



საქართველოს ფსიქიკური
ჯანმრთელობის ასოციაცია

ჯოგნიტუხ- ბიჭვევიოხუდი თეხაჰია

ქეთევან აბდუშელიშვილი

არჩილ გვგიაშვილი

თბილისი 2006

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ფსიქოთერაპიის და განსაკუთრებით კოგნიტიურ – ბიპევიორული თერაპიის საკითხებით დაინტერესებული პირებისათვის.

ავტორები მადლობას უხდებიან ქალბატონებს: ეკა ჭყონიას, ნათია ბადრიშვილს, ნანა ზაერადაშვილს, მარინე კურატაშვილს, ნატო ხონელიძეს და ბატონ თემურ იოსებაძეს, ასევე ქ-ნ ლუის ჯონს (Louise C. Johns) თანამშრომლობისათვის.

განსაკუთრებულ მადლობას უხდებიან ფონდ, თბილისი – „გლობალურ ინიციატივა ფსიქიატრიაში“, განეული ფინანსური დახმარებისათვის .

რედაქტორი: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
პროფესორი რეზო კორინთელი

© საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია, 2006

© ქეთევან აბდუშელიშვილი, 2006

© არჩილ ბეგიაშვილი, 2006

ISBN 978-99940-986-6-8

გამომცემლობა „ნეკერი“
ო. თაქთაქიშვილის 12; ტელ./ფაქსი 91-35-16
ელ.ფოსტა nekeripub@yahoo.com

სარჩევი

წინასიტყვაობა.....	5
--------------------	---

ნაწილი I

კოგნიტური თეორია:

საფუძვლები და შემდგომი განვითარება.....	21
---	----

ნაწილი II

სმენითი ჰალუცინაციების–„ხმების“ და ბოდვითი

აზრების–„ბოდვის“ კოგნიტური ხედვა, ABC მოდელი.....	43
---	----

ნაწილი III

კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია:

ფსიქოზების მოდულები.....	63
პაციენტის ჩართვა, შეფასება და თერაპიული სტილი.....	69
ფორმულირება.....	76
კბთ ბოდვითი იდეების დროს.....	77
კბთ ჰალუცინაციების დროს.....	89
ჯგუფური კბთ სმენითი ჰალუცინაციების დროს.....	97
აზროვნების აშლილობა.....	100

ნაწილი IV

ფსიქოტრაგედია და შფოთვა.....	102
ნეგატიური სიმპტომები, დეპრესია და თვითშეფასება.....	106
შფოთვითი და პანიკური აშლილობა.....	114
სოციალური ფობია.....	117
ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა.....	120
დეპრესია.....	123
იპოქონდრიული აშლილობა.....	127
გამწვავების პრევენცია.....	131
კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის პრაქტიკული საკითხები.....	134

ნაწილი V

დანართი სამუშაო ფორმებისათვის.....	136
------------------------------------	-----

ნაწილი VI

შემთხვევები.....	201
------------------	-----

ნაწილი VII

ნახატები.....	221
---------------	-----

გამოყენებული ლიტერატურა.....	261
------------------------------	-----

წინასიტყვაობა

წინამდებარე წიგნში ქართულ ენაზე პირველადაა განხილული ფსიქიკური დაავადებების კოგნიტურ — ბიპევიორული თერაპიის თეორიულ-პრაქტიკული პრინციპები და მკურნალობის მეთოდები. წიგნი მოიცავს ამ მეთოდის გამოყენების, ერთის მხრივ, ამ მიმართულების ინგლისელი ფსიქოთერაპევტების, მეორეს მხრივ კი, ქართველი ფსიქიატრების პრაქტიკულ გამოცდილებას. ეს წიგნი აქტუალურია იმითაც, რომ ქართველ ფსიქიატრებს, ფსიქოთერაპევტებს, კლინიკურ ფსიქოლოგებსა და ამ დარგით დაინტერესებულ პირებს გააცნობს ფსიქოთერაპიულ, კერძოდ, კოგნიტურ - ბიპევიორული თერაპიის მეთოდებს, მათ თეორიულ-პრაქტიკულ მნიშვნელობას ფსიქოზებისა და ნევროზების მკურნალობისას.

საბჭოთა ფსიქიატრიაში აღიარებული იყო ის ფაქტი, რომ ნევროზების მკურნალობის ძირითად პათოგენეზურ მეთოდს ფსიქოთერაპია წარმოადგენს. მაგრამ ფსიქოზების შემთხვევაში, მკურნალობის პათოგენეზურ მეთოდად ფსიქოფარმაკოლოგია ითვლებოდა. ამგვარი მიდგომა ემყარებოდა ჰიპოთეზას, რომ ფსიქოზი ენდოგენური, ნეირობიოლოგიური და არა ფსიქოსოციალური მიზეზებით გამოწვეული დაავადებაა.

XIX საუკუნის გერმანული და რუსული ფსიქიატრია და შემდგომ საბჭოთა პერიოდის ფსიქიატრია ადამიანის სულიერი დაავადებების ახსნისას კლინიკურ ნოზოლოგიურ მიდგომას ეფუძნებოდა. სულით ავადმყოფობა განიხილებოდა, როგორც თავის ტვინში პათოლოგიური ცვლილებებით გამოწვეული პროცესი, რომელსაც საფუძვლად თავის ტვინის უჯრედების ულტრანატივ სტრუქტურებში სავარაუდო ბიოქიმიური ძვრები უდევს ან, ხატოვნად რომ ვთქვათ, ფსიქიკური დაავადების მიზეზს ორგანიზმის, კერძოდ თავის ტვინის, როგორც ბიოქიმიური მანქანის, დარღვეული ფუნქციონირება წარმოადგენს. დღესდღეობით ნათელია, რომ ამგვარი თეორიული მიდგომა მხოლოდ ჰიპოთეზას წარმოადგენდა, არ ეყრდნობოდა უეჭველ მეცნიერულ ფაქტებს და მატერიალისტურ იდეოლოგიის დაკვეთას ასრულებდა.

თანამედროვე ნეირობიოლოგიური გამოკვლევები ამტკიცებს, რომ ნერვული სისტემის და, კერძოდ, თავის ტვინის ჩამოყალიბება იმ ჯანსაღი ურთიერთობებითაა განპირობებული, რომელიც ადრეულ ბავშვობაში დედასა და ბავშვს შორის და თავად მშობლებს შორის მყარდება. დენიელ სიგელის¹ (Siegel D. 1999) მიხედვით ინტერპერსონალური ურთიერთობების ნეირობიოლოგია შემდეგ პრინციპებს ემყარება:

1. ადამიანის გონება, ცნობიერება და, ზოგადად, ფსიქიკა თავის ტვინსა და ტვინთაშორის არსებული ენერგიისა და ინფორმაციის ნაკადიდან და ამ ნაკადის პატერნებიდან წარმოიქმნება;
2. ადამიანის გონება, ცნობიერება და ფსიქიკა იმ ინტერაქციის შედეგია, რომელიც შინაგან ნეიროფიზიოლოგიურ პროცესს, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებსა და განცდებს (experience) შორის არსებობს;
3. გენეტიკურად დაპროგრამებულ განვითარების პროცესში მყოფი თავის ტვინის სტრუქტურისა და ფუნქციონირების ჩამოყალიბება განისაზღვრება იმით, თუ

¹ Siegel Daniel J. The Developing Mind. Towards Neurobiology of Interpersonal experience The Guilford Press New York London 1999, 395 p.

როგორ ზემოქმედებს და როგორ ახდენს მის ფორმირებას განცდები, განსაკუთრებით კი ინტერპერსონალური ურთიერთობებით გამოწვეული. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ადამიანური ურთიერთობები აფორმებს და აყალიბებს ნეირონულ კავშირებს, რომელთაგანაც ადამიანის გონება, ცნობიერება და ფსიქიკა ყალიბდება. მენტალურ პროცესში განცდათა ნაკლებობამ, ე. წ. "use or lose it"-ის პრინციპით, შესაძლოა, ნეირონთა სიკვდილი გამოიწვიოს.

ბავშვი იბადება გენეტიკურად დაპროგრამებულ ნეირონთა ქარბი რაოდენობით, ხოლო სინაპსური კავშირების პოსტნატალური ჩამოყალიბება როგორც გენებზე, ასევე გამოცდილებასა და განცდებზე (Experience) დამოკიდებული. გენები თავის ტვინის სტრუქტურის ზოგადი სქემის ორგანიზაციის მატარებელნი არიან, ხოლო განცდები განსაზღვრავენ იმას, თუ რომელი გენი როდის და როგორ უნდა გამოვლინდეს. გენების გამოვლენას პროტეინების პროდუქციისკენ მივყავართ, რაც ნეირონთა ზრდის პროცესსა და ახალი სინაპსების ფორმირებას უწყობს ხელს. განცდები - სპეციფიკური ნეირონული გზების აქტივაცია - უშუალოდ აყალიბებს გენების სპეციფიკურ გამოვლენას, რასაც კავშირების შექმნა, შენარჩუნება და გაძლიერება მოჰყვება, რაც, თავის მხრივ, გონების, ცნობიერებისა და, საერთოდ, ფსიქიკის ნეირონულ სუბსტრატს ქმნის. ამგვარად, ადრეულ ასაკში ინტერპერსონალური ურთიერთობები განცდებისა და გამოცდილების პირველადი წყაროა. ისინი თავის ტვინში გენების გამოვლენის სპეციფიკას განაპირობებენ, და იმას განსაზღვრავენ, თუ როგორ გამოვლინდება თავის ტვინში ეს გენები. დაბადებისას ჩვილის თავის ტვინი მისი სხეულის ყველაზე არადიფერენცირებულ ორგანოს წარმოადგენს. გენებში არსებული ინფორმაცია, ადრეული განცდების და გამოცდილების ზეგავლენით აყალიბებს ნეირონთა შორის კავშირებს. აგრეთვე, ისინი იმ სპეციალურ ნერვულ ბადეს წარმოქმნიან, რომელიც მენტალურ პროცესებს შობს. სწორედ ამის გამო ხდება, რომ ადრეულ ასაკში შემდგარ ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს უდიდესი როლი აკისრიათ ფსიქიკის უკლებლივ ყველა ფუნქციის განვითარებასა და ჩამოყალიბებაში. დღეს ამას ექსპერიმენტული გამოკვლევებიც ადასტურებს. მაგალითად მინდა მოვიყვანო ზოგიერთი მათგანი: რ. პოსტის² (Post R. et al 1982) თანახმად, ადრეულ ბავშვობაში დედისაგან იზოლირება, განშორება და საერთოდ, დანაკლისის განცდა რეცეპტორების გადაჭარბებულ სენსიბილიზაციას იწვევს, რაც, თავის მხრივ, იმ ნიადაგს ქმნის, რომელიც მოზრდილ ასაკში დეპრესიისკენ მიდრეკილებაში ვლინდება. პრიმატებზე ჩატარებულმა ექსპერიმენტებმა ცხადყო, რომ დედისაგან ერთჯერად იზოლაციაში მყოფი პრიმატების პლაზმაში კორტიზოლის რაოდენობა ნორმაზე მეტია და როცა ეს იზოლაცია მეორდება, ფიზიოლოგიური ცვლილებები მდგრად, შეუქცევად პათოლოგიურ სახეს იღებს. ზოგიერთი მეცნიერის გამოკვლევების მიხედვით, დედასთან განშორება და სოციალური იზოლაცია ენდორფინის გამოყოფის სისტემებზე უშუალო ზეგავლენას ახდენს (Van der Kolk B. 1987³) თირკმელზედა ჯირკვალში კატეპოლამინის სინთეზში მონაწილე ენზიმებზე (Coe C. et al.,⁴ 1978, 1983) და ჰიპოთალამუსის მიერ სეროტონინის გამოყოფაზე

² Post RM Ballenger JC, Uhde TW et al. Kindling and drug sensitization, In. Psychopharmacology and of Anticonvulsants. Ed. By Sandler M. Oxford, Oxford University Press 1982, pp. 27-53

³ Van der Kolk BA: Psychological Trauma. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987

⁴ Coe CL, Wiener SG, Rosenberg L. T. et al. Endocrine and Immune Responses To Separation

(Ciaranello R⁵. 1988; Coe C. et al., 1985; Timeras. ⁶ 1982). პრიმატებზე ს. სუომის (Suomi S. et al 1978 Suomi S. ⁷ 1984) ექსპერიმენტები ადასტურებს პრიმატების დეპრივაციას დედის იზოლირების შედეგად. ვან დერ კოლკი (Van der Kolk . 1987) პრიმატებზე ხანგრძლივი გამოკვლევების შედეგად ასკენის, რომ სოციალური დეპრივაცია და დედასთან ემოციური კავშირების (affiliation bonds) განწყვეტა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, კერძოდ, თავის ტვინში ულტრანატიფი სტრუქტურების დონეზე მორფოლოგიურ ცვლილებებს იწვევს, თუმცა, იგი შესაძლებლად თვის ამ ცვლილებების უკუგანვითარებასაც.

აქვე გვინდა, დინამიკური ფსიქიატრიის და ფსიქოთერაპიის ისეთ აქტუალურ საკითხს შევხებით, როგორიცაა ფსიქიკისა და თავის ტვინის დამოკიდებულება, კერძოდ, დინამიკურ და ბიოლოგიურ მიდგომაზე ორიენტირებული ფსიქიატრიის ურთიერთმიმართების საკითხს. დინამიკური ფსიქიატრია და ფსიქოთერაპია ფსიქიკას და Soma-ს განიხილავს, როგორც ერთი და იმავე მოვლენის სხვადასხვა ასპექტს, რომლებიც სხვადასხვა დონეზე ელინდება, - თუმცა მათ ერთმანეთთან არ აიგივებს. მთავარი დაპირისპირება- პოლარიზაცია და მწვავე დებატები, რომელიც დინამიკურ და ბიოლოგიურ ფსიქიატრიას შორის არსებობს, ორი ძირითადი კითხვით შეიძლება გამოვხატოთ: 1. ფსიქიკურ დაავადებათა ეტიოლოგია ფსიქიკაში უნდა ვეძიოთ თუ თავის ტვინში? 2. ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობა სომატური (მედიკამენტური ფიზიოთერაპიული და სხვ.) უნდა იყოს თუ ფსიქოთერაპიული? ფსიქიკისა და თავის ტვინის პირველადობის საკითხი ფილოსოფიურ-რელიგიურია და ის მეცნიერების ფარგლებს სცდება. დინამიკური თვალსაზრისით, ფსიქიკური ტრავმები ნეირონთა და სინაფსთა მოქმედების სპეციფიკურ ცვლილებებს იწვევს. კანდელის (Kandel E. ⁸ 1979) მიხედვით, ფსიქოთერაპიული ჩარევა თავის ტვინზე ახდენს ზეგავლენას, რაც მის მიერ მოლეკულურ დონეზე ჩატარებული გამოკვლევებითაც დასტურდება. ცნობილია, რომ თავის ტვინში მორფოლოგიურ ცვლილებებს სისტემატური ხასიათი აქვს და ამისათვის განსაკუთრებული სიძლიერის მასიური ფსიქიკური ტრავმა არცაა

and Maternal Loss in Nonhuman Primates, In The Psychobiology of Attachment Ed. Be Reite M. , Field T. Oslando F. ,Academic Press 1985 pp. 163- 199

Coe CL ,Mendoza SP, Smotherman WP,et al. Mother-Infant Attachment in the Squirrel Monkey: Adrenal Responses to Separation. Behavioural Biology 22:256 263,1978

Coe CL, Glass J. C. Wiener SG,et al: Behavioral, but Physiological, Adaptation to Repeated separation in mother and infant primates. Psychoneuroendocrinology 8:401-409,1983.

⁵ Ciaranello RD: Neurochemical Aspects of Stress,in Stress ,Coping and Development in Children. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1988,pp 85-105

⁶ Timiras PS The timing of Hormone Signals in the Orchestration of Brain Development,in The Development of Attachment and Affiliative Systemes. Edited by Emde RN, Harmon RJ. New York, Plenum,1982,pp47-63

⁷ Suomi SJ,Seaman SF,Lewis JK,et al: Effect of Imipramine Treatment of Separation -induced Social Disorders in Rhesus Monkeys. Arch Gen Psychiatry 35:321-325,1978

Suomi SJ: The Development of Affect in Rhesus Monkeys,in The Psychobiology of Affective Development Edited by Fox N. ,NJLawrence Erlbaum ,1984,pp 119-159

⁸ Kandel E. R. Psychotherapy and the Single Synapse: The Impact of Psychiatric Thought On Neurobiological Research N Engl. J. Med 1979, No 301 pp: 1028-1037

აუცილებელი. (Levin F. 1991, Roose S., Pardes H. ⁹ 1989, Sacks O. ¹⁰ 1990).

ლიპოვსკის (Lipovskis Z. ¹¹ 1989) აზრით, ფსიქიკურ აშლილობათა მხოლოდ ბიოქიმიური დისბალანსით ახსნა მეცნიერულად ზერელე, დაუსაბუთებელი და რედუქციონისტურია, რადგან ფსიქიკური აშლილობების დროს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არსებულ ნეიროანატომიურ და ნეიროქიმიურ ცვლილებებს არა მედიატორის, არამედ დაავადების გამომწვევი მიზეზის როლს ანიჭებს. მეორე მხრივ, ბიოლოგიური ფაქტორები ასევე ახდენენ ფსიქიკის ფუნქციონირებაზე ზეგავლენას. ს. როუზი და ჰ. პარდესი (Roose S. Pardes H. 1989) ამტკიცებენ, რომ ფსიქიკურ მომნიშვნელობას, რომელიც პიროვნების მიერ უფრო სრულყოფილი და მომნიშვნელოვან ფსიქოლოგიური მექანიზმების გამოყენებით ვლინდება, ხელს უწყობს ნორეპინეფრინის დაქვეითება Locus coeruleus-ში, რასაც 40-60 წლის ასაკში ვხვდებით.

ზემოთ აღნიშნული ექსპერიმენტები ცხადყოფს, რომ ფსიქიკას და თავის ტვინს, მიუხედავად თვისობრივად გასხვავებული ბუნებისა, ერთმანეთზე ზემოქმედებისა და ზეგავლენის უნარი აქვთ. ამგვარად, ზემოთ მოყვანილი მონაცემების ანალიზის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ორივე, როგორც ბიოლოგიური ასპექტის უარყოფელი დინამიკური მიდგომა, ასევე ფსიქოლოგიური ფაქტორის უგულვებელ-მყოფელი ბიოლოგიური ფსიქიატრია, შეიძლება შეზღუდულად და რედუქციონისტურად შეფასდეს, რადგან მას რთული პროცესები მარტივად დაჰყავს. თუმცა, მიუხედავად ბიოლოგიური ფაქტორის გათვალისწინებისა, ფსიქოანალიზი, სიღრმის ფსიქოლოგია და დინამიკური ფსიქიატრია ფსიქიკურ დაავადებათა წარმოშობასა და განვითარებაში გადამწყვეტ როლს პიროვნებას და ინტერპერსონალურ ურთი-ერთობებს ანიჭებს (Perry S. et al. ¹², 1987; Marcus E. Bradley S., ¹³ 1987; Michels R., ¹⁴ 1988).

ქართული ფსიქიატრიის ტრადიციები საგრძნობლად განსხვავდებოდა ზემო-ხსენებული მატერიალისტური მიდგომისაგან. საქართველოში ფსიქიატრიის ინსტიტუტის დამაარსებელი მ. ასათიანი, რომლის სახელსაც ინსტიტუტი დღემდე ატარებს, ფსიქოთერაპიას, ფსიქოანალიზს მკურნალობის მეთოდად იყენებდა. იგი ფსიქოანალიზის ერთ-ერთი სკოლის დამაარსებელს, კ. გ. იუნგს პირადად იცნობდა. მ. ასათიანი იყო იმ პირველთაგანი რუს ფსიქიატრებს შორის, კ. გ. იუნგს მოღვაწეობას რომ გამოეხმაურა და თავის სტატიაში დადებითად შეაფასა. აქვე უნდა აღინიშნოს ქართული ფსიქოლოგიური სკოლის და მისი დამაარსებლის დ. უზნაძის დამსახურება, რომელმაც საბჭოთა ფსიქოლოგთა შორის პირველმა აღიარა და ექსპერიმენტულად დაასაბუთა არაცნობიერი სფეროს არსებობა და ჩამოაყალიბა განწყობის თეორია. მისი მოძღვრების თანახმად, არაცნობიერი ფსიქიკა განწყობის სახით არსებობს. არ შეიძლება არ ვახსენოთ გამოჩენილი

⁹ Roose SP, Pardes H, Biological Considerations in the Middle Years, in The Middle Years :New Psychoanalytic Perspective. New Haven CT, Yale University Press, 1989, pp 179-190

¹⁰ Sacks O: Neurology and the Soul. The New York review, Novem. 22, 1990 pp 44-50

¹¹ Lipowski Z. J. Psychiatry : Mindless or Brainless, Both or Neither ? Can. J. Psychiatry, 1989, 34 : pp. 249-254

¹² Perry S. , Cooper A. M. , Michels R., Psychodynamic Formulation. Its Purpose, Structure and Clinical Application. Am. J. Psychiatry. 1987, No 144 : pp. 543- 550

¹³ Marcus E. Bradley S. , Concurrence of Axis I and Axis II Illness in Treatment Resistant Hospitalized Patients. Psychiatr. Clin. North. Amer. 1987, 10 : pp. 177-184

¹⁴ Michels R. , The Future of Psychoanalysis. Psychoanal Q. 1988 N 178: pp. 268-270

ქართველი საზოგადო მოღვაწე, ფსიქოთერაპევტი, ფსიქონალიტიკოსი და ფსიქიატრი, მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტის პათოფსიქოლოგიის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, სერგი ნულაძე, რომელსაც, მიუხედავად იდიოლოგიური აკრძალვებისა, დიდი წვლილი მიუძღვის ქართველ ფსიქიატრებსა და ფსიქოლოგებს შორის ფსიქოთერაპიის, ფსიქონალიზისა და სიღრმის ფსიქოლოგიის აღდგენასა და გავრცელებაში. აქვე უნდა აღინიშნოს პროფ. ა. გოცირიძის ღვაწლი ქართული ფსიქოთერაპიული სკოლის განვითარებაში, რომლის სახელსაც დღეს თბილისის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი ატარებს. სწორედ მისი თაოსნობით შეიქმნა 1930-იან წლებში ახალგაზრდა ფსიქიატრთა ჯგუფი, ფსიქოთერაპიის საკითხების შესწავლით რომ იყო დაკავებული. მათ შორის, იყვნენ დღეისათვის ცნობილი ქართველი ფსიქიატრები: ო. ჭითავა, ა. ალშიბაია რ. ჯანჯღავა ნ. მარგველაშვილი გ. აბულაშვილი ა. კალანდარიშვილი პროფესორები შ. გამყრელიძე და მ. მესტიაშვილი და სხვ. პროფ. ა. გოცირიძეს მიაჩნდა, რომ ნევროზების მკურნალობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აღზრდა-დასწავლას აქვს, რაც თავის აქტუალობას დღესაც არ კარგავს და თანამედროვე მიდგომას ეხმარება.

პროფ. ა. გოცირიძის გარდაცვალების შემდეგ ფსიქოთერაპიის და ნევრო-ზოლოგიის, როგორც, მეცნიერული დარგის, განვითარება ხდებოდა ქალბატონ ოლღა ჭითავას მეცნიერული ხელმძღვანელობით, რომელიც წლების განმავლობაში მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტში ნევროზების განყოფილებას უძღვებოდა.

ქართველი ფსიქიატრები და ფსიქოთერაპევტები ვერ ეგუებოდნენ ტოტა-ლიტარულ იდეოლოგიასა და ვიწრო მატერიალისტურ მსოფლმხედველობას. ამის დასტურად თბილისში, 1978 წელს ჩატარებული არაცნობიერი სფეროს პრობ-ლემებისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო კონფერენცია შეიძლება მოვიყვანოთ, რომელსაც ისეთი ცნობილი მეცნიერები დაესწრნენ, როგორებიც არიან: პ. პოლაკი ჩიკაგოს ფსიქონალიზის ინსტიტუტი, სილვანო არიეტი ნიუორკიდან, რომმა ჯეკობსონი მასაჩუსეტის ტექნოლოგიური და ჰარვარდის უნივერსიტეტიდან, სერუ ლეკლერი და დიდიე ანჰიე პარიზის უნივერსიტეტიდან, გუნტერ ამონი გერმანიის ფსიქონალიზის აკადემიიდან და სხვ. ამ კონფერენციის ჩატარებაში უდიდესი როლი სწორედ ბატონმა სერგი ნულაძემ ითამაშა. აქვე უნდა აღინიშნოს აკად. ა ზურაბაშვილი, რომელიც მ. ასათიანის შემდეგ სათავეში ჩაუდგა ფსიქიატრიის ინსტიტუტს, რომელსაც გარდაცვალებამდე ხელმძღვანელობდა. იგი იყო პირველი და ერთადერთი, რომელიც საბჭოთა პერიოდის ფსიქიატრიაში პერსონოლოგიის საკითხებს შეეხო. აკად. ა ზურაბაშვილი ფრანგი ფსიქიატრის, ანრი ბარუკის¹⁵ მსგავსად თვლიდა, რომ შიზოფრენია ადამიანის პიროვნების მორალურ ბირთვს ანუ სინდისს, ზიანს ვერ აყენებს. წარმატებული პოლიტიკის და დიპლომატიის წყალობით, მან საბჭოთა ფსიქიატრიაში ქართული ფსიქიატრიული სკოლის იმ დროისათვის ძნელად მისაღწევი, შედარებით დამოუკიდებელი ადგილი დამსახურებულად მიუჩინა. (ამ დროისათვის ფსიქიატრიის ინსტიტუტები იყო მხოლოდ მოსკოვში, ლენინგრადსა და თბილისში)

ზემოხსენებული მატერიალისტური ორგანულ-ანატომიური მიდგომისგან გასხვავებით, წიგნში აღწერილია ფსიქიკური დაავადებების კოგნიტური მოდელი და მათი მკურნალობა კოგნიტიურ ბიპევიორული თერაპიით. კოგნიტიურ -

¹⁵ Baruk H. Psychiatrie Morale Experimentale, Individuelle et Sociale Paris, presses Universitaires, 1945

ბიპევიორული თერაპია წარმოადგენს ფსიქოთერაპიულ მიდგომას, რომელიც ემოციებისა და ქცევის წარმოშობაში გადამწყვეტ როლს აზროვნებას, კოგნიციას ანიჭებს. იგი არ წარმოადგენს ფსიქოთერაპიის განსაკუთრებით განსხვავებულ მეთოდს. კოგნიტურ - ბიპევიორული თერაპია ძალიან ზოგადი ტერმინია, რაც მსგავს (და არა იდენტურ) ფსიქოთერაპიული მეთოდების ერთობლიობას გულისხმობს. მათ შორის: რაციონალურ - ემოციურ, ბიპევიორულ, რაციონალ - ბიპევიორულ, კოგნიტურ თერაპიასა და დიალექტიკურ ბიპევიორულ თერაპიას.

ამშ - ის კოგნიტურ - ბიპევიორულ თერაპევტთა ნაციონალური ასოციაციის (National Association of Cognitive Behavioral Therapists) თანახმად, კოგნიტურ ბიპევიორული თერაპიისათვის შემდეგი პრინციპებია დამახასიათებელი:

- იგი ემყარება ემოციური რეაგირების კოგნიტურ მოდელს, დებულებას, რომ ჩვენს გრძნობებსა და ქცევას არა გარეგანი ფაქტორები (სიტუაცია, ხალხი თუ გარე მოვლენები) არამედ ჩვენი აზრები განაპირობებენ.
- იგი ხანმოკლეა და დროში ლიმიტირებული (საშუალოდ 16 სესიის), რითაც ფსიქოთერაპიის იმ მეთოდებისგან განსხვავდება, რომლებიც ზოგჯერ წლობითაც კი გრძელდება, მაგ. ფსიქოანალიზი.
- ფსიქოანალიზი ეფექტური მკურნალობისათვის თერაპევტსა და პაციენტს შორის ღრმა, ჯანსაღ ურთიერთობებს დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს. კბთ ამაზე არაა ფოკუსირებული. ამ მეთოდის მიხედვით, მხოლოდ ურთიერთობები არ არის საკმარისი წარმატებული მკურნალობისათვის. პაციენტი იკურნება იმის გამო, რომ სწავლობს სხვაგვარად აზროვნებას, იძენს სხვაგვარ ხედვას და ამის საფუძველზე იწყებს სწორად მოქმედებას ცხოვრებაში.
- იგი ეყრდნობა პაციენტისა და თერაპევტის თანამშრომლობას, ე. წ. სამუშაო თერაპიულ ალიანსს, რომლის დროსაც თერაპევტი ცდილობს, ჩაწვდეს პაციენტის მიზნებს და დაეხმაროს მათ განხორციელებაში. თერაპევტი უსმენს, ასწავლის და ამხნევეს პაციენტს, ხოლო ეს უკანასკნელი გამოხატავს ჩივილებს, სწავლობს და ახორციელებს დასწავლილს.
- კბთ იყენებს სოკრატისეულ დიალოგს, რომლის დროსაც თერაპევტს პაციენტი კითხვების დასმით სასურველ შედეგამდე მიჰყავს.
- კბთ არის სტრუქტურირებული და დირექტიული მეთოდი. თერაპევტს თითოეული სესიისთვის შემუშავებული აქვს სპეციალური განრიგი. ამ დროს დირექტიულობა არ გულისხმობს პაციენტისათვის თერაპევტის მიდგომის, მიზნებისა და შეხედულებების თავისმოხვევას, არამედ იმას რომ თერაპევტი აჩვენებს თუ როგორ იაზროვნოს, როგორ მოიქცეს მიზნის მისაღწევად. ამიტომ თერაპევტი იმას კი არ უკარნახებს პაციენტს, თუ რა უნდა აკეთოს, არამედ იმის, თუ როგორ და რისთვის უნდა აკეთოს.
- იგი ეფუძნება განათლებისა და დასწავლის მოდელს, რომლის თანახმადაც, ემოციური და ქცევითი რეაქციების უმრავლესობა დასწავლილია. ამის საფუძველზე, თერაპიის მიზანია, პაციენტი არასასურველ რეაქციებს გადაეჩვიოს და ახალი ჯანსაღი რეაგირების მექანიზმი დაისწავლოს. ამ აღმზრდელობით ასპექტს ხანგრძლივი ეფექტი აქვს, რადგან, როცა პაციენტი

აცნობიერებს თუ როგორ და რის გამო აღწევს ამა თუ იმ წარმატებას და ეფექტურ მოქმედებას, ის მომავალშიც გააგრძელებს ამის კეთებას.

- კბთ იყენებს ინდუქციურ მეთოდს, რომელიც ეყრდნობა რაციონალურ აზროვნებასა და ფაქტებს და მათ იშველიებს. ჩვენ ხშირად ველავთ მაშინ, როდესაც საშიში არაფერია. ინდუქციური მეთოდი იმაში გვეხმარება, რომ ჩვენი აზრები ისე განვიხილოთ როგორც ჰიპოთეზა, რომელთა შემოწმება და გადამოწმება შესაძლებელია. თუ ჩვენი ჰიპოტეზები არასწორია და რეალობას არ შეესაბამება, მაშინ ჩვენ შეგვეძლება აზროვნების ისე შეცვლა, რომ ის რეალობას შეესაბამებოდეს.

- საშინაო დაჯალებები კბთ მთავარ თავისებურებას წარმოადგენს.

ეს მეთოდი ემყარება ფილოსოფიურ მიმდინარეობას - სტოიციზმს, რომლის თანახმადაც ადამიანზე ზეგავლენას გარემოება კი არ ახდენენ, არამედ ის წარმოდგენები და შეხედულებები, რომლებიც მავანს აქვს ამ მოვლების შესახებ.

კბთ მსგავსად, სტოიციზმი გვასწავლის სიმშვიდის შენარჩუნებას არასასურველ სიტუაციაში. იგი მიუთითებს პრობლემის მშვიდად მიღებასა და აქცეპტაციაზე, რასაც არამარტო უკეთესი გუნება-განწყობა და თვითგრძნობა მოჰყვება, არამედ პრობლემის გადასაწყვეტად ჩვენი ინტელექტის, ცოდნისა და ენერგიის ეფექტურად გამოყენება. ამგვარად, ეს ათი პრინციპი კბთ-ს ძირითად საფუძველს წარმოადგენს.

სტოიციზმის გარდა, ამგვარ მიდგომას დაოიზმსა და ბუდიზმშიც ვხვდებით. ამ მოძღვრებების თანახმად, ადამიანის ემოციებს მისი აზრები და იდეები წარმოშობს. ფსიქიატრიასა და ფსიქოთერაპიაში ამ აზრს ზ. ფროიდიც იზიარებდა და თვლიდა, რომ სიმპტომებსა და აფექტებს საფუძვლად არაცნობიერი იდეები უდევს.

ინდივიდუალური ფსიქოლოგიის ფუძემდებელი, ალფრედ ადლერიც აღნიშნავდა, რომ ფსიქიკურ აშლილობას აპერცეპციის მცდარი სქემები და წარმატების მიღწევის შეუსაბამო გზები და მიზნები, ანუ ცხოვრების არაადეკვატური, მცდარი სტილი უდევს საფუძვლად. მისი წიგნი „ნევროზული ხასიათი“, რომელიც სენეკას ეპიგრაფიით 1912 წელს გამოქვეყნდა: „omnia ex opinione suspensa sunt“ (რაც ნიშნავს: „ყველაფერი შეხედულებასა და თვალსაზრისზეა დამოკიდებული“), მინიშნებაა ვაიჰინგერის ფიქციის ცნებაზე. იგი თვლიდა, რომ მხოლოდ ადამიანისთვისაა დამახასიათებელი მენტალური ფიქციების შექმნის, მომავალი მოვლენების წინასწარ განსაზღვრისა და პროგნოზირების კოგნიტური უნარი და, ამის საფუძველზე, აბსტრაქტული პრინციპებით მოქმედება.

ა. ადლერი აღნიშნავდა, რომ ჩვენ შოკის მომგვრელი გაცდების, ანუ ფსიქოტრაუმის გამო კი არ ვიტანჯებით, არამედ იმისგან, რასაც თავად ვქმნით მათგან, ხოლო რასაც ვქმნით, ის ჩვენს მიზნებს ესადაგება. მისი აზრით, ფსიქოტერაპია ცდილობს, ადამიანის მცდარი მსოფლმხედველობა გამოაშკაროს. ამავე თვალსაზრისა და პრინციპებზე იდგა გერმანელი ფსიქოტერაპევტი მარცინოვსკი, რომელმაც მე - 20 საუკუნის დასაწყისში მსოფლმხედველობით მკურნალობის ფსიქოტერაპიული მეთოდი ჩამოაყალიბა.

კოგნიტური ფსიქოტერაპიის პრინციპების ჩამოყალიბებაზე დიდი გავლენა იქონია ფილოსოფიაში ი. კანტის (აპრიორული ფორმები) ე. პუსერლის და პაიდგერის, ხოლო ფსიქიატრიაში კ. იასპერსის, ლ. ბინსვანგერის და სტრაუსის შრომებმა. აგრეთვე, აშკარაა ფ. პიაჟეს ზეგავლენა კოგნიტური ფსიქოტერაპიის ძირითად პრინციპებზე.

გამოჩენილი შეეცარელი ფსიქიატრი კ. გ. იუნგი აღნიშნავს, რომ კომპლექსების (ემოციურად დამუხტული წარმოდგენების, იდეების კომპლექსი) ზეგავლენით ხდება მე-ს, ეგო-ს შესუსტება, რომელსაც, თავის მხრივ, ფსიქიკური აშლილობისაკენ მივყავართ. კომპლექსების უკან არქეტიპებია, რომლებიც სულიერ ინსტინქტებს წარმოადგენენ და სტრუქტურის მომცემი კოგნიციის თანდაყოლილ ფორმებს და ქცევის ნიმუშებს წარმოადგენენ. არქეტიპები იწვევენ აფექტებს და რეალობის გაუკუღმართებულ აღქმას, იპყრობენ ადამიანს და ეუფლებიან მის ნებისყოფას.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კოგნიტურ ბიპევიორული თერაპია მსგავსს ფსიქოთერაპიულ მეთოდთა ერთობლიობას წარმოადგენს. მათ შორის უნდა აღვნიშნოს რაციონალურ-ემოციური, ბიპევიორული, რაციონალ-ბიპევიორული, კოგნიტური თერაპია და დიალექტიკური ბიპევიორული თერაპია.

მაგრამ ფსიქოთერაპიის ამ მეთოდს მაინც ა. ელისის რაციონალურ-ემოციური, ა. ბეკის კოგნიტური ფსიქოთერაპია და ქცევითი ფსიქოთერაპია უდევს საფუძვლად. ქცევითი თერაპიის თეორიული პრინციპები და ძირითადი მეთოდები ჩვენი მკითხველისათვის ნაცნობია. იმისათვის კოგნიტურ ბიპევიორულ თერაპიას უფრო ღრმად რომ ჩვენვდეთ, მოკლედ განვიხილავთ მხოლოდ დანარჩენ ორ მიმართულებას.

რაციონალურ-ემოციური ფსიქოთერაპიის ფუძემდებელი ა. ელისი სამ ძირითად ფსიქოლოგიურ ასპექტს გამოყოფს ადამიანის ფუნქციონირებაში: 1. აზრებს/კოგნიციებს; 2. გრძნობებს და 3. ქცევას/ქმედებას. იგი მიუთითებს, რომ აუცილებელია, გამოიყოს ორი ტიპის კოგნიცია: 1. აღწერითი კოგნიციები, რომლებიც მოიცავენ რეალობის შესახებ მშრალ ინფორმაციას, ანუ ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რა ალიქვა ადამიანმა გარე სამყაროში; 2. შემფასებლური კოგნიციები, რომლებიც ასახავენ ამ ალქმული რეალობისადმი ადამიანის დამოკიდებულებას. მათ აღსანიშნავად ელისი იყენებს ტერმინს Belief -ს, რაც დარწმუნებას, რწმენას, ძლიერ რწმენამდე მისულ შეხედულებებსა და მსჯელობას ნიშნავს. ა. ელისის აზრით, დესკრიპტიული და შემფასებლური კოგნიციებს ერთმანეთთან სიმტკიცის სხვადასხვა ხარისხის მქონე კავშირები აერთიანებთ. ელისი თვლის, რომ თავისთავად ობიექტური მოვლენები და ვითარებები კი არ წარმოშობენ ჩვენში დადებით და უარყოფით ემოციებს, არამედ ჩვენი შინაგანი ალქმა, ჩვენს მიერ მათი შეფასება. ჩვენ ვგრძნობთ იმას, რასაც ვფიქრობთ ალქმული ვითარების მიმართ. ემოციურ პრობლემებს თვითონ ობიექტური ვითარებები კი არ ქმნიან, არამედ მათი შეფასება. ადამიანი ვითარების ალქმისას შემდეგ თანმიმდევრულ ეტაპებს გადის: $A_1 \rightarrow A_2 \rightarrow B$ (RB and IB) $\rightarrow C$, სადაც A_1 არის დამკვირვებელთა ჯგუფის მიერ აღწერილი ობიექტური მოვლენა, A_2 - პაციენტის მიერ სუბიექტურად ალქმული ვითარება, პაციენტის შეფასების სისტემა, რომელიც განსაღვრავს თუ ობიექტური ვითარების რომელი პარამეტრია მნიშვნელოვანი და განმსაზღვრელი, რომელსაც ა. ელისი რწმენად განიხილავს და რომელიც შეიძლება რაციონალური RB (Rational Belief) ან ირაციონალური IB (Irrational Belief) იყოს. და ბოლოს, C - ემოციურ და ქცევით რეაქციას წარმოადგენს. დარღვევები ემოციურ სფეროში, რიგი ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები კოგნიტურ სფეროში დარღვევების (უკიდურესი გენერალიზაცია, განზოგადოება, მცდარი დასკვნები, დიქტოზომური, ე. წ. შავ-თეთრი აზროვნება და სხვ.) შედეგია. ა. ელისი ამ დარღვევებს კოგნიტურ სფეროში ირაციონალურ რწმენა-შეხედულებებს (Irrational

Belief) უწოდებს. ამგვარი რიგიდული კავშირი დესკრიპტიულ და შემფასებლურ კოგნიციებს შორის მითითებების, მოთხოვნებისა და ბრძანების ფორმით ვლინდება. ისინი აბსოლუტურ ხასიათს ატარებენ და ამიტომ რეალობას არ შეესაბამებიან. იმ შემთხვევაში, თუ არ მოხდა მათი რეალიზაცია, ვითარდება სიტუაციისადმი არაადეკვატური ხანგრძლივი ემოციები, რომლებიც ადამიანის მოქმედებას აფერხებენ და ხელს უშლიან მას მიზნის მიღწევაში. ნორმალურ ადამიანს შემფასებლური კოგნიციების რაციონალური სისტემა აქვს, რომელიც შეიძლება განისაზღვროს, როგორც დესკრიპტიულ და შემფასებლურ კოგნიციებს შორის მოქნილი პლასტური კავშირების სისტემა. ამ სისტემას უფრო ალბათობითი ხასიათი აქვს და არა აბსოლუტური, ამიტომ უფრო ზომიერ ემოციებს იწვევს. მიუხედავად იმისა რომ ზოგჯერ მათ ინტენსიური ხასიათი აქვთ, ისინი არ იპყრობენ ადამიანის ფსიქიკას ხანგრძლივად და არ აფერხებენ მის მოქმედებას და მიზნის მიღწევისადმი სწრაფვას. ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომმატიკის წარმოშობა ადამიანის ფსიქიკაში ირაციონალური რწმენა-შეხედულებების სიჭარბითაა გამოწვეული.

რაციონალურ - ემოციური ფსიქოთერაპია მიმართულია არა ირაციონალური განწყობების გენეზის დადგენაზე, არამედ იმაზე, თუ რა უწყობს ხელს ანწყობი მათ შენარჩუნებას. მისი მიზანია, გამოაშკარავოს ირაციონალური განწყობები, რის შემდეგაც უნდა მოხდეს მათი კონფორმაცია და გადასინჯვა და ახალი რაციონალური განწყობების აღმოჩენა და განმტკიცება. რაციონალურ - ემოციური ფსიქოთერაპია იყენებს A B C სქემას. პირველ ეტაპზე ხდება კლარიფიკაცია, რაც გარე ვითარების, სიტუაციის პარამეტრების გამოაშკარავებას და გაცნობიერებას გულისხმობს. განსაკუთრებით იმ პარამეტრებისა, რომლებიც პაციენტისათვის ემოციურად მნიშვნელოვანია. ამ დროს ფსიქოთერაპიის მიზანს ამ ვითარებებთან დაპირისპირებისაგან გაქცევის რეაქციის ნახალისება კი არ წარმოადგენს, არამედ იმ შემფასებლური კოგნიციების სისტემის გაცნობიერება, რომელიც ხელს უშლის კონფლიქტის გადანაცვლებას.

შემდეგი ეტაპია შედეგების (C) იდენტიფიკაცია და გაცნობიერება. ამ დროს ხდება ვითარებით გამოწვეული აფექტური ემოციური შედეგების გააზრება. ამ ეტაპზე ფსიქოთერაპიის მიზანს მოცემულ სიტუაციაზე ემოციური რეაგირების მთელი დიაპაზონის გამოვლენა წარმოადგენს. ეს აუცილებელია, რადგანაც ზოგიერთი ადამიანი ყველა ემოციის ადვილად დიფერენცირებას ვერ ახდენს. ხშირია ემოციების დათრგუნვა, რის გამოც ვერ ხერხდება მათი გაცნობიერება, რადგან ისეთი ნევროტული დაცვითი მექანიზმები ირთება, როგორიცაა: რაციონალიზაცია, პროექცია და უარყოფა. ზოგ პაციენტთან გართულებულია განცდილი ემოციების ერბალიზაცია და გაცნობიერება, სიტყვიერი მარაგის სიმწირის გამო. ზოგთან კი ეს ქცევითი დეფიციტის გამო ხდება. ამ დროს მათ ისეთი ქცევითი სტერეოტიპების ნაკლებობა აქვთ, რომლებიც ზომიერი ემოციების გამოხატვასთანაა დაკავშირებულია. ამიტომ ისინი პოლარული ემოციებით, ძლიერი სიყვარულით ან სრული იგნორირებითა და სიძულვილით რეაგირებენ. დაავადებით მიღებულმა მეორადმა მოგება (secondary gain) აგრეთვე, შეიძლება განცდილი ემოციების გაცნობიერება დაამახინჯოს.

ა. ელისი განასხვავებს 4 ტიპის ირაციონალურ რწმენას, რომლებიც პაციენტს პრობლემებს უქმნის: 1. კატასტროფიული განწყობები; 2. აუცილებელი მოვალეობის 3. საკუთარი მოთხოვნილებების აუცილებელი რეალიზაციისა და 4. გლობალური შეფასების მქონე განწყობები.

შემდგომი ეტაპია ირაციონალური განწყობების რეკონსტრუქცია. იგი შეიძლება განხორციელდეს როგორც წარმოსახვის, ასევე ქცევის, პირდაპირი მოქმედების დონეზე. კოგნიტურ დონეზე რეკონსტრუქცია პაციენტის მიერ ირაციონალური განწყობის არაეფექტურობის, ირაციონალობისა და უაზრობის დამტკიცებას მოიცავს, რის დროსაც პაციენტი ამ განწყობის შენარჩუნების ნეგატიურ შედეგებს უფრო მკაფიოდ ხედავს. ამ დროს დამხმარე მოდელირების მეთოდები გამოიყენება, რომლებიც კოგნიტურ დონეზე ახალი რაციონალური განწყობების ჩამოყალიბებას ეხმარება. წარმოსახვის დონეზე რეკონსტრუქცია ფსიქოტრავმული სიტუაციის წარმოსახვას გულისხმობს. ამ დროს, ნეგატიური წარმოსახვისას, პაციენტმა ადრე განცდილი ემოცია სრულად „აქ და ამჟამად“ უნდა განიცადოს და შემდგომში თანდათანობით შეამციროს განცდის ინტენსივობის ხარისხი. პოზიტიური წარმოსახვის დროს პაციენტი პრობლემურ სიტუაციას პირდაპირ წარმოიდგენს დადებით ემოციურ ფონზე. ზოგჯერ კი რეკონსტრუქციის პროცესი პირდაპირი მოქმედების გზით შეიძლება დაეინყოს. ეს მეთოდი სისტემატური დესენსიტილიზაციის ტექნიკას მოგვაგონებს. უფრო იშვიათად პირდაპირი მოქმედებები პარადოქსალური ინტენციის მეთოდის გამოყენებით ხდება.

და ბოლოს, რაციონალურ-ემოციური ფსიქოთერაპიის მნიშვნელოვან ეტაპს სამინაო დავალებების დამოუკიდებლად შესრულება წარმოადგენს, რაც ადაპტაციური ქცევის განმტკიცებას უწყობს ხელს.

აარონ ბექმა¹⁶ ელისისგან¹⁷ დამოუკიდებლად კოგნიტური ფსიქოთერაპიის ძირითადი პრინციპები და დებულებები ჩამოაყალიბა. ეს მეთოდი, როგორც დამოუკიდებელი მიმართულება, 60-იანი წლების შემდეგ დაშვიდრდა. ა. ბექის განმარტებით, კოგნიტური თერაპია აქტიურ, ღირებულებით, დროში განსაზღვრულ, სტრუქტურირებულ მიდგომას წარმოადგენს და სხვადასხვა ფსიქიკური დაავადებების დროს გამოიყენება. ფსიქოთერაპიის ეს მიდგომა იმ თეორიულ პიპოთეზას ეფუძნება, რომლის თანახმადაც, ადამიანის ქცევა და აფექტური სფერო იმით განისაზღვრება, თუ როგორ ახდენს ადამიანი სამყაროს სტრუქტურირებას, ანუ დამოკიდებულია მის მსოფლმხედველობაზე.

იმ ზოგად თეორიულ დებულებებს, რომლებსაც კოგნიტური ფსიქოთერაპია ეყრდნობა, ა. ბეკი (Beck A. 1979) შემდეგნაირად განმარტავს:

1. განცდები და ალქმის პროცესი აქტიურ პროცესებს წარმოადგენს, რომლებიც ინტროსპექციასა და ინსპექციას მოიცავს. ეს უკანასკნელი გარე სამყაროზე დაკვირვების შედეგად მიღებულ მონაცემებს გულისხმობს;
2. პაციენტის კოგნიცია შინაგანი და გარეგანი სტიმულების სინთეზს წარმოადგენს;
3. ის, თუ როგორ აფასებს პაციენტი სიტუაციას, მის კოგნიციაში ელინდება;
4. ეს კოგნიციები პიროვნების ცნობიერების ნაკადს ანუ ფენომენოლოგიურ ელს ქმნიან, რომელშიც აისახება პიროვნების შეხედულება საკუთარ თავზე, სამყაროსა და მომავალზე;
5. პაციენტის კოგნიტიური სტრუქტურების შინაარსის შეცვლა მის აფექტურ სფეროსა და ქცევას ცვლის;

¹⁶ Beck A. T. Cognitive Therapy and Emotional Disorders. N. Y. International University Press, 1976. 356p.

¹⁷ Ellis A. Humanistic Psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1973

6. ფსიქოთერაპიის საშუალებით პაციენტი საკუთარ კოგნიტიურ დარღვევებს აცნობიერებს;
7. დისფუნქციური, მცდარი კოგნიტური სტრუქტურების კორექციას კლინიკურ გაუმჯობესებამდე მიყვავართ;
8. ინდივიდის კოგნიცია, ანუ მის ცნობიერების ველში ვერბალური და ხატოვანი ფენომენები იმ რწმენა-შეხედულებებზე, ე. წ. სქემებზეა დამოკიდებული, რომლებიც ადრინდელ გამოცდილებასა და განცდებს ეფუძნება.

რაციონალურ - ემოციური ფსიქოთერაპიის მსგავსად, კოგნიტური თერაპიაც მსგავს სქემასა და პრინციპებს აღიარებს. იგი იზიარებს იმას, რომ ფიზიოლოგიურ დარღვევებს ფსიქოლოგიური დარღვევები უსწრებს წინ, რომლებიც აზროვნების აბერაციასთან არის დაკავშირებული. აბერაციაში იგულისხმება კოგნიტურ სტადიაზე ინფორმაციის ისეთ დამუშავება, რომელიც პაციენტის მიერ ობიექტის, ან სიტუაციის ხედვას ამახინჯებს. გაუკუღმართებული კოგნიციები მცდარ რწმენა - შეხედულებებს და ბოლოს, არაადექვატურ ემოციებს წარმოშობენ.

ამიტომ ამ თერაპიის მიზანს კოგნიციების კორექცია წარმოადგენს. ამ დროს სასურველია, პაციენტის ცხოვრებისეული ამოცანების პრობლემების წარმატებით გადაჭრის პოზიტიური გამოცდილების მაქსიმალური გამოყენება და ამ პოზიტიური გამოცდილების პაციენტის აქტუალურ პრობლემებზე გავრცელება. ბეკი კოგნიტური თერაპეუტის მუშაობას მუსიკალურ ინსტრუმენტზე დაკერისას მოტორული სტერეოტიპის კორექციას აღარებდა. ინფორმაციის არაადექვატური დამუშავების ნების გაცნობიერება და მათი ჩანაცვლება ადეკვატურით კოგნიტიური ფსიქოთერაპიის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს. კოგნიტური თერაპიის წარმატებულად ჩატარებისათვის პაციენტი ზოგადად უნდა დაეთანხმოს კოგნიტური თერაპიის მთავარ პრინციპს, რომლის თანახმადაც ემოციას აზრი განსაღვრავს: თუ ჩვენ გვინდა, შევცვალოთ გრძნობები, მაშინ უნდა შევცვალოთ მათი გამომწვევი იდეები.

კოგნიტური თერაპიის დასაწყის ეტაპზე იმ პრობლემების გაცნობიერება, იდენტიფიცირება ხდება, რომელთაც საფუძვლად უდევს მსგავსი მიზეზები. შემდეგ ხდება მათი მსგავსების მიხედვით დაჯგუფება. პრობლემებში იგულისხმება როგორც ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები, ასევე ემოციური ხასიათის პრობლემები. ამ დროს ხდება ფსიქოთერაპიული ზემოქმედების სამიზნეების გამსხვილება. ამ ეტაპის მეორე ვარიანტს სიმპტომთა რიგში პირველი მწკრივის სიმპტომთა გაცნობიერება - იდენტიფიცირება წარმოადგენს. ეს უკანასკნელი გამშვები მექანიზმის როლს ასრულებს, რომელსაც მთელი ეს სისტემა, ჯაჭვი მოჰყავს მოქმედებაში, რასაც, თავის მხრივ, პერცეფტულ დონეზე გავყავართ.

შემდგომი გაცნობიერებისა და ვერბალიზაციის ეტაპია. არაადექვატურ, დეზადაპტაციურ კოგნიციებს მიყვავართ რეალობის არასწორ აღქმამდე. ამ დროს სხვადასხვა ტექნიკა გამოიყენება, მათ შორის, ცნობილი ექსპერიმენტული მეთოდი. ამ დროს პაციენტს დეტალური ინფორმაცია ეძლევა კოგნიტური ფსიქოთერაპიის პრინციპების შესახებ, რომლებიც პაციენტმა ობიექტურ რეალობასა (ინფორმაციის დამუშავების სენსორული დონე) და აღქმულ რეალობას შორის (სუბიექტური აღქმის დონე) სხვაობის დასადგენად უნდა გამოიყენოს. სუბიექტური აღქმის დონე კოგნიტიურ პროცესებზეა დამოკიდებული და ინტერპრეტაციასთან, ანუ პირველი დონის სიგნალების დამუშავებასთანაა დაკავშირებული. ამ დონეზე შეიძლება ადგილი ჰქონდეს რეალობის გაუკუღმართებას კოგნიტური პროცესების დარღვევების გამო რაც, თავის მხრივ, ამ პროცესებში შემფასებლური კოგნიციების

ავტომატური ჩართვითაა განპირობებული. ექსპერიმენტული მეთოდი ტრავმული სიტუაციის ფსიქოთერაპევტის თანდასწრებით, „აქ და აშჰამად“ გათამაშებას გულისხმობს. ამ დროს პაციენტის ყურადღებას მის გონებაში პარალელურად მიმდინარე აზრებს მივყავართ, რომელთა ვერბალიზაციაც პაციენტის ობიექტის ან სიტუაციის თანმიმდევრული ანალიზის მეთოდის დაუფლებაში და დეზადაპტაციურ კოგნიციების გაცნობიერებაში ეხმარება. ტერმინი დეზადაპტაციური კოგნიცია (არადაპტაციური კოგნიცია) შეიძლება ყველა იმ აზრს თუ შეხედულებას მიესადაგოს, რომელიც ავადმყოფურ და არაადექვატურ ემოციებს იწვევს და რომელიმე კონკრეტული პრობლემის გადაწყვეტას აფერხებს. დეზადაპტაციური კოგნიციები, როგორც ნესი, ავტომატური აზრების ხასიათს ატარებენ. მათი აღმოცენება რეფლექტორულად და ავტომატურად ხდება, ყოველგვარი წინასწარი განსჯისა და განხილვის გარეშე, თუმცა, პაციენტის თვალში ისინი საკმაოდ დასაბუთებულად, ეჭვგარეშედ და დამაჯერებლად გამოიყურებიან. მათ უნებლიე ხასიათი აქვთ და ადამიანის ყურადღებას არ იპყრობენ, თუმცა, მის ქცევას განაპირობებენ. პაციენტი მათზე ფოკუსირებით აცნობიერებს და აფიქსირებს მათ. ჩვეულებრივ, პრობლემური სიტუაციის გარეშე, ისინი უმოქმედონი არიან, რის გამოც მათი გაცნობიერება ძნელია. პრობლემურ სიტუაციასთან პაციენტის მიახლოება მათ გაცნობიერებას ხელს უწყობს, რადგან პრობლემურ სიტუაციაში ისინი აქტიურდებიან. ასეთ სიტუაციებში ადამიანის მიერ მათი ხშირი აღმოჩენა ხელს უწყობს ჯერ მათ გაცნობიერებას, ხოლო შემდეგ უკვე მათ ე. წ. „კოლექციონირებას“. შემდეგ მათი წარმოდგენა და განვრცობა არა შემოკლებული, არამედ განვრცობილი ფორმით ხდება. „ცარიელი სივრცის შევსების“ მეთოდის გამოყენებისას ვიყენებთ ელისის მიერ მოწოდებულ ანალიზის სქემას რასაც მან A B C სქემა უწოდა. იგი შემდეგში მდგომარეობს: პაციენტი აკვირდება გარე ვითარებების და მათზე რეაქციის თანმიმდევრობას. ეს თანმიმდევრობა პაციენტისთვის უფრო აშკარაა, როდესაც ის გააცნობიერებს იმ დადაკავშირებულ ჯაჭვს, რომელიც A - სა და C - ს შორის არსებობს და რომელიც A - სა და C - ს აკავშირებს, ანუ განსაზღვრავს B -ს. ეს ის აზრები და წარმოდგენებია, რომლებიც გასაგებს ხდის A - სა და C - ს შორის კავშირი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კოგნიტურ ფსიქოთერაპია უშვებს დეზადაპტაციური კოგნიციების არსებობას, როგორც ვერბალური, ასევე ხატოვანი ფორმით. დეზადაპტაციური კოგნიციების იდენტიფიცირების უნარის ათვისების შემდეგ, პაციენტმა მათი ობიექტურად განხილვა უნდა ისწავლოს. აზრების ობიექტური განხილვის პროცესს „დისტანცირებას“ უწოდებენ. ამ დროს პაციენტი საკუთარ დეზადაპტაციურ კოგნიციებს და ავტომატურ აზრებს განიხილავს, როგორც რეალობისაგან განცალკევებულ, განყენებულ ფსიქოლოგიურ მოვლენებს. დისტანცირება პაციენტს ეხმარება, განასხვავოს საგარეო შეხედულებები - „მე მგონია“, რომლებიც დამტკიცებას მოითხოვს უეჭველი ფაქტისგან - „მე ვიცი“. ეს პაციენტში ობიექტურ რეალობასა და მისადმი დამოკიდებულებას შორის განსხვავების, დიფერენცირების უნარს ავითარებს. ამ განსხვავების აღმოჩენის შემდეგ, თერაპევტს უადვილდება პაციენტის დისტანცირება დეზადაპტაციური კოგნიციებისგან. დისტანცირების პროცესში პაციენტისთვის უფრო ნათელი ხდება რეალობის დამახინჯებულად აღქმის პროცესი.

შემდგომი, ქვევის ნესების შეცვლის ეტაპი. კოგნიტური ფსიქოთერაპიის თანახმად, ადამიანები მათი ცხოვრებისა და სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის რეგულაციის მიზნით, გარკვეულ ნესებს (მითითებებსა და ფორმულებს) იყენებენ.

ამ წესების სისტემაზე მეტწილად განსაზღვრავს ობიექტური რეალობის შეფასებასა და ინტერპრეტაციას. ქცევის რეგულაციის ის წესები, რომელთაც აბსოლუტურ ხასიათი აქვთ, რეგულაციის ისეთ ფორმებს ინვევენ, რომლებიც რეალურ სიტუაციას არ ითვალისწინებენ და, თავის მხრივ, უქმნიან პრობლემებს ინდივიდს. ამ პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით, ამ რიგიდული წესების მოდიფიცირება უნდა მოხდეს. თერაპიამ ისინი ნაკლებად გენერალიზირებული, კატეგორიული, პერსონიფიცირებული და უფრო მოქნილი უნდა გახადოს. ქცევის რეგულაციის მინარსი ორი ძირითადი პარამეტრის ირგვლივაა თავმოყრილი, ესენია: სამშრობა - უსაფრთხოება და სიამოვნება - ტკივილი. პირველი ყველა იმ ვითარებას მოიცავს, რომლებიც დაკავშირებულია ფსიქო-ფიზიკურ და ფსიქო-სოციალურ რისკთან. ფიზიკური სამშრობის იდენტიფიცირება და ვერიფიცირება ერთი ან რამოდენიმე მახასიათებლის მიხედვით ადელია, მაგრამ არა მაშინ, როდესაც საქმე ფსიქო-ლოგიურ და ფსიქოსოციალურ რისკს ეხება. აქ სამშრობების ვერიფიცირება გაძნელებულია, მაგ, თუ ადამიანი ცხოვრების იმ წესით ხელმძღვანელობს, რომ არასოდეს უნდა დამარცხდეს, მაშინ მას გაძნელებული ურთიერთობები აქვს სხვებთან. ეს წესი განსაზღვრავს მის დამოკიდებულებას პარტნიორთანაც. ამ დროს ადამიანი მარცხის შესახებ საკუთარი შეხედულებების პროეცირებას სხვებზე, კერძოდ, სხვების მიერ მის აღქმაზე ახდენს. სამშრობა - უსაფრთხოების პარამეტრთან დაკავშირებული კოგნიციების მოდიფიცირების ყველა მეთოდი პაციენტის რეალობასთან კონტაქტის აღდგენაზეა მიმართული, იმ რეალობაზე, რომელსაც იგი გაურბის. ეს კონტაქტი შეიძლება წარმოსახვის გამოყენებით, სიტუაციის რეალური გათამაშებით, რეგულაციის ახალი წესების ზუსტი ვერბალიზაციით აღდგეს, რომლებიც, ადრინდელთან შედარებით, უფრო ზომიერ ემოციებს ინვევენ. წესებს, რომლებიც სიამოვნება - ტკივილის ღერძთანაა დაკავშირებული, სხვა ცხოვრებისეული მიზნების ხარჯზე, ერთ რომელიმე მიზნისკენ, პიპერტროფიულ სწრაფვამდე მიყვავართ. მაგ., ადამიანი, რომელიც იმ წესით ხელმძღვანელობს, რომ თუ მდიდარი არ გახდა, ვერასოდეს იქნება ბედნიერი, ამ წესისადმი მონური მორჩილების გამო, უგულებელყოფს როგორც ცხოვრების მრავალფეროვნებას, ასევე სხვებთან ურთიერთობების მდიდარ პალიტრას. ასეთი პოზიციის ფორმულირებისა და გამოკვეთის შემდეგ ექიმი პაციენტს ამ პოზიციის უფარვისობის, მისი დესტრუქციული, დამანგრეველი ხასიათის გაცნობიერებაში ეხმარება. ექიმს პაციენტი იმის გააზრებამდე მიჰყავს, რომ ამგვარი პოზიციისგან გათავისუფლება, უფრო რეალისტური წესებისადმი დამორჩილება მას ბედნიერს გახდის და ნაკლებ ტანჯვას მოგვრის. ფსიქოთერაპევტის ამოცანაა, აპოენინოს ისინი პაციენტს. მათთან ახლო კავშირშია ის წესები, რომლებიც რიგიდულ მოვალეობებთანაა დაკავშირებული და რომელთაც კ. პორნი „აუცილებლობის ტირანია“ უწოდებს.

კოგნიტური თერაპიის სტრატეგიის ცოდნა შეცდომებს თავიდან აგვარდგენს. თვითდაკვირვების ეტაპი მიზნად ისახავს შეცდომების, აკრძალვებისა და თვითბრალდების აღმოჩენას და იმ წესების მთელი დიაპაზონის დადგენას, რომლებიც სიმპტომების წარმოქმნაში მონაწილეობენ.

თვითრეგულაციის წესებისადმი დამოკიდებულების შეცვლა, აზრების პიპო-თეზებად აღქმის უნარის დასწავლა, მათი სისწორის გადამოწმება, მათი ახალი, უფრო მოქნილი წესებით შეცვლა, კოგნიტური ფსიქოთერაპიის შემდეგ ეტაპს წარმოადგენს.

რაციონალურ - ემოციური თერაპიის მსგავსად, კოგნიტური ფსიქოთერაპია ინსაიტზე ორიენტირებული ფსიქოთერაპიაა რიგს განეკუთვნება. ინსაიტი აქ

განიხილება, როგორც ცხოვრებისეულ სიტუაციას, მოვლენასა და ფსიქოლოგიურ რეაქციას შორის კავშირის დამყარების პროცესი. ის მიმართულია იმ მნიშვნელობის აღმოჩენაზე, რომელსაც ინდივიდი შინაგან შეგრძნებებსა და გარემოს ანიჭებს. ეს მეთოდი, სხვა რეკონსტრუქციული მეთოდების მსგავსად, ცდილობს, ცვლილებებს მიაღწიოს პიროვნების სტრუქტურაში, რათა პაციენტი გარემოს მოთხოვნებს შეესაბამებოდეს და პარამონიულ კავშირს დამყარებდეს საკუთარ მოთხოვნილებებთან. ამ დროს ძირითადი რესტრუქტურისა და დეზადაპტაციის მქონე კოგნიციებს შეეხება. ამავე დროს, კოგნიტური თერაპია ცნობიერი ცხოვრებისეული განცდებიდან გამომდის და პაციენტის გამონათქვამებში ფარული სიმბოლური მნიშვნელობის ძიებასა და პოვნას არ ცდილობს.

ფსიქოთერაპია, ფსიქოანალიზი დასავლეთში კულტურულ ფენომენს წარმოადგენს. ფსიქოთერაპიულ ლიტერატურას მოსახლეობის უმრავლესობა კითხულობს და ამიტომ ამ ნიგნების უმეტესობა მხოლოდ რჩეულთათვის, ფსიქოთერაპიის ამა თუ იმ სკოლის პროფესიონალთა ვიწრო წრისათვის კი არ იწერება, არამედ პროფესიონალებისა და ამ საკითხებით დაინტერესებული ფართო წრისათვისაც. დასავლეთში ფსიქოთერაპიის ენა, ტერმინოლოგია და კონტექსტი დამუშავებულია და ფართო მკითხველისათვის ადვილად გასაგებია. სხვაგვარადაა საქმე ჩვენთან, სადაც ფსიქოთერაპიული ცნებები და ტერმინები ფართო მკითხველის მიერ, საუკეთესო შემთხვევაში, არასწორადაა გაგებული, ხოლო უარეს შემთხვევაში, თითქმის გაუგებარია, რაც ნიგნის ზოგიერთი პასაჟის გაგებას ართულებს. იმედი, რომ მკითხველი ამ ფაქტს გაგებით მოეკიდება.

ავტორიტარულ - ტოტალიტარული იდეოლოგიისა და რეჟიმის დაცემის შემდეგ, დასავლეთის იმ მეცნიერულ სკოლებთან ინტეგრირება გახდა შესაძლებელი, რომლებიც სიღრმის ფსიქოლოგიაზე, ინტერპერსონალურ ურთიერთობების სამკურნალო ღირებულებასა და ადამიანის სულიერებაზე დაფუძნებულ სამეცნიერო მოდელს იყენებენ. ისინი პიროვნების სულიერი სრულყოფისაკენა მიმართული, ამ სრულყოფის გზაზე პიროვნების უნიკალურობის გათვალისწინებით. ამგვარ მოდელზე დამყარებული ფსიქოთერაპიული სამსახურის ჩამოყალიბება აუცილებელი და მნიშვნელოვანია საქართველოს მოსახლეობისათვის, რომელიც ყოველთვის მიისწრაფოდა დასავლეთის კულტურული ღირებულებებთან ინტეგრირებისაკენ. იმედს ვიტოვებთ რომ ეს ნიგნი დიდი შენაძენი იქნება არა მარტო ფსიქიატრების, ფსიქოთერაპევტების და ფსიქოლოგებისათვის არამედ ამ დარგით დაინტერესებული ფართო მკითხველისათვის

*საქართველოს ფსიქოთერაპევტთა და
კლინიკურ ფსიქოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი*

ევროპის ფსიქოთერაპევტთა ასოციაციის წევრი

ამერიკის ჯგუფური ფსიქოთერაპიის ასოციაციის წევრი

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

პროფესორი რეზო კორინთელი

ერთმა კაცმა დაკარგა თავისი ცული და იფიქრა, რომ ცული მისი მეზობლის შვილმა მოიპარა. ყოველთვის, როდესაც ეს კაცი იმ ყმანეილს ხედავდა ფიქრობდა, რომ ის ნამდვილი ქურდია;

- განა ისე არ გამოიყურება, როგორც ნამდვილი ქურდი?

- განა ისე არ დადის, როგორც ნამდვილი ქურდი?

- განა ისე არ ლაპარაკობს, როგორც ნამდვილი ქურდი? – ფიქრობდა ეს კაცი.

ცოტა ხნის შემდეგ კაცმა იპოვა თავისი ცული. როდესაც მეორე დღით თავისი მეზობელის შვილი დაინახა, ის უკვე აღარ ჰგავდა ქურდს.

ლაო-ძი

ნაწილი I

კოგნიტური თეორია: საფუძვლები და შემდგომი განვითარება

იუდით ბეკი

შესავალი

კოგნიტური თერაპიის ფუძემდებელია აარონ ბეკი, რომელიც გასული საუკუნის 60-იან წლებში პენსილვანიის უნივერსიტეტში მოღვაწეობდა. თავდაპირველად ეს მეთოდი წარმოადგენდა ხანმოკლე სტრუქტურირებულ, ანმყოზე ორიენტირებულ, ფსიქოთერაპიას. იგი გამოიყენებოდა დეპრესიის სამკურნალოდ, მიმდინარე პრობლემების გადასაჭრელად, დისფუნქციური აზროვნებისა და ქცევის შესაცვლელად (1964. A. Beck). იმ პერიოდიდან მოყოლებული დღემდე, ბეკის გარდა, სხვა ავტორებმაც წარმატებით გამოიყენეს აღნიშნული თერაპია სხვადასხვა პოპულაციამ, ფსიქიკური აშლილობების მრავალფეროვანი სპექტრის სამკურნალოდ (Beck & Freeman 1989). მიუხედავად იმისა, კოგნიტური თერაპიის ყველა მოდიფიცირებულმა მეთოდმა შეიცვალა ფოკუსი, ტექნიკა, მკურნალობის ხანგრძლივობა, მაგრამ მისი თეორიული არსი იგივე დარჩა. კოგნიტური მოდელის თანახმად, სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობების დროს, პაციენტთა დისფუნქციური აზროვნება, რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის გუნება-განწყობასა და ქცევაზე, არსობრივად მსგავსია. აზროვნების პროცესების რეალურად შეფასება და ადეკვატური შეცვლა გუნება-განწყობისა და ქცევის გაუმჯობესებას იწვევს. ადამიანის დისფუნქციურ რიგიდულ შეხედულებათა * გარდაქმნა ფსიქიკური მდგომარეობის მდგრად გაუმჯობესებას განაპირობებს.

კოგნიტური თერაპიის განვითარებაში უდიდესი წვლილი შეიტანეს ცნობილმა ფსიქოთერაპევტებმა. განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია: ა. ელისი (Ellis A. 1962) რაციონალურ-ემოციური ფსიქოთერაპიის, დ. მეიჰენბაუმი (Meichenbaum D. 1977) კოგნიტურ-ბიპევიორული და ა. ლაზარუსი (Lazarus A.A. 1977) მულტიმოდალური თერაპიის ფუძემდებლები. აგრეთვე აღსანიშნავია მ. მაჰონი (Mahoney M. 1991) ვ. გუიდანო და ჯ. ლიოტი (Guidano V., Liotti G. 1983).

კოგნიტური თერაპია, რომელიც A. Beck-მა შეიმუშავა და სრულყო, დღესდღეობით წარმოადგენს ფსიქოთერაპიულ სისტემას. იგი პარმონიამია პერსონოლოგიურ თეორიასთან და ითვალისწინებს ფსიქოპათოლოგიის კონკრეტულ ფაქტებს. განმეორებითი საკონტროლო კვლევებით დადასტურებული დასკვნების თანახმად, თერაპიის ეს სახე ეფექტიანია დიდი დეპრესიული ეპიზოდის, გენერალიზებული შფოთვის აშლილობის, პანიკური აშლილობის, სოციალური ფობიის, ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის, კვებითი აშლილობების, ოჯახური და პარტნიორების პრობლემების მკურნალობისათვის.

თანამედროვე მსოფლიოში კლინიკური ფსიქოლოგია მთელი რიგი ფსიქიკური პრობლემების დასაძლევად იყენებს კოგნიტურ თერაპიას, როგორც დამოუკიდებელ

* რიგიდულ შეხედულებებში იგულისხმება ის წარმოდგენები და შეხედულებები, რომელიც მტიკცე დარწმუნებისა და რწმენის ხარისხს აღწევს (რედ. შენიშნა).

ან როგორც დამხმარე მეთოდს. დადებითი შედეგები მიიღეს ისეთი აშლილობების მართვის (management), მკურნალობისა და გამწვავების პრევენციისას, როგორიცაა: ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, პერსონალური აშლილობები, რეკურენტული დეპრესია, ქრონიკული ტკივილი, იპოქონდრია და შიზოფრენია.

დღესდღეობით, აღნიშნული აშლილობების მკურნალობის საერთაშორისო სახელმძღვანელოში (APA guidelines. Compendium.2006) კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია შესულია, როგორც მყარ მტკიცებულებებზე დაყრდნობილი ფსიქოსოციალური მკურნალობა. (ავტ. შენიშვნა).

ავტორების - ჯ. პერსონის, დ. ბერნსის და ჯ. პარლოფის (Persons J. B., Burns D.D. & Perloff J.M. 1988) - მიერ დადასტურდა, რომ კოგნიტური თერაპია ეფექტიანია განსხვავებული სოციალური ფენის, განათლების დონის, შემოსავლის და ცხოვრებისეული გამოცდილების მქონე პირების მკურნალობისას; აგრეთვე - სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში, წინა სასკოლო ასაკიდან მოყოლებული, გერიატრიული კონტიგენტის ჩათვლით. დღესდღეობით იგი გამოიყენება ჯგუფური ფსიქოთერაპიული ფორმითაც - წყვილების პრობლემების დასაძლევად და ოჯახური თერაპიისთვის.

მიუხედავად აღნიშნული მრავალფეროვნებისა, კოგნიტური თერაპია ყველა ფორმა წარმოიშვა ბეკის მოდელიდან. ამ უკანასკნელის თანახმად, მკურნალობა ეფუძნება, როგორც სპეციფიკური აშლილობის კოგნიტურ ფორმულირებას, ასევე თითოეული პაციენტისადმი ინდივიდუალურ მიდგომას და მისი აზროვნების თავისებურებების ღრმად წვდომას. კოგნიტური თერაპეუტის მიზანს წამოადგენს პაციენტის აზროვნებისა და რიგიდულ შეხედულებათა სისტემის სხვადასხვა გზით გამოკვლევა და შეცვლა, მისი ემოციური სფეროსა და ქცევის კორეგირება. მართალია, კოგნიტური თერაპია საჭიროებს ინდივიდუალურ მიდგომას, მაგრამ ყველა პაციენტისათვის არსებობს კოგნიტური თერაპიის ბაზისური პრინციპები.

პრინციპი I. კოგნიტური თერაპია ეფუძნება პაციენტის პრობლემის კოგნიტური ელემენტის გამოვლენა-ფორმულირებას.

თერაპეუტი ცდილობს პაციენტის პრობლემის კონცეპტუალურ ჩამოყალიბებას სამი მიმართულებით: პირველი, თავიდან იგი გამოავლენს როგორც პაციენტისთვის აქტუალურ აზრს (ასე, მაგ., დეპრესიული პაციენტის შემთხვევაში: „მე წარუმატებელი ადამიანი ვარ, კარგად ვერაფერს გავაკეთებ, ბედნიერი ვერასდროს ვიქნები“ და ა.შ.) ასევე, შესაბამის პრობლემურ ქცევას (თვითიზოლაცია, დროის დიდი ნაწილის ლოგინში გატარება, დახმარების თხოვნაზე თავის შეკავება), რომელიც ხელს უწყობს მისი დათრგუნულობისა და სევდიანობის შენარჩუნებას. მეორე, თერაპეუტი გამოავლენს იმ ფაქტორებს, რომლებიც დეპრესიის დაწყებისთანავე ახდენს ზეგავლენას პაციენტის მდგომარეობის გაუარესებაზე (მაგალითად, საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის გრძნობას განამტკიცებს მშობლიური სახლთან პირველი განმორება და სწავლის პროცესში წარმოშობილი სიძნელეები). მესამე, თერაპეუტი აყალიბებს დაეადების დროში განვითარების მოდელის პიპოთეზას, რომლის მიხედვით, მაგ, დეპრესიისათვის წინაპირობას ქმნის პაციენტის ცხოვრების ფაქტების მისეული შეფასება (დეპრესიულ პაციენტებს ხშირად აქვთ ტენდენცია თავიანთი ძლიერი მხარეები და პირადი მიღწევები ბედის გამართლებით ახსნან, მაშინ, როცა სისუსტეებს საკუთარი პიროვნების ნაკლად, „ჭეშმარიტ სახედ“

მიიჩნიონ).

თერაპევტის ფორმულირება ყერდნობა პაციენტის მიერ მოწოდებულ მონაცემებს, რომელთაც იგი აგროვებს პირველი შეხვედრიდან მოყოლებული, თერაპიული კურსის ბოლომდე. ამ პერიოდში თერაპევტის კონცეფცია იხვეწება ახალ-ახალი მონაცემების გათვალისწინებით. თერაპევტი სტრატეგიული თვალსაზრისით უზიარებს თავის მოსაზრებებს პაციენტს, რათა გადაამოწმოს მათი სისწორე. ამის გარდა, იგი ეხმარება პაციენტს, რომ მან თავის გამოცდილებას შეხედოს კოგნიტიური მოდელის ჭრილში. ამდენად, პაციენტი სწავლობს დისტრესულ ემოციებთან დაკავშირებული აზრების ამოცნობას და მათ სანაცვლოდ ისეთი აზრების განვითარებას, რომლებიც უფრო ადაპტაციური იქნება მისთვის. ამით უმჯობესდება პაციენტის გუნებ-განწყობა, რაც განაპირობებს მისი ქცევის შეცვლას.

პრინციპი II. კოგნიტური თერაპია საჭიროებს ექიმსა და პაციენტს შორის ჯანსაღ თერაპიულ ალიანსს.

ხშირად პაციენტს აქვს თერაპევტისადმი გარკვეული უნდობლობა, რაც წარმოშობს მკურნლობის სიძნელეებს. ამიტომ სეანსის მიმდინარეობისას თერაპევტი აძლავნებს ისეთ აუცილებელ თვისებებს, როგორიცაა პაციენტისადმი თბილი და ემპათიური დამოკიდებულება, მზრუნველობა, ყურადღება და პატივისცემა. თერაპევტი პაციენტს ყოველთვის უსმენს მთელი გულისყურით, გამოაქვს შესაბამისი დასკვნები მის აზრებსა და გრძნობებზე და აძლევს ადეკვატური ოპტიმიზმით გაჯერებულ რჩევებს. აგრეთვე ყოველი სესიის ბოლოს უკუკავშირის განსამტკიცებლად ეკითხება პაციენტს, გაიგო თუ არა ყველაფერი და დადებითად აფასებს თუ არა მათ შეხვედრას.

ფსიქოზური აშლილობების მქონე პაციენტები, საჭიროებენ ექიმ-პაციენტს შორის უფრო მჭიდრო თერაპიულ კავშირს, რათა წარმატებული იყოს მათი სამუშაო ალიანსი.

პრინციპი III. კოგნიტური თერაპიის ეფექტურობა ემყარება პაციენტის თერაპევტთან აქტიურ თანამშრომლობას.

ჩვეულებრივ, თერაპევტი ცდილობს, რომ პაციენტმა შეხედოს თერაპიულ პროცესს, როგორც ერთობლივ მუშაობას. ამისათვის ისინი ერთად იღებენ გადაწყვეტილებას იმის თაობაზე, თუ რაზე უნდა იმუშაონ თითოეულ სეანსზე, რა სიხშირით შეხვდნენ ერთმანეთს და შეხვედრებს შორის რა სახის საშინაო დავალებები უნდა შეასრულოს პაციენტმა. თავიდან, საუბრის მიმართულების მიცემისა და სეანსზე დისკუსიის შეჯამებისას, თერაპევტი უფრო აქტიურია. რაც უფრო ინტენსიურად ერთვება პაციენტი თერაპიულ პროცესში, ნაკლებ დისტრესული ხდება. შესაბამისად, თერაპევტი მით უფრო მხარს უჭერს პაციენტს, რათა მან კიდევ მეტი აქტიურობა გამოიჩინოს და საკითხების ერთობლივი განხილვისას შეთანხმებული გადაწყვეტილება მიიღოს. ასევე ერთობლივად ხდება პაციენტის აზროვნების დარღვევების იდენტიფიკაცია, მნიშვნელოვანი საკითხების დაჯამება და საშინაო დავალებების განსაზღვრა.

პრინციპი IV. კოგნიტური თერაპია მიზანზე ორიენტირებული და პრობლემაზე ფოკუსირებული თერაპიაა.

პირველსავე სეანსზე თერაპევტი სთხოვს პაციენტს, რიგითი ნომრები მიანიჭოს თავის პრობლემებს და დაისახოს შესაბამისი მიზნები. ასე, მაგ.: ეტყვათ, პაციენტს თავის ნომერ პირველ პრობლემად მიაჩნია მარტოობა. თერაპევტი მიმართულებას

აძლევს მას, რომ მიზნად დაისახოს ქცევის შეცვლა, მაგ., ინიციატივა გამოიჩინოს ახალი მეგობრების შეძენაში და მეტი გულისხმიერება გამოხატოს ძველი ამხანაგების მიმართ. თერაპევტი პაციენტს ეხმარება, შეაფასოს და შეეკამათოს იმ აზრებს, რომლებიც მის საბოლოო მიზანთანაა გადაჯაჭვული. ასე, მაგ.: „არაფერი გამაჩია, რომ მათ შევთავაზო. ისინი, ალბათ, არ მოისურვებენ ჩემთან ურთიერთობას“. პირველ ყოვლისა, ხელთ არსებული მტკიცებულებების ანონ-დანონვით თერაპევტი ეხმარება პაციენტს, ამ აზრების ვალიდურობის სესიაზე შეაფასებაში. შემდგომში პაციენტი თვითონ სწავლობს თავისი აზრების შემონმებას მათი პრაქტიკულად გადამონმების მეშვეობით (მაგ., აწყობს გეგმებს ახალი ამხანაგის გასაცნობად). როგორც კი, თუნდაც ერთხელ, პაციენტი გააცნობიერებს და შეასწორებს თავისი აზროვნების „შეცდომებს“, შემდგომში იგი თავად შეძლებს პრობლემის გადაჭრას, ანუ გააუმჯობესებს ურთიერთობებს.

თერაპევტი გულისყურით ეკიდება იმ დაბრკოლებებს, რომლებიც ხელს უშლის პაციენტს პრობლემის გადაჭრაში, მიზნის დამოუკიდებლად მიღწევაში. ბევრი პაციენტი, რომელიც ავადმყოფობამდე ნორმალურად ფუნქციონირებდა, არ საჭიროებს უშუალოდ პრობლემის გადაჭრაში გავარჯიშებას. მისთვის საკმარისია იმ დისფუნქციური აზრების შეფასება, რომლებიც ხელს უშლის არსებული ჩვევების რეალიზებაში. ფსიქოზის მქონე პაციენტებს უძნელდებათ პრობლემის პრაქტიკული გადაჭრა. ისინი საჭიროებენ სტრატეგიის პირდაპირ დასწავლას. ამდენად თერაპევტი ყოველ კონკრეტულ შემთხვევას კონცეპტუალურად უნდა მიუდგეს და შეაფასოს ინტერვენციის ხარისხი.

პრინციპი V. კოგნიტური თერაპია ანმყოფე ორიენტირებული თერაპიაა.

