



CSS

# ფსიქოლოგიური კრიზისული ინტერვენსიის გზამკვლევი

## ავტორები:

თინა სოლომონია  
მარიამ ფანჯიკიძე  
თეკლე მაყაშვილი  
სესილი დარჩია  
თინათინ ქარელი  
ნინო სირაძე

## შინაარსობრივი რედაქტორი:

მარინე ჩიტაშვილი

## თანარედაქტორები:

მარიამ ალანია  
ნინო სირაძე  
ელენე ჯაფარიძე

## სტილის რედაქტორი:

ელენე ჩაბრაძე

2023

## სარჩევი

შესავალი .....	3
რა არის ფსიქოლოგიური კრიზისული ინტერვენცია .....	5
ისტორიული კონტექსტი .....	6
კრიზისული სიტუაცია და ტრავმა .....	7
ტრავმის განმარტება .....	7
რა სხვაობაა ფსიქოთერაპიასა და კრიზისულ ინტერვენციას შორის .....	10
ვისთან, სად და როგორ ვმუშაობთ კრიზისული ინტერვენციის მეთოდით .....	11
ვის სჭირდება პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება? .....	14
კრიზისული ინტერვენციის RAPID მოდელი .....	15
რაპორტი და რეფლექსიური მოსმენა (Rapport and reflective listening) .....	15
როგორ ხდება რაპორტის განვითარება? .....	16
რეფლექსიური მოსმენა .....	18
შეფასება და პრიორიტეტიზაცია (Assessment and Prioritization) .....	19
სკრინინგი .....	20
შეფასება .....	21
კოგნიტიური ინდიკატორი .....	22
ემოციური ნიშნები .....	23
ქცევითი ნიშნები .....	23
ნიშნები, რომლებიც უკავშირდება რწმენა-წარმოდგენების ცვლილებას .....	24
ფიზიოლოგიური ნიშნები .....	24
პრიორიტეტიზაცია .....	25
ინტერვენცია (Intervention) .....	26
დისპოზიცია და შემაჯამებელი შეხვედრა (Disposition and Follow-up) .....	32
კრიზისულ ინტერვენციაში ჩართულ პერსონალზე ზრუნვა და თვითზრუნვა .....	35
ბიბლიოგრაფია .....	40

## შესავალი

გზამკვლევი მომზადდა ფონდ „ღია საზოგადოება საქართველოს“ მხარდაჭერილი პროექტის: „პირველადი ფსიქოსოციალური დახმარების უზრუნველყოფა უკრაინის ომით დაზარალებულთათვის საქართველოში: ფსიქოგანათლებისა და რეფერალური სისტემის განვითარება და პარა-სპეციალისტების მომზადება“ ფარგლებში, რომელიც მიზნად ისახავდა უკრაინის ომში დაზარალებული, საქართველოში მყოფი ლტოლვილების დახმარებას, ასევე ფსიქოსოციალური განათლების და რეფერალური სისტემის განვითარების ხელშეწყობას.

პროექტის განხორციელების პროცესი რამდენიმე ეტაპისგან შედგებოდა:

- I – მოხალისეთა ტრენინგი – სპეციალისტების მომზადება კრიზისული ინტერვენციის საფუძვლების მიხედვით;
- II – უკვე არსებული სამედიცინო ფსიქოსაგანმანათლებლო და რეფერალური პორტალის ფუნქციონირების ხელშეწყობა;
- III – თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიური კონსულტაციისა და ტრენინგების ცენტრში კრიზისული ინტერვენციის ტრენინგ-მოდულის შემუშავება და დანერგვა;
- IV – პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების ქართულენოვანი გზამკვლევის მომზადება.

ეს გზამკვლევი ეფუძნება საერთაშორისო რეკომენდაციებისა და დარგის სახელმძღვანელოების კომპილაციას და აგრეთვე იმ პრაქტიკულ ცოდნას, რომელიც საომარი მოქმედებებით გამოწვეულ კრიზისსა და უკრაინელ ლტოლვილებთან ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის მიმართულებით მუშაობისას შეგროვდა და შეჯამდა.

მიმდინარე კრიზისების ფონზე ტრავმის ცნება და ტრავმის შემდგომი სულიერი ზიანის კვლევა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია. ასევე, უმნიშვნელოვანესია აკადემიურ წრეებში კრიზისული მოვლენის შემდგომი ზიანის დადგენა და შესაბამისი სერვისის უზრუნველყოფა, რომელიც მტკიცებულებებზე იქნება დაფუძნებული. ტრავმულ მოვლენაზე რეაქცია აქამდე არსებულ დაძლევის მეთოდებს აღემატება, შესაბამისად, იწვევს ტრავმირებული ადამიანის გამოფიტვას, რაც შემდგომში სხვადასხვა დაავადებით შეიძლება გამოვლინდეს.

კრიზისული მოვლენა საზოგადოებას მრავალმხრივ აზიანებს. კრიზისული მოვლენების სპეციფიკურ ფორმას წარმოადგენს ომი. ომის ტრავმა მოიცავს კლინიკურ, ფსიქოლოგიურ, ფილოსოფიურ, ლიტერატურულ, სოციოკულტურულ, პოლიტიკურ და ისტორიულ ასპექტებს.

მატრავმილებელი მოვლენის შემდგომი დახმარება და მიზნობრივი ადრეული ფსიქოსოციალური ინტერვენცია ამცირებს განცდილ უმწეობას და ხელს უწყობს დაძლევის მექანიზმების ნორმალიზაციას. კრიზისულ ჩარევას პრევენციული და კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს სასურველი შედეგების მიღების თვალსაზრისით (Shaver, 2011). შესაბამისად, ეს პროცესი უნდა განვიხილოთ, როგორც ერთიანი ჯანდაცვის პოლიტიკის ნაწილი და საზოგადოების ტრანსფორმაციის ხელშეწყობი მნიშვნელოვანი ფაქტორი.

კრიზისული ჩარევა გულისხმობს კლინიკამდელ ინტერვენციას უშუალოდ ტრავმული მოვლენის დროს და მის შემდგომ. ჩვენი ნაშრომი კრიზისული ინტერვენციის შესახებ მიზნად ისახავს იმ ძირითადი კრიტერიუმების განხილვას, რაც აუცილებელია წინაკლინიკური ინტერვენციის დაგეგმვისა და განხორციელებისთვის. ამგვარი ნაშრომები აადვილებს სხვადასხვა მიმართულების ჯგუფების თანამშრომლობას კრიზისული მოვლენის დროს და მის შემდგომ. ნაშრომში ვეცადეთ, განგვეხილა კრიზისთან დაკავშირებული ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორებიცაა: კრიზისული ინტერვენციის ჩარჩო, კრიზისული სიტუაციის შეფასება, ტრავმის შეფასება და პრიორიტეტიზაცია, ინტერვენციის დაგეგმვა და განხორციელება, ფსიქოპიგიენა კრიზისულ კონტექსტში და ა.შ. საკითხების შერჩევა განპირობებულია პრაქტიკული საჭიროებით, რათა სპეციალისტებისთვის უფრო ცხადი და ადვილი გახდეს ტრავმირებულ ადამიანებთან მუშაობის პროცესი.

იმედი გვაქვს, რომ ნაშრომში თავმოყრილი მასალები დაეხმარება სპეციალისტებს ისეთ მნიშვნელოვან საქმეში, როგორიცაა კრიზისული ინტერვენციის მართვა.

## რა არის ფსიქოლოგიური კრიზისული ინტერვენცია

ფსიქოლოგიური კრიზისული ინტერვენციის არსის, მიზნებისა და ამოცანების უკეთ გასაგებად, პირველ რიგში, საჭიროა განიმარტოს ტერმინი „კრიზისი“.

ადამიანის ცხოვრებაში კრიზისი შეიძლება განვითარდეს ისეთ სიტუაციებში, როდესაც მომხდარი სტრესული მოვლენა აღემატება მისი გამკლავების უნარებს. ამის შედეგად ირღვევა ფსიქოლოგიური ჰომეოსტაზი და უარესდება ყოველდღიური ყოფა-ცხოვრება (Flanery & Everly, 2016). კრიზისად შეიძლება ჩაითვალოს ისეთი ცხოვრებისეული სტრესორები და პიროვნული, ინდივიდუალური კრიზისები, როგორცაა, მაგალითად, მეუღლესთან განშორება ან სამსახურის დაკარგვა, ასევე, ფართომასშტაბიანი კოლექტიური მოვლენები, ბუნებრივი კატასტროფები და ომი.

კრიზისული ინტერვენცია ინდივიდისთვის სწორედ ამ კრიზისით გამონეული პოტენციური ზიანის შემცირებას გულისხმობს. ფსიქოლოგიური კრიზისული ინტერვენცია მოკლევადიანია, ლიმიტირებულია დროში და კლიენტის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას, მასთან პოზიტიური, ემპათიური ურთიერთობის დამყარებასა და ემოციურ მხარდაჭერას მოიცავს (Wang & Gupta, 2022).

ტრავმული მოვლენის გადატანის შედეგად ადამიანების უმეტესობა თავს უბედურად, შეშინებულად და უიმედოდ გრძნობს. ასეთ დროს მათ, შესაძლოა, აწუხებდეთ შფოთვის სიმპტომები, კონცენტრაციის სირთულეები, ძილის პრობლემები, უმადობა, ფლეშბექები – მესხიერებაში მძაფრად შემოჭრილი ხატები ან მოგონებები, რომლებიც ტოვებენ განცდას, რომ ტრავმული გამოცდილება ახლა და აქ ხდება/მეორდება, (ბებერაშვილი, ზ. და სხვ., 2021, გვ. 212). შესაძლოა, ასეთ დროს ადამიანები მომხდარში საკუთარ თავს ადანაშაულებდნენ, ეძებდნენ მომხდარი ფაქტის მიზეზს, ცდილობდნენ კანონზომიერი კავშირების დამყარებას და ა.შ. გადატანილი კრიზისისა და სტრესიდან გამომდინარე, ზოგიერთ ინდივიდს, შესაძლოა, განუვითარდეს: პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, დისოციაციური, პანიკური, შფოთვითი აშლილობები, ადაპტაციური დარღვევა და ა.შ.

კრიზისული ინტერვენციის მიზანია აშლილობების და პრობლემების პრევენცია და, საჭიროების შემთხვევაში, ჩარევა. წარმატებული კრიზისული ინტერვენციის შედეგად უნდა შემცირდეს გარკვეული აშლილობების და სიმპტომების განვითარების რისკი. შესაბამისად, კრიზისული ინტერვენცია შეგვიძლია განვიხილოთ როგორც ტრავმული, კრიზისული მოვლენის საპასუხოდ პირველადი, მყისიერი ჩარევა (Yeager & Roberts, 2015).

კრიზისული ინტერვენციის ყველაზე მნიშვნელოვანი და საბოლოო მიზანი ინდივიდის შემდგომი რისკებისგან დაცვა და უკვე არსებული პრობლემის დაძლევის მექანიზმების გაძლიერებაა. ასევე, დაძლევის ახალი მექანიზმების შემუშავება და პრობლემების გადაჭრის უნარების გაუმჯობესება. იმ შემთხვევაში, თუ კლიენტის საჭიროებები ცდება კრიზისული ინტერვენციის ფარგლებს, მაშინ რეკომენდებულია მისი შესაბამის სერვისში რეფერირება (Yeager & Roberts, 2015). ეფექტური კრიზისული ინტერვენციის განხორციელების შედე-

გად, კლიენტმა წარმატებით უნდა შეძლოს არსებულ გარემოსთან ადაპტირება ისე, რომ აღარ შეექმნას პრობლემები ყოველდღიურ ცხოვრებაში (Hillman, 2002).

კრიზისული ინტერვენცია აქტიური პროცესია და არა პასიური. პირველივე შეხვედრა უკვე პრევენციული სამუშაოს დასაწყისია. სპეციალისტი მუშაობს „აქ და ამჟამად“, ანუ კონკრეტულად კრიზისთან დაკავშირებული პრობლემების მოსაგვარებლად და ნაკლებად აინტერესებს კლიენტის წარსულში მომხდარი სხვა ამბები. კრიზისული ინტერვენციის მეთოდით მუშაობის დროს სპეციალისტს უნდა ფლობდეს ცოდნას – როგორ იმუშაოს იმ ადამიანებთან, რომლებმაც გამოცადეს ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა, ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება (Cavaiola & Colford, 2017, Hillman, 2002). ასევე მნიშვნელოვანია, სპეციალისტმა იცოდეს სუიციდის მართვის პროტოკოლი.

## ისტორიული კონტექსტი

კრიზისული ინტერვენცია ფსიქოლოგიის შედარებით ახალი დარგია. მიუხედავად ამისა, ისტორიის მანძილზე ექიმებს გაცნობიერებული ჰქონდათ გადატანილი კრიზისისა და სტრესის შესაძლო გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე. კრიზისი ნახსენებია ჰიპოკრატეს ჩანაწერებშიც (Yeager & Roberts, 2015).

პოსტტრავმული სტრესის და ტრავმასთან დაკავშირებული აშლილობების სიმპტომების შესახებ ცნობიერების ამალღებაში დიდი როლი ითამაშა პირველმა და მეორე მსოფლიო ომებმა. ამ პერიოდში ფსიქოლოგიურად ტრავმირებული ჯარისკაცების რიცხვი იმდენად დიდი იყო, რომ ექიმებმა შეიმუშავეს სპეციალური ტერმინი – „საბრძოლო შოკი“ – საბრძოლო მოქმედებების შედეგად ფსიქოლოგიურად ტრავმირებული ადამიანების სპეციფიკური სიმპტომების აღსაწერად. ეს სიმპტომები მოიცავდა ქცევით და ემოციურ სირთულეებს, მომატებულ გაღიზიანებას, კომმარებს, თავის ტკივილებს, გადაღლილობას, ასევე ზოგიერთ შემთხვევაში, მეხსიერების პრობლემებს, სმენის დაკარგვას, ფუნქციურ მუტიზმსა თუ ტრემორებს (Shively & Perl, 2012, Loughran, 2012). სამწუხაროდ, ზოგჯერ ამ სიმპტომებს მკურნალობდნენ ისეთი ბარბაროსული მეთოდებით, როგორიც იყო, მაგალითად, ელექტროშოკი – მდუმარე ჯარისკაცების ასალაპარაკებლად. თუმცა, სწორედ ამ დროს უფრო ფართოდ დამკვიდრდა „საუბრით მკურნალობის“ მეთოდი, ანუ ფროიდიანული ფსიქოანალიზი, რომელსაც ხშირად მსგავსი სიმპტომების მქონე ჯარისკაცების თერაპიისას იყენებდნენ. მეორე მსოფლიო ომის დროს კი, ბრიტანეთში, პოპულარობა მოიპოვა ომის ვეტერანებისთვის განკუთვნილმა ჯგუფურმა თერაპიამ (Cavaiola & Colford, 2017).

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსას) მქონე ინდივიდები, ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, სუიციდის უფრო დიდი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. პტსა დაკავშირებულია სუიციდურ იდეასთან და სუიციდის მცდელობებთან. ომგამოვლილი ვეტერანების სიკვდილის მიზეზს ხშირად სწორედ სუიციდი წარმოადგენს (Pompili et al, 2013). მდიდარი ისტორია აქვს სუიციდის პრევენციას და მასთან დაკავშირებულ ინტერვენციის აქტივობებს. პირველი სატელეფონო ცხელი ხაზი სუიციდის პრევენციისთვის 1906 წელს ნიუ-იორკში ჩამოყალიბ-

და. ლოს-ანჯელესში 1950-იან წლებში კი სუიციდის პრევენციის ცენტრი დაარსდა. სუიციდის, მის მიზეზებსა და პრევენციის საშუალებებს მე-20 საუკუნიდან მოყოლებული მრავალი ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი თუ სოციალური იკვლევს (Dattilio & Freeman, 2007, James, 2007).

თანამედროვე კრიზისული ინტერვენციის, როგორც დარგის, ისტორიაში ყველაზე მნიშვნელოვან თარიღად მაინც 1942 წლის 28 ნოემბერი ითვლება. ამ დღეს ბოსტონის ერთ-ერთ ლამის კლუბში გაჩნდა ხანძარი, რის შედეგადაც 493 ადამიანი დაიღუპა. იმ პერიოდში მასაჩუსეტისის საავადმყოფოში ექიმი ერიკ ლინდემანი ტრაგედიისას დაღუპული ადამიანების ახლობლებთან მუშაობდა, რის შედეგადაც ჩამოაყალიბა თავისი თეორიები გლოვის შესახებ. ლინდემანი(1944) მიხედვით, არსებობს კატასტროფებთან დაკავშირებული „ბუნებრივი“ გლოვის რეაქციები. გარდა ამისა, მეორე მნიშვნელოვანი აღმოჩენა, რაც ამ დროს გაკეთდა, იყო ის, რომ ტრაგედიას გადარჩენილ ადამიანებთან მუშაობისას უფრო ეფექტურია მოკლევადიანი ჩარევა, ვიდრე ხანგრძლივი ფსიქონალიტიკური თერაპია. ერიკ ლინდემანი გარდა, კრიზისული ინტერვენციის განვითარებაში მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის ჯერალდ კაპლანს (1961, 1964), რომელმაც კრიზისის თეორია ჩამოაყალიბა და ადრეული ჩარევის მნიშვნელობას გაუსვა ხაზი (Cavaiola & Colford, 2017, James, 2007).

