დააჯამეთ. ამის
შემდეგ თქვენ შეძლებთ იპოვოთ
თქვენი გადაწვის დონე ამ ცხრილში
მარჯვნივ

- 2. _____
- 5. _____
- 7. _____
- 9. _____
- 11. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 23. _____
- 25. _____
- 28. _____
- სულ: _____

ჩემი მეორეული სტრესის კითხვარის ჯამია	ჩემი გადაწვის დონე არის
22 ან ნაკლები ქულა	დაბალი
23 და 41 შორის ქულა	საშუალო
42 და მეტი ქულა	მაღალი

დანართი 10.2.

თვით-ზრუნვის სავარჯიშოები

მაინდფულნესა (MINDFULNESS) დაფუძნებული პროგრამები

2018 წლის სისტემატური მიმოხილვის და მეტა-ანალიზის¹ შედეგად გამოვლინდა, რომ მაინდფულნესზე (Mindfulness) დაფუძნებული პროგრამები ეფექტურია სამუშაო ადგილის სტრესის მართვისთვის და მსგავსი ინტერვენციები შეიძლება იყოს პერსპექტიული გზა სტრესის ფიზიოლოგიური მაჩვენებლების გასაუმჯობესებლად.

მაინდფულნესის სახელით ცნობილი მდგომარეობა წარმოადგენს ადამიანის შინაგან შესაძლებლობას ცხადად აღიქვას და გააცნობიეროს ის შეგრძნებები, რომლებსაც კონკრეტულ მომენტში განიცდის. მაინდფულნესი აწმყოზე კონცენტრირების და გარემოსა და საკუთარი თავის სრულყოფილად შეგრძნების მდგომარეობაა - სავსე გონებით, გაცნობიერებული ყურადღებით, შეფასებასა და კრიტიკაზე უარის თქმით, აქ და ახლა ყოფნით. მის მისაღწევად ბევრი პრაქტიკა არსებობს. ჩვენ რამდენიმეს გაგიზიარებთ.

მაინდფულნესის პრაქტიკა მოიცავს აზრების, გრძნობების და ქცევების რეგულირებას. მიუხედავად იმისა, რომ მაინდფულნესი შეიძლება იყოს სტრუქტურირებული პრაქტიკა, ის ასევე შეიძლება მოიცავდეს გარკვეულ დროს დატვირთული დღის განმავლობაში საკუთარი თავის, ემოციების და ზოგადი მდგომარეობის შესამოწმებლად.

მაინდფულნესის პრაქტიკისთვის საჭირო „რა“ და „როგორ“ უნარები (Dietz, 2012):

“რა”

- o დაკვირვება
- o აღწერა
- o მონაწილეობა

“როგორ”

- o განსჯის გარეშე
- o ცნობიერად
- o ეფექტურად

ქვემოთ გთავაზობთ რამდენიმე სავარჯიშოს, რომლებიც მაინდფულნესზე დაფუძნებულ ტექნიკებს მიეკუთვნება.

დიაფრაგმული სუნთქვა

დიაფრაგმული სუნთქვა შეგიძლიათ სცადოთ სტრესის ან შფოთვის სიმპტომების მოსახსნელად.

დიაფრაგმული სუნთქვა, რომელსაც ზოგი მუცლის სუნთქვას უწოდებს, ასევე შეიძლება იყოს ფილტვის რეაბილიტაციის პროგრამის ნაწილი, რადგან ის ეხმარება ფილტვების გაძლიერებას და მათ ეფექტურად მუშაობას.

თუ დიაფრაგმა სრულად არ მუშაობს, სუნთქვისთვის სხეული სხვა კუნთებს გამოიყენებს და, როგორც წესი, ჩართავს ზურგის, კისრის ან მკერდის კუნთებს.

სუნთქვის ამ ტექნიკისთვის მნიშვნელოვანია კისრის და მხრების მოდუნება, რადგან სწორედ ეს აიძულებს დიაფრაგმას სუნთქვისას უფრო მეტი სამუშაო შეასრულოს. ამ ტექნიკის სწავლა სასურველია წოლით პოზიციაში, რადგან ეს მდგომარეობა გვეხმარება ჰაერით ფილტვების სრულად შევსებასა და მუცლის მოძრაობაზე ფოკუსირებაში.

1 Heckenberg RA, Eddy P, Kent S, Wright BJ. Do workplace-based mindfulness meditation programs improve physiological indices of stress? A systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res. 2018 Nov;114:62-71. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.09.010. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30314581.

დაწეპით ბრტყელ ზედაპირზე. ამოიღეთ ბალიში თავსა და მუხლებქვეშ. ბალიშები დაგეხმარებათ შეინარჩუნოთ სხეულის კომფორტული მდგომარეობა.

დაიდეთ ერთი ხელი მკერდზე, ხოლო მეორე - მუცელზე, ნეკნებსა და დიაფრაგმის შორის.

ჩასუნთქვის დროს ნელა ჩაისუნთქეთ ცხვირით და გაავსეთ მუცელი ჰაერით. ამ დროს მუცელზე დადებული ხელი მალა უნდა აიწიოს, გულმკერდი კი უძრავად დარჩეს.

ამოსუნთქვის დროს, დაჭიმეთ მუცლის კუნთები და ჩაწიეთ მუცელი. მოკუმეთ ტუჩები და ეცადეთ ორჯერ მეტი დრო მოანდომოთ ამოსუნთქვას. მკერდი კვლავ უძრავად უნდა დარჩეს.

უნდა ივარჯიშოთ 5-10 წუთის განმავლობაში, დღეში სამ-ოთხჯერ.

მას შემდეგ, რაც წოლით პოზიციაში დიაფრაგმული სუნთქვა თქვენთვის კომფორტული გახდება, შეგიძლიათ დაიწყოთ ვარჯიში ჯდომით ან დგომით. ამ პოზიციებში დიაფრაგმული სუნთქვის ვარჯიშისას მნიშვნელოვანია, რომ მხრები, თავი და კისერი იყოს მოდუნებული.

გააზრებული სუნთქვა

შეგიძლიათ სცადოთ ე.წ. გააზრებული (mindful) სუნთქვა შფოთვის, სტრესის, ძილის პრობლემების ან მალალი წნევის დასარეგულირებლად.

ეს ტექნიკა მოითხოვს, რომ ადამიანი მთლიანად კონცენტრირდეს სუნთქვაზე და გამოიყენოს ამგვარად ფოკუსირებული ყურადღება, როგორც მედიტაციის ფორმა.

გააზრებული სუნთქვის მრავალი განსხვავებული ტექნიკა არსებობს. ერთ-ერთი მარტივი ტექნიკაა ფოკუსირება ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვის ბუნებრივ რიტმზე, მისი შეცვლის მცდელობის გარეშე. ამის გაკეთებამ შეიძლება ბუნებრივად შეანელოს სუნთქვა.

გააზრებული სუნთქვის შესასრულებლად:

- ▶ იპოვნეთ მშვიდი ადგილი, სადაც ყურადღება არ გაგეფანტებათ
- ▶ აირჩიეთ კომფორტული პოზა - მჯდომარე ან ზურგზე წოლით
- ▶ ფოკუსირდით სუნთქვაზე - ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვის განცდაზე და მოუსმინეთ საკუთარ სხეულს
- ▶ მიეცით საშუალება აზრებს გაიარონ თქვენს გონებაში შეფასებისა და განსჯის გარეშე.

სუნთქვა 4X4

4X4 სუნთქვა მარტივი ტექნიკაა, რომლის შესრულებაც ადამიანს ნებისმიერ ადგილას შეუძლია, მათ შორის, სამუშაო მაგიდასთან ან კაფეში ყოფნისას.