კბთ მკურნალობა ფოკუსირებულია პაციენტის მიმდინარე პრობლემებსა და იმ კონკრეტულ სიტუაციებზე, რომლებიც იწვევს პაციენტის დისტრესს. ამ უკანასკნელის განმსაზღვრელი პრობლემების გადაჭრა ან სიტუაციის რეალისტური შეფასება, ჩვეულებრივ, სიმპტომების შერბილებას ან უკუგანვითარებას განაპირობებს. მიუხედავად დიაგნოზთა სხვადასხვაობისა, კოგნიტური თერაპევტი პრობლემის გამოკვლევას იწყებს ანმყოფი – რა ხდება აქ და ახლა. მხოლოდ სამ ვითარებაშია შესაძლებელი წარსულისაკენ ყურადღების ფოკუსის გადატანა:

- ა) თუკი პაციენტი თავად გამოხატავს ამგვარ სურვილს.
- ბ) როცა მიმდინარე პრობლემებისკენ მიმართული მუშაობა არ (ან მცირედ) იწვევს კოგნიტურ და ემოციურ სფეროებში შესაბამისი ქცევის ცვლილებებს.
- გ) როცა თერაპევტის შეფასებით, ძალზე მნიშვნელოვანია იმის გაგება, თუ როდის და როგორ განვითარდა დისფუნქციური აზრები და ამჟამად რა გავლენა აქვთ მათ პაციენტზე. ამისათვის თერაპევტი ბავშვობისდროინდელ ამბებზე ესაუბრება პაციენტს, რათა დაესმაროს მას ბირთვულ რიგიდულ შეხედულებათა ამოცნობაში, რომელიც იმ პერიოდში იღებს სათავეს. მაგ.: „თუკი ცხოვრებაში წარმატებული ვიქნები, ე.ი. კარგი ადამიანი ვარ“, ან „თუკი ცხოვრებაში წარმატებას ვერ მივაღწევ, ე.ი. უნიჭო და ხელმოცარული ადამიანი ვარ“. თერაპევტი ეხმარება პაციენტს, წარსულსა თუ ანმყოფი ჩამოყალიბებული ამ შეხედულებების არგუმენტირებულობის შეფასებაში. თუკი პაციენტს აღენიშნება ესა თუ ის პიროვნული დარღვევა, აშლილობის სიღრმის შესაბამისად თერაპევტს დასჭირდება მეტი დრო მისი ფსიქო-ფიზიკური განვითარების ისტორიის, ბავშვობაში ჩადებულ არასწორ შეხედულებათა განხილვისა და ქცევის შეცვლისთვის.

პრინციპი VI. კოგნიტური თერაპია ასწავლის პაციენტს, გახდეს საკუთარი თავის თერაპევტი. ამდენად, მას აქვს საგანმანათლებლო ფუნქცია; განსაკუთრებული როლი გამწვავების პრევენციას ენიჭება.

პირველსავე სეანსზე თერაპევტი უყვება პაციენტს დაავადების ბუნებისა და მიმდინარეობის, თერაპიული პროცესისა და კოგნიტური მოდელის შესახებ; ანუ ესაუბრება იმაზე, თუ როგორ ახდენს ზემოქმედებას აზრი ემოციასა და ქვევაზე. თერაპევტი ეხმარება პაციენტს არა მხოლოდ მიზნების დასახვასა და განსაზღვრაში, არამედ საკუთარ აზრთა და რიგიდულ შეხედულებათა შეფასებაში, ქცევის ცვლილებების დაგეგმვაში. ამასთანავე ასწავლის, თუ როგორ უნდა გააკეთოს ყოველივე ეს. სეანსზე თერაპევტი სთავაზობს პაციენტს ახლად ნასწავლი იდეების ჩანერას, რომლებიც უფრო მოგვიანებით გამოადგება, ეთქვამთ, თერაპიული კურსის ჩათავეების შემდგომ.

პრინციპი VII. კოგნიტური თერაპია უნდა იყოს დროში განსაზღვრული.

პაციენტთა უმრავლესობა, სუფთა დეპრესიული სიმპტომატიკითა და შფოთვითი აშლილობებით, საჭიროებს მკურნალობის 4-14 სეანსიან კურსს. ამ დროს თერაპევტი შედეგ მიზნებს ისახავს: შეამსუბუქოს სიმპტომები, გააუმჯობესოს რემისიის ხარისხი, დაეხმაროს ყველაზე დამთრგუნველი პრობლემების გადაჭრაში და პაციენტს ასწავლოს გამწვავების დამოუკიდებლად თავიდან აცილება. თავდაპირველად მიზანშეწონილია ყოველკვირეული თერაპიული სეანსები (თუკი პაციენტს მძიმე დეპრესია ან სუიციდური აზრები აქვს, საჭიროა უფრო ხშირი შეხვედრებიც). მოგვიანებით შესაძლოა, სეანსები ჩატარდეს ორ კვირაში ერთხელ, შემდგომ კი ყოველთვიურად. კბთ კურსის დასრულების შემდგომაც მიზანშეწონილია, დაიგეგმოს პერიოდული, ე.წ. „ცხელი“, სეანსები ყოველ სამ თვეში ერთხელ კიდევ ერთი წლის განმავლობაში.

ალსანიშნავია, რომ არცთუ ყველა პაციენტის მდგომარეობა უმჯობესდება რამდენიმე თვეში. ზოგიერთი მათგანი საჭიროებს თერაპიის 1 ან 2-წლიან კურსს (შესაძლოა, უფრო ხანგრძლივსაც), რათა შეიცვალოს ყველაზე რიგიდული დისფუნქციური შეხედულებები და ქცევის პატერნი, რომელიც საფუძვლად უდევს ქრონიკულ დისტირესს.

პრინციპი VIII. კოგნიტური თერაპიის სეანსები სტრუქტურირებულია.

მიუხედავად, პაციენტის დიაგნოზისა და მკურნალობის ეტაპისა, კოგნიტური თერაპევტი ყოველ სეანსზე ცდილობს დაიცვას სტრუქტურის ჩარჩოები: ამონშებს პაციენტის გუნება-განწყობას; ესაუბრება გასული კვირის მოვლენებზე; პაციენტთან ერთად განსაზღვრავს სეანსის დღის განრიგს; მოკლედ აჯამებს წინა სეანსს; გადახედავს საშინაო დავალებას; აწარმოებს დისკუსიას განრიგის საკითხებზე; განსაზღვრავს ახალ საშინაო დავალებას; შეხვედრის პროცესში, ყოველი სესიის ბოლოს, ხშირ-ხშირად აჯამებს და ამყარებს უკუკავშირს. ეს სტრუქტურა რჩება უცვლელად მთელი თერაპიის მთელი კურსის მანძილზე. როგორც კი პაციენტი ნაკლებად დისტრესული ხდება, თერაპევტი ეხმარება მას დღის განრიგისა და საშინაო დავალების დამოუკიდებლად განსაზღვრაში, საკუთარი აზრების შეფასებასა და რაციონალურ რეაგირებაში. ფორმატის ჩარჩოების მკაცრად დაცვა თერაპიულ პროცესს ხდის გასაგებს როგორც პაციენტისთვის, ასევე თერაპევტისათვისაც. ამით იზრდება შესაძლებლობა, რომ პაციენტმა თავად შეძლოს თვითმკურნალობა კურსის ჩათავეების შემდგომ. ეს ფორმატი უზრუნველყოფს ყურადღების კონცენტრირებას პაციენტისათვის ყველაზე მეტად მნიშვნე-

ლოვან საკითხებზე და ხელს უწყობს თერაპიული დროის მაქსიმალურად გამოყენებას.

პრინციპი IX. კოგნიტური თერაპია ასწავლის პაციენტს დისფუნქციური აზრებისა და რიგიდული შეხედულებების ამოცნობას, შეფასებას და მათზე რაციონალურ რეაგირებას.

აღნიშნული მიზნის მისაღწევად თერაპევტი ეხმარება პაციენტს სპეციფიკურ პრობლემაზე ფოკუსირებაში (მაგ.: დროებითი სამუშაო ადგილის მოძებნაში), დისფუნქციური ავტომატური აზრების ამოცნობაში (მაგ.: ეკითხება პაციენტს, რა აზრები უტრიალბს თავში მოცემულ მომენტში), ამ აზრების არგუმენტირებულობის შეფასებასა (შესაბამისი არგუმენტებისა და კონტრარგუმენტების აწონ-დაწონვა) და მოქმედების გეგმის შემუშავებაში. ყოველივეს თერაპევტი აკეთებს სოკრატესული ფაქიზი დიალოგის საშუალებით, რაც ეხმარება პაციენტს იმის გაცნობიერებაში, რომ თერაპევტი მართლაც დიანტიურესებულა მასთან შეთანხმებით გამოიტანოს დასკვნები. არგუმენტაციის კბთ სტილი პაციენტს დაეხმარება აზრების სიზუსტისა და რეალურობის განსაზღვრაში და ფაქტების ხელახლა გულმოდგინედ გადახედვაში (ნაცვლად, იმისა, რომ თერაპევტმა გადაარწმუნოს და თავს მოახვიოს საკუთარი შეხედულებები). შემდგომ სესიებზე თერაპევტი აწარმოებს პაციენტის აზრების მნიშვნელობის მიზანმიმართულ გამოკვლევას, რათა გახსნას ის ფარული ბირთვული რიგიდული შეხედულებები, რაც აქვს მას საკუთარ შინაგან სამყაროზე და სხვა ადამიანებთან მიმართებაში. თერაპევტის თანმიმდევრული შეკითხვების ჯაჭვის მეშვეობით პაციენტი თავისი დისფუნქციური ბირთვული რიგიდული შეხედულებების სარწმუნოობას კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს და უშვებს მათი შეცვლა-გადაფასების შესაძლებლობას.

პრინციპი X. კოგნიტური თერაპიაში აზროვნების, გუნება-განწყობისა და ქცევის მოდიფიცირებისთვის სხვადასხვა ტექნიკა გამოიყენება.

მართალია, სოკრატესული დიალოგი და მიზანმიმართული გამოკვლევა კოგნიტური თერაპიის ცენტრალური მიდგომაა, მაგრამ ამავე თერაპიის ფარგლებში სხვა ორიენტაციის მეთოდებიც გამოიყენება (როგორიცაა, მაგალითად, ბიპევიორული და გეშტალტ თერაპიის მეთოდები). ტექნიკის შერჩევისას თერაპევტი ყურდნობა შემთხვევის ფორმულირებას და კონკრეტულ სეანსზე – თავის ამოცანებს.

აღნიშნული ძირითადი პრინციპები საერთოა ყველა პაციენტისათვის. თერაპიის პროცესი იცვლება იმის მიხედვით, თუ ვინ არის თითოეული პაციენტი და როგორია მისი დარღვევები, რა მიზნები აქვს მას, გააჩნია თუ არა თერაპიული კავშირის დამყარების უნარი, რამდენად მოტივირებულია შესაცვლელად, როგორი გამოცდილება აქვს უნინ ჩატარებული თერაპიის კურსიდან და საერთოდ, სურს თუ არა მას განკურნება. მკურნალობის ექტორი დამოკიდებულია პაციენტის კონკრეტულ დაავადებაზე. ასე მაგ.: გენერალიზებული შფოთვისით აშლილობების კბთ-ჩარევისას ყურადღება მახვილდება კონკრეტული სიტუაციების რისკის გადაფასებაზე და პიროვნულ რესურსებზე, რომლებიც მას შიშს გადააღახინებს (Beck A. T., Emery, G. 1985) პანიკური აშლილობების მკურნალობა გულისხმობს პაციენტის „კატასტროფული“ შეფასების ტესტირებას (სიცოცხლისათვის საშიში წინათგრძნობები), ანუ როგორ მულავნდება ეს პაციენტის სომატურ და ფსიქიკურ შეგრძნებებში (Clark, D. M. 1989). ანორექსია საჭიროებს საკუთარი თავის ღირსებისა და კონტროლის შესახებ შეხედულებების შეცვლას (Garner, D. M., & Bemis, K. M., 1985). ალკოპოლიზმის და ნარკომანიის მკურნალობა მიმართულია პაციენტის რიგიდული რწმენის – საკუთარი თავის ნეგატიური შეფასების და ფსიქოპატიური

ნივთიერებების გამოყენებით ამ შეხედულების შერბილების ან დაძლევის - შეცვლისკენ (Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C.F., & Liese, B. 1993).

კოგნიტური თერაპევტის ჩამოყალიბება

გაუცნობიერებელი დამკვირვებლისთვის კოგნიტური თერაპია თითქოსდა მარტივია: ამ მოდელის არსი იმაშია, რომ პიროვნების ემოციები და ქცევები მისი აზროვნების გავლენის ქვეშაა - აღნიშნული საკმაოდ სწორხაზოვანია. პრაქტიკულად კი თერაპევტი ერთდროულად ისახავს და ასრულებს კიდევ მრავალ ამოცანას: შემთხვევის კოგნიტური კონცეპციის ჩამოყალიბებას, თერაპიული ალიანსის დამყარებას, პაციენტის გათვითცნობიერებასა, პრობლემათა ამოცნობას, მონაცემთა შეგროვებას, ჰიპოთეზების შეფასებას და დაჯამებას. დამწყები კოგნიტური თერაპევტი საჭიროებს, მუშაობის დროს იყოს მკაფიოდ სტრუქტურირებული, მიიღოს რჩევები გამოცდილი თერაპევტისგან და კონკრეტული დროის მონაკვეთში კონცენტრირდეს მხოლოდ ერთ მიზანზე. თუმცა, საბოლოო მიზანია, თერაპიის ცალკეული ელემენტების გაერთიანება და იმედნად ეფექტიანად და შედეგიანად წარმართვა, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. ახალდამწყებნი თავიდან უნდა დაოსტატდნენ კოგნიტური თერაპიის მეთოდოლოგიაში, რაც საუკეთესოდ განხორციელდება ტექნიკის ინსტრუქციის ზედმინევნით ზუსტად შესრულებით.

კოგნიტური თერაპევტისთვის აუცილებელი თვისებებია მისი უნარი, გამოხატოს ემპათია, პაციენტისადმი ზრუნვა და კომპეტენტურობა. კოგნიტურ თერაპევტად ჩამოყალიბების პროცესი მოიცავს სამ ეტაპს:

I ეტაპზე თერაპევტი სწავლობს სეანსის სტრუქტურირებას და ძირითადი ტექნიკის გამოყენებას. მნიშვნელოვანია კოგნიტური თერაპიის ენით შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის საბაზისო ჩევების დასწავლა, რაც ემყარება სეანსზე მიღებული მონაცემების შეგროვებასა და შეფასებას.

II ეტაპზე თერაპევტი იწყებს კოგნიტური კონცეფციის ტექნიკის ფლობასთან ინტეგრირებას. იგი განამტკიცებს თავის უნარს, ღრმად გაერკვეს თერაპიული პროცესის მიმდინარეობაში და იოლად ამოიცოს თერაპიის საკვანძო მიზანი. თერაპევტი ოსტატდება უშუალოდ სეანსებზე, პაციენტთან მუშაობისას, მისი პრობლემების კოგნიტური მოდელის შემუშავებისა და ინტერვენციის შესახებ გადანყვეტილების მიღების, კონცეპტუალური მიდგომის დროს. შემდგომში თერაპევტი აფართოებს ტექნიკათა რეპერტუარს და პროფესულად იხვეწება საჭირო ტექნიკის ამორჩევაში, მის დროში განაწილებასა და პრაქტიკულად განხორციელებაში.

III ეტაპზე თერაპევტი ავტომატურად ახდენს არსებული შემთხვევის ფორმულირებაში ახალი მონაცემების ინტეგრირებას. იგი თანდათან ხვეწს შემთხვევის კოგნიტურ ჰიპოთეზას, რომელიც ადასტურებს (ან არ ადასტურებს) მის მიერ პაციენტის ხედვას; საჭიროებისამებრ ცვლის თერაპიის ბაზისურ სტრუქტურასა და ტექნიკას ისეთ რთულ შემთხვევებშიც, როგორიცაა პიროვნების აშლილობები.

კოგნიტიური მოდელი

კოგნიტიური თერაპია ეფუძნება კოგნიტიურ მოდელს, სადაც წარმოდგენილია ჰიპოთეზა იმის შესახებ, რომ ადამიანის ემოციები და ქცევები განპირობებულია მათ მიერ მოვლენების წდომით. არა თავად სიტუაცია ან მისი ზეგავლენა განაპირობებს იმას, თუ რას განიცდის ადამიანი, არამედ საკითხის დაყენება ან მიდგომა, რისი მეშვეობითაც პიროვნებაზე ეს სიტუაცია აისახება (Beck, 1964). მაგალითად, წარმოდგინეთ სიტუაცია, როცა სხვადასხვა ადამიანი კოგნიტიური თერაპიის სახელმძღვანელოს ტექსტს კითხულობს. ისინი რეაგირებენ სრულიად სხვადასხვა ემოციით, იმის მიხედვით, თუ როგორ აღიქვამენ ტექსტს კითხვისას.

- მკითხველი ა ფიქრობს: „ეს მართლაც რომ ძალიან ჭკვიანურია. ბოლოს და ბოლოს ვნახე ნიგნი, რომელიც მე მასწავლის კარგ თერაპევტობას.“ ეს მკითხველი გრძნობს გარკვეულ აღფრთოვანებას.
- მკითხველი ბ კი ფიქრობს: „ეს რაღაც ძალიან მარტივია, არასოდეს იმუშავებს“ და გრძნობს იმედის გაცრუებას.
- მკითხველ გ-ს უჩნდება შემდეგი აზრი: „ეს ნიგნი ის არ არის, რასაც ეელოდი, რაში დავხარჯე ფული?!“ ეს მკითხველი გაბრაზებულია.
- მკითხველი დ ფიქრობს: „მე ნამდვილად მჭირდება ყოველივე ამის სწავლა; მაგრამ ვაი, თუ ვერ გავიგო, ან ვერასდროს დავეუფლო ამას?“ და გრძნობს შფოთვისას.
- მკითხველ ე-ს აქვს განსახელებული აზრი: „ეს მეტისმეტად ძნელია. მე არ შემოიძლია ლაპარაკი, ვერასდროს დავოსტატდები ამაში. მე ვერასოდეს გამოვიყენებ ამას, როგორც ფსიქოთერაპევტი.“ ეს მკითხველი დადარღიანებულია.

მაშასადამე, ის, თუ რას გრძნობს ადამიანი, დამოკიდებულია მიდგომაზე, თუ რა კუთხიდან შეხედავს ის სიტუაციას, როგორ ინტერპრეტირებას მოახდენს და რას იფიქრებს ამაზე. სიტუაცია, თავისთავად, პირდაპირ არასოდეს განსაზღვრავს გრძნობებს. ადამიანის ემოციური პასუხი განპირობებულია მის მიერ სიტუაციის აღქმაზე (აქ იგულისხმება აღმა არა ფსიქოლოგიური მნიშვნელობით, არამედ კოგნიტიური წდომა). კოგნიტიური თერაპევტი ძირითადად ინტერესდება აზროვნების იმ დონით, რომელიც თვალსაჩინოდ ამოქმედდება დაუყოვნებლივ, აზროვნების შედარებით ზედაპირულ დონეზე.

მაგალითად, საანამ თქვენ ამ ნიგნში ტექსტს კითხულობთ, შეგიძლიათ ჩაინიშნოთ თქვენი აზროვნების სხვადასხვა დონე. თქვენი გონების ნაწილი ფოკუსირებულია ტექსტის ინფორმაციაზე, ანუ თქვენ ცდილობთ ამ ინფორმაციის გაგებას და ინტეგრირებას. იმედროულად აზროვნების სხვა დონეზე შესაძლოა წამიერად გქონდეთ შემაფასებელი აზრები. ამ აზრებს ავტომატური აზრები ეწოდება და არ წარმოადგენს მიზანდასახული განაჯის შედეგს. ისინი გაიყვებიენ წამიერად, ავტომატურად და ხშირად ძალიან სწრაფი და ხანმოკლენი არიან. შესაძლოა, თქვენ ძლიეძლიეობით გაცაცნობიეროთ ეს აზრები. გაცილებით იოლად ამოიცნობთ იმ ემოციებს, რაც მათ მოსდევს. ამის შედეგად თქვენ უმეტესწილად უკრიტიკოდ ილებთ თქვენსავე ავტომატურ აზრებს, როგორც ჭჭმარიტებას. თქვენ შეგიძლიათ ისწავლოთ საკუთარი ავტომატური აზრების ამოცნობა ყურადღების ემოციურ

პასუხზე გადანაცვლებით. როცა კი თქვენ გრძნობთ დისფორიას, შეეკითხეთ საკუთარ თავს: ამ წუთას რა აზრი მომდის თავში?

გეგნებათ რა გათვითცნობიერებული თქვენივე ავტომატური აზრები, შეგეძლებათ მათი დასაბუთების (არგუმენტირების) შეფასება. თუკი თქვენი ინტერპრეტაცია მცდარია და მოახდენთ მის კორექციას, აღმოაჩენთ, რომ გუნება-განწყობა გაგიუმჯობესდათ. კოგნიტიური თვალთახედვით, როცა დისფუნქციური აზრები ექვემდებარება რაციონალურ განსჯას, მაშინ მთლიანად იცვლება ემოციები. მაგრამ საიდან აღმოცენდება ეს ავტომატური აზრები? რა განაპირობებს იმას, რომ ერთსა და იმავე სიტუაციას სხვადასხვა ტიპის ადამიანი სხვადასხვაგვარად აღიქვამს? ერთსა და იმავე სიტუაციას ერთი ადამიანი ერთ ინტერპრეტაციას აძლევს, ხოლო მეორე – სხვას? პასუხს იძლევა ისეთი ხანგრძლივი და მყარი კოგნიტიური ფენომენი, როგორიცაა რიგიდული შეხედულება.

რიგიდული შეხედულებები

ბავშვობიდან მოყოლებული, ადამიანებს უვითარდებათ გარკვეული რიგიდული შეხედულებები საკუთარ თავზე, სხვა ადამიანებზე და მთელ სამყაროზე. ყველაზე უფრო ცენტრალურია ანუ ამ შეხედულებების ბირთვია ისეთი გაგება, რომელიც ფუნდამენტური და იმდენად ღრმაა, რომ უმეტესწილად ადამიანი მის ვერ-ბალიზაციას ვერ ახდენს, ვერ გამოთქვამს საკუთარ თავთანაც კი. ეს იდეები პიროვნების მიერ განიხილება, როგორც აბსოლუტური ჭეშმარიტება ანუ რაც „არის სინამდვილეში.“ ასე, მაგალითად, მკითხველ ე-ს, რომელიც ფიქრობს, რომ ის იმდენად ცუდი მოსაუბრეა, რომ ვერ შეძლებს დაოსტატდეს ამ თერაპიაში, სავარაუდოდ, საკუთარ თავზე ასეთი რიგიდული შეხედულება აქვს – „მე არაკომპეტენტური (უნიჭო) ვარ“. ეს რწმენა მასზე გავლენას ახდენს (ან მაშინ აქტივირდება), როცა მას დაქვეითებული გუნება-განწყობა აქვს, ან ასეა დროის უმეტეს პერიოდში. როცა ეს ბირთვული რწმენა აქტივირდება, მკითხველი ე. სიტუაციების ინტერპრეტაციას ახდენს შესაბამისი რწმენის პრიზმაში. თუნდაც ეს ინტერპრეტაცია იყოს რაციონალურ საფუძველზე, იგი აშკარად არასწორია. მეორეს მხრივ, მკითხველი ე. მიდრეკილია ფოკუსირდეს მხოლოდ იმ ინფორმაციაზე, რომელიც ადასტურებს ამ ბირთვულ რწმენას, უგულვებელყოფს და ყურადღებას არ აქცევს სანინალმდეგო ინფორმაციას, რომელიც უპირისპირდება აღნიშნულ რწმენას. ამრიგად, მკითხველი ე. ინარჩუნებს აღნიშნულ რწმენას, იმისდა მიუხედავად, რომ ის უზუსტოა და დისფუნქციური.

მაგალითად, მკითხველი ე. საერთოდ არ უშვებს იმას, რომ სხვა საკმაოდ კომპეტენტურმა და ინტელექტუალურმა ადამიანებმა შეიძლება აგრეთვე ვერ გაიგონ მთელი მასალა პირველსავე ნაკითხვაზე. ის მხედველობაში არ იღებს იმის შესაძლებლობასაც, რომ შეიძლება თვით ავტორმა ვერ წარმოადგინა მასალა საკმარისად ნათლად და კარგად. იგი არ აცნობიერებს იმასაც, რომ ხშირად მისი სიძნელეები მასალის გაგებასთან დაკავშირებით ასოცირებულია უფრო ყურადღების კონცენტრაციის დეფიციტთან, ვიდრე გონებრივი შესაძლებლობის დეფიციტთან. მას დაავიწყდა, რომ ადრეც ჰქონია სიძნელეები, როცა ერთბაშად ბევრ ახალ ინფორმაციას იღებდა, ხოლო შემდეგ მაღალ ოსტატობას აღწევდა. ვინაიდან გააქტიურდა მისი რიგიდული შეხედულება საკუთარი თავის არაკომპეტენტურობაზე, ავტომატურად სიტუაციის ინტერპრეტაცია მოახდინა მხოლოდ ნეგატიური კუთხით.

ბირთვულია ის რიგიდული შეხედულება, რომელიც საფუძვლად უდევს სხვა დისფუნქციურ კოგნიტურ ფორმებს; იგი ყოველთვის რიგიდული და გენერალიზებულია. ავტომატური აზრები ესაა კონკრეტული სიტყვები და იდეები, რაც ადამიანს მოსდის თავში მოცემულ სიტუაციაში. ის აზროვნების ყველაზე ზედაპირულ დონედ მიიჩნევა; ხოლო ზემოაღნიშნულ ორს შორისაა ე.წ. შუალედური შეხედულებების კლასი.

დაყენებები, სქემები და ვარაუდები

ბირთვული რიგიდული შეხედულებები ზეგავლენას ახდენს რიგიდული შეხედულებების შუალედურ კლასზე, რომელიც შედგება (უმეტესად არავერბალური) პრობლემების სუბიექტური დაყენებების, სქემებისა და ვარაუდებისგან. მკითხველ ე-ს, მაგალითად, აქვს შემდეგი შუალედური რწმენები:

- დაყენება: „საშინელებაა, იყო უნიჭო (არაკომპეტენტური).“
- სქემა: „მე სულ უნდა ვიმუშაო და რაც შეიძლება გულმოდგინედ.“
- ვარაუდი: „თუკი ვიმუშავებ ძალიან გულმოდგინედ, შესაძლოა მეც გამომივიდეს ის, რაც სხვებს იოლად გამოსდით.“

აღნიშნული რწმენები ზემოქმედებს (მოცემული) სიტუაციის ხედვაზე, რაც თავისთავად გავლენას ახდენს აზრებზე, ემოციებსა და ქცევებზე. ამ შუალედური რწმენების დამოკიდებულება ბირთვულ რწმენებსა და ავტომატურ აზრებთან ასეთნაირად გამოისახება:

ბირთვული რწმენა-შეხედულებები



შუალედური რწმენა-შეხედულებები
(დაყენებები, სქემები და ვარაუდები)



ავტომატური აზრები

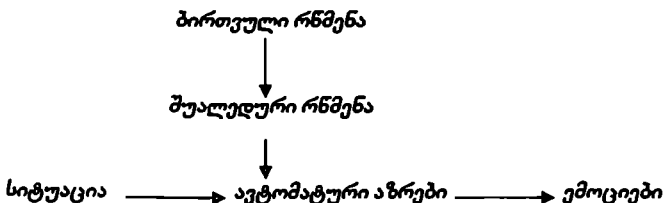
როგორ წარმოიქმნება ბირთვული და შუალედური რწმენა? ადამიანები ცდილობენ, თავიანთი ადრეული გამოცდილების მიხედვით გარემოში გარკვევას და ამ გამოცდილების ორგანიზებას, რათა ადაპტირდნენ ახალ გარემოში (Rosen, 1988). ირგვლიმყოფებთან და გარემოსთან ურთიერთობისას ისინი გარკვეულ შეხედულებამდე, განსაზღვრულ რწმენებამდე მიდიან, რომელთა დასწავლა შემდგომში ხდება. ეს უკანასკნელი, შესაძლოა, განსხვავდებოდეს სიზუსტისა და

ფუნქციონირების ხარისხებით. კოგნიტური თერაპევტიკისათვის განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ის რწმენები, რომლებიც დისფუნქციურია და შესაძლოა მათი ხელახალი დასწავლა. ეს ახალი რწმენები, რომლებიც იქნება რეალურ ფაქტებზე დაფუძნებული და ფუნქციურ-ადაპტაციური, შესაძლოა, განუვითაროთ პაციენტს თერაპიულ სესიებზე დასწავლის მეშვეობით.

თავდაპირველად, კოგნიტური თერაპიისას აქცენტირება ხდება ავტომატურ აზრებზე ანუ იმ აზრებზე, რომლებიც ფსიქიკის ცნობიერ სფეროსთან ყველაზე ახლოა. თერაპევტი ასწავლის პაციენტს თავისი აზრების ამოცნობა-იდენტიფიცირებას, შეფასებას და მოდიფიცირებას, რათა საბოლოოდ განთავისუფლდეს ის კლინიკური სიმპტომებისაგან. შემდგომ მკურნალობის სამიზნე ხდება ის რწმენები, რომლებიც საფუძვლად უდევს დისფუნქციურ ავტომატურ აზრებს და მრავალ სიტუაციაში – პაციენტის დისფუნქციას. შესაბამისად, სხვადასხვა გზით შეფასდება შუალედური დონის (დაყენებები, სქემები და ეარაუდები) და ბირთვული რწმენები. შემდგომში ხდება მათი მოდიფიცირდება ისე, რომ პაციენტის მიერ სიტუაციების აღქმა და გამოტანილი დასკვნები შეიცვალოს. ბირთვული რწმენის ფუნდამენტური სიღრმისეული მოდიფიკაცია ნაკლებად შესაძლებელს ხდის მომავალში რეციდივის განვითარებას (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubiesa, & Seligman, 1992).

ემოციებისა და ქცევის კავშირი ავტომატურ აზრებთან

კოგნიტური მოდელი, როგორც ზემოთ განვიხილეთ, შესაძლოა შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ:



კონკრეტულ სიტუაციაში ადამიანის შუალედური და ბირთვული რიგიდული შეხედულებები გავლენას ახდენს მის მიერ სიტუაციის ხედვასა და წვდომაზე, რაც ელინდება ავტომატური აზრებით. ეს აზრები შემდგომ ზემოქმედებს ემოციურ, ქცევით და სომატურ პასუხებზე.

**ბირთვული რწმენა
მე არაკომპეტენტური ვარ**



**მუალედური რწმენა
თუკი რაიმეს სრულად (ხუთიანზე) ვერ გავიგებ, ეს ნიშნავს, რომ უნიჭო ვარ**



სიტუაცია /	----- ავტომატური აზრები -----	----- რეაქციები -----
ნიგნის კითხვა	----- ეს ძალიან ძნელია. მე -----	ემოციური
	ვერასოდეს გავიგებ ამას	დარდი
		ქცევითი
		ნიგნის დახურვა
		ფიზიოლოგიური
		გულის
		არეში
		სიმძიმის
		შეგრძნება

მკითხველი, რომელსაც აქვს შემდეგი აზრები: „ეს ძალიან ძნელია, მე ამას ვერასოდეს გავიგებ“, დადარდიანებულია, აქვს მეგრდსა და მუცელში სიმძიმის შეგრძნება და ხურავს ნიგნს. რა თქმა უნდა, მას რომ შეეფასებინა თავისი აზრები, ემოციები და ქცევა, მაშინ იტყოდა, „მოიცადე. ეს შეიძლება ძნელია, მაგრამ შეუძლებელი არ არის. მე უნინაც დამიძლევია ამ ტიპის ნიგნები. თუკი გავაგრძელებ მასზე მუშაობას, ალბათ, უკეთესად გავიგებ“. მკითხველს რომ ამგვარი რეაგირება მოეხდინა, ნაკლებად იდარდებდა და გააგრძელებდა ნიგნის კითხვას. ჯამში, ეს მკითხველი საკუთარი აზრების გამო გრძნობდა სევდას კონკრეტულ სიტუაციაში. რატომ აქვს მას ამგვარი აზრები და სხვა მკითხველს კი - არა? გამოუთქმელი, გაუცნობიერებელი ბირთვული რიგიდული შეხედულებები საკუთარი არაკომპეტენტურობის, უნიჭობის შესახებ ზეგავლენას ახდენს მის მიერ სიტუაციის აღქმაზე.

კოგნიტური თერაპევტისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია პაციენტის პრობლემების კოგნიტური თერაპიის ენით ფორმულირება; ეს დასჭირდება თერაპიის მიმართულების და სპეციფიკური მიზნის განსაზღვრაში, ავტომატურ აზრებზე, ემოციებზე და ქცევაზე, ასევე ბაზისურ რწმენებზე მუშაობის ტექნიკის არჩევაში და თერაპიული ალიანსის გაუმჯობესებაში. თერაპევტს დაეხმარება, რომ მან მუშაობისას თავი ჩააყენოს პაციენტის მდგომარეობაში. ეს განუფიქრებლად ემპათიას და დაეხმარება მას, გაერკვეს, თუ რას გრძნობს ან განიცდის პაციენტი. თერაპევტს ძალზე გაუიოლებს მუშაობას კოგნიტური თერაპიის ისეთი ხედავ, თითქოს ეს არის მოგზაურობა, ხოლო შემთხვევის ფორმულირება, ანუ კოგნიტური კონცეპტუალიზაცია, მისი გზამკვლევი რუკა. ჩვეულებრივ, თერაპევტი და პაციენტი ერთად მსჯელობენ თერაპიის საბოლოო მიზანსა და დანიშნულებაზე. რაც უფრო გამოცდილი ხდება თერაპევტი და ოსტატდება ფორმულირება-კონცეპტუალიზაციაში, იგი გრძნობს რუკაზე გზების შესაბამის დეტალებს, რაც

აუმჯობესებს მისი მუშაობის ეფექტურობასა და შედეგიანობას. თუმცა, დასაწყისში მიზანშეწონილია იმის გაცნობიერება, რომ შესაძლოა, თერაპიის კურსი ვერ დასრულდეს საუკეთესო შედეგით. სწორი კოგნიტიური კონცეფცია ეხმარება თერაპევტს, განსაზღვროს, რომელია ის ძირითადი გზა, რომელიც საბოლოოდ საუკეთესო შედეგამდე მიიყვანს პაციენტს.

პაციენტთან პირველსავე შეხვედრაზე ხდება შემთხვევის ფორმულირება და იგი იხეენება ყოველი შემდგომი შეხვედრისას. თერაპევტი გამოთქვამს ჰიპოთეზას იმ მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელსაც პაციენტი აწვდის. ჰიპოთეზები დასტურდება (ან არ დასტურდება) და მოდიფიცირებას განიცდის ახალი მონაცემების მიხედვით. მაშასადამე, შემთხვევის ფორმულირება-კონცეპტუალიზაცია დინამიკური პროცესია. თერაპევტი ამონებს თავის ჰიპოთეზის და ფორმულირების სისწორეს თავად პაციენტთან, რაც წარმოადგენს სტრატეგიულ მომენტს. ძირითად, თუკი კონცეფცია მიზანში მოხვდა, პაციენტი ადასტურებს, რომ „თავს უკეთ გრძნობს“ – იგი ეთანხმება, რომ სურათი, რომელსაც თერაპევტი წარმოადგენს, მართლაც თანხვედრაშია მასთან.

დასკვნა

იმისათვის, რომ განისაზღვროს კოგნიტიური თერაპიის კურსის ეფექტურობა აუცილებელია პაციენტის შემთხვევის სწორი ფორმულირება. მისი მიზანია აგრეთვე ემპათიის განვითარება, რომელიც წარმოადგენს კრიტიკულ მომენტს კარგი სამუშაო ატმოსფეროს შესაქმნელად. საზოგადოდ პაციენტის კონცეპტუალური შეფასებისთვის ისმება შემდეგი კითხვები:

როგორ მოხდა, რომ პაციენტს განუვითარდა ეს აშლილობა-დარღვევა?

როგორი იყო ცხოვრებისეული ფაქტები, გამოცდილება და ურთიერთობები?

რა არის მისი ყველაზე ფუნდამენტური რწმენები საკუთარ თავზე, შინაგან სამყაროსა და სხვებზე?

როგორია მისი მოსაზრებები, მოლოდინები, ვარაუდები, სქემები (შუალედური რწმენები?)

რომელი ავტომატური აზრები, წარმოსახვები და ქცევები „ეხმარება“ ამ აშლილობის შენარჩუნებაში?

პაციენტის განვითარებული რწმენა როგორ ურთიერთქმედებს ცხოვრებისეულ სიტუაციებთან; რა განაპირობებს პაციენტის დაავადების მიმართ მონყვლადობას?

რა ხდება ამჯერად პაციენტის ცხოვრებაში და როგორ აღიქვამს იგი ამას?

კვლავ აღნიშვნის ღირსია ის ფაქტი, რომ ფორმულირება-კონცეპტუალიზაცია იწყება პაციენტთან პირველივე კონტაქტისას, წარმოადგენს დინამიკურ პროცესს და ყოველთვის არის მსჯელობის საგანი. იგი განიცდის გარდაქმნას, როგორც კი გამოჩნდება ახალი მონაცემები, რაც ნინა ჰიპოთეზას ადასტურებს ან უარჰყოფს. თერაპევტი თავის ფორმულირებას ამყარებს შეგროვილ მონაცემებზე, იძლევა ძუნწ განმარტებებს, თავს იკავებს ყოველგვარი ინტერპრეტაციებისა და ჩარევებისგან. თერაპევტი სისტემატურად ამონებს თავის კონცეფციას პაციენტთან, რათა დარწმუნდეს მის სიზუსტეში და დაეხმაროს მას საკუთარი პრობლემების, გრძნობებისა და ემოციების ახსნაში.

თერაპიული სეანსების სტრუქტურა

კოგნიტური თერაპევტის ძირითადი მიზანია, თერაპიული პროცესი გასაგებოთ გახადოს თავისთვის და ასევე – პაციენტისთვისაც. ამასთან, იგი ცდილობს, რაც შეიძლება ეფექტიანი იყოს თერაპია. სტანდარტული ფორმატის მკაცრად დაცვა (ისევე, როგორც პაციენტისათვის მეთოდის სწავლება) აიოლებს შედეგის მიღწევას.

უმეტესად პაციენტები თავს კომფორტულად გრძნობენ, როცა იციან, რას უნდა მოელოდნენ თერაპიისგან; როცა მათთვის გასაგებია, რაზე აგებს თერაპევტი პასუხს და რაზე – თავად ისინი; როცა თვალნათლივ აქვთ წარმოდგენილი, როგორ წარიმართება თერაპიული პროცესი ცალკეულ სეანსზე თუ მთელი მკურნალობის კურსის მანძილზე. თერაპევტი მაქსიმალურად გასაგებად უხსნის მათ სესიათა სტრუქტურას და შემდგომ ზედმიწევნით მიჰყვება ამ სტრუქტურას.

თერაპევტები, რომლებიც გამოუცდელნი არიან სამუშაო პროგრამის დასახვასა და სეანსების სტრუქტურირებაში, არაკომფორტულად გრძნობენ თავს კოგნიტური თერაპიის ამ ფუნდამენტური ნიშნების გამოყენებისას. ჩვეულებრივ ეს დისკომფორტი ასოცირებულია უარყოფით წინათგრძნობასთან, რომ შესაძლოა: ა) პაციენტს ეს ან არ მოეწონოს ან გაუჩნდეს შეგრძნება, რომ მას აკონტროლებენ; ბ) ამ პროცესში მას რაღაც მნიშვნელოვანი გამორჩება ან მიაჩნია, რომ ყოველივე ეს ძალზე რიგიდულია. თერაპევტები ვალდებული არიან ეს აზრები გადაამოწონ პირდაპირ, როგორც კი აღნიშნლ სტრუქტურას პრაქტიკაში დანერგავენ და ჩაინიშნონ შედეგები. თერაპევტები, რომლებიც სიძნელეებს განიცდიდნენ ამგვარი მკაცრად სტრუქტურირებული სეანსების გამო, შემდგომ აღმოაჩენენ, რომ პროცესი თანდათანობით იღებდა ბუნებრივ სახეს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ისინი ინიშნავდნენ თანამდევ შედეგებს.

კოგნიტური სეანსის ბაზისური ელემენტებია: სეანსის მოკლედ განახლება (გუნებ-განწყობის შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში მუშაობა თანამდევ მედიკაციაზე), ხიდი წინა სეანსთან, გეგმის დასახვა, სამიანო დავალების გამოკრება, დისკუსია სხვადასხვა საკითხზე, ახალი სამიანო დავალების მიცემა, დაჯამება და პაციენტთან უკუკავშირის დამყარება. გამოცდილმა კოგნიტიურმა თერაპევტმა შესაძლოა, დროდადრო თავს უფლება მისცეს, გადაუხვიოს ამ ფორმატიდან, მაგრამ დამწყები ჩვეულებრივ უფრო ეფექტურად მუშაობს, როცა დეტალურად მისდევს სესიის ჩატარების ინსტრუქციას.

ქვემოთ განვიხილავთ სანყისი თერაპიული სეანსის მოკლე მონახაზს.

სეანსის მიზნები და სტრუქტურა

პირველი სეანსის მოსამზადებლად თერაპევტმა უნდა გადახედოს პაციენტის შემოსვლისას მისი შეფასების ანექტას (აუადმყოფობის ისტორიას). დიაგნოზის დაზუსტება ძალზე მნიშვნელოვანია მკურნალობის დაგეგმარებისათვის, ვინაიდან DSM - IV ^{IR} -ის მიხედვით, I და II ლერძის დარღვევები კარნახობს თერაპევტს, თუ როგორ მოარგოს კონკრეტული პაციენტის დიგნოზს კოგნიტური თერაპიის სტანდარტი. ყურადღების ფოკუსირება პაციენტის მიერ წარმოდგენილ პრობლემებზე, მისი ფუნქციონირების ხარისხზე, სიმპტომებზე და ისტორიაზე ეხმარება თერაპევტს, დაიწყოს კოგნიტური კონცეპტუალიზაცია და ძირითადი თერაპიული გეგმის ფორმულირება. თერაპევტი თავისი შენიშვნების ფურცელზე ძალზე

ლაკონურად ადგენს გეგმას იმ პუნქტებისათვის, რომლის განხილვის სურვილიც აქვს პირველი სეანსის განმავლობაში.

პირველი სეანსისათვის თერაპევტის მიზნები არის შემდეგი:

1. პაციენტის ნდობის დამსახურება და მასთან თერაპიული ალიანსის დამყარება;
2. კოგნიტური თერაპიის გაცნობა პაციენტისათვის;
3. პაციენტის გათვითცნობიერება თავის დაავადებაში, კოგნიტური მოდელისა და თერაპიული პროცესის არსში;
4. პაციენტისთვის იმედის ჩასახვა;
5. თერაპიის კურსის მოსალოდნელი შედეგების მიმოხილვა; შემდგომში, საჭიროების შემთხვევაში, მათი კორექტირება;
6. დამატებითი ინფორმაციის შეგროვება პაციენტის პრობლემების შესახებ;
7. ამ ინფორმაციის გამოყენება მიზნების ნუსხის ჩამოსაყალიბებლად;

პირველი სეანსის წარმართვისათვის რეკომენდებული მიზნების სტრუქტურა გულისხმობს შემდეგს:

1. მუშაობის გეგმის დასახვასა და მისთვის ლოგიკური განმარტების მიცემას;
2. პაციენტის გუნებ-განწყობის შეფასებას ობიექტური შკალებით;
3. პაციენტის მიერ წარმოდგენილი პრობლემის მოკლე მიმოხილვასა და შესაბამისი ინფორმაციის განახლებას;
4. პრობლემათა იდენტიფიკაციასა და შესაბამისი მიზნების დასახვას;
5. პაციენტთა გათვითცნობიერება კოგნიტური მოდელის შესახებ;
6. პაციენტის თერაპიასთან დაკავშირებული მოლოდინის გამოვლენას;
7. პაციენტის გათვითცნობიერება დაავადების შესახებ;
8. საშინაო დავალებების მიცემას;
9. სეანსის დაჯამებას;
10. უკუკავშირის დამყარებას და შეფასებას.

თერაპევტმა დამატებითი პუნქტები უნდა შეიტანოს მკურნალობის გეგმაში იმ შემთხვევაში, თუკი: ა) პაციენტი იღებს ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს ფსიქიკური პრობლემის გამო; ბ) პაციენტი იყენებს ალკოჰოლს ან ფსიქოტროპულ ნამდლებს.

უპირველეს ყოვლისა, მიზანშეწონილია ერთი გაფრთხილების გათვალისწინება. თუკი პაციენტი არის უიმედო მდგომარეობაში და აქვს სუიციდური აზრები, მაშინ პირველი ან თითოეული სეანსის მიზანი და ფორმატი იცვლება. უმთავრესი მნიშვნელობისაა სუიციდურობის ხარისხის შეფასება, და იმის გამოკვლევა, თუ რის გამოა პაციენტი ასე სასოწარკვეთილი. კრიზის-ინტერვენცია გულისხმობს აგრეთვე პაციენტისათვის სხვების მიერ ან თვით პაციენტის მიერ სხვებისათვის ზიანის მიყენების პრევენციას.

არსებითია პირველ სეანსზე პაციენტთან თერაპიული ალიანსის დამყარება და

მისი ნდობის დამსახურება. ეს პროცესი იოლად ხორციელდება იმ პაციენტებთან, რომელთაც არ აღენიშნებათ ფსიქოპათიური, პიროვნების დარღვევები. თერაპევტი, როცა მისი პაციენტის დიაგნოზი ნათელია, ჩვეულებრივ არ საჭიროებს განსაკუთრებული ემპათიის გამოვლენას და ამ დამოკიდებულების არაერთხელ პირდაპირ დეკლარირებას. ამის სანაცვლოდ, თერაპევტი მუდმივად ახდენს იმის დემონსტრირებას, რომ თავს უძღვნის პაციენტს და კარგად ესმის მისი ყველა პრობლემა. ამას ამჟღავნებს სიტყვებით, ხმის ტემბრით, სახის გამომეტყველებით და სხეულის არავერბალური ენით. როცა თერაპევტი მზრუნველი შეკითხვებითა და გამოხატვებით გამოხატავს ემპათიას, პაციენტის პრობლემებისა და აზრების ზედმიწევნით გაგებას, პაციენტი გრძნობს, რომ დაფასებულია და ესმით მისი.

პაციენტისადმი თერაპევტის ფარული და ზოგჯერ აშკარა გზავნილი (message) არის შემდეგი:

ა) თერაპევტი ზრუნავს პაციენტზე და აფასებს მას პიროვნულად; ბ) თერაპევტი სანდოა, მათ შეუძლიათ ერთად მუშაობა, რაც რეალურად დაეხმარება პაციენტს, რომელიც შემდომში საკუთარი თავის დახმარებას თავად ისწავლის. გ) თერაპევტს მართლაც უნდა, რომ გაერკვეს, თუ რას გრძნობს პაციენტი, „მის ტყავში გაეხვიოს“ და გაისიგრძეგანოს მისი დისფუნქციური განცდა; დ) ის არ არის გაოგნებული პაციენტის განცდებით (თუნდაც ეს ასეც იყოს); ე) თერაპევტს სჯერა კოგნიტური თერაპიის ეფექტურობისა და თვლის, რომ ეს უკანასკნელი საუკეთესო მკურნალობის მეთოდია პაციენტისათვის; ის აუცილებლად უკეთ გახდება.

პაციენტისადმი პატივისცემისა და თანამშრომლობის სურვილის დემონსტრირების შემდგომი გზაა ყოველი სეანსის ბოლოს თერაპევტის მიერ პაციენტის შემომწმება, თუ რამდენად ალიქვა და გაიგო მან თერაპიული პროცესი.

აშკარა უკუკავშირის დამყარება ეხმარება თერაპევტს გააძლიეროს თერაპიული ალიანსი. პაციენტის მხრიდან უკუკავშირის გამოჩენვება თერაპევტს აძლევს საშუალებას შეაფასოს, რა გზით მოახერხა მან ეს: ემპათიის, კომპეტენტურობის, ყურადღებიანობისა თუ ზრუნვის გამოხატვით. ამით ექიმს ეძლევა შანსი, ადრეულ ეტაპზე შეასწოროს პაციენტის ყველა გაუგებრობა და არასწორი ინტერპრეტაციები. უკუკავშირის დასამყარებლად პროფესიონალების მხრიდან ასეთი ფორმით შემოთავაზებას პაციენტები ყოველთვის აფასებენ; ისინი იღებენ პოზიტიურ მესიჯებს მათ პარტნიორობაზე და მათი მხრიდან თერაპიულ პროცესზე ზეგავლენის შესაძლებლობაზე. თერაპიული პროცესის განმავლობაში ნარმოჩნდება თერაპევტისა და პაციენტის სხვადასხვა პერსპექტივა; ეს ძალზე მნიშვნელოვანი მომენტი ძლიერდება, როცა თერაპევტი მუდმივად ეძიებს პაციენტთან უკუკავშირის დამყარების არასასურთიულო, არამედ თანამშრომლორ გზებს.

თერაპიული სეანსების დღის განრიგის დადგენა

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, პირველი სეანსის უმნიშვნელოვანესი მიზანია, შევედგეთ კოგნიტური თერაპიის არსის პაციენტისთვის გაცნობას. ისევე, როგორც სხვა ტექნიკების გამოყენებისას, უპირველესად მიზანშეწონილია, პაციენტი მოკლედ შეემაზადოთ რაციონალური მიდგომისათვის.

იდეალურ შემთხვევაში თერაპიული განრიგი ზუსტად და სწრაფად დგინდება. ახსნა-განმარტების მიცემა და ლოგიკური დასაბუთება თერაპიულ პროცესს პაციენტისათვის გასაგებს ხდის. ეს უკანასკნელი პაციენტის ამ პროცესში აქტიური

ჩართვის, სტრუქტურირებულად და პროდუქტიულად მონაწილეობის წინაპირობაა. ზუსტი განრიგის განსაზღვრის წარუმატებელ მცდელობას ხშირად მოჰყვება სულ მცირე, არაპროდუქტიული მსჯელობა. ამ შემთხვევაში თერაპევტი ხელახლა მიუბრუნდება განრიგის განსაზღვრას თერაპიული სესიის ბოლოსათვის, როცა პაციენტის საშინაო დავალებას მიმოიხილავს. ერთ-ერთი საშინაო დავალება იქნება ის, რომ პაციენტმა მოიფიქროს (შესაძლოა ჩაინიშნოს კიდეც) იმ სიტუაციის ან პრობლემის სათაური (უფრო ზუსტად კი – მოკლე აღწერა), რომელიც შემდგომი სესიის დღის განრიგში ჩაჯდება. პაციენტების უმრავლესობისათვის გასაგებია მათი წვლილი განრიგის დადგენაში.

გუნებ-განწყობის კონტროლი

დღის განრიგის დადგენისას თერაპევტი აფასებს პაციენტის გუნებ-განწყობას. პაციენტის ყოველკვირეულ სუბიექტურ ანგარიშთან ერთად ობიექტური თვითშეფასების კითხვარებიც (ასე, მაგ.: ბეკის დეპრესიის სკალა-კითხვარი, ბეკის შფოთვის სკალა-კითხვარი და ბეკის უიმედობის შეფასების სკალა) ეხმარება თერაპევტსა და პაციენტს, შეინარჩუნონ ობიექტური ხაზი პაციენტის ქცევის თავისებურების შეფასებისას. ამ სკალების გულდასმით გამოკვლევამ შესაძლოა გამოკვეთოს ის პრობლემები, რომელთა ვერბალიზაციას პაციენტი თავად ვერ ან არ ახდენს, ისეთი პრობლემები, როგორიცაა, მაგალითად, ძილის სიძნელეები, სექსუალური ლტოლვის დაქვეითება, წარუმატებლობისა და უიღბლობის განცდა, ადვილი გაღიზიანებადობა და ა.შ.

თუკი ობიექტური სკალები მიუწვდომელია, თერაპევტმა შეიძლება არჩიოს და პირველ სეანსზე გარკვეული დრო დაუთმოს პაციენტისათვის საკუთარი გუნებ-განწყობის ხარისხის შეფასების სწავლებას 100-ქულიანი სისტემით („თუკი დაუფიქრდები, გასულ კვირაში საშუალოდ როგორ შეაფასებდი შენს დეპრესიას /ან შფოთვას, ან მრისხანებას, იმის მიხედვით, თუ რას წარმოადგენს შენი პრობლემა/ ხარისხს 100-ქულიანი სისტემით? 0 ნიშნავს, რომ არ იყავი დეპრესიული, ხოლო 100 – იყავი ყველაზე დეპრესიული, რაც კი ოდესმე ყოფილხარ“). ამ გაშიფვრას მოსდევს თერაპევტის მიერ დღის განრიგის დადგენა და პაციენტის გუნებ-განწყობის შეფასების პროცესი.

თერაპევტი ინიშნავს ობიექტური შკალების ჯამურ მაჩვენებელს. აგრეთვე მკვირცხლად ადევნებს თვალს თითოეულ პუნქტს, რათა განსაზღვროს, პასუხებიდან რომელია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გეგმისათვის. განსაკუთრებით აღნიშნავს უიმედობასთან და სუიციდურობასთან დაკავშირებულ პუნქტებს.

თუკი პაციენტი ფორმების შევსების წინააღმდეგია, თერაპევტი ამ პრობლემას დაუმატებს საშუაო გეგმას, რაც დაეხმარება ფორმების შევსების შესახებ პაციენტის ავტომატური აზრების გაცნობიერებასა და შეფასებაში. საჭიროების შემთხვევაში, თერაპევტი მოელაპარაკება პაციენტს, შეუსაბამოს თავისი მდგომარეობა 0-100 ქულათა რეიტინგს ან მსუბუქი/საშუალო/ღრმა სიმძიმის რეიტინგს, რათა შენარჩუნდეს მათი თანამშრომლობა.

არსებული პრობლემის მიმოხილვა:

პრობლემის ამოცნობა და მიზნის დასახვა

შემდგომ სეანსზე თერაპევტი მოკლედ მიმოიხილავს პაციენტის არსებულ პრობლემას. თერაპევტი სთხოვს პაციენტს, გადმოსცეს უახლესი პრობლემა, შემდგომ კი გადააქვს ყურადღება პაციენტის სპეციფიკური პრობლემების განსაზღვრისაკენ; ბოლოს კი ეხმარება პაციენტს ეს პრობლემები თერაპიული მუშაობის მიზნებად აქციოს.

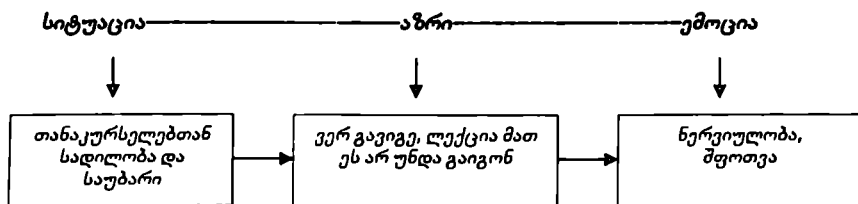
თერაპევტი რაციონალურად მიმოიხილავს პაციენტის არსებულ პრობლემას, განსაზღვრავს, რომ პაციენტი არ არის სუიციდის რისკის ქვეშ და პირველადი შეფასებიდან აქამდე მნიშვნელოვანი არაფერი მომხდარა. იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტს აქვს სუიციდური მზაობა და ახალი მნიშვნელოვანი ინფორმაცია ან საკუთარი პრობლემების გაცნობიერებასთან ან მიზნების დასახვასთან დაკავშირებული სიძნელეები, მაშინ თერაპევტი მეტ დროს უთმობს ამ საკითხებს და ნაკლებ დროს სხვა თემებს.

სეანსზე თერაპევტი იმთავითვე ცდილობს ჩანაწერების გაკეთების მეშეობით პაციენტის თერაპიულ პროცესში აქტიურ ჩართვას. თუ პაციენტისთვის რაიმე გაურკვეველია მაშინ თერაპევტი უხსნის, თუ რა და როგორ უნდა დაინეროს. თითოეული სეანსის დროს იგი სთხოვს შენიშვნების ჩანერას, რომლის ასლსაც ორივე თერაპევტიც და პაციენტიც - ინახავს. თავად თერაპევტი წერს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი არ სურს ან თვითონ ვერ ახერხებს (მაგ.: წერაკითხვის უცოდინარი პაციენტები). ამ უკანასკნელთ შეუძლიათ მოისმინონ თერაპიული სეანსის აუდიოჩანაწერი, რათა საკვანძო თერაპიული აზრები განამტკიცონ.

თერაპევტი აგრეთვე ეხმარება პაციენტს მთავარი მიზნის დასახვაში („მინდა თავს უკეთ ვგრძნობდე და ვიყო ბედნიერი“) შესაბამისი ქცევის ასპექტებში. თერაპიული პროცესისთვის ნამყვანია არა მიზნებზე დისკუსია სეანსის მსვლელობისას, არამედ შესაბამისი სიის დეტალური დაზუსტება უკვე სახლში. საბოლოოდ თერაპევტი აჯამებს, თუ რაზე იმსჯელეს ამ ჯერზე, სანამ გადავიდოდნ შემდეგზე.

პაციენტის განათლება კოგნიტიური მოდელის შესახებ

კოგნიტიური თერაპიის მნიშვნელოვანი დამაგვირგვინებელი მიზანია, ასწავლოს პაციენტს, თუ როგორ გახდეს საკუთარი თავის კოგნიტიური თერაპევტი. სულ თავიდან თერაპევტმა უნდა გაარკვიოს (და საჭიროების შემთხვევაში - შეიტანოს კორექტივები), თუ რა იცის უკვე პაციენტმა ამ სახის თერაპიის შესახებ. თერაპევტი ანათლებს პაციენტს კოგნიტიური მოდელის არსში, იყენებს რა მისსავე მაგალითს და სთავაზობს მას თერაპიის შესაყალს.



თერაპევტი უხსნის, იძლევა კოგნიტური მოდელის ილუსტრაციებს პაციენტი-სავე მაგალითებით, ხოლო პაციენტი იწერს და აფიქსირებს მათ. თერაპევტი ცდილობს მხოლოდ რამოდენიმე წინადადებით შემოიფარგლოს ახსნის დროს და სთხოვს პაციენტს, თავისი სიტყვებით ჩაინეროს გაგებული. ეს უკანასკნელი საშუალებას მისცემს, შეამოწმოს, რამდენად გაიგო პაციენტმა მისი ნათქვამი (თუკი პაციენტის აზროვნება შეზღუდული შესაძლებლობისაა, მაშინ თერაპევტი მას სწავლაში ეხმარება კონკრეტული მაგალითებით, მაგ., გამოხატოს სახის სხვადასხვა გამომეტყველება ამა თუ იმ ემოციის საილუსტრაციოდ). ამასთან თერაპევტი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ პაციენტმა ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხები ჩაინიშნა თავისთვის.

შემდგომში პაციენტმა ნიადაგი უნდა მოუსინჯოს ავტომატურ აზრებს ეიზულური წარმოსახვის ფორმით. პაციენტებს უმეტესად უძნელდებათ ამ ავტომატური აზრების გაცნობიერება და შეიძლება ვერ შეძლონ მაგალითების მოყვანა. მიუხედავად ამისა, პაციენტები ადვილად გაიხსენებენ იმ ხატებსა და წარმოსახვებს, რომლის მიმართ განიცდიან ძლიერ შფოთვისა და განგაშს და ამიტომ თერაპიის ადრეულ სტადიაზევე მოახსენებენ თერაპევტს.

თ: ეხლა, კიდევ ერთი. ჩაინიშნე, რაც გითხარი და ჰკითხე შენს თავს, რა მომდის თავში მაშინ, როცა გუნებ-განწყობა მეცვლება და არა – ზოგადად, რაზე ფიქრობ ამ დროს; ვინაიდან ჩვენ ხშირად ფიქრობთ წარმოსახვით ან სურათ-ხატებით. ასე მაგ., სანამ პირველად აქ მოხვიდოდი, წარმოისახე, მე როგორ გამოვიყურებოდი?

პ: ბუნდოვნად წარმომედგინეთ უფრო ხნიერად და შეიძლება – უფრო მკაცრადაც, ან ყოველ შემთხვევაში – უფრო სეროზულად.

თ: ჰო, კარგია. სწორედ ეგ სურათი ან წარმოსახვაა, რასაც ჩვენ ხატს (image) ეუწოდებთ. ასე რომ, როცა შენს თავს ეკითხები, „რა მომდის თავში?“ შეამოწმე, სიტყვებიც და სურათ-ხატიც. თუ გინდა, ესეც ჩაინერე.

ამ გზით თერაპევტი ასწავლის პაციენტს თავისი ავტომატური აზრების შეცნობას, რომელიც შესაძლოა თავში მოუვიდეს მას სხვადასხვა იდეის ფორმითა და შეგრძნების (სენსორული) მოდალობებით, რაც ზრდის იმის შანსს, რომ პაციენტი იქნება მზად, გააცნობიეროს საკუთარი ავტომატური აზრები, რა ფორმითაც არ უნდა წარმოიშვნენ ისინი.

პაციენტის მოლოდინი

პაციენტი ხშირად მიდის თერაპიაზე იმ შეხედულებით, რომ თერაპია არის რაღაც მისტიკური ან შეუცნობადი და რომ ის ვერ ჩასწვდება იმ პროცესის არსს, რომელიც მას უკეთ გახსნის. კოგნიტური თერაპევტი კი ამის საპირისპიროდ, ხაზს უსვამს იმას, რომ ეს არის სტრუქტურირებული და რაციონალური ტიპის თერაპია და პაციენტის მდგომარეობა უმჯობესდება იმის გამო, რომ საკუთარ თავს უკეთ უგებს, ჭრის პრობლემებს და სწავლობს იმ საშუალებებს, რომელთა გამოყენებას თვითონ შეძლებს. თერაპევტი განაგრძობს პაციენტისათვის თერაპიის გაცნობას, ამასთანავე აგრძნობინებს, რომ თერაპევტთან ერთად პაციენტიც გაინაწილებს თერაპიული პროცესის პროგრესზე (წინსვლაზე) პასუხისმგებლობას. უმეტესი

პაციენტებისათვის საკმარისია მოკლე დისკუსია.

სასურველია, რომ თერაპევტმა პირველსავე სეანსზე დაახლოებით განუხაზღვროს პაციენტს, თუ რამდენ ხანს მოუწევს თერაპიაში მონაწილეობა. ჩვეულებრივ, სავარაუდოა, რომ უმეტესი პაციენტების თერაპიის პროცესი გრძელდება 2-დან 4-თვემდე, თუმცა ზოგისთვის შესაძლოა უფრო ადრეც დასრულდეს. ფსიქოზური პრობლემების მქონე პაციენტებმა ან კიდევ მათ, რომელთაც სურთ პიროვნულ აშლილობებზე მუშაობა, შესაძლოა გააგრძელონ თერაპიული პროცესი წელიწადი და მეტი. პაციენტების უმრავლესობა დამაკმაყოფილებლად პროგრესირებს ყოველკვირეული სესიების ფონზე, თუკი არ აქვს სუიციდური აზრები, ღრმა დეპრესია ან შფოთვა და სერიუზულ დახმარებას არ საჭიროებს (ისინი საჭიროებენ უფრო ხშირ შეხვედრებს). თერაპიული პროცესის ბოლოსკენ სეანსები თანდათანობით გაიშვიათდება, რათა პაციენტს მიეცეს მეტი საშუალება, დამოუკიდებლად გადაჭრას პრობლემები, მიიღოს გადაწყვეტილებები და გამოიყენოს უკვე შეთვისებული თერაპიული იარაღები.

პაციენტის გათვითცნობიერება მის დაავადებაში

პაციენტების უმრავლესობას სურს იცოდეს თავისი ძირითადი დიაგნოზი, რომ ის “გიჟი” არ არის, და რომ მანამდეც მისი თერაპევტი დახმარებია მსგავსი პრობლემების მქონე სხვა ადამიანებს და სულაც არ უფიქრია, რომ ისინი უცნაურები არიან. საერთოდ, უმჯობესია, რომ თავი ავარიდოთ დიაგნოზის იარლიყის მიკერებას. ამის ნაცვლად, უკეთესია, ვუთხრათ პაციენტს რაიმე ზოგადი და ჟარგონისგან თავისუფალი, როგორიცაა, მაგალითად – „ისე, ჩანს, რომ უკანასკნელი წლის მანძილზე თავს დეპრესიულად გრძნობდი და პრობლემები გაქვს ურთიერთობებში, რომლებიც ხანგძლივ მკურნალობას საჭიროებს.“ აგრეთვე სასურველია, პაციენტს მიეცეს ინფორმაცია მისი აშლილობის შესახებ, რათა მან დაიწყოს გარკვეული პრობლემების კლასიფიცირება, რაც შეამცირებს მის არა-ადექვატურ თვითკრიტიკულობას.

სეანსის დასრულება–დაჯამება და საშინაო დავალების მიცემა

მსგავსად დაჯამებების ერთობლიობისა, რომელსაც თერაპევტი მთელი სეანსის განმავლობაში აკეთებს, მისი საბოლოო რეზიუმეც (დაჯამება) ერთად კრავს სეანსის ძაფებს და აძლიერებს მნიშვნელოვან მომენტებს. რეზიუმე იმის მიმოხილვასაც შეიცავს, რაზედაც პაციენტი თანახმაა, რომ შეასრულოს საშინაო დავალებად. დასაწყის სეანსებზე თერაპევტი აჯამებს; ხოლო თერაპიული პროცესის პროგრესირებასთან ერთად თერაპევტი მხოლოდ ეხმარება პაციენტს დაჯამებაში.

თერაპევტი ცდილობს დარწმუნდეს, რომ პაციენტი გრძნობს კმაყოფილებას და წარმატებით გაართვა თავი საშინაო დავალებას. თუკი თერაპევტი ხვდება, რომ შესაძლოა, პაციენტმა არ შეასრულოს დავალება, უმჯობესია, თვითონ შესთავაზოს მას, რომ ნუ შეასრულებს მას („შენ ფიქრობ, რომ რაიმე დაგაბრკოლებს, რათა შენი აზრები ჩაინოშნო? თუ კი, ხომ არ გირჩევნია, რომ დღევანდელ სიაში საერთოდ გადაუხსეათ ხაზი მას? დიდი ამბავი არ იქნება, თუკი სხვა გზას დავადგებით“).

ხანდახან პაციენტი უარყოფითად რეაგირებს ტერმინზე – „საშინაო დავალება“.

თერაპევტმა უნდა იზრუნოს იმაზე, რომ პაციენტმა განასხვავოს თერაპიული დავალება (რომელიც წარმოადგენს თერაპევტიკას და პაციენტის ერთობლივ მუშაობას, რაც ეხმარება პაციენტს, თავი უკეთ იგრძნოს) სასკოლო საშინაო დავალებისგან, რომელიც იყო იძულებითი, არაპერსონიფიცირებული და ხშირად – არასაჭიროც. შესაძლოა, თერაპევტმა და პაციენტმა თავიცი იმტვირინონ, რათა ამ დავალებას მათთვის უფრო მისაღები ტერმინი მიუსადაგონ, როგორცაა მაგალითად, „თვითდახმარების მაჩვენებელი“. გადალახავს რა თერაპევტი ტერმინ „საშინაო დავალები“ დებრკოლებას, მან უნდა (ან კარგად დაიმახსოვროს შემდგომი გამოკვლევისათვის) გაარკვიოს, თუ რას წარმოადგენს პაციენტისათვის ეს ტერმინი, რათა უფრო ფართო მოდელს მოარგოს ამ ტერმინის მიმართ მიმართ პროტესტი (მაგ.: არის თუ არა განსაკუთრებით მგრძნობიარე გაკონტროლებისადმი? რამდენად უქმნის მას დისკომფორტს, როცა რაიმეს ავალებენ? და ა.შ.).

საერთოდ, საშინაო დავალებები მოიცავს ბიბლიოთერაპიას. თერაპევტმა შესაძლოა, პაციენტს რაიმე საგანმანათლებლო ბროშურის ან ლემანის ნიგნში კოგნიტურ თერაპიაზე ერთი თავის ნაკითხვა ურჩიოს (Burns, D.D. (1980); (1989). Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992). იგი ცდილობს, რომ პაციენტი აქტიურად ჩაერთოს კითხვაში („შენ როცა ამას ნაკითხავ, თან აღნიშნე, რას ეთანხმები და რას არა; შენი აზრით, რა არის საშენო და რა – არა).

საწყის სეანსებზე შემდგომი საშინაო დავალება იქნება აქტიური მონიტორინგი და სამუშაო გრაფიკის შემუშავება. ამის მიზანს წარმოადგენს ის, რომ პაციენტმა ჩამოთვალოს ის საქმიანობები, რაშიც მას თვითონ ჰქონდა კმაყოფილებისა და წარმატებულობის (იხ. საქმიანობების განრიგის ფორმა) განცდა.

თერაპიული ალიანსი

ძირითადი კითხვები, რომელთაც თერაპევტი იყენებს ალიანსის დასამყარებლად და განსამტკიცებლად, შემდეგია:

1. რა აღმოაჩინე დღეს, რაც მნიშვნელოვანი იყო შენთვის დასამახსოვრებლად?
2. როგორ ფიქრობ, რამდენად შეგიძლია ენდო შენს თერაპევტს?
3. იყო ისეთი რაიმე დღეს, რამაც აგაფორიაქა თერაპიასთან მიმართებაში? თუ ასეა, რა იყო კონკრეტულად?
4. დღევანდელი თერაპიისთვის რამდენად გაგიჭირდა საშინაო დავალების შესრულება? როგორ ფიქრობ ახალი საშინაო დავალების მომზადებას?
5. რას გადახედოთ, რასაც შემდეგ სეანსზე განვიხილავთ?

უკუკავშირი

ყოველი სეანსის ბოლოს უკუკავშირი უნდა დადგინდეს. პირველი სეანსის ბოლოსათვის პაციენტთა უმრავლესობას პოზიტიური დამოკიდებულება უჩნდება თერაპევტიკისა და თერაპიისადმი. შემდგომში უკუკავშირის მოთხოვნა აძლიერებს თერაპევტ-პაციენტის ალიანსს. ყოველ ჯერზე მნიშვნელოვანია პაციენტის ინფორმირება იმის შესახებ, რომ თერაპევტიკის ზრუნვის საგანია მისი დისტრესული აზრები. ხანდახან პაციენტი თერაპევტიკის ნათქვამის ან რაიმე საქციელის

იდოოსინკრაზიულ ინტერპრეტაციას ახდენს. პაციენტისთვის იმის გამოკითხვა, არის თუ არა რაიმე ისეთი, რაც აწუხებს, მას აძლევს შანსს, გამოთქვას და შემდგომ შეაფასოს თავისი დასკვნები.

ზოგჯერ პირველ თერაპიულ სესიასზე პაციენტს აქვს ნეგატიური რეაქცია. თერაპევტი ცდილობს, ამოიცნოს, ზუსტად განსაზღვროს პრობლემა და პაციენტს მისი მნიშვნელობა აუხსნას. შემდგომში თერაპევტი ჩართავს ამ პრობლემას მომდევნო სესიასზე ინტერვენციისათვის.

შესაძლოა, თერაპევტმა არ მიაქციოს ყურადღება პაციენტის მხრიდან დაუკმაყოფილებლობის გამოვლენის ნიშნებს, ან პაციენტი თვითონ არ ამჟღავნებდეს და ეგუებოდეს ამას. თუკი თერაპევტმა არ დაამყარა უკუკავშირი პაციენტთან, ან ნაკლებად ეფექტიანად გაართვა თავი პაციენტის მხრიდან ნეგატიური უკუკავშირის გამოვლენას, შესაძლოა, შემდეგ სესიასზე პაციენტი საერთოდ აღარ მივიდეს მასთან. საშინაო დავალებასთან მიმართებაში თერაპევტის მოქნილობა დაეხმარება პაციენტს, ხელახლა გადასინჯოს კოგნიტიური თერაპიის საჭიროებისა და მის ეფექტურობასთან დაკავშირებული უსიამოვნო ნანათგარძნობა და შეცვალოს იგი. პაციენტისგან უკუკავშირზე რეაგირებითა და შესატყვისი პასუხით თერაპევტი ახდენს თავისი გაგების უნარისა და ემპათიის დემონსტრირებას, რაც განამტკიცებს პაციენტის რწმენას და მათ (ექიმისა და ავადმყოფის) თანამშრომლობას.

შემდგომი სესიის დასაწყისში თერაპევტმა უნდა დაარწმუნოს პაციენტი, რომ მისთვის უაღრესად მნიშვნელოვანია პაციენტთან ერთად ერთ გუნდად მუშაობა, რათა ის მოერგოს თერაპიულ პროცესსა და საშინაო დავალებებს ისე, რომ აღიაროს მათი აუცილებლობა.

ნანილი II

სმენითი ჰალუცინაციების – „ხმების“ და ბოდვითი აზრების – „ბოდვის“ კოგნიტური ხედვა, ABC მოდელი

პოლ ჩედვიკი

რთულია ერთმანეთისაგან განასხვავო კოგნიტური მოდელი თეორიასა და პრაქტიკაში. უკანასკნელ ნლებში „კოგნიტურ მოდელს“ ფართოდ იყენებენ არა მარტო ფსიქოპათოლოგიაში, არამედ მთლიანად ფსიქოლოგიაში. თუმცა უფრო ფართოდ კოგნიტური მოდელის იდეამ კლინიკურ ფსიქოლოგიაში დაიმკვიდრა ადგილი. კოგნიტური მოდელის სადემონსტრაციოდ კარგი მაგალითია, თუ წარმოვიდგენთ, რომ ადამიანი გვიან ღამით სანოლში წეხს და ქვემოდან ესმის ხმები. თუ ის ჩათვლის, რომ მას ქურდავენ, დასახმარებლად პოლიციაში დარეკავს. თუ გაიფიქრებს, რომ ეს დაგვიანებული მეუღლეა, მაშინ გაღიზიანდება და ა.შ. ამ მაგალითიდან კარგად ჩანს, რომ ობიექტური მოვლენების და ვითარებების ხედვა განპირობებულია აზროვნებით, წარმოდგენით და რწმენით.

კოგნიტური სფეროს პრიორიტეტულობა ზოგადი და. საყოველთაო წესია ყველა კოგნიტური თეორიისა და თერაპიისათვის.

ასეთ შემთხვევაში ელლის-ის ABC მოდელი არის ყველაზე მეტად მისაღები და გასაგები სქემა (№1).

სქემა №1

A	B	C
ობიექტური ფაქტი მოვლენა, ვითარება	რწმენა (შეხედულება წარმოდგენა, მოსაზრება)	შედეგად – ემოცია და ქცევა

ABC სტრუქტურა არის, ერთი მხრივ, მეტად მარტივი, მაგრამ ამავე დროს ამ მოდელს შეუძლია გახდეს თერაპიული პროცესის კონცეპტუალური საფუძველი. მეორე შეხედულება მიეკუთვნება ABC მოდელის B ნაწილს. კოგნიტური თერაპიის პროცესში ჩვენ ჩართული გვაქვს ოთხი კოგნიტური ფენომენი:

1 **ხატი (Image).** მაგ., ადამიანი, აუდიტორიის წინაშე გამოსვლის შიშით, წინასწარ წარმოიდგენს (ხატონად) თუ როგორ კარგავს გონებას საჯარო გამოსვლის დროს.

2 **დასკვნა.** ეს არის სუბიექტური ჰიპოთეზა, რომელიც შედგება სწორი ან მცდარი შეხედულებებისაგან. მაგ., „მას არ მოეწონება“, „მე აუცილებლად ჩავფლავდები“. Beck-მა მოახდინა იმ მექანიზმის დემონსტრირება, თუ როგორ გარდაიქმნება მოლოდინის ტენდენცია მცდარ დასკვნაში და როგორ ახდენს ეს ყველაფერი ზეგავლენას გუნებ-განწყობაზე. Beck-მა გამოყო 6 ასეთი შეცდომა:

1. **შემთხვევითი დასკვნა.** როდესაც სუბიექტის მიერ სპეციფიკური დასკვნა „შემთხვევით“ კეთდება.

2. სელექტიური აბსტრაგირება. როდესაც დასკვნა გამოაქვთ კონტექსტიდან ამოღებული რომელიმე ერთ-ერთ დეტალზე ფოკუსირების საფუძველზე და ამავე დროს აშკარა მტკიცებულებების მქონე სხვა დეტალების იგნორირება ხდება

3. უკიდურესი განზოგადოება-აბსტრაგირება. როდესაც ინდივიდის მიერ ხდება კონკრეტული, რეალურად მომხდარი ინციდენტის, როგორც საყოველთაო წესის განზოგადოება და ამ დასკვნის ყველა სხვა სიტუაციაზე გავრცელება.

4. გაზვიადება და მინიმიზაცია. როდესაც ინდივიდის მიერ რაღაც მოვლენის არსის შეფასებისას ადგილი აქვს ვითარების ან სიტუაციის მნიშვნელობის შეუფასებლობას ან გადაფასებას.

5. პერსონიფიკირება. სუბიექტის მიდრეკილება გარეშე ფაქტები და მოვლენები საკუთარ თავთან მიმართებაში განიხილოს და საკუთარ თავს მიაწეროს. ეს ის შემთხვევაა, როდესაც პაციენტი ამტყუნებს საკუთარ თავს იმ ფაქტების გამო, რომლებიც ობიექტურად მას არ ეხება.

6. აბსოლუტური, დიქტომური, „შავ - თეთრი“ აზროვნება. სუბიექტის ტენდენციაა, შეაფასოს მოვლენები შავ-თეთრ ფერებში. დიქტომიური, აბსოლუტური აზროვნება, როდესაც ყველა განცდა ორ ურთიერთსაინანაღმდეგო კატეგორიაში ექცევა.

III შეფასება. შეფასება შეიძლება განისაზღვროს, როგორც „ცუდ-კარგ“ კატეგორიებში მსჯელობის და შეფასების უნარი. ელისი მკვეთრად გამიჯნავს შეფასებას გადანყვეტილებისაგან, რაც რაციონალურ-ემოციური ბიპევიორული თერაპიის ძირითადი, ფუნდამენტური პრინციპია.

მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ რას ვგულისხმობთ პიროვნულ, სუბიექტურ შეფასებაში. პიროვნული შეფასება შეიძლება განმარტოთ, როგორც მყარი ყოვლისმომცველი და მთლიან პიროვნებაზე მიმართული ნეგატიური კრიტიკული შეხედულება, აზრი, რომელიც ეხება ძირითადად სამ სფეროს:

- „სხვები - მე“, როდესაც სხვები მაფასებენ.
- „მე - საკუთარ თავი“, როდესაც თვითშეფასებას აქვს ადგილი
- „მე - სხვები“. როდესაც მე ვაფასებ სხვებს.

ბოლოვითი იდეების მქონე პაციენტის თერაპიის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს ამ შეფასებების გაანალიზება. „შემფასებლური რწმენა-შეხედულებების განწყობის სკალა“ - (EBScale) როგორც აღვნიშნეთ, ახდენენ პიროვნების შეფასებას ამ სამი მიმართულებით (სხვა - მე, მე - მე, მე - სხვები), რაც მოიცავს ინტერპერსონალურ ურთიერთობათა ძირითად სპექტრს და ემოციების სახით ვლინდება. ეს ემოციებია: სიყვარულის, უუნარობის, უღირსობის, არასრულფასოვნების, უვარგისობის განცდა.

IV დისფუნქციური აზრები, დაყენებები, შეხედულებები არის ქცევის განმსაზღვრელი, წამყვანი და ფუნდამენტური პრინციპი. ისინი ძირითადად ბავშვობაში ყალიბდებიან და ჩვეულებრივ იმპლიციტურნი არიან. მათი გამოვლენა ნათელს ხდის, რომ ისინი სუბიექტის ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს განსაზღვრავენ. მაგ., დეპრესიაში მყოფი ქალი ფიქრობს, რომ მისი ცხოვრება ისე წარიმართა, რომ ის ვალდებულია ყველას ასიაშვინოს, ვისაც ცხოვრებაში შეხვდება. იმ შემთხვევაში, თუ ის ფიქრობს, რომ ვინმეს აწყენინა, თავს გრძნობს უბედურად, განიცდის სიცარიელეს და იჯერებს, რომ ის არის ყველასაგან მიტოვებული ადამიანი. ეს სწორედ იმ განცდის მსგავსია, რომელიც ამ პიროვნებას ბავშვობაში უჩნდებოდა, როდესაც მისი მშობლები მის იგნორირებას ახდენდნენ.

ABC მოდელის ხუთი მთავარი პრინციპი

I. პირველი პრინციპი. ყველა კლინიკურ-ფსიქოლოგიური პრობლემა C-შია.

კოგნიტური თერაპია იძლევა სხვადასხვა სახის ემოციური დისტრესის (დეპრესია, შფოთვა...), ქცევის დარღვევებს (თვითდაზიანება ან განრიდების ქცევა) და მათგან მომდინარე ფსიქოლოგიური პრობლემების გადაჭრის საშუალებას. კლინიკური ფსიქოლოგიურ პრობლემაში იგულისხმება უკიდურესი ემოციურ-ქცევითი აშლილობები. ფსიქოლოგიური პრობლემა, გამოხატული ემოციური ან ქცევითი აშლილობით, ჯერ კიდევ არ ნიშნავს, რომ ის საჭიროებს თერაპიას. კოგნიტური მოდელი გვეუბნება, რომ გარეშე ობიექტური მოვლენა, ცხოვრებისეული ვითარება პრობლემად იქცევა მხოლოდ მაშინ, როდესაც იგი ინვესტს ძლიერ ემოციურ დისტრესს. თუ ინდივიდის მხრიდან არ ხდება ცხოვრებისეული მოვლენა არ ინვესტს ემოციურ დისტრესს (მაგ.: ექსცესი სამუშაოს დაკარგვის შემდეგ), საქმე არ გვაქვს ფსიქოლოგიურ პრობლემასთან. ანალოგიურად ხდება ქცევითი აშლილობის დროს. პრობლემურად ითვლება ის ქცევა, რომელსაც ინდივიდი მიმართავს თავისი სურვილის საწინააღმდეგოდ (სივარების მოწევა, აუტოტრაგედია, ალკოჰოლიზმი) ან ის, რომელსაც გაურბის ძლიერი სურვილისა და მიუხედავად (მაგ.: პრობლემისაგან დისტანცირება, განრიდება). მსგავსი რამ ხდება ემოციური აშლილობის დროსაც რაც შფოთვის, დეპრესიის ან გრძნობების გაღარიბების (დისოციაცია, მინიმიზაცია) სახით ვლინდება. ჩვენ შეიძლება ამ დროს დავეშვათ მარტივი შეცდომა პრობლემის ლოკალიზაციაში და სუბიექტის პრობლემები - „დისფუნქციური მოსაზრება“ (B) მივაკუთვნოთ (C)-ს. პრობლემების გადასაწყვეტად ჩვენ განსაკუთრებით კარგად უნდა გავეცნოთ და აღვწეროთ C.

II. პრინციპი მეორე. პრობლემები იქმნება B -საგან და არა A-სგან.

როდესაც პაციენტი იწყებს თერაპიას, თერაპევტის შეკითხვაზე, თუ რა აწუხებს მას, ის ყოველთვის მიუთითებს მიზეზზე ანუ (A) - ზე (მაგ.: განქორწინება), ან ემოციურ-ქცევითი დარღვევაზე - (C) (შფოთვა, მოუსვენრობა). ორივე შემთხვევაში სუბიექტს შეუძლია თქვას, მაგ.: „მე დავკარგე სამუშაო, რამაც დეპრესიაში ჩამაგდო“, „სამუშაოს დაწყებისას თავს ცუდად ვგრძნობ“, „ჩემი ამხანაგები ცუდად მხედებიან, ამიტომაც მეჯავრებიან“. ეს ყოველდღიური

საუბრისას ხდება და ჩვეული ცხოვრებისეული პრაქტიკაა. მაგ.: მოხდა (A) ვითარება, მოვლენა, რამაც გამოიწვია გარკვეული ემოცია. როდესაც სუბიექტი ამ (A) ვითარებას ან მოვლენას ხსნის, ის ამ პროცესში B ელემენტსაც რთავს, მაგ.: სუბიექტს შეუძლია თქვას: „მეგობარმა წვეულებაზე ყურადღება არ მომაქცია, ჩემი იგნორირება მოახდინა“. რეალობაში კი სავარაუდოდ შემდეგნაირად მოხდა: მეგობარმა ჩათვალა, რომ მას მარტო ყოფნა სურს და შეეცადა, იგი არ შეენუხებინა.