მე-20 საუკუნის 50-იან და 60-იან წლებში უკვე აქტიურად იყენებდნენ კრიზისული სიტუაციებისთვის განკუთვნილ ცხელ ხაზებს. მაგალითად, სუიციდის ცხელი ხაზი, ნარკოტიკული ნივთიერებების ავადმოსხმარების ცხელი ხაზი, ცხელი ხაზი გაუპატიურების მსხვერპლთათვის, ასევე ხანდაზმული ადამიანებისთვის და ა.შ. (Dattilio & Freeman, 2007). ორგანიზაცია „ფსიქიკური დაავადებების ეროვნული ალიანსის“ (National Alliance on Mental Illness) მიხედვით, ამჟამად აშშ-ში არსებობს კრიზისული ინტერვენციის ჯგუფებზე დაფუძნებული 2700-ზე მეტი გაერთიანება. მათი მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების და მათი ოჯახის წევრების შესაბამის სერვისებში ჩართვა და დახმარება (NAMI, 2022). 2020 წლის მონაცემებით, აშშ-ს მოსახლეობის 88% ისეთ რეგიონში ცხოვრობს, სადაც ერთი კრიზისული ინტერვენციის ცენტრი მაინც (Newton et al, 2022) მუშაობს.

აღსანიშნავია, რომ კრიზისული ინტერვენციის ჩამოყალიბებაში დიდი წვლილი მიუძღვით ჯგუფებს: ანონიმური ალკოჰოლიკები, ვიეტნამის ვეტერანთა გაერთიანება, ქალთა მოძრაობები და ა.შ (James, 2007).

საქართველოში ამჟამად მოქმედებს განათლების სამინისტროს მანდატურების სამსახურის ბაზაზე არსებული ფსიქოლოგიური საკონსულტაციო მომსახურების 24-საათიანი ცხელი ხაზი<sup>1</sup>, ასევე პროექტი ბავშვთა დახმარების ცხელი ხაზი<sup>2</sup>. COVID 19-ის პანდემიის დროს ამოქმედდა კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელი ხაზები, მათ შორის: მოსახლეობას პირველად სატელეფონო მომსახურებას უწევდა ასოციაცია „ნდობა“<sup>3</sup>, ასევე საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება და სხვ.

1 საგანმანათლებლო დაწესებულების მანდატურის სამსახური (2019) <http://mandaturi.gov.ge/contact>

2 ბავშვთა დახმარების ცხელი ხაზი (2016). საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფონდი. <http://phf.org.ge/ka/services/bavshvta-daxmarebis-xazi/>

3 უფასო ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისები ჩოვიდ 19 პანდემიის დროს (2020). ღია საზოგადოების ფონდი უფასო ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისები Covid-19 პანდემიის დროს – Open Society – Georgia Foundation.

## კრიზისული სიტუაცია და ტრავმა

### ტრავმის განმარტება

ფსიქიკური დარღვევების დიაგნოსტიკური სახელმძღვანელოს – DSM V-ის (American Psychiatric Association, 2013) მიხედვით, ტრავმის გამომწვევი მოვლენის ფორმალური განმარტება ორ განსხვავებულ ასპექტს მოიცავს: პირველი აღწერს ტრავმული მოვლენის მახასიათებლებს, ხოლო მეორე – ინდივიდის სუბიექტურ რეაქციებს, რომლებიც ტრავმული მოვლენის შედეგად იჩენს თავს. ამავე სახელმძღვანელოს თანახმად, სამი ძირითადი მოვლენა – სიკვდილი ან სიკვდილის საფრთხე, სერიოზული ფიზიკური დაზიანება და სექსუალური ძალადობა – კვალიფიცირდება ტრავმის გამომწვევ მოვლენებად. ამ მოვლენებს ადამიანი შეიძლება სხვადასხვაგვარად შეესწროს, კერძოდ:

1. აღმოჩნდეს ერთი ან რამდენიმე ტრავმული მოვლენის ეპიცენტრში – თავად დაზიანდეს ტრავმული მოვლენის შედეგად;
2. შეესწროს სხვების დაზიანებას;
3. შეიტყოს, რომ ახლობელმა (ოჯახის წევრმა ან მეგობარმა) გადაიტანა ტრავმა. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში, ფსიქოლოგიურ ტრავმას იწვევს ინფორმაცია ახლობლის გარდაცვალების ან სერიოზულად დაზიანების, ანდა ძალადობის ან მომხდარი უბედური შემთხვევის შესახებ;
4. თავად შეესწროს ტრავმული მოვლენის ავერსიულ დეტალებს (მაგალითად, ადამიანის სხეულის ნაწილების შეგროვება შესაბამისი სპეციალისტის მიერ; ბავშვზე ძალადობის დეტალების გამოკვლევა პოლიციის ოფიცრის მიერ). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მეოთხე კრიტერიუმი არ გულისხმობს ტრავმული მოვლენის შესახებ ინფორმაციის გაგებას ელექტრონული მედიის, ტელევიზიის და ფილმის საშუალებით, თუ ეს არ უკავშირდება მუშაობას უშუალოდ ტრავმის შემთხვევებისას.

ზემოთ დასახელებული ტრავმული მოვლენების ოთხი კატეგორიის განსამარტავად არსებობს მათი ჩამონათვალი. პირველი კატეგორიის მაგალითად მიჩნეულია: ომი (არ აქვს მნიშვნელობა, მას სამოქალაქო პირი შეესწრება თუ სამხედრო პერსონალი), ფიზიკური შეურაცხყოფა ან ფიზიკური ძალადობის საფრთხე (მაგ., ფიზიკური თავდასხმა, ძარცვა, ყაჩაღობა, ბავშვობაში ფიზიკური ძალადობა), სექსუალური ძალადობა ან მისი საფრთხე (ძალადობრივი სექსუალური პენეტრაცია, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის დახმარებით განხორციელებული სექსუალური პენეტრაცია, შეურაცხმყოფელი ან ძალდატანებითი სექსუალური კონტაქტი, არაკონტაქტური სექსუალური ძალადობა, სექსუალური ტრეფიკინგი), ადამიანის გატაცება, მძევლად აყვანა, ტერორისტული თავდასხმა, წამება, დაპატიმრება (საომარ ვითარებაში ტყვედ აყვანა), ბუნებრივი ან ადამიანის მიერ გამოწვეული კატასტროფა, ავტოავარია.

ბავშვების შემთხვევაში, სექსუალური ძალადობა ასევე მოიცავს ასაკობრივად შეუსაბამო სექსუალურ გამოცდილებას, ფიზიკური ძალადობის ან დაზიანების გარეშე. რაც შეეხება



სამედიცინო მდგომარეობებს, ტრავმირებულად კვალიფიცირდება ისეთი მოულოდნელი კატასტროფული მოვლენები, როგორცაა, მაგალითად, ქირურგიული ჩარევის დროს უეცარი გამოღვიძება და ანაფილაქსიური შოკი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სიცოცხლისთვის საშიში დაავადება ყოველთვის არ მიიჩნევა ტრავმის გამომწვევ მოვლენად.

ტრავმული მოვლენების მეორე კატეგორიაში ერთიანდება პირდაპირი შესწრება ისეთი მოვლენებისა, როგორცაა: სხვა ადამიანის ფიზიკური ძრილობის დანახვა ან სერიოზული ფიზიკური დაზიანების საფრთხე, არაბუნებრივი სიკვდილი, სხვა ადამიანზე ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობა (ოჯახური ძალადობა, ომი ან სხვა კატასტროფა), შვილთან დაკავშირებული სამედიცინო კატასტროფა (მაგ., სიცოცხლისთვის საშიში სისხლდენა).

როგორც უკვე აღინიშნა, მოვლენა ტრავმულად ითვლება იმ შემთხვევაშიც, როცა ადამიანი ამ მოვლენის არაპირდაპირი მომსწრეა. ასეთ მოვლენებს მიეკუთვნება მოულოდნელი ინფორმაცია ახლობელი ადამიანის გარდაცვალების ან დაზიანების შესახებ, რომელიც გამომწვეულია უბედური შემთხვევის ან ძალადობის გამო. მიზეზთა შორის ასევე სახელდება სუიციდი, სერიოზული ინციდენტი ან მძიმე ფიზიკური დაზიანება.

ტრავმული მოვლენის უარყოფითი შედეგები ძლიერდება, თუ სტრესორი ინტერპერსონალურია და ადამიანმა ის განზრახ ჩაიდინა (მაგ., წამება, სექსუალური ძალადობა). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ახლობელი ადამიანის ბუნებრივი გარდაცვალება ტრავმული მოვლენების კატეგორიაში არ ერთიანდება.

ტრავმულ მოვლენაზე ადამიანები განსხვავებულად რეაგირებენ, თუმცა არსებობს ტრავმის შემდგომი რეაქციების გავრცელებული ფორმები (Taylor et al, 1998), ესენია:

- (1) შიშის და შფოთვის განცდა; მაგალითად, ტრავმული მოვლენის გამეორების შიში. იგი ძლიერდება ტრავმასთან ასოცირებულ ადამიანებთან ან ფიზიკურ გარემოსთან ურთიერთობისას;
- (2) ტრავმის ხელახალი განცდა – ტრავმასთან დაკავშირებული არასასურველი ფიქრების ან ვიზუალური ხატების უეცარი შემოჭრა გონებაში, ტრავმულ მოვლენებთან დაკავშირებული კომმარული სიზმრები, ან ე.წ. ფლემბეჯი, რომელიც ტრავმული მოვლენის გაცოცხლებას გულისხმობს – მოვლენის ფიზიკურად და ემოციურად ხელახლა განცდა;
- (3) მომატებული აგზნება, რაც გამოიხატება ხშირ გაღიზიანებაში, ყურადღების კონცენტრირების გართულებაში, მოუსვენრობასა და ძილის დარღვევაში;
- (4) ტრავმასთან დაკავშირებული აზრების, ემოციების, სიტუაციების და აქტივობების თავიდან არიდება;
- (5) ემოციების განცდის და გამოხატვის სირთულე, ემოციური სიცარიელის შეგრძნება და გაუცხოება გარშემომყოფ ადამიანებთან;
- (6) დანაშაულის და სირცხვილის განცდა;
- (7) ყოველდღიური საქმიანობისადმი ინტერესის დაკარგვა და გუნება-განწყობილების დაქვეითება;

- (8) საკუთარი თავის, სხვების და სამყაროს აღქმის ცვლილება, უნდობლობა და საკუთარი შესაძლებლობების დაკნინება;
- (9) ალკოჰოლის და სხვა მავნე ნივთიერებების მოხმარება;
- (10) მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან გაუცხოების განცდა, ინტიმური ურთიერთობების სირთულე;
- (11) ანჰედონია – სიამოვნების განცდის უნარის დაქვეითება/დაკარგვა;
- (12) ბრაზის მართვის სირთულე და აგრესია.

ადამიანები განსხვავდებიან ტრავმულ მოვლენაზე რეაგირების ფორმებით, რაც მნიშვნელოვნად უკავშირდება ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა: ადრეული ცხოვრებისეული გამოცდილება, ინდივიდუალური ფსიქოფიზიოლოგიური რეაქციების სპეციფიკურობა, გენეტიკური ფაქტორები და ფსიქიკური დარღვევების მიმართ მონყვლადობა, მანამდე არსებული ტრავმული გამოცდილებების რაობა, სტრესისადმი გამკლავების ხარისხი, ტრავმამდე და ტრავმის შემდეგ სოციალური მხარდაჭერის ქსელის არსებობა (Bryant, 2003; Shakespeare–Finch & Lurie–Beck, 2014).

## **რა სხვაობაა ფსიქოთერაპიასა და კრიზისულ ინტერვენციას შორის**

თუ კრიზისულ სიტუაციაში მყოფ ადამიანზე ზრუნვას წარმოვიდგენთ, როგორც კონტინიუმს, ცხადად დავინახავთ, რომ კრიზისული ინტერვენცია და ფსიქოთერაპია კონტინიუმის განსხვავებულ წერტილებზე თავსდებიან. ამ კონცეპტუალიზაციის მიხედვით, წარმატებული კრიზისული ინტერვენცია ხელს უწყობს მომდევნო, უფრო შესაბამისი დონის ზრუნვას. შესაბამისად, კრიზისული ინტერვენცია ფსიქოთერაპიის ან ფსიქიატრიული ინტერვენციის ჩამნაცვლებელს კი არ წარმოადგენს, არამედ ის უფრო გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას წააგავს, როდესაც სპეციალისტის მთავარი ამოცანა ინდივიდის ფიზიკური მთლიანობის შენარჩუნებაა. ჰილმანის (2002) მიხედვით, „კრიზისული ინტერვენციის მიზანია ინდივიდის დაბრუნება ფუნქციონირების მანამდე არსებულ საფეხურზე“ (გვ.7). ცხადია, არის შემთხვევები, როდესაც კრიზისული ინტერვენცია ზუსტად შეესაბამება ადამიანის საჭიროებას და სრულებით საკმარისია, თუმცა, ასევე არსებობს მოცემულობაც, როდესაც ინტენსიური, ხანგრძლივი თერაპიის აუცილებლობის წინაშე ვდგებით. ეს განსაკუთრებით იმ შემთხვევებს ეხება, როცა ადამიანი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ან ხშირად იმყოფებოდა კრიზისულ სიტუაციაში (Roberts, 2005).

## **ვისთან, სად და როგორ ვმუშაობთ კრიზისული ინტერვენციის მეტოდით**

კრიზისული მოვლენები კაცობრიობის ისტორიის განუყოფელი ნაწილია. ადამიანის განვითარების ისტორიაში არაერთი მოვლენა გვახსენდება, რომლებმაც პირდაპირ თუ ირიბად იმოქმედეს ინდივიდის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. საქართველოს უახლესი ისტორიიდან შესაძლოა, გაგვახსენდეს კონკრეტული მოვლენები – აფხაზეთის შეიარაღებული კონფლიქტი (1992–1993 წლები), 2008 წლის აგვისტოს ომი, 13 ივნისის თბილისის წყალდიდობა...

ის, რაც კრიზისულ მოვლენებს საერთო აქვს, მათი პოტენციაა – ერთდროულად და მძაფრად იმოქმედონ სხვადასხვა ინდივიდზე, შექმნან ფსიქოლოგიური სტრესორების მთელი წყება, საფრთხე შეუქმნან ადამიანს და მის ფიზიკურ ჯანმრთელობას, დააყენონ ის სიკვდილის საშიშროების, მძიმე დანაკარგის, სოციალური და საზოგადოებრივი წესრიგის დარღვევისა და დაუსრულებელი გაჭირვების წინაშე (Everly & Lating, 2017).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, კრიზისულ მოვლენად შესაძლოა, ჩათვალოს ნებისმიერი ფაქტი, რომელიც ზემოქმედებს ადამიანთა ჯგუფზე, მაგ., ბუნებრივი კატასტროფა, ომი, კონფლიქტი ან ინდივიდუალურად კონკრეტულ ადამიანზე, მაგ., ავტოკატასტროფა, ძარცვა, ხანძარი (World Health Organization [WHO], 2013). აქედან გამომდინარე, იმის მიხედვით, თუ რა მასშტაბებს სწვდება, შესაძლოა კრიზისული მოვლენების ორ ძირითად ჯგუფად კლასიფიცირება.

კრიზისი, რომელიც ეხება ერთ ადამიანს და მხოლოდ ერთი ადამიანის ცხოვრებაზე ახდენს გავლენას, პიროვნული კრიზისია. მაგ., ეს შეიძლება იყოს სამსახურის დაკარგვა, განქორწინება, ახლობელი ადამიანის გარდაცვალება და სხვა. ამ ტიპის კრიზისი კონკრეტულად ერთი პიროვნების გამოცდილების ნაწილია. შესაბამისად, რეაქციები, რომლებიც ამგვარ კრიზისს ახლავს თან, ინდივიდუალურ დონეზე ვლინდება. პიროვნებას ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე არსებული პიროვნული კრიზისის გამო შესაძლოა, აღენიშნებოდეს სხვადასხვა ემოცია, მათ შორის – შიში, სევდა, ბრაზი, გაურკვეველობა, შოკი (ჰანსენი, 2018).

მეორე მხრივ, ხშირად ვაწყდებით კრიზისებს, რომლებიც არა ერთ, არამედ უამრავ ადამიანზე ზემოქმედებს. ასეთ კრიზისებში ვგულისხმობთ ბუნებრივ კატასტროფებს, სოციალურ და ჯანმრთელობის გამოწვევებს, ომსა და კონფლიქტს და სხვა. კრიზისი, რომელიც ადამიანების დიდ ჯგუფზე ახდენს გავლენას, იწვევს მასშტაბურ ზიანს და გაცილებით მძიმეა.

განვიხილოთ პიროვნული და ჯგუფური კრიზისული მოვლენების კონკრეტული მაგალითები. კრიზისული მოვლენა შესაძლოა, უკავშირდებოდეს სოციალურ გამოწვევებს. ამ შემთხვევაში, სოციალური პრობლემები ეხება მარგინალიზებულ და იზოლირებულ ჯგუფებს, მაგალითად, ძალადობის მსხვერპლ ქალებს და ბავშვებს, თავშესაფარში მცხოვრებ ხანდაზმულებს, უსახლკარო ადამიანებს, ფსიქიატრიულ პაციენტებს, პენიტენციურ დაწესებულებაში მყოფ პირებს. სოციუმისგან იზოლირება და მარტოობის შეგრძნება ხშირად მძაფრ ემოციურ და ქცევით რეაქციებს უკავშირდება (ჰანსენი, 2018). ამასთან, კრიზისულ

მოვლენად განიხილება ჯანმრთელობის ინდივიდუალური და ჯგუფური პრობლემები. დაავადებებს თან ახლავს დისტრესი, ფრუსტრაცია, უიმედობა და სევდა. ხშირად დაავადების სტიგმატიზების გამო ხდება პიროვნების და მასთან ასოცირებული პირების საზოგადოებისგან გარიყვა (ჰანსენი, 2018). ჯანმრთელობის გამოწვევების განსაკუთრებულ ფორმას წარმოადგენს ეპიდემიები, მაგალითად, კოვიდინფექცია, ვინაიდან ამ შემთხვევაში ადამიანების დიდ ჯგუფს უწევს საერთო დისტრესთან გამკლავება.

ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ კრიზისულ მოვლენად ბუნებრივი კატასტროფები გვევლინება. ბუნებრივი კატასტროფები დაკავშირებულია სხვადასხვა გამოწვევასთან, როგორებიცაა: ფიზიკური დაზიანებები, შიშისა და დაუცველობის გრძნობები, ახლობელ ადამიანებთან განშორება, საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა (ჰანსენი, 2018).

ბუნებრივი კატასტროფების გარდა, ადამიანის ხელით შექმნილმა კატასტროფებმა – ხანძრებმა, აფეთქებებმა, უბედურმა შემთხვევებმა – შესაძლოა, უმძიმესი შედეგები გამოიწვიოს. მიუხედავად იმისა, რომ ბუნებრივ კატასტროფებსაც მნიშვნელოვანი პრობლემები ახლავს თან, ადამიანის ხელით შექმნილი კატასტროფები განსაკუთრებით მძიმეა, ვინაიდან შესაძლოა, პიროვნებას სხვების მიმართ რწმენა დაუკარგოს (ჰანსენი, 2018).

ადამიანის ხელით შექმნილ კრიზისულ მოვლენებს შორისაა ძალადობის სხვადასხვა შემთხვევა. ძალადობის შემთხვევები დაკავშირებულია მწვავე ფიზიკურ და ემოციურ მდგომარეობებთან და იცვლება შემთხვევების მიხედვით (ჰანსენი, 2018).

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გავამახვილოთ შეიარაღებულ კონფლიქტებზე. შეიარაღებული კონფლიქტი შესაძლოა, იყოს ტერორისტული აქტი, ომი, კონფლიქტი ქვეყნებს შორის. ამ ტიპის კატასტროფები განსაკუთრებით საგულისხმოა, ვინაიდან ისინი უკავშირდება გრძელვადიან, უწყვეტ შიშს საკუთარი და სხვების კეთილდღეობის მიმართ, რაც იწვევს მნიშვნელოვან ფიზიკურ და ემოციურ დისტრესს. პიროვნება იმყოფება მუდმივ დაძაბულობასა და გაურკვევლობაში, თავს არ გრძნობს უსაფრთხოდ და შესაძლოა აღენიშნებოდეს დანაშაულის და ბრალეულობის განცდები, აგრესიული და თვითდამაზიანებელი ქცევები, სოციალური გარიყვა (ჰანსენი, 2018).

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი კრიზისული მოვლენა შეიძლება გახდეს მძიმე ემოციური და ფიზიკური დისტრესის გამომწვევი, ვინაიდან აღნიშნული მოვლენები უკავშირდება ნორმალური ფუნქციონირების მნიშვნელოვან დარღვევებს. სწორედ ამიტომ, ნებისმიერი კრიზისული მოვლენის საპასუხოდ, შესაძლოა, საჭირო გახდეს კრიზისული ინტერვენციისა და პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების (პფდ) გამოყენება. პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება სასარგებლოა, რათა პიროვნებამ თავი მარტო არ იგრძნოს და უზრუნველყოფილი იყოს აუცილებელი ემოციური, სოციალური და პრაქტიკული სერვისებით (ჰანსენი, 2018).

კრიზისული მოვლენის შემდეგ პიროვნება შესაძლოა, ავლენდეს სხვადასხვა რეაქციას, რაც დიდწილად დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ტრავმული იყო ეს მოვლენა მისთვის, აქვს თუ არა ადაპტირების უნარი, რამდენად მხარდამჭერია გარემო და როგორი პიროვნული მახასიათებლებით გამოირჩევა ის. თუ პიროვნებას მწვავე კრიზისული მოვლენა გადახდა თავს, ის შეიძლება გრძნობდეს შვებას, რომ გადაარჩა, თუმცა შვებასთან

ერთად მას, შესაძლოა, დანაშაულის განცდაც ჰქონდეს. ამასთან, მის პოსტტრავმულ მდგომარეობას თან სდევდეს მოვლენის ხელახლა განმეორების შიში, რაც საბოლოო ჯამში ქმნის გარემოს, რომელშიც პიროვნებას სრულყოფილად ფუნქციონირება უჭირს (ჰანსენი, 2018).

ფიზიკური და ემოციური რეაქციები, რომლებიც კრიზისული მოვლენიდან რამდენიმე დღისა თუ კვირის შემდგომ ჩნდება, სხვადასხვაგვარად ვლინდება.

შესაძლოა, ფიზიკური რეაქციები მოვლენიდან რამდენიმე დღეში გაჩნდეს. ეს განსაკუთრებით გამოხატულია იმ შემთხვევაში, როდესაც პიროვნების ცხოვრებისეული პირობები საგრძნობლად შეიცვალა. ასეთ ვითარებაში მას უჭირს ფუნქციონირება, ვინაიდან შესაძლოა, აღენიშნებოდეს ტკივილები, მადის დაკარგვა, ძილის პრობლემები... ის შეიძლება გრძნობდეს ბრაზს და უნდობლობას სამყაროსა და ადამიანების მიმართ, ან, მეორე მხრივ, განიცდიდეს სევდას და სიცარიელეს (ჰანსენი, 2018).

მოვლენიდან რამდენიმე კვირის და თვის შემდეგ რეაქციები მკვეთრად იცვლება. პიროვნება გარკვეულწილად ადაპტირდება ახალ რეალობასთან და იღებს მის ცხოვრებაში მომხდარ ცვლილებებს. ის შესაძლოა, აგრძელებდეს ფუნქციონირებას და ჩართული იყოს ყოველდღიურ აქტივობებში, თუმცა, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ბრაზი, შფოთვა, უიმედობა და სევდა შესაძლოა კვლავ ხშირად განიცადოს. კრიზისული მოვლენიდან კვირებისა და თვეების შემდეგ ხშირია დანაკარგზე ფიქრი, ურთიერთობების გართულება, ზესიფხიზლე და ნევროზული მდგომარეობები, მადის ცვლილება, ძილის პრობლემები. მიუხედავად იმისა, რომ პფდ (პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება) ძალიან სასარგებლოა მოვლენიდან გარკვეული დროის გასვლის შემდეგაც, შესაძლოა, გარკვეულ ეტაპზე საჭირო გახდეს რეფერირება. იმ შემთხვევაში, როცა რეაქციები არ ქრება და უარყოფით გავლენას ახდენს პიროვნების ყოველდღიურობაზე, საჭირო ხდება უფრო მაღალი დონის სერვისში ჩართვა (ჰანსენი, 2018).

კრიზისული მოვლენიდან წლების შემდეგაც კი პიროვნებისთვის შესაძლოა, კვლავ მძიმე იყოს მისი გახსენება (ჰანსენი, 2018). განსაკუთრებით – დანაკარგის და გლოვის გამოცდილების, რაც მოსალოდნელია, დიდი ხნის შემდეგაც მწვავე რეაქციებს იწვევს. ასეთ დროს სტრესული რეაქციები, როგორც წესი, გამოწვეულია ისეთი სიტუაციებით, რომლებიც რაიმე ფორმით პიროვნებას კრიზისულ მოვლენას აგონებს. როგორც აღვნიშნეთ, პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება შესაძლებელია ნებისმიერ დროს, როდესაც პიროვნება მწვავე დისტრესს განიცდის. შესაბამისად, მაშინაც კი, როდესაც დისტრესი წლების წინ გადატანილ კრიზისულ მოვლენას უკავშირდება, შესაძლებელია პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების განწვევა (ჰანსენი, 2018). ამასთან ერთად, გასათვალისწინებელია, რომ თუკი პიროვნებას წლების შემდეგ აღენიშნება სტაბილური, მწვავე ფიზიკური, ქცევითი და ემოციური რეაქციები, განიცდის ფლუშბექებს ან პანიკურ შეტევებს, ან რაიმე ფორმით ვერ ახერხებს სრულფასოვან ფსიქოსოციალურ ფუნქციონირებას, მაშინ მას დასჭირდება უფრო სიღრმისეული დონის სერვისში ჩართვა.

## ვის სჭირდება პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება?

პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროება გაჩნდა მაშინ, როდესაც თვალსაჩინო გახდა, რომ ტრადიციული ფსიქოლოგიური ტექნიკა და მეთოდები კონკრეტულ ჯგუფზე ეფექტურად არ ზემოქმედებდა. პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების არსებობაც სწორედ ამ ჯგუფს უკავშირდება. პირველი მსოფლიო ომის დროს ჯარისკაცებზე არ მოქმედებდა ზოგადი ფსიქოთერაპიული მიდგომები, სწორედ ამ ჯგუფზე ზრუნვისა და მათი მხარდაჭერის პროცესში გაჩნდა პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების პირველი პრაქტიკა (Everly & Lating, 2017).

ექსტრემალური ტრავმული მოვლენის მსხვერპლთა უმრავლესობა, როგორც წესი, არაფრით განსხვავდება საზოგადოების სხვა წევრებისგან, გარდა იმისა, რომ ისინი საგრძნობლად უჩვეულო ვითარებაში აღმოჩნდნენ. ადამიანების დიდი ნაწილი, თუ უმრავლესობა არა, ტრავმული მოვლენის მიმართ მედეგია და არ განიცდის მნიშვნელოვან სირთულეებს ნორმალური ფუნქციონირებისას. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადი ფუნქციონირება შესაძლოა, მედეგობის ხარჯზე ძალიან სწრაფად აღდგეს, პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება და კრიზისული ინტერვენცია იმოქმედებს, როგორც მნიშვნელოვანი ფაქტორი იმ ადამიანებისთვის, რომელთა მექანიზმების მდგრადობაც შედარებით სუსტია და არ აღმოჩნდა საკმარისი კრიზისთან გასამკლავებლად (Everly & Lating, 2017).

პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება სჭირდებათ დისტრესში მყოფ ადამიანებს, რომლებიც მნიშვნელოვანი სტრესული მოვლენის წინაშე აღმოჩნდნენ. ეს ეხება როგორც ზრდასრულებს, ისე ბავშვებს (WHO, 2013).

მიუხედავად ზემოთ ჩამოთვლილი მწვავე კრიზისული სიტუაციებისა და გამოცდილებისა, არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ყველა ადამიანი ერთნაირად და ერთდროულად არ რეაგირებს კრიზისზე. შესაბამისად, საგულისხმოა, რომ მწვავე კრიზისული მოვლენის გამოცდილების მქონე ადამიანს შესაძლოა სულაც არ სჭირდებოდეს პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება (ჰანსენი, 2018). ყველას, ვინც კრიზისული მოვლენა გადაიტანა, შეიძლება არ დასჭირდეს ან არ სურდეს პფდ (WHO, 2013).

არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ კრიზისული მოვლენის არა მხოლოდ უშუალო მონაწილე, არამედ მონმეც კი შეიძლება საჭიროებდეს პფდ-ს. ხშირად ადამიანებს არა უშუალოდ მოვლენის დროს, არამედ მოგვიანებით უვლინდებათ მწვავე ფიზიკური და ემოციური რეაქციები. ხოლო ის ადამიანები, რომლებიც მკაფიოდ გამოხატავენ ძლიერ ემოციურ და ფიზიკურ რეაქციებს, შესაძლოა, არ საჭიროებდნენ პფდ-ს (ჰანსენი, 2018).

## კრიზისული ინტერვენციის RAPID მოდელი

კრიზისული ინტერვენციის განხორციელების ერთ-ერთი საკმაოდ ეფექტური მეთოდი ჯონს ჰოპკინზის უნივერსიტეტის RAPID (Reflective listening, Assessment, Prioritization, Intervention, Disposition) მოდელია, რომელიც უნიკალური სწორედ იმითაა, რომ მტკიცებულებაზეა დაფუძნებული და ასევე წარმოადგენს მარტივ სტრუქტურას დროის მოკლე პერიოდში კრიზისში მყოფი ადამიანის მიმართ თანაგრძნობის გასაძლიერებლად და მწვავე დისტრესის შესამცირებლად. აღნიშნული მოდელი ჯონს ჰოპკინზის უნივერსიტეტის ბლუმბერგის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლაში ამერიკის პროფესიონალ ფსიქოლოგთა საბჭოს წევრმა, ჯორჯ ს. ევერლი უმცროსმა შეიმუშავა. მისი მეთოდი ემყარება მრავალწლიან კვლევას და გამოცდილებას სტიქიური უბედურებების, ტერორისტული თავდასხმებისა და სხვა კატასტროფების გადარჩენილებთან. ევერლიმ ფსიქოლოგიური დახმარება გასწია სამი მილის კუნძულის ბირთვული ავარიის შემდეგ და იგივე გააკეთა ნიუ-იორკში სამართალდამცავი პერსონალისთვის 11 სექტემბრის ტერაქტის შემდეგ.

RAPID მოდელის მიხედვით კრიზისული ინტერვენციის განხორციელება შედგება 5 ეტაპისგან, ესენია: რაპორტი/რეფლექსიური მოსმენა, შეფასება, პრიორიტეტიზაცია, ინტერვენცია და დისპოზიცია (მნიშვნელოვანია, გავითვალისწინოთ, რომ RAPID მოდელის ეტაპი – რაპორტის დამყარება და რეფლექსიური მოსმენა სხვა ეტაპებისგან განსხვავებით, კრიზისული ინტერვენციის მთელი პროცესის განმავლობაში გამოიყენება).

ქვემოთ ამ ეტაპების მახასიათებლები უფრო ვრცლადაა განხილული.

### რაპორტი და რეფლექსიური მოსმენა (RAPPORT AND REFLECTIVE LISTENING)

#### რაპორტი

რაპორტი წარმოადგენს ინტერპერსონალურ ურთიერთობას, ურთიერთგაგებას და ნდობას კრიზისის სპეციალისტსა და კრიზისში მყოფ ინდივიდს შორის კრიზისული ინტერვენციის ეფექტურად განსახორციელებლად.

რაპორტის დამყარებას ხელს უწყობს კრიზისის სპეციალისტის გულწრფელობა, სტრესში მყოფი ადამიანის მიმართ პატივისცემა და მიმღებლობა. რაპორტის დამყარებისას წინა პლანზე სპეციალისტის პიროვნული თვისებები იწვევს, როგორცაა: კრეატიულობა, მოქნილობა, პოზიტიურობა, კრიზისში მყოფ ადამიანთან განსჯისა და შეფასებების გარეშე ურთიერთობა, მისი გამხნეება და მოტივირება. ეს პიროვნული თვისებები კრიზისში მყოფ ადამიანს უჩინს ნდობას (Roberts & Ottens, 2005).

ზემოთ ჩამოთვლილ თვისებებთან ერთად, ნდობის გაჩენასა და რაპორტის დამყარებაში მნიშვნელოვანი როლი აქვს **ემპათიის უნარს**, ემპათიის უნარი გადამწყვეტია კრიზისული

მუშაობის პროცესში. ემპათია არის გულწრფელი, არ გულისხმობს განსჯას, მოიცავს უკუკავშირის უნარს, რომელიც მიმართულია კრიზისში მყოფი ადამიანის ემოციურ მდგომარეობაზე (Everly & Lating, 2017).

## **როგორ ხდება რაპორტის განვითარება?**

ურთიერთობა კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტსა და კრიზისში მყოფ ინდივიდს შორის დამოკიდებულია სიტუაციურ კონტექსტზე და მიმდინარეობს ინდივიდუალურად, თუმცა, ზოგადად, რაპორტის დამყარება იწყება საკუთარი თავის წარდგენით და ურთიერთობის მიზნის თავიდანვე გაცნობით. ურთიერთობის დაწყების მაგალითია:

„გამარჯობა, მე ნინო (გიორგი...) ვარ. მე აქ იმისთვის მოვედი, რომ მოგისმინოთ და, შეძლებისდაგვარად დაგეხმაროთ არსებულ სიტუაციასთან გამკლავებაში“.

რაც შეეხება ვერბალურ და არავერბალურ ქცევებს, რომლებიც ხელს უწყობს რაპორტის დამყარებას და, შესაბამისად, კრიზისული ინტერვენციის განხორციელებას, რაპორტისა და ემპათიისას უმთავრესია მშვიდი, უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, სადაც კრიზისში მყოფი ადამიანი თავს დაცულად გრძნობს, გრძნობს, რომ მისი ესმით, მას არ განიკითხავენ და პატივს სცემენ და, შესაბამისად, დიდი ალბათობით, ის ინტერვენციაზე თანხმდება. რაპორტის, ემპათიის და ეფექტური ურთიერთობის დასამყარებლად კრიზისის სპეციალისტებმა უნდა გამოიყენონ კომუნიკაციის ისეთი უნარი, როგორცაა რეფლექსიური მოსმენა, რაც ხელს უწყობს და ეხმარება სპეციალისტებს არავერბალური ინფორმაციის აღქმაში, ვერბალური ინფორმაციის გაგებასა და ვერბალურად და არავერბალურად პასუხის გაცემაში, ანუ უკუკავშირში (Everly & Lating, 2017).