ამისათვის:

- ▶ დაჯექით ზურგით კომფორტულ სკამზე და ფეხები დააყრდნეთ იატაკს.
- ▶ დახუჭეთ თვალები და ჩაისუნთქეთ ცხვირით; ნელა დათვალებთ ოთხამდე და შეიგრძენით, როგორ შედის ჰაერი ფილტვებში.
- ▶ შეიკავეთ სუნთქვა; ნელა დათვალებთ ოთხამდე, შეეცადეთ, პირი არ დახუროთ.
- ▶ ნელა ამოსუნთქეთ ისევ 4 თვლის განმავლობაში.
- ▶ შეისვენეთ 4 დათვლის განმავლობაში, სანამ ახალ ციკლს დაიწყებდეთ.
- ▶ შეეცადეთ კუნთების მოდუნებას მათი დაძაბვის ნაცვლად.
- ▶ გაიმეორეთ ეს ნაბიჯები, სულ მცირე, სამჯერ.
- ▶ იდეალურ შემთხვევაში, ადამიანმა უნდა ისუნთქოს 4 წუთის განმავლობაში, ან სანამ სიმშვიდე არ დაუბრუნდება. თუ ეს ტექნიკა გერთულებათ, შეგიძლიათ სცადოთ ოთხის ნაცვლად

სამამდე დათვლა. მას შემდეგ, როდესაც შეეჩვევით ასეთ სუნთქვას, შეგიძლიათ აირჩიოთ დათვლა ხუთამდე ან ექვსამდეც კი.

- ▶ ჩართეთ ეს ტექნიკა ყოველდღიურ რუტინაში.

სხეულის სკანირების სავარჯიშო

მოეწყვეთ კომფორტულად. დაჯექით სკამზე, გაასწორეთ ზურგი, ფეხები შეახეთ მიწას/იატაკს. ამ სავარჯიშოს შესრულება ასევე შეგიძლიათ ფეხზე დგომით ან წოლით. ნებისმიერ პოზიციაში ყოფნისას ხელები განალაგეთ კომფორტულად.

თვალები შეგიძლიათ დახუჭოთ ან არა.

ჩაისუნთქეთ რამდენჯერმე ღრმად და ნელა. ასევე სრულად და ნელა ამოისუნთქეთ. ჩაისუნთქეთ ცხვირით და ამოისუნთქეთ ცხვირით ან პირით. ჩასუნთქვისას იგრძენით მუცლის გაფართოება, ამოისუნთქვისას კი მოდუნდით და გამოუშვით ჰაერი მუცლის შეკუმშვით.

დაიწყეთ თქვენ ირგვლივ არსებული ხმებისგან გათავისუფლებით. გადაიტანეთ თქვენი ყურადღება გარედან საკუთარ თავში. თუ ოთახში არსებული ხმები ყურადღებას გიფანტავთ, უბრალოდ, შენიშნეთ ეს ხმები და დააბრუნეთ ყურადღება თქვენს სუნთქვაზე.

ახლა ყურადღება მიაპყარით ფეხებს. დაიწყეთ დაკვირვება ტერფებში შეგრძნებებზე. შეიძლება დაგჭირდეთ ფეხის თითების ოდნავ აწევა, რათა მეტად შეიგრძნოთ ისინი წინდებთან ან ფეხსაცმელთან შეხებისას. უბრალოდ შეამჩნიეთ შეგრძნებები - შეფასება-განსჯის გარეშე.

თუ ვერაფერს გრძნობთ, არა უშავს. უბრალოდ, საკუთარ თავს ნება დართეთ, რომ ისუნთქოს და შეიგრძნოს „არაფრის შეგრძნება“.

როცა მზად იქნებით, ყურადღება გადაიტანეთ კოჭებზე, წვივებზე, მუხლებზე და ბარძაყებზე. დააკვირდით შეგრძნებებს, რომლებსაც განიცდით მთლიანად ფეხებში. ჩაისუნთქეთ და ამოისუნთქეთ. თუ ამ ვარჯიშის შესრულებისას გონება გაგეფანტებათ, შენიშნეთ და აღნიშნეთ ეს რბილად - განსჯის გარეშე, და დააბრუნეთ გონება და ყურადღება ფეხებში შეგრძნებების აღმოსაჩენად. თუ შეამჩნევთ რაიმე დისკომფორტს, ტკივილს, სიმხურვალეს და სხვა შეგრძნებებს, არ შეაფასოთ - უბრალოდ, შენიშნეთ. დააკვირდით ამ შეგრძნებებს - მუდმივია თუ იცვლება დროდადრო. ეცადეთ, შეგრძნებები იყოს ამ მომენტში ისეთი, როგორც არის. ჩაისუნთქეთ და ამოისუნთქეთ.

მომდევნო ამოსუნთქვისას ყურადღება გადაანაცვლეთ მენჯის და ზურგის ქვედა არეში, „ნება დართეთ“ თქვენს ყურადღებას, რომ გადავიდეს და დააკვირდეს არსებულ შეგრძნებებს.

ნელ-ნელა გადაიტანეთ ყურადღება ზემოთ, ბეჭისკენ. დაინტერესდით აქაური შეგრძნებებით. შეიძლება შეიგრძნოთ ტემპერატურა, ავეჯთან ან საწოლთან შეხების წერტილები, და ა.შ.

ყოველი ამოსუნთქვისას შეგიძლიათ განთავისუფლდეთ დაძაბულობისგან, რაც დღის განმავლობაში დაგიგროვდათ და თან ატარებთ.

თანდათან გადაიტანეთ ყურადღება მუცელზე. შესაძლოა, შეამჩნიოთ ტანსაცმლის შეხება, ან მუცლის მოძრაობა ყოველი ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვისას. თუ ამ დროს აზრებს შეამჩნევთ, რბილად „გაუშვით“ ისინი და დაუბრუნდით შეგრძნებებს.

გადაიტანეთ თქვენი ცნობიერება გულმკერდისა და გულის არეში და უბრალოდ დააკვირდით, როგორ მოძრაობს გულმკერდი სუნთქვისას.

მომდევნო ამოსუნთქვისას ყურადღება გადაიტანეთ მკლავებზე, წინამხრებსა და ხელის მტევნებზე, თითებზე. თუ გონება გეფანტებათ, რბილად დააბრუნეთ ის ხელებში არსებულ შეგრძნებებთან. თქვენ შეიძლება შეამჩნიოთ გარკვეული განსხვავება მარცხენა მკლავსა და მარჯვენა მკლავს შორის - არ არის საჭირო ამის შეფასება. ამოსუნთქვისას შეიძლება იგრძნოთ ხელების მოდუნება და დაძაბულობის მოხსნა.

განაგრძეთ სუნთქვა და ყურადღება გადაიტანეთ კისრის და ყელის არეში. ეს ის ადგილია, სადაც ხშირად გვაქვს დაძაბულობა. დარჩით „აქაურ“ შეგრძნებებთან. ეს შეიძლება იყოს შებოჭილობა, დისკომფორტი. თავი დაანებეთ ნებისმიერ აზრს ან ისტორიას, რომელიც ამ ადგილს ეხება.

მომდევნო ამოსუნთქვისას გადაიტანეთ თქვენი ყურადღება თავის ქალის კანზე (სკალპზე) და სახეზე. დააკვირდით იქ არსებულ ყველა შეგრძნებას. ჩასუნთქვისას დააკვირდით ჰაერის მოძრაობას ცხვირში ან პირის ღრუში. ამოსუნთქვისას შეიძლება შეამჩნიოთ დაძაბულობის შერბილება.

ახლა კი აცალეთ თქვენს ყურადღებას, რომ გაფართოვდეს და მოიცვას თქვენი სხეული მთლიანად. დააკვირდით თქვენს სხეულს თავიდან ტერფებამდე. იგრძენით სუნთქვის რიტმი.

დასასრულ, ჩაისუნთქეთ ღრმად, ენერგიულად და ამოისუნთქეთ ბოლომდე. როცა მზად იქნებით, გაახილეთ თვალი და დააბრუნეთ ყურადღება ახლანდელ მომენტზე.

შეასრულეთ სხეულის სკანირების სავარჯიშო ყოველდღიურად, სასურველია ორჯერ - დილა-საღამოს. თუ სავარჯიშოს კეთებისას რამე პრობლემას აღმოაჩინეთ, მიხედეთ.