კოგნიტური მოდელიდან გამომდინარე C - ემოციურ ქცევითი რეაგირება, (A) ობიექტური სიტუაციის შედეგი კი არ არის, არამედ ასახავს პიროვნების (B) დამოკიდებულებას ამ მოვლენებისადმი. ემოციური განცდები მიიღება მოვლენათა ინტერპრეტაციის შედეგად და არ წარმოადგენს მათ გარდაუვალ და უშუალო შედეგს. მაგალითად: მაღაზიაში წასვლა, ახლობლის დაკარგვა, შეცდომა დაჯალების შესრულებისას, შენიშვნის მიღება - მხოლოდ გარკვეულ ინდივიდებში და ისიც მხოლოდ ცხოვრების გარკვეულ ეტაპზე ახდენს ემოციური დისტრესის პროვოცირებას; მაშინ, როდესაც ამ მოვლენას გააჩნია პიროვნებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა. ეს კოგნიტური მიდგომის კარდინალური პრინციპია.

III. პრინციპი მესამე. არსებობს პროგნოზირებადი კავშირი B -სა და C -ს შორის.

ამ ქვეთავში ჩვენ, პირველ რიგში, ილუსტრირებას ეუკეთებთ, თუ როგორაა დაკავშირებული ერთმანეთთან დასკვნა და შეფასება და შემდეგ ვეცდებით ავხსნათ, თუ რა მიმართებაშია ისინი აფექტთან. B სხვადასხვა ფსიქიკურ ფენომენში ვლინდება ესენი: ხატი, დასკვნა, შეფასება, „დისფუნქციური აზრები“.

კოგნიტური მოდელის ძირითადი არსი მდგომარეობს შემდეგში: თუ პიროვნება ემოციურ დისტრესშია, პროცესში ჩართულია აზროვნების ის მხარე, რომელიც დასკვნისა და შეფასების ფუნქციის მატარებელია. ამ დროს დასკვნაზე ზემოქმედებს შეფასება. მაგალითად, თუ პიროვნებას აქვს მდგრადი დაყენება განიხილოს საკუთარი თავი სრულიად უიღბლო ადამიანად და თავის თავს ხედავს, როგორც უუნაროს (ნეგატიური თვითშეფასება), ის ჩვეულებისამებრ იცდარ დასკვნამდე მიდის, რომ ყველა მისი ნამოწყება აუცილებლად მარცხით დამთავრდება და ეს დასკვნა იძენს დარწმუნების დონეს.

არსებობს სპეციფიკური კავშირი B-სა და C-ს შორის, რომელიც C-ს სახით ვლინდება, როგორც ემოციური რეაგირება ან ქცევა. არსებობს სპეციფიკური კავშირი (B) კომპონენტის შინაარსსა და ემოციური რეაგირების ტიპს შორის (C კომპონენტი). სამი ძირითადი კოგნიტურ-ემოციური კავშირი წარმოდგენილია დეპრესიის, შფოთვის და სიბრაზის სახით; თუმცა ამ კავშირს შეუძლია გამოიწვიოს ისეთი ემოციებიც, როგორიცაა სირცხვილი, თვითბრადება და ეჭვიანობა.

ვარაუდი (რწმენა) ფსიქოლოგიური ან ფიზიკური საშიშროების შესახებ როგორც წესი აღძრავს შფოთვისა და ხშირად იწვევს „განრიდების ან გაქცევის“ ტიპის რეაქციას.

აზრები დანაკარგის, დაქვეითებული თვითშეფასების, თავისუფლების დაკარგვის შესახებ დაკავშირებულია დეპრესიასთან და „განრიდების“ ქცევის ტიპთან. C-

ს ინტენსივობა დამოკიდებულია უსუსურობისა და სასონარკეთის რწმენის სიღრმეზე. დეპრესიული განცდები, როგორც წესი, მიმართულია მომავალზე.

ვარაუდი (რწმენა) უფლებების შელახვის შესახებ უკავშირდება სიბრაზეს, აგრესიას და გამოწვეულია „მე – სხვების“ ნეგატიური შეფასებით. აგრესიის გამოვლენა და სიბრაზის ინტენსივობა შურისძიების სურვილზე და რეპუტაციის შელახვის ხარისხზეა დამოკიდებული. სიბრაზით გამოწვეული გრძნობები და წარმოდგენები შეიძლება იყოს წარსულზე აწმყოსა და მომავალზე მიმართული.

IV. პრინციპი მეოთხე. B - ს საფუძველს წარსული გამოცდილება შეადგენს

რომ შევაჯამოთ, თუ რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს პიროვნულ დამოკიდებულებას მოვლენის მიმართ – რომელიც განსაზღვრავს, არის თუ არა ეს პიროვნება დისტრესში – უნდა გამოვიკვლიოთ, თუ რა განსხვავებული კოგნიტიური სტრუქტურებია ჩართული ამ პროცესში (შეფასება, დასკვნა . . .) და გამოვყოთ ზოგიერთი სპეციფიკური კავშირი აფექტსა და ქცევას შორის.

რატომ ხდება, რომ ზოგიერთ ადამიანს აქვს ნეგატიური თვითშეფასების ტენდენცია? ეს მეტად ზოგადი შეკითხვაა და მასზე ამომწურავი პასუხი არ არსებობს. ამ კითხვას პასუხი შესაძლებელია ასე გაეცეს: ადრეულ ასაკში ბავშვებს აქვთ გენეტიკური მიდრეკილება დეპრესიის, შფოთვის, პარანოიის მიმართ და მათი შემდგომი განცდები და გამოცდილება ემსახურება ამ მიდრეკილებების შენარჩუნებას, გაზრდას ან შემცირებას (Gilpert P., 1992). ზემოაღნიშნულს გამო შესაძლებელია მნიშვნელოვანი დასკვნა გაკეთდეს, რომ ადრეულ ასაკში არასწორი ინტერპერსონალური ურთიერთობები ღრმა ზეგავლენას ახდენს მრავალ პაციენტზე და სწორედ ამაში მდგომარეობს მათი ბევრი პრობლემის მიზეზი.

არსებობს სპეციფიკური კავშირი B - ს შინაარსსა და C - ს, ემოციური რეაგირების ტიპს (ან განხორციელებულ ქცევას) შორის. ეს კოგნიტიურ-ემოციური კავშირი სამი ძირითადი სახით ვლინდება: დეპრესია, შფოთვა და სიბრაზე, თუმცა არსებობს ბევრი სხვა სახის ემოციებიც (ექვიანობა, თვითბრალდებისა და სირცხვილის გრძნობა). ეს დასკვნა Beck-ის თეორიის ძირითად მახასიათებლად შეიძლება ჩაითვალოს. ბლატის და მისი კოლეგების (Blatt S. & Zuroff 1992) შრომების გაცნობისას ვრწმუნდებით, რომ (B) („დისფუნქციური მოსაზრება“, „თვითშეფასება“) მომდინარეობს ადრეული ასაკიდან, და ბავშვობაში არსებული ავტონომიურობისა და მიჯაჭვულობის სიახლოვის (attachment) ტიპს ასახავს. ბლატმა განავითარა თეორია, რომლის მიხედვით, პიროვნული განვითარება შეიცავს ორ დინამიკურად დაკავშირებულ მოტივაციას.

1. ურთიერთობის უნარი — თვისება, დაამყარო ზრდასრული, სრულფასოვანი ურთიერთდამაკმაყოფილებელი ინტერპერსონალური ურთიერთობა;
2. საკუთარი იდენტურობის განსაზღვრა — კონსოლიდირებული, რეალისტური, არსებითად პოზიტიური, დიფერენცირებული და ინტეგრირებული თვითიდენტიფიკაცია.

ეს ორივე მოტივაცია არის ურთიერთმეშველელი და ერთმანეთის პარალელურად ვითარდება. იმისთვის, რომ დაეუხალოდეს სხვა პიროვნებას ვრისკავ, დროებით დაკარგო ავტონომიურობა, რადაგანაც ავტონომიურობის, თვითმყოფადობის განცდა, მოითხოვს, შენთან ურთიერთობაში მყოფ „მიჯაჭვულ“ პიროვნებასაგან განცალკევებას. ეს ორი თემა: გაზდევს წითელ ზოლად ბევრ ფსიქოლოგიურ თეორიას Bowlby - სეულ მიჯაჭვულობისა და სეპარაციის თეორიის ჩათვლით და აგრეთვე ბეკისეულ ცნებებს სოციოტროპიის და ავტონომიის შესახებ.

ზემოთქმული რომ შევაჯამოთ, კოგნიტიური პერსპექტივა ნიშნავს, რომ ინდივიდი არის სენსიტიური სხვადასხვა „ობიექტური სიტუაციის, მოვლენის“ – (A-ს) – მიმართ, რომელსაც „გამშვები მექანიზმის“ პრინციპით, მოქმედებაში მოყავს მასში არსებული ნეგატიურ თვითშეფასების რწმენა, რის შედეგადაც ვლბებულობთ აფექტურ და ქცევით რეაქციებს. ინდივიდები ანვითარებენ ურთიერთობის ისეთ სტილს, რომელიც მათ ზემოაღნიშნული მონყვლადობისაგან იცავს, რათა სირცხვილის, განმარტობის, იმედგაცრუების, სასონარკვეთის გრძნობა კვლავ არ მოეძალოთ. ქცევის ეს „თვითპრეზენტაციის“ ინტერპერსონალური სტილი ნაწილობრივ სხვებზეც ახდენს გავლენას, ხელს უშლის კოოპერირებას და კონფრონტაციულ იზოლირებას ინვევს.

V. პრინციპი მეხუთე. „რწმენის, შეხედულების (B)“ შესუსტება ამცირებს შესაბამისი დისტრესის ზემოქმედების და მისგან განვითარებული აშლილობის ინტენსივობას.

თერაპიული პერსპექტივის გათვალისწინებით, კოგნიტიური მოდელის მეტად მწიშვნელოვანი ღირებულებას ნარმოადგენს ის, რომ მან გზა გაუხსნა თერაპიული ჩარევის ახალ მიდგომას (ანუ B-ზე ზემოქმედება). ემოციურ პრობლემასთან ასოცირებული მოსაზრების, დასკვნის, შეფასების შესუსტება ნიშნავს პრობლემის გამარტივებას. ეს საკმაოდ თვალსაჩინოდ ჩანს დეპრესიის შემთხვევაში, როდესაც აფექტური პრობლემების გადასაჭრელად ფსიქოთერაპიულად კოგნიტურ კომპონენტზე ზემოქმედებენ (Beck A. et all 1979).

ბოდვის მკურნალობის ABC მოდელი

ტაბულა №2 ბოდვისადმი ABC მიდგომა.

ბოდვა	მოვლენა (A)	დასკვნა (B)	შედეგი (C)
აზრთა წაკითხვა	პაციციენტს არ შეუძლია, იპოვოს საჭირო სიტყვა. თერაპევტი კარნახობს	ის კითხულობს ჩემს აზრებს, მე ამას მივხვდი, ამაში დარწმუნებული ვარ	ანეული გუნებ-განწყობა, დაძაბულობა, ხალხთან გამოლაპრაკების სურვილი
პარანოიდი	ისმის მანქანის საყვირი სახლის უკანა მხრიდან	ისინი ჩემს მოსაკლავად მოვიდნენ	შიში, სახლიდან გაქცევა.
აზრთა გადაცემა	პაციენტი მალაზიაში ვაჭრობს, ესმის, ხმამალა ვილაცამ როგორ გაიმეორა მისი აზრი	ჩემი აზრები სხვებს გადაეცემათ	პანიკა, გაქცევა
აზრთა ჩადება	პაციენტებს უეცრად უჩნდებათ აკვიატებული და „შოკისმომგვრელი“ აზრები.	ეს არ არის ჩემი აზრები, ისინი ვილაცამ ძალით ჩამიდო თავში ალბათ სპეცილური აპარატით	დამალვის სურვილი შიშისმომგვრელი დაუცველობის გამო
დამოკიდებულების იდეები	ექიმმა ჩაიარა ჩემს ფანჯარასთან, თავანუელი მიდიოდა	ის ფიქრობს, რომ რალაცით ჩემზე უკეთესია	სირცხვილი, ფანჯრისაგან მოშორება.
განდიდების იდეები	დედოფალმა ტელევიზორში თქვა, რომ უყვარს ყველა ბავშვი	ის გულისხმობს, რომ მე ვუყვარვარ.	ანეული გუნებ-განწყობა

ზემოქმედების იდეები	თავის კანის ქავილი	ისინი მე მცემენ, მე მათ ვერ გავაჩერებ	შფოთვა, უიმედობა
სომატური ბოღვითი აზრები	სისუსტე, დაღლილობა, ტკივილი	მე შიდსით (კიბოთი) ვარ დაავადებული, მალე მოვკვდები	შიში, პანიკა გამეშება
კაპრგა	მამამ დაანვინა პაციენტი პოსპიტალში	ის ჩემი მამა არ არის, მამა ამას არ იზავდა.	მამაშვილობის უარყოფა
კოტარის სინდრომი	დაკარგულია ნებისმიერი სიამოვნების- მომგვრელი აქტიურობის ემოციურად განცდის უნარი	მე ვერაფერს ვერ ვგრძნობ, მე მკვდარი ვარ	სიცარიელე, სუიციდური აქტიურობა
კონტროლის ბოღვითი აზრები	მცდელობა, ქალიშვილი გადმოგადოს ფანჯრიდან	მე ეს არ მიქნია, ისინი მაიძულებდნენ, ეს მექნა	დარწმუნება, პასიურად ყოფნა

ამ ქვეთაეში ჩვენ ვეცდებით ბოღვითი განცდები, არგუმენტირებულად, კოგ-
ნიტურ ABC სტრუქტურის ჭრილში შემოგთავაზოთ. კონკრეტულად ეს კონცეპტუა-
ლური მიდგომა ბოღვის არსს უფრო გასაგებს ხდის და გეთავაზობს მკურნალობის
ახალ მეთოდს. ბოღვის ABC ანალიზისას აუცილებელი კომპონენტია B, რაც
ნიშნავს:

ბოღვითი აზრების ABC ანალიზისას A მოვლენების ბოღვითი ინტერპრეტაცია
აუცილებლად B სფეროს განეკუთვნება.

A - მოვლენის ბოღვით ინტერპრეტაციას, შესაძლებელია დაერთოს, ან არ
დაერთოს C, ანუ დისტრესი და აშლილობა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ისინი, ვინც ბოღვას განიხილავენ (ABC) პერსპექტივაში,
კონკრეტული შემთხვევის ფორმულირებისათვის სხვადასხვა საჭირო ტექნიკას
გეთავაზობენ. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ბოღვა ყოველთვის შეიცავს გარკვეულ
დასკვნას, მაგრამ ეს დასკვნა, ჩვეულებისამებრ, ბუნდოვანია, გაუგებარი და საჭი-
როებს დამატებით ახსნა-განმარტებას. შემთხვევის ფორმულირებისას პაციენტის
აზრთა ურთიერთმიმართებაში ეს ნიშნავს, რომ თერაპევტს ესაჭიროება ასოცი-
აციათა ჯაჭვი, რათა გასცდეს ბოღვით ინტერპრეტაციას და გადაფაროს სუბიექტის
კრიტიკული შეფასების მატარებელი რწმენის მქონე შეხედულებები. მხოლოდ იმ

შემთხვევაში, თუ ორივე – ბოღვითი დასკვნა და ნეგატიური შემაფასების მქონე აზროვნება – გამოვლენილია, ის გასაგებს გახდის პაციენტის ემოციურ და ქცევით რეაქციას. ყურადღება უნდა მიექცეს კოგნიტური მოდელის მე - 4 პრინციპსაც (ნარსული გამოცდილება).

ამგვარად, კოგნიტური მოდელი ნათელს ხდის, თუ როგორ მიმართებაშია ბოღვა სხვა მნიშვნელოვან დასკვნებთან, ასევე დისტრესსა და აშლილობასთან. ჩვენს ზემოვანხილულ მაგალითში (დამოკიდებულების ბოღვისას) პაციენტი ფიქრობს, რომ ექიმმა ჩაუარა რა ფანჯარას, დაინახა იგი, დააკვირდა და შეაფასა ის მთლიანობაში. ამის შემდეგ პაციენტი რწმუნდება, რომ ექიმს გაუჩნდა აზრი, რომ ის (პაციენტი) მასზე „დაბამდგომია და საერთოდ არაარაობა“. მაგრამ ეს დასკვნა, რომელიც მიეკუთვნება „მე – სხვების“ შეფასების ტიპს, მთლიანობაში ვერ ხსნის პაციენტის ემოციურ გამოვლინებას, სირცხვილს. შესაძლებელია, პაციენტი თვლიდეს, რომ ექიმი სუბიექტურია, ფიქრობს სისულელეს და ეს შეხედულება არ არის მისთვის (პაციენტისთვის) მნიშვნელოვანი და მისაღები. მაგრამ თუ პაციენტი ეთანხმება და იზიარებს „ექიმის მიერ გაკეთებულ“ მის დამაცირებელ შეფასებას მაშინ პაციენტი თავის ბოღვაში ახდენს ნეგატიურ თვითშეფასებას, რომ ის, როგორც პიროვნება, არის ექიმზე დაქვემდებარებული და არასრულფასოვანი. შესაძლებელია სწორედ ეს შეფასება ხდება მისი სირცხვილის განცდის მიზეზი. ეს შეფასება, ემოციური რეზულტატის სახით, ეხმარება თერაპევტს კოგნიტური თერაპიისთვის ორი მეტად მნიშვნელოვანი თერაპიულ მიზნის ჩამოყალიბებაში. ესენია:

ბოღვითი იდეების და მათთან დაკავშირებულ საკუთარი თავის შესახებ „ნეგატიური შეფასების მქონე“ შეხედულებების შესუსტება.

(ABC) პერსპექტივას მოაქვს მრავალი საინტერესო კონცეპტუალური მოსაზრება, მაგალითად, ერთი მხრივ, ბ.მაჰერი (Maher B.A. 1974) ამტკიცებდა, რომ ბოღვა ჩვეულებრივი აზროვნების პროცესია არასწორი პერცეფციული განცდების ფონზე; მეორე მხრივ, მკვლევარები ვარაუდობენ, რომ ბოღვა არის ლოგიკური აზროვნების დეფიციტი ან მცდარი მოსაზრება. დღესდღეობით მეცნიერები ამ იდეისაკენ იხრებიან.

ყოველ შემთხვევაში, მეცნიერებაში არსებობს სამი არსებითი წინააღმდეგობრივი, თვალსაზრისი: პირველი, ძლიერ მიკერძოებული დასკვნა და შეხედულებები (B) არის უფრო ბოღვითი აზროვნების შედეგი ვიდრე პირიქით, ეს თვალსაზრისი ბოღვის ჩამოყალიბების პროცესს აშკარას ვერ ხდის. მეორე, მრავალი დაკვირვების საფუძველზე გამოვლინდა, რომ ზოგერთ შემთხვევაში ბოღვითი აზრების მქონე პირებს არაბოღვითი აზროვნება ახასიათებს. რის გამოც რთულდება იმის დადგენა მიკერძოებული დასკვნა და შეხედულებები (B) ბოღვითი აზრის მიზეზია თუ მისი შემანარჩუნებელი მექანიზმი. სხვადასხვა ლიტერატურიდან ჩანს, რომ ინდივიდები ზედმეტად მიჯაჭვულები არიან თავიანთ დასკვნებსა და რწმენის მქონე შეხედულებებზე და მათი ქცევა ამ დასკვნებით წარმართება გარეგანი რეალური ვითარებების უგულებელყოფის ხარჯზე. ამგვარ მოვლენას „ზემოდან ქვემოთ“ პროცესს უწოდებენ (Huq S., Garety P. & Hemsley D. 1988). სხვა კვლევებში თვალნათლივია ნაჩვენები, რომ ბოღვის მქონე ინდივიდები ადვილად

ახდენენ თავიანთი ბოდივითი პიპოთეზების უარყოფას, აზრების კარდინალურ შეცვლას გარეგანი რეალური ვითარების გარეგანი სტიმულების ზეგავლენით ამგვარ მოვლენას „ქვემოდან ზემოთ“ პროცესს უწოდებენ (Garety P.A, Wessley, S & Hemsley D.R. 1991). მესამე, რიგი კვლევები გვიჩვენებენ, რომ ბოდივითი აზრების მქონე ინდივიდები ბოდივითად გადაამუშავენ მხოლოდ მათთვის „თვალსაჩინო და საფრთხის მატარებელ“ სტიმულებს, ხოლო ჩვეულებრივ ყოველდღიურ სტიმულებზე სავსებით ადექვატურად რეაგირებენ. იგივე ხდება დეპრესიით დაავადებულებთან, კვებითი, შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტებთან და ა.შ.

ამკარაა, რომ ზოგიერთ ბოდივზე გარეგანი სტიმულები და მოვლენები (განსაკუთრებით პერცეფციული სფეროს დარღვევებისას) უფრო მეტად მოქმედებენ, ხოლო სხვებზე კი შემფასებელი რწმენა ახდენს ზეგავლენას. პირველ შემთხვევაში ადგილი აქვს აზრთა ჩადებას, გახმავანებას, დამოკიდებულების და პასიურობის განცდებს. ამ თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანია ბ. მაჰერის კვლევა (Maher B. 1988) სადაც ის ბოდივს განიხილავს როგორც არასწორი პერცეფციული (ალქმითი) განცდების შედეგს. ამ მოსაზრების კონტრასტულია ე.ზიგლერის და მ.გლიკის (Zigler E. & Glick, M. 1988) კვლევა, რომელიც ამტკიცებს ბოდივის ისეთი ფორმების არსებობას (პარანოია და განდიდების ბოდივა), სადაც ბოდივა ასახავს ფსიქოლოგიურ მოტივაციას. მაგ.: საკუთარი მნიშვნელობის შენარჩუნებას და თვითდამკვიდრებას ისახავს მიზნად.

კოგნიტური თერაპიის პრაქტიკა

წინაპირობა

არსებობს ორი მნიშვნელოვანი წინაპირობა ეფექტიანი კოგნიტური ფსიქო-თერაპიის ჩასატარებლად. პირველია ძირითადი ფსიქო-თერაპიული უნარის და საშუალების გამოყენება, კოგნიტურმა თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს ფსიქოთერაპიული საშუალებების ის ფართო არსენალი, რომელსაც იგი უნდა ფლობდეს და რომელიც სანინდარია ეფექტიანი მკურნალობის ამისათვის საჭიროა:

- შეიქმნას კარგი სამუშაო ალიანსი;
- პაციენტი ჩაერთოს სრულფასოვან ე.წ. „კოლაბორაციულ ემპირიზმში“, რაც გულისხმობს ემპირიული მასალის ანალიზისას თერაპევტსა და პაციენტს შორის პარტნიორულ თანამშრომლურ ურთიერთობას;
- ფსიქოთერაპევტმა უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის გრძნობებისა და პერსპექტივების უნიკალურობა;
- დაეხმაროს პაციენტს ძნელი და ხშირად მტკივნეული თერაპიული გარდაქმნის პროცესში.

მეორე წინაპირობაა კოგნიტური ფორმულირების, ფსიქოთერაპიული ჩარევის (ინტერვენციის) და ABC სტრუქტურის ღრმა და საფუძვლიანი ცოდნა. წინამდებარე ქვეთავში ჩვენ გავცნობით C-ს შეფასებასა და ინტერვენციის პროცედურას.

რვა ძირითადი ნაბიჯი შეფასებიდან თერაპიულ ინტერვენციაზე

პირველი ორი ან სამი სეანსი პაციენტთან არადირექტიულ სტილში მიმდინარეობს, რათა მას ოპტიმალური პირობები შეეუქმნათ თავისი ისტორიის გამოსაცემათ, რომელშიც ის არსებულ პრობლემებს და ადრეულ ტრავმულ განცდებს შეეხება. ეს განცდები ხელს უწყობენ მონყვლადობის განვითარებას. თერაპევტი იყენებს ABC მოდელს, როგორც საფუძველს იმ ევრისტიკული მიდგომისა, რომელიც პრობლემების გაცნობიერებისკენ არის მიმართული. მას შემდეგ რაც თერაპევტს ჩამოუყალიბდება პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ერთიანი ზოგადი სურათი და იგრძნობს, რომ მასთან დამყარდა რაპორტი, ის იწყებს სპეციფიკური კოგნიტიურ-ბიპევიორული მეთოდის გამოყენებას. ჩვენ გამოყყავით 8 ძირითადი საფეხური, რომლებიც აკმაყოფილებს (ABC) მოდელის პირობას. ეს საფეხურებია:

1. პაციენტს უნდა ვკითხოთ, თუ რომელი პრობლემის განხილვით სურს საუბრის დანყება;
2. გამოავლინოთ და შეეფასოთ (A) აქტუალური მოვლენა, ვითარება, ან (C) მასზე ემოციური რეაგირება;
3. გამოვიკვლიოთ ამასთან დაკავშირებული ყველა დანარჩენი ასპექტები;
4. დავაკვიროთ (A) (C)-სთან, დავადგინოთ თუ რომელი ანუხებს უფრო მეტად პაციენტს;
5. გამოვიკვლიოთ (B) რწმენა, შეხედულება, (წარმოდგენა, დასკვნა);
6. მოვახდინოთ (A B C) ფორმულირება;
7. განვსაზღვროთ პაციენტის მიზნები, განვიხილოთ მისი არჩევანი;
8. ვიმუშაოთ (B) რწმენის შეცვლაზე.

ეს საფეხურები პრაქტიკაში ადვილად შეიძლება განვახორციელოთ. რასაც ჩვენ გთავაზობთ, ეს ტექნიკურ-კონცეპტუალური საფეხურებია. ამავე დროს, საჭიროა ტექნიკის ცოდნას თეორიული ცოდნაც დაუერთოთ, რაც ინფორმაციას პაციენტის შესახებ უფრო დინამიკურს, ინოვაციურსა და საინტერესოს გახდის.

1. პრობლემაზე ფოკუსირება

საკონსულტაციო ფაზის შემდეგ თერაპევტი ეუბნება პაციენტს - ჩვენ უკვე გვაქვს პრობლემათა ზოგადი სურათი, დადგა დრო, რათა დავიწყოთ ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემასთან პრაქტიკული მუშაობა. შესაძლებელია დავსვათ შეკითხვა - უპირველეს ყოვლისა რა პრობლემაზე გსურთ მუშაობა? ეს არასოდეს არ არის ადვილი, როდესაც საჭიროა ზოგადი პრობლემის კონკრეტული შეცვლა. პაციენტი შესაძლებელია საუბრობდეს ვრცლად, მოექცეს კომპლექსური განცდების ზეგავლენის ქვეშ და მცდარი სურათი დახატოს, ან პირიქით, მოგვცეს არადამაკმაყოფილებლად მოკლე ინფორმაცია. ორივე შემთხვევაში უმჯობესია, გამოვიყენოთ რჩევის მიცემის და კონსულტირების ისეთი ფორმები, რომელიც პაციენტს გაუადვილებს გახდეს უფრო კონკრეტული. პაციენტს ასეთ დროს ღია კითხვებით უნდა მივმართოთ, მაგალითად: „რა განუხებთ ამ შემთხვევაში?“

„შეგიძლიათ, მომიყვანოთ მაგალითი?“ „რა მოხდა, თუ შეიძლება გამარკვით?“ პრობლემა, რომელსაც პაციენტი იმ დროისათვის აღწერს, შეიცავს შემდეგ ფრაგმენტებს: A - გარკვეულ სიტუაციას, მოვლენას ან პაციენტის სუბიექტურ განცდას და C - ს, პაციენტის გრძნობებსა და ქცევით რეაქციას, რომელიც მას ჰქონდა A - სთან დაკავშირებით. ზოგჯერ ამას ემატება B - პაციენტის გარკვეულ ინტერპრეტაცია. თერაპევტის მოვალეობაა, ცხადი გახადოს პრობლემა და მიღებული ინფორმაცია განალაგოს (ABC) სქემის შესაბამის სვეტში: აქტიური მოვლენა (რეალური ან „არარეალური“), რწმენა (წარმოდგენა, დასკვნები, შეფასება), შედეგი - ემოციური ან ქცევითი რეაქცია.

როდესაც თერაპევტისათვის და პაციენტისთვის აშკარა გახდება პრობლემების და მათზე რეაგირების შეუსაბამობის ფაქტი, თერაპევტი ინტუიციურად აყალიბებს თუ რომელი დისფუნქციური რწმენა უდევს საფუძვლად ამ შეუსაბამობას.

C - გამოკვლევა, შეფასება

ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ პრობლემის „არსი“, „თავი“ არის C - პაციენტის ემოციური აშლილობა, დისტრესი, შფოთვა და აუტოაგრესიული ქცევა. უდავოა, რომ რწმენა (B) და „გამშვები მექანიზმის ფუნქციის მქონე“ მოვლენა, ტრიგერი (A) არის C პრობლემის წარმოშობის ძირითადი მიზეზი. არსებითად მნიშვნელოვანია იმ ფაქტის დადგენა, აქვს თუ არა პაციენტს საშუალო ან მძიმე პრობლემა C - ში. ზუსტი შეფასების მისაღებად C დაყოფილი გვაქვს ემოციურ და ქცევით რეაქციებად.

ემოციური C. საჭიროა C ემოციურ რეაქციაში განვასხვავოთ: ემოციური რეაქციის ინტენსივობა და ტიპი. ადამიანები ემოციურად რეაგირებენ ნეგატიურ ცხოვრებისეულ მოვლენებზე, მაგრამ ისინი მიმართავენ ფსიქოთერაპიულ დახმარებას მაშინ, როდესაც მათი ემოცია დისტრესის დონეს აღწევს. პირველი, რასაც აზუსტებს თერაპევტი ეს არის, რა ინტენსივობის ემოციას განიცდის პაციენტი; შემადგენელი ემპირია თუ უბრალო ნუხილი, გამოსატყლი დეპრესიას თუ მსუბუქი სევდა, გამძვინვარება თუ უბრალო გაღიზიანება? ზოგჯერ საჭიროა, რომ პაციენტმა შეაფასოს ეს განცდები ათბალიანი სკალით. ეს ინფორმაცია თერაპევტს ესაჭიროება იმისათვის, რომ განსაზღვროს, პაციენტს ფსიქოთერაპია ესაჭიროება თუ უბრალოდ მორალური თანადგომა ან პრაქტიკული რჩევა? მეორე პუნქტი მნიშვნელოვანია სრულყოფილი მკურნალობის ჩასატარებლად. თერაპევტი უნდა დარწმუნდეს, ძლიერი ემოციის C - ს არსებობაში, რომ მას მიეცეს B - ს თან მიხლეობის და მუშაობის საშუალება.

მეორე, რაც თერაპევტმა უნდა დაადგინოს ეს არის პაციენტის ემოციური რეაგირების ტიპი. ხშირად პაციენტს არ შეუძლია A მოვლენასთან დაკავშირებული განცდილი ემოციის გასაგებად გამოხატვა. მაგ.: პაციენტმა შეიძლება გამოთქვას ჩივილი ემოციური აშლილობის შესახებ, მაგრამ ნიშნავს ეს ნამდვილად, რომ იგი განიცდის შფოთვას, დეპრესიას, წყენას, დანაშაულის განცდას, სირცხვილს ან სხვა რაიმე მსგავსს? როგორც წესი, არსებობს სამი პირველადი ნეგატიური ემოცია: შფოთვა, სიბრაზე და დეპრესია და რიგი მეორადი ემოციებისა, რომლებიც მათ კომპლექს წარმოადგენს, მაგ.: დეპრესიას თვითდანაშაულის ან დეპრესიას სირცხვილის განცდით.

ქცევითი C შეიძლება იყოს ქცევითი აქტი ან ქცევის არარეალიზებული იმპულსი. ქცევის ტიპი, როგორც წესი, შესაბამება გარკვეულ ემოციის ტიპს და ეს იმიტომ ხდება, რომ ადამიანები მოვლენების საკუთარ ინტერპრეტაციაზე მხოლოდ ემოციურად კი არ რეაგირებენ არამედ ისინი ამ ემოციას ქცევითაც პასუხობენ, მაგ.: შფოთვის თან ახლავს თავის არიდების (გაქცევის) ან თავდაცვის ქცევა, რომელიც უკიდურეს შემთხვევაში ვლინდება A – სიტუაციიდან რეალური გაქცევით ან მისი გამოვლინების ფარული, არაპირდაპირი ვარიანტით - ანტიპათიური, დაჟინებული მზერით და სხვა ფაქიზი არავერბალური გამოვლინებით. დეპრესიას თან ახლავს აქტიურობის დაქვეითება, საკუთარ თავში ჩაკეტვა, და სიბრაზე, რომელიც ღია ან ფარულ აგრესიულ ქცევაში ვლინდება.

თუმცა აღნიშნული ქცევითი ფორმები შესაბამისი მოვლენების დაძლევის სტრატეგიებს წარმოადგენენ ხანმოკლე შვებას აძლევენ ამ გზით; ხდება სტრესის რედუცირება. მაგრამ საბოლოო ჯამში ისინი ხელს უწყობენ პრობლემის შენარჩუნებას ან გაუარესებას. პაციენტი, რა თქმა უნდა იშვიათად იძლევა მკაფიოდ გამოკვეთილ ემოციურ ქცევით რეაქციას C - ს. მართლაც პაციენტის მხრიდან ABC ერთიანად განიცდება და თერაპევტის მიზანია მათი დანაწევრება. ამავე დროს C - ის შეფასებისას საჭიროა გავითვალისწინოთ სამი ძირითადი პირობა, რომლითაც თავს აგვარიდებს გარკვეულ სიმძლეებს. პირველი: დავრწმუნდეთ, რომ C რეაქცია სცილდება ნორმალური რეაგირების ფარგლებს და პაციენტისათვის ღრმად დისტრესულია. მეორე, ზოგჯერ პაციენტი მერყეობს ორ განსხვავებულ ემოციურ რექციას, მაგ.: დეპრესიასა და სიბრაზეს შორის. ამ შემთხვევაში ABC მოდელის საშუალებით აღნიშნულს ხელსაყრელია ეს პაციენტთან საუბრისას აესახოთ, და ისინი ცალ-ცალკე განვიხილოთ. მესამე, პაციენტი ხშირად ვერ არჩევს პირველად და მეორად რეაქციას. ასეთ შემთხვევაში პირველადი ABC-ს C შესაძლებელია მეორადი ABC-ს A გახდეს. მაგ.: პაციენტი გრძნობს სიბრაზეს და აგრესიას — (C) რაღაც A გარემოების გამო, მაგრამ შემდგომ უჩნდება შფოთვა (ახალი C) იმის გამო, რომ აგრესიულია ბარზით მოცული — ეს კი ახალი (A) გამააქტიურებელი ვითარებაა. ასეთი ციკლის არსებობა პრაქტიკაში ჩვეული ამბავია და შესაძლებელია თერაპიის დროს შეცდომის მიზეზი გახდეს - პაციენტი ვერ აცნობიერებს, რომ ის რეაგირებს ჯერ (A) მოვლენაზე ხოლო შემდეგ (C) რეაქციაზე.

A-ს გამოკვლევა

A - ში სიცხადის შეტანა რომ მოხდეს, საჭიროა პაციენტისაგან იმ ობიექტური და ფაქტობრივი ინფორმაციის მიღება, რომელმაც გამოიწვია C. ყველაზე მეტად გავრცელებული შეცდომაა, ABC შეფასება დაიწყო ზოგადი A მოვლენის განხილვით (მაგ. პაციენტი ცუდად მუშაობს). თერაპევტი ფრთხილად მიმართავს პაციენტის ყურადღებას იმ მოვლენებზე, რომლებმაც უშუალოდ გამოიწვია კონკრეტული C რეაქცია. რა შეიძლება იყოს A მოვლენა კონკრეტულ შემთხვევაში? ის, რასაც პიროვნება B-ს საშუალებით აფასებს და მასზე კონკრეტულ C რეაქციას იძლევა. ყველაზე თვალნათელი A მოვლენა, ეს არის აქტუალური სიტუაცია ან ინციდენტი, რომელიც ხდება „აქ და ამჟამად“, პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაში, ან წარმოადგენს მოვლენათა მოგონებებს ან წინასწარ ვარაუდს იმ მოვლენების

შესახებ, რომლებიც მისი აზრით შეიძლება მოხდეს ახლო მომავალში. A შეიძლება იყოს პაციენტის საკუთარი ემოციები და ქცევა (C გვევლინება როგორც A) ან პაციენტის აზრები და რწმენა (B გვევლინება როგორც A) მეტად მნიშვნელოვანია, როდესაც თერაპევტი ეხმარება პაციენტს, რათა მან ყველა ასპექტისა და სიტუაციის დეტალური აღწერა შეძლოს იმ მიზნით, რომ მოგვიანებით შესაძლებელი გახდეს მის მიერ „გამრუდებულ სურათში“ „ეჭვის“ შეტანა.

ჩვეულებრივად პაციენტი არ აძლევს თერაპევტს ყოველთვის ცხადსა და ნათელ A მოვლენებს. ძალიან ხშირია, როდესაც ის იძლევა მოვლენებს B-ს ელემენტებთან ერთად. მაგალითად, პაციენტი მოვლენების ფაქტობრივ აღწერად თვლის შემდეგს: მას ქუჩაში დირექტორმა გვერდით ჩაუარა (მოვლენა A), დირექტორმა შეხედა მას (პირველი დასკვნა), გაუკეთა იგნორირება (მეორე დასკვნა). თერაპევტის ვალია დაეხმაროს პაციენტს რათა მან განასხვაოს სუბიექტური დასკვნა ობიექტური რეალობისაგან.

A-ს კავშირი C-სთან

თერაპევტი პერიფრაზის საშუალებით უხსნის პაციენტს (A - C) კავშირის არსს. მაგ.: თქვენ ამბობთ, რომ გაქვთ დეპრესია (C), რადგან იკამათეთ თქვენს პარტნიორთან (A). შემდეგ თერაპევტი ამოწმებს პაციენტს, სწორედ ეს (A - C) არის ის, რაზეც პაციენტი განსაკუთრებით ნერვიულობს? თერაპევტი ფრთხილად უნდა იყოს, რომ არ მოხდეს (A - C) კავშირის მნიშვნელობის არასათანადო შეფასება. პაციენტი მართლაც ხედავს A-ს (რალაც ცხოვრებისეულ ფაქტს) მეტად ძლიერ ემოციებში, რის გამოც ის გადაულახავად ეჩვენება.

B-ს გამოკვლევა

თერაპევტის ამოცანაა უფრო მეტად თვალსაჩინო გახადოს პაციენტის მიერ აღწერილი ხატები, გამოთქმული დასკვნები, შეფასებები და დისფუნქციური რწმენა - შეხედულებები. აღნიშნულის შესრულებამდე თერაპევტი ცდილობს, აუხსნას პაციენტს, რომ მოვლენების შეფასებისას B არის მისი მთავარი პრობლემა. ცვლილების პროცესში არსებითია, გამოძებნოთ ამ ცვლილების პერსპექტივა. პირველად თერაპევტი პაციენტთან ერთად ნათელს ხდის, რომ (A-C) ანალიზისას მხოლოდ (A) მოვლენა არ არის საკმარისი (C) რეაქციის ასახსნელად. როდესაც თერაპევტი დაუშვებს, რომ პაციენტმა ეს გააცნობიერა, აქვს ნარმოდგენა A - C ურთიერთდამოკიდებულებაზე თავის პრობლემასთან დაკავშირებით, ის ასევე ცდილობს, აუხსნას პაციენტს ABC კონცეფცია. თერაპევტი ახდენს არგუმენტირებას, რას ნიშნავს პაციენტისათვის მოვლენისადმი პირადი დამოკიდებულება, რომ ადამიანები სხვადასხვანაირად რეაგირებენ გარეგნულად ერთსა და იმავე „ობიექტურ (A) სიტუაციაზე“. ამ ობიექტურ სიტუაციას სხვადასხვა მნიშვნელობა აქვთ პაციენტთა ღირებულებათა იერაქიულ სკალაზე. თერაპევტი თვალსაჩინოს ხდის პაციენტისათვის იმას, რომ ჩვენზე გარე მოვლენები კი არ ახდენენ

ზეგაგულენას თავისთავად, არამედ ის, თუ რა შეხედულება, ინტერპრეტაცია (B) გვაქვს ამ ობიექტური მოვლენის შესახებ. მეტად ხელსაყრელია თვალსაჩინო მაგალითის დემონსტრირება. დავეშვათ, პაციენტს ესმის ღამით ფანჯარაზე კაკუნის ხმა (ან ტელეფონის ზარი) - (A) და ამას მეტად ემოციურად პასუხობს - (C). ამის შემდეგ ჩვენ ვცდილობთ ემოციური რეაგირების (C) შეცვლას. ამისათვის პაციენტს ვთავაზობთ მკაფიოდ წარმოიდგინოს, თითქოს ის განიცდის შფოთვის, შიშს, სიბრაზეს, სიხარულს. მას შემდეგ რაც დავრწმუნდებით, რომ პაციენტმა ყველა ზემოთქმული ემოცია განიცადა ვეუბნებით, რომ მან უნდა გააცნობიეროს და აღწესდეს ის აზრები (B), რომლებიც თან ახლდა თითოეულ ამ ემოციურ განცდას, სწორედ ამ გზით არის შესაძლებელი შეცვალოთ C. თერაპევტი შემდგომში უბრუნდება პაციენტის (A - C) პრობლემას და ამბობს, რომ შემდეგი ნაბიჯია პაციენტის რწმენის - B-ს - შესწავლა. ძირითადი საშუალება პაციენტის სპეციფიკური B-ს აღმოსაჩენად არის (B - C) კავშირის შესახებ თეორიული ცოდნის გამოყენება. ეს ცოდნა საშუალებას გვაძლევს განვიხილოთ აზრების წარმოქმნის „ჯაჭვისებური“ პროცესი, რომელიც ყოველთვის იწყება ვარაუდზე დაფუძნებული დასკვნით. იმისათვის რომ პაციენტი ჩაერთოს ამ პროცესში, თერაპევტი მის ყურადღებას ამახვილებს კონკრეტულ (A - C) ეპიზოდზე და ეკითხება შემდეგს: რას ფიქრობდით, რა აზრები გაგიჩნდათ, როდესაც თქვენ განიცადეთ . . . გრძნობა.

ვარაუდზე დაფუძნებული არაერთი დასკვნა შეიძლება განლაგდეს მწკრივში, რომელიც თანამიმდევრულ აზრთა ერთიან „ჯაჭვშია“ ასახული. წარმოვიდგინოთ პაციენტი, რომელსაც განუვითარდა დეპრესიული განცდები, როდესაც მისი მეგობარი გოგონა არ ურეკავს დაპირებისამებრ. ის ასკვნის; რომ იგი წავიდა სხვა მამაკაცთან (პირველი დასკვნა B₁), ე.ი. მას იგი არ უყვარს (მეორე დასკვნა B₂), რაც მისთვის ნიშნავს, რომ არც ერთი ქალი დედამიწის ზურგზე მას არ შეიყვარებს (მესამე დასკვნა B₃). პაციენტი ძალიან იშვიათად აცნობიერებს, რომ აზროვნება იღებს დასკვნის ან დასკვნათა მთელი ჯაჭვის სახეს. ისინი არავერბალიზებულია და თერაპევტმა ისინი უნდა ამოიტანოს პაციენტის ცნობიერებაში ანუ ექსპლიციტური, ნათელი გახადოს.

ჩვენ ვასაბუთებთ, რომ ადამიანების ემოციურ რეაგირებაში (C), აისახება შეფასებები, და დასკვნები და მათი კომბინაცია, რომელსაც საფუძვლად უდევს ერთი ან რამდენიმე შეფასება. ჩვეულებისამებრ შესაძლებელია დასკვნის გამომხატველ წინანდადებებში იმპლიციტურად არსებულ შეფასებათა „კვალის“ მიდევნება. ინდივიდი მასთან ურთიერთობაში მყოფ სხვა ინდივიდებს ან ობიექტურ გარემოებებს გარკვეულ თვისებებს მიაწერს (შეფასება). ინდივიდმა შეიძლება შეაფასოს ერთჯერადი ქცევა - „ეს ცუდი საქციელი იყო“, პიროვნების თვისებები ან როლი - „ის ცუდი მასწავლებელია“ ან მთლიანად პიროვნება - „ის ცუდი ადამიანია“, „მას ყოველმხრივ ცუდი ხასიათი აქვს“. თუმცა მათგან მხოლოდ ზოგიერთი შეფასება ინვესს დისტრესს.

ჩვენი აზრით პიროვნების ნეგატიურ შეფასებას — ინტერპერსონალურ გლობალურ, მყარ შეფასებებს, მსჯელობებს, მთლიანად პიროვნების მისი ღირსების შესახებ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. რადგანაც პიროვნების გლობალური ნეგატიური შეფასება არის შეფასების მთავარი კომპონენტი. ძლიერი ემოციური

აშლილობის მქონე პაციენტი (C), შეიძლება გაუცნობიერებლად ატარებდეს ცხოვრებისეული ვითარების, საკუთარი თავის ან/და სხვების გლობალურ ნეგატიურ შეფასებას. როდესაც საქმე გვაქვს სიბრაზის ემოციასთან, თერაპევტი ეძებს პიროვნების მხრიდან (მე - სხვების) ნეგატიურ შეფასებას. თუ ჩვენს მიერ წარმოსახულ პაციენტს ეშინია, რომ მიტოვებული იქნება პარტნიორი გოგონას მხრიდან, მაშინ ის მოახდენს ამ გოგონას მთლიანი პიროვნების ნეგატიურ შეფასებას. დეპრესიის, შფოთვის ან აზრთა მსვლელობა და „ჯაჭვი“ ხშირად გამოავლენს (მე—სხვების) ნეგატიურ შეფასებას, რომელიც უკვე (მე - მე-ს) ტიპის ნეგატიურ შეფასებაში გადადის. ჩვენ რომ დავუბრუნდეთ ჩვენს შემთხვევას, როდესაც პაციენტი გრძნობდა დეპრესიას, მას შეეძლო სავარაუდოდ ეფიქრა, რომ მისი შეყვარებული ამჟამად სხვა პიროვნებასთან არის, რაც მისთვის იმ მნიშვნელობის მატარებელია რომ ის უსუსური უვარგისი მამაკაცია. ის დაზნუნებული ხდება ამაში და ამით სხვა-მეს შეფასებას მე — მე შეფასებად აქცევს. (სხვები — მეს) შეფასება განზოგადდება დასკვნად მაგ.: „შენ მე იგნორირებას მიკეთებ, ე.ი შენ მე აღმიქვამ უსუსურ პიროვნებად“. შესაძლოა ეს ნეგატიური შეფასება არ ეფუძნება არავითარ ვარაუდსა და დასკვნას მაგ.: „შენ ხომ მე ეს პირდაპირ მითხარი“.

ფორმულირება: ა) B-ს დაკავშირება C-თან და ბ) ABC კომპლექსის დაკავშირება ადრეულ ფსიქოლოგიურ განვითარებასთან

ჩვენ ვნახეთ, როგორ ხდება ერთიანი კოგნიტიური ფორმულირება, რომელიც მოიცავს, როგორც მიმდინარე ABC ანალოზს, ასევე პიროვნების განვითარების ბიოგრაფიული მონაცემების შეფასებას. ეს ფორმულირება ამ ორი ფენომენის ინტეგრირების შედეგია. A, B და C შეფასების პროცესში თერაპევტი ახდენს აქტუალური პრობლემის კოგნიტურ ფორმულირებას. ეს ფორმულირება ნათელს ხდის, თუ (A) მოვლენით გამოწვეული რომელი კონკრეტული კოგნიცია (B) ბადებს (C) ქცევით და ემოციურ აშლილობას. ან ჩვეულებრივი ენით რომ ვთქვათ ეს ფორმულირება აკავშირებს პაციენტის გრძნობებს და ქცევებს იმ პიროვნულ, სუბიექტურ მნიშვნელობასთან, რომლსაც პაციენტი ანიჭებს ამ A მოვლენას ან ვითარებას. თერაპევტი პაციენტში ინვესტს ინსაიტს, ანუ მისთვის ნათელს ხდის იმას, რომ თვითონ მოვლენამ შეუძლებელია დამოუკიდებლად გამოინვიოს ქცევითი და ემოციური რეაქცია. პაციენტის გამოცდილებიდან გამომდინარე, ის ცხოვრების სხვადასხვა მონაკვეთში ამ მოვლენაზე სხვადასხვანაირად რეაგირებს. სტაბილური და გლობალური ნეგატიური თვითშეფასება ყოველთვის დეპრესიულ განცდებს თან ახლავს.

შემთხვევის ფორმულირებისას თერაპევტმა და პაციენტმა უნდა გაითვალისწინონ პაციენტის პიროვნების განვითარების და ჩამოყალიბების თავისებურებები, რათა დისტრესისადმი მისი მონყვალადობა გამოვლინოს. მონყვალადობას ინვესტს ნეგატიური პიროვნული შეფასება, და მასთან დაკავშირებული შესაბამისი დისტრესი. ფორმულირება უნდა მოიცავდეს პაციენტის ფსიქიკურ მონყვალადობის წარმოშობის მიზეზს (ჩვეულებისამებრ, ის ადრეული ბავშვობიდან მომდინარეობს) ანუ იმას თუ როგორ განუვითარდა პაციენტს ინტერპერსონალური ურთიერთობების ის დაცვითი სტილი, რომელიც მას იცავს ნეგატიური თვითშეფასების და

დისტრესის განმეორებითი განცდისაგან. ფორმულირება ასევე უნდა მოიცავდეს დისტრესის ეპიზოდებსაც, რომელთა განვითარებაში ცხოვრებისეული ვითარებები და მოვლენები გაშვები მექანიზმის როლს ასრულებდნენ. თერაპევტი ითვალისწინებს ორ გარემოებას: მიჯაჭვის, ემოციური კონტაქტის დამყარების ან/და ავტონომიის ნაკლებობის საშიშროებას.

მიზნის დასახვა და ალტერნატიული შესაძლებლობების ჩამოაყალიბა

თერაპევტი სთხოვს პაციენტს, ხელახლა ჩამოაყალიბოს პრობლემა ABC კონცეფციის ფორმულირების ტერმინებში და შეადაროს ის პრობლემის პირვანდელ AC ფორმულირებას. შემდეგ თერაპევტი სთხოვს პაციენტს ჩამოაყალიბოს მკურნალობის ძირითადი მიზანი – „რა გსურთ, რომ შეიცვალოს?“. მიუხედავად B-ზე მუშაობისა, პაციენტი ჯერჯერობით, როგორც ძირითად ამოცანას, შეიძლება A სიტუაციის ან მოვლენის შეცვლაში ხედავდეს. აქ შეიძლება რაიტის რჩევა გამოიყენოთ, რომელიც ხელს უწყობს პრობლემის გადაწყვეტის ალტერნატიული გზების ჩამოყალიბებას. თერაპევტი უხსნის პაციენტს, რომ არსებობს პრობლემურ სიტუაციაზე რეაგირების ოთხი გზა, რითაც შეიძლება მას თავი გაართვა:

1. პაციენტს შეუძლია გაექცეს, თავი აარიდოს კონფლიქტურ სიტუაციას
2. მას შეუძლია, არაფერი აკეთოს და უბრალოდ, შეეგუოს არსებულ სიტუაციას
3. მას რაღაც გზით შეუძლია, შეცვალოს პრობლემა

როდესაც პაციენტი დარწმუნდება, რომ ყველა ამ საშუალებამ არ იმუშავა მაშინ თერაპევტს დარწმუნებით შეუძლია მეოთხე ალტერნატიული გზის შეთავაზება.

4. მას შეუძლია, შეამციროს აუტანელი ემოციური განცდები და ქცევითი დარღვევები, იმით, რომ ძირშივე შეცვალოს ბირთვული რწმენა - შეხედულებები

B რწმენის ეჭვქვეშ დაყენება

პაციენტის თანახმობის შემდეგ „რწმენის“ შეცვლაზე მიმართული კოგნიტიური ინტერვენციის პროცესი უნდა დაიწყოს. რწმენის ეჭვქვეშ დაყენების პროცესი დისპუტის და ემპირიული შემოწმების, გადამოწმების კომბინაციას წარმოადგენს. ის შეძლებისდაგვარად მოითხოვს პაციენტის გამოკითხვის არადირექტიულ სტილს (ასევე არ არის სასურველი პირდაპირ რჩევის მიცემა) და მიმართულია პაციენტის აქტიურ ჩართვაზე, რათა ამ უკანასკნელმა გამოავლინოს პრობლემების გადანაცვების საკუთარი პოტენციური უნარი. ეს პროცესი ცნობილია, როგორც სოკრატესული დიალოგის მეთოდი, რომელიც ეფუძნება ღია და დახურული შეკითხვების დასმას. მაგალითის სახით ეს მეთოდი განხილულია ა. ბეკის სახელმძღვანელოს ერთ-ერთ მონაკვეთში.

ის ფორმულირება ითვალისწინებს წარსულის ტრავმულ მოვლენებს და

საშუალებას გვაძლევს აღმოვაჩინოთ პაციენტის ბირთვული რნმენისაგან განსხვავებული შეხედულებები მაგ.: მტკიცება - „მე არავის არ ეუყვარვარ“, უნდა ჩავანაცვლოთ შემდეგი ფორმულირებით - „მე არასოდეს მიგრძენია სიყვარული ჩემთვის ღირებული ადამიანებისგან“ - ამ ორი ფორმულირების, ორი ალტერნატიული შესაძლებლობის შედარება ხდება მათი სისწორის, ადექვატურობის ხარისხზე დისკუსიის და პირდაპირი გადამონმების გზით.

დასკვნებზე მსჯელობა და მათი ტესტირება გადამონმება. დასკვნების კვლევა ეფუძნება „მცენიერულ“ მეთოდს, რომელშიც იქმნება ჰიპოთეზა და შემდეგ ფაქტებზე დაყრდნობით ხდება ამ ჰიპოთეზის სისწორის შეფასება, გადასინჯვა. კერძოდ, თერაპევტი ეხმარება პაციენტს, რათა მას შეექმნას სწორი წარმოდგენა სპეციფიკურ კოგნიტიურ „გადახვეწებებზე“, რომლებიც აფერხებს მისი კრიტიკული აზრის ჩამოყალიბებას. თერაპევტი ცდილობს მათი გავლენის შესუსტებას. მცდარი დასკვნის სისწორეში ეჭვის შეტანის საუკეთესო გზაა შემდეგი შეკითხვების დასმა, „სად ჩანს თქვენი აზრის სისწორე? განა ეს ცხადია? რაში ხედავთ ამის დამადასტურებელ ფაქტებს.“

დასკვნათა გადამონმება გულისხმობს იმას, რასაც რაციონალურ ემოციურ-ბიპევიორულ თერაპია, უწოდებს თავის თავზე რისკის აღებას. ეს ნიშნავს, რომ პაციენტი თანამიმდევრულად მუშაობს მისი შიშის გამომწვევ პრობლემაზე, რათა შეამოწმოს ყველა ის ჰიპოთეზა, ვარაუდი, დასკვნა, რომელიც პაციენტის აზრით აუცილებლად მარცხთან არის დაკავშირებული. ადამიანის რწმენა შეიძლება ასახედეს ან არ ასახავდეს ობიექტურ რეალობას. პრობლემის გადაჭრის თვალნათელი მაგალითია პანიკური აშლილობის კლარკის კოგნიტური თერაპია (Clarke, 1986). ამ დროს პაციენტის დასკვნა - ვარაუდი ემყარება იმ ფაქტს, რომ ისეთი სიმპტომები, როგორიც არის - აჩქარებული პულსი, ტკივილი გულმკერდის არეში, სტენოკარდიის, ინფარქტის უტყუარი, აშკარა მაჩვენებლებია. ამ რწმენის ალტერნატიულია, ის შეხედულება, რომ ეს სიმპტომები გახშირებული სუნთქვის გვერდითი მოვლენებია. მას შემდეგ, რაც განისაზღვრება პაციენტის რწმენის ხარისხი, ის თანხმდება ემპირიულ ტესტზე. ეს ტესტი აშკარად ხდის იმ ფაქტს, რომ ზემოაღნიშნული სიმპტომები მხოლოდ მაშინ არსებობენ, როდესაც პაციენტი ხშირად სუნთქავს; ხოლო როგორც კი ის შეწყვეტს ხშირ სუნთქვას, სიმპტომები მაშინვე ქრება. ასეთ შემთხვევაში პაციენტი ახდენს თავისი რწმენის ხარისხის გადაფასებას და მზად არის შეცვალოს თავისი უსაფუძვლო რწმენა.

დისკუსიის, დისპუტის და გადამონმების ეს მეთოდი შესაძლებელია გამოყენებული იქნას სხვადასხვა სახის დასკვნებზე მუშაობისას, (რაც ზედა 7 საფეხურშია აღწერილი). განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ზემოაღნიშნულ „სხვები - მე“ გაკონტროლებას. ზოგჯერ პაციენტების დასკვნა ეფუძნება საკუთარ ვარაუდს სხვების მიერ მათი გლობალურად ნეგატიურ შეფასების შესახებ (ადამიანები მე მთვლიან გამოუსწორებელ, ცუდ პიროვნებად, არასოდეს არ შეიცვლიან ამ აზრს). ამის გამო პაციენტები განიხილავენ ამ შეფასებას, როგორც ფაქტს, იმის დასამტკიცებლად, რომ მართლაც უვარგისები არიან. პრობლემა ამ შემთხვევაში მეორად ფარულ დასკვნაში ძევს - თუ სხვები ჩემზე ამას ფიქრობენ, მაშინ ეს მართალია. მაგალითად, კითხვაზე - როგორია თქვენი წარმოდგენა, თქვენ მათი აზრით არ ვარგისხართ, თუ თქვენ მართლაც გჯერათ, რომ არ ვარგისხართ? პასუხი - თუ ისინი (სხვები) მართლაც ასე ფიქრობენ, მე მართლაც არ ვარგევარ.

თერაპევტი ცდილობს შეცვალოს ეს რწმენა. ამისათვის ორი გზა არსებობს: ერთი მდგომარეობს პაციენტისათვის მისი შეხედულების აბსურდული ფორმით მიწოდებას მაგ., მე (სხვა) თუ ვიტყვი, რომ თქვენ მარტორქა ხართ, ეს მართალი იქნება? ამ შემთხვევაში პაციენტი იღებს ამ შეუსაბამობას ინტელექტუალურად. მეორე გზა – თერაპევტი აგრძელებს საუბარს და ეუბნება — დავუშვათ მე ვთქვი, რომ თქვენ ცუდი პიროვნება ხართ, რას იგრძნობთ ასეთ შემთხვევაში? ამ შემთხვევაში პაციენტი ნათქვამს იღებს ემოციურად. როდესაც სხვათა ქცევა იძლევა მინიშნებას, რომ ისინი ჩვენ გვინუნებენ, ჩვენ ამ შემთხვევაში წინასწარ გვაქვს მოლოდინი, რომ ისინი მართლები არიან. სხვა სიტყვებით, ჩვენ ვეთანხმებით მათ, რადგან უკვე წინასწარ გვჯერა, რომ ისინი მართლები არიან. ამ დროს თერაპევტი ცდილობს, დაანახოს პაციენტს ის, რომ როდესაც ჩვენ სხვების შეხედულების გვჯერა ჩვენს შესახებ, მაშინ სინამდვილეში ადგილი აქვს პროექციას, ანუ ჩვენ სხვებს მივაწერთ საკუთარ რწმენა შეხედულებებს, რომლებიც სინამდვილეში მათ არც აქვთ.

შეფასებაზე მსჯელობა და ტესტირება: რაციონალურ - ემოციური თერაპიის დროს ვლინდება შეფასების სხვადასხვა ტიპი, მაგრამ მხოლოდ ზოგიერთი მათგანი იწვევს დისტრესს და საჭიროებს ცვლილებას. ჩვენ შეგვიძლია მოვახდინოთ პიროვნების ნეგატიური შეფასების პროცესის ილუსტრირება.

თერაპევტის მიზანია, რომ პაციენტმა შეაფასოს მხოლოდ ქცევა და თავი აარიდოს პიროვნების გლობალურ შეფასებას. არსებობს სამი ძირითადი საფეხური, რომელიც მიმართულია პიროვნების შეფასების შეცვლაზე რომლის დროსაც თვითონივე მათგანი იცავს მსჯელობის და შეფასების, ექსპერიმენტული მუშაობის თანმიმდევრობას. პირველი, თერაპევტი ააშკარავებს, რომ პიროვნების შეფასება არის გლობალური და მყარი და შეცვლას საჭიროებს. მისი პრინციპია, შეაფასო კონკრეტული ქცევა და არა პიროვნება მაგ., „მე ცუდად მოვიქეცი“ (თუ ეს მართლაც ასეა), და არა „მე ვარ ცუდი“. მეორე მნიშვნელოვანი ასპექტი არის იმპლიციტური დისფუნქციური დარწმუნების გამოაშკარავება, მაგ.: ისეთი ტიპის რწმენისა, როგორიც არის მაგ. ჩემი ღირსება ჩემი წარმატების, სხვების მხრიდან პატივისცემისა და სიყვარულის პირდაპირპროპორციულია. თერაპევტი და პაციენტი თანამშრომლობენ ამ შეხედულებების გამოაშკარავებაზე და განიხილავენ მის ზემოქმედების ეფექტს ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე. ისინი იკვლევენ ამ დისფუნქციური შეხედულებების მიზეზს. რამდენად შეესაბამება პაციენტის ეს აზრი მისი შეხედულებას საკუთარ თავზე, სხვებსა და გარემოზე. ამ პროცედურის ერთი ნაწილი შეიცავს ფაქტების და მოვლენების შეფასებას, ხოლო მეორე ნაწილი კი მიმართულია ინსაიტის (გაცნობიერების) მეთოდებზე, რათა გაავადინო პაციენტს, რომ არ შეიძლება ვინმე შეაფასო ტოტალურად, ერთიანად, სამუდამოდ... და ა.შ. პიროვნების თვითშეფასების პროცედურაში განსაკუთრებით მტკივნეული საწყისი ეტაპია.

„მე – მე“ შეფასების მნიშვნელოვანი ნაწილი არის ის გარემოება, რომ პაციენტი ხშირად უჯერებს სხვების შეხედულებებს რომელიც მის შეფასებას ეხება, მათთან გაიგივების, იდენტიფიკაციის გზით. ჩვენ უკვე ვისაუბრეთ იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა მოხდეს ეს.

მეორე ტიპი ფაქტების არასწორი გაგებისა არის ის, რომ პაციენტი ცდილობს, აჩვენოს თუ რას განიცდის; მაგალითად, რწმენა შეხედულებას – „მე ვარ

უვარგისი", პაციენტი დეპრესიით გამოხატავს და რეალურად განიცდის. მტკიცების - „მე ვარ უვარგისი“ - საფუძველი მდგომარეობს რწმენაში, „მე რომ რამეში ვარგოდე, არ შეეძლოდა დეპრესია“. ეს სწორედ ის შემთხვევაა, რომელსაც ბარნსი (Burns, 1992) უწოდებს „ემოციურ საფუძველს“ (ემოციურ გააზრებას). პაციენტის მიერ შესაძლებელია ემოცია გამოყენებულ იქნას, როგორც ჭეშმარიტების დამტკიცებული ფაქტი. პაციენტს შეიძლება შეახსენო, რომ ემოცია მისი რწმენა შეხედულებების შედეგია და არა მიზეზი.

თერაპევტისათვის შეფასების ცვლილების კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტი არის იმ დისფუნქციური მოსაზრების გამოვლენა, რომელიც მართავს თვით-შეფასების პროცესს. მაგალითისათვის, საზოგადოებაში გავრცელებული შეხედულებაა - „ჩემი, როგორც პიროვნების ფასი, პირდაპირპროპორციულია ცხოვრებაში მიღწეული წარმატების, დამსახურებული პატივისცემის, მოპოვებული სიყვარულის და ა.შ...“. ასეთ შემთხვევაში თერაპევტი და პაციენტი მუშაობენ იმ პირობით, რომ გამოავლინონ ამ მიკუთვნების სისწორე და მოახდინონ მისი ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე ექსპლორირება, მიაკვლიონ რწმენის წარმოშობის საფუძველს და განსაზღვრონ, რა იცის პაციენტმა საკუთარი თავის, სხვების და გარესამყაროს შესახებ.

და ბოლოს პაციენტი და თერაპევტი გადამონების სპეციფიკურ ტიპს გეგმავენ, რომელიც ელისმა ჩამოაყალიბა. ამ მეთოდს უწოდებენ „სირცხვილის განცდაზე შეტევას“. სირცხვილი არის ერთ-ერთი ძირითადი ემოციური რეაქცია, რომელიც შედეგია გლობალური ნეგატიური შეფასებისა, რომლის დროსაც პაციენტი თავს აღიქვამს სულელად, არაადეკვატურად, უსარგებლოდ და უღირსად. ეს სავარჯიშო განსხვავდება ზემოაღნიშნული რისკის საკუთარ თავზე აღების - „გაბედვისაგან“ იმით, რომ პაციენტს რაიმეს გაკეთება არ მოეთხოვება. ამ ტექნიკის აზრი იმაში მდგომარეობს, რომ ის ნებაყოფლობით განიცდის მარცხსა და უპატივცემულობას იმისთვის, რომ ემოციურად და ინტელექტუალურად გააცნობიეროს ის ფაქტი, რომ მას ძალუძს გადალახოს ეს უსიამოვნო განცდები რათა იცხოვროს მათ გარეშე.

სამინაო დავალებების დაგეგმვა - ეს არის თერაპიული პროცესის შესანიშნავი დამატება. მისი მიზანია პირველ რიგში პაციენტის ფსიქიკაში დისფუნქციური რწმენა-შეხედულების განსაზღვრა და ფუნქციურით, მისი ჩანაცვლება, რომელსაც მომავალში პაციენტი ცხოვრებაში განახორციელებს.

ნანილი III

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია

ფსიქოზების მოდელები

კოგნიტური თერაპიის მიხედვით ფსიქოზი რეალობასთან კავშირის ნაწილობრივ ან სრულ დაკარგვას წარმოადგენს. ცნობილია, რომ ფსიქოზურ აშლილობებს მიეკუთვნება: ნარკოტიკებით გამოწვეული ფსიქოზები, ორგანული ფსიქოზები, ხანმოკლე რეაქტიული ფსიქოზები, ბოდვითი აშლილობა, შიზოფრენია, შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა, ბიპოლარული (მანიაკალურ-დეპრესიული) აშლილობა, შიზოაფექტური აშლილობა და ფსიქოზური დეპრესია. ფსიქოზური სიმპტომები იყოფა პოზიტიურ და ნეგატიურ სიმპტომებად. პოზიტიურ სიმპტომებს მიეკუთვნება: ა) მცდარი, უობიექტო აღქმა (ჰალუცინაციები), მათ შორის ყველაზე ხშირია სმენითი ჰალუცინაციები; ბ) მცდარი, რეალობასთან შეუსაბამო რწმენა – მსჯელობები — ბოდვითი იდეები (მაგ: დეენის/პარანოიდული, განდიდების); გ) ფორმის მიხედვით აზროვნების აშლილობა, – ტანგენციალურობა, ალოგიკურობა, თანამიმდევრული მწყობრი აზროვნების შეუძლებლობა. ნეგატიურ სიმპტომებს წარმოადგენს: ა) აფექტური გასადავება, ბ) გაღარიბებული მეტყველება, გ) მოტივაციის დაკარგვა, დ) სიამოვნების განცდის დაკარგვა (ანჰედონია), ე) ყურადღების დაქვეითება.

ფსიქოზების გავრცელება 100 000 მოსახლეზე მერყეობს 7-დან 60 შემთხვევამდე. დაავადების წლიური გავრცელების მაქსიმალური დონე (ავადობის მაჩვენებელი) უპირატესად დიდი ქალაქების მაცხოვრებლებში გვხვდება. საერთო პოპულაციაში ავადობის გავრცელება შეადგენს 1%-ს. დაავადების დაწყების პიკი მოდის გვიანდელი მოზარდობის (მიახლოებით 20-წელი) ასაკზე. ფსიქოზური რეგისტრის ტიპიურ ქვეჯგუფებს წარმოადგენს: შიზოფრენია – 40%; შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობა – 22%; ბიპოლარული: მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზები – 17%; შიზოაფექტური აშლილობა – 12%; ფსიქოზური დეპრესია – 6%.

დღესდღეობით, ფსიქოზებისადმი ტრადიციული სამედიცინო-ბიოლოგიური მიდგომის პარალელურად, არსებობს ფსიქოზების წარმოშობის და განვითარების ფსიქოლოგიური მოდელიც. ისმის კითხვა „რისთვისაა საჭირო ფსიქოლოგიური ჩარევა?“ პასუხი არ არის ცალსახა და ეყრდნობა სხვადასხვა ავტორთა მთელ რიგ მოსაზრებებს, კერძოდ: ა) ფსიქოზური სიმპტომები ყოველთვის არ ექვემდებარება მედიკამენტურ მკურნალობას (Curson D. et al., 1988); ბ) ხშირად პაციენტები მედიკამენტებით მკურნალობაზე არ თანხმდებიან; გ) სუიციდის მაღალი რისკის გამო, (Falloon, I.R.H. & Talbot, R.E. (1981), დ) პაციენტებთან, მათი სიმპტომებისა და ცხოვრების სიძნელეების შესახებ, საუბრის დიდი მნიშვნელობის გამო.

ფსიქოზების მკურნალობის ფსიქოთერაპიულ მეთოდებს შორის ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას უჭირავს. ამის საფუძველს იძლევა ის, რომ ფსიქოზით დაავადებული პაციენტის რწმენა-შეხედულებები და განცდები – თავად ფსიქოზური სიმპტომები – კოგნიტური პროცესებიდან მომდინარეობს. ამასთან, ფსიქოზების დროს ხშირად ვხვდებით შფოთვისა და დეპრესიას, რომელთა მკურნალობის ნაცად და ეფექტიან საშუალებას კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპია წარმოადგენს. (Clark, 1999); კოგნიტურ-ბიჰევიორული

თერაპიის გამოყენება შეიძლება მკურნალობისადმი რეზისტენტული ქრონიკული სიმპტომების, აგრეთვე - ხშირი რეციდივების (PRP კვლევა: ფსიქოზის რეციდივის პრევენცია) მქონე პაციენტებთან. იგი გამოიყენება ფსიქოზის მწვავე სტადიაში, ფსიქოზის პირველი ეპიზოდის დროს და ფსიქოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პირებში.

ფსიქოზების დროს კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის ეფექტიანობის საკითხი ბადებს მთელ რიგ კითხვებს, რომლებიც კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის მიზნების არასწორ გაგებასა და ზოგჯერ ე.წ. „მითებს“ ეყრდნობა. ამ კითხვებს კვალდიფიციური პასუხი უნდა გაეცეს.

ეს კითხვებია: 1) კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიით ფსიქოზის სრული განკურნება ხდება? პასუხი: იგი ფსიქოზის უფრო მართვის, გაკონტროლების, დაუფლების, საშუალებას იძლევა, ვიდრე სრული განკურნების და გამოიყენება მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად როგორც მკურნალობის დამატებითი მეთოდი. 2) ეს მეთოდი ყველა პაციენტისთვის გამოდგება? პასუხი: პოტენციურად კი, მაგრამ მხოლოდ ზოგიერთი პაციენტის შემთხვევაში ვიღებთ ოპტიმალურ შედეგს. 3) კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია ინსტრუქციების პაკეტია? პასუხი: ზოგადად ინსტრუქცია შეიძლება წინ უძღოდეს თერაპიულ ჩარევას, მაგრამ უფრო მნიშვნელოვანია, რომ კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია ეფუძნებოდეს ინდივიდუალურ მიდგომას, რაც ყოველი კონკრეტული შემთხვევის ინდივიდუალურ ფორმულირებაში მდგომარეობს. 4) რამდენად ეფექტანია იგი ბოღვითი იდეების მკურნალობისას? პასუხი: კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის ძირითადი მიზანია ბოღვითი გამოწვეული დისტრესის მოხსნა, რაც უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ბოღვითი იდეებისაგან სრული გადარწმუნება.

ფსიქოზისადმი ფსიქოლოგიური მიდგომის სტრატეგია გულისხმობს: სიმპტომზე ფოკუსირებას; სიმპტომის განხილვას დროის ფაქტორის ჭრილში; შემთხვევის ფორმულირების გამოყენებას და ბიო-ფსიქო-სოციალური ფაქტორების გათვალისწინებას (იხ. ნახატი 1, 2, 3).

კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია ეფუძნება კოგნიტურ მოდელს, რომელიც თანაბრად განიხილავს დაავადების დაწყებას, განვითარებასა და ავადმყოფობის შენარჩუნების ხელშეწყობ ფაქტორებს. იგი ეყრდნობა შემთხვევის ფორმულირებას და წარმოადგენს სტრუქტურირებულ პროცესს. ამასთან, იგი უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტის მიერ მოწოდებულ პრობლემებსა და ერთობლივად შემუშავებულ მიზნებს და ჰქონდეს აღმზრდელობითი, სასწავლო-საგანმანათლებლო ხასიათი, რათა პაციენტმა შეძლოს თერაპიულ პროცესში გარკვევა. კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის დროს პაციენტის მდგომარეობის შემდგომი გაუმჯობესებისათვის უნდა გამოიყენებოდეს არადირექტიული სტილი, რომელიც სამკურნალო პროცესში პაციენტის აქტიურ ჩართვას გულისხმობს. კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია უნდა მოიცავდეს საშინაო დავალებებს და ამასთან ერთად იყოს დროში ლიმიტირებული.

ფსიქოზის დროს კოგნიტურ-ბიპევიორულ თერაპიას მიზნებია: ა) პაციენტის ჩართვა სამკურნალო პროცესში; ბ) კონკრეტული შემთხვევის ინდივიდუალური ფორმულირება, თერაპეუტის მიერ დაავადების სიმპტომების პეტეროგენულობის და დროში მათი სიმძიმის ცვალებადობის (ასევე, თანმხლები გვერდითი მოვლენების) გათვალისწინება; გ) პაციენტის მიერ სიმპტომთა დაუფლებას და მართვას და არა მათი სრული გაქრობა; დ) ფსიქოზური სიმპტომებით გამოწვეული დისტრესისა და ინვალიდობის შემცირება; ე) პაციენტის მიერ ფსიქოზის გაცნობიერებას და თვითრეგულაციის გაუმჯობესება; ე) საკუთარ „მე“-სა და ავადმყოფობის შესახებ

ნეგატიურ შეფასებებთან შეინააღმდეგება და უიმედობის შემცირება.

ფსიქოზის დროს კბთ-იაში გამოიყენება შემდეგი ტექნიკები: მხარდამჭერი კონსულტირება, დიდაქტიკური ფსიქოგანათლება, ფსიქიკური სფეროს ნორმალიზება, პრობლემების გადაჭრა, ბიპევიორული და კოგნიტური ტექნიკები, კოგნიტურ სქემებზე ფოკუსირება.

ფსიქოზის დროს კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიული პროცესი შედგება შემდეგი კომპონენტებისგან: ა) სამკურნალო პროცესში პაციენტის ჩართვა და მისი მდგომარეობის შეფასება ბ) პაციენტის მხრიდან ფსიქოზური სიმპტომების რეგულაციის ანუ თვითრეგულაციის (დაძლევის სტრატეგიები) უნარის გაუმჯობესება გ) ფორმულირება — პაციენტთან შეთანხმებული ერთობლივი მოდელის შემუშავება დ) სპეციფიკური ტექნიკების გამოყენება ისეთი სიმპტომებისათვის, როგორიცაა ბოძვითი იდეები და პალუცინაციები ე) შფოთვისა და ფსიქოტრაუმის შედეგების მკურნალობა ე) ნეგატიური სიმპტომებისა და დეპრესიის მკურნალობა და მართვა — კონკრეტული მიზნების დასახვა და უიმედობის დაძლევა ზ) მედიკამენტების გადაჭარბებული დოზებისაგან თავის შეკავება თ) საკუთარი „მე“-სა და სხვების შესახებ დისფუნქციური შეხედულებების შეცვლა და მუშაობა თვითშეფასებაზე; ი) მკურნალობაზე დათანხმება და კ) რეციდივის პრევენცია (იხ. ნახატი 4, 5, 6).

დეპრესიისა და შფოთვითი აშლილობებისაგან განსხვავებით, ფსიქოზის კოგნიტურ-ბიპევიორულ მოდელზე დამყარებული მკურნალობის შესახებ არ არსებობს ერთიანი აზრი. ამიტომ ფსიქოზის დროს კბთ გულისხმობს სხვადასხვა ელემენტების კომბინაციას. სპეციფიკური სიმპტომების მკურნალობისას კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია მთლიანად ეფუძნება კოგნიტურ მოდელს, რომელიც ფსიქოზურ და არაფსიქოზურ განცდებს ერთიან კონტინუუმში განიხილავს და ფსიქოზური განცდების შეფასებას გადამწყვეტ მნიშვნელობას ანიჭებს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ემოციურ ცვლილებებს და მათთან დაკავშირებულ აზრებს, მავნე სოციალურ გარემოს, დაბალ თვითშეფასებას, დაავადების შენარჩუნების ხელშემწყობ და რეციდივის გამომწვევ ფაქტორებს (იხ. ნახატი 7, 8, 9, 10, 11).

ცნობილია, რომ ფსიქოზებს აქვთ მულტიფაქტორული ეტიოლოგია, რომელიც მოიცავს ადრეულ და აქტუალურ რისკ-ფაქტორებს და დაავადების შენარჩუნების ხელშემწყობ გარემოებებს. ადრეულში იგულისხმება ბიოლოგიური, ნეიროკოგნიტური და ფსიქოსოციალური მონყვლადობა ხოლო აქტუალურში ტრიგერები, ანუ დაავადების მაპროვოცირებელი ფაქტორები.

ბიოლოგიურ მონყვლადობას განაპირობებს გენები, რომლებიც ფსიქოზისადმი პრედისპოზიზიციას ქმნიან. ბიოლოგიური მონყვლადობა დასტურდება დაავადების გაზრდილი რისკით იმ ოჯახებში, სადაც ერთი ან მეტი წევრი დაავადებულია შიზოფრენიით. ქვემოთ მოყვანილია შიზოფრენიის განვითარების რისკის მაჩვენებლები: მთლიან პოპულაციაში - 1%; და-ძმებში ერთ-ერთი პრობანდის დაავადებისას - 6%; შვილებში (ერთი დაავადებული მშობლით) - 13%; და ორივე დაავადებული მშობლით - 46%; ხოლო იდენტურ ტყუპებში - 48% (Ottensman G. 1991). ბიოლოგიური მონყვლადობის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაყოფის დაზიანება, მაგ.: დედის ვირუსული ინფექციით, ვიტამინების დეფიციტით და სხვა. ასევე, განვითარების ადრეულ ეტაპზე, გენეტიკურმა და/ან ფენოტიპურმა ფაქტორებმა, შესაძლოა მრავალი წლის შემდეგ ორგანული დარღვევები (სინაფსური კავშირების ანომალია) და კლინიკური სიმპტომების განვითარება გამოიწვიოს (McDonald, Fearon P, Cannon M, Murray RM., 1999).

ნეირო-კოგნიტური მონყვლადობის შესაფასებლად გამოიკვლიეს შიზოფრენიის

მარკერები, რისთვისაც ჩატარდა: 1) დუნედილის კოჰორტული კვლევა: (Cannon M., et al, 2002), 2) ერთნობიანი კოჰორტული კვლევა (1972-73) რომელიც შედგებოდა 1037 ბავშვისაგან, რომელთაც აკვირდებოდნენ დაბადებიდან 26 წლის ასაკამდე; 3) ორნობიანი ინტერვალებით 3-დან 11 წლამდე ბავშვების გამოკვლევა, რომლებსაც აფასებდნენ განვითარების განსაზღვრული მაჩვენებლების მიხედვით; 4) დაკვირვება 11 წლის ასაკის ბავშვების ფსიქოზურ სიმპტომებზე (გამოიყო რისკ-ჯგუფი); 5) 26 წლის ასაკში ფსიქიკური სტატუსი შეფასდა DSM-IV^{TR} კრიტერიუმების გამოყენებით; და ბოლოს 6) შედარებითი ანალიზი შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის მქონე (3.7%), ჯანმრთელ საკონტროლო ჯგუფის, მანიის – (2%) და ნევროზული აშლილობების – (28.5%) დიაგნოზის მქონე პაციენტებთან.

ჩატარებული კოჰორტული კვლევის თანახმად, ემოციური და ინტერპერსონალური ურთიერთობის პრობლემები აღმოაჩნდათ იმ ბავშვებს, რომელთაც მოგვიანებით დაესვათ რომელიმე ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზი. დამატებით, მეტყველების ნეირომოტორული და სენსორული კომპონენტის დარღვევებს და ინტელექტუალური განვითარების (IQ) შეფერხებას ადგილი ჰქონდა იმ ბავშვებში, რომელთაც მოგვიანებით დაესვათ შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის დიაგნოზი. ადრეული განვითარების დარღვევები დაკავშირებული იყო 11 წლის ასაკში ფსიქოზურ სიმპტომების გამოვლენასთან, რომლებიც თავის მხრივ, 26 წლის ასაკში შიზოფრენიისმაგვარი აშლილობის განვითარების წინაპირობა იყო.

ფსიქოლოგიური მონაცვლადობა ელინდება ნევროტიზმში (სტრესის მიმართ მგრძნობელობის საზომი) და წლების შემდეგ – ფსიქოზის განვითარების გაზრდილი რისკის არსებობაში (Cannon M. et al., 2002; Krabbendam L. et al., 2002). ამასთანავე მაღალი რისკის მქონე პირებს აქვთ კონკრეტული სქემა/დაყენება (Morrison A. P. et al., 2002) – „მე განსხვავებული ვარ“; ასევე გააჩნიათ უარყოფისა (გარიყვისა) და გაკრიტიკების შიში.

ფსიქოლოგიურ მონაცვლადობასა და ფსიქოზის განვითარებაში და დიდი მნიშვნელობა აქვს ადრეულ ბავშვობაში ოჯახში მიღებულ ინტერპერსონალურ გამოცდილებებს. მათ შორის აღსანიშნავია: ა) ატრიბუციის სტილი, ნაწილობრივ ნასწავლი მშობლებისაგან, ბ) პარანოია, დაკავშირებული დაუცველ მიჯაჭვულობასთან (insecure attachment) (1997; Cooper J.E, et al., 1998) გ) არასასურველი ორსულობა, რომელსაც ფსიქოზის განვითარების გაზრდილი რისკი უკავშირდება (Myhrman et al. 1998). ასევე გადატანილი ტრავმა წარმოადგენს ფსიქოზის განვითარების ერთ-ერთ წინაპირობას. საერთო პოპულაციის გამოკვლევით (Bebbington P. E. et al, 2004) აღმოჩნდა, რომ ფსიქოზის მქონე პირთა შორის ბევრი მიიჩნევს საკუთარ თავს მსხვერპლად. ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია ფსიქოზურ პაციენტებში, ხოლო ნევროზული აშლილობის ან ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების მქონე პირებში – შედარებით დაბალი. თუმცა იგი არ არის სპეციფიკური ფსიქოზებისათვის. მ. რომის და ა. ეშერის (Romme, M. A. J., & Escher, A. D) მიხედვით, არსებობს კავშირი ფსიქოტრავმასა და პალუცინაციების განვითარებას შორის. ასევე არსებობს კავშირი ბავშვობაში გადატანილ სექსუალურ ძალადობასა და პალუცინაციებს შორის.