მიუხედავად იმისა, რომ რაპორტის დამყარების პროცესში რეფლექსიური მოსმენა საკვანძო მნიშვნელობის საკითხია, შესაძლოა, კრიზისული ჩარევისას სპეციალისტს არ მიეცეს საშუალება გამოიყენოს რეფლექსიური მოსმენის მეთოდი, თუმცა ურთიერთობა არავერბალური და პარალინგვისტური ქცევით შეძლოს.

## **არავერბალური და პარალინგვისტური ქცევა**

კრიზისის სპეციალისტმა დაზარალებულთან კონტაქტისას უნდა გაითვალისწინოს როგორც არავერბალური ისე პარალინგვისტური ნიშნები. არავერბალურ ქცევებს მიეკუთვნება ადამიანის სახის მიმიკები, გამომეტყველება, სხეულის მოძრაობები და ფიზიოლოგიური რეაქციები, ხოლო პარალინგვისტურ ქცევად შეიძლება ჩაითვალოს დუმილი და ხმის ტონალობა (საუბრის მანერა, ტემპი). ამ ნიშნების ამოცნობა და მათზე რეაგირება საჭიროებს სპეციალისტის შესაბამის მომზადებას.

არავერბალური ქცევა საშუალებას გვაძლევს მკაფიოდ მივიტანოთ სათქმელი ადრესატამდე და ამავდროულად, მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მივიღოთ მისგან. ზოგჯერ ადამიანის არავერბალური ქცევები უფრო მეტ ინფორმაციას იძლევა და გაცილებით მნიშვნელოვანია, ვიდრე სიტყვები. პირველი შთაბეჭდილება სწორედ გარეგნულ მხარეს ეფუძნება და



ამ დროს სიმშვიდის და თავდაჯერებულობის დემონსტრირება კრიზისის სპეციალისტის მხრიდან გადამწყვეტ როლს თამაშობს (Everly & Lating, 2017). ასევე მნიშვნელოვანია კულტურული განსხვავებების გათვალისწინება, რადგან განსხვავებულ კულტურებში ქცევის ერთი და იგივე ფორმა შესაძლოა, განსხვავებულად აღიქმებოდეს. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია კრიზისში მყოფი ადამიანის კულტურის, ასაკის, სქესის და რელიგიის გათვალისწინება (WHO, 2011).

ამდენად, აუცილებელია კრიზისის სპეციალისტმა ყურადღება მიაქციოს როგორც საკუთარ, ასევე კრიზისში მყოფი ადამიანის არავერბალურ ქცევებს – ხელის ჩამორთმევას, თვალთ კონტაქტის დამყარებას და შენარჩუნებას, ჯდომის მანერას, კომფორტული ინტერპერსონალური დისტანციის შენარჩუნებას, ყურადღებით ყოფნას (მაშინაც კი, თუ არსებობს ყურადღების გაფანტვის შიდა და გარე ფაქტორები), ასევე სახის გამომეტყველებას და მიმიკებს, სხეულის მოძრაობებს (Everly & Lating, 2017).

პარალინგვისტური ქცევებიდან სპეციალისტმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს საუბრის მანერასა და ტემპზე, ეცადოს ისაუბროს ნელა, მშვიდი ხმის ტემპით და მარტივი წინადადებებით მკაფიოდ გამოხატოს საკუთარი აზრი. აგრეთვე მნიშვნელოვანია კრიზისში მყოფი ადამიანის საუბრის ტონალობასა და ტემპს შეუსაბამოს საკუთარი. მაგ., როდესაც კრიზისში მყოფი ადამიანი საუბრობს მშვიდად და ნელა, სპეციალისტიც მშვიდად უნდა ესაუბროს. ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ კრიზისში მყოფი ადამიანი ჩქარა, შფოთვით და/ან წყვეტილად საუბრობს, შეეცადოს ნელ-ნელა შეანელოს და დაეხმაროს საუბრის ტემპის დამშვიდებაში (Everly & Lating, 2017). მნიშვნელოვანია კრიზისის სპეციალისტმა ისე წარმართოს საუბარი, რომ ურთიერთობა დაკითხვის ან გამოკითხვის პროცესს არ დაემსგავსოს. შესაბამისად, კითხვების დასმისას უნდა გაითვალისწინოს ბალანსი.

რაც შეეხება დუმილს, როგორც პარალინგვისტური ქცევის ერთერთ გამოვლინებას, ის შეიძლება ჩაითვალოს სასარგებლო ინსტრუმენტად, თუ მას კრიზისის სპეციალისტი კრიზისში მყოფი პირის მიმართ ემპათიის და პატივისცემის გამოსახატად გამოიყენებს. დუმილის დროს ადამიანს ეძლევა საშუალება, თავი მოუყაროს ფიქრებს და ისაუბროს თანმიმდევრულად, წყვეტის გარეშე. დუმილით ჩანს, რომ სპეციალისტი არ ცდილობს ზეწოლას კრიზისში მყოფ ადამიანზე და რომ ის საკმარის დროს დაუთმობს მასთან ურთიერთობას. თუმცა, ამავე დროს, მნიშვნელოვანია დუმილის დაბალანსება, ვინაიდან გადაჭარბებული დუმილი კრიზისში მყოფმა შეიძლება აღიქვას, როგორც სპეციალისტის უყურადღებობა, ინტერესის ნაკლებობა ან გულგრილობა. შედეგად, შეიძლება გაიზარდოს უნდობლობის რისკი, რაც თავის მხრივ კრიზისში მყოფ ადამიანში შფოთვისა და დაძაბულობის ზრდას გამოიწვევს.

## **ღია და დახურული კითხვები**

კრიზისის სპეციალისტები ინფორმაციის მიღების მიზნით ხშირად ძალიან ბევრ კითხვას სვამენ, რაც კრიზისში მყოფი ინდივიდის იგნორირების რისკს აჩენს. იმისთვის, რომ არ დაიკარგოს კრიზისში მყოფი ადამიანის მთავარი სათქმელი, მნიშვნელოვანია მის შეტყობინებაზე რეაგირება და მასზე კონცენტრირება (Egan, 2014).

კრიზისის სპეციალისტმა უნდა დასვას ისეთი კითხვები, რომლებიც დაეხმარება დაზარალებულს ამოიცნოს საკუთარი საჭიროებები. კითხვა უნდა ფოკუსირდებოდეს იმაზე, თუ რა სახის დახმარებაა საჭირო და შესაბამისად, განისაზღვროს პრიორიტეტები. კრიზისის სპეციალისტისთვის მთავარი არ არის კრიზისული სიტუაციის ისტორიის დეტალების გაგება, მან ძალდატანებისა და წნეხის გარეშე უნდა გაარკვიოს და მოიპოვოს რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია იმაზე, თუ რა სჭირდება ინდივიდს (Hansen, 2018).

რეკომენდებულია, სპეციალისტმა საუბარი დაიწყო დახურული კითხვების დასმით და შემდეგ გადავიდეს ღია კითხვებზე. სწორედ დახურული კითხვებით შეიძლება კონკრეტული, სპეციფიკური ინფორმაციის მოპოვება და პასუხების ვარიანტების შეზღუდვა. დახურული კითხვები, რომელზეც პასუხებია „კი“ ან „არა“, მაგალითად: რამე ხომ არ გტკივთ? წყალი მოგიტანოთ? დაშავებული ხართ? სამედიცინო დახმარება გჭირდებათ? სადმე დასარჩენი ადგილი თუ გაქვთ? და ა.შ. დახურული კითხვების დასმა საუბრის დასაწყისში კრიზისში მყოფ ადამიანს უმცირებს დაძაბულობას და უადვილებს მოკლე პასუხების მართივად გაცემას. საუბრის დასაწყისში ღია კითხვების დასმამ შეიძლება კრიზისში მყოფი ადამიანის მდგომარეობა გააუარესოს.

ხოლო ღია კითხვების დასმის შედეგად უფრო ფართო ინფორმაციის და მეტი დეტალების მიღების შესაძლებლობა ჩნდება. ამგვარი კითხვები იწყება შემდეგი სიტყვებით: რა? როგორ? როდის? სად? (Everly & Lating, 2017).

## **რეფლექსიური მოსმენა**

რეფლექსიური მოსმენა ურთიერთობის განსაკუთრებული ხერხია, რომლის დროსაც კრიზისის სპეციალისტი უსმენს კრიზისში მყოფ ადამიანს და ცდილობს გაუგოს მას, შემდეგ კი იწყება უკუკავშირი. რეფლექსიური მოსმენის დროს მთელი ყურადღება მიმართულია კრიზისში მყოფ ადამიანზე და სპეციალისტი შესაბამისად რეაგირებს მის მონაცემებზე. მოსმენისას ადამიანს მზა ხედვები კი არ მიეწოდება, არამედ სპეციალისტი ფოკუსირებულია იმაზე, კონკრეტულად რა სჭირდება მას. რეფლექსიური მოსმენა შეიძლება განვიხილოთ, როგორც „გადამონმების“ პროცესი, როდესაც სპეციალისტს ესმის კრიზისში მყოფი ადამიანის მონაცემი. იმისათვის რომ პროცესი ეფექტური იყოს, კრიზისის სპეციალისტი უნდა შეეცადოს ზუსტად აღიქვას, რას განიცდის და ამბობს ადამიანი როგორც ემოციურად, ასევე შინაარსობრივად (Katz et al., 2020).

რეფლექსიური მოსმენის მეთოდის გამოყენება აიოლებს და ეფექტურს ხდის ურთიერთობას კრიზისის სპეციალისტსა და კრიზისში მყოფ ადამიანს შორის. არსებობს რეფლექსიური მოსმენის რამდენიმე მეთოდი:

**მინიმალურად გამამხნეველი სიტყვების ან შორისდებულების გამოყენება** – მაგალითად, „აჰა“, „ჰმ“, „დიახ“ და ა.შ. – ეს რეფლექსიური მოსმენის ერთ-ერთი ძირითადი მეთოდია, რომელიც ამხნეებს ადამიანს, იმისთვის რომ მან განაგრძოს საუბარი. ურთიერთობისას ამგვარი ჩანარები ეფექტიანია პაუზის ან ადამიანის მიერ აზრის დასრულების შემდეგ.

**მარტივი პარაფრაზი (Restatement)** – ადამიანის მიერ გამოთქმული ფრაზების გარდა, არ

მოიცავს დამატებით შინაარსს ან მხოლოდ – მცირე დოზით. მარტივი პარაფრაზის ნიმუშია საუბრის დროს გამოყენებული გარკვეული სიტყვების გამეორება, ასე ვთქვათ, „უკან დაბრუნება“.

ამ მეთოდს „სარკის ეფექტსაც“ უწოდებენ, ვინაიდან სპეციალისტი კრიზისში მყოფი ადამიანის ნათქვამს ირეკლავს და უკან უბრუნებს ინტერპრეტაციებისა და განსჯის გარეშე. კრიზისის დროს ემოციები ხშირად მოზღვავებულია, რის გამოც რთულდება ფიქრების დალაგება და სათქმელის ნათლად ჩამოყალიბება. შესაბამისად, ეს მეთოდი კრიზისში მყოფ ადამიანს ეხმარება უფრო ნათლად გაიგოს, რა თქვა და როგორ ჟღერს სხვისთვის მისი მონაცემი. ამავე დროს მარტივი პარაფრაზი ეხმარება კრიზისის სპეციალისტს გადაამოწმოს, სწორად გაიგო თუ არა, რის თქმა სურდა კრიზისში მყოფ ადამიანს.

**შემაჯამებელი პარაფრაზი (summary paraphrase)** – სპეციალისტის მიერ შემაჯამებელი პარაფრაზის ჩართვა შეიძლება პაუზის დროს ან როდესაც ადამიანი დაასრულებს საუბარს. მისი გამოყენების მიზანია პირმა განაგრძოს საუბარი და ამასთან, გაიგოს, რომ მისი ესმით. გარდა ამისა, ამ მეთოდის გამოყენებით ადამიანს საკუთარი ნათქვამის სხვა პერსპექტივიდან დანახვის საშუალება ეძლევა. შემაჯამებელი პარაფრაზი ძირითადად უნდა ეყრდნობოდეს შემდეგ ფრაზებს: „როგორც მე გავიგე, შენ ამბობ, რომ...“, „როგორც მე მესმის...“, „სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ...“ და ა.შ. შემაჯამებელი პარაფრაზის გამოყენება ასევე შესაძლებელია ემოციურ შინაარსთან ერთად, რაც ნიშნავს კრიზისში მყოფი ადამიანის მიერ ვერბალურად ან არავერბალურად გამოხატული ემოციების უკან დაბრუნებას. ასეთ შემთხვევაში გამოიყენება შემდეგი ფრაზები: „როგორც ჩანს, საკმაოდ განანწყენებული ხარ“, „როგორც ჩანს, ახლა ბრაზობ“, „საკმაოდ თვითდაჯერებულად გამოიყურებით...“, „როგორც გავიგე, თქვენ ახლა მეუბნებით, რომ შფოთავთ“...

შემაჯამებელი პარაფრაზი მნიშვნელოვანია, ერთი მხრივ, საუბარში შეუსაბამობების ამოსაცნობად და ძირითადი ინფორმაციის ერთმანეთთან ლოგიკურად დასაკავშირებლად, ხოლო, მეორე მხრივ, სპეციალისტს შესაძლებლობას აძლევს, დაზარალებულთან ერთად აღმოაჩინოს სივრცე პროცესის შემდგომი განვითარებისთვის.

შემაჯამებელი პარაფრაზი ძალიან ეფექტური საშუალებაა ემპათიისა და რაპორტის დასამყარებლად. ის ეხმარება ადამიანს ემოციების ამოცნობასა და შესაბამისად, დალაგებაში, ასევე აზრების ნათლად გამოხატვასა და გაგებაში. აღსანიშნავია, რომ მარტივი პარაფრაზისგან განსხვავებით შემაჯამებელი პარაფრაზი უფრო რთული მეთოდია, რადგან ამ დროს კრიზისის სპეციალისტი განსაკუთრებულად ფრთხილი და ზუსტი უნდა იყოს (Everly & Lating, 2017).

## **შეფასება და პრიორიტეტიზაცია (ASSESSMENT AND PRIORITIZATION)**

რაპორტის დამყარების შემდეგი ეტაპია პირველადი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საჭიროებების შეფასება. ძირითად კრიტერიუმებს, რომლებზეც კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი ფოკუსირდება, დისფუნქციისა და ფუნქციონირების გაუარესების მტკიცებულების

არსებობა (Everly & Lating, 2017). პირველადი შეფასება არ გულისხმობს სტრუქტურულ ფსიქომეტრიულ შეფასებას (მაგალითად, სტრუქტურული ინტერვიუ ან კითხვარები), არამედ საუბრის მოქნილ (მართვად) პროცესს მოიცავს, რომლის მიზანია პიროვნების მონათხრობზე დაყრდნობით მისი ისტორიის დადგენა (Everly & Lating, 2017). ისტორიის დადგენა გულისხმობს ინფორმაციის შეგროვებას პიროვნების ფსიქო-ფიზიკური მდგომარეობის შესახებ, მისი ამჟამინდელი ჩივილების გაგებას და საჭიროებების გამოკვეთას, რათა სამომავლოდ შესაბამისი ინტერვენცია დაიგეგმოს. მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქოლოგიური პირველი დახმარების განევა შეუძლია ნებისმიერ ადამიანს, რომელიც დაეუფლება აპრობირებულ მეთოდებს და გაითავისებს მის პრინციპებს. კრიზისში მყოფ პირთან ურთიერთობის პროცესში გამოიკვეთება ის, რაც მას სჭირდება და შესაბამისად, შესაძლებელი გახდება ინტერვენციის გეგმის განსაზღვრა. ეს ეტაპი მიზნად ისახავს სპეციფიკური სფეროების სკრინინგსა და შეფასებას (Everly & Lating, 2017<sup>[A1]</sup>). როგორც უკვე აღინიშნა, პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება არ არის კონსულტაცია ან თერაპია, დაუშვებელია სტრესული მოვლენის გახსენების მოთხოვნა, ზეწოლა, რჩევების გაცემა და მდგომარეობის პათოლოგიზაცია (დაავადებად ან ავადმყოფობად წარმოჩენა) (ჰანსენი, 2018).

არსებითია, რომ დისტრესში მყოფმა ადამიანმა თავი კომფორტულად და დაცულად იგრძნოს, ეს ეტაპი უნდა დაეყრდნოს უშუალოდ მის სპეციფიკურ იდიოსინკრეტულ<sup>4</sup> ინდივიდუალურ მოთხოვნებს (Everly & Lating, 2017). კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტმა რაპორტის დამყარების, სკრინინგისა და შეფასების ეტაპები მაქსიმალურად სრულყოფილად უნდა მოიცავს. მნიშვნელოვანია მოვლენაზე პიროვნების რეაქციის ცხადყოფა. თუმცა ისე, რომ კლიენტმა არ განიცადოს დამატებითი დისტრესი. საუკეთესო შემთხვევაში, შეფასება შეუმჩნეველად, უმტკივნეულოდ მიმდინარეობს და არ არის ხანგრძლივი – მოიცავს ორ დინამიკურ პროცესს – სკრინინგსა და უშუალოდ შეფასების ეტაპებს (Everly & Lating, 2017).