როდესაც ამ სავარჯიშოს აითვისებთ, თანდათან დაამატეთ თქვენი ემოციების, აზრების და სურვილების იდენტიფიცირება და დაკვირვება.

ამ გზით გაზრდით თვით-შეცნობის, საკუთარი თავის გაცნობიერების ხარისხს. სავარჯიშო დაგეხმარებათ, იპოვოთ პროფესიული გადაწყვეტილების ან ტრავმირების ადრეული ნიშნები.

კუნთების პროგრესული რელაქსაცია

ეს სავარჯიშო გამოიყენება დასამშვიდებლად, ემოციური და ფიზიკური წონასწორობის დასაბრუნებლად.

უარყოფითი ემოციების და დაძაბულობის ორი ძირითადი ფიზიოლოგიური სიმპტომია გახშირებული სუნთქვა და კუნთური დაძაბულობა. მუდმივ დაძაბულობას კი შეუძლია კუნთური სპაზმების, თავის ტკივილის და საჭმლის მონელების პრობლემების გამოწვევა.

რელაქსაცია მიმართულია, როგორც სუნთქვის ნორმალიზაციაზე, ასევე კუნთური დაძაბულობის მოხსნაზე. ეს ვარჯიში ეფექტურია მაღალი წნევის, თავის ტკივილების, უძილობის და შფოთვის მოხსნისათვის.

ამ სავარჯიშოს შესრულებისას კუნთებში დაძაბულობას აღმოაჩენთ და შეამჩნევთ აშკარა განსხვავებას დაძაბულობასა და მოდუნებას შორის. ყოველდღიური ვარჯიშით ნელ-ნელა ისწავლით, როგორ მიაღწიოთ სრულ რელაქსაციას იმავდროულად კონტროლის განცდის შენარჩუნებით.

მნიშვნელოვანია:

- ▶ ზედმეტად არ დაჭიმოთ კუნთები - მხოლოდ იქამდე დაჭიმეთ სანამ ეს დაძაბულობა დისკომფორტს შეგიქმნით; მოერიდეთ ტკივილს
- ▶ ისუნთქოთ ღრმად და ჰაერი ბოლომდე გამოუშვათ
- ▶ გეცვათ ისეთი ტანსაცმელი, რომელიც არ მოგიჭერთ

შესაძლოა კუნთების მოდუნების დროს თქვენ შეამჩნიოთ სიმძიმის ან სითბური შეგრძნებები. ამან არ დაგაბნიოთ. მიაქციეთ ყურადღება თქვენი კუნთების გარკვეულ ჯგუფს, დაჭიმეთ კუნთები და შეინარჩუნეთ დაჭიმულ მდგომარეობაში 7 წამის განმავლობაში. შემდეგ მოაღუნეთ და 10 წამის განმავლობაში დააკვირდით მოდუნების რეაქციას კუნთების ამ კონკრეტულ ჯგუფში. კუნთების დაჭიმვა და შემდეგ მოდუნება შეიძლება სამჯერ გაიმეოროთ.

დასხედით კომფორტულად.

ფეხები - შეატყუპეთ და გაასწორეთ. გაჭიმეთ ისე, რომ ფეხის თითები იატაკს შეეხოს (წარმოიდგინეთ რომ ცივი წყლის გუბეში ფრთხილად ყოფთ ფეხის წვერებს). ასე გაჩერდით 7 წამის განმავლობაში. მოაღუნეთ ტერფები. ასე გაიმეორეთ სამჯერ. ახლა ეცალეთ ფეხის თითები წვივებს შეახოთ. დაჭიმეთ და მოაღუნეთ. გაიმეორეთ 3 ჯერ.

ბარძაყები - დაჭიმეთ 7 წამის განმავლობაში და მოაღუნეთ.

მუცელი - დააკვირდით თქვენს მუცელს, შესწიეთ და დაძაბეთ კუჭის არეში.

მკერდი - ჩაისუნთქეთ ღრმად და შეიკავეთ სუნთქვა; გამოსწიეთ მკერდი წინ, დააკვირდით დაძაბულობას მკერდში და კუჭის მიდამოში. ახლა კი გამოუშვით მთელი ჰაერი და მოდუნდით.

თითები და ხელის მტევნები - შეკარით მუშტები არც ისე მაგრად. დააკვირდით დაძაბულობას თქვენს თითებში, ხელებში და მკლავებში. ახლა მოაღუნეთ. ჩაისუნთქეთ ღრმად და შემდეგ გამოუშვით მთელი ჰაერი.

მაჯა და ქვედა მკლავი - ასწიეთ თქვენი მაჯა თავის ზემოთ. თითები კი ჭერისაკენ აიშვირეთ, თქვენ უნდა გრძნობდეთ დაძაბულობას მკლავებში და მაჯაში. მოაღუნეთ 10 წამის განმავლობაში. გაიმეორეთ იგივე, რაც თითების რელაქსაციის დროს.

„ბიცეფსები“ - შეკარით მუშტები და გაწიეთ ხელი მხრის გასწვრივ. დაჭიმეთ ბიცეფსები (ორთავა კუნთი მხარსა და იდაყვს შორის) და დააკვირდით დაძაბულობას. ახლა კი გაუშვით მთელი დაძაბულობა. დააკვირდით რას გრძნობთ, როდესაც კუნთები მოდუნებულია. გაიმეორეთ 3-ჯერ.

მხრები - აიჩეჩეთ ორივე მხარი, ეცადეთ ისინი ყურებთან მიიტანოთ; დაძაბეთ და მოაღინეთ. დააკვირდით შეგრძნებებს.

შუბლი და წარბები - ახლა კი ყურადღება მიაქციეთ სახის კუნთებს. დაჭიმეთ მაგრად თქვენი შუბლი და წარბები და დააკვირდით დაძაბულობას, შემდეგ კი ბოლომდე მოაღუნეთ კუნთები.

თვალები - დახუჭეთ თვალები რაც შეიძლება მაგრად. დააკვირდით დაძაბულობას. მოაღუნეთ. ვიმეორებთ 3-ჯერ, როგორც ყველა სხვა ინსტრუქციის დროს.

ყბა - მიაბჯინეთ ზედა და ქვედა ყბა ერთმანეთს და დააკვირდით დაძაბულობას ლოყებსა და ყბებში. მოაღუნეთ.

ტუჩები - მიაბჯინეთ ტუჩები და დაძაბეთ სრულად. მოაღუნეთ. გაიმეორეთ.

კისრის კუნთები - გადაწიეთ თავი უკან და დაძაბეთ კისრის კუნთები; მოაღუნეთ, დააკვირდით შეგრძნებებს.

ყელის კუნთები - გადმოწიეთ თავი წინ ისე, რომ თქვენი ნიკაპი მიეხრის მკერდს. დააკვირდით იმ დაძაბულობას, რომელსაც გრძნობთ ყელის კუნთებში. მოაღუნეთ; გაიმეორეთ.

ამოისუნთქეთ და გამოუშვით მთელი დაძაბულობა. რამდენიმე ღრმა ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის შემდეგ დაასრულეთ სავარჯიშო.

ქვემოთ მოცემულია რამდენიმე მარტივი ტექნიკა, რომელიც გვეხმარება ემოციების დაბალანსებასა და მოწესრიგებაში.

ემოციური რეგულაციის ქსავითი ტექნიკები

- ▶ შეჩერდი
 - რამდენჯერმე ღრმად ჩაისუნთქე. ნურაფერს გააკეთებ. დაელოდე „პასუხს“.
 - გამოიყენე ეს, როგორც შესაძლებლობა იმის დასანახად, რომ ცუდი არაფერი ხდება
- ▶ შეისვენე
 - გაეცალე სიტუაციას
 - განსაზღვრე დაბრუნების დრო
- ▶ გააკეთე რამე, რაც სიამოვნებას მოგანიჭებს
 - რეგულარულად აკეთე შენთვის მნიშვნელოვანი და სასიამოვნო (აქციე რუტინად)
 - გააკეთე რამე სასიამოვნო, როცა თავს ცუდად იგრძნობ
- ▶ ითხოვე დახმარება/მხარდაჭერა
 - დაურეკე მეგობარს, ახლობელს და გაუზიარე შენი წუხილი, იმედგაცრუება და ა.შ.
- ▶ ჩაანაცვლე პრობლემური ქცევა
 - ალტერნატიული ქცევით
 - საპირისპირო ქცევით (იხ. ქვემოთ)

საპირისპირო ქველაბა

საპირისპირო ქველაბის უნარი დაგეხმარებათ, შეაჩეროთ ინტენსიური ან ძალიან დატვირთული ემოცია.