ფსიქოლოგიურ მონაცვლადობაზე გავლენას ახდენს სოციალური გარემოც, კერძოდ – ურბანიზაცია. დიდ ქალაქებში ფსიქოზების განვითარების რისკი მომატებულია (J. Van Os, et al.). არსებობს ე.წ. კუმულაციური ეფექტი – ბავშვობაში რაც უფრო ხანგრძლივად ცხოვრობს ადამიანი ქალაქში, მით მაღალია

ფსიქოზის განვითარების რისკი. ურბანიზაცია წარმოადგენს მრავალი ფაქტორისაგან შემდგარ ცნებას. ეს ფაქტორებია: დაბალი სოციალური სტატუსი, ოჯახის მრავალრიცხოვნება, იმიგრაცია, ნარკოტიკების მოხმარება. მაღალია ფსიქოზის განვითარების დონე ეთნიკური უმცირესობის ჯგუფებში. ძნელი სათქმელია, რით არის ეს გამოწვეული, მათი დისკრიმინაციით თუ გარიყვით, მაგრამ ფაქტია, რომ, რაც უფრო იზრდება რეგიონში ეთნიკური უმცირესობის რაოდენობა, შიზოფრენიის სიხშირე მცირდება (Boydell J. et al., 2001). რიგი ავტორების (Janssen I. et al., 2003) მიხედვით, პიროვნების მიერ გაცნობიერებული დისკრიმინაცია შემდგომში უკავშირდება ბოლდითი იდეების წარმოშობასა და განვითარებას. ფსიქოზის განვითარებაზე გავლენას ახდენს, უმცირესობის ჯგუფში ყოფნა, პიროვნების გარიყულობა, გაუცხოება, საკუთარი თავის მსხვერპლად მიჩნევა, ექსტიმიზაცია. ამ დროს პიროვნების ტიპური სქემები/დაყენებები შემდეგნაირია: „მე არ შევეფერები გარემოს“; „მე მოწყვლადი ვარ“; „სხვები ჩემდამი მტრულად განწყობილნი და სამიშინი არიან“; „ჩემი ანომალური განცდების და ქცევის გამო ამ საზოგადოებისათვის მიუღებელი ვარ“.

ფსიქოზის განვითარების მაპროვოცირებელი ფაქტორები ეწ. ტრიგერები შესაძლოა, სხვადასხვა იყოს. მათ შორის მნიშვნელოვანია ნარკოტიკების მოხმარება (მაგ.: ამფეტამინები ან კოკაინი), რომლებიც ზრდიან დოფამინის დონეს და შეუძლიათ ფსიქოზის პროვოცირება. კოპორტულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ კანაბისის ინტენსიური მოხმარება ზრდის ფსიქოზის მოგვიანებით განვითარების რისკს (Andreasson S. et al., 1987; J. Van Os et al., 2002; Zammit S. et al., 2002; Arsenault L. et al., 2002).

მეორე, არანაკლებ მნიშვნელოვანი, ფაქტორი ფსიქოზის განვითარებისათვის არის დისტრესი, სტრესული ფაქტორების რეალური მატება ან მათი აღქმის (გაცნობიერების) გაზვიადება. ფსიქოლოგიური დისტრესის შედეგად გამოთავისუფლდება დოფამინის ჭარბი რაოდენობა, რასაც შეუძლია ფსიქოზის პოზიტიური სიმპტომების გამოწვევა.

ფსიქოზის დროს ადგილი აქვს შემდეგი სახის კოგნიტურ დარღვევებს: 1) მოცემულ მომენტში პაციენტის მიერ სენსორული გამღიზიანებლის აღქმა არ შეესაბამება იმ ინფორმაციას, რომელიც მის მესხიერებაშია. ეს განაპირობებს პაციენტის მიერ ამ სტიმულის ორაზროვან და არასტრუქტურირებულ აღქმას (Hemsley DR, 1993); 2) ვითარდება პრობლემები, რომლებიც განზრახვების და ქცევების გაკონტროლებას უკავშირდება და სუბიექტურად გაუცხოებულად აღიქმება (Friith, R., 1992); 3) საბოლოოდ ხდება ანომალური განცდების შეჭრა/ინტრუზია პიროვნების ცნობიერებაში.

ფსიქოზური სიმპტომატიკის განვითარებაში მნიშვნელოვანია ემოციების როლი. კერძოდ, ფსიქოზის რისკის მქონე პირებში დეპრესია და შფოთვა წარმოადგენს დაავადების უხშირეს ადრეულ ნიშნებს (Yung AR, McGorry PD; Freeman & Garety P., 2003). ფსიქოზის განვითარებამდე და მის თანადროულად წარმოშობილი ემოციური აშლილობის ხშირი ეპიზოდები გვაფიქრებინებს, რომ ფსიქოზის განვითარებაში დეპრესიასა და შფოთვაზე მნიშვნელოვანი წილი მოდის. გუნებ-განწყობა პირდაპირ გავლენას ახდენს მოვლენის განცდასა და მის შეფასებაზე.

არსებობს მთელი რიგი ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს პაციენტის ახსნა - შეფასებაზე. ესენია: 1) ნაადრევი დასკვნების გაკეთება ანუ წინაპირობების გაუზარებლად დასკვნაზე „პირდაპირ გადახტომა“. ამის გამო ადგილი აქვს პაციენტების მიერ მონაცემთა მიკერძოებულ შეგროვებას და ნაადრევი დასკვნის

გამოტანას. 2) სოციალური იზოლაცია – პაციენტისთვის მიუწვდომელს ხდის საკუთარი ანომალური განცდების ალტერნატიულ ახსნას. 3) პაციენტის დაქვეითებული ტოლერანტობა ორაზროვნებისადმი და გაურკვევლობისადმი – ის ცდილობს, აბსოლუტურად ყველა განცდას ახსნა მოუძებნოს. 4) მეტაკოგნიტური რწმენა – პიროვნების ისეთი შეხედულება საკუთარი აზროვნების პროცესების შესახებ, რომელიც გარეგან შეფასებას უფრო მისაღებს ხდის. 5) „დეფიციტური აზროვნების“ თეორია გულისხმობს სოციალური სიტუაციებისა და სხვათა განზრახვების გაგების გაძნელებას.

კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის პროცესში პაციენტისათვის დისტრესული გამოცდილების ფორმულირების მოდელის შემუშავება პაციენტთან ერთად ხდება. ამასთან, არგუმენტირების დროს საჭიროა მიკერძოებების (როგორიცაა „დასვენაზე პირდაპირი გადხტომა“, სხვების დადანაშაულების ტენდენცია, სელექტიური არჩევითი ყურადღება ნეგატიური სტიმულისადმი, სხვისი განზრახვის გაგების უნარის დაქვეითება) დაბალანსება, პაციენტის „უცნაური“ განცდების ხელახალი ახსნა, რეინტერპრეტაცია და ამ ყოველივეს გადაფასება, ფსიქიკის პროდუქტად მიჩნევა (მაგ. ხმების, შინაგან აზრებად). კბთ-ს დროს მნიშვნელოვანია იმ ქცევების შეცვლა, რომლებიც ხელს უწყობენ ფსიქოზური განცდების შენარჩუნებას ან ამძაფრებენ მათ. დიდი მნიშვნელობა აქვს დაბალი თვითშეფასებისა და ნეგატიური სქემების ახლებურ შეფასებას — გადაფასებას და დეპრესიასა და შფოთვაზე მუშაობას; პაციენტის ფსიქოზის შესახებ წარმოდგენის გადახედვას, კერძოდ, ისეთი საკითხებისა, როგორიცაა სტიგმა, გაკონტროლება, დამცირება და დანაკლისი; პაციენტის იზოლაციის და მისი არაადექვატური რეაგირების გარე მატრეამირებელ სიტუაციასთან დაკავშირება, რაც დაძლევის სტრატეგიების გამომუშავებას გულისხმობს.

კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიაში გასათვლისწინებელია ზოგადი პრინციპები, კერძოდ: ა) სიმპტომის არსებობა ყოველთვის არ მიუთითებს თერაპიული ჩარევის აუცილებლობაზე. ბ) პაციენტის პრობლემების ნუსხაში პრიორიტეტული უნდა იყოს ხმები/ბოდეა. გ) თერაპეუტის შეკითხვები უნდა იყოს: რა მოხდება სიმპტომის გაქრობის/შემცირების შედეგად? როგორ იგრძნობდი თავს, თუ ხვალ გაიღვიძებდი და ხმები შეწყდებოდა/ალარ იქნებოდა..? იგრძნობდით შევებას, ბედნიერებას, მონყენილობას, თუ თავს უჩვეულო მდგომარეობაში მიიჩნევდით?

პრაქტიკული რეკომენდაციები დამწყები კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპეუტისთვის:

▪ **შეცადეთ:**

- დამყაროთ პაციენტთან სამუშაო ალიანსი;
- პაციენტთან ერთად მკაფიოდ ჩამოაყალიბეთ სამუშაოს სტრუქტურა და მიზნები;
- გაიგოთ პაციენტის რწმენა/შეხედულებები; მოახდინოთ პრობლემების ფორმულირება;
- პირველ რიგში იმუშავოთ დისტრესულ აზრებთან; გააუმჯობესეთ პაციენტის თვითშეფასება;
- დაეხმაროთ პაციენტს, აღმოაჩინოს დაძლევის საკუთარი გზები.

▪ **ნუ შეცდებით:**

- იმოქმედოთ, როგორც ექსპერტმა და თავს არ მოახვიოთ პაციენტს თქვენი შეხედულებები;

- დარწმუნოთ იგი, მოსინჯოს ახალი ტექნიკები;
- შეცვალოთ პაციენტის სიმპტომები, მნიშვნელობა არა აქვს რომელი, ვთქვათ ფსიქიკური დაავადების სიმპტომი;
- ბრმად გამოიყენოთ კბთ ტექნიკები;
- იყოთ არათანმიმდევრული

პაციენტის ჩართვა, შეფასება და თერაპიული სტილი

ფსიქოზური პაციენტების კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის პროცესში ჩართვისას, შესაძლოა მათ გაუჭირდეთ ან მათთვის ძალზე მტკივნეული იყოს საკუთარ განცდებზე მსჯელობა. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტი დარჩეს აქტიური თერაპიული სეანსის ბოლომდე. ზემოაღნიშნული დაბრკოლების თავიდან ასაცილებლად თერაპევტმა მხედველობაში უნდა მიიღოს შემდეგი რეკომენდაციები: თერაპიულ პროცესში წინ წაიწიოს ნელ-ნელა, პაციენტთან ურთიერთობისას იყოს გულწრფელი, გახსნილი და ისაუბროს ყოველდღიური ენით, დაანახოს პაციენტს, რომ მზადაა მისი პრობლემების გასაგებად; გამოიყენოს იუმორი შესაფერად გილიას, დაამყაროს პაციენტისაგან უკუკავშირი, მისი შეფასება ყოველთვის უნდა იყოს თანამშრომლური, ემპათიური, მოქნილი და მგრძნობიარე პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობისადმი. თერაპიული პროცესის მიზანი უნდა იყოს თავად პაციენტისთვის დისტრესული პრობლემები და არა ის, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნორმებს სცილდება. ამ დროს პაციენტები უნდა გრძნობდნენ, რომ მათ უგებენ და მათ პრობლემებს სერიოზულად ეკიდებიან. ამასთან, მათი თვალსაზრისი საკუთარი პათოლოგიური განცდების შესახებ შესაძლოა მივიჩნიოთ ახსნის ერთ-ერთ ვარიანტად. თერაპევტმა პაციენტს უნდა შეხედოს, როგორც საღად მოაზროვნეს, რომელიც ცდილობს, გაერკვეს საკუთარ მდგომარეობაში და გააჩნია საკუთარი აზრი თავის რთულ, კომპლექსურ განცდებზე.

შესაძლოა, თერაპიულ პროცესში პაციენტის ჩართვისას წარმოიქმნას მთელი რიგი პრობლემები, მაგალითად, ისეთი კლინიკური სიმპტომები როგორიცაა – პაციენტის „ხმები“, პარანოიული იდეები და აზროვნების სხვა აშლილობა, ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება; ზოგჯერ შესაძლოა იყოს სეანსები პაციენტისთვის მეტისმეტად მასტიმულირებელი, გაუგებარი ან უსიამოვნო. შესაძლებელია, რომ პაციენტისა და თერაპევტის თვალსაზრი ერთმანეთს არ დაემთხვეს. ამ დროს პაციენტმა შეიძლება იფიქროს, რომ თერაპევტი მას შემოიღო ან სულელად მიიჩნევს; ის ნუხს იმის გამო, რომ საავადმყოფოში მოხვდება და აღარ სურს წარსული განცდების შესახებ საუბარი.

შეფასება ძირითადად ხდება სანყის სეანსებზე. თუმცა, შეფასება ტარდება მთელი კბთ-ს მიმდინარეობისას. არსებული პრობლემების დადგენა უნდა მოხდეს ისე, როგორც მას პაციენტი განსაზღვრავს (პრობლემების სიაწუსის შედგენა). საჭიროა, სპეციფიკური ფსიქოზური სიმპტომების და პაციენტის წარმოდგენების დეტალური შეფასება. ამ დროს ხდება ყველაზე მნიშვნელოვანი სიმპტომის ან პრობლემის კოგნიტურ-ბიპევიორული ანალიზი. აღინერება სიმპტომების განვითარების პროცესი, ცხოვრების ანამნეზი, რწმენა-შეხედულებები საკუთარ თავზე, სამყაროზე და მომავალზე; ფასდება თანმხლები ემოციური დარღვევები; ასევე, პაციენტის დამოკიდებულება დიაგნოზისა და მდგომარეობის მკურნალობის, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მიმართ. მნიშვნელოვანია, ოჯახის, მეგობრების,

ურთიერთობების ფორმებისა და არსებული სოციალური გარემოს შესახებ ინფორმაციის მოპოვება; ასევე, უნდა განისაზღვროს პაციენტის ქცევის ფორმები და სასამართლო საქმიანობის სახეები, მოკლევადიანი და გრძელვადიან მიზნები და გეგმები. ამ დროს ხდება პაციენტის კოგნიტური ფუნქციონირების, არგუმენტაციის სტილის, ცვლილებისადმი მისი მზაობის და ამ ცვლილების პაციენტისათვის მიმდინაელობისა თუ რისკის შეფასება.

მნიშვნელოვანია შედეგს პრობლემების ნუსხა. ეს მისცემს პაციენტს შესაძლებლობას, პქონდეს განსაზღვრული წარმოდგენა და მიმართულება თერაპიის მთელი კურსის განმავლობაში (Kirk J. 1989). ცალკეულ პრობლემაზე კბთ ჩარევის საფეხურებია: პრობლემის იდენტიფიცირება, მისი დაძლევის მიზნად დასახვა, პაციენტის ძლიერი მზარეების განსაზღვრა, აქედან გამომდინარე, მიზნისაკენ ოპტიმალური გზის მოძებნა და რეალისტურ შედეგზე ორიენტირება.

ქვემოთ მოყვანილია ცალკეული მაგალითები პრობლემათა ნუსხიდან:

„ადამიანები ტელეპატიურად მელაპარაკებიან და მეუბნებიან, თუ რა უნდა გავაკეთო. ვერ ვაკონტროლებ ჩემს ხმებს. პოლიცია დამდეეს. როდესაც სახლიდან გავდივარ, შფოთვა მენყება. ვერ გამიგია, თუ რა ხდება ჩემს თავს. მინდა ყველაფერი შეწყდეს, რათა ჩემი მდგომარეობა არ გაუარესდეს“.

აუცილებელია, არსებული პრობლემების გარდაქმნა მიზნებად, ვინაიდან, პრობლემები ყოველთვის ნეგატიური ხასიათისაა და ეხება წარსულსა და აწმყოს, ხოლო მიზნები პოზიტიურია და მიმართულია მომავლისკენ. ამისათვის, უნდა ჩამოინეროს მიზნები ბიპევიორულ ტერმინებში. მაგალითად, თუ მიზანია: „ვისურვებდი, რომ თავს უკეთესად ვგრძნობდე“, საჭიროა თერაპევტი შეეკითხოს: „ბედნიერი რომ იყო, რას გააკეთებდი?“ მიზნების ჩამოყალიბებას შეიძლება დასჭირდეს 1-2 სეანსი. მიზნები უნდა დაინეროს ე.წ. კგმრდ (SMART) ფორმატში და იყოს:

კონკრეტული (Specific);

გაზომადი (Measurable);

მიღწევადი (Achievable);

რეალისტური (Realistic) ;

დროში ლიმიტირებული (Time limited).

მიზნების მაგალითებია: „გარეთ გასვლისას ვისურვებდი, რომ დარწმუნებით ვიცოდე, მართლა დამდეეს პოლიცია, თუ მხოლოდ მეჩვენება (და ამ დროს, დისტრესი შემცირდება 80%-დან 50%-მდე. აეტ.). თუკი ნაკლებ შფოთვას ვიგრძნობ, შევძლებ მზიიდან გასვლას, როცა მომესურვება და მაგალითად ნავალ უახლოეს მალაზიაში, კვირაში 3-ჯერ“.

სიმპტომი ფასდება, პირველ რიგში, პაციენტის ამაჟამინდელი მდგომარეობის გამოკვლევით და კლინიკური გამოკითხვით. ამის შედეგად თერაპევტს პასუხი ექნება კითხვაზე, თუ რომელი სიმპტომით (სიმტომებით) არის წარმოდგენილი პაციენტის ჩივილები. სიმპტომთა სიმძიმის შეფასების ერთიან საზომს წარმოადგენს BPRS, პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების შკალა (PANSS). ამ გამოკვლევებით ვლელულობთ პასუხებს შეკითხვებზე: რამდენად მძიმეა სიმპტომები? როგორ იცვლებიან ისინი დროში და მკურნალობის ფონზე? სიმპტომთა მახასიათებლების ანუ პარამეტრების სიმძიმის შეფასება ასევე ხდება ფსიქოზური სიმპტომის შეფასების სკალით (PSYRATS), რომელიც პასუხს სცემს კითხვაზე: როგორ შეიცვალა სიმპტომთა ცალკეული ასპექტი მკურნალობის შედეგად?

კითხვარი (BAVQ-R) სიმპტომების, მაგალითად „ხმების“, შესახებ რწმენა-

შეხედულებებზე კოგნიტურ-ბიპვეიორული ანალიზის საშუალებას იძლევა. ამ კითხვარში ხდება პაციენტის, ემოციური და ქცევითი რეაქციის შეფასება. სიმპტომთა მონიტორინგი ჩვეულებრივ წარმოებს ყოველდღიური შეფასების სკალებითა და დღიურებით.

სიმპტომთა შეფასების საზომებს მიეკუთვნება:

I PSYRATS – სმენითი პალუცინაციების შეფასების სკალა. იგი აფასებს პალუცინაციების სიხშირეს, ხანგრძლივობას, ხმის სიმაღლეს, „ხმებით“ გამოწვეული დისტრესის ძალას და ინტენსივობას, „ხმების“ წარმოშობის შესახებ რწმენა-შეხედულებებს, „ხმების“ ნეგატიურ შინაარსს, „ხმებზე“ კონტროლს და მათი შეწყვეტის ალბათობას. ამ სკალაში მაქსიმალურ ქულათა ჯამია 44.

II PSYRATS – ბოდეითი იდეების შეფასების სკალაა. იგი აფასებს პაციენტის ბოდეითი აზრებით შეპყრობის ხარისხს (აზრების რაოდენობა და ხანგრძლივობა), ბოდეით აზრებში დარწმუნების ხარისხს, მათ მიერ გამოწვეულ დისტრესს (ხარისხი და ინტენსივობა) და პაციენტზე მათი შეწყვეტის ზეგავლენას. მაქსიმალურ ქულათა ჯამია 44.

BAVQ-R წარმოადგენს „ხმების“ შესახებ რწმენა-შეხედულებების კითხვარს, ანუ სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ – პაციენტის სმენით პალუცინაციებთან დაკავშირებული რწმენის, ემოციების და ქცევების საზომს. კითხვარში არის სამი ქვესკალა: პირველი ორი ეხება პაციენტისადმი ხმების 'დამოკიდებულებას' {მტრულად განწყობილი (Malevolence) ან კეთილგანწყობილი (Benevolence) 'ხმები'}, მესამე კი თუ რამდენად ყოვლისშემძლეა (Omnipotence) ეს ხმები. ხოლო დანარჩენი ორი ქვესკალის საშუალებით ხდება პაციენტის რეზისტენტობის, ხმებით შეპყრობის ხარისხის შეფასება ანუ ხმების მიმართ მისი ემოციური და ქცევითი რეაქციის განსაზღვრა. როცა ადამიანს ესმის ერთზე მეტი ხმა, კითხვარი იყვება დომინანტური ხმისათვის.

პაციენტის არსებული პრობლემები ფასდება კოგნიტურ-ბიპვეიორულ ჭრილში ხუთი კომპონენტის საფუძველზე. ესენია: კოგნიტური, ქცევითი, ემოციური, სომატური და გარემო ფაქტორები (იხ. ნახატი 12).

კოგნიტური კომპონენტის კბთ შეფასებისას ყურადღება ექცევა იმას, თუ რას ფიქრობს და რა რწმენა - შეხედულებები აქვს პაციენტს საკუთარი ფსიქოზური განცდების შესახებ; როგორია მისი წარმოდგენები და ხატები, რას აქცევს ის ყურადღებას, რა აგონდება და როგორ აკონტროლებს თავის არასასურველ აზრებს.

კოგნიტური კომპონენტების (ავტომატური აზრების) შეფასებისას თერაპევტისთვის დამხმარე კითხვებია: პირველად რა აზრმა გაგიღვიათ თავში, როცა X მოვლენა მოხდა? როგორ აღიქვით ეს მოვლენა? რაიმე ხომ არ შეუნყო ხელი ამ მოვლენის განცდას? ამ მომენტში გქონდათ თუ არა გონებაში რაიმე წარმოდგენა, ხატი? კონკრეტულად რას პავდა ეს წარმოდგენა, ხატი?

პაციენტის აზრების (აკვიატებული, ნეგატიური, აგრესიული, ბოდეითი აზრების) და სმენითი პალუცინაციების სუბიექტური მნიშვნელობის შესაფასებლად თერაპევტი იყენებს შემდეგ კითხვებს: რას ნიშნავდა თქვენთვის ეს აზრი? შესაძლებელია, რაიმე მომხდარიყო ან მოხდეს ამ აზრების გამო? ნორმალურია, მისაღებია თქვენთვის ასეთი აზრი? თუ არა, რატომ? რა დადებითი და უარყოფითი მხარეები აქვს ამგვარ აზრებს?

პაციენტის ყურადღების (სელექტიური ყურადღების) შეფასებისათვის თერაპევტი იყენებს შემდეგ კითხვებს: პირველ რიგში რამ მიიპყრო თქვენო ყურადღება როცა X სიტუაციაში აღმოჩნდით? როცა განიცდიდით შიშს/ სიბრაზეს/მოწყე-

ნილობას, პირველად რას მიაქცევთ ყურადღება, რა გააცნობიერეთ? რას ფიქრობთ მაშინ, როგორ აღგიქვამდნენ სხვები? როცა რაღაც X მოვლენა შეამჩნიეთ, შეგეძლოთ თუ არა სხვა რაიმეზე ყურადღების გადატანა?

ქცევითი კომპონენტის კბთ შეფასება ითვალისწინებს იმის გამოვლენას, თუ რას აკეთებდა პაციენტი სტრესულ სიტუაციამდე, სიტუაციის დროს და სიტუაციის შემდეგ; მიმართავდა თუ არა „დაცვით“ ქცევას ცუდი შედეგის თავიდან ასაცილებლად და ამჟამად არიდებს თუ არა თავს რაიმე გარკვეულ საგანს ან ადგილს.

ემოციური კომპონენტის კბთ შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია, თუ რა ემოციებს განიცდიდა პიროვნება სტრესულ სიტუაციამდე, სიტუაციის დროს და მის შემდეგ.

ზოლო სომატური კომპონენტის კბთ შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია ის, თუ როგორია მოტორულ — ვისცერალური რეაგირების ტიპი, ძილის თავისებურებანი და სხვა ორგანული ფაქტორები. ემოციური და სომატური რეაქცია შესაძლოა გამოვლინდეს კონვერსიულ - დისოციაციური ხასიათის განცდებით ან შფოთვის სიმპტომებით, მაგალითად: გულის რითმის დარღვევა, თავბრუ, ბუნდოვანი მხედველობა, დაძაბულობა, ქოშინი, ოფლიანობა, კანკალი, უსიამოვნო შეგრძნებები მუცლის არეში და ყლაპვის გაძნელება.

გარემო ფაქტორების კბთ შეფასება ითვალისწინებს საცხოვრებელი პირობების, ოჯახური და კულტურული გარემოს, მეგობრების წრის, მნიშვნელოვანი საქმიანობების შესწავლას. აგრეთვე რთული ცხოვრებისეული სიტუაციების და მათი ხელშემწყობი ფაქტორების ე.წ. გამშვები მექანიზმის ფუნქციის მქონე ვითარებების ანუ ტრიგერების გამოვლენას.

კოგნიტურ-ბიოპევიორული თერაპიის ერთ-ერთი მიზანია შეფასდეს სიმპტომების წარმოშობის, განვითარებისა და შენარჩუნების თავისებურებები (ფორმები). უმჯობესია, პაციენტმა დაიწყოს მოყოლა სიმპტომის განვითარების შესახებ სიმპტომის გამოჩენის პირველი მომენტიდან და მიჰყევს მის განვითარებას მოცემულ მომენტამდე. უნდა შედგეს სიმპტომების დეტალური ნუსხა. ზოგჯერ არსებული სიმპტომები არ ვლინდებოდა და დაფარული იყო. მნიშვნელოვანია იმის გაიგება, თუ როგორ ჩნდება და ქრება სიმპტომი და თავად პაციენტი როგორ ხსნის ამას. თერაპევტმა უნდა შეაფასოს სიმპტომების პაციენტისეული ინტერპრეტაციები დროსთან მიმართებაში, ასევე, თუ როგორ ესმის პაციენტს ესა თუ ის თემა, დაუსვას შეკითხვები მაპროვოცირებელი (ტრიგერების) და შემანარჩუნებელი (კოგნიტური, ემოციური და ქცევითი) ფაქტორების შესახებ. თერაპევტის მიზანია განავითაროს თემები, ნაცვლად იმისა, რომ დაიწყოს თითოეული სიმპტომის დეტალური შეფასება. უნდა გაირკვეს ცხოვრებისეული მოვლენებისა ანუ სტრესორების კავშირი სიმპტომების განვითარებასა და შენარჩუნებასთან დროის ფაქტორის გათვალისწინებით...

თერაპევტმა ხშირად უნდა შეჯამოს სენსები და პაციენტთან უკუკავშირი დაამყაროს. იგი უნდა ცდილობდეს დროში დააკავშიროს ერთმანეთთან დისტრესული მოვლენები, პაციენტის სიმპტომები, აზრები, ემოციები და ქცევები. დიდი მნიშვნელობა აქვს იმის გამოვლენას თუ როდის ჰქონდა ადგილი პაციენტის მხრიდან მნიშვნელოვან ინტერპრეტაციას. ამისათვის მისაღწევად თერაპევტი იყენებს შემდეგ კითხვებს: პირველად როდის მოგესმათ „ხმა“? რა მოვლენები უძლოდა ამას წინ? რას ნიშნავდა მაშინ ეს ყველაფერი თქვენთვის? დღევანდელი გადასახედიდან, რას ნიშნავს ეს ყველაფერი თქვენთვის? განიცადეს თუ არა „ხმებმა“ განვითარება ან რაიმე ცვლილება? შეგიძლიათ მომიყვეთ, თუ როგორ

განდა „ხმები“ და რა ხდებოდა იმ დროს თქვენს ცხოვრებაში? როდის შეინიშნეთ პირველად ცვლილება „ხმებში“? როგორ შეაფასეთ ის ცვლილება მაშინ? წარსულს რომ გადავხედოთ, როგორ გეცმით „ხმებში“ იმ ცვლილების არსი? გთხოვთ დამიდასტუროთ, რომ ეს ყველაფერი სწორად გავიგე და ა. შ. . .

ბავშვობის დროინდელი განცდების დასადგენად მიზანშეწონილია ბავშვობის შესახებ სრული სურათის შექმნა. უნდა შეგროვდეს ცხოვრების და ავადმყოფობის ანამნეზი: ანუ ინფორმაცია ოჯახის (და-ძმებზე, მშობლებზე მათ ურთიერთობაზე), ბედნიერი და უსიამოვნო მოგონებების, სკოლის (მაგ.: ადგილი ჰქონდა თუ არა დამცირებას?) და მეგობრების შესახებ; აგრეთვე კულტურული ფესვების და რელიგიური რწმენის, სექსუალური ცხოვრების (უსიამოვნო სექსუალური გამოცდილება ან ფიზიკური ძალადობა) შესახებ. ასევე ვიგებთ ინფორმაციას სპეციფიკური სიმპტომების, მაგ. პარანოიის, შესახებ.

ბირთვული რწმენისა და ცხოვრებაში სამოქმედო სქემებისა და წესების შესაფასებლად ძალზე მნიშვნელოვანია თერაპევტმა მოიპოვოს ინფორმაცია, თუ როგორია პაციენტის რწმენა შეხედულება საკუთარი თავის, სამყაროს, სხვა ადამიანების და მომავლის შესახებ. არის თუ არა ეს რწმენა კომპენსანტორული და წარმოადგენს თუ არა მისი ცხოვრების წესს. ასე მაგ.: ა) ბირთვული რწმენა – ადამიანები არ არიან სანდო; ცხოვრებაში სამოქმედო სქემა – თუ ფრთხილად არ ვიქნები, ზიანს მომამყენებენ. ბ) ბირთვული რწმენა – მე უღირსი ვარ; ცხოვრებაში სამოქმედო სქემა – კარგად რომ ვიყო, ყველაფერი საუკეთესოდ უნდა ვაკეთო. გ) ბირთვული რწმენა – მე უცნაური და სხვებისგან განსხვავებული ვარ; ცხოვრებაში სამოქმედო სქემა – თუ ადამიანებს დაეუახლოვდები, ისინი გამრიყავენ.

პაციენტის აზროვნების ფუნქციონირების შესაფასებლად უნდა დადგინდეს, აქვს თუ არა ადგილი კოგნიტურ დეფიციტს: ა) აზროვნების ოპერაციულ აღმასრულებელ ფუნქციებში, როგორიცაა: დაგეგმარება და პრობლემების გადაჭრა, დაუყოვნებელი რეაგირება და კომპლექსურ ინფორმაციასთან თავის გართმევა (მეხსიერება, ყურადღება და კონცენტრაციის უნარი). ბ) დასკვნების მიღების სფეროში: კოგნიტური მიკერძოება, როგორიცაა: ნაჩქარევი დასკვნები, დასკვნებზე გადახტომა, სხვების დადანაშაულება. გ) ზრდასრული აზროვნების სტილში მაგ.: სულ ან არაფერის აზროვნების ტიპი, რომელიც კითხვარებში უკიდურესი პასუხებით ვლინდება. დ) კოგნიტური მოქნილობაში ანუ რაც უფრო მეტად ღიაა იგი ალტერნატივების განხილვისადმი, მით მეტია პაციენტის მოქნილობა).

მნიშვნელოვანია, შეაფასდეს პაციენტის მიერ საკუთარი თავისა და ირგვლივმყოფებისადმი ზიანის მიყენების რისკი. ბეკის დეპრესიის კითხვარის უიმედობის და სუიციდური აზრების განმსაზღვრელი სკალა კარგი საშუალებაა პოტენციური სუიციდური აზრების გამოსაუვლენად. რისკის შეფასების პროცედურა სტანდარტიზებულია.

კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის სეანსების სტრუქტურა სხვადასხვა აშლილობების დროს ერთმანეთის მსგავსია. ყოველთვის დგება პრობლემებისა და მიზნების ერთობლივი ნუსხა; დღის განრიგი – სეანსის დასაწყისში და უკუკავშირი — ბოლოში; მომავალი საშინაო დავალების ჩამოყალიბება და გადახედვა. ჩვეულებრივ, კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიაში ჩართვა პაციენტის წინაშე არ აყენებს მაღალ მოთხოვნებს და ნაკლებად სტრუქტურირებულია. ამასთან, ჩართვა საკმაოდ ხანგრძლივი (შეფასება 5-6 კვირის განმავლობაში) პროცესია და შესაბამისად სეანსებიც მეტად მოქნილია. მიზანშეწონილია სეანსების შინაარსის წერილობით შეჯამება. ჩვეულებრივ ჩართვა წარმოადგენს შემთხვევის ფორმულირებაზე დაყრდნობით და არა ცალკეული ტექნიკების გამოყენებით. მთელი თერაპიის პროცესი გრძელდება დაახლოებით 15-20 სეანსი 9 თვის განმავლობაში

(სულ ცოტა 10 სეანსი), კვირაში ერთხელ, ორ კვირაში ერთხელ, შემდეგ თვეში ერთხელ დამატებითი შეხვედრები, 20-60-წუთიანი სეანსები ინდივიდუალურად. ბუნებრივია, მარტო კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია პაციენტის პრობლემებს ვერ გადაჭრის, ასევე მნიშვნელოვანია მედიკამენტური ჩარევა და სოციალური დახმარება.

კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის დროს თერაპიული სტილი ითვალისწინებს ზოგად თერაპიულ უნარ-ჩვევებს, რომელიც ყოველთვის უნდა იყოს თანამშრომლური. ასევე მნიშვნელოვანია, პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა, დადებითი შეფასებების მიცემა, სითბო, ემპათია, ინტერესი. კარგია, როცა პიროვნებას აქვს განცდა, რომ მის მდგომარეობას სერიოზულად უდგებიან, ხელს უწყობენ გახსნაში — უსმენენ და აძლევენ განმარტებით შეჯამებას. ძალზე მნიშვნელოვანია, რომ ორივეს, პაციენტისა და თერაპევტის, მხრიდან იყოს ცვლილებისადმი რეალისტური მოლოდინი.

ხშირად საჭიროა თერაპიული პროცესის პაციენტზე მორგება. ამისათვის შეიძლება ხანმოკლე, მაგრამ ხშირი სეანსების ჩატარება. ასევე შეიძლება სეანსები ზოგჯერ ჩატარდეს არაოფიციალურ გარემოში, მაგ, პაციენტის ბინაზე. თერაპევტი სულ მზად უნდა იყოს პაციენტის მდგომარეობის გასათვალისწინებლად — შეხვედრის შესამოკლებლად, დროის შესაცვლელად, გამოტოვებული შეხვედრების ხელახლა დასანიშნად და ა. შ.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია, პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობისადმი ფაქიზი დამოკიდებულება. ამისათვის კარგია მორიგი შეფასების თავაზიანი შეთავაზება, ჩანიშვნების გასაკეთებლად ნებართვის აღება. ამ დროს თერაპევტმა მხედველობაში უნდა იქონიოს პაციენტის სიმპტომებისა და ფსიქიკური მდგომარეობის ცვალებადობა სეანსის განმავლობაში. აუცილებელია, პაციენტთან კონფრონტაციისა და მაღალი მოთხოვნების სიტუაციების თავიდან აცილება (დასაჯდომი ადგილების არა-კონფრონტაციული განლაგება, მზერიითი კონტაქტის შენარჩუნება პაციენტისათვის ასატანი შეზღუდვების ფარგლებში). მნიშვნელოვანია, რომ შეძლებისდაგვარად დაიძლიოს პაციენტის კოგნიტური უნარის დეფიციტი, გადამოწმდეს მისი გაგების უნარი და მაქსიმალურად იქნას გამოყენებული პაციენტის გამონათქვამები. ასევე სეანსები უნდა დაჯამდეს ნერილობითაც. თერაპევტი უნდა აცნობიერებდეს პაციენტის ემოციურ მონყვლადობას და არ უნდა გამოიწვიოს მასში ზედმეტად ძლიერი ემოციები. იგი სულ უნდა აბალანსებდეს პაციენტის ემოციებს, რისთვისაც სეანსების შინაარსი უნდა გახადოს მოქნილი, ზოგჯერ უნდა გადადოს პაციენტისათვის მგრძნობიარე საკითხების განხილვა. თერაპევტმა პაციენტს უნდა შეხედოს, როგორც აზრიან და რაციონალურ პიროვნებას, რომელიც ცდილობს გაუმკლავდეს მისთვის რთულ, გაუგებარ, დისტრესულ პრობლემებს და ავადმყოფურ გაცდებს. აქცენტირება უნდა მოხდეს თერაპიულ ურთიერთობაზე, რათა პაციენტს თანდათანობით განუვითარდეს ნდობა. თერაპევტი პაციენტს ეხმარება მისი რწმენების (ბოდივითი რწმენების ჩათვლით) გადამოწმებაში.

კოგნიტურ - ბიპევიორულმა თერაპევტმა მუშაობა უნდა წარმართოს პაციენტის თვალსაზრისის გათვალისწინებით, არაკონფრონტაციული სტილით. მან თავი უნდა აარიდოს პაციენტთან ე.წ. 'გარიგებას' („ეს არ არის ჩემი პირადი გამოცდილება, მაგრამ საინტერესოა თქვენ რას განიცდით“). ამასთან, თერაპევტმა უნდა გაამხნეოს პაციენტი, რათა ამ უკანასკნელმა დაძლიოს ბოდივითი იდეებით გამოწვეული შიშები (მაგალითად, ექიმმა არასოდეს არ უნდა იფიქროს, რომ პაციენტი ბოროტია). თერაპევტი უნდა იყოს ურთიერთობისთვის გახსნილი და პაციენტით

დაინტერესებული. მან უნდა მიიღოს პაციენტი სერიოზულად (მიუხედავად ბოდვის მინარისა); სადაც შესაძლებელია აღნიშნოს – „ეს შენთვის რთული და მართლაც დისტრესულია“; პარტნიორულ სტილში გამოიკვლიოს გაუგებარი და კომპლექსური პრობლემები; პაციენტთან ერთად უნდა იმუშაოს უფრო მეტის გასარკვევად („კოლომბოს ტექნიკა“); დარჩეს შეუპოვარი — არ მოეშვას პაციენტს, თუნდაც თავადვე იყოს დაბნეული/დათრგუნული და თერაპიას არაპერსპექტიულად უყურებდეს; იმ შემთხვევაშიც, თუკი პაციენტი მის მიმართ არის მტრულად განწყობილი. საჭიროების დროს თერაპევტმა უნდა იქონიოს სათადარიგო პოზიცია. როცა პაციენტი აქტიურად ენააღმდეგება თერაპევტის განსხვავებულ ხედვას, იგი უნდა დაეთანხმოს პაციენტის ზოგიერთ გამონათქვამს დისტრესზე, მის სენსორულ განცდებსა და შეგრძნებებზე. ასევე უნდა დაეთანხმოს პაციენტის მიერ გამოთქმულ რწმენა-შეხედულებების შედარებით ობიექტურ ასპექტებს. თერაპევტი უნდა ეცადოს, პაციენტი დაეთანხმოს განსხვავებული აზრის ქონის შესაძლებლობაზე. იგი უნდა გაეცნოს პაციენტის რწმენას და დააზუსტოს ამ რწმენაში პაციენტის დარწმუნების ხარისხი. მიუხედავად იმისა, რომ თერაპევტს შესაძლოა ჰქონდეს განსხვავებული იდეები და რწმენები, ის სულ მზად უნდა იყოს პაციენტის რწმენის შესახებ უფრო მეტი ინფორმაციის მისაღებად, რათა მათი განსხვავებული შეხედულებები არ გადაეღობოს ერთობლივი მუშაობისას. კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის პროცესში საჭიროა პაციენტისათვის კოგნიტური მოდელის წარდგინება, ანუ პაციენტის გათვითცნობიერება მოდელის შესახებ, რაც გულისხმობს კბთ ძირითადი პრონციპების გაცნობას: ანომალური განცდა ან მოვლენა (A); მისი ინტერპრეტაცია, აზრი ან რწმენა მის შესახებ (B); შედეგი: ემოციები და ქცევები (C); ვინაიდან სიტუაციები თითქმის ყოველთვის ორაზროვანია, შესაბამისად არსებობს მათი ნაირგვარი ინტერპრეტაციის შესაძლებლობა. ამის ასახსნელად თერაპევტმა უნდა მოიშველიოს მარტივი მაგალითები. მაგ.: ძალის შიში. (A) სიტუაცია: ადამიანი ხედავს ძალს; (B) ამ მოვლენაზე შეიძლება ჰქონდეს მას ორგვარი აზრი, რწმენა: 1) ძალლი მიკბენს, ან 2) ძალლი მეთამაშება; ამას შედეგად შეიძლება მოჰყვეს (C): 1) შფოთვა, გაქცევა ან 2) სიმშვიდე, ძალთან თამაში. თერაპევტმა პაციენტს უნდა აუხსნას, რომ რწმენა ყოველთვის ეფუძნება წარსულ გამოცდილებას, რომელიც განსხვავებულია სხვადასხვა პიროვნებისთვის. რწმენა, შესაძლებელია იყოს პიროვნებისთვის სასარგებლო ან პირიქით. საზოგადოდ, პიროვნების ქცევაში (C) აისახება მისი რწმენა (B).

ფსიქოზების დროს, კბთ-მოდელის გათვალისწინებით, პრობლემები ყოველთვის C-სთან არის დაკავშირებული (რომ არა C, თერაპია საჭირო არ იქნებოდა). პრობლემები იქმნება B-დან და არა A-დან, თუმცა პაციენტს შესაძლებელია ეგონოს, რომ პრობლემა არის A. მაგ., ხმები. პაციენტისთვის ნათელი უნდა გახდეს B-ს როლი და მნიშვნელობა. ამის შემდეგ თერაპევტმა პაციენტს უნდა გააცნობიერებინოს A B C-ს შორის არსებული კავშირი. ასე მაგ.: როცა პაციენტს ესმის ხმები (A), მისი ვარაუდი, რწმენა (B) შეიძლება იყოს: 1) ეს ეშმაკის „ხმაა“, ან 2) ეს სტრესის გამოა. ამის შედეგად მას უვითარდება (C): 1) შფოთავს და თხოულობს დახმარებას, ან 2) მშვიდადაა, აუღელვებლად უსმენს „ხმას“ და არ რეგირებს მასზე.

ფორმულირება

შემთხვევის ფორმულირება გულისხმობს კლინიკური ინფორმაციის და თეორიული მოდელის კომბინაციას, მაშასადამე, იგი წარმოადგენს გარკვეული ფსიქოზური სიმპტომის (ან სიმპტომთა) კოგნიტური მოდელის კონკრეტულ ინდივიდუალიზებულ ვერსიას. მასში წარმოადგენილია პაციენტის სუბიექტური განცდების სრული აღწერა, სადაც თვალსაჩინოადაა ერთმანეთთან დაკავშირებული თითქოსდა ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი მოვლენები, გარემო ვითარებები და ფსიქოზური განცდები. შემთხვევის ფორმულირებამ უნდა ნათელჰყოს სიმპტომების წარმოშობა, განვითარება და შენარჩუნება. იგი უნდა იყოს განმარტებითი და დაბალანსებული, არაზედაპირული, მკვეთრად ინდივიდუალური და ყოველგვარ განკითხვას მოკლებული. მასში წარმოდგენილი უნდა იყოს პაციენტისთვის აქტუალური მოვლენებისა და განცდების ალტერნატიული შეფასება. ფორმულირების შედგენა უნდა მოხდეს პაციენტთან თანამშრომლობით და არა მისთვის მზა ფორმულირების მიწოდებით. ამ დროს კოგნიტური თერაპევტი ხაზს უსვამს პაციენტის მიერ სიმპტომების შეფასების, ემოციებისა და ქცევების როლს კბთ-ფორმულირებისთვის. შემთხვევის ფორმულირება განსაზღვრავს თერაპიის მიზნებს, როგორცაა:

1. რწმენა-შეხედულების შეფასება და ალტერნატიული მოსაზრებების შემუშავება;
2. სიმპტომის შენარჩუნების ხელშეწყობი ფაქტორების გამოვლენა;
3. ანომალური განცდების გაცნობიერება;
4. დისტრესული ემოციური რეაგირების შეცვლა.

შესაძლოა, სწორედ შემთხვევის ფორმულირება დაეხმაროს თერაპევტსა და პაციენტს დაძლევის ოპტიმალური სტრატეგიების აღმოჩენაში. ასევე მისი მეშვეობით ხდება რეციდივის გამომწვევი ფაქტორების გამოვლენა.

ფორმულირების პროცესში ძირითადი პრობლემის შესახებ მონაცემთა შეგროვება ხდება კოგნიტურ-ბიპევიორულ ჭრილში. ესენია: მაპროვოცირებელი ფაქტორი-ტრიგერი, ანომალური განცდების შეჭრა-ინტრუზია ცნობიერებაში, მათ შესახებ აზრები, ემოციები და ქცევები. შესაძლებლობის შემთხვევაში თერაპევტი პაციენტთან განიხილავს მის მიერ მომზადებულ ფორმულირებას. ბოდვითი იდეების, რწმენა-შეხედულების მაგ. „აღადმიანებს შეუძლიათ ჩემი აზრების წაკითხვა“ – შემანარჩუნებელი ფაქტორების ფორმულირება ასე გამოიყურება. ტრიგერი: ავტომატურად მგზავრობა. განცდა: „აღადმიანები მე მიყურებენ“. აზრები/შეფასება: „აღადმიანები ჩემს აზრებს კითხულობენ“. ემოციები: შფოთვა. ქცევა: დაბლა ყურება, ავტომატური ჩასვლა.

ფორმულირების პროცესში ბირთვული რწმენა-შეხედულების შესახებ ჰიპოთეზებს აყალიბებს თერაპევტი. ფსიქოთერაპიული ჩარევა ყოველთვის ფორმულირების შესაბამისია. ჩვეულებრივ, თუმცა არა ყოველთვის, თერაპევტი ამ ფორმულირებას უზიარებს პაციენტს. მანამდე მნიშვნელოვანია, შეფასდეს ამის ზეგავლენა პაციენტზე (პაციენტისთვის ეს იქნება სასარგებლო, დამაბნეველი, თუ დისტრესული?). ამასთან, ფორმულირება უნდა წარმოდგინილი იქნას პაციენტისთვის გასაგები ენით და ფორმით, მაგ, დიაგრამის სახით, თანამშრომლური გზით, როგორც წინასწარი სამოქმედო გეგმა, შეთავაზება. ფორმულირება უნდა შეიცვალოს ახლად მიღებული ინფორმაციის შესაბამისად.

ამ პროცესში კბთ-ინტერვენციის მიზნები უნდა განისაზღვროს პაციენტთან ერთად. მათი დასახვის დროს უნდა გათვალისწინოთ თუ რამდენად იქნება ცალკეული მიზანი: სარისკო (ან უსაფრთხო), დისტრესული, მიღწევადი. აგრეთვე, მნიშვნელოვანია რამდენად მოტივირებულია პაციენტი ცვლილებებისადმი. თერაპიის სანაყის ეტაპზე მიზნები მიმართულია დისტრესის შემცირებისკენ ან პაციენტის დაძლევის სტრატეგიების შეცვლისკენ (იხ. ნახ. 13, 14).

მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლებიც შემთხვევების ფორმულირებისას უნდა იქნას გათვალისწინებული, არის: ფსიქოზური სიმპტომების წარმოშობა და განვითარება, ანამნეზური მონაცემები, პიროვნების ხასიათი (სენზიტიური, ასთენიური და ა.შ.) და პრემორბიდში მისი კოგნიტური ფუნქციონირება; პაციენტის ოჯახი და მეგობრები (იყო თუ არა იგი თავის წრეში მიღებული თუ, პირიქით, უარყოფილი, გარიყული ან დამცირებული); ძალადობისა და ფსიქოტრავმის ისტორია (იყო თუ არა ჩაგვრის, დაცინვის, წამების, დისკრიმინაციის ობიექტი); ნარკოტიკების მოხმარება; პაციენტის ცხოვრების ძირითადი მოვლენები და გადატანილი სტრესები;

ფორმულირების დროს არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ფსიქოზური სიმპტომების შენარჩუნების სქემას: პაციენტის მტკიცებულებების და დასკვნების, მსჯელობის მიკერძოებას, პაციენტის რწმენა-შეხედულებებს საკუთარ თავზე, სხვებზე, სამყაროზე და მის მეტაკოგნიტურ რწმენა-შეხედულებებს; დაცვით ქცევებს (თავის არიდებას); პაციენტის სელექტიურ ყურადღებას და მესხიერებას; აზრების გაკონტროლების (რეგულირების) სტრატეგიებს; ემოციებს (შფოთვა, დეპრესია); ამჟამინდელ სტრესს, ანომალურ განცდებს და ფსიქოზის მისეულ შეფასებას.

კოგნიტურ ბიპევიორული თერაპია ბოღვითი იდეების დროს

ბოღვის კბთ განმარტების მიხედვით, ბოღვა არის პიროვნების გარკვეული განცდების შესახებ არასწორი რწმენა. ეს უკანასკნელი ხდება ახალი მცდარი აზრების, მსჯელობების წყარო. ჩვეულებრივ მიღებულია ბოღვის შემდეგი კრიტერიუმებით დახასიათება: ა) მასში აბსოლუტური დარწმუნება და პიროვნების მიერ იმ ჭეშმარიტებად აღიარება, რომელსაც მისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა გააჩნია; ბ) ის არ შეესაბამება რეალობას და არ ექვემდებარება ლოგიკურ გადაჯერებას; გ) შინაარსობრივად ფანტასტიკურია, ან უკეთეს შემთხვევაში, რეალობასთან შეუსაბამო; დ) ბოღვითი რწმენა-შეხედულება არ არის მიღებული პაციენტის სოცო-კულტურული გარემოსთვის.

ბოღვა წარმოადგენს შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელ ერთ-ერთი სიმპტომს. შიზოფრენიის საერთაშორისო პოლოტური კვლევის შედეგად (W.H.O.1973) აღმოჩნდა, რომ შიზოფრენიის დროს გვხვდება: დამოკიდებულების ბოღვა 67%-ში; ზემოქმედების ბოღვა 48%-ში; დევისის ბოღვა 64%-ში.

შეთანხმების საფუძველზე „ჭეშმარიტი“ ბოღვა მიჩნეულ იქნა „პირველად“, ეინაიდან მას არ მოეძებნა სხვაგვარი ახსნა (Jaspers K. 1913-1959). იმავდროულად მის მიერ აღიარებული იყო „მეორადი“ ბოღვის არსებობაც, რომელიც ეფუძნება ემოციებს, პალუცინაციებს ან სხვა განცდებს. ბოღვის ამ ფორმის წარმოშობას ნაკლები თეორიული მნიშვნელობა ენიჭება, ვიდრე „პირველად“ სისტემატიზირებულ, ანუ ე.წ. „ჭეშმარიტ“ ბოღვას, რომელიც მიჩნეული იყო, გაუგებარ მსჯელობად.

მოგვიანებით ბოღვა განიხილებოდა (Maher B.A.1974, 1988), როგორც ავადმყოფური განცდების გააზრების, ახსნის მცდელობა. მაპერის მიხედვით,

ბოდვის დროს აზროვნების პროცესი დარღვეული არ არის და წარმოადგენს არანორმალური განცდის ახსნის მცდელობას. თუმცა რიგი ავტორები თვლიან, რომ ბოდვის დროს განსჯის პროცესი ნორმალური არ შეიძლება იყოს. მისი შეხედულებით, მოვლენათა არგუმენტირებისას პაციენტის მსჯელობის მიეკრძოებული ხასიათი გავლენას ახდენს მის მიერ მოვლენათა ახსნა-განმარტებაზე (Garety P.A. et al. 1991). დღესდღეობით მიღებული DSM-IV^{TR} (APA, 1994) კლასიფიკაციის მიხედვით – „ბოდეა არის მცდარი რწმენა, რომელიც ჩვეულებრივ მოიცავს ალქმის და განცდის არასწორ ინტერპრეტაციასა და შეფასებას“, ამდენად ხშირად ძნელად განსასხვავებელია ბოდეა და მყარი ზედირებულოვანი იდეა. ეს სხვაობა დამოკიდებულია იმ დარწმუნების ხარისხზე, რომლის მეშვეობითაც რწმენა არ იცვლება, მოუხედავად თვალსაჩინო კონტრარგუმენტების არსებობისა“.

ტრადიციული განმარტებით, ბოდეა წარმოადგენს უნიტარულ, „სულ ან არაფერ“ ფენომენს. იგი რადიკალურია და დროში წყვეტილი, რითაც განსხვავდება რწმენა-შეხედულების ყველა სხვა ფორმისაგან. თანამედროვე ავტორები, მათ შორის სტრაუსი (Strauss 1969), განიხილავენ ავადმყოფური სიმპტომების – ბოდეებისა და პალუცინაციების – და ჯანმრთელი მდგომარეობის მონაცვლეობის კონტინუალურ მოდელს. დღევანდელი შეხედულებით, ბოდვას გააჩნია მრავალ-განზომილებიანი ბუნება, კერძოდ:

- **შინაარსი;**
- **დარწმუნება** — რწმენის ხარისხი, „ფაქტის“ უდაბლაში დაჯერება;
- **აზრებით შეპყრობა** — დროის ხანგრძლივობა, რომელიც ამ რწმენაზე ფიქრს ეთმობა
- **დისტრესი** — გამოწვეული საკუთრივ რწმენა-შეხედულების შინაარსით და შესაბამისი აზრებით შეპყრობის ხარისხით (დროის ხანგრძლივობა და ინტენსივობა);
- **აკომოდაცია** – გარეგანი ფაქტორებით გამოწვეული რწმენა-შეხედულების შეცვლის შესაძლებლობის (მოდულიზირების/გარდაქმნის) ხარისხი. ბოდვის მრავალგანზომილებიანი ბუნების გამო ჯანმრთელი ადამიანის უჩვეულო რწმენასა და პაციენტის ბოდვით იდეებს შორის განსხვავების დანახვა მხოლოდ შინაარსზე და დარწმუნების ხარისხზე დაყრდნობით ძალიან ძნელია. ამ შემთხვევაში პაციენტის ბოდვითი იდეებით მოცვის და დისტრესის ხარისხი შესაძლებელია ის კლინიკური მარკერები გახდნენ, რომლის საშუალებით მკაფიოდ განავსხვავებთ ბოდვით იდეებს უჩვეულო რწმენა-შეხედულებისაგან (Peters et al., 1999).

საზოგადოდ ბოდვის, როგორც ფსიქოზის პოზიტიური სიმპტომოკომპლექსის კოგნიტიური კონცეფცია, მოგვანოდეს პ. გარეტმა და ა. მორისონმა (Garety P. et al — 2001; Morrison A.P.- 2001), ხოლო დ. ფრიმანმა, კუპერმა, პ.გარეტმა, დ. ფოულერმა და ბებინგტონმა (Freeman D., Garety P., Kuipers E., Fowler D. and Bebbington P. - 2002) შექმნეს საკუთრივ დენის (პერსექუტორული) ბოდვის კოგნიტიური მოდელი.

პ. გარეტისა და დ. ფრიმანის (Garety P. & Freeman D. 1999) კონცეფციის არსის გასაგებად ძალზე მნიშვნელოვანია ფსიქოზურ პაციენტთა კოგნიტურ (აზროვნების, განსჯის) თავისებურებათა გათვალისწინება:

ა) დასკვნების მიღების თავისებურება – უმნიშვნელო ფაქტზე დაყრდნობით დასკვნის სწრაფად მიღება. პაციენტებს ყოფნის სულ მცირე ინფორმაცია დასკვნის

მისაღებად — რაც გულისხმობს „დასკვნაზე გადახტომის“ სტილს. მაშასადამე, დასკვნის გამოტანისას პაციენტი ეყრდნობა საკუთარ რწმენას და არა გამომონებულ ფაქტებს ან მოვლენებს.

ბ) წარსულში გამოყენებული ლოგიკური კანონზოზომიერების ანმყოფი გადმოტანის უნარის დეფიციტი (ურთიერთმონაცვლადი სისტემების დეფიციტი), რაც იმას ნიშნავს, რომ მიმდინარე ინფორმაცია პაციენტებზე გადაჭარბებულ ზეგავლენას ახდენს და ამიტომ ისინი ნაკლებად ან პრაქტიკულად ვერ იყენებენ უკვე არსებულ ინფორმაციას.

გ) სოციალური კოგნიციების დეფიციტი. პაციენტს აღენიშნება სხვა ადამიანთა რწმენების, განზრახვების (სურვილების) და მისწრაფებების გაგების დაქვეითებული უნარი (სუსტი გაგების თეორია).

დ) აზროვნების ატრიბუციული სტილი (ატრიბუცია, ანუ ქცევების/მოვლენების ახსნა, მიკუთვნება) – ნეგატიური მოვლენების ახსნისას პაციენტები მიდრეკილნი არიან მოახდინონ მათი ატრიბუცია გარემო/ან პიროვნულ ფაქტორებზე. როცა რაიმე ცუდი ხდება, ისინი ძირითადად ამაში სხვებს ადანაშაულებენ.

ე) აზროვნების ნევროზული სტილი (A. A. Beck. 1976) მოიცავს:

1. უკიდურესი განზოგადოება-აბსტრაგირება. ანუ უმნიშვნელო ფაქტის განზოგადება. მაგ.: „პოლიციელი მეუხეშა, აქედან ჩანს, რომ პოლიცია ჩემს წინააღმდეგაა“.
2. სელექციური ყურადღება – ყურადღების კონცენტრირება მხოლოდ იმ ფაქტებზე, რომლებიც შეესაბამება პაციენტის რწმენას, ხოლო საპირისპირო ფაქტების იგნორირება.
3. სულ ან არაფრის ტიპის მსჯელობა/დიხოტომიური აზროვნება – უკიდურესობებით აზროვნება, მაგ.: „თუ მე ვერ შევძლებ ერთდროულად ყველა „ხმისაგან“ განეთავისუფლდე, თერაპიის გაგრძელებას აზრი არა აქვს“.
4. პერსონიფიკირება – პირადი პასუხისმგებლობის აღება იმ ფაქტებზე, რომლებსაც პაციენტი ან არანაირი კავშირი არა აქვთ.
5. შემთხვევითი დასკვნა. უმნიშვნელო ფაქტზე დაყრდნობით დასკვნის სწრაფად მიღება. ე.წ. დასკვნაზე გადახტომა, როდესაც სუბიექტის მიერ სპეციფიკური დასკვნა „შემთხვევით“ არაარგუმენტირებულად კეთდება.

მ. გარეტის და ა. მორისონის (Garety P. et al-სა და Morrison AP 2001) მიხედვით, ფსიქოზის განვითარების კოგნიტური თეორია შემდეგში მდგომარეობს: მაპროვოცირებელი ფაქტორის — ტრიგერის ზეგავლენას თან სდევს აზროვნების პროცესისი დარღვევა. ანომალური განცდების (პაციენტისათვის უცხო კოგნიტური და პერცეპციული ცვლილებები) გაძლიერება, რაც პაციენტში ახსნა-განმარტების მოთხოვნილებას ქმნის. მორისონის თანახმად (Morrison AP 2001) ცნობიერებაში ინტერუზია პათოლოგიად არ განიხილება, არანორმალურია მხოლოდ მისი ინტერპრეტაცია. ამ დროს მნიშვნელოვან როლს თამაშობს აფექტი, რომელსაც ფსიქოზთან არაპირდაპირი, ირიბი კავშირი აქვს. თავისთავად ტრიგერი არ იწვევს პაციენტში ანომალურ განცდას. მისი ჩართვა მხოლოდ პაციენტის აფექტური სფეროს დარღვევას იწვევს, რაც თავის მხრივ, ააქტიურებს მიკერძოებული შეფასების მქონე კოგნიტურ პროცესებს დეზადაპტაციური სქემით (მე – სხვები). საბოლოოდ ამას პაციენტი გარე მოვლენების ბოდიშად შეფასებამდე მიჰყავს. ბოდიშის განვითარების წარმოდგენილი სქემა პალუცინაციებისა ან სხვა ფსიქოზური

სიმპტომებისგან დამოუკიდებლად გვხვდება.

3. ტროუერის და პ. ჩედვიკი (Trower P. & Chadwick P. 1995) გამოპყოფენ პარანოიის ორი ტიპს: დენის და დასჯის პარანოიას, რომელთა განვითარების მექანზმი/სქემა განსხვავდება ერთმანეთისგან. კერძოდ:

I. დენის პარანოიის სქემა ვერბალურად შემდეგნაირად შეიძლება გამოიხატოს „მე სანყალი ვარ“. ამ დროს მოვლენები, რომელთაც ეყრდნობა პაციენტი, საფუძველს მოკლებულია. მის ემოციურ სფეროში დომინირებს სიბრაზე, უსამართლობის განცდა. ფაქტების ახსნისას იგი მიდრეკილია ექსტერნალიზაციისკენ და თვითშეფასების ამაღლებისკენ.

II. დასჯის, პარანოიის სქემა – „მე ცუდი ვარ“. ამ დროს პაციენტი მოვლენებს ხსნის, როგორც დამსახურებულ სასჯელს, რასაც თან ახლავს დეპრესია და შფოთვა. შესაბამისად, ადგილი აქვს დაქვეითებულ თვითშეფასებასა და სირცხვილის განცდას.

ბოღვის კბო-ს დროს მეტად მნიშვნელოვანია ბოღვითი რწმენა-შეხედულების შეფასება. ამ დროს საჭიროა ყურადღების ფოკუსირება ისეთ გარემოებებზე, როგორიცაა რწმენა-შეხედულების შინაარსი და ყოველდღიური მაგალითები, რომლებიც თვალსაჩინოს ხდის მაგ.: პარანოიდულ მცდარ ინტერპრეტაციას. ზემოაღნიშნულის გამოვლენა შეიძლება შემდეგი შეკითხვებით: „რა აზრი გაგინდათ, როდესაც მიხედით, რომ გითვალთვალებენ/თქვენს უკან ვილაცაა?“ „კონკრეტულად რა აზრი დაგეუფლათ, როდესაც შენიშნეთ, რომ გამყიდველმა მყიდველს შეხედა?“. ემოციური რეაგირების შესაფასებლად უნდა მივმართოთ შემდეგი შეკითხვებით: „ამ მომენტში რა განცდა(ები) დაგეუფლათ?“ პაციენტის რწმენა-შეხედულების პიროვნული მნიშვნელობის დასადგენად შევეკითხოთ: „როგორ გეხმით ეს?“ „რა მნიშვნელობა აქვს ამას თქვენთვის?“ „ამან თქვენი რწმენა ათასჯერ უფრო ძლიერი გახადა?“ ქვევითი რეაქციის გამოსავლენად კი უნდა ვკითხოთ: „ამ დროს რა გააკეთეთ? როგორი იყო თქვენი რეაგირება?“ „როგორ სცადეთ ამასთან გამკლავება ან მისი დაძლევა?“

კონკრეტული სპეციფიკური შემთხვევის ფორმულირება წარმოადგენს შემდეგ ნაბიჯს ბოღვაზე მუშაობისას.

პაციენტის ბიოგრაფიულ კონტექსტში რწმენა - შეხედულებათა წარმოშობის შეფასებისას ყურადღებას ვამახვილებთ იმ კონკრეტულ ფაქტებზე (თუკი ხელმისაწვდომია), რომელთაც ადგილი ჰქონდა პირველად, პათოლოგიური რწმენა-შეხედულების წარმოშობის ეტაპზე. ამის გამოსავლენად თერაპევტი პაციენტს მიმართავს შემდეგი კითხვებით: „რა მოხდა თქვენს ცხოვრებაში მაშინ, როდესაც ეს ყველაფერი დაიწყო? რას აკეთებდით? რას გრძნობდით?“

ასევე უნდა დროში შეფასდეს ცვლილებები რწმენა - შეხედულებებში, მათი გავლენა პიროვნებაზე, ამ ცვლილების შესაძლებლობა და ხელშემწყობი ფაქტორები. კბო-ს შემთხვევაში თუ გიფიქრიათ სხვაგვარად ამის შესახებ? როდესმე თუ გქონიათ განსხვავებული აზრი? როდესმე მომხდარა ისეთი რამ, რაც გაიძულებდათ სხვაგვარად გეფიქრათ, ან შეეცვალათ თქვენი შეხედულება?“..

იმავდროულად უნდა დადგინდეს ამ ცვლილებების მნიშვნელობა პაციენტისათვის. ამისათვის პაციენტს უნდა დაესვას შეკითხვები: „რა იქნება, თუკი X მოვლენა აღარასოდეს მოხდება? რა მოხდება თუ თქვენ აღმოაჩენთ, რომ X ფაქტს ადგილი არ ჰქონია?“. თუკი პაციენტი ცვლილების შესაძლებლობის შეფასებისას აღმოაჩენს, რომ ბოღვითი რწმენა სწორი არ არის, რა იქნება ამის შემდეგ, როგორ შეიცვლება პიროვნების შეხედულება საკუთარ თავზე? ბოღვის ფუნქცია მონმდება

ჰიპოთეტიკურ კონტრარგუმენტებზე რეაგირებით. ასე, მაგ.: „რას იფიქრებთ, ერთ დღესაც, მანქანა რომ არ აგედევნოთ?“.

აკომოდაცია ანუ პაციენტის მიერ მისი ბოდიითი რწმენის საპირისპირო ფაქტების დასახელება და რწმენაზე მათი ზეგავლენის გაცნობიერება, რაც მეტად მნიშვნელოვანია ამ რწმენა-შეხედულების შეფასებისას.

აღნიშნულ პროცესს ამარტივებს სტრუქტურირებული კითხვარები, როგორიცაა I. მოცლის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბოდიის შეფასების სკალა (Buchanan R. et al., 1993). იგი ეყრდნობა გასაუბრებისას აღმოჩენილ ბოდიით რწმენას და აფასებს:

ა) პაციენტის დარწმუნებას;

ბ) ბოდიითი იდეების შენარჩუნების ხელშეწყობ (შინაგან და გარეგან) ფაქტორებს;

გ) კონტრარგუმენტებზე ანუ ჰიპოთეტიკურ გადაჯერებაზე პაციენტის რეაგირებას და მასთან დაკავშირებულ აფექტს;

დ) ნეგატიურ ქცევას;

ე) ბოდიითი რწმენით შეპყრობის ხარისხს, სისტემატიზაციას;

ვ) კრიტიკას რწმენა-შეხედულების მიმართ და ნებისმიერი ქცევის გავლენას ამ რწმენაზე.

II. პიროვნული კითხვარი. იგი ააშკარავებს პაციენტის ფარულ რწმენა-შეხედულებას და აფასებს:

ა) რამდენად უქმნის პაციენტს ის დაბრკოლებებს ცხოვრებაში.

ბ) რწმენაში დარწმუნებას და მის რეაგირებას ჰიპოთეტიკურ გადაჯერებაზე.

გ) ბოდიითი რწმენით შეპყრობის ხარისხს და პაციენტის აკომოდაციას

კბთ-თერაპევტისთვის ბოდიითი რწმენა წარმოადგენს, როგორც პათოლოგიური განცდების ახსნას, ასევე პაციენტის მხრიდან მოვლენათა არსის გაგების მცდელობას. თერაპიის მიზანია, პაციენტს შევთავაზოთ, მათი პათოლოგიური განცდების ალტერნატიული, უფრო რეალური და ნაკლებად დისტრესული ახსნა. თუკი პაციენტისთვის ეს ალტერნატიული ახსნა მოულებელია (ვერ გაითავისებს), მაშინ თერაპიის მიზანი იქნება ნაკლებად დისტრესული გახადოს ბოდიითი რწმენა-შეხედულების არსებული, პაციენტისეული ახსნა. თერაპიული პროცესი უნდა წარიმართოს არაკონფრონტაციულ, ღია სტილში. თერაპევტი მზად უნდა იყოს, დაიკავოს „არ ვიცი“ პოზიცია, ვინაიდან იგი არ არის „მართლმსაჯულების არბიტრი“. თერაპია უნდა დაიწყოს რწმენა-შეხედულების კოგნიტური შეფასებით. შემდგომ ხდება პაციენტთან ფორმულირების გაზიარება. ამ დროს თერაპევტი აქცენტირებას ახდენს იმაზე, რომ რწმენა გასაგები გახადოს პაციენტისთვის და რაციონალურად მოახდინოს ე.წ. ნორმალიზება (ანუ უთხრას პაციენტს, რომ შესაძლოა, მსგავს სიტუაციაში ნებისმიერს ასე ეფიქრა).

ბრიტანეთში ჩატარდა კვლევა, რომლის დროსაც გამოკითხეს 60 000 ბრიტანელი მოზარდი. პროცენტული მაჩვენებლები მეტყველებს, რომ მეცნიერულად აუხსენლ მოვლენების შესახებ რწმენა ჯანმრთელ მოსახლეობაშიც გვხვდება: 50%-ზე მეტი შესაძლებლად მიიჩნევდა ტელეპათიის არსებობას; 50%-ზე მეტი თვლიდა, რომ შესაძლებელია წინასწარ გაიგო, მომავალში რა მოხდება; 25%-ზე მეტი მოჩვენებებს რეალობად მიიჩნევდა; 25%-ზე მეტს სჯერა რეინკარნაციის. კოქსის და კოულინგის (Cox, D., and Cowling, P. 1989) მონაცემებით, რაც უფრო მრავალმხრივია საკითხის ხედვა, მით ნაკლებია საზოგადოებაში არსებული სტიგმა.

ბოდივითი რწმენა-შეხედულების მოდიფიცირებისას თერაპევტი ძალზე ფრთხილად უნდა იყოს, რომ კარგად გაიაზროს პაციენტის ცალკეული რწმენა-შეხედულების შეცვლის შედეგები. სასურველია, წინასწარ დაზუსტდეს, თუ რომელი რწმენა-შეხედულება შეუწყობს ხელს პაციენტის ადაპტაციას. თერაპევტმა პაციენტს არ უნდა უბიძგოს ცვლილებისაკენ, მან მხოლოდ უნდა განიხილოს საგნად აქციოს ესა თუ ის იდეა და შესაბამისი ახსნა-განმარტებები. პაციენტმა არ უნდა იგრძნოს, რომ ის „შემცდარი“, ან ვალდებულია შეცვალოს თავისი მოსაზრება. თერაპევტი უნდა ეცადოს ბოდივით სისტემაში შეასუსტოს განსაკუთრებით დისტრესული ასპექტები. ძალზე ფრთხილად უნდა იქნას განხილული ყველა ის ფაქტი და ფაქტორი, რომლებსაც პიროვნება გარკვეულ რწმენამდე მიჰყავს. პაციენტმა უნდა იმსჯელოს იმ ცალკეულ „სეგმენტებზე“ (ერთიანი სურათის შემადგენელობაში), რომლებიც ზუსტად არ „ჯდება“ ერთიან სურათში; იმ გზებზე, რომლებმაც წარსულში შეცვალეს მისი რწმენა; ისაუბროს „გამოუვალ მდგომარეობებზე“, რომლებმაც გამოიწვიეს პაციენტის დისტრესი და ხელი შეუშალეს მას მიზნების მიღწევაში. თერაპევტმა უნდა განიხილოს ბოდივითი რწმენა-შეხედულების დამადასტურებელ (და საპირისპირო) ფაქტები და არა საკუთრივ რწმენა. მუშაობა უნდა დაიწყოს არაცენტრალური, ანუ პერიფერიული რწმენა-შეხედულების ყველაზე ნაკლებად მყარი ელემენტიდან. შემდეგ თერაპევტმა თანმიმდევრულად უნდა გადაინაცვლოს უფრო ცენტრალური იდეისაკენ. ფაქტების ალტერნატიული ახსნა-განმარტებების განხილვისას ეს იდეები უნდა „დაუკაშიროს“ პაციენტისავე მოსაზრებებს, ნაცვლად იმისა, რომ თავს მოახვიოს თავისი აზრი, როგორც უდავო ფაქტი. თერაპევტის მიმართვის ფორმებია: „მე ვფიქრობ“, „ზოგი ფიქრობს“, „შესაძლებელია ეს ყოფილიყო“ . . .

რწმენა-შეხედულების შეცვლისას გასათვალისწინებელია შემდეგი პრინციპები:

- ა) შედარებით არამყარი რწმენა-შეხედულების მოდიფიცირებისას თერაპევტი ნაკლებ ფსიქოლოგიურ წინააღმდეგობას ხედება.
- ბ) თერაპევტმა არ უნდა მოითხოვოს პაციენტისგან, უარყოს თავისი რწმენა - შეხედულება და მიიღოს თერაპევტის აზრი.
- გ) თერაპევტმა მსჯელობის საგნად უნდა გახადოს არა საკუთრივ რწმენა - შეხედულება, არამედ ის ფაქტი, რომელზედაც ეს აზრი აღმოცენდა.
- დ) თერაპევტმა მხარი უნდა დაუჭიროს პაციენტის მიერ საკუთარი რწმენა-შეხედულების საპირისპირო არგუმენტების გამოთქმას, თუნდაც ამის მისაღწევად აუცილებელი გახდეს პირდაპირი შეკითხვების დასმა

ბოდივითი რწმენა-შეხედულების მოდიფიცირება ხდება ეტაპობრივად: პაციენტის რწმენა-შეხედულების გამოკვლევა, რომელიც ემყარება მათ თანამშრომლობას; შესაძლო ახსნა-განმარტებების ერთობლივი შემუშავება (ანუ ვერბალური რეატრიბუცია/ხელახალი მიკუთვნება) და ბოდივითი რწმენა-შეხედულების მიჩნევა პიპოთუად მისი ხელახალი გადაფასების სტრატეგიის გამოყენებით. ამისათვის საჭიროა, არსებული რწმენისთვის ალტერნატიული ახსნა-განმარტებების განხილვა და მათ დამადასტურებელ და საწინააღმდეგო ფაქტებზე მსჯელობა (არგუმენტებისა და კონტრარგუმენტების გამოყენება). შემდგომი საფეხურია პაციენტის გარკვევა ნორმალური ფსიქიკური პროცესებში: აზროვნების მიკერძოებულობის და აზროვნების პროცესში შფოთვის როლის შესახებ. ასევე ხაზი უნდა გაესვას პაციენტის მიკერძოებულ აღქმასა და მის ინტერპრეტაციებს, რომლებიც ხელს

უნყოფს (პათოლოგიური) რწმენა-შეხედულების შენარჩუნებას. შესაძლოა, გამოვიყენოთ ე.წ. „ძირს ნასროლი ისრის ტექნიკა“ (იხ. ქვემოთ), რათა პაციენტისთვის თვალსაჩინო გახდეს მისი წინასწარგანწყობა, ანუ სქემა. ვთქვათ, თუკი პაციენტის წინასწარი დაყენება (ანუ სქემა) არის – „სამყარო სახიფათოა“, ის შესაძლოა, სიფრთხილით მოეკიდოს მკურნალობას და მოვლენების ინტერპრეტაცია მოახდინოს მათი საშიშროების ჭრილში. ძალზე მნიშვნელოვანია დანერვილებით იქნას გამოიკვლეული ის ფაქტი, რომელსაც პაციენტი თავის რწმენა-შეხედულებებს უდებს საფუძვლად. თერაპევტმა და პაციენტმა, ერთად უნდა განიხილონ წარსული ფაქტებიც და ნახონ, შესაძლებელია თუ არა მათი სხვა გზით ინტერპრეტირება (ალტერნატიული ახსნა-განმარტების შემუშავება, იხილეთ ქვემოთ). ასევე მნიშვნელოვანია, აღმოაჩინონ (პათოლოგიური რწმენა-შეხედულების) კონტრ-არგუმენტი, რომელიც პაციენტს გაცნობიერებული არ აქვს. ამისათვის თერაპევტმა უნდა გადაიტანოს პაციენტის ყურადღება პათოლოგიური რწმენა-შეხედულების კონტრარგუმენტზე (საპირისპირო ფაქტზე) და პოზიტიური ანუ ალტერნატიული მონაცემები, რომელთა შესახებ პაციენტი თავად ატყობინებს თერაპევტს, რათა ისინი შეიტანონ რწმენა-შეხედულებათა სისტემაში. თერაპევტი ახდენს თითოეული ფაქტის ყველა შესაძლო ახსნის დეტალურ გამოკვლევას სექტორული დიაგრამის საშუალებით. ამისათვის თერაპევტი ხაზავს წრეს. შემდგომ სთხოვს პაციენტს, ჩამოთვალოს ყველა შესაძლო ახსნა და ყოველ მათგანს ათავსებს წრის საერთო ფართის გარკვეულ სეგმენტში. საბოლოოდ გამოჩნდება, რომ თავდაპირველ პაციენტისეულ ახსნას წრის მცირე ფართი ერგო (იხ. ფორმა №3). ასევე ბოდვითი რწმენა-შეხედულების დამადასტურებელ და საპირისპირო ფაქტებზე დაყრდნობით ხდება ყოველგვარი შეუსაბამობის გამოვლენა და შეფასების კორეგირება. მაგ.: თუ ყურადღების გადატანა ეხმარება პაციენტს, ნაკლებად განიცადოს, რომ მას დევნიან, მაშინ, რაში მდგომარეობს მისი პრობლემა? იმაში, რომ ნამდვილად დევნიან თუ მხოლოდ მის დარწმუნებაში, რომ მას დევნიან?

სწორად პაციენტები თავიანთ ემოციებს იყენებენ ბოდვითი რწმენა-შეხედულების დამადასტურებელ ფაქტებად. ამიტომ მათ უნდა მიენოდოს ინფორმაცია მათი გრძნობების განსხვავებული, ალტერნატიული ახსნის შესახებ. შეძლებისდაგვარად ბევრი ალტერნატიული ახსნა დაეხმარება პაციენტს განიხილოს თავისი (ბოდვითი) რწმენა, როგორც ჰიპოთეზა. შესაძლოა, თავად პაციენტი ხსნიდეს მრავალგვარად თავის განცდებს, ბოდვითი შეფასებიდან დაწყებული ყოფით ახსნით დამთავრებული. ალტერნატივების მოფიქრების ყველაზე ეფექტური საშუალებაა ე.წ. გონების შტურმის მეთოდი (brainstorming). ამათგან ზოგერთი უნდა შედიოდეს შემთხვევის ფორმულირებაში. ალტერნატიული ახსნა-განმარტებებისთვის მიზანშეწონილია დაისვას შემდეგი კითხვები: „როდესმე გიფიქრიათ, რომ არსებობს ამის სხვაგვარი ახსნა?“, „რას ფიქრობდით ამის შესახებ, სანამ (ფსიქიკური) პრობლემები შეგანუხებდათ?“, „სხვა ადამიანი (ამხანაგი, ოჯახის წევრი) ან პაციენტსავე და სანდო პირი (მაგ.: მოძღვარი, საყვარელი ტელეგადაცემის თუ ნიგნის გმირი) რას შეიძლება ფიქრობდეს ყოველივე ამის შესახებ? რას შეთავაზებდით სხვას, მეგობარს ან ნებისმიერ ადამიანს, იმავე პრობლემით რომ მოსულიყო თქვენთან?“

შეკითხვაზე, თუ რატომ არ შეუძლიათ ბოდვის მქონე პაციენტებს, ამოიჩინონ თავიანთი გამოცდილების უფრო რეალისტური ახსნა, რიგი ავტორები გრიმანი, გარეტი ფოულერი დ, პ. კუიპერსი ე. ბებინგტონი და და სხვ. (Fowler D., Freeman, D., Steel, C., Hardy, A., Smith B, Hackmann, C., Garety, P., Kuipers E. Bebbington,

P.) პასუხობენ, რომ სხვაგვარი ახსნა მათი ფსიქიკისთვის ძნელად მისაწვდომია, ვინაიდან ბოღვის მქონე პაციენტებს ახასიათებთ მსჯელობისას აზრთა მოსხლეტა და მიკერძოებული არგუმენტირება, ამდენად, მათთვის მიუღებელია თავიანთი განცდების ალტერნატიული, მეტად რეალისტური ახსნის შინაარსიც. აღნიშნულის გამო პაციენტთან საუბარი შემდეგნაირად უნდა წარიმართოს: „ჩვენ უკვე ვისაუბრეთ იმ ფაქტორებზე, რამაც მიგიყვანათ (ბოღვით) რწმენა-შეხედულებამდე. თქვენ აღნიშნეთ..., რაც თავიდან მოხდა ..., რაც ისევ გრძელდება... გთხოვთ, თქვენს მიერ აღწერილ განცდას (ბოღვითი რწმენისაგან) განსხვავებული ახსნა მოუძებნოთ, ანუ ჩამოთვალოთ ყველა შესაძლო ვარიანტი, რაც ამ განცდების მიზეზი შეიძლება იყოს, თუნდაც თქვენ სულაც არ ფიქრობდეთ ასე“.

ბოღვითი შეფასების შესასწავლად ჩატარდა შემდეგი კვლევა. გამოიკვლიეს 100 ბოღვის მქონე პაციენტი გამწვავების პერიოდში. საკვლევ ჯგუფში შედიოდა: საშუალო ასაკის (40-50 წლის) მამაკაცი (n=68) და ქალი (n = 32). მათ შორის შიზოფრენიით დაავადებული იყო – (n=78), შიზოაფექტური აშლილობით – (n=21) და ბოღვითი აშლილობით – (n=1) პაციენტი. დაავადების საშუალო ხანგრძლივობა 12 წელი იყო. ბოღვით იღებზე მსჯელობისას 76 პაციენტს არ გააჩნდა ალტერნატიული მოსაზრება, 21-ს – მქონდა ერთი და 3-ს – მქონდა ორი ალტერნატივა. ალტერნატივის მქონე პაციენტებიდან ნაწილი (n=10) თავის მდგომარეობას ხსნიდა დაავადებით: „მე ფსიქიკური დაავადება მაქვს“, „მაქვს პარანოია“, „მაქვს ფსიქიკური დაავადება – ტვინის პათოლოგია“; ხოლო ნაწილი (n=7) კი – სტრესითა და სენსიზიტიურობით: „სტრესის ქვეშ ვარ“, „მე ნაკლებად კომუნიკაბელური ვარ“, „ეს ჩემი ფანტაზიაა“.

პაციენტების ალტერნატიული ახსნის შინაარსი ბოღვასთან შედარებით ნაკლებად დისტრესული იყო და ნაკლებად აღენიშნებოდათ თვითბრალდების იდეები. მათ მსჯელობაში არ დომინირებდა შინაგანი ფაქტორები და თავის განცდებს უმეტესად გარეგანი მოვლენებით ხსნიდნენ, ასევე ნაკლებად იყვნენ მიდრეკილნი ნაადრევი დასკვნების გამოტანისადმი. სიმძიმის მიხედვით, სხვადასხვა პაციენტის ფსიქოზური სურათი თითქმის არ განსხვავდებოდა ერთმანეთისგან.

პათოლოგიური განცდების ალტერნატიული (არაფსიქოზური) ახსნის უუნარობა გამოწვეული იყო ძირითადად შემდეგი მიზეზებით: ა) პაციენტებისათვის ძნელადმისაწვდომი იყო ალტერნატივები, ანუ მათ თავად უჭირდათ ალტერნატივის დანახვა. ამიტომ მათ მიერ დასახელებული ალტერნატივები იყო ძალიან ცოტა. ისინი ნაკლებად ხსნიდნენ თავიანთ განცდებს შინაგანი ფაქტორებით. ბ) მსჯელობისას, პაციენტებს აღენიშნებოდათ აზრთა მოსხლეტა და მიკერძოებული არგუმენტირება. ამდენად, რაც უფრო დაუფიქრებელი იყო პაციენტი, მით ნაკლები ალტერნატივა მოსდიოდა თავში და მეტად მეყსეული იყო მისი გადანყევტილება. დ) მიუხედავად იმისა, რომ ალტერნატიული ახსნის შინაარსი პაციენტებისთვის ნაკლებ დისტრესული იყო და აღარ შეიცავდა თვითბრალდების იდეებს, იგი მაინც ნაკლებად მისაღები იყო მათთვის.