## სკრინინგი

როგორც აღვნიშნეთ, შეფასების ეტაპის პირველი ნაბიჯია სკრინინგი. სკრინინგის მთავარი მიზანია ქვემოთ ჩამოთვლილი სამ ორგანზომილებიანი (დიახ – არა) ტიპის შეკითხვას გაეცეს პასუხი. პასუხები ცხადყოფს, არის თუ არა საჭირო კრიზისული ინტერვენციის პროცესის გაგრძელება (Everly & Lating, 2017).

სამი ძირითადი შეკითხვა, რომელსაც უნდა უპასუხოს კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტმა საუბრის დასასრულს:

1. არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ ამ ადამიანს ნამდვილად ესაჭიროება დახმარება?
2. რამდენად შეუძლია პიროვნებას გარემოსთან შესაბამისად ადეკვატურად ფუნქციონირება, უნარები ხომ არ აქვს შეზღუდული, ან ხომ არ არსებობს ამ უნარების შეზღუდვის რისკი?
3. აუცილებელია თუ არა ამ პიროვნების ფსიქიკური და ქცევითი ადაპტაციის უნარის დამატებითი გამოკვლევა?

<sup>4</sup> ინდივიდის სპეციფიკური დამახასიათებელი თავისებურება.

ამ შეკითხვებზე პასუხის გასაცემად, კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი უნდა დაეყრდნოს შემდეგ ასპექტებს:

- ხომ არ აქვს პიროვნებას ფიზიკური დაზიანება (ხილული ან/და უხილავი)
- ფიზიკური უსაფრთხოება – ხომ არ იმყოფება ან შეიძლება აღმოჩნდეს ისეთ ადგილას, სადაც საფრთხე ემუქრება მის ფიზიკურ ჯანმრთელობას
- ფსიქო-ფიზიოლოგიური დისტრესი
- კოგნიტიური და ინტელექტუალური ფუნქციონირება
- აფექტური და ინტელექტუალური ფუნქციონირება
- ინტერპერსონალური რესურსები
- მატერიალური რესურსები (Everly & Lating, 2017).

თუ ზემოთ აღნიშნულ სამ ძირითად შეკითხვაზე (სამივეზე) პასუხი არის უარყოფითი, ამ დროისთვის, სავარაუდოდ, აღარ არის საჭირო ჩარევა და შეფასების გაგრძელება. თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ აღარ უნდა გაგრძელდეს დამატებითი დაკვირვება და პიროვნების მდგომარეობის მეთვალყურეობა. იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე ზემოთ მოცემულ შეკითხვაზე პასუხი დადებითია, აუცილებელია დამატებითი დამაზუსტებელი ინფორმაციის მოძიება, ამისათვის კი კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი გადადის შეფასების ეტაპზე. შეფასების ეტაპი არა მხოლოდ კატეგორიული<sup>5</sup> ინფორმაციის მოძიებით შემოიფარგლება, არამედ განზომილებით<sup>6</sup> შეფასებას გულისხმობს და ადგენს მდგომარეობის ინტენსივობას – რამდენად ინტენსიურია მდგომარეობა, მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის თუ მწვავე? როდესაც იკვეთება მსუბუქი ინტენსივობა, ჩვეულებრივ, საქმე გვაქვს დისტრესთან, რაც ბუნებრივი რეაქციაა სტრესულ მოვლენაზე. რაც უფრო მძიმდება მდგომარეობა, მით უფრო ვუახლოვდებით დარღვეული ფუნქციონირების/დისფუნქციის მაჩვენებელს და შესაბამისად, აუცილებელია განსხვავებული ჩარევის დაგეგმვა (Everly & Lating, 2017).

## შეფასება

როგორც აღვნიშნეთ, თუ სკრინინგის პროცესში გამოიკვეთება დამატებითი გამოკითხვის საჭიროება, შემდეგი ნაბიჯი განზომილებითი შეფასების ეტაპზე გადასვლაა. შესაბამისად, მხარდამჭერმა პასუხი უნდა გასცეს ამგვარად ფორმულირებულ კითხვებს:

1. რამდენად საფუძვლიანია მტკიცებულება, რომ ამ ადამიანს სჭირდება დახმარება?
2. რამდენად შეუძლია პიროვნებას გარემოში ადეკვატურად ფუნქციონირება, შეზღუდული ხომ არ აქვს ან ხომ არ არსებობს რისკი, რომ შეეზღუდოს აუცილებელი მოვალეობების შესრულების უნარი (Everly & Lating, 2017)?

5 შეფასების ფორმა, როდესაც გარკვეული კრიტერიუმის საფუძველზე მონაცემები თავსდება განსხვავებულ კატეგორიებში. მაგალითად, პათოლოგია და ნორმა.

6 შეფასების ფორმა, როდესაც შეფასება ხდება კონტინუუმზე ინტენსივობისა და ხარისხის მიხედვით, მაგალითად, დისფუნქციიდან დისტრესამდე.

როგორც აღვნიშნეთ, განზომილებითი შეფასება მიზნად ისახავს დაადგინოს, რა ინტენსივობით ვლინდება ესა თუ ის სირთულე კონკრეტული პიროვნების შემთხვევაში. პიროვნება განიცდის მხოლოდ დისტრესს თუ პრობლემამ ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი გაუარესება გამოიწვია.

დისტრესისა და დისფუნქციის პოტენციური ნიშნები შეიძლება დაიყოს კოგნიტიურ, ემოციურ, ქცევით და რწმენა-წარმოდგენების ცვლილებასთან დაკავშირებულ გამოვლინებად (Everly & Lating, 2017).

მტკიცებულების თანახმად, მნიშვნელოვანი კრიტიკული მოვლენის შემდეგ, განსაკუთრებით კატასტროფების დროს, ყოველდღიურ საქმიანობაში გაჩენილი სირთულეები უფრო მეტად ბუნებრივი რეაქციაა (ნორმაა, ხშირია), ვიდრე გამონაკლისი. ადამიანთა უმეტესობა კრიტიკული მოვლენის მიმართ მედეგია და არ საჭიროებს დახმარებას. ამიტომ, დისფუნქციის განზომილებითი შეფასება არსებითია, რათა ზედმეტად არ მოხდეს ინტერვენციაზე რესურსების გაფლანგვა და პიროვნების მედეგობის ბუნებრივ ტრაექტორიაში ჩარევა. ქვემოთ მოცემულ სიაში წარმოდგენილია არა ყოვლისმომცველი, მაგრამ სავარაუდო მაგალითები, რა და რა შემთხვევაშია შესაძლებელი დისტრესის ან დისფუნქციის გამოვლენა. ეს მაგალითები ერთიანდება კოგნიტიურ, ემოციურ, ქცევით, რწმენა-წარმოდგენებისა და ფიზიოლოგიურ ინდიკატორებად (Everly & Lating, 2017).

ქვემოთ მოყვანილია კოგნიტიური, ემოციური, ქცევითი და რწმენა-წარმოდგენებთან დაკავშირებული ნიშნები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს დისტრესის ფარგლებში ან გამოიწვიოს დისფუნქცია (Everly & Lating, 2017).

## კოგნიტიური ინდიკატორი

### დისტრესი

- დროებითი (პერიოდული) დაბნეულობა, დროის აღრევა, დისკალკულია (მათემატიკური აზროვნების პრობლემა)
- კონცენტრაციის სირთულე
- პრობლემის გადაჭრის უნარის დაქვეითება
- გადატვირთულობის განცდა
- ობსესიები (აკვიატებები)
- მოვლენების ხელახალი განცდა
- ღამის კოშმარები

### დისფუნქცია

- ქმედითუნარიანობის შემზღუდავი დაბნეულობა, შემცირებული შემეცნებითი შესაძლებლობები
- უიმედობა
- სუიციდური აზრები
- აზრები მკვლელობის შესახებ
- პარანოიდული ბოდვები

- მნიშვნელოვანი დავალებების (პასუხისმგებლობების) პრიორიტეტების მიხედვით დალაგების უზუნარობა
- დისოციაციის ეპიზოდები (მწვავე ფსიქოზის გამორიცხვით)

## **ემოციური ნიშნები**

### **დისტრესი**

- შიში
- სევდა
- გაღიზიანებადობა
- ბრაზი
- ფრუსტრაცია
- შფოთვა
- მძიმე დანაკლისი.

### **დისფუნქცია**

- პანიკური შეტევები
- კატატონიური დეპრესია
- აფექტური/ემოციური გასადავება
- მწვავე ან პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა
- დისოციაციის ეპიზოდები (მწვავე ფსიქოზის გამორიცხვით).

## **ქცევითი ნიშნები**

### **დისტრესი**

- დროებითი (პერიოდული) ფობიკური ამრიდებლობა
- კომპულსიები
- შემგროვებლობა
- ძილის დარღვევა
- მადის დარღვევა
- შეკრთომა
- შეკავება

### **დისფუნქცია**

- მუდმივი ამრიდებლობა
- უკონტროლო კომპულსიები/იძულებითი ქცევა (მაგალითად, ხელების გამუდმებით დაბანა, კარის საკეტის შემონმება და ა.შ.)
- აგრესია-ძალადობა
- იმპულსურობა, რისკის შემცველი ქცევა
- თვითმკურნალობა
- ალკოჰოლის მოხმარება
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება

- ენერგეტიკული სასმელების მოხმარება
- ლაპარაკზე ან მინიშნებებზე რეაგირების უუნარობა
- კატატონია.

## **ნიშნები, რომლებიც უკავშირდება რწმენა-ნარმოდგენების ცვლილებას**

### **დისტრესი**

- რწმენაში ეჭვის შეტანა
- ღმერთის არსებობა-არარსებობაში ეჭვის შეტანა.

### **დისფუნქცია**

- რწმენასთან (აღმსარებლობასთან დაკავშირებული საქმიანობის შეწყვეტა)
- რწმენის პროექცია სხვებზე.

## **ფიზიოლოგიური ნიშნები**

### **დისტრესი**

- მადის დარღვევა
- ლიბიდოს დარღვევა
- თავის ფსიქოგენური ტკივილი
- კუნთების ფსიქოგენური ტკივილი/სპაზმები
- იმუნიტეტის გაუარესება (გაციების გახშირება, ინფექციების გახანგრძლივება).

### **დისფუნქცია**

- გულის ფუნქციის ცვლილებები
- კუჭ-ნაწლავის ფუნქციონირების ცვლილება
- ფარული სისხლდენა
- ცნობიერების დაბინდვა (Unconsciousness)
- გულ-მკერდის ტკივილი
- თავბრუსხვევა
- დაბუჟება/პარალიზება (განსაკუთრებით – მკლავის, ფეხის, სახის) (Everly & Lating, 2017).

კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტმა შეფასების ეტაპზეც უნდა დაიცვას ის პრინციპები, რომლებიც რაპორტის დამყარებისა და რეფლექსიური მოსმენის ეტაპზე იყო ჩამოყალიბებული.



## პრიორიტეტიზაცია

პრიორიტეტების განსაზღვრის ეტაპი ფსიქოლოგიური ტრიაჟის<sup>7</sup> ეტაპის წინაპირობაა. როგორც აღინიშნა, შეფასების ეტაპზე ხდება ინტერვენციის საჭიროების განსაზღვრა, ხოლო პრიორიტეტიზაციისას – რიგითობის დადგენა და მდგომარეობის სიმწვავის მიხედვით დაზარალებულების სათანადო დახმარება. ეს შეფასების ეტაპის უწყვეტი გაგრძელება და გადანყვეტილების მიღების დაუყოვნებლივი პროცესია, რომლის დროსაც ხდება შესაბამისი მომსახურებების განისაზღვრა. მაგალითად, ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაცია ან ამბულატორიული მომსახურება, მხარდამჭერი ჯგუფები ან სოციალური მომსახურების სააგენტოს ჩართვა (Yeager & Roberts, 2015).

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების შემთხვევაში, ბუნებრივია, მთავარ კრიტერიუმს წარმოადგენს ის, რომ ადამიანს ჰქონდეს გადარჩენის შანსი. ეს კრიზისული ინტერვენციისას რიგითობის პრინციპის დასადგენადაც არსებითი კრიტერიუმია, *თუმცა გასათვალისწინებელია სხვა ასპექტებიც, რომელთა თვალსაჩინოდ წარმოსადგენად აბრაჰამ მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის მოდელს შეიძლება დავეყრდნოთ*. მასლოუს მიხედვით, ფიზიკური უსაფრთხოება ფუნდამენტურია – დაზარალებულის სამედიცინო და ფიზიოლოგიური, ასევე თავშესაფრის საჭიროებები პირველ რიგში უნდა დავაკმაყოფილოთ (Everly & Lating, 2017).

ამ პირველადი დახმარების უზრუნველყოფის შემდეგ კი განისაზღვრება ფსიქოსოციალური მოთხოვნილებები, რომელთაგან უპირველესია ყოველდღიური პასუხისმგებლობების შესრულება (მაგ., ბავშვებისა და ხანდაზმულთა მოვლა, დასაქმება, თვითმოვლა და ა.შ.). ფუნქციონირების გაუარესებას და/ან დისფუნქციას ამ მიმართულებით შეიძლება ტალღისებური ეფექტი ჰქონდეს, რაც უარყოფითად იმოქმედებს როგორც უშუალოდ პიროვნებაზე, ასევე მის გარემოცვაზე და შესაბამისად, მეტად მასშტაბურ ზიანს გამოიწვევს (Everly & Lating, 2017).

საჭიროებების პრიორიტეტიზაციისთვის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მოდელი, რომელსაც შეგვიძლია დავეყრდნოთ, ლაკეინის ABC მოდელია, რომელიც უმარტივეს სამედიცინო პერსონალს დროის სწორად გადანაწილებასა და პრიორიტეტების განსაზღვრის პროცესს. (Everly & Lating, 2017) ლაკეინის მიხედვით, სამედიცინო სფეროში კიდევ უფრო აქტუალური გახდა დროის დეფიციტის საკითხი. მთავარი პრობლემა პრიორიტეტების არასწორად განსაზღვრაა, რაც დროის რესურსის გაფლანგვას და არასათანადო შედეგებს იწვევს (Talty, 1985). სწორი პრევენციული მიდგომა თავიდან აგვაცილებს მდგომარეობის გართულებასა და შესაბამისად დაზოგავს რესურსებს. სწორედ ამ პრინციპს ეყრდნობა ლაკეინის ABC მოდელი. ABC სიმბოლური დაყოფაა, რომლის მიხედვით, A კატეგორია აერთიანებს მნიშვნელოვან და სასწრაფო შემთხვევებს, B კატეგორია – მნიშვნელოვან, მაგრამ არა სასწრაფო, ან სასწრაფო, მაგრამ ნაკლებად მნიშვნელოვან შემთხვევებს, ხოლო C კატეგორია – არც მნიშვნელოვან და არც სასწრაფო შემთხვევებს. ლაკეინის მიხედვით, კრიზისული ინტერვენციის ამოცანას უნდა წარმოადგენდეს მხოლოდ A-კატეგორია, რადგან სწირად შეცდომით ყურადღება ექცევა B კატეგორიას, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში, გარკვეული დროის შემდეგ, შესაძლოა, C-კატეგორიაში გადავიდეს, რაც დროისა და სხვა რესურსების

<sup>7</sup> კრიზისში მყოფი ადამიანების შეფასება, მათი საჭიროებების განსაზღვრა და პრიორიტეტის მინიჭება რესურსების მიზნობრივი განაწილებისთვის.

არამიზნობრივ ხარჯვას გულისხმობს (Everly & Lating, 2017). უშუალოდ კრიზისული ინტერვენციის კონტექსტში უმეტესად ამგვარი შემთხვევები აღირიცხება:

- A – ადამიანები, რომლებსაც მნიშვნელოვნად აქვთ დარღვეული ფუნქციონირება ან იტანჯებიან ფსიქოლოგიურად და ფიზიკურად. მათ ძირითადად სჭირდებათ როგორც კრიზისული ინტერვენცია, ასევე სხვა მხარდამჭერი მომსახურება.
- B – დისტრესში მყოფი ადამიანები, რომლებსაც აღენიშნებათ გარკვეული ტიპის დის-ფუნქცია, რომელიც არ საჭიროებს აქტიურ ჩარევას.
- C – ადამიანები, რომლებიც ნეგატიური მოვლენების მიუხედავად ინარჩუნებენ ფუნქციონირების უნარს.

კრიზისული ინტერვენციის პერსპექტივის შესაბამისად, სპეციალისტებმა ყურადღება უნდა მიაქციონ პირველ რიგში A კატეგორიას, მონიტორინგი გაუწიონ B კატეგორიას და არ დახარჯონ დრო C კატეგორიაზე. იმგვარ სიტუაციებში, როცა სიცოცხლეს საფრთხე არ ემუქრება, დრო ძირითადად სასიკეთოდ მოქმედებს. შესაბამისად, მცირდება დისტრესი და ამ ვითარებით გამონეული სიმპტომები (Everly & Lating, 2017).

პრიორიტეტების განსაზღვრისას მხარდამჭერს არ უნდა დაავინყდეს, რომ პირველ რიგში დასვას კითხვები, რომლებიც ცხადყოფს, რამდენად არის დაზარალებული პირველადი (ფიზიოლოგიური) მოთხოვნილებებით დაკმაყოფილებული და მხოლოდ ამის შემდეგ უნდა გადავიდეს ფსიქოსოციალური საჭიროებების შესახებ ინფორმაციის მოძიების ეტაპზე. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, პასუხი უნდა გაეცეს მთავარ კითხვას: რამდენად სასწრაფოა ინტერვენცია? კითხვაზე პასუხი შეიძლება მერყეობდეს მსუბუქიდან მწვავე ვითარე-ბამდე და სწორედ ამის მიხედვით უნდა გადაიწყვიტოს რესურსები.