ემოციებს ხშირად თან ახლავს კონკრეტული ქველაბა, როგორცაა ბრაზის დროს კამათი, ან სევდის გამო სიტუაციიდან გაქველაბა. ჩვენ ხშირად ვვარაუდობთ, რომ ემოციები იწვევს ქველაბებს და არა პირიქით.

სინამდვილეში, შესაძლებელია ემოციის „გამოძახება“ სპეციფიკური ქველაბით, რომელიც დაკავშირებულია ამ კონკრეტულ ემოციასთან.

იმის ნაცვლად, რომ გააკეთოთ ის, რასაც ჩვეულებრივ გააკეთებდით, როცა გარკვეულ ემოციებს (ბრაზი, შფოთვა, წუხილი) გრძნობთ, სცადეთ საპირისპირო ქველაბა. თუ გაბრაზებული ხართ, სცადეთ ჩუმად ისაუბროთ ყვრილის ნაცვლად. თუ მოწყენილი ხართ, სცადეთ ესაუბროთ მეგობრებს მათგან განშორების ნაცვლად.

ეცადეთ, რეგულარულად ივარჯიშოთ ამ პრაქტიკაში.

გრაუნდინგი/ცენტრირება/ყურადღების გადატანა

„გრაუნდინგი“ (grounding, დამიწება) ემოციური ტკივილისგან, შფოთვისა და დისტრესის განცდებისგან დისტანცირების მარტივი სტრატეგიაა, რომელიც უზრუნველყოფს ფოკუსის გადატანას, ცენტრირებას, ბალანსის დაბრუნებას და თვით-რეგულაციას.

ეს სავარჯიშოები გამოიყენება სტრესის და ტრავმული შეგრძნებების „ჩამრთველ“ / მატრიგერებელ სიტუაციებთან და შეგრძნებებთან გასამკლავებლად.

- ▶ გრაუნდინგის სავარჯიშოების გამოყენება შესაძლებელია ნებისმიერ დროს და ადგილას.
- ▶ გამოიყენება ტრიგერთან ექსპოზიციის, რისხვის, დისოციაციის ან სხვა ძლიერი ნეგატიური ემოციის დროს.
- ▶ გრაუნდინგი გეხმარებათ შეინარჩუნოთ ჯანმრთელი დისტანცია თქვენსა და თქვენს ემოციებს შორის.
- ▶ მისი გამოყენება მიზანშეწონილია განათებულ ოთახში/სივრცეში.
- ▶ გრაუნდინგის დროს უნდა შეინარჩუნოთ ნეიტრალური, არა განმსჯელი დამოკიდებულება. ამ დროს არ ფიქრობთ „კარგსა“ და „ცუდზე“. მაგალითად, ნაცვლად იმისა, რომ თქვით „კედლები ღია ფერისაა და მომწონს“, ამბობთ: „კედლები ღია ფერისაა“ და განაგრძობთ სავარჯიშოს.
- ▶ ფოკუსირდით მხოლოდ აწმყოზე - არც წარსულზე და არც მომავალზე.

გრაუნდინგის ფორმები

შეიძლება გამოვყოთ გრაუნდინგის სამი ძირითადი ფორმა: გონებრივი - ფიქრებზე კონცენტრირება; ფიზიკური - სხვადასხვა სენსორულ/შეგრძნებით არხების გამოყენება; დამამშვიდებელი - საკუთარ თავთან საუბარი.

ზოგადად, ეს სავარჯიშოები ინტუიციურია - ადამიანები ინტუიციურად მიმართავენ და იყენებენ მათ. ხშირად საბავშვო თამაშებსაც ჰგავს, ადვილად შესასრულებელია და, შესაბამისად, კრიტიკულ მომენტში იოლად გასახსენებელი.

სავარჯიშოთა რეპერტუარი ფართოა და იქიდან ჩვენთვის მისაღებ პრაქტიკას ვირჩევთ. მნიშვნელოვანია წინასწარ ვარჯიში, რათა კრიტიკულ მომენტში არ გავიჭიროდეს შესრულება.

„გონებრივი“ სავარჯიშოების ჩამონათვალი

- ▶ საკუთარ თავს ეთამაშეთ „კატეგორიები“, მაგალითად, ჩამოთვალეთ ძაღლის ჯიშები, რომანტიკოსი მწერლები, ქუჩის სახელები, ქალაქები, რომელიმე შერჩეულ ასოზე დაწყებული სიტყვები, და ა.შ.

- ▶ გაიხსნეთ საყვარელი კერძი და აღწერეთ მისი მომზადების წესი და პროცედურა დეტალურად
- ▶ თქვით: „მე ვარ . . . , მე აქ ვარ, მე უსაფრთხოდ ვარ, დღეს ორშაბათია, . . . წელია, . . . რიცხვი და თვე“
- ▶ წაიკითხეთ რაიმე წარწერა/სიტყვა უკუღმა, ასო-ასო, აუჩქარებლად
- ▶ ჩამოთვალეთ ანბანის ასოები; დაითვალეთ 100-იდან უკუმიმართულებით 7-იანი ბიჯით.

ფიზიკური სავარჯიშოების ჩამონათვალი

- ▶ აღწერეთ გარემო დეტალურად ყველა სენსორული არხის გამოყენებით, მაგალითად, „კედლები თეთრია, ოთახში ხუთი სავარძელია, ხის თაროზე წიგნები დევს, ისმის მანქანების მოძრაობის ხმა, მუხრუჭის ხმა“ და ა.შ. აღწერეთ ობიექტები, ხმები, ტექსტურა, ფერები, სუნები, ფორმები, ტემპერატურა და ა.შ.
- ▶ დაასახელეთ 5 რამ, რასაც ხედავთ, 4 - რაც გესმით, 3 - რასაც სხეულით შეიგრძნობთ, 2 - რა სუნსაც გრძნობთ, და 1 რამ დადებითი თქვენს შესახებ
- ▶ მონაცვლეობით შეეხეთ ცივ და ცხელ საგანს/წყალს
- ▶ მჭიდროდ ჩაეჭიდეთ რაიმე საგანს, მაგალითად, სკამის სახეულურს
- ▶ შეეხეთ სხვადასხვა საგანს და დააკვირდით შეგრძნებებს
- ▶ ქუსლებით „დაერჭეთ“ იატაკზე
- ▶ ახტით
- ▶ დააკვირდით საკუთარ სხეულს, მოძებნეთ შეგრძნებები ფეხის თითებში, სკამის საზურგეზე მიყრდნობილ ბეჭებში, და ა.შ.
- ▶ შეკარით და გაშალეთ მუშტები
- ▶ ნელა შეჭამეთ რამე. დააკვირდეთ შეგრძნებებს და აღწერეთ დეტალურად (თქვენთვის)
- ▶ დააკვირდით სუნთქვას (რიტმის შეცვლის გარეშე); შეამჩნიეთ თითოეული ჩასუნთქვა და ამოსუნთქვა.

დამამშვიდებელი ტიპის სავარჯიშოები

- ▶ უთხარით საკუთარ თავს რამე პოზიტიური, თითქოს პატარა ბავშვს ელაპარაკებოდეთ: „შენ კარგი ადამიანი ხარ. მართალია, ახლა რთული პერიოდი გაქვს, მაგრამ თავს გაართმევ“.
- ▶ წარმოიდგინეთ საყვარელი ადამიანების სახე ან დაათვალიერეთ მათი ფოტოები.
- ▶ დაისწავლეთ/გაიხსენეთ პოზიტიური ფრაზები ლექსებიდან, პოემებიდან, პირადი საუბრებიდან - ისეთები, რომლებიც ძალას გაძლევთ.
- ▶ გაიხსენეთ ან წარმოიდგინეთ და აღწერეთ ადგილი, სადაც თავს მშვიდად და დაცულად გრძნობთ.