პაციენტის მიერ ალტერნატივების ჩამოყალიბებასთან ერთად, ძალზე მნიშვნელოვანია მათი შეთავაზებაც. შესაძლოა, რომ ალტერნატივების შემუშავება საჭიროებადეს გულმოდგინე შრომას, აუცილებელია მათი არგუმენტირება. თერაპევტმა წუნდაუდებელი ალტერნატივა უნდა შეთავაზოს პაციენტს, სადაც გათვალისწინებული იქნება მრავალი, განსაკუთრებით პაციენტის გუნება-განწყობასთან დაკავშირებული, ფაქტორი.

ბოღვითი რწმენა-შეხედულების მოდიფიცირების პროცესი მოიცავს ალტერ-

ნატიული ახსნის განხილვას. ამ დროს საჭიროა ყველა ალტერნატივის ჩამოთვლა და დახარისხება (დარწმუნების ხარისხის (0-100%) მიხედვით). სხვადასხვა განცდების ახსნისათვის თერაპევტმა უნდა განიხილოს თითოეულის დამადასტურებელი და საპირისპირო ფაქტები. თერაპევტმა ცალკეული რწმენა ყოელთვის უნდა მიაკუთვნოს რომელიმე ჯგუფს, მაგ. ბირთვულ, შემანარჩუნებელ და ა.შ., ხოლო ალტერნატიული ახსნის გაანალიზებისას უნდა მოიყვანოს დამადასტურებელ ფაქტების (არგუმენტების) მაგალითი.

კბთ-ისას მნიშვნელოვანი საფეხურია პაციენტის გათვითცნობიერება საზოგადოდ ფსიქიკური პროცესების შესახებ. პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, ნორმალური აზროვნების პროცესის ზოგიერთი თავისებურებების შესახებ, როგორცაა, სელექტიური ყურადღება, მსჯელობის და ფაქტების დამახსოვრების მიკროძოებული ხასიათი. უნდა განუმარტოთ აზროვნების შესაძლო შეცდომები (მაგ.: პერსონიფიკირება, შემთხვევითი დასკვნები და ა.შ.). თერაპევტმა უნდა მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია, რომ შფოთვის დროს ადამიანისთვის ბუნებრივია აზრების მოზღვაება და გულისცემის გაძლიერება, რათა მათ ეს მოვლენები ბოდივითად არ ახსნან. ასეთ დროს თერაპევტმა ხელი შეუწყოს პაციენტს, რათა მას შემდეგი კითხვები დაებადოს: ფიქრისას ხომ არ შევცდი? ნაქარევი დასკვნა ხომ არ გავაკეთე? იქნებ, დამავინცდა, არ გავითვალისწინე ან უგულებელვყავი მნიშვნელოვანი ფაქტები? იქნებ მე უკიდურესობებით ვაზროვნებ? ხომ არ შევცდი და ემოციებს ავეყვი, ნაცვლად იმისა, რომ ფაქტებს დაყრდნობოდი?

ასევე კარგად უნდა დავაკვირდეთ სელექტიური ყურადღების ფენომენს. თერაპევტმა პაციენტს უნდა აუხსნას, თუ როგორ უწყობს ხელს სელექტიური ყურადღება პრობლემის შენარჩუნებას და წინა პლანზე მისი როლი უნდა წამოიწიოს. თერაპევტმა პაციენტს უნდა შესთავაზოს, რომ კონცენტრირება მოახდინოს საკუთარ შეგრძნებებზე ატქმევიწიოს, რას შეიგრძნობს ახლა, ამ სავარძელში ჯდომისას. პაციენტი იმავე წამს იწყებს იმის შემჩნევას, რასაც ადრე ვერ აცნობიერებდა. თერაპევტმა უნდა წარმოაჩინოს ის ფაქტი, რომ თუკი პაციენტი ყურადღებას ერთი მიმართულებით წარმართავს, ბევრად მეტ ინფორმაციას დააფიქსირებს. მან უნდა ჰკითხოვს პაციენტს: „თუკი რაიმე შეგრძნება დაგუფულათ ეს იმაზე ხომ არ მიგვანიშნებს, რომ ჩვენ გონებას აქვს ფილტრი, რომელიც მოცემული მომენტისათვის ჩვენთვის ნაკლებადმნიშვნელოვან ინფორმაციას უგულებელყოფს?“ კარგი იქნება, თერაპევტმა ნათელჰყოს სელექტიური ყურადღების გავლენა ადამიანზე მისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტის შეტყობისას (მაგ.: გაიგო, რომ ორსულად არის). შეკითხვები შემდეგნაირად უნდა დაისვას: სანამ X მოვლენა მოხდებოდა, რამდენად ამჩნევდით რაიმეს? მას შემდეგ, რაც X მოვლენა მოხდა, რა შეამჩნიეთ? როგორ ფიქრობთ, რაც შეამჩნიეთ სინამდვილეში უფრო X-ს მოვლენას შეეხებოდა? როგორ ფიქრობთ, რა იყო ამის მიზეზი? შესაძლოა ეს იმიტომ მოხდა, რომ თქვენი ყურადღება X მოვლენაზე დაფიქსირებული? ეს როგორ გეცმით? შეიძლება, რაიმე მსგავსი ახლაც განმეორდეს?

ბოდივითი რწმენა-შეხედულების მოდიფიცირების დროს, უნდა შეფასდეს პაციენტისთვის რამდენად ხელსაყრელი ან წამგებიანია მოცემული რწმენა-შეხედულების შენარჩუნება. თერაპევტი უნდა დაეხმაროს პაციენტს ამის გამოვლენაში და ხელი შეუწყოს პაციენტის ცვლილებისადმი მოტივირებას. თუკი, ბოდივას გააჩნია „სარგებელი“ (მაგ.: განდიდების ბოდივა, რომელიც თვითშეფასებას ზრდის), მაშინ თერაპევტმა ჯერ ამ საკითხზე უნდა იმუშაოს, სანამ გადავიდოდეს ბოდივითი რწმენის შეცვლაზე. იგი უნდა ეცადოს გამოიყენოს ალტერნატიული მეთოდი და გამონახოს სხვა გზა 'სარგებლის' მისაღებად. ბოდივითი რწმენა-

შეხედულების პერსონალური მნიშვნელობის გასარკვევად თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს „ძირს ნასროლი ისრის“ ტექნიკა (downward arrow technique); განმეორებით უნდა შეეკითხოს პაციენტს მისი რწმენა-შეხედულების სუბიექტური მნიშვნელობის შესახებ; უნდა დაუსვას შემდეგი ტიპის კითხვები: „თუ ეს (რწმენა - შეხედულება) მართალია, რას ნიშნავს ეს თქვენთვის? როგორი პიროვნება ხართ (ამ რწმენა-შეხედულების მიხედვით)? რას ხედავთ ამაში ცუდს?“

„ძირს ნასროლი ისრის“ ტექნიკა აღწერილია ტიპიურ სცენაში ქვემოთ. სიტუაცია: პაციენტი დგას ავტობუსის გაჩერებაზე. ემოცია: შიში, პარანორმული განწყობა. აზრები: მათ შეუძლიათ ჩემი აზრების ნაკითხვა.

თ: დაეუშვათ, რომ მართლი ხართ, რას ნიშნავს ეს თქვენთვის?

პ: ისინი მიხედებიან, რომ შეშინებული ვარ და გამოარკვევენ, უნინ რას ვაკეთებდი.

თ: ასეც რომ იყოს, რატომ არის ეს ძალიან ცუდი?

პ: მათ ეცოდინებათ, რომ მე ცუდი რამ ჩავიდინე.

თ: დაეუშვათ გაიგეს, თქვენთვის რა მნიშვნელობა აქვს ამას?

პ: ისინი მიხვდებიან, რომ მე ცუდი ადამიანი ვარ.

თ: ასეც რომ მოხდეს, რას ნიშნავს ეს თქვენთვის?

პ: მაშინ არავინ მოინდომებს ჩემთან ურთიერთობას და სამუდამოდ მარტო დავრჩები.

ვერბალური რეაქტიზაციის მეთოდის საშუალებით თერაპევტი უნდა ეცადოს პაციენტის რწმენა-შეხედულების ეჭვქვეშ დაყენებას ალტერნატივების წარმოჩინებით, ფაქტების გადამოწმებით და ა.შ. ამისათვის, თერაპევტი იწყებს (ბოდვითი) რწმენა-შეხედულების გადამოწმებას კონკრეტული მაგალითებით. რეალურობის შეფასებას ხდება ქცევითი ექსპერიმენტის მეშვეობით. ეს საშუალებას მისცემს პაციენტს, გამოსცადოს ამ რწმენა-შეხედულების ვალიდურობა და აღიაროს საპირისპირო ფაქტები. ამ დროს თერაპევტმა უნდა იფიქროს შესაძლო გამოსავალზე. ქცევითი ექსპერიმენტის ეტაპებია: ა) პროგნოზირება; ბ) პროგნოზის დამადასტურებელი და საპირისპირო ფაქტების გადახედვა; გ) სპეციფიკური ექსპერიმენტის შემუშავება, რომელიც პროგნოზირების ვალიდურობას (სარწმუნოობას) შეაფასებს; დ) შედეგების დეტალები წერილობითი დაფიქსირება და შესაბამისი დასკვნების გაკეთება.

ქცევითი ექსპერიმენტის დროს საშიში რწმენა-შეხედულების შეფასებისას პაციენტი ჩვეულებრივ პასუხობს შფოთვით. ეს შესაძლოა შემცირდეს ფორმულირების (როგორც ერთ-ერთი ახსნის) შეთავაზებით, ბოდვითი იდეების შესასუსტებლად ვერბალური რეაქტიზაციის სტრატეგიის გამოყენებით და შფოთვის დაძლევის გეგმის შემუშავებით. ასე მაგ.: დაძლევის საშუალებების ფორმულირებითა და რელაქსაციით. შესაძლებელია სიტუაციები სირთულეების მიხედვით იერარქიულად განაწილდეს. მუშაობა იწყება იმ სიტუაციით, რომელიც ყველაზე ნაკლებად არის შფოთვის მომგვრელი და პაციენტი თავადვე მიმართავს „დაცვით“ ქცევას. ხშირად პაციენტი ცდილობს, თავიდან აირიდოს ის ნეგატიური შედეგები, რომლებიც ბოდვით რწმენაში იგულისხმება, მაგ.: პაციენტი, რომელიც დარწმუნებულია, რომ „სლკის“ მიერ იდევნება, ცდილობს განთავისუფლდეს მდევნელებისგან. მაღაზიებში სხვადასხვა შესასვლელით შედის, მანქანების უკან იმალება, შესანიშნავ ტანსაცმელს იცვამს. ამგვარი სტრატეგიები კოგნიტურ

ცვლილებას ხელს ვერ შეუწყობს, პირიქით, ისინი ხელს უშლის პაციენტს ბოდვითი რწმენა-შეხედულების საპირისპირო ფაქტების, კონტრარგუმენტების განხილვაში.

თუ პაციენტები მიიღებენ და გაითავისებენ თავიანთი პრობლემების კოგნიტურ ფორმულირებას, მაშინ შესაძლებელია, ჩაატარონ ბოდვითი რწმენის რეალურობის შემაფასებელი ტესტი დაცვითი ქცევის შეწყვეტით და შესაბამისი შედეგის რეგისტრირებით.

ზოგჯერ სპეციფიკური ბოდვის შინაარსი დაკავშირებულია ტელე-რადიო პროგრამებთან ან უბრალოდ სხვა ადამიანებთან. ყოველთვის უნდა გამოვლინდეს ის გარემოებები (ტელე-რადიო პროგრამები), რომლებიც ბოდვის შინაარსში აისახება. ფოკუსირება ხდება იმ ფრაზებზე, რომელსაც პაციენტი პირადად საკუთარ თავზე ლებულობს. პაციენტს საშინაო დავალებად ეძლევა, სახლში ყურადღება მიაქციოს, თუ როდის ჩნდება ის გარემოება, რომელიც ინვეის დამოკიდებულების აზრებს (რადიოს მოსმენის, ტელევიზორის ყურების თუ სხვა დროს). ამდენად, პაციენტი შეძლებს თავადვე მოახდინოს საკუთარი თავის „დესენსიტიზაცია“. შესაძლოა, მან თვითონ დააფიქსიროს ამ აზრების უფრო იშვიათი აღმოცენება, ვიდრე ამას მოელოდა.

ხშირად, დამოკიდებულების ბოდევა თავის ბუნებით დეენის ბოდვას წარმოადგენს. აუცილებელია, შესაბამისი ფაქტების შეგროვება და შეფასება. თერაპევტმა უნდა გამოააშკაროს მოტივაცია (მაგ.: „რატომ უნდა შეგაგქცონ ზურგი თქვენმა მეგობრებმა, რაიმე აწყენინეთ მათ?“) შეიძლება, ტაქტიკადა დაისვას შეკითხვების მთელი სერია: „რატომ უნდა გამოგზავნოს მთავრობამ აგენტები თქვენს სათვალთვალოდ?...რაიმე დააშავეთ?... განა მთავრობა მხოლოდ იმ პირებს არ უთვალთვალეს, რომლებიც ქვეყნის უსაფრთხოებას ემუქრებიან?... და თქვენ ხომ არ ემუქრებით?“

განდიდების ბოდვასთან თავის გართმევა ძნელია, ვინაიდან მას ძირითადად თანახლავს პოზიტიური გუნებ-განწყობა და მედიკამენტების მიღებაზე უარის თქმა. ერთობლივმა მსჯელობამ და არგუმენტირებამ შეიძლება ეჭვი გაუჩინოს პაციენტს და ნაკლებად გამოთქვას განდიდების აზრები. ამ დროს თერაპევტის მიერ არჩეული ტაქტიკა ასეთია: „მე ვიცი, გჯერათ, რომ თქვენ ღმერთისგან ხართ მოვლენილი, მაგრამ, სამწუხაროდ, სხვებს, თქვენი ოჯახის წევრებსაც კი, არ სჯერათ. . . იქნებ ჯობდეს, ეს აზრი თქვენთვის დაიტოვოთ, ან მხოლოდ ჩემთან იმსჯელოთ ამის შესახებ და ცხოვრება სხვა კალაპოტში გააგრძელოთ?!“ თერაპევტმა უნდა განსაზღვროს ბოდვის მნიშვნელობა და ფუნქცია (ძირს ნასროლი ისრის ტექნიკით) და სათანადო ყურადღება მიაქციოს.

ბოდვით იდებზე მუშაობისას კბთ-სტრატეგია მდგომარეობს შემდეგში: ვინაიდან შეუძლებელია საესებით შეიცვალოს ბოდვითი რწმენა, უმჯობესია თერაპია მიმართული იყოს ამ რწმენა-შეხედულების ისეთი ცვლილებისკენ, რომ იგი ნაკლებად დისტრესული გახდეს, თუმცა ბოდვით ხასიათს კვლავ ატარებდეს. ასეთი ცვლელება კლინიკურად მნიშვნელოვანი შედეგს იძლევა. ბოდვითი რწმენის მოდიფიკაციის გარდა, დაძლევის სტრატეგია შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც მისი ალტერნატიული ან დამატებითი საშუალება.

ბოდვითი სისტემის ფარგლებში კბთ-მუშაობა არ გულისხმობს (პათოლოგიური განცდების) არაბოდვით ალტერნატიულ ახსნაზე ფოკუსირებას, ვინაიდან შესაძლოა, პაციენტმა არ მიიღოს მისი განცდების ალტერნატიული ხედვა. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია, რომ ყველა სეანსის დროს თერაპევტმა იმუშაოს მხოლოდ ბოდვითი სისტემის ფარგლებში. ზოგჯერ, ასეთი მუშაობა წინ უძღვის ალტერნატივის შეთავაზებას. ბოდვითი სისტემის ფარგლებში მუშაობის მიზანია: ა)

ბოდვის შედეგების დაძლევა; ბ) სიტუაციის გაკონტროლების სწავლება; გ) რეაგირების ალტერნატიული გზების და საუკეთესო დაძლევის სტრატეგიების მიგნება; დ) გაცნობიერება იმისა, რომ ალტერნატიული დაძლევის გზები უფრო უსაფრთხოა, ვიდრე ბოლდითი აზრები; ე) ბოლდითი აზრების ზეგავლენის შემცირება პაციენტის საქმიანობის და ურთიერთობების ჩრილში განხილვის გზით; ვ) ნაკლები დროის დათმობა ბოლდით აზრებზე ფიქრსა და შესაბამის ქმედებებზე; ზ) ბოლდითი აზრების მაპროვოცირებელი ფაქტორების - ტრიგერების შემცირება.

დაძლევის სტრატეგიები: პაციენტის დაძლევის უნარი გულისხმობს მის აქტიურ მცდელობას გააკონტროლოს ან გადალახოს ფსიქოზის პოზიტიური სიმპტომები. ასეთ შემთხვევაში პაციენტი პრობლემას თავად ართმევს თავს. თერაპიულ პროცესში დაძლევის სტრატეგიების განვითარება ეყრდნობა პაციენტის არსებულ „რეპერტუარს“. დაძლევის სტრატეგიების განვითარებისათვის გამოიყენება პრობლემების გადაჭრის ყველათვის ცნობილი ტექნიკა, სისტემატური დასწავლა, მოდელირება, როლური თამაში. შეიძლება, ახალი დაძლევის სტრატეგიების დამატებაც, რომელიც ახალი ტიპის რეაგირებას დაეყრდნობა, *in vivo* დაინერგება და უფრო არსებულ პრობლემასთან თავის გართმევის მეთოდი იქნება და არა განკურნება. ახალი კოგნიტური დაძლევის უნარის სწავლება ხდება თერაპევტთან საუბრებით ექსტერნალურად, ვერბალიზაციის გზით და ამის აუცილებლობა ნელ-ნელა კლებულობს, როდესაც პაციენტი მას გაითავისებს. დაძლევის ქცევითი სტრატეგიის სწავლება ხორციელდება თანდათანობით, პროცესების მრავალჯერადი გამეორებით, ნარმატივების ხარისხის გათვალისწინებით.

დაძლევის მეთოდები შეიცავს კოგნიტურ და ბიპევიორულ სტრატეგიებს. ამ დროს პაციენტი აქტიურად ცვლის თავისი ყურადღების ფოკუსს ერთი თემიდან ან განცდიდან მეორეზე. მკურნალობის პროცესში ხდება პაციენტის პოზიტიურ წარმოსახვებზე ყურადღების მრავალჯერადი გადატანა, რაც ვარჯიშით მიიღწევა. ამ დროს წარმოსახვა შეიძლება სასიამოვნო მოგონების სახით იყოს წარმოდგენილი. პაციენტის გავარჯიშება შესაბამისი ხატის წარმოსახვაში (სცენის ზედმიწევნით დეტალურად აღწერაში) თერაპევტი მითითებით ხდება. თერაპევტი პაციენტს თხოვს გაიხსენოს ყველა განცდა – სუნი, გემო, აზრები და ეს გავარჯიშება წარმოსახვა-მოგონებაში ხდება მანამ, სანამ პაციენტი ამას დამოუკიდებლად, თავისი სურვილით არ შეძლებს. შემდგომში პაციენტი თვითონ გადაიტანს ყურადღების ფოკუსს ბოლდითი აზრებიდან სასიამოვნო წარმოსახვაზე.

მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა შინაგანად თავად მოახდინოს საკუთარი შემთხვევის ფორმულირება და განივითაროს შინაგანი დიალოგი, რომელსაც ფუნქციური დატვირთვა ექნება და ემოციების გაკონტროლებას ასწავლის (მაგ.: თერაპევტმა უნდა ასწავლოს პაციენტს, დაძლიოს ნეგატიური ემოციები, რომლებიც ასოცირებულია ბოლდით რწმენასთან). შინაგანი ფორმულირებისა და დიალოგის სწავლება ხდება გარკვეული ტექნიკების გამოყენებით. ამისათვის პაციენტს მიაჩნებენ, რომ ხმამაღლა წარმოთქვას შესაბამისი ფრაზები. ხმის ტონის სიმაღლე ნელ-ნელა კლებულობს, პაციენტის მიერ არ მოხდება წარმოთქმულის გაშინაგნება – გათავისება. პაციენტმა უნდა ივარჯიშოს სენსების განმავლობაში მსგავს წარმოსახვით სიტუაციებზე, რათა შემდგომში გამოიყენოს რეალობაში. თუკი პაციენტს აქვს მეხსიერებასთან დაკავშირებული პრობლემა, შეიძლება, თერაპევტმა დაუნეროს ეს გამონათქვამები სპეციალურ ბარათებზე.

შესაძლებელია, აგზნება შედეგი იყოს ან წინ უსწრებდეს ფსიქოზურ (პათოლოგიურ) განცდებს. ამ დროს პაციენტებმა უნდა გამოიყენონ დაძლევის პასიური

და აქტიური სტრატეგია. აუთიტაციის თავიდან ასარიდებლად პასიური სტრატეგია მშვიდად ჯდომაში მდგომარეობს, წინ და უკან სიარულის ნაცვლად; ხოლო აქტიური მეთოდია სუნთქვითი ვარჯიში და რელაქსაცია.

პაციენტის აქტიურობის დონის ასამაღლებლად შეიძლება ეფექტური იყოს საქმიანობის განრიგის დადგენა. შესაძლოა, პაციენტის პასიურობა დაკავშირებული იყოს ბოღვითი აზრებით შეპყრობით და/ან დაქვეითებული გუნებ-განწყობით. ამ დროს, ვიყენებთ ქცევით (ბიჰევიორულ) ექსპერიმენტს, რომელიც ყურადღების რესურსს მოითხოვს და რომლის მეშვეობითაც შეფასდება მომატებული აქტიურობის გავლენა პაციენტის გუნებ-განწყობასა და ფსიქოზურ განცდებზე.

დაძლევის სტრატეგიები და დაცვითი ქცევა მნიშვნელოვანად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. მკურნალობა მიმართულია დაძლევის მექანიზმების გაძლიერებისაკენ. კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელის მიხედვით, პაციენტის მიერ გამოყენებული ზოგიერთი დაძლევის სტრატეგია დაცვით ქცევად ჩაითვლება, ვინაიდან მისი გამოყენება შვებას იწვევს ხანმოკლე დროით, სამაგიეროდ, ბოღვით რწმენას ხანგრძლივად ინარჩუნებს. მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს დაძლევის სტრატეგიების შეფასება და ფორმულირება მთლიანობაში, რაც გაზრდის პაციენტის მიერ ავადმყოფური სიმპტომის გაკონტროლების შესაძლებლობას.

კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია პალუცინაციების დროს

შიზოფრენიის დროს ყველაზე ხშირად სმენითი პალუცინაციები გვხვდება შიზოფრენიის საერთაშორისო პილოტური გამოკვლევით (W.H.O. 1973) დადგინდა, რომ სმენითი პალუცინაციების სიხშირე, შიზოფრენიით დაავადებულთა შორის, 74% აღწევს. პ. სლეიდისა და რ. ბენტელის (Slade P. and Bental R., 1988) მიხედვით, 2924 შიზოფრენიით დაავადებულში სმენითი პალუცინაციები შემთხვევების 60%-თან გვხვდება. სმენითი პალუცინაციების დროს თავის ტვინის გარკვეული უბნები აქტივირდება. თანამედროვე გამოკვლევებით, სმენითი პალუცინაციებისას ადგილი აქვს მარცხენა, ქვემო ფრონტალური ნილის (ბროკას არე) მნიშვნელოვან აქტივაციას, რასაც შინაგანი მეტყველების დროსაც ვხვდებით (McGuire P.K. et al.1993). სმენითი პალუცინაციების მქონე პაციენტების ფუნქციური MRI გამოკვლევების მიხედვით (Shergill S. S et al.2000), 6 პაციენტს, რომელთაც ალენიშენბოდათ მე-2 და მე-3 პირში მოსაუბრე „ხმები“, ჰქონდათ ბილატერალურად აქტივირებული ქვემო ფრონტალური და ქვემო სინგულარული ნილები. უფრო ძლიერ აქტივირებული იყო დიდი მარჯვენა ტემპორალური კორტექსის მხარე. ასევე ხდებოდა მარცხენა პიოკამპში მარჯვენა თალამური ნილის და პარაპიოკამპური კორტექსის აქტივაცია.

სმენითი პალუცინაციების – „ხმების“ – კოგნიტურ მოდელს საფუძვლად უდევს ბაზისური მექანიზმი, რომლის მიხედვითაც, ხმების განვითარება, შესაძლოა, ადამიანის შინაგანი მეტყველების ან აზრების კონტროლის დარღვევის შედეგად ხდებოდეს. (Frith, 1987). პაციენტი ამ დროს ვერ აცნობიერებს იმ ფაქტს, რომ აზრები მისგანვე წარმოიშობა, რაც განაპირობებს აზრების „უცხოოდ“ და გარეგან „ხმებად“ აღქმას.

ამასთან დაკავშირებით, ლ. ჯონსმა ჩაატარა ექსპერიმენტი (Johns, 2001). მასში მონაწილე საცდელი პირი ხმამაღლა კითხულობდა ცალკეულ სიტყვებს. ექსპერიმენტის დროს საცდელ პირს ესმოდა: აკუსტიკურად დამახინჯებული საკუთარი ხმა, საკუთარი ხმა უცხო ადამიანის ხმის სახით და სხვა ადამიანის

აკუსტიკურად დამახინჯებული ხმა. საცდელ პირს მოეთხოვებოდა იმის გარკვევა, თუ ვის ეკუთვნოდა ხმა – პირადად მას თუ - სხვას, ასევე უნდა აღენიშნა, უჭირდა თუ არა მას იმაში გარკვევა, ვის ეკუთვნოდა ხმა”.

შიზოფრენიით (ჰალუცინაციებით ან ბოდვით) დაავადებული პაციენტები საკუთარი დამახინჯებული ხმის ფონზე ხმამალა კითხვისას მეტ შეცდომებს უშვებდნენ, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის ინდივიდები. ამ დროს ფსიქოზის მქონე პაციენტები იძლეოდნენ არასწორ ან დაურწმუნებელ პასუხებს. ამასთან, ჰალუცინაციების მქონე პაციენტები შეცდომით აკუთვნებდნენ საკუთარი ხმას გარეშე (ექსტერნალური) წყაროს.

საინტერესოა იმის გარკვევა, თუ როგორ ხსნის კოგნიტური მოდელი „ხმების“ წარმოშობას. არის თუ არა „ხმები“ პაციენტის თვითკონტროლის დეფიციტი, თუ ის მიეკრძოებული აზროვნების შედეგია? ბენტალის (Bentall R. 1990) მიხედვით, აზრების სივრცეში გარეშე (ექსტერნალურ) წყაროზე პროექცია უფრო მიეკრძოება მოიაზრება, ვიდრე თვითკონტროლის დეფიციტად. მიეკრძოებული აზროვნება ისეთი ფაქტორების ზეგავლენით აიხსნება, როგორებიცაა: პაციენტის რწმენა - შეხედულება, ფსიქოზის შედეგად შეცვლილი მსჯელობა, დაცვითი ქცევა შფოთვის შესამცირებლად და კულტურალური ფაქტორები.

ხმებთან დაკავშირებულ დისტრესს, ნაწილობრივ მაინც, ამ ხმების პაციენტისეული შეფასება, ანუ მათი ახსნა განაპირობებს. ასე მაგ.: „ეშმაკი მესაუბრება“, „ეტყობა, ჭკუიდან გადავდივარ“, „ძალიან უცნაური შეგრძნება იყო, როგორც ჩანს, გადავიღალე“.

ჩედვიკმა და ბირჩუდმა (Chadwick P. & Birchwood M., 1994) გამოიკვლიეს შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში რწმენა-შეხედულების ხარისხში აყვანილი შეხედულება საკუთარი ხმების შესახებ. პაციენტები თავიანთ ხმებს აფასებდნენ, როგორც ყოვლისშემძლეს და ყოვლისმცოდნეს. ისინი ანსხვავებდნენ მათდამი „კეთილგანწყობილ“ და „ბოროტ“ ხმებს; თვლიდნენ, რომ „კეთილგანწყობილი“ ხმები დაკავშირებულია დადებით ემოციებთან, პოზიტიურ დამოკიდებულებასთან და – პირიქით.

შესაძლოა, პაციენტის მიერ ჰალუცინაციები შეფასდეს, როგორც პოზიტიურ, ისე ნეგატიურ განცდებად. მილერმა (Miller et al., 1993) გამოიკვლია 50 სტაციონარული პაციენტის დამოკიდებულება საკუთარი ჰალუცინაციებისადმი. ამათგან, პაციენტების 52% საუბრობდა საკუთარი ჰალუცინაციების დადებით გავლენაზე და მზად იყო მათთან მეგობრულ ურთიერთობაზე; პაციენტების 98% აღნიშნავდა მათ მაინც ზემოქმედებას. ისინი, ვინც პოზიტიურად აფასებდა ჰალუცინაციებს, უფრო ხშირად ჰქონოდათ მათი რეზისტენტული ფორმა.

„ხმების“ პაციენტისეული ინტერპრეტაციის შენარჩუნებას ხელს უწყობს ე.წ. დაცვითი ქცევა, რაც პაციენტის უკიდურეს, გადაჭარბებულ სიფხიზლესა და საკუთარი თავის მიმართ ყურადღებაში გამოიხატება (Morrison R, 1998). ხმების შენარჩუნებას ასევე ხელს უწყობს მეტაკოგნიტური რწმენა, ანუ შეხედულებები საკუთარი აზრების შესახებ. ასე მაგ., „მე არ უნდა მქონდეს ცუდი აზრები“. ზემოთქმულიდან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ, რომ, მორისოს და რენტონის (Morrison and Renton, 2001) მიხედვით, სმენითი ჰალუცინაციები წარმოადგენენ პაციენტის აზრების პროექციას გარემოში, ანუ გარეგან წყაროზე მიკუთვნების პროცესს. ჰალუცინაციების პაციენტისეული ინტერპრეტაცია ინვევს შესაბამისი დისტრესის წარმოშობას. ამგვარად, ხმების არსებობა დაკავშირებულია პაციენტის საკუთარ თავზე გადაჭარბებულ ყურადღებასთან.

კლინიკური ჩარევის არსი „ხმების“ შინაარსის და დისფუნქციური ინტერპრეტაციის რეალურობის კითხვის ნიშნის ქვეშ დაყენებაში, მათ სისწორეში ეჭვის შეტანასა და მათთან შეკამათებაში მდგომარეობს. ამ დროს უნდა მოხდეს ყურადღების ფოკუსის მოდიფიცირება, ან ყურადღება მოქნილი, ნაკლებად რიგი-დული, ანუ პლასტიური უნდა გახდეს (Morrison R. and Renton A.M 2001).

თავდაპირველად უნდა მოხდეს ფსიქოზური სიმპტომის (ხმების) დეტალური კლინიკური და კოგნიტურ-ბიპევიორული შესწავლა; უნდა დადგინდეს: ა) მათი დასაწყისი და განვითარების პროცესი, ბ) მაპროვოცირებელი ფაქტორები – ტრიგერები (სიტუაციური, გარდამავალი, ემოციური), გ) რაოდენობა, სქესი, ასაკი, სიხშირე, ხანგრძლივობა და ტემპი, დ) აკუსტიკური წყარო (ინტერნალური, ექსტერნალური), ე) თუ რა ენაზე საუბრობენ, და ვ) შინაარსი (პოზიტიური, ნეგატიური, სპეციფიკური მაგალითი); აგრეთვე უნდა შეფასდეს ხმების პაციენტისეული ინტერპრეტაცია ხმებზე მათი ემოციური და ქცევითი რეაქციები, დაძლევის სტრატეგიები და პოზიტიური რწმენა-შეხედულებები. ამისათვის გამოიყენება PSYRATS ფსიქოზურ სიმპტომთა შეფასების სკალა სმენითი პალუცინაციებისათვის და BAVQ-R (იხ. ნახატი 15, 16, 17, 18).

ხმებზე მუშაობისას, კბთ-ს ძირითადი სტრატეგიებია: ხმების ტრიგერების ზეგავლენის შემცირება და მათი მართვა; დაძლევის (coping) სტრატეგიების გაძლიერება; პაციენტთან ერთად ახალი, მსგავსი სტრატეგიების შემუშავება და სმენითი პალუცინაციების მოთავსება უფრო ფართო ფორმულირების ჩარჩოებში; კავშირის დამყარება ნარსულ, განსაკუთრებულად მატრავმირებელ განცდებთან; ხმების შესახებ ბოღვითი რწმენის მოდიფიცირება; ხმების და მათთან დაკავშირებული შესაბამისი კონკრეტული რწმენა-შეხედულების სიძლიერის განსაზღვრა და მათი მართვადობის შეფასება; ასევე მეტაკოგნიტური და პოზიტიური რწმენების შეფასება. ხმებზე მუშაობისას, აუცილებელია მათი შინაარსის მნიშვნელობის შეფასება და მათთან შეკამათება (ისევე, როგორც შფოთვისა და დეპრესიის დროს, შეკამათება ხდება ნეგატიურ აზრებთან); ხმებისადმი ყურადღების მოდიფიცირება და მათდამი დამოკიდებულების შეცვლა.

საჭიროა, განისაზღვროს ტრიგერების ხასიათი და ბუნება. მაპროვოცირებელი ფაქტორები (ტრიგერები) ძირითადად წარმოდგენილია: უარყოფითი ემოციებით (შფოთვა, დეპრესია, სტრესი); სოციალური იზოლაციითა და მარტოობით; დაბალი აქტიურობით; სოციალური სიტუაციებით (სოციალური შფოთვა); კანაბისის ან ალკოჰოლის მოხმარებით; პარანოიდული აზრებით; უძილობითა და გადაღლილობით. ინტერნალური თუ ექსტერნალური ტრიგერების დასადგენად, თერაპევტს ასევე დაეხმარება პაციენტის მიერ დღიურის წარმოება. ტრიგერების შესამცირებლად მიზანშეწონილია პაციენტთან ერთად მისი საქმიანობების განრიგის შემუშავება. ეს მას მისცემს ინერტულობასთან, იზოლაციასა და დაქვეითებულ გუნებ-განწყობასთან შებრძოლების საშუალებას, შეამცირებს ხმებზე დახარჯულ დროს, ყურადღების რესურსებს და გააუმჯობესებს გუნებ-განწყობას. ამ დროს ასევე შედეგიანია პაციენტის მუშაობა მოხალისედ, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ან დღის ცენტრში სიარული, ძილის მონესრიგება (სტიმულატორებისა და დღისათ ძილზე უარის თქმა, ღამით გამოღვიძების შემთხვევაში ლოგინდნ წამოდგომა და სხვ.); და ბოლოს, ხმებზე მუშაობის პარალელურად უნდა წარიმართოს შფოთვის, დეპრესიისა და ბოღვითი იდეების კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია.

დაძლევის სტრატეგიებში იგულისხმება: ა) ხმამაღალი კითხვა, ხმებთან კონკუ-

რენციის მიზნით; ბ) ვინმესთან გასაუბრება შინაგან მეტყველებასთან კონკურირების მიზნით; გ) ასევე სიმღერა ან ლილინი; დ) რაიმე განცენებულზე კონცენტრირება; ე) ფიზიკური ვარჯიში; ვ) მუსიკის მოსმენა; ზ) ტელევიზორის ყურება (თუმცა, შესაძლოა, ეს უკანასკნელი ხმების წყაროც გახდეს); თ) ყურებში ბაშბის საცობის ტარება.

6. ტარიეს (Tarrier N. et al, 1993.) მიხედვით, ზემოთ ჩამოთვლილი დაძლევის სტრატეგიები, მოუხედავად მოკლევადიანი გაუმჯობესებისა, პაციენტებს თვით-კონტროლის შეგრძნებას მატებს. ხანგრძლივი ეფექტის მისაღებად, დაძლევის მეთოდებისა და ხმების კონტროლის შესახებ საკუთარ შეხედულებაზე მუშაობა ერთობლივად უნდა წარიმართოს. დაძლევის უნარის ასამაღლებლად, არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება ხმებისთვის ახალი ახსნა-განმარტების მიცემას. ასე, მაგ.: თუკი გარკვეული სახის ბგერები (ლილინი, ბზული) პაციენტს „ხმების“ შემცირებაში ეხმარება, რა რწმენასთან ასოცირდება ეს: იმასთან, რომ „ხმა“ წარმოიშვება გარეთა, ანუ ექსტერნალური წყაროდან, თუ - შინაგანი წყაროდან?

არსებობს ხმების დაძლევის ორი გზა - პასიური და აქტიური. პასიურია: ავადმყოფური ქცევა - ნამღების, ალკოჰოლის ან ფსიქოაქტროპული, მასტიპულირებული ნივთიერებების მიღება; პრობლემის პასიურად გადაჭრა ხმების იგნორირებით, ხმებისთვის შერჩევითად ყურის დაგდება ან სხვა რაიმე საქმის კეთებით. პრობლემის აქტიურად გადაჭრის მეორე გზაა ხმებთან გარიგება, ყურადღების გადატანის მცდელობა, ხმებზე ჩანახატის გაკეთება, ხმების შესახებ რაიმეს დაწერა და პრობლემისგან აქტიურად თავის არიდება - სხვა რამეზე ფიქრი, ვინმესთან ტელეფონით ღარეკვა, სტუმრად წასვლა. კიდევ არსებობს პრობლემის ე.წ. სიმპტომატური გადაჭრა - ხმებისათვის ყურადღებით მოსმენით და მათდამი დამორჩილებით, ხმებისაგან დასაცავად რიტუალის შესრულებით. პრობლემის გადაჭრის აქტიური სტრატეგია უმჯობესია ვიდრე პასიური ან სიმპტომატური მიდგომა (Bek et al, 2000).

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროცესში „ხმების“ პაციენტისეულ ინტერპრეტაციებთან შეკამათება მიზნად ისახავს პაციენტისთვის მათი ხმების შესახებ ალტერნატიული, მეტად რეალური, მაგრამ ნაკლებ დისტრესული ახსნა-განმარტების განხილვას. ამ დროს თერაპევტმა მხარი უნდა დაუჭიროს პაციენტს, რომ მან ფსიქოლოგიური ფორმულირება მიიღოს, როგორც „ხმების“ ალტერნატიული ახსნა-განმარტება. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ თერაპევტი პაციენტს პალუცინაციების ინტერნალური წყაროსადმი მიკუთვნებაში, „ხმების“ პაციენტისეული ახსნის ერთ-ერთ შესაძლო პიპოთეზად მიჩნევასა და ახალი, რაც შეიძლება მეტი ალტერნატიული ახსნის მოძებნაში დაეხმაროს. ამის შემდეგ თერაპევტმა პროცენტულად უნდა შეაფასებინოს პაციენტს თითოეულ მათგანში მისი დარწმუნებულობის ხარისხი (0-100%). შესაბამისად, თერაპევტი მას უსვამს შემდეგი სახის კითხვებს: გიფიქრობა ოდესმე, რომ შენი „ხმების“ სხვაგვარი ახსნაც შეიძლებოდა? უნდა რას ფიქრობდი მათ შესახებ? სხვა რას შეიძლება ფიქრობდეს ამასთან დაკავშირებით? ამასთანავე, შეიძლება თერაპევტის მხრიდან ალტერნატივების შეთავაზება გახდეს საჭირო. შემდგომ პაციენტმა უნდა წარმოადგინოს თითოეული ახსნის დამადასტურებელი და საპირისპირო არგუმენტები. ამ დროს მისი თითოეული არგუმენტი თერაპევტმა დაკვირვებით და ყურადღებით უნდა განიხილოს. მან ფაქტად უნდა მოუთხოოს პაციენტს მისი არგუმენტის მიკერძოებულ შეფასებაზე, რითაც პაციენტის ყურადღებას მიმართავს კონტრარგუ-

მენტისკენ. იქვე ხაზი უნდა გაესვას ყოველგვარ შეუსაბამობასა და გაუგებრობას, ე.წ. „გაპოცანა-თავსატყუებს“. არსებულ მტკიცებულებას უნდა მიეცეს ხელახალი შეფასება. ასევე საჭიროა, ალტერნატიული ახსნა მოეძებნოს პაციენტის შეგრძნებებსაც (მაგ. თავბრუსხვევა, შფოთვა), რომელიც არგუმენტად იყო წარმოდგენილი.

პარალელურად უნდა მოხდეს პაციენტის ფსიქოლოგიური განათლება (ფსიქო-განათლება) ხმების შესახებ. თერაპევტმა უნდა აუხსნას, რომ ხმები შეიძლება ჰქონდეს ჯანმრთელ ადამიანსაც ისეთი სტრეს-ფაქტორების გავლენით, როგორცაა: იზოლაცია (Grassian S, 1983), ტრავმა, მძიმე დანაკარგი (Grimby A, 1998).

„ხმები“ ასევე აღნიშნებათ კოლეჯის ჯანმრთელი სტუდენტების 30-40 %-ს (Posey, T. B. & Losch, M. E. Barrett T. R & Etheridge, J. B 1992). WHO-ს მონაცემებით, ძირითადი პოპულაციის გამოკვლევისას აღმოჩნდა, რომ მრავალ ადამიანს თავისი ცხოვრების მანძილზე ერთეული ფსიქოზური სიმპტომები ჰქონია, რომელიც არ აღწევდა ფსიქოზის კლინიკურ კრიტერიუმებს. ასე, მაგ.: შეერთებულ შტატებში, ძირითად პოპულაციაში, ჰალუცინაციების გავრცელება მთელი ცხოვრების მანძილზე უდრის 10-15%-ს (Tien, A. Y. 1991); დიდ ბრიტანეთში, ძირითად პოპულაციაში ჰალუცინაციების წლიური გავრცელება უდრის 4%-ს (Johns L et al. 2002; 2004). ფსიქოგანათლება უნდა შეეხებოდეს აზრებსა და ემოციებსაც. აკვიატებული აზრები და იმპულსები ხშირად გვხვდება ძირითად პოპულაციაში (Rachman, S., & DeSilva, P., 1978) (Salkovskis and Harrison, 1984). მთავარია „ხმების“ გაკონტროლება და მართვა. ასევე, ნორმალური მოვლენაა კოგნიტური პროცესის დროს, კერძოდ, აზროვნებისას დაშვებული შეცდომები, რაც თან სდევს შფოთვის და ელზინდება ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომებში (მაგ: გააზრების უუნარობა, ცნობიერების შევიწროება) ასევე, რომისა და ეშერის (Romme and Escher, 1989) მიხედვით, ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ სმენითი ჰალუცინაციები, ხმების 70% განუვითარდათ ფსიქოტრავმის ზეგავლენის შედეგად. ითვლება, რომ ხმების გაგება ტრავმის დაძლევის პროცესის ნაწილია. რიდისა და როსის-ის (John Read & Colin A. Ross 2003) მიხედვით, ბავშვობისდროინდელი ფსიქოტრავმა ზოგჯერ, შესაძლოა, წარმოადგენდეს მოგვიანებით ასაკში განვითარებული ფსიქოზური სიმპტომატიკის მიზეზს.

„ხმების“ ინტერპრეტაციებთან შეწინააღმდეგების ერთ-ერთი ტექნიკაა „ქცევითი ექსპერიმენტი“. მისი მიზანია, გარკვეული რწმენა-შეხედულების ვალიდურობის (სარწმუნოების) შემოწმება და საპირისპირო არგუმენტების განხილვა. ამ ექსპერიმენტის საფეხურებია:

1. პროგნოზირება – წინასწარ განსაზღვრა;
2. ექსპერიმენტის კარგად გააზრება (რომელიც ხმების სარწმუნოებას – ვალიდურობას შეამოწმებს) და საფეხურების დეტალური შემუშავება;
3. შედეგების დაფიქსირება;
4. პაციენტთან ერთად დასკვნების გამოტანა.

შედეგების მნიშვნელობის განხილვა უნდა მოხდეს ურთიერთთანამშრომლობით. საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლოა, განმეორდეს ქცევითი ექსპერიმენტი. მანამდე კი თერაპევტმა პაციენტს უნდა ჰკითხოვს, ესმით თუ არა სხვა ადამიანებს მისი „ხმების“ ? სჯერა თუ არა მას, რომ სხვებსაც ესმით ისინი? შესაძლოა თუ არა მათი მაგნიტოფონზე ჩანერა?“ თერაპევტმა პაციენტთან უნდა დააზუსტოს, რომ თუკი „ხმები“ გარედან, სხვა ადამიანებისგან მოდის, მაშინ შესაძლებელი უნდა იყოს მათი მაგნიტოფონზე ჩანერა, ე.ი. უნდა მოახდინოს პროგნოზირება. პაციენტის თანდასწრებით თერაპევტმა უნდა შეამოწმოს მაგნიტოფონის მუშაობის პროცესი და

როდესაც პაციენტი ამბობს, რომ მას ესმის „ხმა“ (ან „ხმები“), დააჭიროს თითო ჩამწერ ლილასს. შემდგომ უკან გადაახვიოს ჩანაწერი და პაციენტთან ერთად იმსჯელოს, თუ რატომ არ ისმის „ხმები“.

ჩვეულებრივ, პაციენტი იმ უარყოფითი შედეგების თავიდან არიდებას ცდილობს, რომლებიც „ხმების“ ინტერპრეტაციებიდან გამომდინარეობს. ასე, მაგ.: პაციენტი, რომელსაც სჯერა, რომ ეშმაკისგან წამოსული „ხმები“ აიძულებს, გარშემომყოფ ადამიანებს უმიზეზოდ მიაყენოს ზიანი, შესაძლოა, ამის აღკვეთას თვითიზოლაციით (შინ დარჩენით) ან საკუთარი თავის გაჩუმებით (პირზე ხელის აფარებით) შეეცადოს. თერაპევტმა ყოველთვის მხარი უნდა დაუჭიროს პაციენტს, საკუთარი რწმენა-შეხედულებების გადამოწმებისას, დაცვითი ქცევის შეწყვეტით და შედეგების დაფიქსირებით. დაცვითი ქცევების დასადგენად პაციენტს უნდა დაუსვათ შემდეგი კითხვები: როცა ფიქრობ, რომ ეს ხდება (ან მოხდება), რას აკეთებ მის თავიდან ასაცილებლად? თუკი, „ეს“ (დაცვითი ქცევა) განხორციელებული არ გაქვს, რა მოხდება? აკეთებ რაიმეს, რათა აკონტროლო „ხმები“? აკეთებ რაიმეს, რათა თავი გაართვა ან დაფარო შენი პრობლემები?

ზოგჯერ თავის არიდება შეიძლება გავიგოთ, როგორც დაცვითი ქცევის უკიდურესი ფორმა. ამის გასარკვევად თერაპევტმა პაციენტს უნდა პკითხოს: არის რაიმე, რასაც თავს არიდებ შენი „ხმების“ გამო? როდესმე გიცდია, თავი დაგელწია სიტუაციისგან და გაქცეოდი მას? როდესმე შეუფერხებია „ხმას“ სადმე წასვლისას? და ა.შ.

ფსიქოზურ სიმპტომატიკაში ძალზე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მეტაკოგნიტიურ რწმენა-შეხედულებებს. ისინი წარმოადგენენ პაციენტის შეხედულებებს აზროვნების პროცესის (მაგ.: „მე ცუდი მესხიერება მაქვს“) და მისი შინაარსის შესახებ (მაგ.: „ცუდია სიკვდილზე ფიქრი“); უნდა შეფასდეს ცალკეული შეხედულების უპირატესობა და ნაკლი (მაგ.: „აღულებსა მესხმარება, რომ“... , Wells, 1995).

ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტის ნეგატიური რწმენა მისი „ხმებისა“ თუ აზრების შესახებ. მაგალითად, შეიძლება შევხვდეთ ამგვარ გამოთქმებს: „ჩემი აზრები/ხმები კონტროლს არ ექვემდებარება“, „მე ჩემი აზრების/ხმების იგნორირებას ვერ ვახდენ“, „ჩემი აზრები/ხმები სახიფათოა“, „თუ რაიმეზე ვფიქრობ, ამას აუცილებლად გავაკეთებ (აზრებისა და ქმედების შერწყმა)“, „თუ რაიმეს გავიფიქრებ, ეს აუცილებლად მოხდება (აზრებისა და მოვლენის შერწყმა)“, „ჩემი ხმა ძლევამოსილია“, „მე ცუდი ადამიანი ვარ, რადგან ასეთი აზრები/ხმები მაქვს“. თერაპევტმა პაციენტს უნდა შეაფასებინოს ამ რწმენების სისწორე.

პაციენტის „ხმების“ შესახებ დადებითი რწმენა-შეხედულებაც ფსიქოზური სიმპტომატიკის ნაწილია. ასეთი შეიძლება იყოს: „ხმები ჩემს ცხოვრებას სტიმულს აძლევს“, „ისინი ჩემი გართობის წყაროა“, „ისინი გზას მიკვლევენ და ჭკუას მარიგებენ“, „ისინი უზრუნველყოფენ სამეგობრო წრით“, „მათ გარეშე ჩემი ცხოვრება მოსაწყენი იქნებოდა“. ასეთმა რწმენამ, შესაძლოა, მეურნალობისადმი დაქვემდებარებულობაზე უარყოფითად იმოქმედოს, ან პაციენტს ფსიქოპათიური ნივთიერებების გამოყენებისკენ უბიძგოს, რათა „პოზიტიური ხმები“ გამოიწვიოს. ამის გამო თერაპევტმა დანვრილებით უნდა გამოიკვლიოს „ხმების“ გაგების უპირატესობა – ნაკლი და შესაბამისი რწმენა-შეხედულების სხვა ალტერნატივები.

„ხმების“ შესახებ რწმენა-შეხედულების ალტერნატიული ახსნა-განმარტების განხილვისას, ჩვეულებრივ, ვხვდებით „ხმების“ შინაარსთან აქტიურ შეკამათებას. ხშირად „ხმების“ შინაარსი პაციენტისთვის შეურაცხყოფელი, კრიტიკული და/ან შემამინებელია, რაც თავისთავად დისტრესულია ვინაიდან, „ხმები“ პაციენტისავე

არასწორად ატრიბუტირებული (მიკუთვნებული) აზრებია. მათ შინაარსთან შეკამათება იგივეა, რაც ნეგატიურ და აკვიატებულ/ინტრუზიულ აზრებთან შეკამათება. ამისათვის თერაპევტმა პაციენტთან ერთად უნდა გადაამოწმოს „ხმების“ შინაარსის სისწორე, გამოოკელიოს მათი არგუმენტები და კონტრ-არგუმენტები. შეიძლება მოდიფიცირებული აზრების ყოვლდღიური (აუდიო) ჩანაწერის გამოიყენებაც.

თერაპევტმა დახმარება უნდა გაუწიოს პაციენტს „ხმების“ წყაროს განსაზღვრაში. ხშირად „ხმების“ შინაარსი პიროვნების მიერ საკუთარი ახსნის განმამტკიცებელ არგუმენტად გამოიყენება. სწორედ ამ შინაარსთან შეკამათება შეიძლება დაეხმაროს მას „ხმების“ წყაროსთან დაკავშირებული რწმენა-შეხედულების შეცვლაში. ამგვარად, შესაძლოა, პაციენტმა ეჭვი შეიტანოს იმ რწმენაში, რომ მისი ნათქვამი 100%-იანი ჭეშმარიტებაა. ეს კი მას დაეხმარება „ხმების“ წარმოშობის შესახებ განსხვავებული არგუმენტის აღიარებაში.

კბთ სეანსის დროს თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს სქემაზე ფოკუსირებული ტექნიკები (იხ. ნახ. გარეცისა და მორისონის მოდელი). შეიძლება „ხმების“ შინაარსში პაციენტის ბირთვული რწმენა-შეხედულებები იყოს ასახული. მათ გამო-საკვლევად თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს ე.წ. „ძირის ნასროლი ისრის“ ტექნიკა.

თ: დაუშვათ, რომ „ხმები“ მართლაც მოგაყენებენ თქვენ ზიანს, რას ნიშნავს ეს?

პ: იმას, რომ მე დავისჯები.

თ: დაუშვათ, რომ ასეა, როგორ მოხდება ეს?

პ: თავად მე ჩავიდენ რაიმე ცუდს.

თ: დაუშვათ, ჩაიძინეთ, რას ნიშნავს ეს თქვენთვის?

პ: მაშინ მე სასჯელს დავიმსახურებ.

თ: მერე ეგ რას ნიშნავს?

პ: რომ მე ცუდი ადამიანი ვარ და მართლაც ვიმსახურებ სასჯელს სხვებისგან.

ამის შემდეგ თერაპევტმა პაციენტთან ერთად უნდა აწონ-დანონოს და შეაფასოს პაციენტის საკუთარ თავზე ნეგატიური შეხედულების ვალიდურობა (სარწმუნოობა). შემდგომი მუშაობა გამიზნულია თვითშეფასების გაუმჯობესებისათვის.

ზოგ პაციენტს ანუხებს იმპერატიული პალუცინაციები, რომლებიც ემუქრებიან პაციენტს და აიძულებენ, რომ მან შეასრულოს ის, რასაც ისინი უბრძანებენ. პალუცინატორულ პაციენტთა 40-60%-ს ესმის იმპერატიული „ხმები“, რომლებიც მათზე ზეწოლას ახდენენ, რაც პოტენციურად სახიფათოა. ამ დროს, უკიდურეს შემთხვევაში შესაძლოა, „ხმებმა“ უბიძგონ მას ვინმეს მოკვლისა ან თვითმკვლელობისაკენ. „ხმების“ აღქმული ძალის ინტენსივობა, მათი მნიშვნელოვნებისა და თანმდევი შედეგების შეფასებასთან ერთად, ბრძანებების შესრულების სერიოზულ წინაპირობას წარმოადგენს (Beck-Sander et al, 1997). ამ დროს მიზანშეწონილია „ხმების“ შინაარსთან ფრთხილი შეკამათება: „ხმა“ („ხმები“) ყოველთვის მართალს ამბობს? თუ ზოგჯერ ტყუის?“. ასევე უნდა მოხდეს „ხმების“ ძალაუფლების ეჭვქვეშ დაყენება. ასე მაგ.: „შესაძლებელია, რაიმე გზით „ხმების“ გაკონტროლება?“. ძალზე ეფექტურია „ქცევითი ექსპერიმენტის“ ჩატარება, რომელიც, „ხმებისადმი“ დაუმორჩილებლობის შემთხვევაში, შედეგების რისკის შეფასებას მოახდენს. როგორც კი პაციენტი „ხმებს“ შინაგან წყაროს მიაკუთვნებს, მათდამი დამორჩილების შანსი ნაკლები ხდება, ვიდრე მაშინ, როცა „ხმები“ გარეშე წყაროდან მომდინარეობს. სმენითი პალუცინაციების მქონე პაციენტი ასევე საჭიროებს არასასურველი, ინტრუზიული აზრებისა და მეტაკოგნიტიურ რწმენების შესახებ მსჯელობას.

მდგომარეობის სწრაფად გაუმჯობესებისათვის „ხმების“ დაძლევის კარგ სტრატეგიას წარმოადგენს მათდამი ყურადღების ფოკუსის შეცვლა, ანუ ყურადღების გადატანა. ჰედოკის (Haddock G. et al, 1998) მიხედვით, თერაპევტმა მხარი უნდა დაუჭიროს პაციენტს, „ხმების“ ფიზიკური მახასიათებლების – ლოკალიზაციისა და შინაარსის გამოკვლევაში. ამისათვის უნდა სთხოვოს, რომ პაციენტმა განსაზღვროს, თუ რა დამოკიდებულებაა მის აზრებსა და „ხმებს“ შორის და რა მნიშვნელობა აქვს ამას პირადად მისთვის. ზემოაღნიშნულის მიზანია, პაციენტს გაუადვილდეს პალუცინაციების შინაგანი წყაროსათვის რეატრიბუცია (მიკუთვნება).

ა. ველისის (Wells A. 1990) მიხედვით, ყურადღების გაყვარების მიზნით, მნიშვნელოვანია ყურადღების მოქნილი კონტროლის გაუმჯობესება, რისთვისაც პაციენტს სთხოვენ, დააკვირდეს გარემოში სხვადასხვა ბგერებს. საჭიროა, შემცირდეს პაციენტის ყურადღება საკუთარ თავზე ფოკუსირებულ აზრებზე და მხარი აეხმოს ექსტერნალურ წყაროზე ფოკუსის გადატანას. დისტრესულ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს სთავაზობენ არა უშუალოდ დაძლევის სტრატეგიებს, არამედ ასწავლიან საკუთარ თავზე ყურადღების ფიქსირებით, თვითკონტროლის აღდგენას. მნიშვნელოვანია პაციენტის დაოსტატება სენსებისა და საშინაო დავალებებში.

პაციენტის „ხმების“ მიმართ დამოკიდებულების შეცვლა კბთ-ს ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა. საერთოდ, ადამიანები, ვისაც ესმით „ხმები“, ისე მჭიდროდ არიან გადაჯაჭვულნი მათთან, თითქოს ძალზე ახლო, ინტიმური, ხშირად გარდაუვალი ურთიერთობა აკავშირებდეთ (Benjamin M, 1989). ხშირად „ხმებით“ გამოწვეული პაციენტის დისტრესი და შესაბამისად – ქცევაც განპირობებულია მათდამი დამოკიდებულებით. საზოგადოდ, პაციენტის „ხმებთან“ დამოკიდებულება შეიძლება გავიგოთ, როგორც სოციალური ურთიერთობების ნაწილი (Birchwood M. et al., 2000). სოციალური კატეგორიების თეორიამ – „შეუთქე შენზე სუსტს და დაემორჩილე ძლიერს“ – შესაძლოა ახსნას პაციენტის „ძლიერ ხმებთან“ დამოკიდებულების ბუნება. როცა „ხმა“ მაკონტროლირებელი და დომინანტურია, პაციენტი არის მორჩილი და დამყოლი. „ხმებთან“ დამოკიდებულებაზე მუშაობისას გამოიყენება სოციალური შედარების და ძალაუფლების სკალები (მაგ., მაჩხუბარი/აბეზარი მეზობლის ანალოგი). ზემოაღნიშნულს ხშირად ცენტრალური როლი უჭირავს „პერსისტენტულ“ პალუცინაციებზე მუშაობისას. „ხმებთან“ სუბორდინაციის დაცვა მჭიდროდაა დაკავშირებული სხვა სოციალურ ურთიერთობებში სუბორდინაციასთან, მარგინალიზაციასა და იზოლაციასთან (მაგ., მშობლებთან, დაძმებთან). ამის გამო ამ სოციალურ ურთიერთობებში მნიშვნელოვანია ასევე საკუთარ თავისადმი რწმენა-შეხედულების გაყვარება.

არასმენითი პალუცინაციების შემთხვევაში, ასევე გამოიყენება ვერბალური და ქცევითი რეატრიბუციის მეთოდები: არგუმენტების შეფასება, ალტერნატიული ახსნა-განმარტებების გენერირება, ქცევითი ექსპერიმენტი. ასე, მაგ.: მხედველობითი პალუცინაციების დროს, შესაძლოა, თერაპევტმა პაციენტს შესთავაზოს, ესროლოს მას რალაცეები, ან ეცადოს, ხელით შეეხოს. ყნოსვითი პალუცინაციების შემთხვევაში შეიძლება მან სხვა ადამიანებს ჰკითხოს, გრძნობენ თუ არა ისინიც სუნს.

ჯგუფური კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპია სმენითი პალუცინაციების დროს

ჯგუფური კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის მიზანია ხმებისგან გამონეწეული დისტრესის შემცირება და მათი დაძლევის უნარის გაუმჯობესება. ჯგუფური კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპია ეკონომიკურად ხელმისაწვდომია. მკურნალობის ეს მეთოდი კოგნიტიურ-ბიპევიორულ მოდელზე დაფუძნებულ დაძლევის სტრატეგიებს იყენებს. ჯგუფური თერაპია პაციენტს საშუალებას აძლევს, დაძლიოს იზოლაცია, მსგავსი პრობლემების მქონე ჯგუფის წევრებისაგან მიიღოს ემოციური მხარდაჭერა და დაეუფლოს ახალ ცოდნას. (Wykes, Hayward and Parr, 1999). ჯგუფი უნდა შედგებოდეს 4-8 პაციენტისგან, თერაპია უნდა წარმართოს ორმა თერაპევტმა. ჯგუფური კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის სრული თერაპიული კურსი შედგება ექვსი ყოველკვირეული სესიისგან. სესიის ხანგრძლივობა ერთი საათია. ქვემოთ მოყვანილია ჯგუფური კბთ — სრული კურსის აღწერილობა.

სესია I:

თავის წარდგენა – გაცნობა, განმარტება ჯგუფის კონფიდენციალურობის შესახებ და ხმების შესახებ ინფორმაციის გაცვლა-გამოცვლა. ამ დროს ისმება შემდეგი კითხვები:

რა დროიდან გესმის ხმები? რა სიხშირით? რა ხანგრძლივობით? რას გეუბნებიან ისინი?

ჩვეულებრივ, როდის გესმის ხმა: როდესაც მარტო ხარ და არ ხარ რაიმეთი დაკავებული? მათი არსებობის გამო თავს როგორ გრძნობ? იცნობ ვინმეს, ვისაც მსგავსი გამოცდილება აქვს?

ამის შემდეგ თერაპევტი ხაზს უსვამს ჯგუფის წევრების განცდების იდენტიფიკაციას. თერაპევტი აღწერს ყველა უცნაურ, ოდითხუთ, ექსცენტრულ განცდას, რაც კი მათ ოდესმე განუცდიათ. ხაზი ესმევა იმას, რომ ადამიანისათვის ზოგადადა რეალური ხმების განცდა. პაციენტებს უნდა მიეწოდებინათ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ბევრ ადამიანს ესმის ხმა და ზოგი მათგანი ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს. ეს უკანასკნელნი, შესაძლოა, ჯგუფის წევრებისგან განსხვავდებოდნენ იმით, რომ მათი „ხმები“ სუსტია და ნაკლებად დისტრესული. ამ დროს ადგილი აქვს ე.წ. „ნორმალიზებას, ლოგიკური ახსნას“.

სესია II:

თერაპევტი ესაუბრება პაციენტებს მათი „ხმების“ შესახებ, ამ დროს ჯგუფის საუბრის თემას წარმოადგენს ის, თუ რა შეხედულებები აქვთ პაციენტებს თავიანთი ხმების შესახებ, ანუ რა მოდელით ხელმძღვანელობენ ისინი საკუთარი ხმების ახსნას. ამ დროს თერაპევტი პაციენტს ეკითხება: „საიდან ისმის „ხმები“? შიგნიდან, გარედან, თუ ორივე მხრიდან? თუკი „ხმები“ გარედან ისმის, სხვებს რატომ არ ესმით? რას ფიქრობენ ისინი „ხმა“(ებ)-ის რაობის შესახებ. რა იწვევს მათ – ტვინი, სულები, ღმერთი, ეშმაკი, სხვა ადამიანების აზრები/ხმები? თერაპევტმა უნდა გადაამოწმოს ყველა შესაძლო ახსნის ჭეშმარიტება ქცევითი ტესტირების საშუალებით. ახსნა - განმარტების თემატიკა უნდა ეხებოდეს ხმების თავისებურებებს და უნდა გამოვლინდეს შემდეგი შეკითხვების დასმით: „ხმები ბოროტად არიან განწყობილნი თუ კეთილად (განდიდებით, დევნით, დასჯით და ა.შ.)? რამდენად ძლიერია მათი ზეგავლენა? რა დამოკიდებულება უნდა გვქონდეს

„ხმებთან“? რა მოხდება, მათი იგნორირების ან მათდამი დამორჩილების შემთხვევაში?”

საშინაო დავალება: თერაპევტმა უნდა სთხოვოს ჯგუფის წევრებს, მათი ერთ-ერთი ხმის ქცევითი ტესტირება მოახდინონ.

სეანსი III:

იწყება საშინაო დავალების შემონახვით. პირველ რიგში უნდა დადგინდეს, რისი გაცემა სცადეს პაციენტებმა, როგორ გამოუვიდათ; გამოიტანეს თუ არა რაიმე დასკვნა იმის შესახებ, როდისაა „ხმები“ ყველაზე ძლიერი?“ ხაზი უნდა გაესვას ჯგუფის სხვადასხვა წევრისთვის იმ გარემოებების მსგავსებას (თუკი ასეთი რამ არის), როცა „ხმები“ ყველაზე ძლიერია (მაგ.: დისტრესისა და დეპრესიის პერიოდებში). თერაპევტი ჯგუფის თითოეულ წევრს უნდა დაეხმაროს დაძლევის სტრატეგიებისა და მეთოდების ჩამოყალიბებაში. თერაპევტმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ ჯგუფის უმეტეს წევრს „ხმებთან“ თავის გასართმევად დიდი დრო დასჭირდება, ამიტომ მუშაობის პროცესში მხედველობაში უნდა მიიღოს მათი შესაძლებლობები და რესურსები.

თერაპევტი არკვევს, თუ რას აკეთებს პაციენტი ხმების დასაძლევად, რისთვისაც ის შემდეგ კითხვებს იყენებს: „რას აკეთებთ „ხმების“ დასაძლევად? რამდენად ეფექტურია ეს სტრატეგიები?“ თერაპევტმა ასევე უნდა დაადგინოს, გამოუყენებია თუ არა ოდესმე პაციენტს ქვემოთჩამოთვლილი სტრატეგიები: ა) ყურადღების გადატანა, მაგ., მუსიკის მოსმენით ან ტელევიზორის ყურებით, ვინმესთან დალაპარაკებით; ბ) „ხმებისთვის“ იმის თქმა, რომ მოგშორდნენ; გ) „ხმებისთვის“ ყურის დაგდების მომავალში გადატანა; დ) სიმღერა ან ლილინი, რელაქსაცია, საკუთარ თავზე რაიმე კარგის ფიქრი. თერაპევტს უნდა ახსოვდეს, რომ „ხმების“ დაძლევა დიდ დროს საჭიროებს. ამასთანავე, განსხვავებულ დროს შეიძლება სხვადასხვა სტრატეგიამ იმოქმედოს. თერაპევტმა უნდა აღწეროს ის სტრატეგიები, რომლებიც კარგად მოქმედებენ კონკრეტულ სიტუაციებში; ხაზი უნდა გაესვას აქტიური სტრატეგიების უპირატესობას.

საშინაო დავალება: თითოეულმა პაციენტმა ახალი სტრატეგიის გამოყენება უნდა სცადოს ხმებთან თავის გასართმევად. თერაპევტმა თითოეულს უნდა ჩამოუწეროს ბარათზე ამორჩეული სტრატეგია, სახლში სავარჯიშოდ.

სეანსი IV:

თერაპევტმა უნდა დაადგინოს პაციენტების მიერ სახლში გამოყენებული ახალი სტრატეგიების ეფექტურობა. მსჯელობა უნდა ეხებოდეს სტიგმასა და იარლიყების მიკერებას. ამ დროს შეიძლება გამოვიყენოთ დამხმარე კითხვები: „ფიქრობთ, რომ თქვენი „ხმები“ ფსიქიკური დაავადების შედეგია? რაში გეხმარებათ ამის ცოდნა? სხვებზე უარესად გრძნობთ თავს იმის გამო, რომ თქვენი „განსხვავებული“ განცდები გაქვთ? იყენებთ თუ არა ნამლებს, ალკოჰოლის ჩათვლით, რელაქსაციისათვის? გიუარესებთ თუ გიუმჯობესებთ ეს მდგომარეობას? გეხმარებათ ფსიქოტროპული ნამლები? თუ გეხმარებათ, მაშინ როგორ? გათავისუფლებთ ნამლები „ხმებისგან?““ ჯგუფის წევრების მხრიდან თხოვნის შემთხვევაში, შეუძლიათ თუ არა აღწერონ, როგორ მოქმედებს მათზე ნამლები.

საშინაო დავალება: თითოეულმა პაციენტმა ხმებისაგან თავის გასართმევად ახალი სტრატეგია უნდა სცადოს. პაციენტებს ისევ ბარათზე უნდა ჰქონდეთ ჩამოწერილი არჩეული სტრატეგიები, სახლში გასახსენებლად.

სეანსი V:

თერაპევტმა უნდა დაადგინოს პაციენტების მიერ სახლში გამოყენებული ახალი სტრატეგიების ეფექტურობა. ამ სეანსზე მუშაობისას მათი თვითშეფასების დონე უნდა დადგინდეს, ამისათვის კი უნდა გამოვიყენოთ შემდეგ კითხვები: „რა ზეგავლენას ახდენს ხმები თქვენს გუნებ-განწყობაზე (მანკიერი წრის მოდელი)? როგორ მიგაჩნიათ, სხვები რას ფიქრობენ თქვენზე?“ ჯგუფის წევრების თანხმობის შემთხვევაში, თერაპევტმა ჯგუფს ე.წ. „თვითშეფასების თამაში“ უნდა შესთავაზოს. ამისათვის თითოეულმა პაციენტმა ბარათზე თავისი სახელი უნდა დაწეროს და გადასცეს მარჯვნივ მჯდომს. ეს უკანასკნელი კი დაწერს ერთ დადებით თვისებას იმ პიროვნებაზე, რომლის სახელიც ბარათზე წერია და შემდგომ გადასცემს თავის მარჯვნივ მჯდომს. როცა ბარათი უკან დაუბრუნდება პიროვნებას, რომლის სახელიც ბარათის თავში ეწერა, თამაში სრულდება. დადებით თვისებებზე შეიძლება ჩაითვალოს: „მასთან იოლია საუბარი“, „ის ყოველთვის ენერგიულად გამოიყურება“, „მას კარგი ოუმორის გრძნობა აქვს“ და ა.შ. თამაშის შემდგომ თერაპევტმა უნდა გამოკითხოს ჯგუფის წევრები იმის შესახებ, თუ როგორ გრძნობენ ისინი თავს. ჩვეულებრივ, ეს თამაში მათი თვითშეფასების გრძნობას ამაღლებს. მსჯელობა უნდა წარიმართოს შემდეგნაირად: თუ როგორ უნდა გამოვიყენოთ პაციენტებმა ბარათები და დადებითად იფიქრონ საკუთარ თავზე, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ესმით „ხმები“. თერაპევტმა უნდა ურჩიოს პაციენტებს, რომ გამოიყენონ ბარათები თავიანთი გუნებ-განწყობის გასაუმჯობესებლად ან გაიხსენონ რაიმე კარგი საკუთარ თავზე.

სამინაო დავალება: დაძლევის სტრატეგიების მოდიფიცირების მცდელობა და სხვა, ახალი სტრატეგიის გამოყენება. პოზიტიური აზროვნების მხარდაჭერა ბარათების გამოყენებით („თვითშეფასების თამაშიდან“).

სეანსი VI:

თერაპევტმა უნდა დაადგინოს პაციენტების მიერ სახლში გამოყენებული ახალი სტრატეგიების ეფექტურობა. ამ სეანსზე თერაპევტმა უნდა განიხილოს სტრესისადმი მონყვლადობის მოდელი და გადაიტანოს დაფაზე. თერაპევტმა უნდა სთხოვოს პაციენტებს, განსაზღვრონ (ამოიცნონ) სხვადასხვა შესაძლო გზა „ხმების“ შესამცირებლად. ასე მაგ., ბიოლოგიური (ან ფსიქოლოგიური) მონყვლადობისათვის – მედიკამენტოზური მკურნალობა, დაძლევის სტრატეგიების გაუმჯობესება, გუნებ-განწყობის გაუმჯობესება, ცხოვრებისეული სტრესების შემცირება და ა.შ. თერაპევტებმა უნდა ილაპარაკონ ჯგუფის წევრებისათვის გასაგები ენით, რათა წევრებმა „გაითავისონ“ ეს მოდელი. მოთხოვნის შემთხვევაში, პაციენტს უნდა გადაეცეს მოდელის ამსახველი ასლი. მსჯელობა უნდა წარიმართოს იმის შესახებ, თუ რა გამოცდილება შეიძინეს წევრებმა ჯგუფში. ამ დროს ვიყენებთ შემდეგ შეკითხვებს: „თქვენი აზრით, რა ისწავლეთ? ახლა უკვე დაძლევის სტრატეგიის რა მეთოდებია თქვენთვის ცნობილი? (შესაძლოა, თერაპევტმა სთხოვოს პაციენტებს, დაწერონ ორი, მათთვის ყველაზე უფრო მისაღები დაძლევის სტრატეგია. დაძლევის სტრატეგიების ამგვარი დაფიქსირება სმენითი პალუცინაციების დროს მათ გახსენებას უფრო აიოლებს.) როგორ გაართმევთ მათ თავს მომავალში? რა იყო თქვენთვის სასარგებლო და რა - უსარგებლო ჯგუფური გარემოში?“

ვიკის-ის (Wykes T. et al. 1999) მიხედვით, ჯგუფური თერაპიის წარმატებაზე მაშინ შეიძლება ვილაპარაკოთ, როცა მუშაობის შედეგად პაციენტი ახერხებს

„ხმების“: ა) გაკონტროლებას; ბ) მათი ზეგავლენის შემცირებას; გ) გამოწვეული დისტრესის შემცირებას; დ) დაძლევის სტრატეგიების გაძლიერებასა და ჯგუფის წევრებისგან დადებითი უკუკავშირის მიღწევას.

პალუცინაციების ჯგუფური კბთ - ს გააჩნია შემდეგი უპირატესობები: ჯგუფში მსგავსი განცდების ურთიერთგაზიარების შესაძლებლობა, ჯგუფის წევრებისაგან ინფორმაციის მიღება „ხმებზე“ და მათთან თავის გართმევის საშუალებებზე, სხვებისგან სწავლის შესაძლებლობა და სოციალური მხარდაჭერა. თუმცა, ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის დროს გარკვეული ლიმიტიც არსებობს: მიზანშეწონილი არ არის - „ხმების“ შინაარსის ან მათთან დაკავშირებული რწმენა-შეხედულების, შეხედულების დეტალური განხილვა. პალუცინაციების ჯგუფური კბთ შეიძლება ჩატარდეს ინდივიდუალურ სესიებამდე, ან მასთან ერთად როგორც დამატებითი თერაპია.

აზროვნების დარღვევა

ფსიქოზის ერთ-ერთი ყველაზე თვალსაჩინო ნიშანი აზროვნების აშლილობაა, ის ძირითადად სიტყვიერ პროდუქციებში ვლინდება. ამას განეკუთვნება:

1) თანამიმდევრული, მწყობრი აზროვნების უუნარობა; 2) ტანგენციალურობა შეკითხვებზე არაპირდაპირი, დასმულ კითხვებზე შეუსაბამო პასუხების გაცემა; 3) ალოგიკურობა - ისეთი დასკვნების გამოტანა, რომლებიც ლოგიკური განსჯიდან არ გამომდინარეობს; 4) ინკოპერენტულობა - გაუგებარი, წყვეტილი მეტყველება; 5) გაჭიანურება, დეტალიზაცია - როცა გაძნელებულია ძირითადისა და პირველხარისხოვნის გამოყოფა; არაარსებით დეტალებზე ყურადღების გამახვილება, რის გამოც ვერ ხერხდება აზრის გადმოცემა, სრულყოფილი დასკვნის გამოტანა; 6) მეტყველების აჩქარება - როცა მეტყველება ძალზე აჩქარებულია და სიტყვების რაოდენობა ძალზედ მოჭარბებულია. ამ დროს გართულებულია საუბარში ჩართვა; 7) გაფანტული მეტყველება - როცა პაციენტს ყურადღება გაურბის ნებისმიერ გარეგან სტიმულზე, რაც მის საუბარს აფერხებს; 8) ჟღერადობა (Clanging) - როცა სიტყვების შერჩევა ხდება გარეგნული, არაარსებითი ნიშნის - ჟღერადობის მიხედვით და არა მათი შინაარსობრივი მნიშვნელობით.

ზემოაღწერილი დარღვევები ასახავს აზროვნების დარღვევასა და სამეტყველო აპარატის არასწორ გამოყენებას. იმავდროულად, არ უნდა ჩავთვალოთ, რომ მეტყველების დარღვევა მხოლოდ აზროვნების აშლილობას ასახავს. ფსიქოზის დროს მეტყველების პროცესის უმაღლესი ფორმებია დაზიანებული, რაც მეტყველების დაგეგმარების (თუ როგორაა ერთმანეთთან დაკავშირებული წინადადებები და ფრაზები), ე.ი., თანმიმდევრული, რაციონალური მეტყველების უუნარობაში გამოიხატება (Frith P. and Allen J., 1988). აზროვნების პათოლოგიის დროს დარღვეულია წინადადებების შესაფერისი თანამიმდევრობა და მათ შორის მჭიდრო კავშირი (Wykes, T 1980); აზროვნების აშლილობის არსებითი თავისებურებაა მეტყველების დაგეგმარებისა და ფრაზების სისრულეში მოყვანის უუნარობა (McGrath M., 1991). არსებული მონაცემებით შესაძლებელია ეს აშლილობა თავის ტინის ფრონტალური ნილის დისფუნქციასთან იყოს დაკავშირებული.

კბთ-ის თერაპევტი აზროვნების დარღვევების მქონე პაციენტებს მეტყველების პროცესის მოდფიცირებაში უნდა დაეხმაროს, რათა პაციენტის საუბარი უფრო გასაგები გახდეს. ამ მიზნით, თერაპევტი უნდა: 1) დაეხმაროს პაციენტს იმის

გაცნობიერებაში, რომ მისი ნათქვამი შეიძლება ვერ გაიგონ; 2) დაეხმაროს პაციენტს, ისაუბროს უფრო გასაგებად, ჩააყენებს რა მას მსმენელის პოზიციაში, და გამოიყენოს უფრო ზუსტი ან გასაგები ფრაზები (როლური თამაში); 3) თერაპევტმა უნდა გადაამოწმოს პაციენტთან, მართლაც გაიგო თუ არა ამ უკანასკნელმა მისი ნათქვამი.

აზროვნების აშლილობის მქონე პაციენტებს შეუძლიათ უპასუხონ ბანალურ და კონკრეტულ შეკითხვებს. მათთან მუშაობისას საჭიროა მოთმინება და კითხვების ხშირი განმეორება. პაციენტის აზროვნების დარღვევის გათვალისწინებით, თერაპევტი უნდა ეცადოს, განსაზღვროს სასაუბრო თემები და წამოცდენილი აზრების ინდივიდუალური მნიშვნელობა. თერაპევტმა უნდა გამოჰკითხოს პაციენტს მისთვის მნიშვნელოვანი მოვლენის შესახებ (ეს შეეხება ფსიქოზის განვითარების წინა პერიოდს). ამით, შესაძლოა, დაადგინოს პაციენტისეული ხედვა მომხდარის შესახებ. პრაქტიკულია სეანსების დროს აუდიო და ვიდეო ჩანაწერების კეთება მოგვიანებით განხილვისათვის. ეს აიოლებს მნიშვნელოვანი საკითხების აღმოჩენას და შესაძლებელს ხდის შემდგომ სეანსებზე მათზე ფოკუსირებას. თუკი საუბრისას პაციენტი სადისკუსიო თემებს გასცილდება, თერაპევტმა ფრთხილად უნდა დააბრუნოს იგი სადისკუსიო საგანზე. პაციენტის აზროვნების აშლილობა უარესდება ემოციურად მნიშვნელოვან ან დისტრესულ თემებზე საუბრისას (აგზნება იმატებს). ამის გამო მიზანშეწონილია მისი ყურადღების უფრო ნეიტრალურ თემებზე გადართვა და მსჯელობის ფოკუსის თანდათანობით მიახლება პრობლემურ საკითხზე (არცერთის გამოყენებაზე არ უნდა ვთქვათ უარი).

ნეოლოგიზმების დროს საქმე გვაქვს ნაცნობი სიტყვების კონდენსაციასთან და ჰიბრიდთან, ანუ მათ შემოკლება-გადაკეთებასთან. პაციენტის მიერ ახალი სიტყვების გამოგონებამ, ნეოლოგიზმებმა, შეიძლება მასთან საუბარი მნიშვნელოვნად გაართულოს. მათი იგნორირების ნაცვლად, თერაპევტმა პაციენტს უნდა ჰკითხოს ამ ნეოლოგიზმების მნიშვნელობის შესახებ – „მე ასეთი სიტყვა არ ვიცი, შენი მოგონილია?“ დასაშვებია ამის შესახებ შემდგომი მსჯელობა და ლექსიკონის გამოყენებაც კი. საუბრის მიზანია ნეოლოგიზმების პროცესის შეჩერება და პაციენტის საკუთარი ნეოლოგიზმების გამოყენების შეზღუდვა. ქინგდონი და ტურკინგტონი (Kingdon D & Turkington D. 1994) გვანდებიან ასეთი შემთხვევების მაგალითს: 29 წლის კევინი ამბობდა, რომ სჯეროდა „ჰიპერაზრების“. თერაპევტმა აღნიშნა, რომ ასეთი სიტყვა არ არსებობს. მაგრამ საინტერესოა, თუ როგორ ცდილობდა პაციენტი გარკვეული ტიპის უცნაური აზრების აღწერას. კევინმა აუხსნა თერაპევტს, რომ სჯერა, რომ მისი გონება უფრო მეტი აზრებით არის სავსე, ვიდრე სხვა ადამიანების. ეს დაკავშირებული იყო ფსიქოზის გამწვავებისას კევინის მოჭარბებულ აზრებთან. თერაპიის შედეგად კევინმა გაიგო და გაითავისა, რომ მისთვის უკეთესი იყო ნეოლოგიზმებისათვის თავის არიდება, რომელიც სხვა ადამიანებისათვის შეიძლება გაუგებარი იყოს.

ნანილი IV

ფსიქოტრავმა და შფოთვა

კლინიკაში ხშირად ვაწყდებით პირდაპირ კავშირს ფსიქოტრავმასა ფსიქოზის განვითარებას შორის. ფსიქიკური აშლილობის განვითარებისას ფსიქოტრავმის უშუალო ზეგავლენას ვხვდებით პოსტტრავმული, სტრესული აშლილობის დროს.

DSM-IV^{TR}-ის მიხედვით, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსა) A კრიტერიუმი ასეთია:

A პიროვნებას გადატანილი აქვს მძიმე, მწვავე ხასიათის ფსიქოტრავმა. მის ცხოვრებაში ქვემოთმოყვანილ ორ ფაქტორს ჰქონდა ადგილი:

(1) ის იყო მოწმე ან ჰქონდა უშუალო შეხება სიკვდილთან ან სერიოზულ ტრავმასთან; არსებობდა ამ ადამიანის ან ირგვლივმყოფების ფიზიკური განადგურების რეალური საშიშროება;

(2) აღნიშნულ ფაქტებზე ეს პიროვნება რეაგირებდა: შიშით, უიმედობით ან საშინელების განცდით.

შესაძლებელია თუ არა, რომ ფსიქოზმა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მსგავსი დარღვევები გამოიწვიოს?

მწვავე ფსიქოზის ეპიზოდი ან პოსპიტალიზაცია, შესაძლოა, იმდენად მატრავმირებელი იყოს ადამიანისათვის, რომ გამოიწვიოს პტსა (McGorry et al., 1991). თავისთავად ფსიქოზი ფსიქოტრავმულ მოვლენას წარმოადგენს. პტსა-ს განვითარებისთვის გადამწყვეტია ფსიქოტრავმის ზეგავლენა, სუბიექტურად აღქმული საშიშროება და არა – საკუთრივ ობიექტური მოვლენა (მოვლენები). შესაძლოა, პალუცინაციები და ბოდეა იმდენად შემადრწუნებელი იყოს ადამიანისათვის, რომ მან განაპირობოს საკუთარ თავზე, სხვებსა და საერთოდ სამყაროზე შეხედულებების კარდინალური ცვლილება. მორისონი და სხვ. (Morrison et al. 2003) ნაშრომები მიუთითებს ფსიქოზით დაავადებულებში პტსა-ს განვითარების მნიშვნელოვნად მაღალ სიხშირეზე.