## ინტერვენცია

RAPID მოდელის ინტერვენციის ეტაპის ძირითადი მიზნებია: ფიზიკური და სამედიცინო მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, მძიმე დისტრესის სტაბილიზაცია და, შესაძლებლობის ფარგლებში, ფუნქციური უნარების აღდგენა.

არსებობს ინტერვენციის სხვადასხვა მეთოდები, რომლებიც კრიზისული სიტუაციის შესაბამისად გამოიყენება.

ინტერვენციის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია **სტაბილიზაცია**.

სტაბილიზაციის დროს კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი ცდილობს ფსიქოლოგიური და ქცევითი რეაქციების დეესკალაციას და მიზნად ისახავს იმპულსური ქმედებების დათრგუნვას, სიმშვიდის გრძნობის გაღვივებას (Everly & Lating, 2017).

სტაბილიზაცია რეკომენდებულია, როდესაც ადამიანი ემოციურად გადატვირთულია. ამ დროს კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტმა შეიძლება გამოიყენოს „დამინების“<sup>8</sup> და

8 **დამინების ტექნიკა** (Eng. – Grounding Techniques) – სტრესისა და შფოთვის დროს გამოიყენება. შეგრძნებებზე ყურადღების გამახვილებით (როგორებიცაა – შეხების შეგრძნება, სმენა, ყნოსვა, გემო და ვიზუალიზაცია), ის ადამიანს ანმყოფი დაბრუნებაში ეხმარება.

სუნთქვის მეთოდები. „დამინებას“ იყენებენ მაღალი შფოთვის და სხვა რთული ნეგატიური ემოციების სამართავად. „დამინების“ ტექნიკა მოიცავს სუნთქვაზე, კუნთების რელაქსაციასა და ყურადღების კონცენტრაციაზე მუშაობას (Shannon, 2015).

სტრესის მართვა შესაძლებელია სხვა სარელაქსაციო სავარჯიშოების გამოყენებითაც. თუმცა კრიზისული სიტუაციის დროს, ველზე, შეიძლება არ იყოს შესაბამისი პირობები მათ ჩასატარებლად (Everly & Lating, 2017).

ინტერვენციის ეტაპზე სპეციალისტმა სასურველია, გაითვალისწინოს მასლოუს იერარქიის მოდელი. მასლოუს მოდელის პირველი საფეხურის მიხედვით, ინდივიდისთვის სამედიცინო და ძირითადი ფიზიკური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება პრიორიტეტულია სხვა მოთხოვნილებებთან შედარებით. შესაბამისად, ადამიანის პირველადი საჭიროებებით უზრუნველყოფა აადვილებს მომავალზე ორიენტირებას და ხელს უწყობს სტაბილიზაციის პროცესს. საკვებით, საცხოვრებლით, ტანსაცმლითა და ტელეფონით უზრუნველყოფა, ასევე სხვა მოთხოვნების გარკვევა და სამოქმედო გეგმის დასახვა – ეს ის ქმედებებია, რომლებიც საშუალებას აძლევს დაზარალებულ ადამიანს დაიკმაყოფილოს საკუთარი მოთხოვნილებები. ეს კი უჩენს მომავლის იმედს, რომ ყველაფერი შეიძლება ახლებურად განვითარდეს. აღსანიშნავია, რომ კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტები არ ცდილობენ დაზარალებულის ყველა მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას, თუმცა ისინი უზრუნველყოფენ გარემოს, სადაც შესაძლებელია საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის დაბრუნება (Shannon, 2015).

### **ფსიქოგანათლება (Explanatory Guidance)**

კატასტროფული მოვლენების შემდეგ ადამიანებს ხშირად ნეგატიური ემოციები ეუფლებათ. მათ შეიძლება იფიქრონ, რომ არიან სუსტები, ეჭვქვეშ დააყენონ კრიზისამდელი ღირებულებები და თავისი რწმენა-წარმოდგენები. ამ ცვლილების შედეგად, შესაძლოა, შეფერხდეს განვითარების პროცესი. კრიზისში მყოფ ადამიანებს სჭირდებათ შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება, რათა უკეთ შეძლონ გამკლავება ისეთ პრობლემასთან, როგორცაა ძილის დარღვევა, ალკოჰოლდამოკიდებულება, ბრაზის შეტევები, დანაშაულის შეგრძნება და ა.შ. ინფორმირება და ფსიქოგანათლება ასევე ეხმარება კრიზისში მყოფ ადამიანს შვილების თუ ოჯახის სხვა წევრების ქცევის ცვლილებებთან ადაპტირებაში (Shannon, 2015).

ინფორმაციის გადამუშავებისა და პასუხების დეფიციტისას აზროვნების სავარაუდო შეცდომები შეიძლება იყოს:

**პათოლოგიზაცია** – იმ რეაქციების ნორმისგან აცდენილად შეფასება, რაც სრულიად ნორმალურია სტრესის დროს;

**დანაშაულის გრძნობა** – თვითდადანაშაულება იმ მოვლენის გაუკონტროლებლობის გამო, რაც კრიზისის დროს მოხდა და რისი კონტროლიც შეუძლებელია. სხვადასხვა სცენარის განხილვა იმის შესახებ, თუ რა შეიძლება მომხდარიყო;

**გადარჩენილის დანაშაულის გრძნობა** – იმის გამო, რომ ის გადარჩა და სხვები კი – ვერ;

**ძირითად ღირებულებებში დაეჭვება (რწმენის შერყევა)** – კატასტროფული მოვლენების შედეგად ისეთი კითხვების გაჩენა, რომლებიც უკავშირდება სამყაროში სამართლიანობის ცნებას. მაგალითად: რატომ ემართებათ ცუდი რაღაცები უდანაშაულო ბავშვებს? კარგი ადამიანები რატომ კვდებიან ადრე?

**ნდობის შერყევა** – ლალატი ახლო ადამიანის ან ორგანიზაციის მხრიდან, რომელსაც ენდობოდნენ. ნდობით აღჭურვილი პირის ან ცხოვრების პარტნიორის ლალატი შეიძლება ჩაითვალოს, როგორც ტრავმის ერთგვარი ფორმა;

**ირიბი პიროვნული იდენტიფიკაცია** – კატასტროფულ მოვლენასთან ან დაზარალებულ მსხვერპლთან საკუთარი თავის გაიგივება. ამგვარი რეაქცია, გამონვეული ინტერპერსონალური და ფსიქოლოგიური სივრცის დარღვევის შედეგად, აშორებს გადარჩენილ ადამიანს მსმენელისგან (Everly & Lating, 2017).

დაზარალებულის ინფორმირების პროცესში სპეციალისტს შესაძლოა, არ ჰქონდეს ყველა კითხვაზე პასუხი. ამ შემთხვევაში, სპეციალისტი უნდა იყოს გულწრფელი და შეეცადოს დაზარალებულს ურჩიოს შესაბამისი წყარო (Everly & Lating, 2017).

### **მოსალოდნელი შედეგების მართვა (Anticipatory Guidance)**

კრიზისის შემდგომი რეაქციების შესახებ ადამიანის ინფორმირება ეხმარება მას სტრესით გამონვეული არასასურველი შედეგების მართვაში.

კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტმა კრიზისში მყოფ ადამიანს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორი რეაქცია შეიძლება ჰქონდეს სუბიექტს ტრავმულ სტრესზე. ეს პროცესი ასევე მოიცავს სარისკო ნიშნების და სიმპტომების ამოცნობას (ჰანსენი, 2018).

კრიზისში ყოფნის პერიოდში ადამიანის წინასწარ ინფორმირება იმის შესახებ, თუ რა არასასურველ რეაქციებს შეიძლება ელოდოს როგორც ფიზიკური, ისე ემოციური თვალსაზრისით, ამცირებს პოსტტრავმულ დისტრესზე ნორმალური რეაქციის დეკომპენსირების რისკს.

ზოგიერთი რეაქცია, რომელიც შეიძლება კრიზისში მყოფ ადამიანს გამოუვლინდეს:

- ფიზიკური სიმპტომები: კანკალი, თავის ტკივილი, დაღლილობა, მადის დაკარგვა, ტკივილები
- შფოთვა, შიშები
- ტირილი, მწუხარება და სევდა
- სირცხვილის და დანაშაულის გრძნობა იმის გამო, რომ გადარჩა და ვერ გადაარჩინა სხვა
- აღტაცების გრძნობა, რომ გადარჩა
- ზესიფხიზლე, ნერვიულობა
- ბრაზი, გაღიზიანება (WHO, 2013).

კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტს შეუძლია კრიზისში მყოფ ადამიანს მიაწოდოს ინფორმაცია შემდეგი სახით:

- „შესაძლოა შეგექმნათ ძილის პრობლემები“;
- „გაითვალისწინეთ, რომ შეიძლება ჩვეულებრივზე მეტად გაღიზიანებული იყოთ“;
- „ჩვეულებრივ, შესაძლოა ეს ინციდენტი განმეორდეს თქვენს გონებაში“;
- „ადამიანები ხანდახან კარგავენ მადას“;
- „ნუ გაგიკვირდებათ, თუ გსურთ თავიდან აიცილოთ დაბრუნება იმ მხარეში, სადაც ეს ინციდენტი მოხდა“;
- „საკმაოდ ხშირია საკუთარ თავში ჩაკეცვა და მარტოდ დარჩენის სურვილი ამ განცდების შემდეგ“.

აღსანიშნავია, რომ ინფორმირებას თან ახლავს გარკვეული რისკები, რაც წინასწარგანწყობას უკავშირდება. მიუხედავად ამისა, ინფორმირების სარგებელი გაცილებით აღემატება შესაძლო რისკს. სპეციალისტმა სიფრთხილე და ყურადღება უნდა გამოიჩინოს, რომ არ მოხდეს დაზარალებულის მძიმე ნუხილის იგნორირება და სერიოზული რეაქციის ნორმალიზება (Everly & Lating, 2017).

### **კოგნიტიური სქემის ცვლილება (Cognitive Reframing)**

საკუთარი თავის ან არსებული სიტუაციისადმი მინიჭებული მნიშვნელობის შეცვლას ეწოდება კოგნიტიური სქემის ცვლილება, რომელიც კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ერთ-ერთი ძირითადი სტრუქტურული პრინციპია.

ძლიერი დისტრესის შედეგად ადამიანმა შეიძლება ვერ მოახერხოს მკაფიოდ, ნათლად ფიქრი. დაზარალებულის არარეალისტური აზრები და ინტერპრეტაციები ხშირად იწვევს შეცდომებით სავსე და ნეგატიურ წარმოდგენებს. ამგვარი აზრების უკუკავშირის გარეშე დატოვებამ შესაძლოა, გამოიწვიოს საკუთარი განცდების, შეგრძნებების და თვითშეფასების დაქვეითება. კრიზისული ინტერვენციის დროს სპეციალისტს შეუძლია დაეხმაროს კრიზისში მყოფ ადამიანს ამ მცდარი აზრების იდენტიფიცირებით და მათი რეალობასთან შესაბამისობის გადამოწმების გზით (Everly & Lating, 2017).

ტრავმული სტრესის შედეგად დაზარალებული ადამიანები იმდენად არიან ჩაფლულნი კრიზისულ სიტუაციაში და საკუთარი თავისთვის ზიანის მომტან, დესტრუქციულ ფიქრებსა და ქცევებში, რომ ვერ ხედავენ კრიზისიდან გამოსვლის ალტერნატიულ გზებს და შესაძლებლობებს. კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტის ამოცანა ამ შემთხვევაში დაზარალებულის აღქმის გაფართოებაა, რაც ეხმარება მას ალტერნატიული ხედვის განვითარებაში. კრიზისში მყოფი ადამიანის ვიწრო და შეზღუდულ შეხედულებებთან მუშაობით სპეციალისტი ეხმარება მას ახალი შესაძლებლობების დანახვასა და განხილვაში. ეს მიდგომა განსაკუთრებით ეფექტურია იმ ადამიანებისთვის, რომლებსაც უჭირთ დამხმარე რესურსების შეფასება (James, 2007).

კოგნიტიური სქემის ცვლილება ეფექტური იარაღია კრიზისში მყოფი ადამიანის მდგო-

მარეობის სტაბილიზაციისა და მისი განცდების შესამსუბუქებლად. ამავ დროს კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი ფრთხილად უნდა იყოს, რომ კოგნიტიური სქემის ცვლილების პროცესი კამათში არ გადაიზარდოს. კრიზისში მყოფი ადამიანები დროთა განმავლობაში უფრო მგრძობიარენი ხდებიან საკუთარი თავის და კრიზისული სიტუაციის ალტერნატიული ინტერპრეტაციების მიმართ. სპეციალისტს შეფასების შედეგად მიღებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, შეუძლია გამოიყენოს კოგნიტიური სქემის ცვლილების შემდეგი ვარიანტები:

**ფაქტებზე დაყრდნობით მცდარი შეხედულებების, აზრების გამოსწორება** – როდესაც დასკვნა, რომელიც ადამიანმა გამოიტანა, არ ემყარება რეალობას, სპეციალისტს შეუძლია პატივისცემით მიუთითოს მას ამის შესახებ.

**ალოგიკური აზროვნების ხაზგასმა** – ზოგჯერ კრიზისში მყოფი ადამიანები მომხდარი მოვლენების ალოგიკურ, სუბიექტურ ინტერპრეტაციას ახდენენ, რაც ტრავმით არის განპირობებული. ამ დროს კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტს შეუძლია პირდაპირ აღნიშნოს, რომ დაზარალებულის ინტერპრეტაცია გაუგებარია, მაგალითად: „მოვისმინე რაც თქვით, მაგრამ ბოლომდე მაინც არ მესმის, რას გულისხმობთ“, „აზრს ვერ ვწვდები ბოლომდე, ალბათ მე გამომრჩა რამე“ და ა.შ. (Everly & Lating, 2017).

ასევე მნიშვნელოვანია დაზარალებული ადამიანის რესურსებზე ყურადღების გამახვილება. იმ შემთხვევაში, თუ კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი მოსმენისას მხოლოდ პრობლემებს მიაქცევს ყურადღებას და მათზე საუბრით შემოიფარგლება, კრიზისში მყოფი ადამიანი ვერ შეძლებს დაინახოს გამოსავალი. სპეციალისტის ერთ-ერთი მიზანია დაზარალებულის ადამიანური რესურსების კვლევა/შეფასება და ამ რესურსების მიმართვა პრობლემური სიტუაციის მოგვარებისა და შესაძლებლობების დანახვისკენ (Egan, 2014).

## **სტრესის მართვა (Stress Management)**

კრიტიკული შემთხვევის შემდეგ სტრესის მართვის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური გზაა ადამიანისთვის მოვლენებზე კონტროლის შესაძლებლობის დაბრუნება. სპეციალისტი კითხვის დასმით – „როგორ უმკლავდებოდით წარსულში სტრესულ სიტუაციებს?“ – ეხმარება დაზარალებულ ადამიანს გაიხსენოს, მისთვის ნაცნობი და გამოცდილი დაძლევის სტრატეგიები. წარსულის გახსენება დაეხმარება დაზარალებულ ადამიანს მოსინჯოს დაძლევის სტრატეგიები ახალ, კრიზისულ სიტუაციაში (Everly & Lating, 2017).

ტრავმული სტრესის დროს ადამიანის გაშეშების/უძრაობის მთავარი გამომწვევი სწორედ კონტროლის დაკარგვაა. მას შემდეგ, რაც კრიზისში მყოფი ადამიანი ჩაერთვება რაიმე კონკრეტულ საქმიანობაში, უბრუნდება კონტროლის შეგრძნება, მობილობაც იზრდება და შედეგად ჩნდება სივრცე განვითარებისთვის. დაძლევის სტრატეგიების აქტივაციისთვის მიზანშეწონილია შემდეგი ტიპის კითხვების გამოყენება: წარსულში როგორ გაუმკლავდით თქვენთვის რთულ მოვლენას? რა დაგეხმარათ გამკლავების პროცესში?

კრიზისში მყოფი ადამიანები ხშირად უგულებელყოფენ ალტერნატიული ვითარების კვლევას, არ განიხილავენ არჩევანის იმ სპექტრს, რომელიც მათთვისაა ხელმისაწვდომი. კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტს შეუძლია იფიქროს კრიზისთან დაკავშირებულ

ნებისმიერ ალტერნატივაზე, მაგრამ კრიზისში მყოფ ადამიანთან უნდა განიხილოს მხოლოდ რამდენიმე მათგანი. კრიზისში მყოფ ადამიანებს არ სჭირდებათ არჩევანის ბევრი ვარიანტი, არამედ მათთვის საკმარისია სიტუაციასთან შესატყვისი რამდენიმე არჩევანი.

ზემოთ აღნიშნული კითხვების დასმის შემდეგ შესაძლებელია გარკვეული გეგმის დასახვა. გეგმა უნდა იყოს პრობლემის გადაჭრაზე ორიენტირებული და ამასთან რეალისტური. ის უნდა ითვალისწინებდეს კრიზისში მყოფი ადამიანის დაძლევის უნარებს. გეგმის დასახვა აუცილებელია ურთიერთთანამშრომლობით, იმისათვის რომ დაზარალებულმა აქტიურ თანამონაწილედ იგრძნოს თავი. გეგმის შედგენის მთავარი მიზანია, ადამიანებს დაუბრუნდეთ კონტროლის შეგრძნება. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ დაგეგმვა არ გულისხმობს მთელი ცხოვრების განმავლობაში განსახორციელებელ აქტივობებს. ის გულისხმობს მოკლევადიან პერსპექტივას და წონასწორობისა და სტაბილურობის შედარებით აღდგენას. კრიზისული ინტერვენციის ფარგლებში გეგმის დროის პარამეტრი ძირითადად წუთებში, საათებსა და დღეებში იზომება და არა კვირებში, თვეებსა ან წლებში (James, 2007).