რა უნდა ქნათ, თუ გრაუნდინგი არაეფექტურია

გრაუნდინგი ეფექტურია! მაგრამ ნებისმიერი სხვა უნარ-ჩვევის მსგავსად ისიც საჭიროებს გავარჯიშებას.

ივარჯიშეთ ყოველდღიურად ხშირად და საკმარისი დროით.

დააკვირდით, რომელი მეთოდი უფრო მოგწონთ. სცადეთ ის სავარჯიშოებიც, რომლებიც აქამდე არ გაგიკეთებიათ.

თიფზი - TIPP

მარშა ლინეჰანის დიალექტიკურმა ქცევითმა თერაპიამ (DBT)² ბევრი ტექნიკის შექმნის საშუალება მოგვცა. TIPP ერთ-ერთი მათგანია. TIPP არის კრიზისული ინტერვენციის უნარი, რომელიც შექმნილია ინტენსიური ემოციების შესამცირებლად, რათა უფრო ლოგიკურად შეხედოთ სიტუაციას და მიიღოთ გადაწყვეტილება.

აი, როგორ მუშაობს ეს ტექნიკა:

(T)emperature - ტემპერატურა. მოიცავს ნერვული სისტემის რეგულირებას იმ ქმედებებით და საგნებით, რომლებიც ამცირებენ სხეულის ტემპერატურას. ასეთია, მაგალითად, სახის ჩაყოფა ყინულით სავსე თასში „მოკირების“ და თქვენი ნერვული სისტემის აწმყოში გადმომისამართების მიზნით.

(I)ntense exercise - ინტენსიური ვარჯიში. ყველამ, ვისაც ოდესმე ურბენია „ემოციური ორთქლის გამოსაშვებად“, იცის, რამდენად სასარგებლოა ეს. ინტენსიურ ვარჯიშს შეუძლია ყურადღების გადატანაც და კრიზისის დროს ემოციების დარეგულირებაც.

(P)ace breathing - სუნთქვის ტემპი. როდესაც სტრესში ვართ, ჩვენი სუნთქვა აჩქარებული და ზედაპირული ხდება. სუნთქვის ვარჯიშებმა შეიძლება შეანელოს თქვენი სუნთქვა, გახადოს ის უფრო სტაბილური და ღრმა, შეამციროს შფოთვა, დაგაბრუნოთ „ახლა და აქ“ მდგომარეობაში და დაგიბრუნოთ წონასწორობა/ბალანსი (იხ. სუნთქვის სავარჯიშოები ზემოთ).

(P)aired muscle relaxation - დაწყვილებული კუნთების რელაქსაცია. სათითაოდ მოაღუნეთ კუნთების თითოეული ნაკრები - სახიდან ფეხის თითებამდე, რათა დაამშვიდოთ და დაასვენოთ ისინი (იხ. კუნთების პროგრესული რელაქსაციის სავარჯიშო ზემოთ).

2 Marsha M. Linehan & Chelsey R. Wilks. 2018. The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. The American Journal of Psychotherapy. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>

დანართი 6.1.

თვითდაზიანება / სუიციდი

სუიციდი (თვითმკვლელობა) წარმოადგენს პირის მიერ თავის განზრახ მოკვლის აქტს. თვითდაზიანება უფრო ფართო ტერმინია და ასახავს მიზანმიმართულად საკუთარი თავის მონაწილას ან დაზიანებას, ფატალური განზრახვით ან შედეგით, ან მათ გარეშე.

10 წელზე უფროსი ასაკის ნებისმიერი პირი, ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელიმე მდგომარეობის არსებობისას, უნდა გამოიკითხოს ბოლო თვის განმავლობაში თვითდაზიანებაზე აზრების ან გეგმის და წინა წლის განმავლობაში თვითდაზიანების აქტის ჩადენის შესახებ:

- ნებისმიერი სხვა პრიორიტეტული MNS მდგომარეობა . იხ. მთავარი სქემა (მს)
- ქრონიკული ტივილი
- მწვავე ემოციური დისტრესი

შეაფასეთ თვითდაზიანებასთან დაკავშირებული აზრები, ფიქრები, გეგმები და აქტები თავდაპირველი შეფასების დროს და შემდგომ პერიოდულად, საჭიროების მიხედვით, ყურადღება მიაქციეთ პირის ფსიქიკურ მდგომარეობასა და ემოციურ დისტრესს.



ქლინიკური რჩევა

► შეკითხვა თვითდაზიანების შესახებ არ ახდენს თვითდაზიანების აქტის პროვოცირებას. ის ხშირად ამტკიცებს თვითდაზიანებაზე ფიქრთან დაკავშირებულ შფოთვის და ეხმარება პიროვნებას იგრძნოს, რომ მისი ესმით. თუმცა, თვითდაზიანების შესახებ კითხვის დასამატებ შეეცადეთ პიროვნებასთან ურთიერთობის დამყარებას. სთხოვეთ მას, აგისწავთ საკუთარი თავის დაზიანების მიზეზები.

სპი ▶ მოკლე მიმოხილვა




შეფასება

- ▶ შეაფასეთ, უცდია თუ არა პირს თვითდაზიანების სამედიცინო თვალსაზრისით სერიოზული აქტის ჩადენა
- ▶ შეაფასეთ თვითდაზიანების ჰსუიციდის უშუალო რისკი
- ▶ შეაფასეთ ნებისმიერი პრიორიტეტული MNS მდგომარეობის არსებობა
- ▶ შეაფასეთ ქრონიკული ტკივილის არსებობა
- ▶ შეაფასეთ ემოციური სიმპტომების სიმძიმე



მართვა

- ▶ მართვის პროტოკოლები
 1. თვითდაზიანების სამედიცინო თვალსაზრისით სერიოზული აქტი
 2. თვითდაზიანების 3 სუიციდის უშუალო რისკი
 3. თვითდაზიანების 3 სუიციდის რისკი
- ▶  ზოგადი მართვა და ფსიქოსოციალური ინტერვენციები



შემდგომი მთავარდგომება



სუი 1 ▶ შეფასება

შეაფასეთ თვითდაზიანება/ თვითმკვლელობა, თუ პირს აღინიშნება ნიშანები ან ნიშნები ჩამოთვლილი სიმპტომების:

- უკიდურესი უიმედობა და სასონარკვეთა, თვითდაზიანებასთან და სუიციდთან დაკავშირებული ამუშავება არსებული აზრები / გეგმები / ქმედება ან მათი ისტორია, თვითდაზიანების აქტი მონამულის / ინტოქსიკაციის ნიშნებით, სისხლდენა თვითმკვლევებულ ქრილობიდან, გონების დაკარგვა და/ან უკიდურესი ლეთარგია (ძილიანობა), ან
- ნებისმიერი პრიორიტეტული MNS მდგომარეობა, ქრონიკული ტკივილი ან უკიდურესი ემოციური დისტრესი

1

უცდია თუ არა პირს თვითდაზიანების სამედიცინო თვალსაზრისით სერიოზული აქტის ჩადენა?

შეაფასეთ, არსებობს თუ არა თვითდაზიანების მიტაცებულება დაჭენიშნები სიმპტომები, რომლებიც საჭიროებენ გადაუდებელ სამედიცინო მკურნალობას:

- მონამულის ან ინტოქსიკაციის ნიშნები
- სისხლდენა თვითმკვლევებულ ქრილობიდან
- გონების დაკარგვა
- უკიდურესი ლეთარგია (ძილიანობა)

▶ თუ პირი სამედიცინო თვალსაზრისით სტაბილურია, განახორციელეთ შესაბამისი მართვა, როგორც ამას საჭიროება მოითხოვს.