პტსა-ს სიმპტომებს განეკუთვნება: ფსიქოტრავმული მოვლენის ხელახალი განცდა, აკვიატებული აზრები ან მოგონებები, წარმოსახვები, ღამის კოშმარები; იმ ფაქტებისათვის თავის არიდება, რომლებიც ადამიანს ტრავმას ახსენებს; ფაქტების გახსენებისას მისი ერთ ადგილზე გაშეშება, შეჩერება; ასევე ამ მოვლენაზე საუბრის სურვილის არქონა; მომატებული ავზნებადობის სიმპტომები – გაღიზიანებადობა, მოჭარბებული სიფხილღე, ძილის დარღვევები. აღნიშნული სიმპტომები ექვს თვეზე მეტ ხანს გრძელდება.

საზოგადოდ ითვლება, რომ ფსიქოზი შეიძლება აღმოცენდეს, როგორც რეაქცია ფსიქოტრავმაზე ფსიქოზის მქონე პოპულაციაში მაღალია ბავშვობაში გადატანილი სექსუალური ძალადობისა და სხვა ფსიქოტრავმების სიხშირე (Mueser K.T et al., 1998). ასევე, ქინგდონისა და ტურკინგტონის (Kingdon D. & Turkington D. 1994) თანახმად ცხოვრებისეული ნეგატიური მოვლენები და მძიმე გარემო პირობები ზეგავლენას ახდენს ფსიქოზის განვითარებაზე. პტსა-ს მქონე პოპულაციაში მეტად მაღალია ფსიქოზური აშლილობანი და მისი სიმპტომები. არსებობს მთელი რიგი გამოკვლევები კონფლიქტში მონაწილე ჯარისკაცებზე, საკონცენტრაციო ბანაკიდან გადარჩენილებზე და ლტოლვილებზე. ეს მონაცემები ადასტურებენ, რომ ტრავმამ ადამიანი შეიძლება ფსიქოზამდე მიიყვანოს (Morrison AP et al., 2003 review).

არსებობს კავშირი ძალადობის ფორმას, მისი განცდის ბუნებასა და სიმპტომების შინაარსს შორის. რაუნის და სხვების (Raune et al.-ის 1999) მიხედვით, ბოდვის და/ან „ხმების“ თემატიკასა და სტრესოგენულ მოვლენებს შორის არსებობს თვალსაჩინო კავშირი. დ. ფოულერის (Fowler D. 2000) ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 26 პაციენტიდან, რომელთაც კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია უტარდებოდათ, 14-ს (დაახლოებით 54%) ანამნეზში აღეშნებოდათ ფსიქოტრავმა, რომელიც ხშირად ფსიქოზური სიმპტომატიკით შენიღბული იყო. ასეთ დროს საჭიროა შემთხვევის დანერგვით შესწავლა.

ფსიქოზის და პტსა-ს განვითარება ადამიანის ფსიქოტრავმაზე რეაგირების ტიპთანაა დაკავშირებული. რიგ შემთხვევებში ადგილი აქვს ფსიქოზისა და პტსა-ს სიმპტომების ურთიერთგადაფარვას. ამ დროს ადგილი აქვს პოზიტიურ და ნეგატიურ სიმპტომებს, ძილის დარღვევებს, პტსა-თეის დამახასიათებელ ინტრუზიებსა და პალუცინაციებს, უძილობასა და პიროვნებისთვის საშიშ ბოდვით რწმენა-შეხედულებებს (Morrison AP et al. 2003).

ფსიქოზების დროს ფსიქოტრავმაზე მუშაობისას ძალზედ მნიშვნელოვანია პაციენტის გულდასმით გამოკვლევა თანამდევ პტსა-ს გამოსავლენად. ამისათვის საჭიროა, თერაპევტმა დანერგვით გამოპოკითხოს მას ბავშვობაში გადატანილი ძალადობის ფაქტების შესახებ; გამოავლინოს მოგონებები მატრავმირებელ მოვლენებზე – ფრთხილად გამოინვიოს ფსიქოტრავმული ვითარების ხელახალი განცდა, რათა პაციენტმა იგი ანმყო დროში აღწეროს. შემდგომ საჭიროა მატრავმირებელი მოვლენის მნიშვნელობის ხელახალი შეფასება, ასევე ისეთი უსარგებლო შეფასებების და რწმენა-შეხედულების ეჭვქვეშ დაყენება, როგორიცაა, მაგ: „სამყარო საიმიედო არაა“, „ჩემს აზროვნებას ვერაფერი შეცვლის“. თერაპევტმა პაციენტთან ერთად უნდა ნათელყოს, არის თუ არა მისი ფსიქოზური სიმპტომები მისი მოგონებების შედეგი. და თუკი ეს ასეა, მოახდინოს სიმპტომების პაციენტის შინაგანი წყაროსადმი რეატირბუცია. მომატებული აგზნებადობის დასაძლევად უნდა გამოიყენოს რელაქსაციური ტექნიკები; დაადგინოს პაციენტისთვის მატრავმირებელ სიტუაციებში ქცევითი რეაგირების ტიპი (მაგ.: მიმღები, პოლიციის უბანი); ასევე, გამოიკვლიოს დაცვითი ქცევებიც.

ფსიქოზების დროს სოციალური შფოთვა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი თანამდევ მოვლენაა. სოციალური შფოთვის (ანუ ფობიის) ცენტრალური პრობლემაა ნეგატიური შეფასების შიში. DSM-IV^{TR}-ის მიხედვით, სოციალური ფობიის განსაზღვრება ასეთია:

„პიროვნებას აქვს ძლიერი და მდგრადი სოციალური ან სხვა წარმოსახვითი სიტუაციების შიში, რომ მას უცხო ადამიანებთან წარადგენენ და გაცნობისას მათი დაკვირვების საგანი გახდება. მას ეშინია, რომ შესაძლოა, შეუფერებლად მოიქცეს – გამოამჟღავნოს შფოთვის სიმპტომები, რაც მისთვის დამამცირებელი ან სამარცხვინო იქნება“.

სოციალური შფოთვა ზოგჯერ შეიძლება ფსიქოზურ სიმპტომში, მაგ., პარანოიაში გადაიზარდოს. ბოდვითმა რწმენებმა შეიძლება შენიღბოს საფუძველში არსებული სოციალური ფობია; შფოთვის მეურნალობამ შეიძლება მოახდინოს ბოდვის რედუცირება. ფსიქოზურმა სიმპტომებმა და მათზე რეაგირებამ, მაგ., „ხმების“ საპასუხოდ წარმოქმნილი აზრების დთარგუნვამ, შესაძლოა, სოციალური შფოთვა განაპირობოს. შიზოფენიის დიაგნოზმაც შეიძლება სოციალური შფოთვა გამოიწვიოს. ამასთან, ზოგიერთ ნეგატიურ სიმპტომს, შესაძლოა, დაცვითი ქცევის ფუნქცია ჰქონდეს. ფსიქოზურ პაციენტებთან მუშაობისას თერაპევტის ჩარევა

უნდა იყოს ფაქტიზი და არა შფოთვის მომგვრელი (იხ. ნახ. 31).

სოციალური ფობიის კოგნიტური მოდელის თანახმად, პაციენტი მისთვის აქტუალურ სიტუაციაზე დაფიქსირებულია მანამდეც და მის შემდგომაც. პრობლემური სიტუაციის მოლოდინისას პაციენტი მიდრეკილია მრავლჯერადად გაიაზროს ის. პაციენტის აზრით, ამ დროს ძლიერდება სოციუმის მხრიდან მისი ნეგატიური შეფასება. აქტუალური სოციალური მოვლენის დასრულების შემდეგ პაციენტი კვლავ ფიქრობს ამ სიტუაციაზე და თავის ქცევაზე. ამგვარი ანალიზი მხოლოდ სიტუაციის ნეგატიურ ასპექტებზეა ფოკუსირებული. სოციალურ გარემოში ხდება ყურადღების გადანაცვლება საკუთარი პიროვნებისკენ. პაციენტი თავის თავს უყურებს სხვა ადამიანის თვალით – დამკვირვებლის რაკურსით. უფრო ხშირად პაციენტს აქვს ისეთივე წარმოდგენა, როგორიც რწმენა იმის შესახებ, თუ როგორ გამოიყურება სხვების თვალში (მაგ: განითვლებული და აცახცახებული). საკუთარი თავის ამგვარი ხატი ეფუძნება ინტროექტულ ინფორმაციას, ანუ სხეულიდან წამოსულ სერძებებს. ხშირად ეს სუბიექტური ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორია ის სხვების თვალში, წარმოადგენს სინამდვილის არაზუსტ ასახვას, მის მცდარ სურათს. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის რწმენა-შეხედულებებს. მას აქვს უსიამოვნო, სამიში სიტუაციის მოლოდინი. ეს გამოიხატება სხვებისგან დაუინებულ ცქერაში, გარიყვაში, დამცირებაში და მის მოსაწყენ ადამიანად მიჩნევაში. ამდენად, პაციენტისათვის მთავარი პრობლემაა მოვლენების მისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა და უარესი შედეგის მოლოდინი. ამასთან, ის ირგვლივმოყფებს არასწორად აღიქვამს და სჯერა, რომ ისინი შენიშნავენ მის მღელვარებას, რის გამოც განსჯიან და გარიყავენ.

აღნიშნულის თავიდან ასაცილებლად პაციენტი იყენებს დაცვით ქცევებს, რათა მიჩქმალოს ან არ დაუშვას 'სოციალური კატასტროფა'. მაგრამ შედეგი საპირისპიროა და პრობლემის გადალახვის ნაცვლად, ის წარჩუნდება. პაციენტის დაცვით ქცევები ხელს უწყობს საკუთარ თავზე მომეტებულ ფოკუსირებას და არ იძლევა ნეგატიური რწმენის უკუგდების საშუალებას. ქვემოთ მოყვანილია დაცვით ქცევების კოგნიტური მოდელი (იხ. ნახ. 31, 32, 33).

კოგნიტურ-ბიპევიორული მოდელის თანახმად, სოციალური შფოთვის შეფასებისა და ფორმულირების ორი მიდგომა არსებობს: 1) სოციალური შფოთვის რამდენიმე ბოლოდროინდელი ეპიზოდის გადახედვა, გადასინჯვა. 2) თერაპიულ სეანსზე რეალური ან მსგავსი სიტუაციის დემონსტრირებისას (მაგ.: გასაუბრება უცნობთან) ან მის შემდგომ, პირდაპირი შეკითხვების დასმა. კონკრეტული კოგნიტური მოდელის შესავსებად საჭიროა ისეთი ინფორმაციის შეგროვება, როგორიცაა ძირითადი ავტომატური ნეგატიური აზრები, შფოთვის სიმპტომები, თავის თავზე მუშაობის შინაარსი და დაცვითი ქცევები.

სოციალურ შფოთვაზე მუშაობისას კოგნიტურ-ბიპევიორული მეთოდით ინტერვენციის ოთხი ძირითადი მომენტია მნიშვნელოვანი:

1) **დაცვითი ქცევების რედუცირება** – თერაპევტმა პაციენტს უნდა აუხსნას, თუ რაოდენ აძლიერებენ მისი დაცვითი ქცევები დაავადების სიმპტომებს და ხელს უშლის საკუთარ თავზე ნეგატიური რწმენის უკუგდებას. ამ დროს უმთავრესია მის რწმენასთან დაკავშირებული სპეციფიკური დაცვითი ქცევების ამოცნობა. შემდგომ თერაპევტმა უნდა სთხოვოს პაციენტს, რომ მისთვის სამიშ სოციალურ სიტუაციაში მოხვედრისას შეამციროს ან საერთოდ შეწყვიტოს დაცვითი ქცევა და ყურადღება გადაიტანოს სხვა ადამიანებზე.

პრაქტიკიდან გამომდინარე, თერაპევტმა პაციენტის ადექვატური ქცევის მოდელირება თავად უნდა მოახდინოს; მისთვისაც თვალსაჩინო გახადოს ის ფაქტი,

რომ კატასტროფა არ მოხდება (სიტუაცია+საფრთხის ქცევები+გარეგანი ფოკუსი).

2) თავის თავზე მუშაობა, ანუ საკუთარ თავზე შეხედულების შეცვლა – ამისათვის ძირითადი სტრატეგიაა პაციენტისათვის საკუთარი თავის დემონსტრირება აუდიო და ვიდეო ტექნიკის გამოყენებით. ჩვენებამდე თერაპევტმა უნდა სთხოვოს პაციენტს, გონებაში თვალი გადაავლოს და განსაზღვროს, რომელია მისთვის შემაფოთებული სიმპტომები და ქცევები. პაციენტის მოლოდინისგან განსხვავებით, ვიდეო მასალაზე მისი სიმპტომები ან საერთოდ არ იქნება შესამჩნევი, ან არც ისე ცუდი აღმოჩნდება, როგორც თავად ელოდა. ჩვეულებრივ, საჭიროა ხოლმე ვიდეომასალის რამდენჯერმე დემონსტრირება ნეგატიური თვითდამუშავების რწმენა-შეხედულების დასაძლევად. როგორც კი პაციენტს საკუთარ თავზე სწორი შეხედულება (image) ჩამოუყალიბდება, თერაპევტი უნდა დაეხმაროს მას ამ ახალი image-ის in vivo გამოყენებაში, მაშინაც კი, როცა პაციენტისეული ნეგატიური ხატი ჯერ კიდევ აქტიურია. ამაში პაციენტებს დაეხმარება საკუთარი გამონათქვამების გამოყენება. მაგ., „ჩემი მდგომარეობა სხვებისთვის შეუმჩნეველია მაშინაც კი, როცა ეკანალებზე“, „მე მშვიდად გამოვიყურები, როცა თავს მშვიდად ვერ ვგრძნობ“, „სიმპტომები ჩემთვის უსიამოვნო შესაგრძნობია, თუმცა გარედან ნაკლებადაა შესამჩნევი“.

3) ვერბალური რეაქტიულობა – ამისათვის უნდა მოხდეს პაციენტის ნეგატიური ავტომატური აზრების შეფასება, როგორც საკუთარ თავზე, ასევე სხვების რეაქციებზე. თერაპევტთან ერთად პაციენტმა უნდა იმუშაოს ამ შეფასებების დამადასტურებელ არგუმენტებსა და კონტრარგუმენტებზე. ერთობლივად უნდა შეიმუშაონ ალტერნატიული ახსნა-განმარტებები არსებული მტკიცებულებებისათვის. როცა არგუმენტები საფუძვლიანია, კარგად უნდა აიწონო-დაიწონოს მათი შეცვლის სტრატეგიები. მაგ., ზოგ შემთხვევაში პაციენტი მართლაც სოციალურად არაადეკვატურია, ამის დასაძლევად თერაპევტმა პაციენტს გარკვეული სტრატეგია უნდა შესაწავლოს, მაგ., ჩაუტაროს სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი.

(მაგ.: ნეგატიური აზრი – მე მას არ მოვწონვარ).

შეკითხვები: რა არის ამის არგუმენტი? რა არის ამის კონტრარგუმენტი? მერე რა არის ამაში ასე ცუდი? შესაძლებელია, რომ ყველას მოსწონდეს? თუკი ერთ ადამიანს მოსწონხარ და მეორეს – არა, რომელია მათ შორის მართალი?

რაციონალური პასუხი: აუცილებელი არაა, ყველას მოვწონდეს. თუ ვინმეს არ მოვწონვარ, ჩემი ბრალი არ არის).

4) ქცევითი ექსპერიმენტის ჩატარება – თერაპევტმა პაციენტს უნდა შესთავაზოს, რომ მან შეამოწმოს თავისი მოსაზრებები და სხვა ადამიანების რეაქციები გარკვეულ სოციალურ სიტუაციებში. ამის გაკეთება ორი გზით შეიძლება:

ა) იმ ქცევების პროგნოზირებით, რომლებიც ლოგიკურადაა მოსალოდნელი რომელიმე კონკრეტული აზრისგან გამომდინარე. მაგ: „თუკი, ვინმეს აზრით, მოსაწყენი ხარო, როგორ მოგექცევათ ის?“

ბ) შეკითხვების დასმით იმის გარკვევა, თუ რას აქცევენ ადამიანები ყურადღებას და რას ფიქრობენ რაიმე კონკრეტულ სიტუაციაში. ექსპერიმენტი შეიცავს შფოთვის ნიშნების ან სოციალურად „მიუღებელი“ ქცევის წარმოდგენას და ამაზე სხვების რეაქციის შეფასებას. პაციენტისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია კონკრეტული თანამდევი შედეგების წინასწარი განჭვრეტა. დაკვირვების მიზნით უმჯობესია, ჯერ თერაპევტმა მოახდინოს პაციენტის ქცევის მოდელირება. მნიშვნელოვანია ასევე რთული სიტუაციების იერარქიის შემუშავება და სიტუაციებისგან თავის არიდების თანდათანობით შემცირება.

ნეგატიური სიმპტომები, დეპრესია და თვითშეფასება

ცნობილია, რომ ნეგატიური სიმპტომების განვითარებისას ადამიანს უჭვეთდება ანდა საერთოდ კარგავს მისთვის ჩვეული ემოციური განცდისა და ბუნებრივად მოქცევის უნარს. ნეგატიური სიმპტომოკომპლექსი მოიცავს ისეთ სიმპტომებს, როგორიცაა: რაიმეს კეთების მოტივაციის დაქვეითება (აპათია, ნებისყოფის არქონა); ლეთარგია და ენერგიის ნაკლებობა (ანერგია); სოციალური იზოლაცია, განმარტოება და ოჯახის წევრებთან კონტაქტებისგან თავის არიდება; საკუთარი თავისა და პირადი ჰიგიენის უგულებელყოფა; მეტყველების და აზროვნების გალარიბება (ალოგია); კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, ყურადღების გაფანტულობა, პერსევერაცია. ასევე მნიშვნელოვანია ისეთი ემოციური აშლილობები, როგორიცაა: დეპრესია, ემოციური დათრგუნვა, ემოციური რეაგირების უუნარობა; ანქოზონია – სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა. ფსიქოზის მქონე ავადმყოფების უმრავლესობას აღენიშნება ნეგატიური სიმპტომატისკა, რომელიც უფრო ხშირად ხანგრძლივი ავადმყოფობის ისტორიის მქონე პაციენტებში ვლინდება. ქრონიკული ფსიქოზების შემთხვევაში ასევე შესაძლებელია ნეგატიური სიმპტომების განვითარება ნინ უსწრებდეს პოზიტიური სიმპტომატისკის კლიკურ გამოვლენას (Häfner H. et al., 1999). ჩვეულებრივ ნეგატიური სიმპტომები ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას. სელტენის და სხვების მიხედვით (Seltén J.-P et al 2000), ძლიერი დისტრესი სწორედ აპათო-აბულიურ მდგომარეობასთან არის დაკავშირებული.

შესაძლოა ნეგატიური სიმპტომატისკა ადვილად აგვერიოს სხვა სიმპტომებში, როგორიცაა, მაგალითად, პაციენტის საკუთარ „ხმებზე“ ან სხვა ადამიანების მხრიდან მისდამი უარყოფით დამოკიდებულებაზე (სტიგმაზე) რეაგირება. ამ სიმპტომატისკასთან თავის გართმევა განსაკუთრებით რთულია მომვლელისთვის. იგი უმეტესად აღიქმება, როგორც არა დაავადების გამოვლინება, არამედ როგორც სიზარმაცე. ნეგატიური სიმპტომატისკა ართულებს მოვლას და ამძიმებს მომვლელის მდგომარეობას. ნეგატიური სიმპტომები ფსიქოზებისათვის (ბოდევისა და პალუცინაციისთვის) სპეციფიკური არ არის. ფენომენოლოგიურად იგი დეპრესიის სურათის მსგავსია, რომელშიც ასევე ნაშყვანია ენერგიისა და მოტივაციის დაქვეითება, სოციალური თვითიზოლაცია (Kitamura M. et al., 1991; Barnes K. et al., 1989). იგი კლინიკურად არ განსხვავდება შიზოფრენიით დაავადებული და დეპრესიის მქონე პაციენტების ნეგატიური სიმპტომებისგან.

ნეგატიური სიმპტომატისკის გამოწვევ მიზეზებს წარმოადგენს: ა) თავის ტვინის სტრუქტურული ცვლილებები, როგორიცაა, მაგ., პარკუჭების დილატაცია (Andreasen S. et al., 1982); ბ) პოზიტიური სიმპტომების დასაძლევად განვითარებული ქცევა, განსაკუთრებით დაავადების მწვავე ფაზაში, რაც ვლინდება მეორადი ნეგატიური სიმპტომებით გ) ნეიროლეპტიკების გვერდითი ეფექტი, რომლის შედეგად ვითარდება, მაგ., მიმიკის გალარიბება. თუმცა ეს შესაძლოა, განვითარდეს მკურნალობამდეც დ) დეპრესიისა და ნეგატიური სიმპტომის ურთიერთდადგარზე, მაგრამ არა ყველა სიმპტომისა.

ნეგატიური სიმპტომების განვითარების ფსიქოლოგიური თეორიის მიხედვით ადგილი აქვს „ნებელობითი მოქმედების“ დეფიციტს – ადექვატური რეაგირების უნარის დაქვეითებას. როგორც ცნობილია, ქცევას განაპირობებს ორი ფაქტორი: სტიმული და ნებელობა. ნეგატიური სიმპტომები განაპირობებულია ნებელობითი აქტივობის დეფიციტით. ვინაიდან ახალი სპონტანური რეაგირების უნარი ქვეით-

დება, ადგილი აქვს: პაციენტის უმოქმედობას (უსაქმურობას) (ქმედების გალარობა), ან რეაგირების განმეორებას, მაშინაც კი, როდესაც ეს შეუსაბამოა (პერსევერაცია, სტერეოტიპია), ან გარკვეულ გარემო - სტიმულზე შეუფერებელი რეაგირება (სტიმულით მართული, ანუ უტილიტარული/გამოყენებითი ქცევა).

დიდა ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების ზეგავლენა ნეგატიური სიმპტომების განვითარებაზე. ესენია: უიმედობა და დაბალი თვითშეფასება; იმპულსური ქცევის შიში; პოზიტიური სიმპტომების განვითარების შიში; საკუთარი თავის (არა როგორც ავადმყოფის) იდენტურობის ნაკლებობა - სტიგმა; სოციალურ სიტუაციებთან ასოცირებული სტრესი; თვითგამოვლენის ბარიერები და ინსტიტუციონალიზაცია.

ნეგატიური სიმპტომების შეფასება ხდება ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუთი. კლინიკისტმა შესაფასებლად უნდა გამოიყენოს: პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომების შეფასების სკალა (PANSS); ნეგატიური სიმპტომების შეფასების სკალა (SANS); ნეგატიური სიმპტომების თვითშეფასების სკალა (SENS), რომელიც ეფუძნება SANS-ს. SENS, განსაზღვრავს პაციენტის გაცნობიერების ხარისხს საკუთარ ნეგატიურ სიმპტომებში და მათთან დაკავშირებულ დესტრუქციასა და დისტრესს.

დეპრესიის გავრცელება ფსიქოზურ პაციენტებში 20-30%-ს აღწევს (Siris, S.G., 1991). არსებობს კავშირი ფსიქოზებსა და დეპრესიას შორის. იგი წარმოადგენს ფსიქოზის შინაგან მახასიათებელს. არსებობს მტკიცებულებები (Hirsch S.R & Jolley A.G. 1989), რომ დეპრესია ფსიქოზური სინდრომის არსებითი ნაწილია; დეპრესია წინ უსწრებს, თან ერთვის ან თან სდევს ფსიქოზის მწვავე ეპიზოდს. დეპრესია შეიძლება განვითარდეს როგორც პასუხი ნეიროლეფსურ მედიკამენტებზე; ნეიროლეფსიური მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა ანჰედონია და აკინეზია, ძალიან ჰგავს დეპრესიას. თუმცა, დეპრესიის განვითარებისათვის ნეიროლეფსიური მკურნალობა აუცილებელი არ არის (Berrios GE and Bulbena A., 1987). ნეიროლეფსიური მედიკამენტებით მკურნალობისას, მწვავე ფსიქოზური სიმპტომატიკის კლებასთან ერთად კლებულობს დეპრესიული სიმპტომატომატიკა (Leff et al., 1990).

დეპრესია ასევე შეიძლება განვიხილოთ, როგორც რეაქცია ფსიქოზზე. პაციენტები განიცდიან ცხოვრების სტილის რადიკალურად შეცვლას და მათ უქვეითდებათ თვითშეფასება. დეპრესია, რომელიც ვითარდება ფსიქოზის პირველი ეპიზოდის შემდეგ, შეიძლება დაკავშირებული იყოს პაციენტის საღ თვით-კრიტიკასთან. ბარნესის (Barnes K. et al 1989) მიხედვით, ქრონიკულ პაციენტებში უუნარობის სუბიექტური განცდა კავშირშია დეპრესიისადმი მოწყვლადობასთან. ავადმყოფობის ისტორიის ან სიმპტომებისაგან დამოუკიდებლად, ფსიქოზის შეფასება დაკავშირებულია დეპრესიასთან. ამის საფუძველია: ა) პაციენტისათვის მნიშვნელოვანი როლის/მიზნების დაკარგვა — „ავადმყოფობა ხელს შემიშლის ჩემი მიზნების მიღწევაში“; ბ) სირცხვილი/დამცირება: სტიგმა უარყოფითად აისახება პიროვნებაზე და მის სტატუსზე — „მე გარიყული ვარ“, „ამაყი ვეღარ ვიქნები“; გ) დაავადების სიმპტომების მარწმუნებში აღმოჩენა - „მე ვერ ვაკონტროლებ ჩემს ავადმყოფობას“, „ჩემი მდგომარეობის გაუმჯობესება შეუძლებელია“ (იხ. ნახ. 25).

დეპრესიის შეფასებისას გასათვალისწინებელია: ა) დეპრესიის, ნეგატიური სიმპტომებისა და ნეიროლეფსიური მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების ურთიერთგადაფარვა; ბ) დეპრესიის ზოგიერთი სიმპტომი არ არის ნეგატიური სიმპტომებისა და წამლის გვერდითი მოქმედების მსგავსი;

ეს გათვალისწინებულია კალგარის დეპრესიის სტანდარტიზირებულ სკალაში: **Calgary Depression Scale (Addington et al., 1993)**. ეს სკალა აფასებს დეპრესიას შიზოფრენიის მქონე პაციენტებში. მისი საშუალებით ხდება შეფასება პაციენტის ამჟამინდელი გუნება-განწყობის ცვლილებებისა და მათი კავშირის გამჟღავნება მექანიზმის მქონე მოვლენასთან (ტრიგერის), აზროვნების თავისებურებასა და ქცევით რეაგირებასთან. ფსიქოზურ პაციენტებთან მუშაობისას ასევე გამოიყენება ნეგატიური აზრების ჩანაწერები ან დღიური. ამით დგინდება დეპრესიის განვითარება და მისი კავშირი ფსიქოზურ სიმპტომებთან. ასე, მაგალითად: პოზიტიური სიმპტომები ურესდება გუნება-განწყობის დაქვეითებასთან ერთად, თუ გუნება-განწყობის დაქვეითება ვლინდება პოზიტიური სიმპტომატიკის გაუარესების დროს? ეს განისაზღვრება ყოველდღიური ჩანაწერის მეშვეობით.

ფსიქოზიან პაციენტებში დეპრესიის ფორმულირება ეყრდნობა მათი გუნება-განწყობის (ემოციების), აზრების, ქცევისა და ფიზიოლოგიური ცვლილებების ურთიერთკავშირის გაცნობიერებას და პაციენტთან გაზიარებას; ასევე იმ ფაქტორების გაანალიზებას, რომლებიც ხელს უწყობენ არსებული გუნება-განწყობის შენარჩუნებას, მაგ.: იზოლაციის, საქმის კეთების უუნარობის განცდის. მნიშვნელოვანია პაციენტის დაქვეითებული გუნება-განწყობის როლის განსაზღვრა სხვა სიმპტომატიკის, მაგ., პოზიტიური სიმპტომების, განვითარებაში.

შემთხვევის ფორმულირების მაგალითი: „თქვენი საუბრიდან ასე გამოდის, რომ დასევდიანებული, დადარდიანებული ხართ და თვლით, რომ თქვენთვის არაფრის კეთებას აზრი არ აქვს, რადგან ვერაფერს შეცვლით. გასაგებია, რომ ამიტომაც ამჯობინებთ მარტოდ დარჩენას და არ ძალგიდთ სხვა ადამიანების საზოგადოებაში ყოფნა. ამ მომენტისათვის ერთადერთი, რისი გაკეთებაც გინდათ ან შეგიძლიათ, ლოგინში წოლაა. სწორედ ამ დროს თქვენ გიძლიერდებათ ხმები, ის უფრო ხშირი ან ზოგჯერ უფრო ხმაილალა ხდება – სწორად გავიგე თქვენი ნათქვამი?“ ფორმულირება მოიცავს პრობლემას, აზრსა და ქცევას შორის შემანარჩუნებელი ურთიერთკავშირის აღმოჩენას. ა) **პრობლემა:** მოტივაციის დაქვეითება; **აზრი:** მე ვერაფერი შემიძლება, არაფერი მაქვს გასაკეთებელი; **ემოცია:** დეპრესია; **ქცევა:** არაფრის კეთება, მაგალითად, სახლის დასუფთავება, აბაზანის მიღება, ტელევიზორის ყურება, დაძინება. ბ) **პრობლემა:** სხვებთან ურთიერთობის დამყარების სიძნელეები; **აზრი:** მე ვერაფერზე საუბარს ვერ ვახერხებ; **ემოცია:** შფოთვა, დისკომფორტი; **ქცევა:** არ გადის გარეთ, იშვიათად ერთვება საუბარში, თავს არიდებს სხვებთან ურთიერთობას (იხ. ნახ. 19, 20).

ამ დროს ინტერვენციის სტრატეგია გულისხმობს: თვითდამცირების მქონე ნეგატიური აზრების გამოსაყვანად შეკითხვების დასმას, პაციენტის ყოველდღიურ საქმიანობათა ჩამოთვლას და მათ მონიტორინგს, რომელიც ასევე მოიცავს ჩვეულებრივ და გასართობ საქმიანობებს; მიზნის დასახვა (მცირე და ადვილად მიღწევადი მიზნის); პრობლემის გადაწყვეტა; ისეთი საქმიანობებით დაკავება, რომლებიც სასიამოვნო იქნება პაციენტისთვის.

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია გულისხმობს: ა) ნეგატიურ სიმპტომებთან დაკავშირებული აზრების გამოვლენას, მაგალითად: „საქმე არაფერი მაქვს, ყველაფერი ისე ძნელია, მაინც არაფერი გამომივა, რა აზრი აქვს“; ბ) ნეგატიური სიმპტომების წინასწარ განსაზღვრას; გ) ურთიერთანამშრომლობის პრინციპით, ამ აზრების დაზუსტებას, შეკითხვების დასმით და ქცევითი ექსპერიმენტით; დ) ასევე უფრო ზუსტი და რეალისტური აზრების გაცნობიერებას. ე) შესაძლოა აზრების ყოველდღიური ჩანაწერის გამოყენებაც. კოგნიტური მუშაობისას თერაპევტმა უნდა

გამოყოს პაციენტის რომელიმე სპეციფიკური პრობლემა, მაგ.: „მე ცხოვრებაში ვერაფერს მივაღწიე“ და გაანალიზებინოს, თუ რას ნიშნავს „მიღწევა“. ამისათვის რწმენა-შეხედულების სიძლიერე 0-100 %-ის ფარგლებში უნდა შეაფასებინოს. თერაპევტმა პაციენტთან ერთად დეტალურად უნდა შეისწავლოს ამ რწმენა-შეხედულების დამადასტურებელი და საპირისპირო არგუმენტები. ამასთან, მან უნდა მიაქციოს ყურადღება იმას (სპეციფიკურ მიდგომას), თუ რა გზით ახდენს პაციენტი არგუმენტირებას. თერაპევტმა ფრთხილად უნდა გაუსვას ხაზი ნებისმიერ უზუსტობას პაციენტის მსჯელობაში და გამოავლინოს ალტერნატიული რეალისტური რწმენა-შეხედულებები და აზრები. შემდგომ ხელახლა უნდა მოახდინოს სანყისი რწმენა-შეხედულების სიძლიერის ხარისხის პროცენტული შეფასება. თერაპევტმა თანდათანობით უნდა წაიხიოს წინ, გაამხნევოს პაციენტი და დაუსვას მას შეკითხვები, რათა პაციენტმა შეაფასოს თავისი ნეგატიური აზრები. თერაპევტს უნდა ჰქონდეს გარკვეული პასუხი ნეგატიურ მოსაზრებაზე, რომელსაც პაციენტს უნერს ბრათზე, რათა ამ უკანასკნელმა სიანსის შემდგომ, პრობლემურ სიტუაციაში გამოიყენოს.

თერაპევტმა უნდა მოახდინოს პაციენტის ფსიქოგანათლება, რომლის მიზანია იმ რწმენასთან შეწინააღმდეგება (განსაკუთრებით ნეგატიური სიმპტომების შემთხვევაში), თითქმის მათ რაღაც განსაკუთრებული სჭირთ, ან ისინი ზარმაცები, უუნაროები ან გაფუჭებულები არიან. პაციენტებს უნდა აუხსნათ, რომ ნეგატიური სიმპტომები ნორმაში სხვა ადამიანებისათვისაცაა დამახასიათებელი, მაგ., უმუშევრებისთვის. ნეგატიური სიმპტომები თავს იჩენს: დილით ადრე ადგომისას, როცა დაქვეითებულია ადამიანის ყურადღება; სტუდენტის ბინაში უსუფთაობისას, როცა ძნელია თავის მოვლა; კვირა დღის სანაოლში უსაქმურად გატარებისას; ტელევიზორში ნებისმიერი გადაცემის ყურებისას (ლეთარგია). თერაპევტმა უნდა განმარტოს პაციენტის კოგნიტურ შეცდომების/აზროვნების სტილი. მაგ, DeRubeis & Beck-ის (1988) მიხედვით, ეს შეცდომა შეიძლება იყოს: დიქტომორი აზროვნება, პერსონალიზაცია, მინიმალიზმი ან მაქსიმალიზმი, გაზვიადება, განზოგადება, ზედაპირული დასკვნების გაკეთება, არჩევითი ყურადღება, დრამატიზირება.

ქბთ-ს ძირითადი ამოცანა პაციენტის აქტიურობის ხარისხის გაუმჯობესებაა. დეპრესიის, ნეგატიური და პოზიტიური სიმპტომების გამო პაციენტი ხშირად გრძნობს უუნარობას, არ ძალუძს რაიმეს კეთება; დროის უმეტეს ნაწილს სახლში, სანაოლში ან თითქმის ყველასაგან იზოლირებულად ატარებს. იზოლაციამ შესაძლოა გააძლიეროს ნეგატიური სიმპტომები (დეპრესიის შემანარჩუნებელი ფაქტორი). ქცევითი ექსპერიმენტი პაციენტის აქტიურობის გაზრდის საუკეთესო საშუალებაა. თავდაპირველად თერაპევტმა პაციენტს უნდა სთხოვოს, რომ მან შეაფასოს თავისი აქტიურობის ხარისხი საქმიანობის განრიგის მიხედვით (ნახ. 22). პაციენტის აქტიურობის ხარისხის შეფასება უნდა მოხდეს ორი განზომილების — კონკრეტული ამოცანის წარმატებულად შესრულების უნარისა და ამ საქმიანობით მიღებული სიამოვნების მიხედვით. თერაპიული ინტერვენცია უნდა მოიცავდეს ყველა იმ საშუალებას, რომელიც აუმჯობესებს საქმიანობის მოცულობას, დონესა და ხარისხს. ეს ყველაფერი იმ მცდარი აზრის და რწმენა/შეხედულებების საპირისპიროდ მოქმედებს, რომლის მიხედვითაც, პაციენტს არ შესწევს უნარი, ამოცანა წარმატებულად შეასრულოს და ამ საქმიანობით სიამოვნება მიიღოს. შესაძლებელია, რომ თერაპევტმა ექსპერიმენტების მეშვეობით დაადგინოს, თუ რა გავლენას ახდენს აქტიურობის ხარისხის ზრდა პაციენტის გუნებ-განწყობასა და

აზრებზე. თერაპევტმა პაციენტთან ერთად უნდა შეიმუშავოს საქმიანობათა, შესასრულებელ დავალებათა ჩამონათვალი, რომელიც მას სიამოვნებას ანიჭებს და ამოიჩინოს ერთი ან ორი საქმიანობა, რომელთა შესრულებასაც მიზნად დაისახავს სენასთა შორის. თერაპევტმა უნდა სთხოვოს პაციენტს, რომ მან თავისი მდგომარეობა (გუნებ-განწყობა/აზრები) შეაფასოს დავალების შესრულებამდე და მის შემდეგ, რათა პაციენტისათვის ნათელი გახდეს მათ შორის განსხვავება.

თერაპევტმა არ უნდა დასახოს შესაბამის, არარეალისტური მიზანი, ამოცანა, რომელიც მიუღწევლობის შემთხვევაში გააძლიერებს ნარუმატებლობის განცდას. მან უნდა შეიმუშავოს პატარა, ადვილად მიღწევადი დავალებები და მიზნები, რომლებიც სავარაუდოდ სიამოვნების მომტანი იქნება პაციენტისათვის. თანდათანობით განუმტკიცოს პაციენტს ნარმატების განცდა. დასახოს ქცევის ისეთი ფორმები, რომელიც მიზნად ისახავს ავადმყოფობის შემანარჩუნებელი, მანკიერი წრის განყვეტას. ამ დროს უნდა გააანალიზდეს ყველა შესაძლო დაბრკოლება მიზნის მიღწევის გზაზე და დაისახოს მათი გადალახვის გზები.

ფსიქოზის წარმოშობასა და განვითარებას საფუძვლად უდევს პაციენტის ბირთვული რწმენა-შეხედულებები, ანუ ე.წ. სქემები. ბირთვული რწმენა/სქემა შეიძლება იყოს ნეგატიური ან პოზიტიური. მაგ.: რწმენა/შეხედულება საკუთარ თავზე — „მე ვარ არარაობა“ ან „ძალიან ნიჭიერი ვარ“; რწმენა/შეხედულება სხვებზე — „სხვები ცუდები არიან“ ან „მათი ნდობა შეიძლება“; რწმენა მთელ სამყაროზე — „ის სასტიკი და დაუნდობელია“ ან „კეთილი და სამართლიანი“. კოგნიტური მოდელის თანახმად, სქემებს ცენტრალური ადგილი უჭირავს ფსიქოზის განვითარებაში. სქემები ზეგავლენას ახდენს გუნებ-განწყობაზე, სიმპტომებსა და ინფორმაციის მიღების პროცესზე. უჩვეულო განცდების ინტერპრეტაცია ეყრდნობა უკვე არსებულ რწმენა-შეხედულებას საკუთარ თავზე, სხვებსა და გარესამყაროზე. გარკვეული თემატიკა აკავშირებს პაციენტის პირად გამოცდილებას, ბირთვულ რწმენას/სქემასა და ფსიქოზურ სიმპტომატიკას ერთმანეთთან (ფორმითა და შინაარსით). ბირთვული რწმენა, ანუ სქემა არის უპირობო აზრი, რომლის გავლენითაც, როგორც ნების, ადამიანების მიერ მოვლენების ინტერპრეტაცია მიეკრძაბებოდა (Beck, 1967) და წარმოადგენს ადრეული გამოცდილების შედეგს. ამასთან იგი ურყევი და ხანგრძლივი რწმენაა, რომელიც ადამიანს ჩვეულებრივ არაცნობიერად აქვს. შესაძლოა ბირთვული რწმენა/სქემა იყოს რიგიდული, ექსტრემალური (უკიდურესი) და დისფუნქციური. ეს არის აზრი, რომელიც ეხება სამ ძირითად სფეროს: საკუთარ თავს, სხვა ადამიანებსა და, საერთოდ, მთელ სამყაროს. ფოულერი გარეტი და კუიპერსი (Fowler D., Garety P. & Kuipers, 1995) გამოყოფენ ფსიქოზების დროს სქემების ხუთ ძირითად შინაარსს, ესენია:

ა) პაციენტის რწმენა იმის შესახებ, რომ დისტრესისადმი იგი უკიდურესად სუსტი და მოწყვლადია, მაგ.: „მე სუსტი ვარ და სრულიად დაუცველი“. ბ) პაციენტის რწმენა იმის შესახებ, რომ იგი საკუთარი თავს ვერ ფლობს და ადვილად კარგავს კონტროლს, მაგ. „მე საშიში ვარ სხვებისათვის“; გ) პაციენტის რწმენა იმის შესახებ, თითქმის ის განწირულია სოციალური იზოლაციისათვის „მე სულ მარტო ვარ ამქვეყნად“; დ) პაციენტის რწმენა იმის შესახებ, რომ მას შინაგანი ნაკლი, დეფექტი აქვს, მაგ.: მე ნაკლოვანი, დეფექტური ვარ“ დ) პერფექციონისტული დამოკიდებულება საზოგადოებაში არსებული სტანდარტების მიმართ „მე ყოველთვის ყველაფერი საუკეთესოდ უნდა გავაკეთო“.

აზრი, რომ „მე განსხვავებული ვარ“ — ხშირად დაკავშირებულია ადრეულ გამოცდილებათან, როგორიცაა დაცინვა, ძალადობა, დაშინება. ასევე მსგავს

გამოცდილებასთანაა დაკავშირებული სხვა აზრები: „მე უღირსი ვარ“, „მე არავის არ უნდა ეუყვარდე“, „მე ბოროტი ვარ“, „ჩემგან არაფერი გამოვა“. ბირთვული რწმენა შეიძლება გამოვავლინოთ ე.წ. „ძირის ნასროლი ისრის“ ტექნიკით – „რა არის ამაში თქვენთვის ყველაზე უარესი – რა არის ამაში თქვენთვის ცუდი – რას ნიშნავს ეს თქვენთვის – რას ნიშნავს ეს თქვენთვის, როგორც პიროვნებისთვის?“.

სრული ფორმულირების შემუშავებისათვის ბირთვული რწმენა-შეხედულების გამოვლენა აუცილებელი და მთავარი პირობაა. მისი მოდიფიკაცია შეიძლება ზოგჯერ არც კი იყოს აუცილებელი. ზოგი პაციენტისთვის საკმარისია იმის ფორმულირება და ჩვენება, თუ როგორ ჩამოყალიბდა მისი რწმენა. ზოგისთვის ბირთვული რწმენა შეიძლება ასრულებდეს მისი დისფუნქციური ინტერპრეტაციების შემანარჩუნებელი ფაქტორის როლს, ან გამწვავებისთვის რისკ-ფაქტორს წარმოადგენდეს. ამ შემთხვევაში სასარგებლო იქნება მისი მოდიფიკაცია.

თერაპევტმა უნდა განიხილოს და ზუსტად შეაფასოს ბირთვული რწმენა (Padesky, 1994): ნათლად უნდა წარმოადგინოს მისი დამადასტურებელი არგუმენტები და კონტრარგუმენტები. პაციენტთან ერთად უნდა შეიმუშავოს არსებული ვითარებაში მისაღები, ალტერნატიული რწმენა/შეხედულება. თერაპევტმა უნდა განსაზღვროს, რა უპირატესობა და ნაკლი აქვს ბირთვული რწმენა-შეხედულების შენარჩუნებას ან ალტერნატიულ რწმენას. თერაპევტმა უნდა ავარჯიშოს პაციენტი იმ ქცევებში, რომლებიც გამომდინარეობს მისაღები ალტერნატიული რწმენიდან.

სქემის შეცვლის ტექნიკა ეფუძნება წარსული არგუმენტების /მტკიცებულებების მიმოხილვას. პაციენტმა, თავისი ბირთვული რწმენა-შეხედულების ძირითად ფაქტად შეიძლება მოიყვანოს რამდენიმე შემთხვევა მისი წარსული ცხოვრებიდან. სიანსებზე უნდა მოხდეს ამ შემთხვევათა ხელახალი ინტერპრეტაცია და წარსული გამოცდილების უფრო ზუსტი ანალიზი. ამისათვის გამოიყენება კონტინიუმის და გამოკვლევის მეთოდი.

კონტინიუმის მეთოდი. ეს მეთოდი მიმართულია პაციენტის საკუთარ თავზე რეგულური რწმენა-შეხედულების შეცვლაზე, რომლის დროსაც საკუთარ თავზე წარმოდგენის სხეებთან შედარება ხდება. მაგ.: „მე ცუდი ვარ“ რწმენა – პაციენტმა უნდა შეაფასოს სხვა ადამიანებთან მიმართებაში; ამ დროს იყენებს სუიცუდის ხარისხის შეფასების სკალას: 0-----100, (სადაც 0 – საერთოდ არ არის ცუდი, ხოლო 100 – ყველაზე უარესია) პაციენტმა უნდა შეაფასოს ისტორიაში ცნობილი და ასევე მისთვის ნაცნობი ადამიანები – მეზობლები, ოჯახის წევრები და ა.შ. შემდგომ განალაგოს სხვადასხვა „ცუდი“ პირები ამ სკალაზე და ყველას, საკუთარი თავის ჩათვლით, მიუჩინოს სათანადო ადგილი. ჩვეულებრივ, ამ დროს ხდება გადაფასება და, როგორც წესი, სუსტდება პაციენტის ნეგატიური თვითშეფასება, საკუთარი „ცუდობის“ განცდა, რაც ამცირებს მის დისტრესს.

მიმოხილვის მეთოდი. ორივეს – თერაპევტსა და პაციენტს შეუძლიათ ანარმოონ გამოკვლევა პაციენტებსა და კოლეგებში. მაგ.: „ჰკითხოვნ სხვებს, თუ ჩაუდენიათ ისეთივე „ცუდი საქციელი“, როგორიც პაციენტს: „მოგიპარავე როდესმე?“ (კი/არა); „ოდესმე გიფიქრიათ ცუდად ვინმეზე?“, „გჭონიათ სექსი დაოჯახებამდე?“ შესაძლოა, გამოიყენონ ანონიმური ფორმა – კითხვარი.

დადებითი მონაცემების შეკრება ხდება უფრო მისაღები ალტერნატივის გამოსავლენად, რომელსაც თერაპევტი განავითარებს. მაგ.: „თუკი არ ხარ ცუდი, გინდათ იყოთ კარგი, ჩვეულებრივი და ა.შ.“ თერაპევტმა უნდა სთხოვოს პაციენტს, ჩანეროს იმ ყოველდღიური საქმიანობების მაგალითები (წარსული და ამაჟამინდელი), რომლებიც შეიძლება გამოიყენოს ახალი რწმენა-შეხედულების

დამადასტურებელ არგუმენტად. ხშირად პაციენტი ამახინჯებს ან თავს არიდებს პოზიტიურ ინფორმაციას, ამიტომ საჭიროა შესაბამისი საქმიანობების ხაზგასმა.

ფსიქოზების დროს პაციენტის თვითშეფასება დაბალია. თვითშეფასება წარმოდგენს საკუთარი თავის ხედვას, ან წარმოდგენას საკუთარ ღირსებაზე. ფსიქოზების დროს ხშირად ადგილი აქვს ამ შეფასების ყოველდღიურ მერყეობებს. გუნებ-განწყობა დამოკიდებულია თვითშეფასებისა და დეპრესიულობის ურთიერთ-გადაფარვაზე. ფსიქოზური პაციენტების თვითშეფასება შეიძლება იყოს ყოვლის-მომცველი, გლობალური, განსაკუთრებული, სპეციფიკური, პოზიტიური ან ნეგა-ტიური. ჩვეულებრივ, რთულია მისი განსაზღვრა და ზუსტი გაზომვა. კლოუზის და პ.გარეტის (Close H. & Garety P. 1998) მიხედვით, არსებობს კავშირი დაბალ თვითშეფასებასა და ხმებზე პაციენტის ემოციურ და ქცევით რეაგირებას შორის. ბოდვის შინაარსი თანხედრამია დაბალ თვითშეფასებასთან. რაც უფრო დაბალია თვითშეფასება, მით უფრო დამამცირებელი და დამაკინებელია ბოდვის შინაარსი (Bowins B., & Shugar S, 1998). ნეგატიური თვითშეფასება, დეპრესიის ხარისხის მიუხედავად, პირდაპირ კავშირშია ფსიქოზის პოზიტიურ სიმპტომებთან (Barrowclough C. et al., 2003).

ლ. კრბენდამისა და სხვ. (Krabendam L. et al. 2000) სამწლიანი გამოკვლევით, ძირითად პოპულაციაში წინასწარ დაბალი თვითშეფასება შემდგომში ფსიქოზების განვითარების ერთ-ერთი პრედიქტორი იყო. თავისთავად, ფსიქოზის გადატანა აქვეითებს თვითშეფასებას; ამიტომ თვითშეფასების გაუმჯობესება ინვეეს ფსიქოზური სიმპტომატიკის შესუსტებას (Hall P. L. and Tarrier N., 2002).

რ. ბენტალის (Bentall et al. 1988, 1994) მიხედვით, დევნის ბოდეა პიროვნების დაბალი თვითშეფასებითაა განპირობებული და ფსიქოლოგიური დაცვის ფუნქცია აქვს. პარანოიდული პაციენტები ნეგატიური შემთხვევების ექსტერნალურ (გარეგან წყაროზე) ატრიბუციას ახდენენ, ხოლო პოზიტიური შემთხვევების – ინტერნალურ ატრიბუციას. პაციენტები საკუთარ თავზე დადებით წარმოდგენას ინარჩუნებენ სხვების უარყოფითი ხედვის ფასად – ესაა დეპრესიისგან თავდაცვა. პარანოიის დროს „ბოდეა განიხილება, როგორც დაცვა“ – ჰიპოთეზის შერეული მტკიცებუ-ლებები არსებობს. ფორმულირებისა და ჩარევის დროს მნიშვნელოვანია, გავითვა-ლისწინოთ ბოდეითი რწმენების შესაძლო დაცვითი როლი.

ფსიქოზური პაციენტების თვითშეფასებაში განსაკუთრებული როლი ენ. სირცხვილის სახეს ენიჭება. არსებობს:

ა) **ექსტერნალური სირცხვილი**, როგორ გამოიყურება სხვების თვალში. ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია პიროვნებისთვის სხვების შეხედულებები. სოციალური შედარებისას არსებობს ორი ცენტრალური განზო-მილება „სრულფასოვანი – არასრულფასოვანი“ და „მსგავსი – განსხვავებული“;

ბ) **ინტერნალური/შინაგანი სირცხვილი** - თუ როგორ განსჯის პიროვნება საკუთარ თავს ხშირად კავშირშია პიროვნების მიერ იმის გაცნობიერებასთან, რომ იგი შინაგან იდეალზე, სტანდარტზე ნაკლებია. აქ „არასრულფასოვნება“ არის ბირთვული ფაქტორი. ამ დროს სირცხვილი დაკავშირებულია ნაკლის ან არაადეკ-ვატურობის გამჟღავნების შიშთან, ეს მოითხოვს დაფარვას და გამოვლენის შემთხვევაში მიდრეკილია გუნებ-განწყობის სწრაფ მერყეობასთან.

სირცხვილისადმი განსაკუთრებულად მიდრეკილ პაციენტთან მუშაობისას, თერაპევტმა უნდა გააცნობიეროს ისეთი ფაქტორების მნიშვნელობა, როგორიცაა: არავერბალური კომუნიკაცია (მზერა, პოზა, მეტყველების ტონი), ტრანსფერის საკითხები და „აქ და ახლა“ ემოციები. ამ დროს მნიშვნელოვანია პაციენტის

„მიჩქმელისა და გადამონმების“ სტრატეგია. ხშირად პაციენტის აფექტური რეაგირება დაკავშირებულია გამომჟღავნებულ ინფორმაციასთან. საშინაო დავალებაც შეიძლება გახდეს სირცხვილის მიზეზი.

აქ განსაკუთრებულად აღსანიშნავია ფსიქიატრიული სტიგმა: თუ როგორ ესმის პაციენტს თავისი პრობლემა; რა უთხრეს? ვინ და როდის? ეთანხმება თუ არა? როგორია მისი ალქმა ფსიქიკური დაავადების, ფსიქოზის, შიზოფრენიის? რას ფიქრობენ მისი ოჯახის წევრები, მეგობრები, სხვები, რას წერენ და ამბობენ მედიაში? თავად რას ფიქრობს – ვის ეთანხმება? როგორია პაციენტის ფსიქოზის შეფასება/რწმენები დაავადების შესახებ? რითი განსხვავდება ფსიქიკური აშლილობა სომატური ავადმყოფობისაგან და რა კავშირშია სტიგმასთან? როგორია მისი შეხედულება სხვა სტიგმატიზირებული დაავადებების, მაგ., შიდსის შესახებ? თერაპევტმა უნდა მიანოდოს ინფორმაცია პაციენტს და შეუსწოროს მცდარი ცოდნა აღნიშნულ თემებზე.

პაციენტის თვითშეფასების გასაუმჯობესებლად გამოიყენება ტექნიკები, რომლებიც გამოიწვევს დადებითი თვისებების გენერალიზებას, შეენიანააღმდეგება ნეგატიურ თვით-სქემებს და მნიშვნელოვნად გაზრდის საერთო თვითშეფასებას (Hall P. L. and Tarrier N. 2002). ამისათვის თერაპევტმა პაციენტს უნდა სთხოვოს, ჩამოთვალოს თავისი ათი დადებითი თვისება (ათი არ არის სავალდებულო, ეს დამოკიდებულია პაციენტის შესაძლებლობებზე. მნიშვნელოვანია, რომ მან არ იგრძნოს თავი „ჩაჭრილად“ საჭირო რაოდენობის თვისებების ჩამოთვლისას); შემდეგ შეაფასოს თითოეული თვისება 100 - ქულიანი შკალით; რამდენადაა დარწმუნებული, რომ აქვს ეს თვისება (0 —საერთოდ არ მგონია, 100 — აბსოლუტურად დარწმუნებული ვარ); თითოეულ თვისებაზე მოიყვანოს კონკრეტული მაგალითი, რაც შეიძლება ახლო წარსულიდან (გასულ კვირას/თვეში). ასევე თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს თავისი ცოდნა პაციენტის შესახებ, რომ მან რაც შეიძლება ბევრი მაგალითი ჩამოთვალოს და მათი ნუსხა შეადგინოს. მაგ.,: დახმარება შეუძლია — „ვასეხებ ფული მეგობარს, მიევხმარე მამას ბაღში მუშაობისას“ და ა.შ. შემდეგ პაციენტმა ხმამაღლა უნდა გაიმეოროს ჩამონათვალი (ნებას – აღწეროს, ნებას – წარმოადგინოს). ამის შემდეგ კიდევ ერთხელ უნდა სთხოვოს თერაპევტმა პაციენტს, 100 - ქულიანი შკალით ხელახლა შეაფასოს თავისი რწმენა იმის შესახებ, რომ ეს თვისება აქვს. ამ დროს, როგორც წესი, შეფასება იზრდება. თერაპევტმა უნდა მიუთითოს პაციენტს, რომ მისი რწმენა შეიძლება შეიცვალოს, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მოვლენაზე/მტკიცებულებაზე გავამახვილებთ ყურადღებას. პაციენტს უნდა მიეცეს საშინაო დავალება, რომ მან შეაფასოს თავისი ქცევა მომავალი კვირის განმავლობაში და გამოყოს ყველა ის ფაქტი, რომელიც ავლენს მის დადებით თვისებებს. ამის მიზანია, რომ მოხდეს ახალი დადებითი თვისებების გენერალიზაცია და დასნაველა.

მომდევნო სეანსზე თერაპევტმა წარმოადგინო მაგალითებზე უნდა მიიღოს პაციენტისგან უკუკავშირი; უნდა სთხოვოს ახალი მაგალითების მოყვანა და თვისებების შკალით შეფასება. თერაპევტმა კი უნდა მიუთითოს ყველა ცვლილებაზე. ასევე პაციენტმა უნდა შეაფასოს ის ტექნიკა, რომლითაც სპეციფიკურ მოვლენებზე ყურადღების გამახვილებით მისი თვითშეფასების გაუმჯობესება და საკუთარ თავზე შეხედულების შეცვლა ხდება. ამ პროცედურის ხელახალი განმეორებით თერაპევტი ყურადღებას აქცევს იმას, რომ თვითსქემა ცვალებადია და იმაზეა დამოკიდებული, თუ რა მოვლენაზე ვამახვილებთ ყურადღებას.

შფოთვითი და პანიკური აშლილობა

შფოთვით აშლილობებს მიეკუთვნება: სპეციფიკური ფობიები, პანიკური აშლილობა (აგორაფობიასთან ერთად ან მის გარეშე), ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ანუ იპოქონდრიული შფოთვა, სოციალური ფობია, გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა.

შფოთვის სიმპტომის სტრუქტურაში შედის: ა) აზრები, რომელიც დაკავშირებულია საფრთხის გადაჭარბებასთან და მისი დაძლევის უნარის დაქვეითებულ შეფასებასთან; ბ) ემოციები: გაღიზიანება, შფოთვა, პანიკური შეტევა; გ) სომატური რეაქციები: ხელისგულების გაოფლიანება, კუნთების დაჭიმვა, გულისცემის აჩქარება, პირის სიმშრალე, თავბრუსხვევა, გულისრევა, სუნთქვის უკმარისობა; დ) ქცევები: საფრთხისთვის თავის არიდება ან დაცვითი ქცევების განხორციელება.

შფოთვის კოგნიტურ კომპონენტს წარმოადგენს პაციენტის რწმენა, რომ მას საფრთხე ემუქრება, რის გამოც შემინებულია და თავს მონყვალადად გრძნობს. საფრთხე (აშშმროება) შეიძლება იყოს: ფიზიკური (პაციენტს სწამს, რომ შეიძლება დაუშვადეს რაიმე (მაგ. ძალი უკბენს, გულის შეტევა დაემართება, დაეცემა); ფსიქიკური (მას სჯერა, რომ გაგიჟდება ან გონებას დაკარგავს) და სოციალური (დარწმუნებულია, რომ მას შეურაცხყოფენ, დაამცირებენ ან შეარცხვენენ).

ჩვეულებრივ, შფოთვითი აზრები მომავალზეა ორიენტირებული და ხშირად კატასტროფის მოლოდინშია. ამ დროს პაციენტი მუდმივად ფიქრობს: „რა მოხდება, თუკი.....“, რაც მის გონებაში (წარმოდგენაში) კატასტროფული შედეგით მთავრდება. ხშირად ეს ფიქრები მოიცავს მოსალოდნელი საფრთხის წარმოსახვას: „ვაითუ, დამავინყდეს ჩემი სიტყვა და ჯგუფის წინაშე უძრავად გაეშუდე“; „ვაითუ, ავტოავარიამი მოვხვდე“ და ა.შ.

პანიკური აშლილობა

პანიკური შეტევა არის უეცრად წარმოშობილი ან განვითარებული შფოთვა, რომელიც მოიცავს, სულ ცოტა, 4 სომატურ ან კოგნიტურ სიმპტომს. ეს სიმპტომები წარმოიშევა ან ძლიერდება 10-წუთიანი პერიოდის ფარგლებში. მათ მიეკუთვნება: გაძლიერებული გულისცემა, თავბრუსხვევა, ოფლიანობა, ხუთის შეგრძნება, კანკალი, სუნთქვის გაძნელება, გულისრევა, სიკვდილის შიში, გაგიჟების შიში და ა.შ. აღნიშნული მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება პანიკის შეფასების სკალა.

პანიკური აშლილობების კოგნიტური მოდელი

პაციენტის პანიკური შეტევები მის მიერ ფიზიკური ან ფსიქიკური მოვლენების „კატასტროფული“, მცდარი ინტერპრეტაციის შედეგია. ამ დროს პაციენტი გულისცემის აჩქარებას მიიჩნევს სტენოკარდიულ შეტევად, ხოლო აზრების ასოციაციების ტემპის აჩქარებას - 'გაგიჟების' ნიშნად; შფოთვის შეგრძნებას და სხვა შეგრძნებებს (მაგ., დაღლილობას, სისხლში შაქრის დაბალი დონით გამოწვეულ სისუსტეს) არასწორ ინტერპრეტაციას უკეთებს. ამის შედეგად პაციენტის შფოთვა მატულობს, იკრება მანკიერი წრე და პაციენტი თავის შეგრძნებებს მთლიანად

„კატასტროფულ“ ახსნას აძლევს: „გულის შეტევა მაქვს, ვკედები, ვიხრჩობი, ვეცემი, გული მიმდის, კონტროლს ვკარგავ, გული ამერევა, გავგიჟდები, ინსულტი დამემართება, სუნთქვა გამიჩერდება, დაებრმავდება, დამბლა დამეცემა, დავიყვირებ, პანიკის შეტევა არასოდეს დამთავრდება“ (იხ. ნახ. 24).

ზემოთაღნიშნული პრობლემის შენარჩუნებას სამი ფაქტორი უწყობს ხელს, როგორცაა:

ა) სხეულიდან წამოსული შეგრძნებებისადმი სელექტიური ყურადღება და მათი აღქმის ზღურზლის დაქვეითება. ბ) დაცვითი ქცევები, რომლებიც მიზნად ისახავს „კატასტროფული საშიშროების“ პრევენციას (მაგ., დაჯდომა სისუსტის შეგრძნებისას, რათა თავიდან აირიდო ძირს დაცემა). ამას შეუძლია სიმპტომების გაუარესება, თუკი პაციენტის არგუმენტირებული გადარწმუნება არ მოხდა; გ) თავის არიდება შფოთვის გამომწვევი სიტუაციებისა და საქმიანობებისგან, მაგალითად, აგორაფობიის შემთხვევაში (იხ. ნახ. 25).

პანიკური აშლილობების შეფასებისა და ფორმულირებისათვის მნიშვნელოვანია დანერვილებითი ინფორმაციის შეკრება და მანკიერი წრის მოდელის შექმნა. ამაში შედის:

1) მოსალოდნელ „საფრთხესთან“ დაკავშირებული შეგრძნებების დეტალური აღწერა;

2) „კატასტროფული“, მცდარი ინტერპრეტაციები („საფრთხის“ შინაარსთან და დარწმუნების ხარისხთან დაკავშირებით);

3) დაცვითი (ან თავის არიდების) ქცევების ბუნება.

ძალზე მნიშვნელოვანია კონკრეტული პანიკური შეტევის სურათში ჩართული მოვლენების თანმიმდევრობის დადგენა, ანუ უკანასკნელი პანიკური შეტევის დაკონკრეტება. დეტალური გაანალიზება ხდება მანკიერი წრის გარკვეული თანმიმდევრობით დაკავშირებული სამი ძირითადი ელემენტის: შეგრძნებები, აზრები, ემოციები და ა.შ.

პრაქტიკული მუშაობისას, პანიკური აშლილობის მოდელის გასაგებად საჭიროა პაციენტის გამოცდილებიდან რამდენიმე პანიკური შეტევის მანკიერი წრის მოდელის შედგენა. ამით პაციენტისათვის თვალსაჩინო ხდება, რომ ყველა პანიკური შეტევა ჯდება ამ მოდელში. ამასთანავე, თერაპევტმა უნდა განსაზღვროს პაციენტის რეაგირება მოდელზე (მაგ. ჰკითხოვს: „არის რაიმე ამ მოდელში, რაც თქვენ არასწორად გეჩვენებათ, ან ვერ გაიგეთ?“).

თერაპევტმა პაციენტს უნდა აუხსნას და ასწავლოს საკუთარი სხეულის შეგრძნებების აღწერა. თერაპიულ სეანსზე პაციენტს დაავალოს, რომ მან მოახდინოს მათზე ფოკუსირება: „მოახდინეთ ყურადღების ფოკუსირება ფეხებზე გაცნდლო შეგრძნებებზე 1-2 წუთის განმავლობაში. გაცნობიერებული გქონდათ ეს შეგრძნებები, სანამ ფოკუსირებას მოახდენდით სხეულის ამ ნაწილზე? რა მოხდა, როცა შეგრძნებებზე ფოკუსირება მოახდინეთ? თუკი სხეულზე თქვენი აზრების (ყურადღების) ფოკუსირებას მიჰყავხართ თქვენთვის მანამდე გაუცნობიერებელი შეგრძნებების შემჩნევამდე, რა როლი შეიძლება ითამაშოს ამან მანკიერ წრეში?“

კოგნიტურ ბიპევიორული თერაპევის ინტერვენცია პანიკური აშლილობების დროს

წარმატებული ინტერვენციისათვის თერაპევტმა, პირველ რიგში, უნდა მოიფიქროს პაციენტის შფოთვის გამაძლიერებელი სომატური და კოგნიტური სიმპტომების მიზეზებისა და შედეგების ალტერნატიული, „არაკატასტროფული“

ახსნა. თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს ქცევითი ექსპერიმენტისა და ვერბალური ტექნიკები. შემდგომ თერაპიულ საქმიანობაში გამოიყენება პანიკური სიმპტომების (მაგ. ირეალობის განცდა) ყოველდღიური ჩანაწერი, რომელსაც პაციენტი ასრულებს საშინაო დავალების სახით. ეს მნიშვნელოვანია მცდარი ინტერპრეტაციის ამოცნობისა და მათთან „შეკამათებისათვის“. დღიურში შეიძლება გამოჩნდეს პანიკური შეტევების წარმოშობის მოდელები (პატერნები).

ქცევით ექსპერიმენტში თერაპევტი პაციენტის პანიკური შეგრძნებების აქტიურ ინდუცირებას ახდენს, რათა შესაძლებელი გახდეს პაციენტის მცდარ ინტერპრეტაციებთან შეკამათება. ჩვეულებრივ, პაციენტის ექსპერიმენტზე დათანხმება სირთულეს არ წარმოქმნის. კარგია, თუკი თავდაპირველად თერაპევტი თავად მოახდენს მოდელირებას და შემდგომ ჩაუტარებს ამას პაციენტს. ამასთანავე, არაა სასურველი ქცევითი ექსპერიმენტის ჩატარება იმ პაციენტებთან, ვინც ფეხმძიმედაა, აქვს ასთმა, ეპილეფსია ან გულის მხრივ რივილები. ამ დროს თერაპევტმა უნდა უნდა დაიხიოს და გამოიყენოს სიმპტომთა კონტროლის სხვა სტრატეგია.

პანიკურ სიმპტომთა ინდუცირების ექსპერიმენტში თერაპევტმა უნდა მოახდინოს იმ პანიკური შეგრძნებების პროვოცირება, რომლებიც პანიკური შეტევების დროს განცდილი შეგრძნებების მსგავსია და რომელთაც მცდარ ინტერპრეტაციას აძლევდა პაციენტი. ამასთანავე, მან უნდა შეაფასოს თავისი დარწმუნების ხარისხი კატასტროფის გარდაუვალობაში, როგორც ექსპერიმენტამდე, ასევე მის შემდეგ. თუკი პაციენტის დარწმუნებულობის ხარისხის ცვლილება მინიმალურია ან არ არის, თერაპევტმა უნდა შეამოწმოს: 1) ხომ არ გამოიყენა პაციენტმა დაცვითი ქცევები, 2) რამდენად ზუსტად ასახავს ინდუცირებული შეგრძნებები პანიკური შეტევების სიმპტომებს, 3) „გადამრჩენი ფაქტორის“, მაგ., თერაპევტის, მნიშვნელობა.

ქცევით ექსპერიმენტის ყველაზე გავრცელებული პროცედურაა ჰიპერვენტილაცია. ამ დროს, შესაძლოა, ისეთი შეგრძნებების ინდუცირება მოხდეს, როგორიცაა თავბრუსხვევა, გულის ნასვლა, დისოციაცია, ნაშობურება, გულისცემის აჩქარება, სუნთქვის შეჩერების შეგრძნება. ეს მაშინ ხდება, როცა პაციენტი ფეხზე დგას. სიმპტომების გამძაფრების მიზნით, ჰიპერვენტილაციის პროცედურა უნდა გახანგრძლივდეს, რათა დაფიქსირდეს, რომ „გარდაუვალი კატასტროფა“ არ მოხდა. იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება წარმოიშვას კუნთების სპაზმი, რისთვისაც თერაპევტმა უნდა აკონტოლოს პაციენტის სუნთქვა, ამ შედეგის თავიდან ასაცილებლად. პროცედურა უსიამოვნოა, მაგრამ უსაფრთხო (იხ. ნახ. 26, 27, 28).

ვერბალური ტექნიკები, რომელიც გამოიყენება ინტერვენციის დროს, გულისხმობს:

1) არგუმენტების შესახებ კითხვების დასმას. ასე, მაგ: საიდან იცით, რომ პანიკას შეუძლია გამოიწვიოს კატასტროფული შედეგი? თქვენ ბევრი პანიკური შეტევა გქონდათ, რატომ არ მოხდა (კატასტროფა) აქამდე? რა გაფიქრებინებთ, რომ შფოთვას შეუძლია გამოიწვიოს კატასტროფა? რა მექანიზმია? იცით, რა ინვეეს კატასტროფას? ფიქრობთ, რომ შფოთვა მისი ნაწილია?

2) პაციენტ-თერაპევტის დიალოგს, როცა ერთობლივად განიხილება პაციენტისეული ახსნა-განმარტებების არგუმენტები და კონტრარგუმენტები (იხ. ნახ. 30);

3) პანიკისა და მოსალოდნელი კატასტროფის (მაგ., გულისნასვლა) სიმპტომების კონტრასტის ტექნიკა (იხ. ნახ. 30).

სოციალური ფობია

სოციალური ფობიის ძირითადი მახასიათებელია ნეგატიურად შეფასების შიში.

DSM-IV^{TR} ის მიხედვით სოციალური ფობიის განმარტება ასეთია:

„მნიშვნელოვანი ან მდგრადი შიში რეალური ან წარმოსახვითი სოციალური სიტუაციისა, რომლის დროსაც პიროვნება შესაძლოა აღმოჩნდეს მისთვის უცნობი ადამიანების გარემოცვაში, ან იქცეს გარშემომყოფთა დაკვირვების საგანად. მას ეშინია, რომ სამარცხვინოდ ან უღირსად მოიქცევა (გამომჟღავნებს შფოთვის ნიშნებს) (DSM-IV^{TR}).“

საერთოდ, სოციალური ფობია ფსიქოზის დროსაც გვხვდება. მაგ., პარანოიის დროს. ბოდიშთა რწმენა-შეხედულებებმა, შესაძლოა, გადაფარონ სოციალური ფობია; შფოთვის მკურნალობამ კი ბოდიშის რედუცირება გამოიწვიოს. ფსიქოზურმა სიმპტომებმა და მასზე პაციენტის რეაგირებამ (მაგ. აზრების შეჩერება, ხმებთან საუბარი) შესაძლოა სოციალური ფობია გამოიწვიოს, ხოლო შიზოფრენიის დაიგნოზმაც კი იგივე განაპირობოს. ზოგიერთი „ნეგატიური სიმპტომი“ შეიძლება იყოს დაცვითი ქცევა. სოციალური ფობიის მქონე ფსიქოზური პაციენტების მკურნალობისას (მაგრამ არა ზედმეტად აფორიაქებული პაციენტებთან) ინტერვენცია და მათი ადაპტირება საშიშ სიტუაციებთან ფრთხილად უნდა მოხდეს (იხ. ნახ. 31, 32).

სოციალური ფობიის კოგნიტური მოდელი

სოციალური ფობიის მქონე პაციენტი პრობლემურ სიტუაციამდე და მის შემდგომაც დაფიქსირებულია თავის აკვიატებულ შიშებზე (აზრთა ტყეპნა). ასევე, ის წინასწარ განიცდის პრობლემურ სიტუაციებს. პაციენტი მიდრეკილია, ამ სიტუაციების შესახებ დაუსრულებლად იფიქროს. ამ დროს პაციენტის აზრით, საზოგადოების მხრიდან მასზე ნეგატიური შეხედულება, ანუ მის სოციალურ image-ზე (სოციალურ „მე“-ზე) საკუთარი ნეგატიური შეფასება აქტიურდება. სოციალური სიტუაციის დასრულების შემდეგაც პაციენტი მიდრეკილია, იფიქროს იმ სიტუაციაზე და თავის საქციელზე. პაციენტის მიერ სიტუაციის შემდგომი გაანალიზება ფოკუსირდება ტრაგეფული მოვლენის მხოლოდ ნეგატიურ ასპექტებზე. სოციალურ სიტუაციებში მისი ყურადღება გადანაცვლებულია საკუთარი თავისაკენ. ამ დროს პაციენტი საკუთარ თავს სხვა ადამიანის თვალთ უყურებს – „დამკვირვებლის პერსპექტივიდან“. ხშირად პაციენტი დარწმუნებულია თავის გარეგნულ იერსახეში (image), თუ როგორ ჩანს ის სხვების თვალში. მაგ., განითლებული, აცახცახებული. საკუთარი თავის ხატი ეყრდნობა ინტეროცეპტულ ინფორმაციას, ე.ი. შეგრძნებებს სხეულიდან. ხშირად ეს შინაგანი ინფორმაცია იმის მცდარ სურათს იძლევა, თუ სინამდვილეში როგორ გამოიყურება პაციენტი გარეგნულად.

კოგნიტური მოდელის თანახმად, პაციენტის რწმენა-შეხედულებები დიდ როლს ასრულებს სოციალური ფობიის წარმოშობაში. შეიძლება ნეგატიური მოლოდინი ასრულებდეს – პაციენტი მართლაც გახდეს დაკვირვების, საზოგადოებიდან გარიყვის, დამკვირვების ობიექტი. პაციენტისთვის ამ მოვლენების განსაკუთრებული მნიშვნელობა და ცუდი გამოსავლის (დასასრულის-?) გაძლიერებული მოლოდინი წარმოადგენს ძირითად პრობლემას. ამასთანავე, პაციენტი სხვებს დამახინჯებულად

ალიქვამს და სჯერა, რომ ყველა მასზე მიანიშნებს და განიკითხავს, რასაც საზოგადოებიდან გარიყვა მოჰყვება.

სოციალური შფოთვის კოგნიტურ მოდელში წარმოდგენილია დაცვითი ქცევები. ისინი გამოიყენება „სოციალური კატასტროფის“ მისაჩქმალად და თავიდან ასაცილებლად. თუმცა, სინამდვილეში, ისინი ხელს უწყობენ პრობლემის შენარჩუნებას, ვინაიდან ამ დროს პაციენტი მომეტებულად ფოკუსირდება საკუთარ თავზე, თავს არიდებს ნეგატიური რწმენა-შეხედულების კონტრ-არგუმენტებს, ყურადღება საკუთარ თავზე აქვს მიპყრობილი, რაც სიტუაციის გაუარესების ხშირი მიზეზი ხდება (მაგ., როცა პაციენტის გამოჩენა ირგვლივმყოფთათვის არასასურველი ხდება). ამასთანავე, შესაძლოა, პაციენტმა მისთვის საშიშ სიტუაციებს სულაც აარიდოს თავი (იხ. ნახ. 33).

კოგნიტურ ბიპევიორული თერაპია სოციალური ფობიის დროს

სოციალური ფობიის დროს კოგნიტურ-ბიპევიორული ინტერვენცია პაციენტის შემთხვევის შეფასებით და ფორმულირებით იწყება. არსებობს შეფასებისადმი ორი მიდგომა:

1) სოციალური შფოთვის რამდენიმე ბოლოდროინდელი ეპიზოდის გადახედვა-გადასინჯვა;

2) რეალურ სიტუაციაში ან თერაპიულ სეანსზე მსგავსი სიტუაციის დემონსტრირებისას (ან შემდგომ) პირდაპირი შეკითხვების დასმა. ასე, მაგ.: გასაუბრება უცხოებთან. კოგნიტური მოდელის შესავსებად საჭიროა ინფორმაციის შეგროვება: ძირითადი ნეგატიური ავტომატური აზრების, შფოთვის სიმპტომების, თვითდამუშავების შინაარსისა და დაცვითი ქცევების.

შემდგომი კბთ-ინტერვენცია ხდება ოთხი ძირითადი მიმართულებით:

I. **უსაფრთხოების ქცევების რედუცირება.** ამ დროს თერაპევტმა უნდა: ა) აუხსნას პაციენტს, რომ მისი დაცვითი ქცევები აძლიერებენ სიმპტომს და ხელს უშლიან მის ნეგატიური რწმენიდან გადარწმუნებას; ბ) მოახდინოს რწმენასთან დაკავშირებული სპეციფიკური დაცვითი ქცევების გამოაშკარავება; გ) ჩააყენოს პაციენტი მისთვის საშიშ სოციალურ სიტუაციაში. ამასთანავე სთხოვოს მას, რომ შეამციროს ან საერთოდ შეწყვიტოს დაცვითი ქცევა და ყურადღება გადაიტანოს გარეგან ფაქტორებზე (ექსტერნალური ფოკუსი: მაგ. სხვა ადამიანებზე). არსებული სიტუაციის გათვალისწინებით დაეხმაროს პაციენტს იმის წარმოადგენაში, თუ რა უნდა გააკეთოს მან. ამ დროს თვალსაჩინო გახდება, რომ სოციალური კატასტროფა არ მოხდება (სიტუაცია + არაუსაფრთხო ქცევები + ექსტერნალური ფოკუსი).

II. **თვითდამუშავების შინაარსის მოდიფიცირება.** ამ დროს საკუთარ თავზე დასაკვირვებლად ძირითად სტრატეგიას წარმოადგენს პაციენტისთვის საკუთარი თავის დემონსტრირება აუდიო- და ვიდეო-ტექნიკის გამოყენებით. ჩვენებამდე თერაპევტმა პაციენტს უნდა სთხოვოს, გონებაში თვალი გადაავლოს და განსაზღვროს მისთვის შფოთვის გამომწვევი სიმპტომები და ქცევები. პაციენტის მოლოდინისგან განსხვავებით, სიმპტომები არც ისეთი თვალსაჩინო იქნება, როგორსაც ელოდა. ჩვეულებრივ, ნეგატიური თვითდამუშავების რწმენა-შეხედულების შინაარსთან შესაკამათებლად ვიდეო-მასალის რამდენჯერმე დემონსტრირება ხდება საჭირო.

როგორც კი პაციენტს საკუთარ თავზე სწორი შეხედულება შეექმნება, თერაპევტი მას უნდა დაეხმაროს ამ ახალი თვითშეფასების პრაქტიკულ გამოყენებაში მაშინაც, როცა ძველი ნეგატიური ხატი აქტიურდება. კარგია, თუკი პაციენტები

საკუთარ გამონათქვამებს გამოიყენებენ, მაგ.: „მაშინაც კი, როცა ეკანკალებ, ეს სხვებისთვის შეუმჩნეველია“, „მე მშვიდად გამოვიყურები მაშინაც, როცა თავს მშვიდად ვერ ვგრძნობ“, „ჩემი სიმპტომები უარესი (უფრო მძიმე) შესაგრძნობია, ვიდრე გარედან ჩანს“.

III. ვერბალური რეაქტიულობა. პაციენტმა უნდა შეაფასოს აზრები საკუთარ თავზე და გარემოს მიერ მასზე რეაგირებაზე; ნეგატიური ავტომატური აზრები; წარმოდგინოს არგუმენტები და კონტრარგუმენტები; მოძებნოს (თერაპიის დახმარებით) ალტერნატიული ახსნა-განმარტებები. როდესაც არგუმენტები საფუძვლიანია, საჭიროა თერაპევტმა კარგად ანონ-დანონოს ახსნა-განმარტებების შესაცვლელი სტრატეგიები (ზოგ შემთხვევაში, როცა პაციენტი მართლაც სოციალურად არაადეკვატურია, თერაპევტმა უნდა გაავარჯიშოს ის დაძლევის სტრატეგიები).

მაგ.: ნეგატიური აზრი: „მე მას არ მოვწონვარ“. **შეკითხვები:** „რა არის ამის არგუმენტი? რა არის ამის კონტრარგუმენტი? მერე რა არის ამაში ასეთი ცუდი? შესაძლებელია, რომ ყველას მოსწონდეს? თუკი ერთ ადამიანს მოსწონხარ და მეორეს არა, რომელია მართალი?“ **რაციონალური პასუხი:** „აუცილებელი არაა, ყველას მოვწონდეს. თუ ვინმეს არ მოვწონვარ, ჩემი ბრალი არ არის“.

IV ქცევითი ექსპერიმენტის ჩატარება. ამისათვის თერაპევტმა უნდა შეამოწმოს სოციალურ სიტუაციაში პაციენტის აზრები და გარშემომყოფი ადამიანების რეაქციები. ეს შეიძლება ორი გზით განხორციელდეს: ა) სპეციფიკური (დასაკვირვებელი) ქცევების პროგნოზირებით, რომლებიც ლოგიკურად გამომდინარეობს კონკრეტული აზრიდან (მაგ: თუკი, ვინმეს აზრით, მოსაწყენი ხარ, როგორ მოგექცევათ ის?); ბ) შეკითხვების დასმით, რომ გაარკვიოს, თუ რას აღნიშნავენ ადამიანები და რას ფიქრობენ ამ სიტუაციაში.

ქცევითი ექსპერიმენტი მოიცავს პაციენტისათვის შფოთვის სიმპტომების ჩვენებას და მათზე გარშემომყოფთა რეაქციის შეფასებას, როცა ის „მიუღებლად“ იქცევა. ამ დროს მნიშვნელოვანია კონკრეტული თანმდევი შედეგების წინასწარი პროგნოზირება; ასევე რთული სიტუაციების იერარქიის დადგენა და მათგან თავის არიდების (დაცვითი ქცევის) ნელ-ნელა რედუცირება.

V. რწმენა-შეხედულებათა მუშაობა. თუ პაციენტს აქვს აზრი, მაგ.: „თუკი დაინახავენ, რომ ვენერვიულობ, იფიქრებენ გიჟიაო“. ასეთ შემთხვევაში თერაპევტმა ნათელი უნდა მოაფინოს პაციენტის ვარაუდებს და დააკონკრეტოს თვალსაჩინო მაგალითებით (მაგ., რას გულისხმობს გიჟში? ამის საპასუხოდ სხვები რას იტყვიან/გააკეთებენ?) განხილულ უნდა იქნას შესაბამისი ვარაუდებისათვის არგუმენტები და კონტრარგუმენტები და მოძებნოს ალტერნატიული ახსნა-განმარტებები, შემდგომ ჩატარდეს ქცევითი ექსპერიმენტი. მაგ.:

I. ვარაუდი: „ხალხი თუ დაინახავს, რომ ეკანკალებ, იფიქრებს სულელიაო“.

სტრატეგია: მოინახოს ალტერნატიული ახსნა სხვა აკანკალებულ ადამიანზე; ჩატარდეს ექსპერიმენტი.

II. ვარაუდი: „მე განითლდები და ყველა დამცინებს“.

სტრატეგია: მოხდეს პაციენტის წარსული რეაქციების დახარისხება, როცა კი იგი განითლებულა. თერაპევტმა უნდა გაარკვიოს, თუ რას ნიშნავს „დამცინებენ“ და ამაზე კვლევა ჩაატაროს. შესაძლებლად ჩატარდეს ექსპერიმენტი.