### **ოჯახის წევრებისა და მეგობრების მხარდაჭერა – (Enlisting the support of family and friends)**

კრიზისული ინტერვენციის დროს მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, თუ რა ინტერპერსონალური რესურსები აქვს დისტრესში მყოფ ადამიანს და რამდენად ხელმისაწვდომია ისინი (Everly & Lating, 2017).

სპეციალისტის ერთ-ერთი ამოცანაა დაზარალებულის დაკავშირება ისეთ ადამიანთან, რომელსაც შეუძლია მასთან მოსვლა და დარჩენა (ჰანსენი, 2018).

### **ცხოვრების შეცვლის ნებისმიერი გადაწყვეტილების და ცვლილების გადავადება – (Delay making any life-altering decisions/changes)**

დისტრესში მყოფი ადამიანი ხშირად მიდრეკილია დესტრუქციული ან არასწორი გადაწყვეტილებებისკენ. კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი უნდა შეეცადოს, დაარწმუნოს დაზარალებული ამგვარი გადაწყვეტილება შემდგომში გადადოს (Everly & Lating, 2017).

RAPID მოდელის ამ ეტაპის განხილვის ბოლოს მნიშვნელოვანია, შევაჯამოთ საკითხები, რათა შევამციროთ შეცდომების ალბათობა:

- მიუხედავად იმისა, ინტერვენციის რომელ ფორმას აირჩევს კრიზისის სპეციალისტი, მან ყურადღება უნდა მიაქციოს შემდეგ საკითხებს: თუ დაზარალებულ ადამიანს შეუძლია მოქმედება და არ იმყოფება ტრავმის შემდგომი „გაშეშების“ მდგომარეობაში, არ დააკნინოს მისი რესურსები/პოტენციალი, თავი აარიდოს პიროვნების ინფანტილიზაციას და სიმპტომების ფსიქიატრიზაციას.
- კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტი არ უნდა დაჰპირდეს დისტრესში მყოფ ადამიანს, თუ მის შესრულებას ვერ შეძლებს.
- კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტმა უნდა გაითვალისწინოს ის ფაქტი, რომ არ არსებობს ორი ერთნაირი ადამიანი და, შესაბამისად, ამ ფენომენალურ მოცემულობას პატივი სცეს. სხვადასხვა ადამიანს სტრესის დაძლევის განსხვავებული ხერხი აქვს.

- კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტმა აპრიორულად/იმთავითვე (შესწავლის გარეშე) არ უნდა დაიწყოს ინტერვენცია, მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანი ტრავმული მოვლენის შედეგადაა დაზარალებული.
- მნიშვნელოვანია ისიც, რომ სპეციალისტი არ უნდა ჩაერიოს დისტრესში მყოფი ადამიანის გამძლეობის ბუნებრივ მეთოდებში, თუ, რა თქმა უნდა, მისი ქმედებები არ აზიანებს საკუთარ თავს ან სხვებს (Everly & Lating, 2017).

## დისპოზიცია და შემაჯამებელი შეხვედრა (FOLLOW-UP)<sup>9</sup>

მოსმენილი ამბისა და შესაბამისი საპასუხო ინტერვენციის შემდგომ უნდა განისაზღვროს კონკრეტული ნაბიჯები და დაისვას მნიშვნელოვანი კითხვა: რა უნდა გაკეთდეს ამის მერე? უფრო კონკრეტულად, უნდა განისაზღვროს, შეუძლია თუ არა პიროვნებას პასუხისმგებლობა აიღოს და იზრუნოს საკუთარ თავზე. ეს კითხვა ეხება როგორც ინტერვენციის სპეციალისტს, ისე თავად პიროვნებას, რომელსაც დახმარება სჭირდება. ხოლო ეტაპი, როცა ამ კითხვას პასუხი უნდა გაეცეს, არის RAPID მოდელის ბოლო, დისპოზიციის ფაზა (Everly & Lating, 2017).

გავიხსენოთ პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების, RAPID მოდელის მთავარი მიზნები და ამოცანები:

- ბაზისური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება
- მწვავე ფსიქოლოგიური და ქცევითი რეაქციების სტაბილიზაცია
- მწვავე დისტრესის, დარღვევის ან დისფუნქციის შემსუბუქება, გარკვეული დონის ადაპტაციური ფუნქციონირების აღსადგენად
- დაძლევის ბუნებრივი მექანიზმების გამყარება
- დამატებით მხარდაჭერაზე, სიღრმისეულ სერვისზე მისაწვდომად წახალისება

დისპოზიციის ფაზა ცნობილია როგორც რეფერირების, ურთიერთკავშირების გაძლიერებისა და ადვოკატირების ეტაპი. ფაზის მთავარი მიზანი არის პასუხი კითხვაზე – ახლა, რა უნდა გავაკეთოთ? – რომელიც შესაძლოა, ყოველთვის არ იყოს ვერბალურად გამოხატული. თუ არ ჩავთვლით *შემაჯამებელ (follow-up)* შეხვედრას, RAPID მოდელი ამ ფაზით სრულდება. ამიტომ, დისპოზიციის ფაზა არის უმნიშვნელოვანესი ეტაპი, რომლითაც მხარდაჭერს შეუძლია დაასრულოს ინტერაქცია და განსაზღვროს შემდგომი ნაბიჯები (Everly & Lating, 2017).

<sup>9</sup> დამატებითი შეხვედრა დაკვირვებისა და მდგომარეობის შეფასების, პროგრესის მონიტორინგის მიზნით.



დისპოზიციის ფაზის შესაძლო ნაბიჯებია:

1. ინტერაქციის საკვანძო საკითხების შეჯამება
2. კითხვა: როგორ გრძნობთ ახლა თავს?
3. გეგმის შედგენა: რა უნდა გავაკეთოთ ახლა?
4. კონკრეტული ნაბიჯების განსაზღვრა
5. ნახალისება სხვა დონის დახმარებასა და სერვისზე მისაწვდომად
6. საჭიროებისამებრ, შემაჯამებელი შეხვედრის დაგეგმვა
7. რეალისტური სიტყვებით დაიმედება და გამხნეება.

მაშინ, როდესაც გავლილია RAPID მოდელის ყველა ფაზა: შედგენილია კრიზისულ სიტუაციაში მყოფი ადამიანის დახმარების გეგმა და დანერგულია ინტერვენციის ყველა საჭირო მექანიზმი, უნდა განისაზღვროს შემდგომი ნაბიჯები:

- (1) თუ ინტერვენციის შემდეგ გამოიკვეთა, რომ პიროვნებას შეუძლია საკუთარ თავზე იზრუნოს და მიჰყვეს დაკისრებულ ვალდებულებებს, მაშინ ინტერვენცია დასრულებულია. ასეთ დროს რეკომენდებულია, პიროვნებასთან შემაჯამებელი შეხვედრა ხელსაყრელ დროს. ხანდახან სასარგებლოა მეორე შემაჯამებელი შეხვედრაც. თუმცა, თუ საჭიროა მე-3 შემაჯამებელი შეხვედრის ორგანიზება, სავარაუდოდ, დროა, პიროვნებას შევთავაზოთ სხვა სერვისი (Everly & Lating, 2017);
- (2) თუ ინტერვენციის შემდეგ ჩანს, რომ პიროვნებას შეუძლია საკუთარ თავზე ზრუნვა, დაკისრებული პასუხისმგებლობების შესრულება, მაგრამ გარკვეული არაფორმალური მხარდაჭერა (მეგობრები, ოჯახი, თანამშრომლები) სჭირდება, ასეთ დროს მნიშვნელოვანია, ამ რესურსების გამოყენება. ამ შემთხვევაშიც, შემაჯამებელი შეხვედრა შესაძლოა, სასარგებლო აღმოჩნდეს (Everly & Lating, 2017);
- (3) თუ ინტერვენციის შემდეგ პიროვნებას არ შეუძლია დამოუკიდებლად მოქმედება ანდა სჭირდება მნიშვნელოვანი და უფრო ფორმალური მხარდაჭერა სხვებისგან (ფსიქოლოგიური, სამედიცინო, ლოჯისტიკური, ფინანსური, სულიერი), მაშინ აუცილებელია მისთვის ამ სერვისის და რესურსების გამოყენება და მათში ჩართულობის ნახალისება (Everly & Lating, 2017).

## ნახალისება

პიროვნების ნახალისება დამატებითი დახმარების მოსაძიებლად დისპოზიციის ფაზის ყველაზე დიდ გამოწვევად რჩება. ადამიანები ხშირად უარს ამბობენ დამატებით დახმარებაზე, რადგან მიაჩნიათ, რომ ეს სისუსტის ნიშანია და მათ სტიგმატიზაციას განაპირობებს. ასეთ დროს უპრიანია, ადამიანებს შევახსენოთ, რომ დამატებითი მხარდაჭერა ნიშნავს იმ პიროვნებების უკეთ დახმარებასაც, რომლებიც მათ ეყრდნობიან და ეს მხარდაჭერა მათ-

თვისაც სასარგებლოა. ხშირად შეხვედრისთვის ხელსაყრელი დროის და ადგილის შერჩევა რთულია. ამიტომ, რეკომენდებულია, რომ შემაჯამებელი შეხვედრა ჩავატაროთ გარკვეული დროის შემდეგ და დამატებითი ზრუნვაც მხოლოდ მაშინ შევთავაზოთ (Everly & Lating, 2017).

ზოგიერთ შემთხვევაში დამატებითი დახმარების შეთავაზება დაუყოვნებლივ არის საჭირო. თუკი აღინიშნება სუიციდური, მკვლელობასთან დაკავშირებული იდეები, ფსიქოზური ან ნებისმიერი სხვა ქცევა, რომელიც ზიანს მიაყენებს პიროვნებას, ან სხვა ადამიანებს, მაშინ დამატებითი დახმარება (რეფერირება) არათუ აუცილებელი, არამედ დაუყოვნებლივ არის საჭირო (Everly & Lating, 2017).

ვის სჭირდება უფრო კომპლექსური ზრუნვა, ვიდრე მხოლოდ ფსიქოლოგიური პირველი დახმარებაა?

როგორც ინტერვენციის დასაწყისში, ისე მის ბოლო ეტაპზე მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, სჭირდება თუ არა პიროვნებას უფრო კომპლექსური ზრუნვა ან დამატებითი სერვისი, ვიდრე პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარებაა. თუ პიროვნება იმდენად შეუძლოდაა, რომ ვერ ახერხებს საკუთარ თავზე ან შვილებზე ზრუნვას, მაშინ მას სჭირდება რეფერირება. თუ ჩნდება იმის საშიშროება, რომ პიროვნება ზიანს მიაყენებს და საფრთხის ქვეშ ჩააგდებს საკუთარ თავს ან სხვებს, მაშინ მას სჭირდება უფრო სიღრმისეული დონის სერვისი (WHO, 2013).

## რესურსები

ფსიქოსოციალური რესურსები, რომლებიც კრიზისული მოვლენის ეპიცენტრში უნდა გამოვიყენოთ, საგრძნობლად განსხვავდება ჩვეულ ვითარებაში არსებული რესურსებისგან. მნიშვნელოვანია, მხარდამჭერ პირს ჰქონდეს ინფორმაცია ადგილობრივი და საყოველთაო სერვისების შესახებ უბედური და კრიზისული შემთხვევების დროს (Everly & Lating, 2017).

კრიზისული სიტუაციების დროს მეგობრების, ოჯახის და თანამშრომლების რესურსი პიროვნების დასახმარებლად განსაკუთრებით ღირებულია. სამუშაო გარემოზე დაფუძნებული თანამშრომლების მხარდაჭერის პროგრამები, შესაძლოა ძალიან ეფექტური იყოს, განსაკუთრებით, თუ პროგრამას კრიზისული ინტერვენციის სპეციალისტები მართავენ. დამატებით დამხმარე რესურსად შეგვიძლია განვიხილოთ – კრიზისული ცენტრები, საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტები, ეკლესიები, კრიზისზე ორიენტირებული სამღვდლო პროგრამები (აღნიშნული დამოკიდებულია კონკრეტულ საზოგადოებაში გავრცელებულ სამღვდლო პრაქტიკაზე), არაპროგრამული სამსახურებრივი რესურსები, როგორებიცაა კავშირის სერვისები და სპეციალიზებული კრიზისული ცენტრები (ოჯახში ძალადობა, გაუპატიურება, ნარკოტიკული ნივთიერებების გადაჭარბებული მოხმარება, ვეტერანების კრიზისული ცენტრები, ცხელი ხაზები და ა.შ.). აგრეთვე, გადაუდებელი დახმარების ცხელი ხაზები და კატასტროფის გარემოებებში არსებული ლოკალური თუ საყოველთაო სერვისები.

## კრიზისულ ინტერვენციებში ჩართულ პერსონალზე ზრუნვა და თვითზრუნვა

კრიზისულ სიტუაციებში ჩართული პერსონალის თუ მოხალისეთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა არანაკლებ საყურადღებოა, ვიდრე იმ ადამიანების, ვისაც ისინი ეხმარებიან. საგანგებო სიტუაციებში, დახმარების პროცესში, მოქმედების ჩარჩო ხშირად ისეთი სისწრაფით იცვლება, იმდენი გამონვევის, ამოცანის წინაშე აყენებს დამხმარებებს, რომ მათ, შესაძლოა, გადაავიწყდეთ საკუთარ თავზე ზრუნვა. შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა მხოლოდ კრიზისული მოვლენით დაზარალებულ პირებს კი არა, ამ პროცესში ჩართულ პერსონალს თუ მოხალისეებსაც უნდა ითვალისწინებდეს, რადგან მათი კრიტიკული ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, ე.წ. პროფესიული გადაწვა (Burn Out) მუშაობის ხარისხზეც აისახება (IFRC PS Centre, 2009).

დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციის, ICD 11-ის მიხედვით, „პროფესიული გადაწვა ესაა სინდრომი [და არა სამედიცინო მდგომარეობა], რომელიც ყალიბდება სამუშაოსთან დაკავშირებული ქრონიკული სტრესის შედეგად, რომელიც სათანადოდ არ იმართება“. პროფესიული გადაწვა სამი ძირითადი ფორმით ვლინდება, ესენია: 1) ენერჯის ნაკლებობა და გამოფიტვის განცდა; 2) სამსახურისგან დისტანცირება ან სამსახურთან დაკავშირებული უარყოფითი დამოკიდებულების, ცინიკური განწყობის ზრდა; 3) არაეფექტურობისა და მიზნის მიღწევის განცდის ნაკლებობა. ICD 11-ში ხაზგასმულია, რომ გადაწვის ფენომენი სპეციფიკურად სამუშაო კონტექსტს უკავშირდება და სხვა ცხოვრებისეული გამოცდილებების აღსაწერად არ უნდა გამოვიყენოთ (WHO, 2022).

უფრო კონკრეტულად, კრიზისულ სიტუაციებში მუშაობით გამოწვეული სტრესის გამკლავებასთან დაკავშირებით რამდენიმე ძირითადი ფაქტორი შეგვიძლია გამოვყოთ: გადაწვის რისკ-ფაქტორები, სტრესზე რეაქციები, თვითზრუნვა, ორგანიზაციის როლი ამ პროცესში და კოლეგიალური მხარდაჭერა.

კრიზისული ინტერვენციისას მუშაობით გამოწვეული გადაწვის რისკ-ფაქტორები შეიძლება იყოს პიროვნული და კულტურულ-ორგანიზაციული. მაგალითად, იმის მოლოდინი, რომ დამხმარე პერსონალს არ აქვს საკუთარი პრობლემები, და რომ ისინი არასოდეს იღლებიან (IFRC PS Centre, 2009), შესაძლოა, მომდინარეობდეს როგორც გარემოს, ასევე თავად დამხმარის მხრიდან. პიროვნულ ფაქტორებში შეიძლება გამოვყოთ რწმენა, რომ ისინი არ არიან მოწყვლადნი სტრესის, გამოფიტვის, ფრუსტრაციის მიმართ (Radlauer–Doerfler & VanDenBerg, 2020), რომ ისინი ეგოიზმს მოკლებული, სუპერადამიანები არიან (IFRC PS Centre, 2009); მორალური დილემადან კი იმის განცდა, რომ ყველას ვერ დაეხმარები; ასევე ხშირია გადაჭარბებულად გაიგივება სამსახურთან, როდესაც იმლება საზღვარი „მე“-სა და სამუშაოს შორის. აგრეთვე ე.წ. პერფექციონიზმი – შეუსაბამოდ მაღალი მოთხოვნები საკუთარი თავის მიმართ, პროცესის კონტროლის მხოლოდ საკუთარ თავზე აღება და პასუხისმგებლობის არასაკმარისად გადანაწილება სხვებზე, საკუთარი თავისთვის მეტისმეტად ბევრის დაკისრება, სხვების დახმარების გარეშე ასევე ზრდის სამუშაოთი გადაწვის რისკს (ჯავახიშვილი, 2020).