პირს

მის



საჭიროა თვითდაზიანების სამედიცინო თვალსაზრისით სერიოზული აქტის მართვა

- ▶ გადადით პროტოკოლ 1-ზე
- ▶ დაბრუნდით საფეხურზე 2

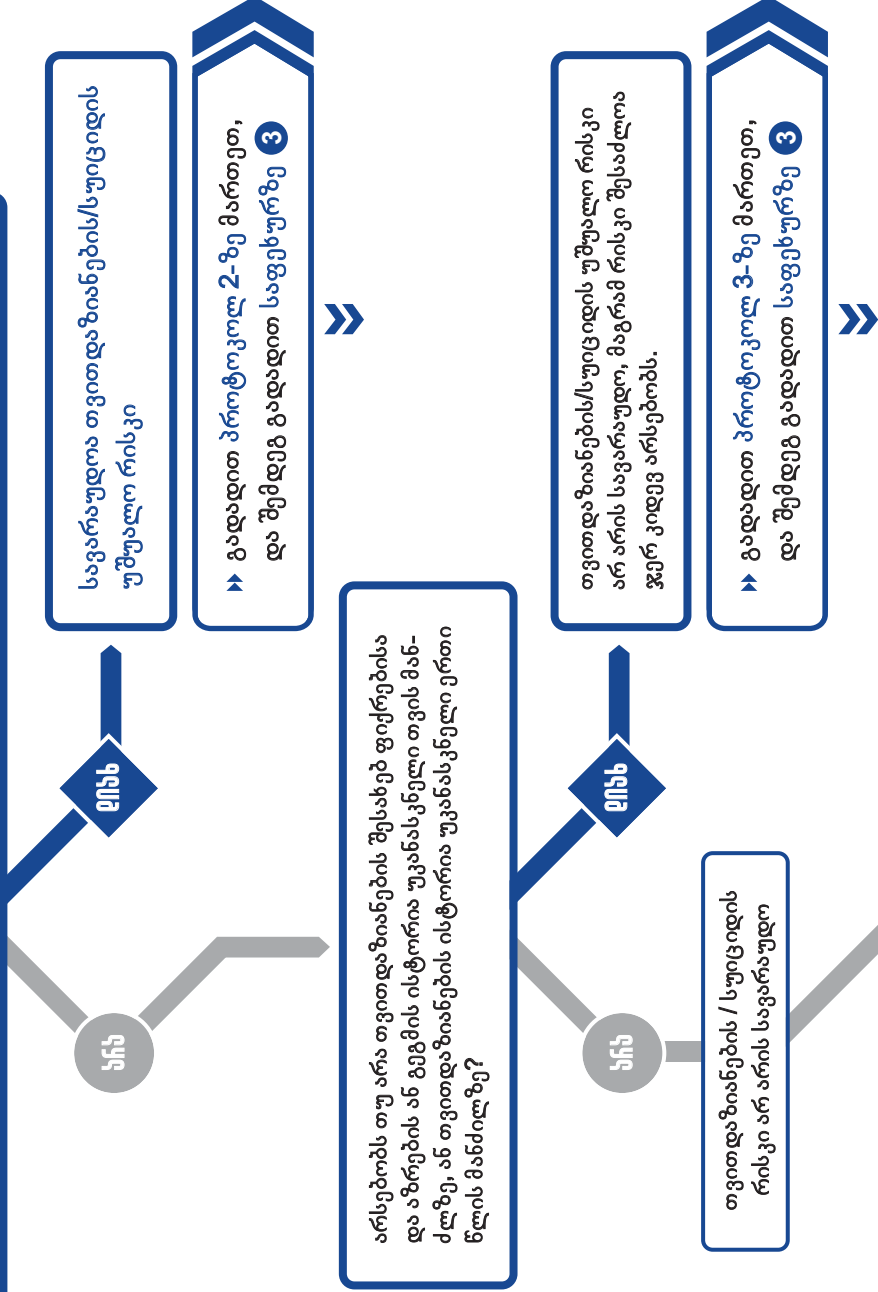
როდესაც პირი დასტაბილურდება სამედიცინო თვალსაზრისით.

2

სახეზეა თუ არა თვითდაზიანების/ სუიციდის უშუალო რისკი?

გამოკითხეთ პირი და მისი მზრუნველები, არსებობს თუ არა შემდეგი ჩამონათვალიდან ნებისმიერი:

- მიმდინარე ფიქრები/აზრები ან გეგმა თვითდაზიანების /სუიციდის შესახებ
- თვითდაზიანების შესახებ ფიქრებისა და აზრების ან გეგმის ისტორია უკანასკნელი თვის მანძილზე, ან თვითდაზიანების ისტორია უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე იმ პირის, რომელიც ამჟამად უკიდურესად ატანებულია და და-თრგუნულია, ან არ შემოდის კონტაქტში



3

აღენიშნება თუ არა პირს თანმხლები MNS მდგომარეობა?

- დეპრესია
- ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები
- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები
- ფსიქოზები
- ეპილეფსია

▶ მართეთ თანმხლები მდგომარეობები.
იხ. შესაბამისი მოდულები

ღიხხ

ჯიხ

4

აღენიშნება თუ არა პირს ქრონიკული ტკივილი?

▶ მართეთ ტკივილი და უმკურნალეთ ნებისმიერ შესაბამის სამედიცინო მდგომარეობას.

ღიხხ

ჯიხ

5

აღენიშნება თუ არა პირს ისეთი მძიმე ემოციური სიმპტომები, რომლებიც საჭიროებენ კლინიკურ მართვას?

- ჩვეულებრივი სამუშაო, სასკოლო, საშინაო ან სოციალური საქმიანობის შესრულების გაძნელება
- განმეორებითი თვითმკურნალობა ემოციური სტრესის გამო, ან აუხსნელი ფიზიკური სიმპტომები
- გამოსატული დისტრესი ან განმეორებითი დახმარების ძიება

▶ მართეთ ემოციური სიმპტომები
▶ გადადით სხვა-ზე

ღიხხ

ჯიხ

▶ გადადით სუი 3-ზე (მეთვალყურეობა)





სუი 2 ▶ მართვა

პრობლემატიკა

1

თვითდაზიანების სიმპტომები თვითდაზიანების სიმპტომები

- ▶ ყველა შემთხვევისთვის: მოთხოვნით პირი სამედიცინო დახმარებას უსაფრთხოდ და მხარდასმობს.
- ▶ ❗ არ დატოვოთ პირი მარტო.
- ▶ უპიკრატული და ზიანების ან მოწოდებას უპასუხოდ მონაცემებით მწვავე ინტოქსიკაციის შემთხვევაში, მიჰყევით მოდულს "პესტიციდით ინტოქსიკაციის მართვა". (2.1)
- ▶ თუ საჭიროა ჰოსპიტალიზაცია, გააგრძელეთ პირის საბუნებრივად მონიტორინგი სუიციდის თავიდან ასაცილებლად.
- ▶ იზრუნეთ თვითდაზიანების მქონე პირზე. (2.2)
- ▶ შესთავაზეთ და გააქტიურეთ ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა. (2.3) ❗
- ▶ შესთავაზეთ მზრუნველების დახმარება (2.4)
- ▶ მიმართეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს კონსულტაციისთვის, თუ ეს ხელმისაწვდომია ❗
- ▶ შეინარჩუნეთ რეგულარული კონტაქტი და განახორციელეთ შემდგომი მეთვალყურეობა. ❗