თერაპევტმა უნდა გამოიკვლიოს პაციენტის საზოგადოებაში მისაღები ქცევის ნორმები (ნესები), რომლებიც, ჩვეულებრივ, უცვლელი და რიგიდულია. ეს ნესები მოქმედებს სოციალური სიტუაციების ფართო სპექტრზე და არ არის სპეციფიკური

მინცდამაინც სოციალურად საშიში სიტუაციებისათვის. ასე, მაგ.: „საკუთარ თავს არ უნდა მივაქციო დიდი ყურადღება“, „ყოველთვის უნდა მოვერგო სიტუაციას“, „არავინ არ უნდა შევანუხო“, „ყოველთვის ყველასთვის გასაგებად უნდა გამოვთქვა ჩემი მოსაზრება“. აღნიშნული რწმენა-შეხედულებების შედეგი იქნება ადამიანის თავშეკავებული ქცევა და ქცევის ნორმების უაღრესად შეზღუდულ და ვიწრო ფარგლებში მოქცევა. პაციენტები ვარაუდობენ, რომ თუკი ისინი ქცევის ნორმების დასაშვებ ფარგლებში დარჩებიან, ნებისმიერი სიტუაცია მათთვის უსაფრთხო იქნება. ამ დროს თერაპიის მიზანია, გააფართოვოს პაციენტისთვის მისაღები საზოგადოებრივი ქცევის ნორმების ფარგლები. სენსიტიური ცალკეული ე.წ. „სარისკო ქცევების ნაკრები“ უნდა შეფასდეს, ხოლო თერაპევტმა უნდა მიანოდოს პაციენტს არგუმენტები, რომ მრავალი სახის ქცევა მისაღები და ნაკლებად მნიშვნელოვანია სხვებისთვის. ასე, მაგ.: შეცდომის დაშვება, მოსაუბრესთან არ დათანხმება (შეკამათება) ან უქმაცოფილების გამოთქმა, პროდუქტების „შემთხვევით“ გადმოყრა სუპერმარკეტის თაროებიდან და ა.შ. თერაპიის მიზანია პაციენტების გაეარჯიშება საკუთარ თავზე ყურადღების ფოკუსირებასა და დაცვითი ქცევების შემცირებაში.

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა

შეფასება და ფორმულირება

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის ძირითადი ნიშნებია აკვიატებული აზრები და მოქმედებები, რომლებიც პაციენტს დიდ დროს ართმევს და მნიშვნელოვან დისტრესს/აშლილობას იწვევს. DSM-IV^{TR}-ის მიხედვით, ობსესიები არის პერსონალური აზრები, იმპულსები ან წარმოდგენები, რაც პიროვნების მიერ განიცდება, როგორც უცხო, შეუსაბამო, თავსმოხვეული და შემოჭრილი (ეგო-დისტონური); ხოლო კომპულსიები არის განმეორებითი, აკვიატებული ქცევები, რომლებიც თვალსაჩინო ან ფარულია.

DSM-IV^{TR}-ის მიხედვით, ობსესიებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი :

1. რეკურენტული და პერსონალური აზრები, იმპულსები ან წარმოდგენები, რაც პიროვნების მიერ განიცდება, როგორც შეუსაბამო, თავსმოხვეული და შემოჭრილი და იწვევს მნიშვნელოვან შფოთვის ან დისტრესს;
2. აზრები, იმპულსები ან წარმოდგენები არ არის უბრალოდ გადაჭარბებული რეაგირება რეალურ ცხოვრებისეულ პრობლემებზე;
3. ადამიანი ცდილობს, უფლებელყოს ან დათრგუნოს ასეთი აზრები, იმპულსები ან წარმოდგენები, ან გაანეიტრალოს ისინი სხვა აზრებით ან ქმედებებით;
4. ადამიანი აცნობიერებს, რომ ობსესიური აზრები, იმპულსები ან წარმოდგენები მისი საკუთარი გონების პროდუქტია (და არა - გარეშე ძალის ზეგავლენის შედეგი).

ყველაზე გავრცელებული ობსესიებია:

- აზრები დაბინძურების შესახებ, მაგ., დაბინძურდება ფულთან შეხებისას.
- დაუსრულებელი ყოყმანი, მაგ.. პაციენტი სულ ფიქრობს, დაკეტა თუ არა კარები, ვინმეს არ დაეჯახოს მისდაუნებურად მანქანის მართვისას და ა. შ.
- აგრესიული იმპულსები, მაგ., დაუოკებელი ჟინი დაიყვიროს ეკლესიაში, ან ზიანი მიაყენოს, მაგ., შეიღოს.
- სექსუალური შინაარსის წარმოდგენები, მაგ., განმეორებითი პორნოგრაფიული წარმოდგენები.

DSM-IV^{TR}-ის მიხედვით, კომპულსიებისთვის დამახასიათებელია:

1. აკვიატებული მოქმედებები (მაგ. ხელების ბანა, ნივთების დალაგება, გადა-მონება) ან გონებრივი აქტები (ლოცვა, თვლა, სიტყვების გამეორება გონებაში), რომლებიც მან უნდა შეასრულოს გარკვეულ ობესისაზე საპასუხოდ, მის გასა-ნეიტრალეზებად.

2. კომპულსიები (აკვიატებული მოქმედებები ან გონებრივი აქტები) მიზან-მიმართულია (1) წინ აღუდგეს ან შეასუსტოს დისტრესი; (2) წინ აღუდგეს პაცი-ენტისათვის საშიშ მოვლენას ან სიტუაციას, ან გაანეიტრალოს იგი. ამასთანავე ეს ქმედებანი რეალურად არ უკავშირდება იმას, რის გასაანეიტრალეზებად ან თავიდან ასაცილებლადაცაა განკუთვნილი, ან ისინი უაღრესად გადაჭარბებულია.

3. ეს ობესიები ან კომპულსიები ინევენ შესამჩნევ დისტრესს, მოითხოვენ დიდ დროს (დღეში 1 სთ-ზე მეტს) ან მნიშვნელოვნად არიან ჩართულნი ადამიანის ყოველდღიურობაში, სამსახურებრივ ან ჩვეულ სოციალურ საქმიანობებში/ ურთი-ერთობებში (იხ. ნახ. 37).

შესაძლოა, ობესიურ-კომპულსიური აშლილობა წამყვანი იყოს ფსიქოზის კლი-ნიკურ სურათში. საჭიროა ობესიურ-კომპულსიური აშლილობის მქონე პაცი-ენტებმა გააცნობიერონ, რომ აკვიატებული აზრები ან მოქმედებები გადაჭარ-ბებული და აბსურდულია. მაგრამ ზოგჯერ აკვიატებული აზრი ბოდვის ხარისხს აღწევს და მასში დარწმუნება აბსოლუტურია, ხოლო ობესიები ფსიქოზური ეპიზოდის დროს პაციენტის მიერ განიცდება ხმებად (იხ. ნახ. 37, 38).

ობესიურ-კომპულსიური აშლილობის (ოკა) კოგნიტური მოდელი

ცნობიერებაში შეიძლება შეიჭრას აზრი, წარმოსახვა ან ემოცია, რომელიც პაციენტის მიერ პოზიტიური და ნეგატიური მეტაკოგნიტური რწმენა-შეხედულების შესაბამისად შეფასდება. შესაძლოა, ემოციური პასუხი პაციენტმა შეაფასოს უარ-ყოფითად, რამაც გააძლიეროს მომავალში ინტრუზიების ალბათობა, ან ახალ ინ-ტრუზიადც კი იქცეს. ქცევითი რეაგირება (აშკარა და ფარულიც) ხელს უშლის მე-ტაკოგნიტური რწმენა-შეხედულების უარყოფას და ინტრუზიების აღქმავატურ შეფა-სებაზე. ქცევითი რეაგირება ამწეავებს ინტრუზიებს, რადგან აზრების დათრგუნვა პარადოქსულად ზრდის მათ სიხშირეს. ინტრუზიებისადმი ყურადღების მიპყრობა ზრდის მათი წარმოშობის ალბათობას, რადგან ქმედებები, განკუთვნილი მათ გასა-ნეიტრალეზებად, ასოცირდება ინტრუზიებთან და მოქმედებს როგორც ტრიგერები.

ოკა-ს განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პაციენტის მეტა (კოგნი-ტური) რწმენა-შეხედულებები. ასე, მაგ.:

- საკუთარი თავისა და სხვებისათვის ზიანის მიყენებაზე პირადი პასუხის-მგებლობის აღება;
- აზრების, მოქმედების შერწყმა: აზრებს ძალუძთ მოქმედების გამოწვევა;
- აზრების, მოვლენების შერწყმა: აზრებს ძალუძთ მოვლენების გამოწვევა;
- აზრები ასახავს სინამდვილეს, მაგ.: თუკი ვფიქრობ, რომ რაღაც ცუდი მაქვს ჩადენილი, ე.ი., მართლაც ჩამიდენია;
- ჩემი ყველა აზრი უნდა იყოს ნორმალური/წრფელი;
- მე უნდა ვაკონტროლო ჩემი აზრები.

ოკა-ს კოგნიტურ-ბიპოვეიორული შეფასებისადმი ორი მიდგომა არსებობს: ა) რამდენიმე მიმდინარე ეპიზოდის მიმოხილვა და ბ) პირდაპირი შეკითხვების დასმა რეალურ სიტუაციაში (ან უშუალოდ მის შემდეგ), ან მსგავს სიტუაციაში თერაპიულ სეანსზე.

კონკრეტული შემთხვევის ფორმულირებისას უნდა შეგროვდეს საჭირო ინფორმაცია და განისაზღვროს: (1) ობსესიური და კომპულსური სიმპტომების ხასიათი, (2) ტრიგერები, (3) ობსესიური და კომპულსური სიმპტომების არსისა და მნიშვნელოვნების შეფასება.

ინტერვენცია ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის დროს

ოკას დროს კბთ-ჩარევის ძირითადი მიზანია ინტრუზიული განცდების შესახებ დისფუნქციური შეფასებებისა და რწმენა-შეხედულების მოდიფიკაცია, მათთვის ალტერნატიული შეფასებების მოძებნა (მაგ.: ინტრუზიული განცდები თავისთავად არაფერს ნიშნავს). პაციენტის მიზანია იმის გათავისება, რომ ინტრუზიულ განცდებზე მისეული რეაგირება და გადამუშავების მისეული ვარიანტი ირელე-ვანტურია.

„უსასრულოდ ნუხილი საკუთარი ფიქრების გამო“, ანუ ემოციური რეაგირება საკუთარ აკვიატებულ აზრებზე უკვე წარმოადგენს ინტრუზიის (ობსესიების) შეფასებას, რაც უნდა განვესხვავოთ საკუთრივ ინტრუზიებისგან (ობსესიისგან). ვინაიდან ემოციური რეაგირება უკვე გარკვეული შეფასებაა, ამიტომ სწორედ იგი იქნება კბთ მოდიფიკაციის სამიზნე. საჭიროა, თერაპევტმა პაციენტი გაავარჯიშოს ამ „დაუსრულებელ ემოციურ რეაგირებასა და ფიქრებში (აზროვნებაში)“ და ურჩიოს: „დაე, შემოიჭრას და გავიდეს გონებიდან ინტრუზიები (აკვიატებები). ნუ შეებძოლებით ინტრუზიებს, მათზე ფიქრით ან გამანეიტრალებელი სტრატეგიების გამოყენებით“. ვერბალური რეატირბუციისთვის საჭიროა, მოხდეს პაციენტის რწმენა-შეხედულებებთან და შეფასებებთან შეკამათება. ამისათვის თერაპევტმა უნდა გამოაშქარავს დამადასტურებელი არგუმენტები და მზარი დაუჭიროს პაციენტის რაციონალურ პასუხებს (აზრების ჩანაწერი ოკა-სთვის). სეანსზე თერაპევტმა უნდა ხელოვნურად გამოიწვიოს ობსესიები/ინტრუზიები და მოახდინოს მათი ნორმალიზება, აუხსნის რა, რომ ადამიანების 90%-ს წარმოუშვება ობსესიები; პაციენტს შესაბამისი ინფორმაცია მიაწოდოს, შესთავაზოს მათთვის ნაცნობი ადამიანების ქცევის შეფასება, ე.წ. მინიგამოკვლევა. ამ უკანასკნელს შემდეგი მიზანი ექნება: ინტრუზიული აზრები შეიძლება აღმოცენდეს და ისინი არ უნდა გაკონტროლდეს, დაითრგუნოს ან განეიტრალდეს პაციენტის მიერ.

ობსესიური გამოცდილების უკეთ გასაგებად თერაპევტმა პაციენტს უნდა შესთავაზოს შემდეგი სავარჯიშო: წარმოიდგინოს ის ადამიანი, ვინც ყველაზე მეტად უყვარს და ვისზეც ზრუნავს. შემდგომ აიღოს სანერი კალამი და დაწეროს: „ნეტა,... მოკვდეს დღეს ტანჯვით“ და შეავსოს ფრაზა საყვარელი ადამიანის სხელით. შემდგომში თერაპევტმა უნდა მიმართოს ვერბალურ რეატირბუციას, კერძოდ:

- 1) მოახდინოს აზრი-მოქმედების შერწყმის განცალკევება-გამიჯვნა. დაუსვას შეკითხვები: ა) აზრი-ქმედება (action) შერწყმის მექანიზმზე (TAF-ამშ): „როგორ გამოიწვევს აზრი რაიმე მოქმედებას?“, ბ) TAF რწმენა-შეხედულების შეუსაბამობაზე (არაკონგრუენტულობაზე): „როგორ ვარაუდობთ, რა კატეგორიის ადამიანები ფიქრობენ, რომ ცუდი აზრები ვინმეს ზიანს აყენებს? ალბათ, ისინი ამ აზრების შესაბამისად მოქმედებენ? თქვენ ამ ტიპის ადამიანი ხართ, ვისაც სურს იმოქმედოს ამგვარი აზრების შესაბამისად? რა არის იმის არგუმენტი, რომ თქვენ ასე მოიქცევით?“
- 2) მიმოხილვა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტს ჰქონდა ობსესიები, მაგრამ ვერ შესძლო მათი განეიტრალება. ეს უკანასკნელი თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს TAF-ის საპირისპირო არგუმენტად.

პაციენტზე ობსესიის ზეგავლენისა და მასზე ჩვეული რეაგირების პრევენციისათვის მნიშვნელოვანია ქცევის სამომავლო პერსპექტივის გააზრება. ჩვეულებრივ, ის კომპულსიები, რომლებიც პაციენტს აძლევენ დროებით შვებას შფოთვისა თუ დისკომფორტისგან, განმტკიცდებიან, რაც ნეგატიურ შედეგს იძლევა. ეს კომპულსიები და შფოთვის ჩვევა ერთმანეთშია გადახლართული. შფოთვის დასაძლევად საჭიროა ობსესიის გამომწვევ მიზეზთან, სტიმულთან პაციენტის კონფრონტაცია და ეს რიტუალის გამოყენების გარეშე უნდა მოხდეს. ქცევითი რეატიზაციისათვის საჭიროა სიტუაციებისა და მათთან ასოცირებული შფოთვის იერარქიის ერთობლივი (პაციენტთან ერთად) დადგენა და პაციენტის დისტრესის სუბიექტური რანჟირება (0-10). საერთოდ უფრო იოლი დასაძლევია ხილული რიტუალები, ვიდრე მენტალური რიტუალები (იხ. ნახატი 35, 36, 39).

ობსესიის ზეგავლენისა და მასზე ჩვეული რეაგირების პრევენციისათვის ასევე არანაკლებ მნიშვნელოვანია კოგნიტური პერსპექტივის გაანალიზება. აკვიატებული მოქმედებები (კომპულსიები) ხელს უშლის იმ ინფორმაციის ზემოქმედებას, რომელიც დისფუნქციურ რწმენებს შეასწორებს. თერაპევტმა უნდა მოახდინოს რაციონალიზაცია, რათა პაციენტმა უკუაგდოს ის რწმენა, რომლის მიხედვითაც სტიმულთან კონტაქტს კატასტროფული შედეგი მოყვება. სტიმულის ზემოქმედების ფონზე არშემდგარი კატასტროფის დემონსტრირება რაციონალური მიდგომის საუკეთესო გზაა. ჩვეული პასუხის (კომპულსიის) პრევენცია უკუაგდება დისფუნქციურ რწმენებს.

სპეციფიკურ რწმენებთან შეკამათებისათვის თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს შიდასასესიო ექსპერიმენტი, რისთვისაც მან პაციენტს უნდა სთხოვოს: „ეცადეთ, თქვენი ცუდი აზრებით გამოინვიოთ ნეგატიური მოვლენები (მაგ., განზრახ იფიქრეთ, რომ მე დროის რაღაც მონაკვეთში მოვხვდე ავარიამი). გაძლიერებული ინტერპოზიების ფონზე არ შეასრულოთ რიტუალები. (მაგ., სხეულის „დაზიანების“ მცდელობა კატასტროფის თავიდან ასაცილებლად; „დამაბინძურებელ“ ნივთიერებებთან შეხება და რიტუალების შეწყვეტა).

მენტალური რიტუალების დასაძლევად ეფექტურია აუდიო-ჩანაწერის გამოყენება (კასეტაზე ჩანერილი ობსესიების ზემოქმედება აფერხებს მენტალურ რიტუალებს).

დეპრესია

დეპრესიულ სიმპტომებს მიეკუთვნება: უხალისობა, სევდა, თვალცრემლიანობა, სიამოვნების განცდის უნარის დაქვეითება, ჩვეული ყოველდღიური საქმიანობების მიმართ ინტერესის დაკარგვა, საკუთარი უვარგისობის ან დანაშაულის განცდა (მაგ., „მე ვერ გავამართლე ნდობა“), გაღიზიანების, შფოთვის, დაძაბულობის შეგრძნება, ემოციური რეაგირების უუნარობა, გახევების შეგრძნება, ენერგიის, მოტივაციის დაქვეითება, აზროვნებისა და მოძრაობების შენელება, ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, დათრგუნულობის შეგრძნება და დაუსრულებელი ფიქრი მეორეხარისხოვან პრობლემებზე, გამოუვალი მდგომარეობის განცდა და უიმედობა. დეპრესიას თან ახლავს ასევე სომატური ნიშნები, როგორიცაა: ძილის დარღვევა (ძილით ადრე გამოღვიძება), მადის და სექსუალური ლტოლვის დაქვეითება. DSM-IV^{TR}-ის თანახმად, კლინიკურ სურათში 5 ან მეტი სიმპტომი უნდა აღინიშნებოდეს, სულ მცირე 2 კვირის მანძილზე იმისათვის, რომ დეპრესიის

დიაგნოზი დაისვას. პირველი ორი სიმპტომიდან ერთი-ერთი (ან დაქვეითებული გუნება-განწყობა ან ანჰედონია) უნდა აღინიშნებოდეს,, (იხ. DSM-IV^{TR} კლასიფიკაცია დეპრესიისთვის); ეს სიმპტომები პაციენტში დისტრესს და მისი ფსიქოფიზიკური ფუნქციონირების დარღვევას იწვევენ. როგორც წესი, დეპრესიული ეპიზოდი 3-6 თვეში მკურნალობის გარეშე გაივლის, მაგრამ ხშირია რეციდივი. პაციენტთა 15-20%-ში დაავადების მიმდინარეობა ქრონიკულია.

დეპრესიის შეფასება ხდება ბეკის დეპრესიის კითხვარით (BDI), რომელიც წარმოადგენს 21-პუნქტიან თვითშეფასების სკალას. ამ სკალით დეპრესიის სიმძიმე ფასდება. თითოეული პუნქტი ოთხი ვარიანტისაგან შედგება, რომლებიც, სიმძიმის მიხედვით, 0-დან 3 ქულამდე ფასდება. ყოველ პუნქტში პაციენტმა უნდა მონიშნოს წინადადება, რომელიც ყველაზე ზუსტად აღწერს, თუ როგორ გრძნობდა იგი თავს გასული კვირის მანძილზე.

შეჯამების მაქსიმალური ქულაა 63. დეპრესიის სიმძიმის ხარისხი ასე ნაწილდება:

6-ზე დაბლა გამოკვლევა არავალიდურია

6-9 ნორმა ;

9-12 - მღე ქულა სუბდეპრესია საჭიროებს დამატებით ფსიქიატრიულ გამოკვლევას და დიაგნოსტიკას;

12-20 ქულა - მსუბუქი დეპრესია;

20-30 ქულა - საშუალო დეპრესია;

30- 40 ქულა ან მეტი - მძიმე დეპრესია;

40 - ზე მეტი - საჭიროებს პოსპიტალიზაციას;

55 - 64 ქულა - სუიციდალური რისკი

დეპრესიის კოგნიტური მოდელი

დეპრესიისთვის დამახასიათებელია ე.წ. „კოგნიტური ტრიადა“ (იხ. ნახატი 25, 26). რომელიც გულისხმობს უარყოფით აზრებსა და რწმენა-შეხედულების ხარისხის მქონე შეხედულებებს: ა) საკუთარ თავის მიმართ (უკიდურესი თვით-კრიტიკულობა - „მე უფარგისი ვარ“), ბ) გარე სამყაროზე მთლიანად (პაციენტის მიერ ხდება მოვლენების მცდარი, უარყოფითი შეფასება და უსიამოვნო ფაქტებზე ყურადღების გამახვილება, ასე მაგ: „არაფერი ხდება ჩემთვის კარგი“) და მომავალის მიმართ (უიმედობა. მაგ.: „რა აზრი აქვს მცდელობას? არასოდეს გავხდები უკეთესად“).

გასაუბრების სანყის ეტაპზე ფსიქოთერაპევტმა უნდა განსაზღვროს პაციენტის აქტუალური, ამჟამინდელი პრობლემები და მოახდინოს დაავადების სიმპტომების, ცხოვრებისეული პრობლემებისა და უარყოფითი აზრების შეფასება („კოგნიტური ტრიადა“). შემდგომ თერაპევტმა უნდა დაადგინოს დეპრესიის დანყების დრო, განვითარების დინამიკა და დეპრესიის კონკრეტული შინაარსი (უიმედობა, სუიციდალური აზრები და სხვ.). ასევე, პაციენტთან ერთად უნდა შეიმუშავოს შეთანხმებული პრობლემების ნუსხა. თერაპიული მიზნის განსაზღვრა ყოველ კონკრეტულ პრობლემურ სფეროსთან მიმართებაში უნდა მოხდეს (მაგ.: „სხვაგვარად როგორ წარმოვიდგენია მოვლენები?“). პაციენტისათვის კბთ-ს დინამიკის რაციონალური ახსნისათვის საჭიროა, თერაპევტმა მასთან ერთად გამოიკვლიოს ყველა პრაქტიკულად მნიშველოვანი დეტალი და დაანახოს მას მანკიერი წრე, ანუ კავშირი ნეგატიურ აზრებსა და გუნება-განწყობას შორის. ასევე

ნინასნარ უნდა განისაზღვროს თერაპიის დროში ცვლილების შეტანის შესაძლებლობა. მნიშვნელოვანია, რომ თერაპიის დასაწყსშივე განისაზღვროს მკურნალობის მიზანი და პაციენტთან ერთად დაგეგმოს შესაბამისი საშინაო დავალებები (მაგ., დეპრესიის შესახებ ინფორმაციის ნაკითხვა, საქმიანობების, გუნება-განწყობის, ნეგატიური აზრების მონიტორინგი). ამ დროს შემდეგი სახის პრობლემებს ეხვდებით: ა) საკუთარი აზრის გამოხატვისა და თავდაცვის უნარობას (ამ დროს მას უძნელდება უარის თქმა, საპირისპირო აზრის გამოთქმა ან საერთოდ არ შეუძლია თქვას, თუ რა სურს თავად), ბ) არასრულფასოვნების განცდა; გ) ადაპტაციური სიძნელები (მაგ., ოჯახის დანგრევასთან დაკავშირებული: „მარტოობას თავს ვერ გავართმევ, ველარაგისთან დავამყარებ ახალ მყარ ურთიერთობას“ და ა.შ.); დ) საკუთრივ დეპრესიული სიმპტომატიკა (მაგ.: ყოველდღიურ ვალდებულებებსა და მოვალეობებზე დაუსრულებელი ფიქრი, ადამიანებთან ურთიერთობისათვის თავის არიდება, რაიმეს კეთებისა და სიამოვნების განცდის უნარის დაკარგვა და ა.შ.).

შემდგომ თერაპიულ სეანსებზე უნდა დადგინდეს დღის განრიგი, ყოველკვირეულ შეხვედრებზე განსაზღვრული საკითხები (როგორიცაა უკანასკნელი სეანსის შემდგომ განვითარებული მოვლენების მიმოხილვა, ნინა სეანსების უკუკავშირი, საშინაო დავალების განხილვა (მისი შედეგი, სიძნელები და გამოტანილი დასკვნა). ასევე უნდა განისაზღვროს დღის უმთავრესი საკითხები პრიორიტეტის მიხედვით (როგორიცაა მუშაობის კონკრეტული სტრატეგიები, ამჟამინდელი და გრძელვადიანი პრობლემები). თერაპევტმა პაციენტს უნდა მისცეს საშინაო დავალება, რომელსაც პაციენტისთვის გასაგები ლოგიკური ახსნა ექნება და ნინასნარ განესაზღვრება შესაძლო სიძნელები. სეანსის ბოლოს თერაპევტმა უკუკავშირი უნდა შეაფასოს.

კოგნიტურ - ბიპევიორული თერაპია დეპრესიის დროს

დეპრესიის კბთ გულისხმობს რიგ სტრატეგიებს, ესენია:

1. **კოგნიტური სტრატეგია** გულისხმობს პათოგენური პრობლემებისაგან ყურადღების გადატანას, რაც პაციენტის მიერ საკუთარ ფიქრებში ჩაღრმავებაზე დახარჯული დროის შემცირებას იწვევს. იგი გამოიყენება მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე, როგორც დაძლევის სტრატეგია „ხმებზე“ მუშაობისას. ამ დროს უნდა მოხდეს არა კოგნიტური ცვლილება, არამედ პაციენტის დეპრესიული აზრების სიხშირის შემცირება. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა გარკვეულ მიზანზე ფოკუსირება შეძლოს, რომელიც კონკრეტულად ექნება განსაზღვრული. თერაპევტი უნდა დაეხმაროს პაციენტს ყველა მოდალობის გამოყენებით გარემოს მკაფიო აღქმის დაცნობიერებაში. ეს უნდა მოხდეს გონებრივი სავარჯიშოებით, რომელსაც პაციენტი ინტერესით შეასრულებს (მაგ.: სასიამოვნო და ნათელი მოგონებებით ან ფანტაზიებით). **ქვეითი სტრატეგია**. მისი მიზანია პაციენტის მაქსიმალური ჩართვა ისეთ საქმიანობებში, რომლებიც მას გუნება-განწყობას გაუუმჯობესებს. ამისათვის საჭიროა მოხდეს პაციენტის საქმიანობების მონიტორინგი განრიგის დაკონკრეტებითა და საშინაო დავალებების თანდათანობითი გართულებით. ეს ტექნიკა გამოიყენება იმ ნეგატიური აზრების კოგნიტური ტესტირებისათვის, რომლებიც აფერხებენ პაციენტის გარკვეულ საქმიანობებში ჩართვას. სასურველია, პაციენტს მიეცეს სქემა იმის შესახებ, თუ როგორ გააქტიურდეს. ქვეითი სტრატეგიებში შედის პაციენტის ყოველკვირეული საქმიანობების მონიტორინგი. სპეციალურ ცხრილში პაციენტმა უნდა ჩანეროს, თუ რას აკეთებდა საათობრივად და ეს

საქმიანობა სიამოვნების (P) და შედეგიანობის (A) მიხედვით ქულებით (0—დან 10-მდე) შეაფასოს. მონიტორინგის დროს თერაპევტმა უნდა დაადგინოს, აქტიუობის რა დონესთან გვაქვს საქმე და შესაძლებელია თუ არა, რომ კონკრეტული აზრი შემომდგეს მაგ.: „ახლა არაფერს ვაკეთებ“. თერაპევტმა უნდა მიუთითოს გუნებ-განწყობასა და კონკრეტულ საქმიანობას შორის დამოკიდებულებაზე, რაც პაციენტს ამ მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის გაცნობიერებაში დაეხმარება. მაგ.: „არაფრის კეთება გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ ვგრძნობ თავს“. საქმიანობების ცხრილზე დაკვირვებით, თერაპევტმა მხარი უნდა დაუჭიროს პაციენტს ინტენსიურ ჩართვას იმ საქმიანობებში, რომლებიც მისი აქტიურობის მაქსიმალურ ზრდას უზრუნველყოფს. დავლებები უნდა დაიყოს პატარა, შედარებით იოლ საფეხურებად, რომელთაგან თითოეული პაციენტისათვის ნამახალისებელი იქნება. კბთ-სას უნდა გადამოწმდეს პაციენტის შეხედულება – „მე ამას ვერ გავაკეთებ“. თერაპიის მიზანია, შემცირდეს პაციენტის უიმედობის განცდა და დაძლეულ იქნას საქმის სახვალიოდ გადადების ჩვევა, რისთვისაც თერაპევტმა და პაციენტმა ერთობლივად უნდა შეიმუშაონ „საქმის გადადების სანინალმდეგო გეგმა“.

ვერბალური რეაქტიუბიცია. თერაპევტმა უნდა გამოავლინოს, დაწვრილებით გამოიკვლიოს და ეჭვქვეშ დააყენოს პაციენტის ნეგატიური ავტომატური აზრები და სქემის გამოყენებით თვალსაჩინო გახადოს ეს პროცესი, მაგ.: „როგორ დავძლიოთ ნეგატიური აზრები“. პაციენტმა უნდა გააცნობიეროს და აღნუსხოს უსიამოვნო ნეგატიური ემოციები, ის სიტუაციები, რომლებშიც ისინი აღმოცენდება და მათი კავშირი ნეგატიურ ავტომატურ აზრებთან. თერაპევტმა უნდა აუხსნას პაციენტს, რომ ნეგატიური ავტომატური აზრები მისი „აზროვნების შეცდომაა“. ეს უკანასკნელი არის შედეგი მთელი რიგი ისეთი ფაქტორებისა, როგორებიცაა: პაციენტის მიერ კონკრეტული ფაქტების განზოგადება, სელექტიური ყურადღება, „სულ ან არაფრის“ სტილით აზროვნება, პირადი პასუხისმგებლობის ალება ისეთ მოვლენებზე, რომელთანაც თავად პაციენტს არანაირი (ან თითქმის არანაირი) კავშირი არა აქვს და შემთხვევითი დასკვნების გამოტანა.

ქვემოთ განვიხილავთ თითოეულ მათგანს:

- **განზოგადება** – პაციენტის მიერ ცალკეული მაგალითების განზოგადება და მათ საფუძველზე დასკვნების გამოტანა. ასე, მაგ.: პაციენტმა, რომელმაც ერთი შეცდომა დაუშვა, შეიძლება დაასკვნას: „ყველაფერი, რასაც ვაკეთებ, შეცდომით გამოდის“.

- **სელექტიური ყურადღება** – პაციენტის ყურადღების დაფიქსირება ნეგატიური აზრების გამამყარებელ მოვლენებზე ან გამოცდილებების მხოლოდ ნეგატიურ ასპექტებზე.

- **„სულ ან არაფრის“ სტილით აზროვნება**, ანუ დიქტომორი დასკვნების გამოტანა, უკიდურესობებით აზროვნება. მაგ.: „თუ არ შემიძლია საქმის 100%-ზე შესრულება, საერთოდ არა აქვს აზრი ამის კეთებას“

- **პერსონალიზება** — პასუხისმგებლობის ალება იმ მოვლენებზე, რომლებსაც მცირე შეხება აქვს ან საერთოდ არა აქვს შეხება თავად მასთან.

- **შემთხვევითი დასკვნების გამოტანა** – მცირე მტკიცებულების საფუძველზე, შემთხვევითი, უსაფუძვლო, ნაჩქარევი გადაწყვეტილების მიღება .

ვერბალური რეაქტიუბიციის დროს თერაპევტი უნდა დაეხმაროს პაციენტს თავისი აზროვნების ხელახალ შეფასებაში. მას შეუძლია პაციენტს ასეთი კითხვები დაუსვას: („დასკვნისათვის) რა მტკიცებულება გაქვთ? რა ალტერნატიული მოსაზრ-

რება არსებობს? რა არის აზროვნების ასეთი სტილის უპირატესობა და ნაკლი? რა შეცდომებს უშვებთ აზროვნებისას?”

ასევე, თერაპევტი უნდა დაეხმაროს პაციენტის ნეგატიურ ავტომატურ აზრებზე რაციონალური პასუხის მოფიქრებაში (იხ. ნახატი 19, 20, 21).

3. ქვეითი ექსპერიმენტის დაყენება. ამისათვის თერაპევტმა და პაციენტმა ერთობლივად უნდა მოახდინონ ნეგატიური აზრების, ალტერნატიული – რაციონალური აზრების შემონება. ამასთანავე, თერაპევტმა მხარი უნდა დაუჭიროს პაციენტის რაციონალური აზრების განმტკიცებას და მას ქვეითი ექსპერიმენტის ეს ფორმა შესთავაზოს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროცესში თერაპევტი, შესაძლოა, მთელ რიგ დაბრკოლებებს შეხვდეს, რომლებიც კბთ-ს მიმდინარეობას გაართულებს (მაგალითად, პრობლემები დეპრესიის ბუნებიდან გამომდინარე). კბთ რთულდება, როცა ხდება პაციენტის აზროვნებით თერაპევტის „ინდუცირება“. ამის საპირისპიროდ, თერაპევტს მუდამ უნდა ახსოვდეს კონკრეტული შემთხვევის ფორმულირება. ასევე რთულდება თერაპია, როცა რაციონალური პასუხები რეაქტიუტუციისას არაფერს ცვლის. ამის დასაძლევად, თერაპევტმა ის შეკამათებით კი არ უნდა გადაარჩუნოს – „დიახ, მაგრამ...“, არამედ სცადოს, პაციენტისაგან რაციონალური პასუხები მიიღოს. რთულია თერაპია ისეთ პაციენტთან, რომელსაც გამოსატყუი კოგნიტური დეფიციტი აქვს. ამ დროს საჭიროა ხშირი სეანსები და ჩანაწერების კეთება. დროდადრო შეუძლებელია პაციენტთან პირდაპირი დისკუსია. ამ შემთხვევაში, კითხვების ნაცვლად, თერაპევტმა პაციენტს ისეთი გამონათქვამები უნდა შესთავაზოს, როგორებიცაა, მაგ., „რას მივიღებ სანაცვლოდ, თუკი თავს ვერ გავართმევ?“, „მე თავს ვერ გავართმევ“, ამ დროს დარწმუნებულობის ხარისხია 80% და არ შეიძლება შეკამათება. შემდგომში დეპრესიის განვითარების პრევენციისათვის საჭიროა დისფუნქციური შეხედულებების, აზრების და რწმენების გამოვლენა და გამოკვლევა (იხ. ნახატი 19).

იპოქონდრიული აშლილობა

იპოქონდრიული აშლილობის კლინიკური სიმპტომების (კოგნიტურ ფორმატით) ფორმულირებისა და მკურნალობისათვის ავტორებმა სალკოვსკიმ (Salkovskis 1989), ვორეიკმა, კლარკმა, ლობიმ და სარკოვსკიმ – (Warwick, Clark, Cobb & Sarkovskis 1996) – კოგნიტური მოდელი გამოიყენეს. პანიკური აშლილობის მსგავსად, იპოქონდრიის დროს პაციენტი საკუთარ სომატურ შეგდნებებს არასწორ, ნეგატიურ, „კატასტროფულ“ ინტერპრეტაციას უკეთებს, ოღონდ იპოქონდრიის შემთხვევაში მოსალოდნელი „კატასტროფა“ დროში დისტანცირებულია.

ფსიქომატრავმირებელი ცხოვრებისეული მოვლენები (მაგ.: მეგობრის ან ნათესავის ავადმყოფობა), ჯანმრთელობის გაუარესების შესაძლებლობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია და საკუთარ სხეულში არსებულ ცვლილებებზე დაკვირვება და მათი დაფიქსირება პაციენტის დისფუნქციურ სქემებს ააქტიურებს. ეს უკანასკნელნი ყალიბდებიან ბავშვობის ასაკში, ან უფრო მოგვიანებითაც. მათში კოდირებული ინფორმაციის გამიფრვა და ვერბალიზაცია შემდეგნაირად შეიძლება მოხდეს:

- „საერთოდ, დაავადებების მიმართ მეტად მოწყვლადი ვარ“;
- „თუ ავადმყოფობის გამო შრომისუნარიანობა დავკარგე, არავის დავეჭირდები“, „ტანჯვა გაუსაძლისი იქნება“;
- „სიკვდილს თან სდევს გახანგრძლივებული ფიქრი სამყაროზე, რომელსაც დავტოვებ“.

აღნიშნული სქემების აქტივაციის შედეგად ცნობიერებაში იჭრება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნეგატიური ავტომატური აზრები. ხშირ შემთხვევაში ამ პროცესს დისფუნქციური შინაგანი ორგანოების ვიზუალური წარმოსახვაც ახლავს. ნეგატიური ავტომატური აზრების და გააქტივებული დისფუნქციური სქემების შენარჩუნებას კოგნიტური, აფექტური, ქცევითი და ფიზიოლოგიური პროცესები უწყობს ხელს. ჩვეულებრივ, იპოქონდრიული ადამიანები შენუხებულნი და დაფიქსირებულნი არიან ინტეროცეპტიულ (შინაგანი ორგანოებიდან მომავალ) შეგრძნებებზე, საკუთარი სხეულისა და გარეგნობის უმცირეს ცვლილებებზე. პაციენტის დაავადებაზე დაუსრულებელი ფიქრი გამოწვეულია ძლიერი სურვილით, ადრეულ ეტაპზევე აღმოაჩინოს იგი, რათა განიკურნოს. ამის პარალელურად, ეხვდებით პაციენტის არასასურველ ფიქსაციას თავის სომატურ განცდებზე.

შესაძლებელია, ექიმების, მეგობრებისა და ნათესავების მხრიდან გადარწმუნების მცდელობას პაციენტის გუნებ-განწყობის ხანმოკლე გაუმჯობესება მოჰყვეს, მაგრამ დაუსრულებელი ფიქრი მას კვლავ ნეგატიურ ემოციურ მდგომარეობაში აბრუნებს. ზოგიერთი აქტიურად არიდებს თავს იმ საქმიანობას, რომლებიც, მათი აზრით, ჯანმრთელობისათვის საზიანოა მაგ., ფიზიკურ ვარჯიშს. ეს არამხოლოდ მათ ფიზიკურად კარგ ფორმაში ყოფნას უშლის ხელს, არამედ რთავს, ავად/ჯანმრთელად ყოფნის კატეგორიის სუბიექტურ დეზადაპტაციურ სქემას და ამით ხელს უშლის ფსიქო-ფიზიკური სიჯანსაღის განცდას.

აზრების დათრგუნვის გზით ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ინფორმაციისაგან თავის არიდებამ, შესაძლოა, პაციენტი ნეგატიური ავტომატური აზრების პარადოქსულ მატებამდე მიიყვანოს. სანამ პაციენტი შფოთვისაგან გასათავისუფლებლად საკუთარი სხეულის ხშირი სამედიცინო გამოკვლევითაა დაკავებული, შესაძლებელია, რომ მართლაც განუვითარდეს ქსოვილების ორგანული დაზიანება. ისეთი დაცვითი ქცევები, როგორიცაა არასაჭირო კვებითი დანამატების უზომო მიღება, ხელს უწყობს სხეულზე ყურადღების ფოკუსირების შენარჩუნებას და წინ ელახება სქემის შეცვლას.

დროთა განმავლობაში შფოთვა ავტონომიური გაღიზიანების სახეს ღებულობს, რომლის ფიზიოლოგიურ გამოვლინებას პაციენტი სავარაუდოდ არასწორ შეფასებას აძლევს, რაც მისთვის ავად ყოფნის დამადასტურებელ დამატებით არგუმენტად იქცევა. პაციენტის გაბრაზება პრობლემა ხდება მაშინ, როდესაც პაციენტის მისწრაფება, გამუდმებით მიიღოს დამამშვიდებელი ინფორმაცია, თერაპევტის მხრიდან ფრუსტრირებული და უარყოფილია. გაღიზიანების ავტონომიურ პროცესზე ბრავის ზეგავლენამ შესაძლებელია ირგვლივმოყვებისგან ანტიპათიური დამოკიდებულების ზრდა გამოიწვიოს. სუბიექტურად აღქმული ავადმყოფობის ან სხვების მიერ პაციენტის ჩივილების ხშირი უარყოფით მას, შესაძლოა, დეპრესია განუვითარდეს, როგორც მიზნის მიღწევის შეუძლებლობის შედეგი. შემდგომში დეპრესიის სომატური სიმპტომები პაციენტისთვის დაავადების არსებობის დამადასტურებელ მტკიცებულებად იქცევა.

კოგნიტურ ბიპევიორული თერაპია იპოქონდრიის დროს

1. თერაპიული სეანსების საწყის ეტაპზე საჭიროა:

- იპოქონდრიული შფოთვის ეპიზოდების განხილვა და მასთან დაკავშირებული კბთ სქემის შემუშავება;
- მსჯელობა იმის შესახებ თუ რა როლს ასრულებს ქცევა პრობლემის

შენარჩუნებაში;

- ქცევის ექსპერიმენტის ჩატარება სოციალურ სიტუაციაში (მაგ.: სელექტიური ყურადღება; სხულზე დაკვირვების შემცირება);

- კბთ მოდელის დეტალური განხილვა და პაციენტისათვის მისი გაზიარება;

- საშინაო დავალების შემოწმება — სიმპტომების მაგალითების ნიმუშების მოძებნა (ტრიგერების იდენტიფიცირება); შედეგებზე დისკუსია უნდა წარმართოს კბთ მოდელის ტერმინებში;

- პაციენტის ავადმყოფობის დამადასტურებელი ფაქტების გამოკვლევა და ალტერნატიული ახსნა-განმარტებების მოძიება;

- პაციენტის არასწორ შეფასებებთან შესაქამათებლად და სპეციფიკური დაცვითი ქცევის შესამცირებლად ქცევითი ექსპერიმენტის შემოტანა;

- სხვების მიერ მისი გადარწმუნებისადმი სწრაფის დანიშნულების გამოკვლევა და მისი შეწყვეტა;

- ერთობლივი მუშაობისას პაციენტისთვის ვერბალური რეატიბუციის სწავლება.

საშინაო დავალება

- პაციენტმა საქმიანობების განრიგის დახმარებით სიმპტომების მონიტორინგი უნდა მოახდინოს;

- აზრების ყოველდღიურ ჩანაწერში ტრიგერებისა და აზრების მონიტორინგი უნდა აწარმოოს;

- აკვიატებული აზრების შესამცირებლად შფოთვის პერიოდები გააკონტროლოს;

- შეწყვიტოს სხულიდან წამოსული შეგრძნებების გადამოწმება;

- მოახდინოს ჩანერილ აზრებზე რაციონალური რეაგირება;

- შეწყვიტოს „სხვების მიერ მისი გადარწმუნების ძიება“.

2. თერაპიული სეანსების შუა ეტაპზე თერაპევტმა და პაციენტმა საჭიროა:

- განაგრძონ ალტერნატიულ მოდელზე მუშაობა;

- გამოიწონონ პაციენტის არასწორი შეფასების არგუმენტები რაციონალური შეფასების დამადასტურებელი არგუმენტებისგან (ორმაგი მოდელის სტრატეგია);

- განაგრძონ ვერბალური რეატიბუცია (მაგ., „წრიული დიაგრამა“, „ამობრუნებული პირამიდა“, „იარლიყებით აზროვნების შეცდომები“);

- ჩაატარონ ქცევითი ექსპერიმენტები (კერძოდ, უკანდახვევის თავიდან არიდება, თავდაცვის შეწყვეტა, სიმპტომებისთვის ბიძგის მიცემა).

საშინაო დავალებად იგივე.

მკურნალობას ბოლო ეტაპზე თერაპევტმა და პაციენტმა საჭიროა:

- განაგრძონ ცრუ ინტერპრეტაციებთან შეწინააღმდეგება;

- მოახდინონ პაციენტის ვარაუდებისა და რწმენა-შეხედულებების გამოკვლევა;

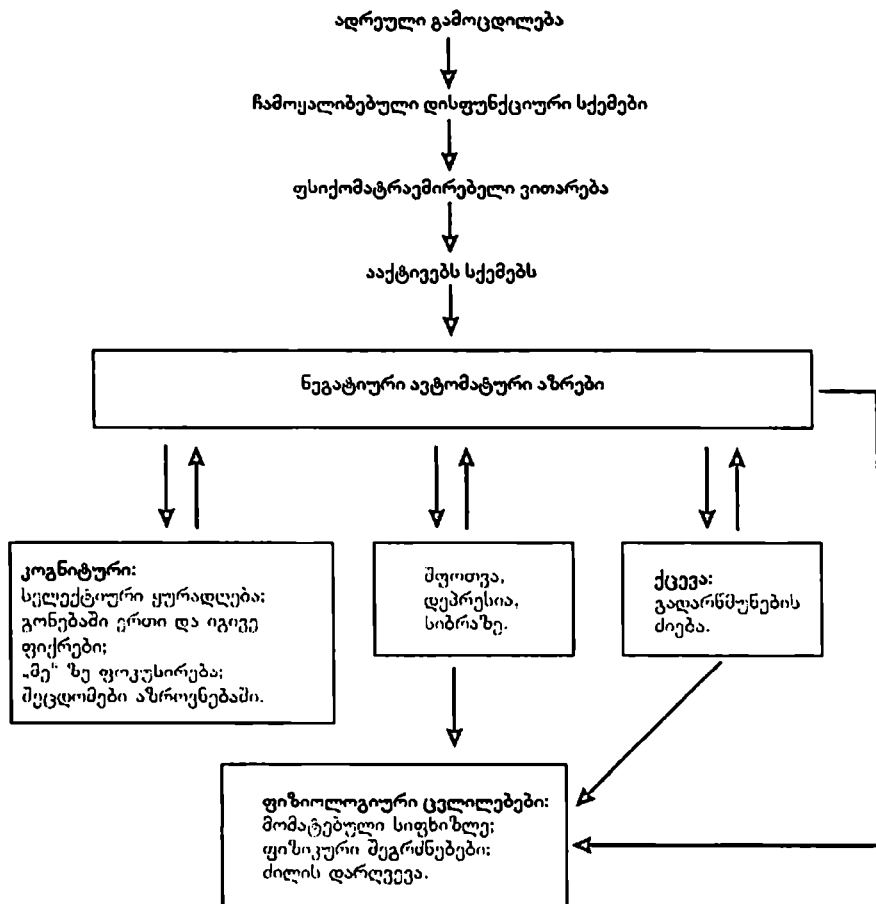
- მოახდინონ დისფუნქციური რწმენა-შეხედულების შეცვლა;

- შეამოწმონ რეზიდუალური დისფუნქციური რწმენა და ქცევა და მათი

არსებობის შემთხვევაში, მოახდინონ მათი შეცვლა;

- დაგეგმონ თერაპიული პროცესი შესაძლო რეციდივის პრევენციისათვის;
- შეადგინონ მხარდამჭერი სეანსების ერთობლივი განრიგი;
- მოახდინონ პრობლემების წინასწარი განსაზღვრა და დაძლევის სტრატეგიების გამოვრება და გავარჯიშება

იპოქონდრიის კოგნიტური მოდელი
(Salkovskis, 1989; Warwick & Salkovskis, 1990)



გამწვავების პრევენცია

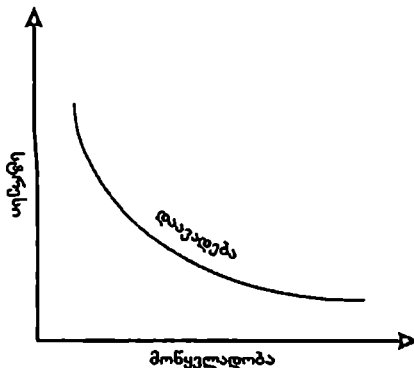
დაავადების გამწვავების უნივერსალური განმარტება არ არსებობს. სამეცნიერო გამოკვლევებში გამწვავების მახასიათებლებად მიჩნეულია:

- სიმპტომთა რეკურენტულობა, ანუ მათი კვლავ, განმეორებით აღმოცენება იმ პაციენტებში, რომლებიც სრული რემისიის მდგომარეობაში განერეს კლინიკიდან;
- სიმპტომთა გაუარესება იმ პაციენტებში, რომელთაც რეზიდუალური სიმპტომატიკა აღენიშნებოდათ;
- სამკურნალო ღონისძიებების შეცვლის აუცილებლობა, როცა მდგომარეობის გაუარესების გამო მედიკამენტური მკურნალობის რადიკალური შეცვლა ან ჰოსპიტალიზაცია ხდება აუცილებელი.

გამწვავების პრევენციისათვის საჭიროა:

- „სტრეს-მონწყვლადობის“ მოდელის გათვალისწინება.
- ავადმყოფობის ისტორიის დიაგრამის გამოყენება, რომელიც ფსიქოზურ ეპიზოდებთან, გამოჯანმრთელებასთან და ავადმყოფობის გამწვავებასთან დაკავშირებულ ფაქტორებს გვიჩვენებს. ამის მიხედვით შეიძლება:
- სტრესორებისა და მათი დაძლევის გზების განსაზღვრა;
- გამწვავების ადრეული ნიშნების დადგენა;
- წინასწარი მოქმედების გეგმის დასახვა.

სტრეს-მონწყვლადობის მოდელი



„სტრეს-მონწყვლადობის მოდელი“ წარმოდგენილია გრაფიკით. იგი შეიძლება იმ კასრსაც შევადაროთ, რომელიც თანდათანობით ივსება წყლით და შემდგომ გადმოსვლას იწყებს. პიროვნების ბიოლოგიური თავისებურებანი და წარსული გამოცდილება განსაზღვრავს „კასრის“ აგებულებას, მის ტევადობასა და სიმყარეს. სტრესული სიტუაცია განიხილება, როგორც წყალი, რომლითაც ივსება „კასრი“. „კასრში“ ადგილი შეზღუდულია. როდესაც ის წყლით გაივსება, წყალი გადმოსვლას

ინყებს — სწორედ ამ დროს ხდება ავადმყოფობის ნიშნების გამოვლენა.

თვითრეგულაციის მისაღწევად საჭიროა რიგი ფაქტორების გათვალისწინება. აქ იგულისხმება: პაციენტის მიერ სტრესის მართვის ტექნიკის ფლობა; ყოველდღიური საქმიანობები და რეგულარული ძილი; ნეგატიური აზრებისა და პრობლემების შეფასება, მათი დაძლევის პოზიტიური გზების ხედა და ჩამოყალიბება. აგრეთვე ადაპტაციური დაძლევის სტრატეგიები; პაციენტის მიერ პრობლემის გადანყვეტისა და კონკრეტული მიზნის დასახვის უნარი და შესაბამისი დროის ინტერვალის განსაზღვრა. აგრეთვე მნიშვნელოვანია პაციენტის თვითგამოხატვა, განსაკუთრებით უარყოფითი ემოციების შემთხვევაში, და შესაბამისი ტრენინგის საშუალებით საკუთარ თავში დარწმუნების უნარის გამომუშავება.

დიდი მნიშვნელობა აქვს გამწვავების ადრეული ნიშნების გამოვლენას და მათ მონიტორინგს. როდესაც ფსიქოზური სიმპტომები სუსტადაა გამოხატული დაქვეითებული გუნებ-განწყობის ან შფოთვის ფონზე, შეიძლება თავისებური სპეციფიკური მგრძნობელობით ვივარაუდოთ ფსიქოზის განვითარება. ცალკეული ადამიანებისათვის ე.წ. „გამწვავების ხელნერა“ ინდივიდუალურია. ამ დროს დროული ჩარევა და სიმპტომატიკის კუპირება მეტად მნიშვნელოვანია, რათა სრული ფსიქოზური ეპიზოდი არ განვითარდეს (Birchwood M., Spencer E. & McGovern D., 2000). თერაპევტი უნდა ეცადოს, პაციენტი კომპენსირებულ მდგომარეობაში დააბრუნოს. ამისათვის პაციენტის თერაპიულ პროცესში ჩართვა და მისი განათლებაა საჭირო. თერაპევტმა სავარჯიშოებით პაციენტისათვის ტიპური „გამწვავების ხელნერა“ უნდა გამოავლინოს და მოქმედების ზუსტი გეგმა შეიმუშაოს — ე.წ. „დაძლევის სტრატეგია“. ეს უკანასკნელი უნდა წარმართოს სამი მიმართულებით: პაციენტის მხარდაჭერა, დროული ფსიქიატრიული დახმარების განევა და პაციენტთან ერთად ინდივიდუალური დაძლევის სტრატეგიის შემუშავება. აუცილებელია „დაძლევის სტრატეგიის“ ყოველდღიური გამოყენება და მასზე მონიტორინგის წარმოება. შემდგომი მუშაობით თერაპევტმა მუდმივად უნდა გააშუქოს „გამწვავების ხელნერა“ და განაახლოს მისი „დაძლევის სტრატეგია“.

„გამწვავების ხელნერა“ ანუ გამწვავების ადრეული გამაფრთხილებელი ნიშნები — ესაა ზოგადი და სპეციფიკური „იდიოსინკრაზული სიმპტომები“, რომლებიც გარკვეული თანმიმდევრობით დროის განსაზღვრულ პერიოდში ვლინდება. თერაპევტმა პაციენტს გამწვავების ადრეული ნიშნების მაგალითი უნდა მოუყვანოს, აუხსნას მას, რომ ზოგად ნიშნებთან ერთად, ამ დროს პაციენტისთვის სპეციფიკური, იდიოსინკრაზული სიმპტომები ვლინდება, რომელთა ესკალაციას პაციენტი ფსიქოზის განვითარებამდე მიჰყავს. ამასთან, უნდა სთხოვოს პაციენტს, გაიხსენოს ყველა ნიშანდობლივი ცვლილება მის აზრებსა და გრძნობებში, შეგრძნებებსა და ქცევაში, რომელსაც ადგილი ჰქონდა მოცემულ ეპიზოდამდე.

სავარჯიშო „დროის საზი“ დროში წარმოდგენილ იმ მნიშვნელოვან მოვლენებს წარმოაჩენს, რაც უკანასკნელ გამწვავებას უძღოდა წინ. იგი შეიძლება მოიცავდეს მიმდინარე საქმიანობას, რაიმე განსაკუთრებულ შემთხვევას, ამინდს და ა.შ. ანუ ყოველივეს, რაც, პაციენტის აზრით, გამწვავებასთანაა დაკავშირებული. ხშირი გამწვავებების შემთხვევაში თერაპევტმა დაავადების პირველი გამოვლენიდან უნდა დაიწყოს და უკანასკნელ ეპიზოდამდე ყველა გამწვავება განიხილოს თანმიმდევრობით. უნდა გამოყოს სტრეს-ფაქტორები და გამწვავების ყველა წინმსწრები მოვლენა.

სავარჯიშო „ბარათების დახარისხება“ შემდეგში მდგომარეობს: თერაპევტმა უნდა აჩვენოს პაციენტს ბარათები, რომლებზეც გამწვავების წინმსწრები ნიშნების (EWS) მაგალითებია მოცემული და სთხოვოს, დააწყოს ისინი ისეთივე თან-

მიმდევრობით, როგორც თვითონ აქვს განცდილი. თერაპევტმა უნდა გამოიყენოს დროის ხაზი, რათა თვალსაჩინოდ დაანახოს პაციენტს გამწვავების დაწყება, განვითარება და გამოსავალი. თუკი პაციენტი ბარათების უმეტესობას გამოიყენებს, მაშინ თერაპევტმა ყველაზე ნაცნობი ბარათი უნდა ამოირჩიოს (ანუ ბარათი იმ ნიშნებით, რომელიც პაციენტს ყველაზე ხშირად უვითარდება). პაციენტთან ერთად თერაპევტმა უნდა შეაფასოს, რამდენად ტიპიურია ეს ნიშნები ცალკეული ფსიქოზური ეპიზოდისათვის.

გამწვავების დაძლევის სტრატეგია სამსაფეხურიანი მოქმედების გეგმით შეიძლება წარმოვადგინოთ: ადრეული, შუალედური და მოგვიანებითი. დაძლევის სტრატეგიაში გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის, მომვლელებისა და არსებული ფსიქიატრიული სამსახურების ძლიერი მხარეები. ინდივიდუალური დაძლევის სტრატეგია წარმატებულ სტრატეგიას წარმოადგენს, რომელიც პაციენტს ახლად შემუშავებული ან უკვე წარმატებით გამოყენებული აქვს. პროფესიული დახმარება (Service Intervention) მომსახურე სამედიცინო პერსონალთან მჭიდრო ურთიერთობას ითვალისწინებს — წამლის დოზის კონტროლს, სტრესის მართვას, ფსიქოთერაპიასა და ექიმთან ვიზიტს. საბოლოოდ, მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა იცოდეს, თუ ვის მიმართოს მხარდაჭერისათვის ამა თუ იმ პრობლემის გამო 24 საათის განმავლობაში, შაბათ-კვირის ჩათვლით. ძალზედ მნიშვნელოვანია დაძლევის სტრატეგიის პაციენტისათვის რეგულარული გამოცდები და მისი მონიტორინგი. პაციენტიც და მისი მომვლელებიც ჩართულები უნდა იყვნენ დაძლევის სტრატეგიის შემუშავებაში. ფსიქიკური სტატუსის შეფასება პაციენტის, მისი მომვლელებისა და პროფესიონალების მიერ არ უნდა იყოს გაზვიადებული. მნიშვნელოვანია ე.წ.

„კლარიფიკაცია“, ანუ მუდმივი მუშაობა — დახვეწა და განახლება, რათა, საჭიროების შემთხვევაში კვლავ გადამოწმდეს გამწვავება და დაძლევის სტრატეგია. მაქს ბირჩვუდის (Birchwood M. 1995) მიხედვით, ფსიქიკური გამწვავების კოგნიტიური კონცეფცია ასეთია: აღქმა, ყურადღება, ინფორმაციის დამუშავება და სხვა ცვლილებები ფსიქიკაში პაციენტში შიშის, დემორალიზაციისა და დაბნეულობის განცდას იწვევს. ამის საპასუხოდ ადამიანი ცდილობს, ამ სიმპტომებს ახსნა მოუძებნოს: „ისევ გამიმწვავდა მდგომარეობა“, „ვერ ვაკონტროლებ ჩემს თავს“, „ცხოვრებას საავადმყოფოში დავასრულებ“. მსგავსი აზრები იწვევენ იმ ემოციურ და ქცევით ცვლილებებს, რაც გამწვავების სანყის ეტაპისთვისაა დამახასიათებელი. ასეთმა ახსნამ, შესაძლოა, შფოთვა, აჟიტაცია, დემორალიზება და არაადაპტაციური თავდაცვითი ქცევა გამოიწვიოს, მაგალითად, ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება. ასეთი მიდგომა აჩქარებს გამწვავების სრული კლინიკური სურათის გაშლას. ამ დროს მნიშვნელოვანია, შეფასდეს პიროვნების შეხედულება, მისი დამოკიდებულება თავისი მდგომარეობის მიმართ „ავადმყოფობის შესახებ რწმენა-შეხედულების კითხვარის“ საშუალებით. ექსტრენალური ატრიბუციის პროცესი მაგ., პაციენტის სიტყვები — „ხალხი თავს მამებურებს“ — შეიძლება პაციენტის მზარდი გოლიზიანებით, ეჭვიანობითა და პარანოიითაც კი აიხსნას (იხ. ნახ. 29).

გუმლეის მიხედვით (Gumley L. et al 2003), უნდა განისაზღვროს გამწვავების რისკ ფაქტორები, პაციენტის დამოკიდებულება ავადმყოფობის მიმართ: ნეგატიური აზრები დამცირებასა და დანაკლისზე, დაბალი თვითშეფასება, მისი ქცევითი თავისებურებები და სხვა თავდაცვითი ქცევები. ამ დროს თერაპევტის ინტერვენცია ნეგატიური აზრების სრულფასოვნად გამოვლენას და დაბალანსებას გულისხმობს, რისთვისაც თერაპევტმა არარეალური მოსაზრებების საპირისპიროდ, კონკრეტული პრაქტიკული მეთოდი უნდა გამოიყენოს „დაძლევის სტრატეგიიდან“.

კოგნიტურ — ბიპევიორული თერაპიის პრაქტიკული საკითხები

ფსიქოზების დროს კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის ეფექტურობის დასადაგნად სამ მნიშვნელოვან კვლევას შეიძლება დავეყრდნოთ: კუპერსი და სხვ. (Kuipers E. et al. 1997, 1998), ტარიერი ნ. (Tarrier N. et al., 1998, 1999) და სენსკი და სხვ. (Sensky et al. 2000). კუპერსის მიხედვით ჩატარდა სტანდარტული მკურნალობის ეფექტურობის და კბთ - ს შედარებითი ანალიზი. იმ პაციენტებში, რომელთაც უტარდებოდათ კბთ 18 თვის შემდეგ, BPSRS-ის მონაცემები მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებული იყო მეორე ჯგუფთან შედარებით. ტარიერის და სხვ. კვლევებმა გვიჩვენა, რომ კბთ სტრესის დაძლევის მეთოდზე და სტანდარტულ მკურნალობაზე გაცილებით უფრო ეფექტურია, განსაკუთრებით, ბოლევითი იდეების დროს. კბთ-ს დადებითი შედეგი ხანგრძლივად ნარჩუნდება. სენსკის და სხვ.: კვლევის დროს, სტანდარტული მკურნალობის მქონე ერთი ჯგუფი პაციენტთა იმ ჯგუფს შედარდა, რომელსაც კბთ უტარდებოდა. ორივე ჯგუფში მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მაგრამ 18 თვის შემდეგ განმეორებითმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ კბთ ჯგუფში გაცილებით უკეთესი შედეგი შენარჩუნდა.

Bouchard et al-ის (1996) თანახმად, კბთ ეფექტურია ბოლევითი იდეების დროს . ეფექტურობის დამადასტურებელი ფაქტები შესწავლილია Jones L. et al-ისა (1998) და Dickerson I.M (2000) მიერ. Pilling S. et al. (2002) – კბთ დაავადების გამოსავალს ფსიქოზების კვლევების მეტა-ანალიზით აუმჯობესებს.

მთელმა რიგმა კვლევებმა გვიჩვენა, რომ კბთ ეფექტურია შემდეგ შემთხვევებში: 1) რეზისტენტული პოზიტიური სიმპტომატიკის (Tarrier N. et al, 1993, 1998, 1999; Pinto et al, 1999; Kuipers E et al, 1997, 1998; Jakes et al, 1999; Sensky et al, 2000; Rector et al, 2003; Durham et al, 2003; Startup et al, 2004; Valmaggia et al, 2004); 2) მწვავე ფსიქოზების (Drury et al, 1996a, 1996b, 2000); 3) ფსიქოზის პირველი და მეორე ეპიზოდის (Haddock et al, 1999; Lewis et al, 2002; Jolley et al, 2003; Lecomte et al, 2003); 4) ფსიქოზის განვითარების საშიშროების (ე.წ. რისკჯგუფი) (McGorry et al, 2002; Morrison A. P. et al, 2004); 5) ორმაგი დიაგნოზის დროს (Barrowclough et al, 2001; Haddock G. et al, 2004); 6) ზოგიერთ შემთხვევაში, სასამართლო ფსიქიატრიის სფეროში (Haddock G. et al, in prep).

კბთ აგრეთვე გამოიყენება: შიზოფრენიის ნეგატიური სიმპტომების დროს (Sensky et al, 2000; Rector N.A. et al, 2003; Johns L. et al, 2002); დეპრესიის სამკურნალოდ (Sensky et al, 2000; Rector N.A. et al, 2003; Kuipers E. et al, 1997); სოციალური ფუნქციონირების გასაუმჯობესებლად (Rector N.A et al, 2003; Startup et al, 2004); გამწვავების თავიდან ასაცილებლად (Barrowclough C. et al, 2001; Gumley L. E et al, 2003); თვითშეფასების გასაუმჯობესებლად (Turkington D. et al, 2002) და მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე პათოლოგიური დამოკიდებულების შემთხვევაში (Kemp et al, 1996).

კონკრეტული მონაცემთა ბაზის მიხედვით: კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია იმედისმომცემი ფსიქოთერაპიული მეთოდია, რომლის ეფექტურობა ჯერ კიდევ კვლევის საგანია და ბოლომდე არ არის შესწავლილი. არსებული მასალა შიზოფრენიისა და სხვა ფსიქოზების დროს კბთ-ს გამოყენების მნიშვნელობის შესახებ ჯერჯერობით არ არის ერთაზროვანი. საჭიროა გაგრძელებს კვლევები, რომლებსაც ექნებათ კლინიკური მნიშვნელობა და ხელს შეუწყობს ამ მეთოდის ფართოდ დანერგვას.

მთელ რიგ კვლევებზე დაყრდნობით, კბთ ეფექტურია პოზიტიური რეზიდუ-
ალური და რეზისტენტული სიმპტომატიკის დროს. იგი უფრო ეფექტურია ბოღვით
იდებების, ვიდრე პალუცინაციების შემთხვევაში. ამასთან უმჯობესია ხანგრძლივი
ინტერვენცია (არანაკლებ 10 სესიისა, ექვსი ან მეტი თვის განმავლობაში). ძალზედ
მნიშვნელოვანია, რომ თერაპიის დასრულების შემდეგაც გრძელდება გაუმჯობესება
(Kuipers E., Tarrier N., Drury., Kemp.), ამიტომ კბთ-ს მოგვიანებითი ეფექტიც
გააჩნია (Pilling et al 2002).

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის დადებითი ეფექტი განპირობებულია: ა) ბოღვით იდებებთან დაკავშირებით პაციენტის კოგნიტური ფლექსიბილობით, ანუ პლასტიურობით, მოქნილობით (პაციენტის შეფასება – „შესაძლოა, ვცდები“ (Garety P. et al 1997); ბ) აუცილებლობის შემთხვევაში, სოციალური შედეგების სწორი შეფასება და პოსპიტალიზაცია (Garety P. et al 1997); გ) კარგი თერაპიული ალიანსი (Bentall R. et al 2003); დ) თერაპევტის გამოცდილება (Wykes et al 2003). ამასთანავე, არ აქვს მნიშვნელობა პაციენტის სქესს, ასაკს, დაავადების სიმწვავესა და ხანგრძლიობას (Garety P., Turkington V.). აგრეთვე – IQ-სა და კოგნიტური დეფიციტის ხარისხს (Garety P. et al 1997). კბთ-ს კვლევებთან დაკავშირებით კვლავ სადავოა ის, რომ კბთ დისტრესის სანინალმდეგოდ მიმართული და არა - შიზოფრენიის სამკურნალოდ. კბთ—ს, როგორც ეფექტური ფსიქოთერაპიული მეთოდი, შეფასებისას აუცილებელია შემდეგი კრიტერიუმების გათვალისწინება: ეს არის დისტრესზე და არა შიზოფრენიის ეთიოპათოგენეზზე მიმართული მკურნალობა; მკურნალობის შედეგი განისაზღვრება ფსიქოზური სიმპტომების დინამიკის შეფასებით; უნდა გამოირიცხოს ფარმაკოთერაპიული ეფექტი და მკვლელობის სუბიექტური ფაქტორი. აუცილებლად გასათვალისწინებელია კბთ — ს ჩატარების ხარისხი და ის სირთულეები, რომლებიც თან ახლავს ამ მეთოდის დანერგვასა და ჩატარებას სტაციონარისა და ამბულატორიის პირობებში.

კბთ-ს პრიორიტეტული მიზნებია: პაციენტების პოსპიტალიზაციის მინიმუმამდე დაყვანა, ნაკლები დამოკიდებულება ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე, დაავადების სიმპტომების ზეგავლენის, დისტრესის შემცირება და პაციენტის კეთილდღეობა.

კბთ-ს მონიტორინგისას ითვალისწინებენ სეანსების შინაარსს და სიხშირეს, ე.წ. თერაპიულ აქტივობას. თერაპევტის კომპეტენტურობისა და კბთ-ს ხარისხის შესაფასებლად იყენებენ კოგნიტური თერაპიის სკალას ფსიქოზებისთვის – (CTS-Psy) ეს სკალა შეიცავს ზოგადი უნარ-ჩვევების და ტექნიკური უნარების ხუთ ქვესკალას. თითო უნარი ფასდება 0 – 6 ქულით. მაღალი მაჩვენებელი გვიჩვენებს უკეთეს შედეგს. მაქსიმალური მაჩვენებელია 60. ეს სკალა გამოიყენება აუდიოჩანაწერით სეანსის შეფასებისთვის.

მკურნალობის ეფექტური წარმართვისთვის აუცილებელია სუპერვიზია. სამუშაო შეკრება ტარდება ყოველ კვირას ან ორ კვირაში ერთხელ 1-1,5 საათით და განიხილება კბთ — ს კონკრეტული შემთხვევები. ამ დროს დისკუსიის საგანია შემთხვევის ფორმულირება, მკურნალობის სტრატეგია და ამ შემთხვევის სპეციფიკური სირთულეები. ეფექტური მუშაობისათვის საჭიროა შემუშავდეს შემთხვევების წარდგენის გრაფიკი; სასურველია აუდიო- ან ვიდეო-ჩანაწერების გამოყენებაც. შეფასება და შედეგების განხილვა უნდა მოხდეს CTS-Psy - ის გამოყენებით.



ნანილი V

დანართი სამუშაო ფორმებისათვის

ფორმა №1

ჩემი პრობლემები

გარემოს ცვლილებები/ცხოვრებისეული სიტუაციები (სექსუალური ძალადობა, ლოთი ქმარი, უფროსის შენიშვნები; მამის სიკვდილი, სამსახურში დანიშნულება, ფხიზელი ცხოვრების სამი წელი; მთელი ცხოვრების განმელობაში ზეწოლა მშობლების მხრიდან, რათა საუკეთესო ყოფილიყო)

სომატური რეაქციები (დაღლილობა, ცივი ოფლი, გულისცემის გაძლიერება, სუნთქვის გაძნელება, პერიოდული ინსომნია, დისკომფორტი საჭმლის მომნელებელი სისტემიდან)

გუნება-განწყობა (დეპრესია, შიში, პანიკა, ნერვიულობა, ფრუსტრაცია):

ქცევა (შრომის უნარის დაქვეითება, თვითიზოლაცია, თვალცრელიანობა, სუიციდური მცდელობა; „გულის შეტევა მაქვს, საშინელება დამემართება, თუ გავაფრინე“; თავშეუკავებლობა ალკოჰოლის მიმართ; პერფექციონიზმი – მცდელობა აკეთოს ყველაფერი „ხუთიანზე“):

აზრები (ცუდი ვარ, უვარგისი ვარ, კარგად არასდროს გავხდები, „უიმედო“ ვარ; საშინელება დამემართება, თუკი თვითმფრინავში ჩავჯდები; უვარგისი ვარ, ცუდი ვარ, „ჩაფლავდები“, საშინელება დამემართება):

განცდის განმარტების ფორმა

გარკვეული განცდა (A: ხმა)	
განცდების ამჟამინდელი ახსნა-განმარტება (B); რწმენის შეფასება (%-ში)	
ამ რწმენასთან დაკავშირებული (ასოცირებული) გუნებ-განწყობა(Ce)	

სასარგებლო იქნება, თუკი გადავხედავთ ამ განცდის ყველა შესაძლო განმარტებას. გასაგებია, რომ თქვენ მიერ ზემოთ განსაზღვრული რწმენა თქვენი განცდის ძირითად მიზეზად მიგაჩნიათ. მიუხედავად ამისა, თუკი არსებობს რაიმე შესაძლო ალტერნატივა, კმაყოფილი ვიქნები, მოვისმინო და გავიგო ის.

განცდების (A: ხმის) განმარტება (B);	რწმენის შეფასება (0-100) 0=ეს არ არის ჩემი გაცდის მიზეზი; 100=ზუსტად ეს არის ჩემი განცდის მიზეზი.	ასოცირებული გუნებ-განწყობა (Ce)

არგუმენტები და კონტრარგუმენტები

შესაფასებელი რწმენა-შეხედულება ასოცირებული გუნებ-განწყობა რწმენის ხელახალი შეფასება	
არგუმენტები	კონტრარგუმენტები
რწმენა-შეხედულების (ხელახალი) შეფასება ალტერნატიული რწმენა-შეხედულება ასოცირებული გუნებ-განწყობა	

ავტომატურ აზრებთან შეკამათება

აზრების გაცნობიერება

- *მიატყიეთ ყურადღება, როდის გეწყებათ უარყოფითი გრძნობები (შფოთვა, დეპრესია, ბრალეულობის განცდა, გაბრაზება...)*

- *ზუსტად განსაზღვრეთ, თუ რა გაიფიქრეთ მოცემულ მომენტში. კერძოდ, რა აზრები გაქვთ ამ დროს? თუ სიტყვებია, ჩამოწერეთ ისინი, სიტყვა-სიტყვით. თუ რაიმე ხატებია ცნობიერებაში, მოკლედ აღწერეთ ისინი.*

შეკამათება აზრებთან: ძირითადი კითხვები, რომლებიც უნდა დაუსვათ საკუთარ თავს

- *დამამტკიცებელი არგუმენტი. რა დამამტკიცებელი არგუმენტები (ფაქტები, არა გრძნობები) გაქვთ თქვენი აზრების დასადასტურებლად? რა დამამტკიცებელი აგრუმენტები არსებობს მათ სანინალმდეგოდ? რომელი გადანონის? რას იტყოდა სამართლიანი ჟიური?*

- *ალტერნატივები. თქვენი აზრები მოცემული სიტუაციის ხედვის ერთ-ერთი ვარიანტია? კიდევ სხვა რა სახის ხედვა შეიძლება არსებობდეს? რას შეიძლება ფიქრობდეს სხვა პიროვნება მოცემულ სიტუაციაზე? რას იტყოდით, თუ თქვენი მეგობარი მოგმართავდათ იგივე ჩივილით? რას იფიქრებდით სხვა დროს მოცემულ სიტუაციაზე, როცა აღელვებული არ იქნებოდით?*

- *აზროვნების შეცდომები. რა შეცდომებს უშვებთ აზროვნების პროცესში? მაგალითად, ახდენთ უკიდურეს განზოგადებას? ხომ არ აზროვნებთ ან შავ-თეთრ ფერებით, ან – სულ ან არაფრის პრინციპით? ან იქნებ, ხაზს უსვამთ მხოლოდ უარყოფითს, ხოლო ყოველგვარ დადებითს კი იგნორირებას უკეთებთ?*

- *არგუმენტები და კონტრარგუმენტები. დაფიქრდით, რა შედეგი მოაქვთ ამგვარ აზრებს? ეს აზრები, თქვენ ან სხვებს რამენაირად გეხმარებათ? თუ ისინი თქვენში უბედურების განცდას იწვევენ და ნაკლებად შესწევთ უნარი სხვებსაც დაეხმარონ?*

დასკვნები

მას შემდეგ, რაც გადახედავთ საკუთარ აზრებს, როგორი იქნება თქვენი რაციონალური დასკვნა?

- *თქვენი ავტომატური აზრები სწორი და სასარგებლო იყო თუ არა?*
- *თუ არა, მაშინ რა არგუმენტები არსებობს მათ სანინალმდეგოდ?*
- *მოცემულ სიტუაციაში, რომელი ალტერნატიული თვალსაზრისი იქნებოდა უფრო გონივრული, სასარგებლო და ფაქტებთან მიახლოებული?*

მოქმედების გეგმა

რა სახის საქმიანობა შეგიძლიათ განახორციელოთ, რათა შემდგომში ცვლილებებს პქონდეს ადგილი?

- *რისი გაკეთება შეგიძლიათ, რათა შეცვლოთ ის სიტუაცია, რომელიც აქამდე გალელვებდათ?*

- *იმ შემთხვევაში, თუ – არა, რა შეგიძლიათ გააკეთოთ, რათა შეცვალოთ შემდგომში საკუთარი აზრები და ქცევა? რას მოიმოქმედებთ უარყოფითი აზრების წინააღმდეგ? როგორ შეგიძლიათ განსხვავებულად იმოქმედოთ?*

ავტომატური აზრების ჩანაწერი (რეგისტრაცია)

სიტუაცია/მოვლენა:

შფოთის მომგვრელი
(პარანოიდული) აზრი

მოცემულ მომენტში:

რწმენა-შეხედულება: _____%; შფოთვა: _____%

ამჟამად რამდენად გაქვთ შფოთვა და გჯერათ (პარანოიდული) აზრის
მართებულობის _____%

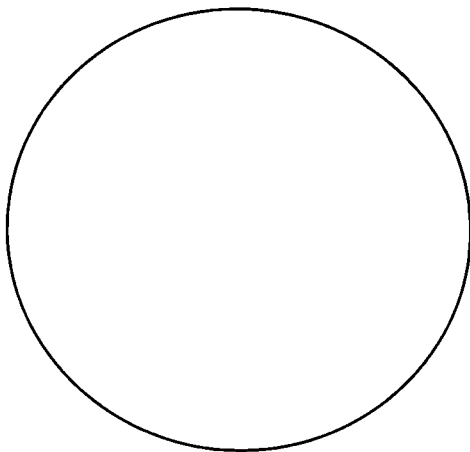
ეხლა რამდენად გაქვთ შფოთვა? _____%

როგორ ფიქრობთ, ეს ნამდვილად მოხდა თუ მხოლოდ თქვენი აზრი იყო?

არსებობს სხვა, უკეთესი ახსნა ამ სიტუაციისათვის?

შფოთის ან პარანოიდული აზრის განმამტკიცებელი არგუმენტები	არგუმენტები, რომლებიც ეწინააღმდე- გებოდან შფოთვას ან პარანოიდულ აზრს

სექტორული დიაგრამა



სიტუაცია/მოვლენა:

ექიმი არასწორ დანიშნულებას მაძლევს

შფოთვის მომგვრელი
(პარანოიდული) აზრი

ექიმი ამას განზრახ აკეთებს, ვინაიდან აღარ
სურს ჩემი მკურნალობა.

მოცემულ მომენტში:

რწმენა-შეხედულება _65%; შფოთვა:_ 65%

არსებობს სხვა ფაქტორები, რომლითაც შესაძლოა კონკრეტული მოვლენის ახსნა?

ჩანერეთ ისინი ისე, რომ თქვენი პირველადი (საწყისი) ახსნა ბოლოში მოიტოვოთ:

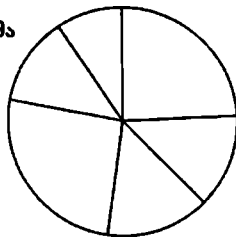
1. მას უამრავი პაციენტი ჰყავს, ამიტომ შეცდომა იოლად შეიძლება დაუშვას.
2. მე ბევრ აბებს მინიშნავენ, ამიტომ შესაძლოა ამან დააბნიოს.
3. უკანასკნელი წლების მანძილზე ჩემი მედიკამენტოზური მკურნალობა მიმდინარეობდა ხან წარმატებით, ხან – წარუმატებლად, რის გამოც ექიმის

დანიშნულება არასწორად მეჩვენება.

4. თუკი ექიმს სურს თავიდან მოგიშოროს, ამას ვერ გააკეთებს წამლების არასწორი დანიშნით.
5. ექიმები პაციენტებთან ერთად არ განიხილავენ პრობლემებს, ამიტომ მათ შეცდომები მოსდით.
6. ექიმი ამას განზრახ აკეთებს, ვინაიდან აღარ სურს ჩემი მკურნალობა.

სექტორული დიაგრამა

პროცენტულად (100%-დან)
შეაფასეთ ყოველი განმარტება
(დანეყებული პირველი ნომრიდან)
რამდენად აიხსნება იმ კონკრეტული
ფაქტორით.



1 = 30%; 2 = 15%; 3 = 10%; 4 = 15%; 5 = 20%; 6 = 10%

ფორმა №4

აქტიურობის ხარისხის გაუმჯობესება

საქმიანობა	სირთულის ხარისხი შესრულებამდე (0-100)	სიამოვნების ხარისხი შესრულებამდე (0-100)	სირთულის ხარისხი შესრულების შემდეგ (0-100)	სიამოვნების ხარისხი შესრულების შემდეგ (0-100)
ბიბლიოთეკაში ნასვლა	80	20	60	50
საუზმის მომზადება	45	60	20	85

რეციდივის პრევენციის ფურცელი

სახელი და გვარი:

თარიღი:

რეციდივის მაჩვენებლები

- იმის გამო, რომ არ მქონდა რაიმეს გაკეთების საკმარისი დრო, სტრესის განცდა დამეუფლა;
- სხვა ადამიანებისა და საკუთარი პრობლემების თაობაზე ნუხილი;
- ინტერესის დაკარგვა საკუთარი გარეგნობის, სახლში საქმიანობის მიმართ;
- უძილობა;
- სახლიდან გასვლის სურვილის დაკარგვა;
- ცრურწმენასთან დაკავშირებული განცდები;
- ფიქრი იმის შესახებ, რომ ადამიანები ჩემს წინააღმდეგ არიან;
- „ხმების“ არსებობა;
- ტელევიზორიდან რაიმე 'შეტყობინებების' მიღება;
- ფიქრი იმის შესახებ, რომ ადამიანები შეთქმულებას აწყობენ მოკვლის მიზნით.

შემთხვევის წამყვანი:

დანიშნული ნაშლები:

კონტაქტები მხმარდაძეურ პირთან:

ტრიგერები:

რეციდივის პროფილაქტიკა

I საფეხური: კონტაქტი შემთხვევის წამყვანთან;

მეტი დრო დაუთმე საკუთარ თავს;

მიიღე აბაზანა, ადრე დანეჭი დასაძინებლად;

ილაპარაკე გრძნობების შესახებ.

II საფეხური: დაუკავშირდი შემთხვევის წამყვანს და სახლიდან მასთან ერთად გადი გარეთ;

რელაქსაცია და სტრესის მართვის სხვა ტექნიკები;

„ხმებისა“ და რეალობის ტესტირება.

III საფეხური: დაუკავშირდი ექიმს;

შეთანხმდით ნაშლების დოზების გაზრდაზე;

იარე დღის სტაციონარში.

კონტაქტის საათები: ორშაბათი-პარასკევი (9.00-17.00) ტელეფონი:

საქმიანობის განრიგი

სიამოვნებისა (P) და შედეგის (A) შეფასება 10-ქულიანი სისტემით

დრო (სთ.-ში)	ორშაბათი	სამშაბათი	ოთხშაბათი	ხუთშაბათი	პარასკევი	შაბათი	კვირა
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
22 - 24							

ქცევითი/ბიპევიორული ექსპერიმენტი

თარიღი: _____

თქვენთვის საშიში სიტუაცია:

როგორ ფიქრობთ, რა მოხდება, თუ ამ სიტუაციაში მოხვდებით?

რამდენად ხართ ამაში დარწმუნებული? _____%

როგორ შეამონმებდით დარწმუნების ამ ხარისხს?

რა შეგიშლით ხელს?

როგორ შეგიძლიათ, თავი აარიდოთ ამას?

ექსპერიმენტი: რა გააკეთეთ?

მერე რა მოხდა?

თქვენი მოლოდინი გამართლდა?

რა ისწავლე ამით?

ხმების არსებობის მიზეზები

ახსნა - განმარტება	რწმენა-შუბიძულების შეფასება (0-100%)	არგუმენტები	კონტრარგუმენტები	რწმენა-შუბიძულების სეულასალი შეფასება

მოდულიზებული აზრების ყოველდღიური ჩანაწერი

რას აქეთუბდით, რაცა სხვა გაიგონეთ?	0-100 ქულიან სკალაზე როგორია თქვენი შფოთის ან ცუდად ყოფნის ხარისხი?	რა თქვა სხვა?	რა არგუმენტია, რომელიც ადასტურებს ხმის ნათქვამს?	ზმის ნათქვამი 100%-იანი სიმართლეა? ჩანერეთ ნებისმიერი ფაქტი, რომელიც არ შეესაბამება ხმის ნათქვამს (კონტრარგუმენტი). მაგ. უთქვამს კონტრასტს, მეგობარს, ოჯახის წევრს, თერაპევტს, ისეთი რაიმე, რომელიც არ ეთანხმება ხმის ნათქვამს?	არგუმენტების და კონტრარგუმენტების გადახედვის შემდეგ, რას ფიქრობთ, ხმის ნათქვამი მართალია? თუ - არა, ჩაინერეთ სხვა შეფასება, რომელიც ზედმინერეთ ხმის ფაქტებს.	0-100 ქულიან სკალაზე როგორია თქვენი შფოთის ან ცუდად ყოფნის ხარისხი? ამის შეფასებისას ნაკლებად გრძნობ შფოთვას?