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია კულტურული ფონი, რომელიც, ერთი მხრივ, შეიძლება ეხმარებოდეს ჯანდაცვის მუშაკის, რეაგირებაში ჩართული პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნებას, მეორე მხრივ კი – ხელს უშლიდეს მას. ორგანიზაციული კულტურა შეიძლება ასევე აყალიბებდეს იმის მოლოდინს, რომ, მაგალითად, ალტრუიზმი ჯანდაცვის მუშაკის ვალდებულებაა და ის სხვაზე ზრუნვას საკუთარ თავის მიმართ ზრუნვაზე მაღლა უნდა აყენებდეს (Andrews et al., 2020, as cited in Lewis et al., 2022). და ბოლოს, ორგანიზაციულმა სტრუქტურამ და სამუშაოს გადანაწილებამ, შესაძლოა, მნიშვნელოვნად განსაზღვროს პერსონალის გადანაწილის საკითხი: სამუშაო გარემოს ქაოსურობა, ფუნქციების არასათანადო გადანაწილება, მოვალეობის შესასრულებლად მოკლე ვადის დაწესება, ამოცანების შესრულების პროცესში კონტროლის განცდის უქონლობა, ხანგრძლივი სამუშაო საათები თუ ცვლები, მხარდაჭერის არქონა (WHO, n.d.), აღიარების ნაკლებობა და ა.შ.

საგანგებო სიტუაციებში მომუშავე პერსონალს ხშირად ოჯახისგან, სოციალური მხარდაჭერის სისტემისგან მოშორებით უწევს მუშაობა, რაც დამატებითი რისკ-ფაქტორია; მოხალისეების შემთხვევაში, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ისინი შესაძლოა თავად წარმოადგენენ იმ თემს, ჯგუფს, რომელიც კონკრეტული კრიზისის შედეგად დაზარალდა. „ხშირად პრობლემები შეიძლება დაკავშირებული იყოს პერსონალისა და მოხალისეთა პირად ტრაგედიასთან, დანაკლისთან. მათაც ჰყავთ ნათესავები და ახლობლები, აქვთ პირადი ცხოვრება და საკუთრება. ასე რომ, ეს ფაქტორებიც გასათვალისწინებელია“ (IFRC PS Centre, 2009).

ზემოთ ხსენებული სამი ძირითადი რეაქციის გარდა – ენერჯის ნაკლებობა, ცინიკური განწყობა და არაეფექტურობის განცდა – სხვა სიმპტომების გამოყოფაც შეგვიძლია ზოგადი დისტრესის ამოსაცნობად (Radlauer–Doerfler & VanDenBerg, 2020):

- უგრძობლობა, შფოთვა, შიში, პერსპექტივის განცდის ნაკლებობა
- ცვლილებები მადის, ძილის სფეროებში (მომატებული მადა – უმადობა, ძილიანობა – უძილობა), ზოგადი აქტივობის დაქვეითება
- კონცენტრაციის პრობლემა, შემანუხებელი ფიქრები და ხატები
- ფიზიკური რეაქციები: თავის ტკივილი, ტკივილები სხეულის სხვა ნაწილებში, კანის პრობლემები
- ქრონიკული დაავადებების გაუარესება
- ბრაზი, ადვილად გაღიზიანება, ფეთქებადობა
- ორაზროვნება
- თამბაქოს, ალკოჰოლის და სხვა მავნე ნივთიერებების ჭარბი რაოდენობით გამოყენება ა.შ.

პირველ რიგში, საჭიროა იმის გაცნობიერება, რომ სტრესი ნორმალური რეაქციაა არანორმალური სიტუაციის გამო და მასთან ეფექტურად გამკლავების შემთხვევაში, გართულე-

ბული მდგომარეობის გამოვლინების რისკი საკმაოდ დაბალია. „გლობალურად, მოსახლეობის საშუალოდ 70% (29%-იდან 83%-მდე) ექვემდებარება მატრავმირებელ სტრესორთა ზემოქმედებას, მაგრამ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა მათგან მხოლოდ 5.6%-ს ემართება“ (ჯავახიშვილი, 2020).

სტრესის მიზეზების და მისი გამოვლენის რეაქციების ცოდნა გვეხმარება, დროულად ამოვიცნოთ სტრესული მდგომარეობა და გადავდგათ ნაბიჯები მასთან გასამკლავებლად. პირველ რიგში, უნდა შევაფასოთ საკუთარი მდგომარეობა: ბოლო პერიოდში ვამჩნევდი თუ არა საკუთარ თავს, რომ ვავლენდი ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან რომელიმეს? შემდეგ მოდის კითხვა: როგორ გავუმკლავდე მათ (Radlauer–Doerfler & VanDenBerg, 2020) ან როგორ ვუმკლავდები ხოლმე მსგავს სიტუაციებს? დარგის სპეციალისტები უფრო და უფრო მეტად უსვამენ ხაზს თვითზრუნვის მნიშვნელობას: დაეხმარო საკუთარ თავს, რათა შეძლო სხვების დახმარება (Pfitzer & Briggs, 2020, as cited in Radlauer–Doerfler & VanDenBerg, 2020).

თვითზრუნვის, საკუთარი თავის დახმარების კუთხით შეიძლება გამოიყოს შემდეგი აქტივობები:

- ფიზიკური აქტივობა, ვარჯიში, სეირნობა, ველოსიპედით სიარული, ცურვა
- მედიტაცია, იოგა, სუნთქვითი სავარჯიშოები
- მცენარეების მოვლა, ბუნებასთან ახლოს ყოფნა
- საუბარი მეგობრებთან, ოჯახის წევრებთან (პირისპირ ან ტელეფონით/ვირტუალურად)
- მოხალისეობა და მადლიერების განცდის გამომუშავება.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ასევე ყოველდღიურ რუტინაში ერთგვარი სტრუქტურის შეცვლას, ამისათვის აუცილებელია (Radlauer-Doerfler & VanDenBerg, 2020):

- ყოველდღიურად გამოყავით დრო დასვენებისა და პოზიტიური ფიქრებისთვის
- ჩამოწერეთ გეგმა, გაავლეთ ზღვარი მუშაობასა და პირად ცხოვრებას შორის; დაიცავით ეს ბალანსი
- გაააქტიურეთ, გააძლიერეთ ე. წ. მხარდამჭერი სისტემა (ოჯახი, ახლობლები, მეგობრები)
- ივარჯიშეთ, იყავით ფიზიკურად აქტიურები
- იძინეთ
- იქონიეთ მუდმივი კავშირი თქვენს თემთან (მოხალისეობით).

თუმცა, თვითზრუნვის გავრცელებულ რეკომენდაციებს კრიტიკოსებიც გამოუჩნდნენ. ამის საილუსტრაციოდ მოჰყავთ ჯანდაცვის პერსონალი. მათთვის რთულია ბალანსის დაცვა დასვენებასა და მუშაობას შორის, სამუშაო რუტინაში იოგის, მედიტაციის, სუნთქვითი სავარჯიშოების თუ სხვა სტრატეგიების ჩართვა (Radlauer-Doerfler & VanDenBerg, 2020).

ეს შეიძლება დამატებითი სტრესის წყაროც კი გახდეს, რადგან პერსონალს თითქოს მოეთხოვება ამ ბალანსის დაცვა. ამის საპირისპიროდ ავტორები გვთავაზობენ, აქცენტი გაკეთდეს პერსონალის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის არა მხოლოდ ინდივიდუალურ, პიროვნულ პასუხისმგებლობაზე, არამედ ორგანიზაციულ პასუხისმგებლობაზე და სტრუქტურულ პრობლემებზე, რაც იწვევს გადაწვას, და მასთან გამკლავებაზე.

ამდენად, პროფესიული გადაწვის შესახებ საუბრისას, საკუთარ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პარალელურად, დგება საკითხი – რა შეიძლება შესთავაზოს თავად ორგანიზაციამ, ინსტიტუციამ პერსონალს: 1) გადაწვის პრევენციისთვის – მისი თავიდან არიდებისთვის და თუ მაინც განვითარდება გადაწვის სინდრომი, 2) მასთან გასამკლავებლად.

მხარდამჭერი ინსტიტუციური გარემო სამუშაოსთან დაკავშირებული სტრესის შემცირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ამის მისაღწევად საჭიროა (IFRC PS Centre, 2009):

- მკაფიოდ განსაზღვრული როლები, ჯგუფური მუშაობა, თანამშრომლობა, პრობლემების ერთად გადაჭრა, სამუშაო გამოცდილების განხილვა
- ორგანიზაციული კულტურა, სადაც ადამიანები მოსალოდნელ შედეგებზე, პრობლემებზე ყოველგვარი შიშის გარეშე, ღიად საუბრობენ
- ზრუნვა, ემპათია, პატივისცემა, ნდობა, აქტიური მოსმენა/ურთიერთობა და კონფიდენციალურობის პრინციპის პატივისცემა, რაც ღიად საუბრისას, სტრესის დროს დახმარების თხოვნისას, უსაფრთხოების განცდას უზრუნველყოფს
- სამუშაო კულტურა, რაც გულისხმობს კრიტიკული შემთხვევის შემდეგ შეკრებას – თანასწორთა მხარდაჭერის (Peer to Peer Support) სისტემა
- რეგულარული შეხვედრები, რაც თანამშრომლებსა თუ მოხალისეებს ჯგუფისადმი მიკუთვნებულობის განცდას უჩენს
- დამხმარე სუპერვიზია, ინფორმაციის მუდმივ რეჟიმში მინოდება თანამშრომლებისთვის (მიმდინარე კრიზისის, მათი ფუნქციების შესახებ ა.შ.)
- სამუშაოს ნყვილ-წყვილად შესრულება.

აქ უნდა გამოვყოთ კოლეგიალური მხარდაჭერის, ე.წ. თანასწორთა მხარდაჭერის (Peer to Peer Support) სისტემის მნიშვნელობა: „თანასწორთა დახმარება გულისხმობს დახმარების შეთავაზებას იმ ადამიანისადმი, რომელიც იმავე თანამდებობრივ პოზიციაზე იმყოფება“ (IFRC PS Centre, 2009). თანასწორთა მხარდაჭერის ტექნიკა გამოიყენება თანამშრომლების მიერ თავიანთი კოლეგების მიმართ, რომლებიც კრიზისულ მოვლენაზე რეაგირებაში ერთად მონაწილეობენ და სტრესს განიცდიან. ზოგადად, თანასწორთა დახმარება პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების ტექნიკის მსგავსია. მონაცემებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ თანასწორთა მხარდაჭერა სტრესის გადალახვის ალბათობას საგრძნობლად ზრდის (IFRC PS Centre, 2009). საკუთარ ემოციებსა და პრობლემებზე საუბარი ეხმარება ადამიანს, გადალახოს სტრესული სიტუაცია და გაუმკლავდეს სტრესს. ამ შემთხვევაში, ადამიანი, რომელიც თანასწორს სტრესის დაძლევაში ეხმარება, მხოლოდ მხარდამჭერია და არა კონსულტანტი. ესაა მოკლევადიანი დახმარება და ვერ ჩაანაცვლებს პროფესიულ

ჩარევას (IFRC PS Centre, 2009). ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ორგანიზაციაში არსებობდეს გადამისამართების – რეფერალური სისტემა – პროფესიული დახმარების საჭიროების შემთხვევაში. ამისათვის აუცილებელია აქტიური კოორდინაცია და შეთანხმება ადგილობრივ ჯანდაცვის სტრუქტურებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქოსოციალური დახმარების სფეროში მომუშავე სხვა ორგანიზაციებთან იმის თაობაზე, თუ სად უნდა მიიღოს პერსონალმა ან/და მოხალისემ პროფესიული დახმარება, თუკი ეს საჭიროა (IFRC PS Centre, 2009).

შეჯამების სახით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ დამხმარის მოვალეობის შემსრულებელი პირების, ჯანდაცვის პერსონალის თუ სხვა, რეაგირების პროცესში ჩართული ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს იმას, თუ როგორ განხორციელდება და რამდენად ეფექტურად შესრულდება კრიზისულ სიტუაციებზე რეაგირების გეგმა. პროფესიული გადანვის რისკ-ფაქტორებში კი დიდი ადგილი უჭირავს როგორც პიროვნულ, ისე ორგანიზაციულ მიდგომას სამუშაოსადმი. ამრიგად, გადანვის თავიდან ასაცილებლად, პრევენციული ზომების მიღებისას თუ მასთან გამკლავებისას, ორივე განზომილება უნდა გავითვალისწინოთ და შესაბამისად ვიმოქმედოთ.

## ბიბლიოგრაფია:

- ბებერაშვილი ზ., ჯავახიშვილი ჯ., & ტაბალუა ს. (2021). *ტრავმა მისი ბუნება და განკურნების გზები*. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი.
- ჯავახიშვილი, ჯ. (2020). *მედია, ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები*. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი.
- ჭანსენი, პ. (2018). *ფსიქოლოგიური პირველი დახმარების სახელმძღვანელო*. წითელი ჯვრისა და წითელი ნახევარმთვარის საზოგადოებების საერთაშორისო ფედერაცია ფსიქოსოციალური დახმარების საინფორმაციო ცენტრი.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bryant, R.A (2003) Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 9, 789–795. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01895-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01895-4)
- Cavaola, A. A., & Colford, J. E. (2017). *Crisis intervention: A practical guide*. Sage Publications.
- Crisis Intervention Team (CIT) Programs (n.d.). *National Alliance on Mental Illness*. Retrieved from [https://www.nami.org/Advocacy/Crisis\\_Intervention/Crisis\\_Intervention\\_Team\\_\(CIT\)\\_Programs](https://www.nami.org/Advocacy/Crisis_Intervention/Crisis_Intervention_Team_(CIT)_Programs)
- Dattilio, F. M., & Freeman, A. (Eds.). (2007). *Cognitive–Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. (3rd edition). The Guilford Press.
- Egan, G. (2013). *The skilled helper: A problem–management and opportunity–development approach to helping*. Cengage Learning.
- Egan, G. (2014). *The skilled helper: A client–centred approach (Europe, Middle East & Africa ed.)*. Andover, Hampshire.
- Everly Jr, G. S., & Lating, J. M. (2017). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. Johns Hopkins University Press.
- Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of emergency mental health*, 2(2), 119–126.
- Hansen, P. (2018). *A Guide to Psychological First Aid For Red Cross and Red Crescent Societies*. IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.
- Hillman, J. L. (2002). *Crisis intervention and trauma: New approaches to evidence–based practice*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2009). *Community–based Psychosocial Support – Participant’s Book*. PS Centre: Copenhagen.



- James, R. K. (2007). *Crisis intervention strategies* (6th ed.). Brooks Cole.
- Katz, N. H., Lawyer, J. W., Sosa, K. J., Sweedler, M., & Tokar, P. (2020). *Communication and conflict resolution skills* (3rd ed.). Kendall Hunt Publishing.
- Lewis S., Willis K., Bismark, M. and Smallwood N. (2022). *A time for self-care? Frontline health workers' strategies for managing mental health during the COVID-19 pandemic*. *SSM – Mental Health*, Volume 2, 100053. doi: 10.1016/j.ssmmh.2021.100053
- Loughran, T. (2012). Shell shock, trauma, and the First World War: the making of a diagnosis and its histories. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 67(1), 94–119. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrq052>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Newton, H., Beetham, T., & Busch, S. H. (2022). Association of Access to Crisis Intervention Teams With County Sociodemographic Characteristics and State Medicaid Policies and Its Implications for a New Mental Health Crisis Lifeline. *JAMA Network Open*, 5(7). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.24803
- Pompili, M., Sher, L., Serafini, G., Forte, A., Innamorati, M., Dominici, G., Lester D., Amore M., & Girardi, P. (2013). Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: a literature review. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(9), 802–812. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182a21458
- Radlauer–Doerfler, J., & VanDenBerg, J. E. (2020). *A Practical Guide to Self-Care for Helping Professionals*.
- Roberts, A. R. (Ed.). (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research*, (3rd ed.). Oxford University Press.
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329.
- Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. The Guilford Press.
- Shakespeare–Finch, J., & Lurie–Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223–229. Doi: 10.1016/j.janxdis. 2013.10.005
- Shannon, M. E. R. (2015). Early psychosocial intervention after disaster: Psychological first aid. *Health Emergency and Disaster Nursing*, 2(1), 3–6.
- Shively, S. B., & Perl, D. P. (2012). Traumatic brain injury, shell shock, and posttraumatic stress disorder in the military—past, present, and future. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 27(3), 234–239. DOI: 10.1097/HTR.0b013e318250e9dd
- Talty, P. M. (1985). Time management in clinical practice. *Occupational Therapy In Health Care*, 2(4), 95–104. [https://doi.org/10.1080/J003v02n04\\_11](https://doi.org/10.1080/J003v02n04_11)
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J., & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 154–160. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.154>

- Wang, D., & Gupta, V. (Ed.). (2022, April 28). *Crisis Intervention*. StatPearls. Retrieved from <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/105826>
- World Health Organization (n.d.). *Occupational Stress, Burnout and Fatigue*. Retrieved from [https://cdn.who.int/media/images/default-source/occupational-health-2/occupational-stress-thumb.png?sfvrsn=82619fff\\_3](https://cdn.who.int/media/images/default-source/occupational-health-2/occupational-stress-thumb.png?sfvrsn=82619fff_3)
- World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva
- World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2013). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. WHO: Geneva
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases (11th revision) for Mortality and Morbidity Statistics*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f129180281>
- Yeager, K., & Roberts, A. (Eds.). (2015). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (4th ed.). Oxford University Press.