პრობლემატიკა

2

თვითდაზიანების/სუიციდის უზუსტო რისკი

- ▶ მოცილებულ თვითდაზიანების პოტენციური საშუალებები.
- ▶ შემთხვევითი უსაფრთხო და მხარდასმობის გარეშე; თუ ეს შესაძლებელია, მკურნალობის მოლოდინის პერიოდისთვის შესთავაზეთ განცალკევებული, წყნარი ოთახი.
- ▶ ❗ არ დატოვოთ პიროვნება მარტო.
- ▶ მთელი დროის მანძილზე გაუწიეთ ზედამხედველობა და გამოყავით კონკრეტული პერსონალი ან ოჯახის წევრი პირის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად.
- ▶ ყურადღება მიაქციეთ პირის ფსიქიკურ მდგომარეობას და ემოციურ დისტრესს.
- ▶ უზრუნველყავით ფსიქოგანათლება პირისა და მისი მზრუნველებისთვის. (2.5) ❗
- ▶ შესთავაზეთ და გააქტიურეთ ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა. (2.3) ❗
- ▶ შესთავაზეთ მზრუნველების დახმარება. (2.4)
- ▶ თუ ხელმისაწვდომია, მიმართეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს კონსულტაციისთვის ❗
- ▶ შეინარჩუნეთ რეგულარული კონტაქტი და განახორციელეთ შემდგომი მეთვალყურეობა. ❗

პრობლემატიკა

3

თვითდაზიანების/სუიციდის რისკი

- ▶ შესთავაზეთ და გააქტიურეთ ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა. (2.3) ❗
- ▶ თუ ხელმისაწვდომია, მიმართეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს კონსულტაციისთვის ❗
- ▶ შეინარჩუნეთ რეგულარული კონტაქტი და განახორციელეთ შემდგომი მეთვალყურეობა. ❗

2.1. პესტიციდებით ინტოქსიკაციის მართვა

- ➔ თუ ჯვანდაცვის დაწესებულებას აქვს უნარებისა და რესურსების მინიმალური ნაკრები, უმკურნალეთ პირს ჯვანდობის შემდეგ დოკუმენტის მიხედვით: “წინ-ვავე პესტიციდური ინტოქსიკაციის კლინიკური მართვა” (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

სხვა შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ გადაიყვანეთ პირი ჯვანდაცვის დაწესებულებაში, რომელსაც აქვს შემდეგი რესურსები:

- რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარებისა და პესტიციდებით ინტოქსიკაციის კლინიკური ნიშნების შეფასების ცოდნა და უნარები;
- სასუნთქი გზების მართვის ცოდნა და უნარები; კერძოდ, ინტუბაცია და სუნთქვის მხარდაჭერა, სავენტრილაციო სუნთქვის აპარატთან შეერთებამდე;
- ატროპინი და მისი ინტრავენურად (ი.ვ.) შეყვანის საშუალება, ქოლინერგიული მოწამვლის ნიშნების განვითარებისას;
- დიაგნოზი და მისი ი.ვ. შეყვანის საშუალება გულყრების განვითარების შემთხვევაში.
- ➔ განიხილეთ გააქტივებული ნახშირის მიცემა, თუ პირის ცნობიერება შენახულია, პირი იძლევა ინფორმირებულ თანხმობას, და შემოყვანილია მოწამვლიდან ერთი სათის განმავლობაში.
- ➔ ღებინების ძალით გამოწვევა არ არის რეკომენდებული
- ➔ **⚠** არ უნდა მივცეთ პიროვნებას სითხეები პერორალურად.

2.2. თვითდაზიანების მქონე პირზე ზრუნვა

- ➔ მოათავსეთ პირი უსაფრთხო და მხარდაჭერა გარემოში სამედიცინო დაწესებულებაში (⚠) არ დატოვოთ პირი მარტო. თუკი ადამიანს მოუწია მკურნალობის ლოდინი, შესთავაზეთ ისეთი გარემო, სადაც სტრესი მინიმუმამდე შემცირდება; თუ შესაძლებელია, მოათავსეთ პირი განცალკევებულ, წყნარ ოთახში მუდმივ ზედამხედველობის ქვეშ და რეგულარული კავშირით შეჩვეულ პერსონალთან ან ოჯახის წევრთან მისი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად.
- ➔ მოაცილეთ თვითდაზიანების პოტენციური საშუალებები.
- ➔ მიმართეთ კონსულტაციისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს, თუ ხელმისაწვდომია. **⚠**
- ➔ მოახდინეთ ოჯახის, მეგობრებისა და სხვა მასთან დაკავშირებული ადამიანების ან ხელმისაწვდომი სათემო რესურსების მოხილვაცა უშუალო რისკის პერიოდში პიროვნების მონიტორინგისა და მხარდაჭერის მიზნით (იხ. “შესთავაზეთ და გააქტიურეთ ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა”. (2.3))
- ➔ უმკურნალეთ თვითდაზიანების მქონე პირებს ისეთივე ზრუნვით, პატივისცემით და მათი პირადი ცხოვრების ხელშეწყობის დაცვით, როგორც სხვა ადამიანებს, და იყავით მგრძობიარე თვითდაზიანებასთან ასოცირებული სავარაუდო ემოციური დისტრესის მიმართ.
- ➔ ჩართეთ მზრუნველები, თუკი პირს სურს მათი მხარდაჭერა შეფასებისა და მკურნალობის პროცესში; თუ შესაძლებელია, ფსიქოსოციალური შეფასება უნდა მოიცავდეს პირსპირ გასაუბრებას პიროვნებასა და ჯანდაცვის მუშაკს შორის პირადი საკითხების გამოკვლევის მიზნით.
- ➔ უზრუნველყავით ემოციური მხარდაჭერა მზრუნველებისთვის/ ოჯახის წევრებისთვის, თუ ეს მათ სჭირდებათ (2.4)
- ➔ უზრუნველყავით ზრუნვის უწყვეტობა.

- ➔ რეკომენდებული არ არის ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების არაფსიქიატრიულ სერვისებში პირის პოსპიტალიზაცია თვითდაზიანების პრევენციის მიზნით. თუმცა, თუ თვითდაზიანების სამედიცინო შედეგებიდან გამომდინარე, პირის მოთავსება აუცილებელია ზოგადი პროფილის (არაფსიქიატრიულ) საავადმყოფოში, საჭიროა პირის საგულდაგულო მონიტორინგი საავადმყოფოში შემდგომი თვითდაზიანების პრევენციის მიზნით.
- ➔ **მედიკამენტების დანიშნვის შემთხვევაში:**
 - თანმხლები მდგმარებლების მართვისთვის იხ. mhGAP IG შესაბამისი მოდულები ფარმაკოლოგიური ინტერვენციებისთვის.
 - გამოიყენეთ მედიკამენტები, რომლებიც მინიმალურად სახიფათოა დოზის განზრახ გადაჭარბების შემთხვევაში.
 - გამოწერეთ მედიკამენტები ხანმოკლე ვადით (მაგ. თითო ჯერზე ერთი კვირით).

ფსიქოსოსიალური ინტერვენციები

2.3. შესთავაზეთ და გააქტიურეთ ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა

- ▶ შესთავაზეთ მხარდაჭერა პიროვნებას
 - ექიბეთ და გამოიკვლიეთ სიცოცხლის შენარჩუნების მიზეზები და გზები.
 - ფოკუსირება მოახდინეთ პირის ძლიერ მხარეებზე, ნახა-ალისაზე, ისაუბროს იმაზე, თუ როგორ გადაჭრა პრობ-ლემები წარსულში.
 - განიხილეთ პრობლემების გადაჭრის თერაპია იმ ადამი-ანების დასახმარებლად, რომლებმაც ჩაიდინეს თვით-დაზიანების აქტი უკანასკნელი წლის განმავლობაში, თუ ხელმისაწვდომია საკმარისი ადამიანური რესურსი.
- ▶ **გადადით მოდულზე აუცილებელი ზრუნვა და პრაქტიკა**

▶ გააქტიურეთ ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა

- მოახდინეთ ოჯახის, მეგობრების, პირთან დაკავშირე-ბული ადამიანებისა და სხვა ხელმისაწვდომი რესურსე-ბის მობილიზაცია პიროვნების საგულდაგულო მონიტორინგის უზრუნველსაყოფად რისკის არსებობის მთელი პერიოდის განმავლობაში.
- ურჩიეთ პიროვნებასა და მზრუნველებს, შეიზღუდოს თვითდაზიანების / სუიციდის პოტენციური საშუალებე-ბის (მაგ. პესტიციდების/ტოქსიკური ნივთიერებების, ექიმის დანიშნული მედიკამენტების, ცეცხლსასროლი იარაღის) ხელმისაწვდომობა თვითდაზიანების/ სუი-ციდის შესახებ ფიქრის, აზრების ან გეგმების არსებო-ბისას.
- მოახდინეთ სოციალური მხარდაჭერის ოპტიმიზაცია ხელმისაწვდომი სათემო რესურსებიდან. ეს მოიცავს არაოფიციალურ რესურსებს, როგორცაა ნათესავები, მეგობრები, ნაცნობები, კოლეგები და რელიგიური ლიდ-ერები ან, თუ ეს ხელმისაწვდომია, ოფიციალურ რესურსებსაც, მაგალითად, კრიზისულ ცენტრებს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ადგილობრივ ცენტრებს.

2.4. მზრუნველთა მხარდაჭერა

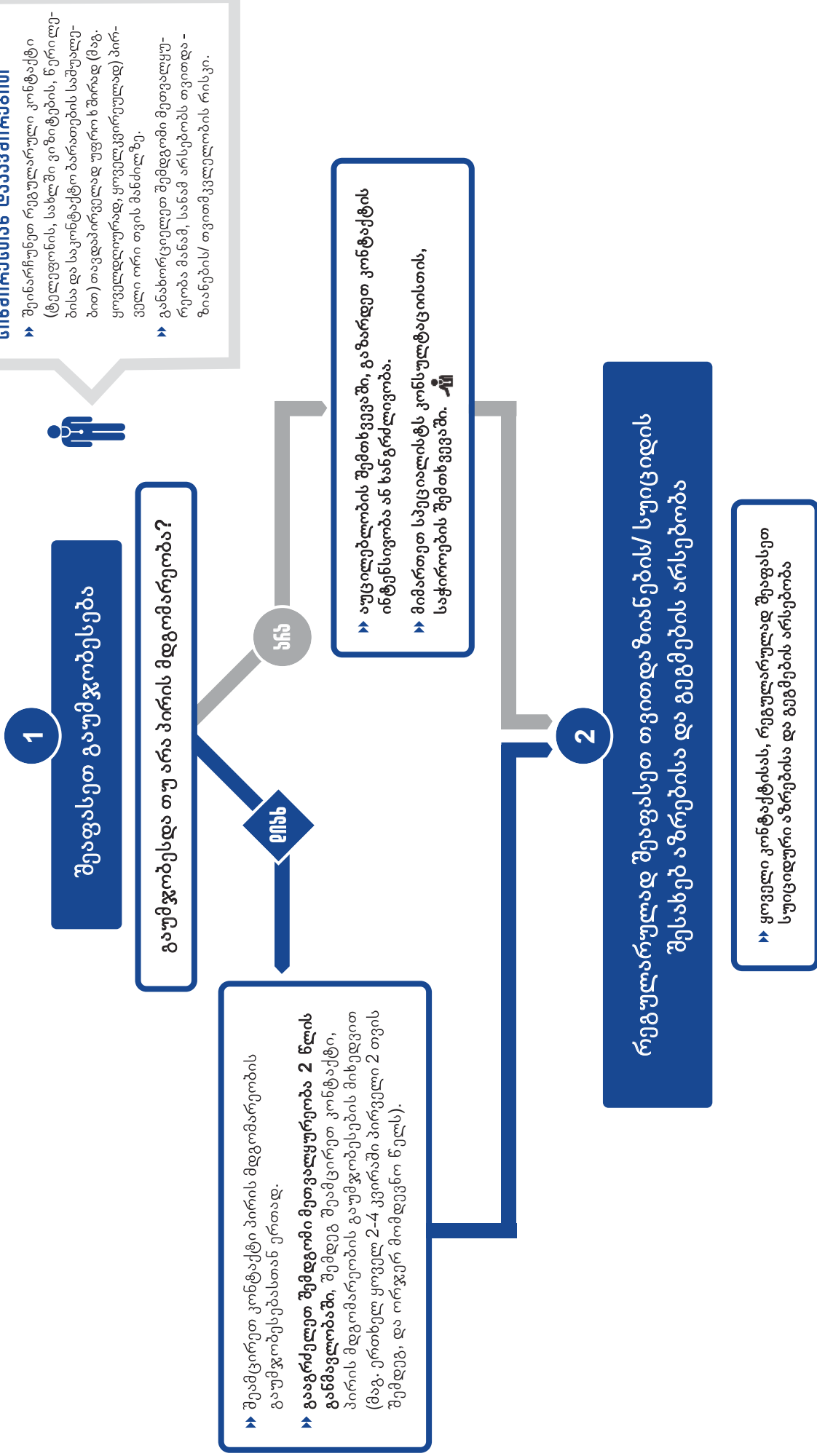
- ▶ განუმარტეთ მზრუნველებსა და ოჯახის წევრებს, რომ შეკითხვა თვითმკვლელობის შესახებ ხშირ შემთხვევაში ეხმარება ადამიანს შვების განცდაში, ამცირებს მის შფოთვის და აგრძნობინებს, რომ მისი ესმით.
- ▶ თვითდაზიანების რისკის მქონე პირების მზრუნ-ველები და ოჯახის წევრები ხშირად განიცდიან მძიმე სტრესს. უზრუნველყავით მათი ემოციური მხარდაჭერა, თუ ეს მათ სჭირდებათ.
- ▶ აუხსენით მზრუნველებს, რომ პიროვნების გამო იმედგაცრუების შესაძლო შეგრძნების მიუხედავად, უნდა მოერიდონ მტრულ და მწკვივრულ დამოკიდებულებას თვითდაზიანების / სუიციდის რისკის მქონე მოწვევადი პირის მიმართ.

2.5. ფსიქოგანათლება

- ▶ **საკვანძო გზავნილები პიროვნებისა და მისი მზრუნველებისთვის**
 - თუკი პირს აქვს თვითდაზიანების/სუიციდის შესახებ აზრები, დაუყოვნებლივ მიმართეთ დასახ-მარებლად სანდო ოჯახის წევრს, მეგობრებს ან ჯანდაცვის მუშაკს.
 - აბსოლუტურად დასაშვებია და ნორმალური თვითმკვლელობის შესახებ საუბარი. საუბარი სუიციდზე არ ახდენს თვითმკვლელობის პროგო-ცირებას.
 - სუიციდის პრევენცია შესაძლებელია.
 - თვითდაზიანების/ თვითმკვლელობის ეპიზოდის არსებობა წარმოადგენს სერიოზული ემოციური დისტრესის მაჩვენებელს. ადამიანი ვერ ხედავს ალტერნატივას ან გამოსავალს. ამიტომაც მნიშვნელოვანია დაუყოვნებლივ უზრუნველყოთ ადამიანის მხარდაჭერა ემოციური პრობლემებისა და სტრესთან დაკავშირებით. თვითდაზიანების საშუალებები (მაგ. პესტიციდები, ცეცხლსასროლი იარაღი, მედიკამენტები) უნდა იქნას გატანილი სახლიდან.
 - სოციალური ქსელი, ოჯახისა და სხვა შესაბამისი მნიშვნელოვანი ადამიანების ჩათვლით, არსებითია სოციალური მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად.



სპი 3 ▶ შემდგომი მეთვალყურეობა



www.coe.int

ევროპის საბჭო ადამიანის უფლებათა მონინავე ორგანიზაციაა კონტინენტზე. იგი შედგება 46 წევრი სახელმწიფოსგან, რომელთა შორისაც არის ევროკავშირის ყველა წევრი ქვეყანა. ევროპის საბჭოს წევრმა ყველა სახელმწიფომ ხელი მოაწერა ადამიანის უფლებათა ევროპულ კონვენციას – ხელშეკრულებას, რომლის ძირითადი მიზანია ადამიანის უფლებების, დემოკრატიისა და სამართლის უზენაესობის დაცვა. კონვენციის შესრულებას წევრ სახელმწიფოებში გედამხედველობს ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო.