ABC მოდელი

თარიღი	აღწერეთ სიტუაცია: 1. ამგებინდელი მოუღონა, რომელსაც მოეყვარით უსამომუნო ემოციებიან	ემოციები 1. სევდა/შფოთვა/სიბრაზე და სხვ. 2. რამდენად ძლიერია მოცემული ემოცია (1-100%)?	აზრები: 1. ჩანერეთ ის აზრები, რომლებიც მოგვით თაგში. როცა ადგილი აქვს მოცემულ მოუღონას; 2. რამდენად ძლიერად ხართ დაჯერებული მოცემულ აზრში (0-100%)?

აღწერა სიტუაცია:	ემოციების	ავტომატური აზრები:	რაციონალური რეაქცია	შედეგები
1. აქტიური სიტუაციის მიყვარებული უსიამოვნო ემოციასთან, ან 2. ფიქრების, ოცნებების, მოგონებების წაკადს მიყვარებული უსიამოვნო ემოციასთან	1. დააკონკრეტეთ ემოცია: სევდა/შფოთვა/სიბრაზე და ა.შ. 2. მოახდინეთ ემოციის ხარისხის რანჟირება (1-100)	1. დაწერეთ ავტომატური აზრები, რომლებიც წინ უსწრებენ ემოციას 2. მოახდინეთ რანჟირება თქვენი დარწმუნების ხარისხისა (0-100%) ავტომატური აზრების მიმართ	1. დაწერეთ რაციონალური რეაქცია ავტომატური აზრების მიმართ 2. მოახდინეთ თქვენი დარწმუნების ხარისხის რანჟირება (0-100%) შეფასება რაციონალური რეაქციის მიმართ	1. ხელახლა მოახდინეთ რანჟირება ავტომატური აზრებისა (0-100%) 2. მოახდინეთ ამ აზრების თანამდევ ემოციების დაკონკრეტება და მათი ხარისხის რანჟირება (0-100%)

ასეა: როდესაც განიცდით უსიამოვნო ემოციას, ყურადღება მიაქციეთ იმ სიტუაციას, რომელიც, თქვენი აზრით, მოცემული ემოცია იწვევს (თუ მოცემულ ემოციას ადგილი ჰქონდა მაშინ, როდესაც თქვენ ფიქრობდით, ოცნებობდით და ა.შ., თუ შეიძლება, ეს აღნიშნეთ). ამის შემდეგ აღნიშნეთ ის ავტომატური აზრები, რომლებიც დაკავშირებულია მოცემულ ემოციასთან. განსაზღვრეთ თქვენი დარწმუნების ხარისხი ამ აზრების მიმართ: 0% = სრულყოფილი არ ვარ დარწმუნებული; 100% = აბსოლუტურად ვარ დარწმუნებული. ემოციის ხარისხის რანჟირებისთვის გამოიყენეთ შემდეგი კრიტერიუმი: 1 = უმნიშვნელო ხარისხი; 100 = ყველაზე უფრო ინტენსიური.

ექსპერიმენტის ფურცელი					
შესამოწმებული აზრი:					
აზრებში დარწმუნება: (0-100%) ექსპერიმენტის შემდეგ:					
აზრების შესამოწმებელი ექსპერიმენტი	შესაძლო პრიობლეზები	პრიობლეზის გადაჭრის სტრატეგიები	მოსალოდნელი გამოსავალი	რეალური გამოსავალი	ალტერნატიული აზრები

სოციალური ფობია ინფორმაციის შეგროვება ფორმულირებისათვის

ნეგატიური ავტომატური აზრები

საჭიროა, ნეგატიური ავტომატური აზრების გამოვლენა (NAT'S), რომელიც პაციენტისთვის საშიშ სიტუაციებში ან მათი მოლოდინისას აღმოცენდება. „რა ნეგატიური აზრები მოგდით თავში, როცა ასეთ სიტუაციაში ხვდებით?“ – ამ ზოგადი კითხვის დასმის შემდეგ კარგი იქნება, თუკი შეკითხვებს დავსვავთ შფოთვის ან სხვა სიმპტომების აღმოცენების ზუსტი დროის დასადგენად: „როცა შეიგრძენით, რომ წამოხურდით, იმ მომენტში რა აზრებმა გაგიელვათ თავში?“ ამით ინტერვიუს ფოკუსირებას მოახდენთ შესაბამის ავტომატურ აზრებზე. ამასთანავე საჭიროა განისაზღვროს ავტომატური აზრებისა და სიმპტომების მნიშვნელობა და შედეგი: (1) პაციენტის აზრით, რა მნიშვნელობას ანიჭებენ სხვა ადამიანები მის სიმპტომებს; (2) დაადგინეთ, როგორია სიმპტომის მნიშვნელობის პაციენტისეული შეფასება. ნეგატიური აზრების ან სიმპტომების მნიშვნელობის ან შედეგის (მაგ., „იფიქრებენ, რომ მოსაწყენი ვარ“, „იფიქრებენ, რომ უცნაური ვარ“) რეაქტიუბუცია თერაპიის ფოკუსს უნდა წარმოადგენდეს.

ფობიკური სიმპტომები

ისინი შესაძლებელია დავყოთ სომატურ და კოგნიტურ რეაქციებად. სოციალური ფობიის დროს ყველაზე პრობლემატურია ის სიმპტომები, რომლებსაც სხვებიც ამჩნევენ მაგ.: განითლება, აკანკალება, გაოფლიანება, ენის დაბორკვა, წამოძახება, კუნთების სპაზმი, დაბნეულობა. ესაუბრეთ პაციენტს შფოთვითი სიმპტომების ბუნებისა და მათი შეფასების შესახებ; შეეკითხეთ:

- რა სიმპტომები განუხებთ ყველაზე მეტად?
- გარკვეულ სიტუაციაში, როდესაც იგრძენით შფოთვა, რომელი სიმპტომები შეამჩნიეთ?
- როგორ ფიქრობთ, რამდენად შესამჩნევია ეს სიმპტომები?
- თუკი თქვენი სიმპტომები ირგვლივმოყვებმა შეამჩნიეს, რა მნიშვნელობა ექნება ამას თქვენთვის?

თავის თავზე მუშაობის პროცედურის შინაარსი

შეეკითხეთ პაციენტს, რა მომენტში იგრძნო თავი ძალიან უხერხულად და რას გრძნობდა ამ დროს:

- როცა ძალიან უხერხულად იყავით, განსაკუთრებით რისი გერიდებოდით?
- თქვენი პიროვნების თავისებურება იყო წამყვანი იმ მომენტში?
- წარმოგიდგენიათ, ამ სიტუაციაში როგორ გამოიყურებოდით?

ხშირად შფოთვის სიმპტომების ფოკუსი სიმორცხვეა.

- როცა შფოთვა შეიგრძენით, რა სიმპტომი იყო წამყვანი ყველაზე მეტად?
- წარმოგიდგენიათ, თუ რამდენად თვალსაჩინოა თქვენი სიმპტომები სხვებისთვის?
- რას ფიქრობთ, როგორ გამოიყურებოდით ამ დროს?
- იმ მომენტში რომ იქ ვყოფილიყავი, რას დავინახავდი?

თავის თავზე მუშაობის შინაარსის გაგება ასევე შესაძლებელია დაცვითი ქცევების შეფასებით, განსაკუთრებით, როცა სახეზეა სიმპტომების ან ქცევების დამალვის მცდელობა.

- როცა თქვენი სიმპტომის დამალვას ცდილობთ, როგორ წარმოგიდგენიათ, ირგვლიმყოფებისთვის როგორ გამოიყურებით?
- როცა შიშს გრძნობთ და არ მიმართავთ დაცვით ქცევას, მაშინ როგორ გამოიყურებით სხვის თვალში?

დააზუსტეთ, როგორია პაციენტის მიერ საკუთარი თავის ხატის შეფასება.

ჩვეულებრივ ის დამკვირვებლის პერსპექტივიდან წარმოსახება. შეეკითხეთ:

- გაქვთ იმის წარმოდგენა, თუ როგორ გამოიყურებით რაღაც სიტუციაში? შეგიძლიათ აღწეროთ?

შეგიძლიათ, წარმოსახოთ საკუთარი თავი რაღაც მომენტში? აღწერეთ, რას ხედავთ.

დაცვითი ქცევა

ეს შესაძლებელია იყოს ხილული (დაკვირვებადი ქცევა) ან ფარული (მაგ., მეტყველების დანყებადმე გონებაში წინადადებების მრავალჯერადი გამეორება). დაუსვით შემდეგი შეკითხვები:

- როდესაც გაიფიქრეთ, რომ (საშიში მოვლენა) ხდებოდა, რაიმე გააკეთეთ მის თავიდან ასაცილებლად?
- თუ თქვენ (დაცვითი ქცევა) არ გაგიკეთებიათ, რატომ იყავით დარწმუნებული, რომ (საშიში მოვლენა) მოხდებოდა?
- კიდევ თუ აკეთებთ რაიმეს თქვენი სიმპტომების გასაკონტროლებლად/ქცევის გასაუმჯობესებლად/პრობლემის დასაფარავად?
- აკეთებთ თუ არა რაიმეს, რათა აირიდოთ ყურადღება თქვენს მიმართ?
- რა შედეგი მოაქვს თქვენს მიერ გამოყენებულ დაცვით ქცევას?
- რა გავლენას ახდენს თქვენს თვითცნობიერებაზე?
- როგორ აისახება თქვენს ქცევაზე?
- როგორი შედეგი აქვს იმაზე, თუ რამდენად სასიამოვნოდ/თვალში საცემად გამოიყურებით?

პასუხი ნეგატიურ აზრებს

ნეგატიური აზრი: „მე მას არ მოვწონვარ“

- შეკითხვა: - რის საფუძველზე ასკენით ამას?
- რა არის ამაში ასეთი ცუდი?
 - რა არის ამის კონტრარგუმენტი?
 - შესაძლებელია, რომ ყველასთვის მოსაწონი იყოთ? (რატომ „არა“?)
 - რას ნიშნავს, თუ ვინმეს არ მოვწონვარ, ე.ი...?
 - თუკი ერთს მოვწონვარ და მეორეს არა, სწორი რომელია?

რაციონალური

- პასუხები - „ყველას მოსაწონი ვერ ვიქნები.“
- „თუკი ვინმეს არ მოვწონვარ, ჩემი ბრალი არ არის.“
 - „მე გულთმისანი არა ვარ, რომ ვიცოდე, ჩემზე ვინ რას ფიქრობს?“

ნეგატიური აზრი: „ის ფიქრობს, რომ მოსაწყენი ადამიანი ვარ“

- შეკითხვები:**
- რა არის ამის არგუმენტი?
 - ეს რას უნდა ნიშნავდეს?
 - ჩემი აზრები ფაქტებს ეყრდნობა, თუ „გულთმისნობას“ ?
 - თუკი ერთი ფიქრობს, რომ მოსაწყენი ვარ, მეორე კი არ ფიქრობს ამგვარად, ვინ არის მართალი?
 - თუკი ვინმე ფიქრობს, რომ მე მოსაწყენი ვარ, ნამდვილად ასეა?
 - რა ხდის ადამიანს მოსაწყენად? ასეთი ვარ მე?

რაციონალური

პასუხები - „ზოგჯერ თუ მოსაწყენი ვარ, არა უშავს.“

- „თუ ვინმე ფიქრობს, რომ მოსაწყენი ვარ, ეს სულაც არ ნიშნავს, რომ ეს ასეა.“
- „ნეტა, წარმოდგენა გქონდეთ, რა საინტერესო ვარ!“

ნეგატიური აზრი: „მგონი, სულელის შთაბეჭდილებას ვტოვებ“

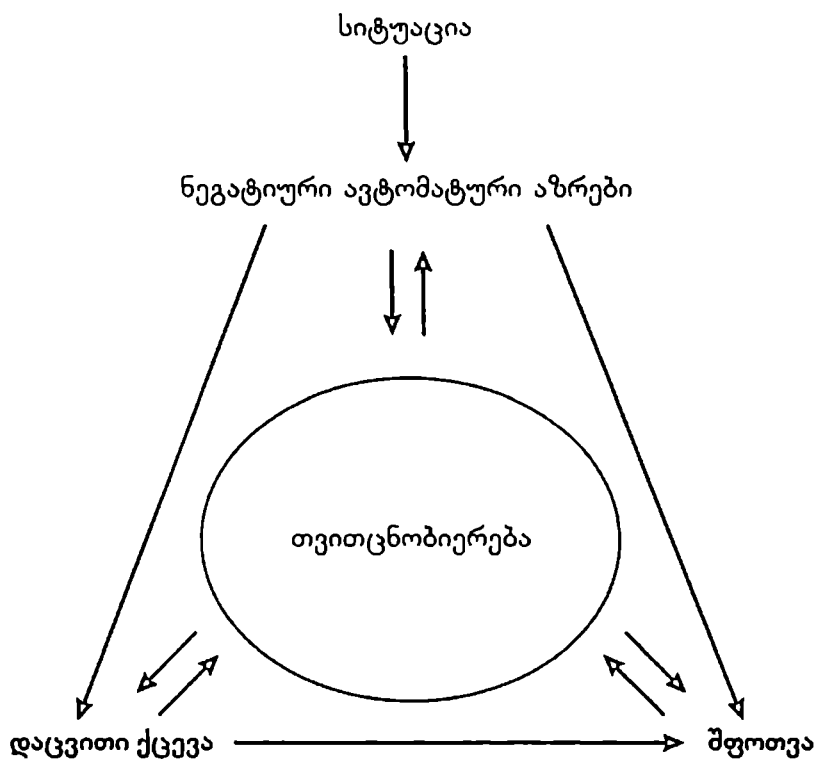
- შეკითხვები:**
- რა არის ამის არგუმენტი?
 - უარეს შემთხვევაში რა შეიძლება მოხდეს?
 - უკეთეს შემთხვევაში რა შეიძლება მოხდეს?
 - ყველაზე რეალურად რა შეიძლება მოხდეს?
 - მე ვიღებ ფაქტებს ისე, როგორც არის, თუ ვცდილობ, გამოვიცნო რა იქნება მომავალში?
 - რა არის ამაში ასე ცუდი?
 - შემიძლია, განვთავისუფლდე ამ სიტუაციიდან?
 - თუკი ადამიანი სულელის შთაბეჭდილებას ტოვებს, უნდა ამოიშალოს ადამიანების სიიდან? (რატომ – „არა“?)

რაციონალური

პასუხები - „დინებას უნდა მიეყვებ – მშვენივრად ვლაპარაკობ“.

„საერთოდ რას ნიშნავს, იყო სულელი?“

„ვაპირებ, მშვენიერი შთაბეჭდილება მოვახდინო“.



საგანმანათლებლო დიალოგები პანიკის დროს

არასწორი ინტერპრეტაცია: პანიკური შეტევის დროს გრძნობას დაკარგავ და შფოთვა ბოლოს მომიღებს.

თ: ერთ-ერთი, რისიც გეშინიათ, ეს არის ის, რომ პანიკა თქვენ ბოლოს მოგიღებთ. რას გულისხმობთ ამაში?

პ: თავბრუ მეხვევა და ისეთი შეგრძნება მაქვს, რომ გული წამივა და დავეცემა.

თ: რას გულისხმობთ, როცა ამბობთ, რომ „გული წამივა“?

პ: იმას, რომ თუ პანიკური შეტევა მეტად გაძნევედა, რეალურად დაეკარგავ გონებას.

თ: ოდესმე მართლა დაგიკარგავთ გონება?

პ: არა, არასდროს, მაგრამ ერთხელ თუ ორჯერ ახლოს ვიყავი გონების დაკარგვასთან.

თ: ამდენად, თქვენ ლელავთ, რომ საშინელი პანიკის დროს შეიძლება გონება დაკარგოთ, მაგრამ აქამდე ეს არ მომხდარა. თქვენ არაერთი საშინელი პანიკური შეტევა გადაგიტანიათ, მაგრამ არც ერთხელ გრძნობა არ დაგიკარგავთ. როგორ ხსნით ამას?

პ: არ ვიცი, სულ ველოდები, რომ ეს მომივა.

თ: იცით, საერთოდ რა ინვეს გონების დაკარგვას?

პ: ზუსტად არ ვიცი. ჰაერის უკმარისობაა ამის მიზეზი?

თ: ჰაერის უკმარისობისგან შეიძლება, დაიხრჩო, მაგრამ ეს სხვაა. ჩვეულებრივ რა ინვეს გონების დაკარგვას?

პ: არ ვიცი. შფოთვამ შეიძლება გამოიწვიოს.

თ: არა. გონების დაკარგვას ინვეს არტერიული წნევის დაცემა. როცა წნევა ძალიან დაბალია, ადამიანი კარგავს გონებას. როგორ ფიქრობთ, როცა შფოთვის გრძნობთ, ამ დროს რა ემართება თქვენს სისხლის წნევას?

პ: მგონი, მალლა ინვეს.

თ: მართალი ხართ. საიდან იცით, რომ მალლა ინვეს?

პ: ამას ვგრძნობ. თითქოს ყველაფერი აჩქარებულია.

თ: დიახ. გულისცემას რა ემართება, როცა შფოთავთ?

პ: გული მიჩქარდება.

თ: თუკი თქვენ გაზრდით ტუმბოს მუშაობის ტემპს (მას შეიძლება შეეადაროთ გული, რომელიც ჩაქეტილ სისტემაშია), რა მოუვა წნევას?

პ: რალა თქმა უნდა, გაიზრდება.

თ: მართალი ხართ. როცა შფოთვა გაქვთ, თქვენი სისხლის წნევა მატულობს, მაშასადამე, ნაკლები შანსია, რომ გონება დაკარგოთ. შემდეგში, როცა შფოთვის იგრძნობთ, გაიზომეთ წნევა, რათა დარწმუნდეთ, რომ გული არ ნაგივთ. შეგიძლიათ თავად გამოიწვიოთ ასეთი სიმპტომები – მაგ., ეცადოთ აჩქარებულად სუნთქვას. ან კიდევ გაისინჯეთ პულსი, როცა შფოთვის იგრძნობთ, რათა დარწმუნდეთ, რომ გულისცემა გახშირდა; შემდეგ კი შეადარეთ იმ პულსს, როცა მშვიდად ხართ.

**არასწორი ინტერპრეტაცია: სუნთქვა გამიჩერდება/დაიხრჩობი; უპაერობისგან გავ-
იფუდებო**

- თ: პანიკური შეტევის დროს, რატომ ფიქრობთ, რომ სუნთქვა გაგიჩერდებათ?
- პ: სუნთქვა მინელდება და ვგრძნობ გულ-მკერდის არეში მოჭერის შეგრძნებას.
- თ: აკეთებთ რაიმეს, რომ არ დაიხრჩოთ?
- პ: დიახ. ვცდილობ, ღრმად ვისუნთქო და სუნთქვა გავაკონტროლო.
- თ: რა მოხდება, ასე რომ არ მოიქცეთ?
- პ: მეშინია, რომ სუნთქვა გამიჩერდება.
- თ: ე.ი. თქვენ გჯერათ, რომ სუნთქვა თუ არ აკონტროლეთ იგი შეიძლება გაგიჩერდეთ?
- პ: დიახ.
- თ: რას იტყვით, როგორაა საქმე ძილის დროს? მაშინაც აცნობიერებთ, რომ სუნთქავთ?
- პ: არა, მაშინ ვერ ვაცნობიერებ.
- თ: ეს რაზე მიგანიშნებთ?
- პ: რომ ის თავის თავს მიხედავს?
- თ: სწორედ ასეა. სუნთქვა ავტომატური პროცესია და ის თავისთავად ხდება, თქვენი ფიქრებისა და ქმედებებისაგან დამოუკიდებლად. მას ავტომატურად აკონტროლებს ტვინი. ტვინის კონტროლი მძლავრია. ის მაშინაც არ შენეულდება, თქვენ რომ სუნთქვის გაჩერება სცადოთ. თქვენ შეგიძლიათ აკონტროლოთ სუნთქვის პროცესი, მაგრამ რა აზრი აქვს იმას, რაც ჩვეულებრივ ავტომატურად ხდება? რაც არ უნდა ვცადოთ, სუნთქვას მუდმივად ვერ გააჩერებთ, ვინაიდან თქვენი ტვინი ყოველთვის მზადაა, თავის თავზე აიღოს ავტომატური კონტროლი (გააკეთეთ სუნთქვის შეკავების საეარჯიშო და ამამი ადვილად დარწმუნდებით).

არასწორი ინტერპრეტაცია: გულის შეტევა დამემართება

- პ: როცა პანიკაში ვარ, გულის ისეთ საშინელ ძგერას ვგრძნობ, რომ ვფიქრობ, საცაა გამოსკდება
- თ: თავში რა აზრები მოგდით, როცა გული ასე გიძგერთ?
- პ: ეს ისეთი საშინელებაა, რომ მგონია, გულის შეტევა დამემართება. გულისთვის ხომ ცუდია, როცა იგი ასე ძლიერ ძგერს?
- თ: ე.ი. თქვენ ფიქრობთ, რომ შფოთვა ინვესს გულის დაზიანებას ან გულის შეტევას?
- პ: დიახ, მაინ გარკვეული ზიანი შეიძლება გამოიწვიოს. ხომ შეიძლება, ადამიანი სტრესის შედეგად გულის შეტევით გარდაცვალოს?!
- თ: თქვენ ფიქრობთ, რომ ადამიანთა უმრავლესობა სტრესს ვერ უძლებს და გულის შეტევით კვდება?
- პ: დიახ, ასე ვფიქრობ.
- თ: თქვენი აზრით, როგორ შეიძლება სტრესმა გულის შეტევა გამოიწვიოს?
- პ: ვფიქრობ, რომ ყოველთვის არ ინვესს. ალბათ, მხოლოდ – ზოგიერთ შემთხვევაში.
- თ: დიახ, სწორი ბრძანდებით. შესაძლოა, სტრესმა ზოგ ადამიანში ეს გამოიწვიოს. პირველ რიგში, ამისკენ ის ადამიანები არიან მიდრეკილნი, ვისაც გული ისედაც

ანუხებთ. სტრესს აუცილებლად არ მოჰყვება უეცარი შფოთვა და პანიკა. როცა პანიკაში ხართ, თქვენს სხეულში ადრენალინი გამოიყოფა, რაც იწვევს გულის მუშაობის აჩქარებას. ეს ზრდის თქვენი ორგანიზმის მზადყოფნას, უკეთ გაართვას თავი ხიფათს. თუ ადრენალინი გულს ან სხეულს აზიანებს, მაშინ საერთოდ როგორ უნდა გადაურჩნენ ადამიანები ხიფათს? ე.ი. ყველა განადგურებული უნდა ვიყოთ.

პ: დიახ, მეც ასე ვფიქრობ.

თ: ასე რომ, თავისთავად პანიკა არ იწვევს გულის შეტევას. ამ უკანასკნელისათვის აუცილებელია, რომ გულს ჰქონდეს რალაც სომატური დაზიანება. როცა ადამიანებს ემართებათ გულის შეტევა, მათ ხშირად უკეთებენ ადრენალინის ინექციას პირდაპირ გულში, რათა აამუშაონ. როგორ ფიქრობთ, ამას გააკეთებდნენ, ის რომ გულის დაზიანებს იწვევდეს?

პ: არა. დარწმუნებული ვარ, რომ არა.

თ: ახლა მითხარით, რამდენად ხართ დარწმუნებული, რომ შფოთვა და პანიკური შეტევა დააზიანებს თქვენს გულს?

პანიკური შეტევის შემთხვევის ფორმულირება. თერაპევტ-პაციენტის დიალოგი

თ: როდის გქონდათ ბოლო პანიკური შეტევა?

პ: გუშინ, დილით. ძალიან ცუდად ვიყავი.

თ: მინდა რალაცეები გკითხოთ ამ შეტევის შესახებ. ყველაფერი კარგად გახსოვთ?

პ: დიახ, ვფიქრობ, კარგად.

თ: ტიპური შეტევა იყო?

პ: დიახ, ტიპური იყო, მაგრამ არც ისე საშინელი, როგორიც უნინ მქონდა.

თ: კარგი. მოდი, ამ შეტევაზე ვისაუბროთ, რათა გავარკვიოთ, ზუსტად რა მოხდა. სად იყავით და რას აკეთებდით უშუალოდ შეტევამდე?

პ: სამსახურში ვიყავი, დამკვეთს ველაპარაკებოდი ტელეფონით და უეცრად დამეწყო.

თ: ჩანს, რომ ძალიან სწრაფად დაგემართათ. რა შეიგრძენით პირველად, როცა პანიკა დაგეწყოთ? ეს იყო ფიზიკური შეგრძნება იყო თუ რაიმე აზრი?

პ: არაბუნებრივად ვიგრძენი თავი, თითქოს მე არ ვიყავი იმ რეალობის ნაწილი.

თ: როცა ირეალობის განცდა დაგეფულათ, რა აზრები მოგივიდათ თავში?

პ: ვიფიქრე – ვაიმე, მგონი, პანიკაში ვვარდები.

თ: ამ აზრის გაფიქრებისას რა იგრძენით?

პ: ვიგრძენი, რომ ძალიან არ მინდა ამ სიტუაციაში, პანიკაში ჩავარდნა.

თ: რეალურად ამიხსენით, რა ემოციას გრძნობდით, როცა ეს აზრი მოგივიდათ?

პ: საშინლად შემეშინდა, რომ პანიკური შეტევა უფრო არ გაძლიერებულიყო.

თ: ე.ი. გრძნობდით შიშსა და შფოთვას.

პ: დიახ, ვფიქრობდი, რომ ყველაზე უარესი რამ დამემართება; მინდოდა, როგორმე გამოემძვრალიყავი ამ სიტუაციიდან.

თ: კარგი. მოდი, ნელ-ნელა გავაგრძელოთ გამოკვლევა. რა მოხდა ამ შეტევის დროს? თქვენ თქვით, რომ ძლიერ შეგეშინდათ. კონკრეტულად რა შეიგრძენით, როცა შეგეშინდათ?

პ: ავკანკალდი და გული ამიჩქარდა.

თ: გკონდათ რაიმე სხვა შეგრძნებაც? მაგალითად, რა დაემართა ირეალობის განცდას?

პ: ის კიდევ უფრო გაუარესდა და სუნთქვა შეგუერა.

თ: როცა იგრძენით, რომ ავკანკალდით, გული აგიჩქარდათ, ირეალობის განცდა დაგეუფლათ და სუნთქვა შეგუერათ, რა აზრი დაგებადათ ამ მომენტში?

პ: ვიცოდი, რომ პანიკაში ვარ და ამას ვერ ვაკონტროლებ.

თ: ფიქრობდით, რომ რაიმე ცუდი შეიძლება მოხდეს, როცა ამ სიმპტომებს განიცდიდით?

პ: დიახ, ფიქრობდი, რომ ალბათ ეს სიკვდილს მოასწავებს.

თ: რას ფიქრობდით, რითი შეიძლებოდა მომკვდარიყავით?

პ: ფიქრობდი, რომ გულის შეტევით.

თ: ეს აზრი რომ მოგივიდათ, თქვენს შფოთვას რა დაემართა?

პ: გაუარესდა, ვიგძენი, რომ პანიკაში ჩავვარდი.

თ: ამ პანიკური შეტევის დროს რამდენად გჯეროდათ, რომ გულის შეტევა გაქვთ, 0-დან 100-ქულიან სკალაზე (0 – არ გჯეროდათ, 100 – აბსოლუტურად იყავით დარწმუნებული).

პ: იცით, საკმაოდ მყარად ვიყავი დარწმუნებული, დაახლოებით – 80 %-ით.

თ: როცა შფოთვა იგრძენით და დაიჯერეთ, რომ ეს გულის შეტევაა, რაიმე გააკეთეთ, რომ თავი გადაგერჩინათ და გულის შეტევა აგეცილებინათ?

პ: ვეცადე, რომ მოდუნებულიყავი და გულისცემა შემენელებინა.

თ: რა გააკეთეთ იმისათვის, რომ მოდუნებულიყავით და გულისცემა შეგენელებინათ?

პ: ჩემს თავს ეუთხარი, მოდუნდი და ეცადე, ღრმად და ნელა ისუნთქო.

თ: შეგიძლიათ მაჩვენოთ, როგორ სუნთქავდით?

პ: მხოლოდ ღრმად ჩავისუნთქე, რათა ყველაფერი შემენელებინა.

თ: ამდენად თქვენ ღრმად ჩაისუნთქეთ რათა მოდუნებულიყავით, რაიმე სხვა თუ გააკეთეთ?

პ: ზოგჯერ ამისათვის მე ესუნთქავ-ხოლმე ქალაღდის პარკში, მაგრამ მაშინ ვერ შევძელი.

თ: ჩანს, რომ თქვენ მიმართეთ დაცვით სტრატეგიებს შფოთვის

გასაკონტროლებლად. რამდენად ხართ დარწმუნებული, რომ თუკი კონტროლის ამ სტრატეგიებს არ გამოიყენებთ, გულის შეტევა, ან სხვა რამ დაგემართებათ?

პ: ფიქრობ, რომ ალბათ გულის შეტევა დამემართება, ან შეიძლება გული წამივიდეს.

თ: აჩვენეთ პროცენტებში რამდენად ხართ დარწმუნებული, რომ თქვენს მიერ სუნთქვის გაკონტროლებამ აგარიდათ გულის შეტევის ან გულის წასვლას?

პ: ალბათ, დაახლოებით – 60%-ით.

თარიღი	სიტუაცია	ძირითადი სომატური და ფსიქიკური შეგრძნებები (მაგ. თავბრუსხვევა, აზრების აჩქარება/მოზღვავება, გულისცემის გაძლიერება)	ნეგატიური აზრები (არასწორი ინტერპრეტაცია)	რეაქცია ამ ცუდ აზრებზე	პანიკური შეტევების საერთო რაოდენობა
ორშ.					
სამშ.					
ოთხშ.					
ხუთშ.					
პარ.					
შაბათი					
კვირა					

თუ გრძნობთ, რომ პანიკურ მდგომარეობაში ხართ, სიტუაციის გრაფაში ჩაინიშნეთ ის სიტუაცია, რომლის დროსაც პანიკაში ჩაეყარდით (მაგ., მანქანის ტარების დროს). ძირითადი სომატური შეგრძნებების გრაფაში ჩაწერეთ თქვენი შეგრძნებები.

შეტევის დროს წარმოქმნილი შემაშინებელი ნეგატიური აზრები ჩანერგეთ ნეგატიური აზრების გრაფაში. ნეგატიურ აზრებზე რეაქციის გრაფაში ჩანერგეთ თქვენი რეაქცია თქვენს ნეგატიურ აზრებზე — ეს შეიძლება იყოს ან ვერბალური პასუხი, ან არავერბალური კონკრეტული ქცევა. პანიკური შეტევების რაოდენობის გრაფაში ყოველდღიურად ჩაინიშნეთ პანიკური შეტევების საერთო რაოდენობა.

ობსესიურ-კომპულსური აპლიკაცია ფორმულირებისათვის ინფორმაციის შეკრება

ცნობიერებაში შეჭრილი აკვიატებების (ობსესიების) შეფასება

- როდესაც გქონდათ აკვიატებები, რას გრძნობდით (მაგ.: შფოთვის, შიშს, ბრალეულობის განცდას)?
- როდესაც გქონდათ გარკვეული განცდები (მაგ., შფოთვა), რა აზრებმა გაიარეს თქვენს გონებაში?
- გქონდათ რაიმე ნეგატიური აზრები თქვენი აკვიატებების შესახებ?
- გარკვეული აზრები რომ გქონდათ, რას ნიშნავდა ეს თქვენთვის?
- რა აზრი გამოგაქვთ თქვენს მიერ განცდილი აკვიატებებიდან? ისინი რაიმეს გეუბნებიან? რას გეუბნებიან თქვენი ქმედების ან მოვლენების შესახებ?
- შესაძლოა რაიმე ცუდი მომხდარიყო იმის გამო, რომ თქვენ გქონდათ გარკვეული აკვიატებები? რა შეიძლება მომხდარიყო?
- მოცემული აკვიატებების არსებობა ხომ არ ნიშნავს იმას, რომ რაღაც ცუდი მოხდა? რა შეიძლება იყოს ეს?
- რამდენად ნორმალურია, გქონდეთ ამგვარი აზრები?
- რა მოხდებოდა, რომ თქვენ არ შეგძლებოდათ მოცემული აკვიატებებისაგან განთავისუფლება? ყველაზე უარესი რა შეიძლება მომხდარიყო?

აკვიატებული მოქმედებების (კომპულსიების) შეფასება

სასარგებლოა იმ ღრმად გამჯდარი შეხედულებების გამოკვლევა, რომლებიც დაკავშირებულია რიტუალური ქცევების გამოყენებასთან. ზოგიერთ პაციენტს ეშინია, უარი თქვას ასეთ ქცევებზე, რადგანაც მას აქვს შიში იმის მიმართ, რაც შეიძლება ამას მოჰყვეს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, რიტუალების მიმართ მათ აქვთ ღრმად ჩანერგილი შეხედულებები. მაგალითად, „თუ მე არ შევასრულე ჩემი რიტუალი, გარკვეული გრძნობა არასოდეს დასრულდება.“ ზოგიერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს რიტუალების მიმართ ნეგატიური ხასიათის, ღრმად ჩანერგილ შეხედულებებს, რომლებიც ხელს უწყობენ დისტრესს. მაგალითად, „ჩემი რიტუალები კონტროლს არ ექვემდებარება.“

- თუ აკეთებთ რაიმეს, რათა თავიდან აიცილოთ ის კატასტროფა, რომელიც დაკავშირებულია თქვენს აკვიატებებთან? რას აკეთებთ ამისთვის?
- არის შესაძლებლი, რომ რაიმე ცუდი მოხდეს, თუკი თქვენ გააგრძელებთ ამ სტრატეგიის გამოყენებას? რა შეიძლება ეს იყოს?

- შენუხებული ხარო იმით, რომ გამოდმებით ამონმებით რაღაცას, ნეიტრალიზაციას ახდენო, ტვინის იჭყლეტო? თუ ასეა, რატომ უბრალოდ არ ჩერდებით?
- რამდენად აკონტროლებოთ თქვენს ნაძალადევ, შემონმებით, ნეიტრალიზაციისა და ტვინის ჭყლეტვის აქტივობებს?
- ყველაზე ცუდი რა შეიძლება მოხდეს, თუკი არ შეაჩერებოთ თქვენს აკვირებულ ქცევას?
- რაში გეხმარებაო ნაძალადევი, შემონმებითი, ნეიტრალიზაციისა და ტვინის ჭყლეტვის აქტივობები?
- ნაძალადევი, შემონმებითი, ნეიტრალიზაციისა და ტვინის ჭყლეტვის აქტივობები გარკვეული სახით ხომ არ გიცვენ? როგორ მუშაობს ეს მექანიზმი?
- თუ გიცდიოთ აკვირებული ქცევების შეჩერება?
- არსებობს რაიმე მიზეზი, რომ არ სცადოთ აკვირებული ქცევების შეჩერება?
- რა მოუვათ თქვენს გრძნობებს/აზრებს, თუკი თავიდან აიცილებოთ აკვირებული ქცევების (ნაძალადევ, შემონმებით და სხვ.) განხორციელებას?

დაცვითი ქცევის ექსპერიმენტი

ზოგჯერ კლიენტები ამბობენ, რომ მეორედ ურთიერთობა ადამიანებთან უკეთესია პირველთან შედარებით მხოლოდ იმიტომ, რომ მათ უკვე გაიცნეს მოცემული პიროვნება/ პიროვნებები. თუკი მათ აქვთ ოდნავი ვარაუდი იმისა, რომ ეს მათი აზრია, მაშინ თხოვეთ, მესამედ ჩაერთონ მოცემულ პიროვნებებთან ურთიერთობაში. მაგრამ ამჯერად სთხოვეთ მათ, რომ კვლავ გამოიყენონ თავიანთი დამცავი ქცევები; შემდეგ კი ჩაატარეთ ამის რეიტინგი, როგორც ეს ადრე გააკეთეთ. ამით მათ უნდა შეძლონ იმის დანახვა, რომ უკეთესი ურთიერთობა ადამიანებთან, ეს არ არის უბრალოდ პრაქტიკის ეფექტი. ზოგჯერ კლიენტებს უნარი არ შესწევთ, ჩართონ თავიანთი დამცავი ქცევები მეორე ურთიერთობაში. ასეთ შემთხვევაში კვლავ თხოვეთ კლიენტებს, ჩაერთონ მესამე ურთიერთობაში და ამჯერად რაც შეიძლება მეტად განახორციელონ თავიანთი დამცავი ქცევები. ამის შემდეგ მესამე ურთიერთობის (რომლის დროსაც მათ მრავალჯერ გამოიყენეს დამცავი ქცევები და საკუთარ „მე“-ზე ფოკუსირება) რეიტინგები შეიძლება შეადაროთ მეორე ურთიერთობის (რომლის დროსაც დამცავი ქცევები და საკუთარ „მე“-ზე ფოკუსირება შედარებით ნაკლებად იყო გამოყენებული) რეიტინგებს. ეს შესაძლებლობას მისცემს პაციენტს, დაინახოს, თუ რა გავლენას ახდენს დამცავი ქცევებისა და საკუთარ „მე“-ზე უკიდურესი ფოკუსირების გამოყენება მათ გრძნობებსა და მათ მიერ გაღებული საზღაურის შესახებ შეხედულებებზე.

ბოლო ურთიერთობის დასრულებისა და რეიტინგის შედეგების მიღებისთანავე, პაციენტი და თერაპევტი განიხილავენ მოცემული პაციენტის რეიტინგული შეფასებების შედეგებს განსხვავებულ ურთიერთობებში. ამას შეუძლია მიგვიყვანოს სასარგებლო ინსაიტებამდე. ხშირად საშიში მოლოდინები არ რეალიზდება იმაზე მეტად, რასაც პაციენტი ელის. უფრო მეტიც, კლიენტები სწავლობენ იმას, რომ ისინი ნაკლებად შფოთავენ და მათი საშიში მოლოდინები ნაკლებად რეალიზდება მაშინ, როდესაც ისინი არ იყენებენ დამცავ ქცევებსა და საკუთარ „მე“-ზე

ფოკუსირებას. კლიენტებს შეუძლიათ აქედან დაასკვნან, რომ მათ არ სჭირდებათ დამცავი ქცევები, რათა თავიდან აიცილონ საშიში მოლოდინების განხორციელება. ამასთან, ისინი ნაკლებად გრძნობენ შფოთვისა და უკეთესად იხდიან საზღაურს, როდესაც ფოკუსირებას ახდენენ გარე სამყაროზე და არ იყენებენ დამცავ ქცევებს. ამ დასკვნებმა შესაძლოა შემდგომი განვითარება პარტნიორობთან საუბრის დროს უკუკავშირების ძიებით ჰპოვოს.

ფორმა №15

დაცვითი ქცევების ექსპერიმენტი

პაციენტი _____ სენსის № _____ თარიღი _____

დაცვითი ქცევების როლური თამაშების დადგმა:

- იპოვეთ სიტუაცია, რომელიც პაციენტში გამოიწვევს შფოთვის, მაგრამ არა ისეთი ინტენსივობის შფოთვის, რომ მან უარი თქვას ექსპერიმენტში მონაწილეობაზე.
- გამოავლინეთ პაციენტის „წინასწარმეტყველება“ (შიშის მომგვრელი კატასტროფები) იმის შესახებ, თუ ყველაზე ცუდი რა შეიძლება მოხდეს ამ სიტუაციაში. მაგალითად: „კანკალი ამიტანს, ჩემი გონება დაცარიელდება; ვერ შევძლებ რაიმე სათქმელზე ფიქრს; სიტყვები ამებნევა, გავნითლდები, გარეგნულად მონყენილის შთაბეჭდილებას დავტოვებ, და ა.შ.“
- სთხოვეთ პაციენტს, მოახდინოს თავის შეხედულებათა რეიტინგული შეფასება. მაგალითად, „კანკალი ამიტანს – 60% ში, გარეგნულად მონყენილის შთაბეჭდილებას დავტოვებ – 50%-ში.

პაციენტის „წინასწარმეტყველური“ მსჯელობა:

შიშის მომგვრელი კატასტროფა №1 _____ მყარი შეხედულების რეიტინგი _____

შიშის მომგვრელი კატასტროფა №2 _____ მყარი შეხედულების რეიტინგი _____

შიშის მომგვრელი კატასტროფა №3 _____ მყარი შეხედულების რეიტინგი _____

დაცვითი ქცევების გამოსავლინებლად ჰკითხეთ პაციენტს, თუ რას მოიმოქმედებდა იმისათვის, რომ არც ერთი ეს შიშისმომგვრელი კატასტროფა არ მომხდარიყო, ან რას გააკეთებდა სხვებისგან შენიშვნის მიღების შემთხვევაში.

ძირითადი დაცვითი ქცევები:

ყველა დაცვითი ქცევის გამოვლენისთანავე პაციენტს ეთხოვთ, რამდენიმე წუთით ჩაერთოს მოცემულ სოციალურ სიტუაციაში. ამ პირველ ურთიერთობაში გამოიყენოს თავისი დაცვითი ქცევები და დააკვირდეს, თავისი შესაძლებლობების თუ რაოდენ დიდ საზღაურს იხდის ამ დროს. იმისათვის, რომ გაეუადვილოთ ორჯერ გათამაშებული ურთიერთობის შეფასება, პაციენტს ეთხოვთ, მოახდინოს რეიტინგული შეფასება თითოეული როლური თამაშის შემდეგ. მან უნდა შეაფასოს: თუ რა ხარისხით გამოიყენა დაცვითი ქცევები; შფოთვის რა ხარისხს გრძნობდა შინაგანად, გარეგნულად შფოთვის რა ხარისხი ჩანდა; რა ხარისხით იყო წარმოდგენილი მისი შიშის მომგვრელი კატასტროფები (0%-დან – „საერთოდ არ იყო“ 100%-მდე – „მთლიანად იყო“). ასევე პაციენტს ეთხოვთ, შეაფასოს, თუ რა ხარისხით იყო ფოკუსირებული მისი ყურადღება გარეთ (ანუ მოცემულ სიტუაციაზე და სხვა ადამიანებზე) და შიგნით (ანუ საკუთარ თავზე). ეს უკანასკნელი შეიძლება შეფასდეს შეიდასაფეხურიანი სკალით, –3-დან (მთლიანად საკუთარ „მე“-ზე ფოკუსირებული) +3-მდე (მთლიანად გარე სამყაროზე ფოკუსირებული).

რეიტინგული შეფასების განხორციელების შემდეგ პაციენტს ეთხოვთ, კვლავ შევიდეს ინტერაქციაში, მაგრამ ამჯერად უნდა ეცადოს, არ გამოიყენოს რაიმე დამცავი ქცევა და მოახდინოს თავისი ყურადღების ფოკუსირება გარე სამყაროზე (მოცემულ სიტუაციაზე და სხვა ადამიანებზე), მოაცილოს ყურადღება საკუთარ თავს. ეს არის მცდელობა იმისა, რომ პაციენტმა გამორთოს ყურადღების ფოკუსირება საკუთარ „მე“-ზე და აღარ დააკვირდეს თავის თავს. პაციენტს ეთხოვთ, რომ ის ჩაეფლოს საუბარში და არ იფიქროს იმის შესახებ, თუ რას ამბობს, ან როგორ რეაგირებს. ამ ყოველივეს აზრი ისაა, რომ პაციენტი ვაიძულოთ, მისცეს საკუთარ თავს უფლება, ბუნებრივად რეაგირებდეს. ხშირად აუცილებელია, რომ პაციენტმა ნინასწარ ივარჯიშოს თერაპევტთან დამცავი ქცევებისა და საკუთარ „მე“-ზე ფოკუსირების დაძლევაში მანამ, სანამ ამის გაკეთებას შეეცდება პარტნიორთან როლურ თამაშში. მას შემდეგ, რაც პაციენტი ივარჯიშებს იმაზე, რომ არ გამოიყენოს დაცვითი ქცევები და არ მოახდინოს საკუთარ „მე“-ზე ფოკუსირება, მისი ჩართვა ხდება მეორე სოციალურ ინტერაქციაში; შემდეგ მას სთხოვენ, გააკეთოს ამ ინტერაქციის რეიტინგული შეფასება, როგორც ეს გააკეთა პირველი ინტერაქციის შემდეგ (ამ დროს მას არ ეძლევა უფლება, შეხედოს ნინა რეიტინგებს).

	როლური თამაში №1 დაცვითი ქცევებით	როლური თამაში №2 დაცვითი ქცევების გარეშე
რამდენჯერ გამოიყენეთ თქვენი დაცვითი ქცევები? 0% (არც ერთხელ არ გამოიყენებია) -100% (მუდმივად ვიყენებდი ყველა ჩემს დამცავ ქცევას)		
შფოთის რა ხარისხს გრძნობდით? 0% (საერთოდ არ მიგრძენია) -100% (ვიგრძენი მაქსიმალური ხარისხის)		
თქვენი აზრით, გარეგნულად შფოთის რა ხარისხს აეღენდით? 0% (საერთოდ არ განვიცდიდი) -100% (მაქსიმალურად განვიცდიდი)		
თქვენი აზრით, რა ხარისხით იყო წარმოდგენილი შიშის მომგერელი კატასტროფა №1? 0% (სულაც არ იყო) -100% (მაქსიმალური ხარისხით იყო წარმოდგენილი)		
თქვენი აზრით, რა ხარისხით იყო წარმოდგენილი შიშის მომგერელი კატასტროფა №2 0% (სულაც არ იყო) -100% (მაქსიმალური ხარისხით იყო წარმოდგენილი)		
თქვენი აზრით, რა ხარისხით იყო წარმოდგენილი შიშის მომგერელი კატასტროფა №3 ? 0% (სულაც არ იყო) -100% (მაქსიმალური ხარისხით იყო წარმოდგენილი)		
თქვენი აზრით, რამდენად კარგად შეასრულეთ როლური თამაში? 0% (სრულებით ვერ შევძელი) -100% (მაქსიმალურად კარგად შევასრულე)		
რა ხარისხით იყო თქვენი ყურადღება ფოკუსირებული საკუთარ თავზე, გარე სიტუაციასა და სხვა ადამიანებზე ფოკუსირებასთან შედარებით? -3-დან (მთლიანად საკუთარ „მე“-ზე იყო ფოკუსირებული) +3-მდე (მთლიანად გარეთ იყო ფოკუსირებული)		

როდესაც შეამჩნევთ, რომ თქვენ გააჩნიათ არასასურველი, უსიამოვნო აზრები ან განმეორებად ქცევაში ჩაერთვით, ყურადღება მიაქციეთ მოცემულ სიტუაციას, ანუ რა ვითარებაში ხდება ეს. ტრიგერის სვეტში აღნიშნეთ ის აქტივობები ან მოვლენები, რომლებიც ტრიგერის როლს ასრულებენ თქვენი არასასურველი აზრების ან გრძნობების გაჩენაში. აკვიატებულის სვეტში აღწერეთ თქვენი სანყისი არასასურველი აზრები, წარმოდგენები, ეჭვები, დისკომფორტი ან ქცევა. დააზუსტეთ და შეაფასეთ თქვენი ემოციური რეაქციები ემოციის სვეტში; შემდეგ სვეტში – „ნუხილი აკვიატებულის შესახებ“ ჩანერეთ თქვენი ძირითადი ნეგატიური ინტერპრეტაცია აკვიატებულის შესახებ.

სვეტში–„რეაქცია ნუხილზე“ ჩაინიშნეთ, თუ როგორი რეაქცია გქონდათ მოცემულ აკვიატებულებზე. დასასრულ, ხელახლა შეაფასეთ თქვენი ემოციები სვეტში „საბოლოო ემოციის ინტენსივობა“. (0 -100).

ობსესიურ - კომპულსიური აშლილობების რეგისტრაციის ფორმა

თარიღი	სიტუაცია	ტროვერი	ინტერუა: აზრი/ეჭვი/შეგ რძნობა/ქცევა	უმოცია (ინტენსივობა 0-100)	ინტერპრეტაც ია: ნუხილი ინტერუხიის გამო	კომპულსია: პასუხი ნუხილზე	ხელახლა შეფასებული უმოციის ინტენსივობა (0-100)

დიგნოსტიკური სკალები
BAVQ - R

არსებობენ ადამიანები, რომელთაც „ხმები“ ესმით. თქვენ მიერ ამ კითხვარის შევსება იმაში დაგეხმარება, რომ უკეთ გავერკვეთ, კონკრეტულად რას განიცდით „ხმების“ მოსმენის დროს. გთხოვთ, დაკვირვებით წაიკითხოთ თითოეული გამონათქვამი და იმ უჯრაზე მიუთითოთ, რომელიც ყველაზე მეტად ესადაგება გასულ კვირაში თქვენ განცდილს.

თუ თქვენ გესმით ერთზე მეტი ხმა, შეავსეთ ქვემოთ მითითებული ფორმა დომინანტური ხმისთვის.

გმაღლობთ დახმარებისათვის.

სახელი, გვარი

ასაკი

		არ ვეთანხმები	არა ვარ დარწმუნე- ბული	წაწილობრივ ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები
1	ჩემი ხმა მსჯღის იმის- თვის, რაც გავაკეთე.				
2	ჩემს ხმას სურს დამეხმაროს.				
3	ჩემი ხმა უზომოდ ძლიერია.				
4	ჩემი ხმა უმიზეზოდ „მერჩის“.				
5	ჩემი ხმა მიცავს.				
6	სჩანს, რომ ჩემმა ხმამ ყველაფერი იცის ჩემს შესახებ.				
7	ჩემი ხმა ბოროტებაა.				
8	ჩემი ხმა მეხმარება, რომ საღ გონებაზე ვიყო.				
9	ჩემი ხმა რაც არ მსურს იმას მაკეთებინებს.				
10	ჩემს ხმას სურს, რომ ენება ზიანი მომაყენოს.				

11	ჩემი ხმა განსაკუთრებული შესაძლებლობებისა და ძალაუფლების განვითარებაში მეხმარება.				
12	მე ვერ ვაკონტროლებ ჩემს ხმებს ვერ ვაკონტროლებ				
13	ჩემს ხმას სურს, რომ ცუდი საქმეები ვაკეთო.				
14	ჩემი ხმა მიზნის მიღწევაში მეხმარება .				
15	ჩემი ხმა დამსჯის ან მომკლავს, თუ არ დავემორჩილე ან შევენინა აღმდეგე.				
16	ჩემი ხმა ცდილობს გამრყენას ან დამანგრეოს.				
17	მე მადლობელი ვარ ჩემი ხმის.				
18	ჩემი ხმა მართავს ჩემს ცხოვრებას.				
19	ჩემი ხმა მანუგეშებს.				
20	ჩემი ხმა მაშინებს.				
21	ჩემი ხმა ბედნიერს მხდის.				
22	ჩემი ხმა ავაღ მხდის.				
23	ჩემი ხმა მაბრაზებს.				
24	ჩემი ხმა მამშვიდებს.				
25	ჩემი ხმა მალეღვებს.				
26	ჩემი ხმა თავდაჯერებულს მხდის.				

როდესაც მესმის „ხმები“, ჩვეულებრივ :

		არ ვეთანხმები	არა ვარ დარწმუნებ ული	ნაწილობრი ვ ვეთანხმები	მთლიანად ვეთანხმები
27	ვეუბნები, თავი დამანებოს.				
28	ვცდილობ, თავიდან მოვიშორო.				
29	ვცდილობ და მას ვაჩერებ.				
30	ისეთ რაღაცას ვაკეთებ, რომ ლაპარაკი არ დაიწყოს.				
31	ძალაუვნებურად მას ვემორჩილები.				
32	მე მათ ვუსმენ, რადგან ასე მსურს.				
33	ჩემი ნებით იმას ვასრულებ, რასაც ხმა მეუბნება.				
34	ისეთი რაღაცა გავაკეთე, რომ „ხმასთან“ კონტაქტი დამემყარებინა.				
35	ჩემს ხმას რჩევას ვეკითხები.				

BAVQ-R Scoring

არ ვეთანხმები 0	არა ვარ დარწმუნებული 1	ნაწილობრივ ეთანხმები 2	სრულიად ეთანხმები 3
--------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Question Factor

- 1 M
- 2 B
- 3 O
- 4 M
- 5 B
- 6 O
- 7 M
- 8 B
- 9 O
- 10 M
- 11 B
- 12 O
- 13 M
- 14 B
- 15 O
- 16 M
- 17 B
- 18 O
- 19 E
- 20 R
- 21 E
- 22 R
- 23 R
- 24 E
- 25 R
- 26 E
- 27 R
- 28 R
- 29 R
- 30 R
- 31 R
- 32 E
- 33 E
- 34 E
- 35 E

Malevolence (M) მტრული განწყობა /18
 Benevolence (B) კეთილგანწყობა /18
 Omnipotence (O) ყოვლისშემძლეობა /18
 Resistance (R) რეზისტენტულობა /27
 Engagement (E) ჩართულობა /24

სოციალური შედარების სკალა ხმებისთვის

ჩვენ გვინტერესებს, როგორ აღიქვამთ თქვენ თავს „ხმებთან“ მიმართებაში. გთხოვთ, თითოეულ ხაზზე ერთი ციფრი შემოხაზოთ იმის შესაბამისად, თუ როგორ ხედავთ საკუთარ თავს თქვენსავე „ხმებთან“ მიმართებაში.

ჩემს ხმებთან დაკავშირებით თავს ვგრძნობ

დამცირებულად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ამაღლებულად
არაკომპეტენტურად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	კომპეტენტურად
უსიამოვნოდ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	სასიამოვნოდ
მიტოვებულად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	მიღებულად
განსხვავებულად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	სხვებისნაირად
უნიჭოდ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	უფრო ნიჭიერად
დაუძლეურებულად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	გაძლიერებულად
არადამაჯერებლად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	დამაჯერებლად
არასასურველად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	სასურველად
ნაკლებმომზიდველად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	მომზიდველად
გაუცხოებულად	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	შინაურად

ფსიქიატრიული შეფასების მოკლე სკალა (BPRS)

ცალკეული პუნქტების მიხედვით მონიშნეთ ის ციფრი, რომელიც ყველაზე უკეთ შეესაბამება პაციენტის მდგომარეობას:

0=არ არის შეფასებული, 1= არ აღინიშნება, 2=ძლიერ სუსტი, 3=სუსტი, 4=საშუალო, 5=ზომიერად ღრმა, 6=ღრმა, 7=უკიდურესად ღრმა.

1. სომატური ჩივილები

პაციენტის ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ჩივილების ხარისხი. შეაფასეთ ხარისხი, თუ როგორ აღიქვამს პაციენტი თავის ფიზიკურ ჯანმრთელობას, ამ ჩივილების რეალური საფუძვლის არსებობა-არარსებობის მიუხედავად.

2. შფოთვა

ანწყოზე ან მომავალზე გადაჭარბებული შფოთვა, ნუხილი ან შიში. შეაფასეთ პაციენტის სუბიექტური განცდა მხოლოდ მისი სიტყვების საფუძველზე. არ გააქეთოთ შფოთვაზე დასკვნა მხოლოდ მისი ფიზიკური ნიშნებით, ან ნევროტული დაცვითი მექანიზმებიდან გამომდინარე.

3. ემოციური დეფიციტი

ინტერვიუერის ან ინტერვიუს მიმართ ემოციური დეფიციტი. მხოლოდ ის ხარისხი შეაფასეთ, როცა პაციენტი ინტერვიუს პროცესში ირგვლივმოყვებთან სუსტ ემოციური კავშირს ამყარებს.

4. აზროვნების დეზორგანიზაცია

ხარისხი, თუ რამდენად არის პაციენტის ასოციაციები ერთმანეთთან დაკავშირებული და აზროვნების პროცესი დეზორგანიზებული. პაციენტი შეაფასეთ მისი საუბრის (სიტყვიერი პროდუქციის ინტეგრირების) საფუძველზე; პაციენტის ფუნქციონირების დონე მისი სუბიექტური აზრის მიხედვით არ შეაფასოთ.

5. დანაშაულის განცდა

პაციენტის გადაჭარბებული ნუხილი ან სინანულის განცდა წარსულში ჩადენილი ქცევის გამო. შეაფასეთ პაციენტის დანაშაულის სუბიექტური განცდა, რომელიც სიტყვიერად და შესაბამისი აფექტის არსებობით დასტურდება. დეპრესიის, შფოთვის ან ნევროტული დაცვითი ქცევის მიხედვით დანაშაულის განცდაზე დასკვნას ნუ გააქეთებთ.

6. დაძაბულობა

'ნევროტული' დაძაბულობის სომატური და მოტორული მანიფესტაცია, აქტივობის მომატებული დონე. დაძაბულობა მხოლოდ სომატური ნიშნების და მოტორული ქცევის საფუძველზე ფასდება და არა დაძაბულობის სუბიექტური განცდით, რომელსაც პაციენტი გამოთქვამს.

7. მანერულობა და პოზა

არაბუნებრივი პოზა და უჩვეულო მოტორული აქტივობა, რომელიც ზოგ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტს ნორმალური ადამიანისგან განასხვავებს. შეაფასეთ მხოლოდ პათოლოგიური მოძრაობები; არ შეაფასოთ მოტორული აქტივობის უბრალოდ მომატება.

8. **განდიდება**, საკუთარი მნიშვნელოვნების გადაჭარბებული განცდა. გადაჭარბებული თვითშეფასება, პაციენტის თვითდაჯერება თავის განსაკუთრებულ შესაძლებლობებსა ან ძალაუფლებაში. შეაფასეთ პაციენტის მდგომარეობა მხოლოდ საკუთარ თავზე (ან თავის სხვებთან შედარებაზე) გამონათქვამი მოსაზრებების მიხედვით და არა იმით, თუ როგორ უჭირავს მას თავი ინტერვიუს პროცესში.

9. **დეპრესიული გუნება-განწყობა**

სევდიანობა, სასონარკეთილება. შეაფასეთ მხოლოდ უიმედობის ხარისხი. არ შეაფასოთ პაციენტი მოტორული შეკავების მიხედვით, ასევე – დეპრესიული და სომატური ჩივილების საფუძველზე.

10. **მტრული განწყობა**

გაბოროტება, სიძულვილი, აგრესიულობა, ზიზღი სხვა ადამიანების მიმართ. შეაფასეთ პაციენტის მხოლოდ ვერბალური გამონათქვამების მიხედვით, თუ რას გრძნობს იგი, ან როგორ იქცევა სხვების მიმართ; არ გააკეთოთ მტრული განწყობის შესახებ დასკვნა, ნევროტული დაცვითი ქცევების, შფოთვის ან სომატური ჩივილების საფუძველზე. (ინტერვიუერის მიმართ დამოკიდებულება შეაფასეთ გრაფაში „თანამშრომლობის არქონა“).

11. **ექვიანობა**

პაციენტის ბოდივითი (ან ხვა) რწმენა, რომ სხვებს მის მიმართ აქვთ, ან წარსულში ჰქონდათ ცუდი განზრახვა ან ბოროტი ჩანაფიქრი. შეაფასეთ პაციენტის გამონათქვამების მიხედვით მხოლოდ ის ეჭვები, რომელთაც პაციენტი გამოთქვამს და არა მისი ნუხილი წარსული ან ამჟამინდელი სიტუაციის გამო.

12. **პალუცინატორული ქცევა**

ექსტერნალური სტიმულის აღქმა, რომელიც ნორმალური რეაგირებისგან განსხვავდება. შეაფასეთ მხოლოდ ის განცდა, რომელსაც პაციენტი უკანასკნელი კვირის განმავლობაში აღწერს, როგორც ნორმალური აზროვნებისა და წარმოსახვისგან აშკარად განსხვავებულ ფენომენს.

13. **მოტორული შეკავება**

ენერგიის დონის დაქვეითება, რაც შენელებული მოძრაობებით დასტურდება. შეაფასეთ პაციენტი მხოლოდ დაკვირვებადი ქცევის საფუძველზე; არ შეაფასოთ პაციენტის ენერგიის დონე მისი სუბიექტური შეხედულების მიხედვით.

14. **თანამშრომლობის არქონა**

ინტერვიუერისადმი წინააღმდეგობის, არაკეთილგანწყობის, აღშფოთების, განწყევლების ფაქტები და თანამშრომლობისათვის მზაობის ნაკლებობა. შეაფასეთ მხოლოდ პაციენტის ინტერვიუერისადმი, შესაბამისი სიტუაციისადმი დამოკიდებულება პასუხების მიხედვით; არ შეაფასოთ ინტერვიუს სიტუაციის გარეთ განწყევლებისა და თანამშრომლობის არქონის საფუძველზე.

15. **უჩვეულო აზრები**

შინაარსით უჩვეულო, ოდიოზური, უცნაური ან ექსცენტრული აზრები. შეაფასეთ მხოლოდ აზროვნების უცნაურობა და არა პროცესის დეზორგანიზაციის ხარისხი.

16. ემოციური გასაღავება

ემოციური ფონის დაქვეითება, ნორმალური ემოციებისა და ემოციური ურთიერთობების თაველსაჩინო დეფიციტი.

17. აგზნება

ანეული ემოციური გამღიზიანებადობა, აჟიტაცია, მოტორულ რეაქციათა სიჭარბე.

18 დეზორიენტაცია

ადგილში, დროში, გარემოში და საკუთარ პიროვნებაში დეზორიენტაცია. ადეკვატური ორიენტაციის არქონა.

ბეკის დებარესიის სკალა

ავადმყოფის სახელი, გვარი _____

ასაკი ____ წ. ისტორიის № _____ თარიღი: 200 წლის ____ - _____

ინსტრუქცია: ქვემოთ წარმოდგენილია გამონათქვამთა ჯგუფები. გთხოვთ, დაკვირვებით წაიკითხოთ თითოეული მათგანი და ის გამონათქვამი მოძებნოთ, რომელიც ყველაზე უკეთ აღწერს, თუ როგორ გრძნობდით თავს ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში, დღევანდელი დღის ჩათვლით. შემოხაზეთ აღნიშნული გამონათქვამის შესაბამისი ციფრი. თუ ერთ ჯგუფში ორ ან მეტ გამონათქვამს შეარჩევთ, ისიც შემოხაზეთ. ყურადღებით წაიკითხეთ თითოეული ჯგუფი და ნურც ერთ მათგანს ნუ გამოტოვებთ. თუ რაიმე კითხვა გაგიჩნდათ, მიმართეთ ინსტრუქტორს.

A. სევდიანობა

0. არ ვარ სევდიანი.
1. სევდიანი ვარ.
2. მუდამ სევდიანი ვარ და უნარი არ შემწევს, რომ ეს განცდა მოვიშორო.
3. იმდენად სევდიანი და უბედური ვარ, რომ ეს მეტად მტკივნეულია ჩემთვის.
4. იმდენად სევდიანი და უბედური ვარ, რომ ამის ატანა აღარ შემიძლია.

B. პესიმიზმი

0. ჩვეულებრივ უიმედოდ არ ვუყურებ ჩემს მომავალს.
1. უიმედობას განვიცდი ჩემი მომავლის გამო.
2. ვგრძნობ, რომ მომავალში არაფერი მაქვს საიმედო.
3. ვგრძნობ, რომ ჩემს პრობლემებს ვერასდროს დავაღწევ თავს.
4. ვგრძნობ, რომ მომავალი სრულიად უიმედოა და მას არაფერი გამოასწორებს.

C. წარუმატებლობის განცდა

0. არ ვთვლი თავს წარუმატებელ და უიღბლო ადამიანად.
1. ვგრძნობ, რომ სხვა ადამიანებთან შედარებით ბედი ნაკლებად მწყალობს.
2. ვგრძნობ, რომ რასაც მივაღწიე მეტად უმნიშვნელოა
3. როდესაც განვიხილ ცხოვრებას ვაანალიზებ, მხოლოდ მარცხს და წარუმატებლობას ვხედავ.
4. ვგრძნობ, რომ სრულიად წარუმატებელი/უიღბლო ვარ

D. დაუკმაყოფილებლობის განცდა

0. არა ვარ უკმაყოფილო.
1. თითქმის ყოველთვის უკმაყოფილო ვარ.
2. ცხოვრებისაგან ისეთივე სიამოვნებას ვეღარ ვიღებ, როგორც ადრე.
3. საერთოდ ვეღარ ვიღებ ვერაფრისგან სიამოვნებას.
4. ყველაფრით უკმაყოფილო ვარ.

E. დანაშაულის განცდა

0. თავს დამნაშავედ არ ვგრძნობ.
1. თავს უღირსად ვგრძნობ უმეტესი დროის განმავლობაში.
2. თავს საესებით დამნაშავედ მივიჩნევ.
3. თავს უღირსად ვგრძნობ პრაქტიკულად მთელი დროის მანძილზე.
4. თავს მუდმივად ძალიან უღირსად და დამნაშავედ ვგრძნობ.

F. დასჯის მოლოდინი

0. არ მანუხებს განცდა, რომ დასჯილი ვარ.
1. ვფიქრობ, რომ შეიძლება რალაც ცუდი დამემართოს.
2. ვგრძნობ, რომ დასჯილი ვარ, ან დავისჯები.
3. ვგრძნობ, რომ სასჯელის ღირსი ვარ.
4. მინდა, რომ დავისაჯო.

G. საკუთარი თავით უკმაყოფილება

0. საკუთარი თავით იმედგაცრუებული არ ვარ.
1. გული გამიტყდა საკუთარ თავზე.
2. ჩემი თავი არ მომწონს.
3. ჩემი თავი მეზიზღება.
4. ჩემი თავი მძულს.

H. თვითბრალდების განცდა

0. ჩემი თავი სხვებზე ნაკლებ ადამიანად არ მიმაჩნია.
1. შეცდომების გამო ჩემს თავს ხშირად ვაკრიტიკებ.
2. მუდმივად ვადანაშაულებ ჩემს თავს შეცდომების გამო.
3. ჩემს თავს ყველაფერ ცუდში ვადანაშაულებ.

I. სუიციდური აზრები

0. თვითდაზიანების შესახებ აზრები არ გამაჩნია.
1. მიჩნდება აზრები თვითდაზიანების შესახებ, მაგრამ ამას ვერ ვაკეთებ.
2. უკეთესია, გარდაცვლილი რომ ვიყო.
3. ჩემი ოჯახისთვის ისაა უკეთესი, მკვდარი რომ ვიყო.
4. მაქვს თვითმკვლელობის ზუსტი გეგმა.
5. რომ შემეძლოს, თავს მოვიკლავდი.

J. თვალცრემლიანობა

0. ჩვეულებრივზე მეტს არ ვტირი.
1. ამაყმად გაცილებით მეტს ვტირი, ვიდრე საერთოდ მჩვევია.
2. გაუთავებლად ვტირი და ვერ ვჩერდები.

3. ადრე ვტიროდი, ახლა ტირილის უნარიც კი დავკარგე.

K. გამლზიანებადობა

0. ჩვეულებრივზე მეტად არა ვარ გაღიზიანებული.
1. გაცილებით ადვილად ვღიზიანდები, ვიდრე ჩვეულებრივ.
2. მუდმივად გაღიზიანებული ვარ.
3. სულ აღარ მაღიზიანებს ის , რაც ადრე მაღიზიანებდა.

L. სოციალური გარიყულობა (იზოლაცია)

0. სხვა ადამიანების მიმართ ინტერესი არ დამიკარგავს.
1. ადრინდელთან შედარებით სხვა ადამიანები ნაკლებად მაინტერესებს.
2. სხვა ადამიანების მიმართ ინტერესი უმეტესად დაკარგული მაქვს.
3. აბსოლუტურად დავკარგე ინტერესი ადამიანების მიმართ.

M. გადანყვეტილების მიღების უნარი

0. ჩვეულებისამებრ გადანყვეტილებას ადვილად ვიღებ .
1. ხშირ შემთხვევაში გადანყვეტილების მიღებას თავს ვარიდებ.
2. ძალიან მიჭირს გადანყვეტილების მიღება.
3. საერთოდ ვერ ვიღებ ვერანაირ გადანყვეტილებას.

N. საკუთარი გარეგნობის შეცვლის განცდა

0. არა მაქვს იმის განცდა, რომ ადრინდელზე უარესად გამოვიყურები.
1. განვიცდი , რომ მოზერებული და ნაკლებ მიმზიდველი ვარ.
2. ვგრძნობ, რომ გარეგნობის შეცვლამ ნაკლებ მომხიბლავი გამხადა.
3. ვგრძნობ, რომ ულამაზოდ ან ამაზრზენად გამოვიყურები.

O. შრომისუნარიანობა

0. ისეთივე შრომისუნარიანი ვარ, როგორც ადრე ვიყავი.
1. ზოგჯერ თავს ძალას ვატან სამუშაოს შესასრულებლად.
2. ისე ველარ ვმუშაობ, როგორც ადრე.
3. დიდი ძალისხმევა მჭირდება, რაიმე რომ ვაკეთო.
4. საერთოდ ვერაფერს ვაკეთებ.

P. უძილობა

0. ისევე კარგად მძინავს, როგორც ადრე.
1. დილით დაღლილი ვიღვიძებ.
2. ჩვეულებრივზე ერთი-ორი საათით ადრე ვიღვიძებ და მერე ჩაძინება მჭირს.
3. ყოველ დილით რამდენიმე საათით ადრე ვიღვიძებ და დღე-ღამეში ხუთ სთ-ზე მეტი არ მძინავს.

Q. განლევადობა

0. ადრინდელზე მეტად არ ვილღები.
1. ადრინდელთან შედარებით უფრო ადვილად ვილღები.
2. ყველაფერი მღლის.
3. ისეთი დაქანცული ვარ, რომ არაფრის გაკეთება არ შემიძლია.

R. ანორექსია

0. ჩეულებრივ, ცუდი მადა არ მაქვს.
1. ისეთი კარგი მადა არ მაქვს, როგორიც ადრე მქონდა.
2. ახლა მადა გაცილებით უარესი მაქვს, ვიდრე ადრე მქონდა.
3. სულ უმადოდ ვარ

S. წონაში კლება

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

T. სომატური პრობლემებით შეპყრობის ხარისხი

0. ჩეულებრივზე მეტად საკუთარი ჯანმრთეობა არ მანუხებს.
1. მანუხებს თავის ტკივილები, შეკრულობა და უსიამოვნო შეგრძნებები მუცლის არეში.
2. იმდენად მანუხებს ის, თავს როგორ ვგრძნობ, ან რას ვგრძნობ, რომ სხვა რამეზე ველარც კი ვფიქრობ.
3. მე სრულიად მოცული ვარ საკუთარი სომატური შეგრძნებებით.

U. ლიბიდო

0. ბოლო ხანს რაიმე ცვლილება ჩემს სექსუალურ მოთხოვნილებაში არ შემინიშნავს.
1. ადრინდელთან შედარებით სექსუალური ცხოვრებით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული.
2. გაცილებით ნაკლებად ვარ დაინტერესებული სექსუალური ცხოვრებით.
3. სექსუალური ცხოვრებისადმი ინტერესი სრულიად დაეკარგე.

ჯამური მაჩვენებელი

ექიმი: _____ (_____)

**ფსიქოზურ სიმპტომთა შეფასების სკალა
ბოდვა**

პაციენტის სახელი, პირადი ნომერი

ზოგადი ინსტრუქცია

ქვემოთ მოყვანილი სტრუქტურირებული ინტერვიუ შემუშავებულია ბოდიითი რწმენა-მეხედულებების სპეციფიკური დეტალების შესასწავლად. კითხვების უმრავლესობა იმდაგვარადაა შედგენილი, რომ შეფასდეს უკანასკნელი კვირის განმავლობაში პაციენტის განცდები. გამოთვალისა და რწმენების ხარისხის შეფასება. იგი უნდა შეფასდეს ინტერვიუს მომენტისათვის.

აღსკ: _____

სქესი: მდ/მამრ _____

დიაგნოზი: (თუ შეესაბამება) _____

ბოდივითი რწმენა-შეხედულების ხანგრძლივობა (წლები) _____

გთხოვთ, აღწეროთ პიროვნების ბოდიშითი რწმენა-შეხედულებები:

[illegible]

ბოდევა: შეფასების კრიტერიუმი

1. ბოდეითი იდეებით შეპყრობის ინტენსიობა
რამდენად ხართ თქვენს ფიქრებში ჩაფლული
ყოველთვის/დღეები/კვირები და ა.შ. ?
 0. ბოდეა არ არის;
 1. სუბიექტი ბოდვის შესახებ კვირაში ერთხელ მაინც ფიქრობს;
 2. სუბიექტი ბოდვის შესახებ დღეში ერთხელ მაინც ფიქრობს;
 3. სუბიექტი ბოდვის შესახებ საათში ერთხელ მაინც ფიქრობს;
 4. სუბიექტი ბოდვის შესახებ განუწყვეტლოვ ან თითქმის განუწყვეტლოვ ფიქრობს.
სხვა საგნებზე გადართვა მხოლოდ რამოდენიმე წამით ან წუთით შეუძლია.
2. ბოდეითი იდეებით შეპყრობის ხანგრძლივობა:
რა ხნით გუფლუბათ თქვენი ფიქრები (ბოდეითი რწმენა)?
რამოდენიმე წამით/წუთით/საათობით?
 0. ბოდეა არ არის;
 1. ბოდეითი აზრები რამოდენიმე წამს გრძელდება, წამიერი აზრები;
 2. ბოდეითი აზრები რამოდენიმე წუთს გრძელდება;
 3. ბოდეითი აზრები სულ ცოტა ერთი საათი მაინც გრძელდება;
 4. ყოველ ჯერზე ბოდეითი აზრები ჩვეულებრივ საათობით მაინც გრძელდება.
3. დარწმუნება (ინტერეის მომენტისათვის):
მოცემულ მომენტში რამდენად ხართ დარწმუნებული თქვენი აზრების სისწორეში?
შეგიძლიათ შეაფასოთ სკალაზე 0-დან 100-მდე, სადაც 100 ნიშნავს, რომ თქვენ სრუ-
ლიად დარწმუნებული ხართ და 0 ნიშნავს, რომ საერთოდ არ ხართ დარწმუნებული.
 0. საერთოდ არაა დარწმუნებული;
 1. მცირედაა დარწმუნებული, რომ ბოდეითი რწმენა რეალურია (<10%);
 2. გარკვეული ეჭვები გააჩნია ბოდვის რეალობასთან დაკავშირებით (10-სა და 49% -ს შორის);
 3. მტკიცედაა დარწმუნებული (50-სა და 99%-ს შორის);
 4. დარწმუნებულია 100%-ით.
4. დისტრესის ხანგრძლივობა:
შემანუხებელია თუ არა თქვენთვის ბოდეითი აზრები?
რამდენად ხშირად იწვევს ისინი დისტრესს?
 0. ბოდეა არასოდესაა შემანუხებელი;
 1. ბოდეა იწვევს დისტრესს იშვიათ შემთხვევებში;
 2. ბოდეა შემანუხებელია უფრო იშვიათად, ვიდრე 50%;
 3. ბოდეა შემანუხებელია უმეტეს შემთხვევებში, 51-99%-ს შორის
 4. როცა კი ბოდვები წარმოიქმნება, ყოველთვის შემანუხებელია.
5. დისტრესის ინტენსიობა
როდესაც თქვენი (ბოდეითი) აზრები თქვენთვის შემანუხებელია, რამდენად მძიმეა ეს
განცდა?
 0. არ არის შემანუხებელი;

1. ბოდეა მცირე დისტრესს იწვევს;
2. ბოდეა საშუალოდაა შემანუხებელი;
3. ბოდეა საგრძნობლად შემანუხებელია
4. ბოდეა უკიდურესად შემანუხებელია, უარესი ნარმოუდგენელია.

6. ბოდვის უარყოფითი გავლენა ცხოვრებაზე:

თქვენი (ბოდვითი) აზრები რამდენად უარყოფითად მოქმედებს თქვენზე?

გიშლით თუ არა ხელს სამსახურში ან ყოველდღიურ საქმიანობაში?

ახდენს თუ არა ზეგავლენას თქვენს ურთიერთობებზე ოჯახში ან მეგობრებთან?

გიშლით თუ არა ხელს თავის მოვლაში მაგ., დაბანაში, ტანსაცმლის გამოცვლასა და ა.შ.

0. არა აქვს უარყოფითი გავლენა ცხოვრებაზე, შესაძლებელია დამოუკიდებლად ცხოვრება და ჩვეული საქმიანობა. შენარჩუნებულია სოციალური და ოჯახური ურთიერთობები (თუ არსებობს);
1. ბოდეა უმნიშვნელო ზეგავლენას ახდენს ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, მაგ., გაძნელებულია კონცენტრაცია, თუმცა შენარჩუნებულია დღის აქტივობა, სოციალური და ოჯახური კავშირები; დახმარების გარეშე დამოუკიდებლად ცხოვრება შესაძლებელია;
2. ბოდეა ცხოვრების რიტმს საშუალოდ არღვევს, იწვევს რა დღის აქტივობის და სოციალური ან/და ოჯახური კავშირების ნაწილობრივ მოშლას. პაციენტი არ არის პოსპიტალში, მაგრამ შეიძლება ცხოვრობდეს დაცულ სახლში (კომუნალური ფსიქიატრიული სამსახურის ტიპი) ან საჭიროებდეს დახმარებას ყოველდღიურ საქმიანობაში;
3. ბოდეა იმდენად სერიოზულად არღვევს ცხოვრების რიტმს, რომ ჩვეულებრივ საჭიროა პოსპიტალიზაცია. პაციენტს შეუძლია შეინარჩუნოს დღის განმავლობაში აქტივობა, თავის მოვლის ჩვევები და ურთიერთობები პოსპიტალში. შესაძლებელია ასევე პაციენტი ცხოვრობდეს დაცულ სახლში, მაგრამ აღენიშნებოდეს მძიმე დარღვევა ისეთ სფეროში, როგორიცაა დღის აქტივობა, ყოველდღიური ჩვევები და/ან ურთიერთობები;
4. ბოდეა იმდენად ანგრევს პაციენტის ცხოვრების რიტმს, რომ აუცილებელია პოსპიტალიზაცია. პაციენტს არ ძალუძს შეინარჩუნოს დღის განმავლობაში აქტივობა და სოციალური კავშირები. ასევე თავის მოვლის უნარიც სერიოზულად დარღვეული აქვს .

ბოდეა: ქულათა ჯამი

	ქულა
1. ბოდვითი იდეებით შეპყრობის ინტენსიობა	
2. ბოდვითი იდეებით შეპყრობის ხანგრძლივობა	
3. დარწმუნება	
4. დისტრესის ხანგრძლივობა	
5. დისტრესის ინტენსივობა	
6. უარყოფითი ზეგავლენა	

ფსიქოზურ სიმპტომთა შეფასების შკალა სმენითი პალუცინაციები

პაციენტის სახელი

პირადი ნომერი

ზოგადი ინსტრუქცია

ქვემოთ მოყვანილი სტრუქტურირებული ინტერვიუ შემუშავებულია სმენითი პალუცინაციების სპეციფიური დეტალების შესასწავლად. კითხვების უმრავლესობა შედგენილია იმდაგვარად, რომ შეაფასოს პაციენტის განცდები უკანასკნელი კვირის განმავლობაში. გამოწვევის ნარმოადგენს ორი კითხვა, კერძოდ, პაციენტის შეხედულება ხმების წარმოშობის შესახებ, რომლითაც ფასდება თუ რას ფიქრობს პაციენტი ინტერვიუს მომენტში; ასევე, ხმების სიძლიერე ფასდება ან ინტერვიუს მომენტისათვის ან რამდენად ძლიერი იყო სმენითი პალუცინაცია ბოლო შეტყევის დროს.

ასაკი: _____

სქესი: მდ/მამრ

დიაგნოზი: (თუ შესაბამება) _____

ხმების არსებობის ხანგრძლივობა (წლები) _____

სხვადასხვა მოდალობის პალუცინაციები:

ხედველობითი/ყნოსვითი/გემოვნებითი/ტაქტილური _____

სმენითი პალუცინაციები: შეფასების კრიტერიუმი

1. სიხშირე

რამდენად ხშირად გესმით ხმები? მაგ. ყოველდღე, მთელი დღე და ა.შ.

0. ხმები ან არ არის ან უფრო იშვიათია ვიდრე კვირაში ერთხელ
1. ხმები ჩნდება სულ ცოტა კვირაში ერთხელ
2. ხმები ჩნდება სულ ცოტა დღეში ერთხელ
3. ხმები ჩნდება სულ ცოტა საათში ერთხელ
4. ხმები აღენიშნება მუდმივად ან თითქმის მუდმივად; ე.ი. წყდება მხოლოდ რამდენიმე წამით ან წუთით

2. ხანგრძლივობა

როდესაც გესმით ხმები, როგორია მათი ხანგრძლივობა? მაგ. რამოდენიმე წამი, წუთი, საათი, მთელი დღე და ა.შ.

0. ხმები არ არის

1. ხმები გრძელდება რამოდენიმე წამს, წამიერი ხმები

2. ხმები გრძელდება რამოდენიმე წუთს

3. ხმები გრძელდება სულ ცოტა ერთ საათს

4. ხმები ყოველი შეტევისას გრძელდება საათობით

3. ლოკალიზაცია

როდესაც გესმით ხმები, საიდან მოდის ეს ხმა?

- ხმები ისმის თავის შიგნით და/ან თავის გარეთ?

- თუ ხმები ისმის თავის გარეთ, საიდან მოდის ეს ხმა?

0. ხმები არ არის

1. ხმები ისმის მხოლოდ თავის შიგნით

2. ხმები ისმის გარედან, მაგრამ ყურებთან ან თავთან ახლოს. ასევე შეიძლება იყოს ხმები თავის შიგნით

3. ხმები ისმის თითქოს ყურში ან ყურთან ახლოს და თავის გარეთ ყურებიდან შორს

4. ხმები ისმის ისე, თითქოს მხოლოდ თავის გარედან მოდის

4. სიძლიერე

რამდენად ხმამაღალია თქვენი ხმები?

ეს ხმები თქვენს საკუთარ ხმაზე ხმამაღალია, იგივე სიძლიერისაა, უფრო ჩუმი ან თუ მხოლოდ ჩურჩულის სახითაა?

0. ხმები არ არის

1. უფრო ჩუმი ვიდრე საკუთარი ხმა

2. დაახლოებით იგივე სიძლიერისაა რაც საკუთარი ხმა

3. საკუთარ ხმაზე ხმამაღალია

4. უკიდურესად ხმამაღალია, კივილისმაგვარი

5. პაციენტის შეხედულება ხმების წარმოშობის შესახებ.

რა ინვესს თქვენი აზრით ხმებს?

არის თუ არა ხმების წარმოშობა დაკავშირებული თქვენთან, თუ სხვა ადამიანები ან გარე ფაქტორებია მიზეზი?

თუ პაციენტი აღნიშნავს ხმების გარეგან წარმოშობას:

რამდენად გჯერათ, რომ თქვენი ხმები გამოწვეულია

(ჩანერეთ პაციენტის მოსაზრება) შეაფასეთ შკალაზე 0-დან 100-მდე, სადაც 100 ასახავს თქვენს სრულ დარწმუნებას ყოველგვარი ეჭვის გარეშე და 0 კი პირიქით, თქვენს სრულ დაურწმუნებლობას.

0. ხმები არ არის

1. დარწმუნებულია, რომ ხმები გამოკვეთილად შინაგანი წარმოშობისაა და დაკავშირებული საკუთრივ პიროვნებასთან

2. 50%-ზე ნაკლებად ემხრობა იმ მოსაზრებას, რომ ხმები გამოწვეულია გარეგანი მიზეზებით

3. 50%-ით ან მეტად (მაგრამ 100%-ზე ნაკლებად) ემხრობა იმ მოსაზრებას,

რომ ხმები გამოწვეულია გარეგანი მიზეზებით

4. დარწმუნებულია, რომ ხმები მთლიანად გამოწვეულია გარეგანი მიზეზებით

6. ხმების უარყოფითი შინაარსის მოცულობა

არის თუ არა თქვენი ხმები უსიამოვნო ან უარყოფითი შინაარსის?

-შეგიძლიათ, აღწეროთ რამოდენიმე მაგალითი, თუ რას ამბობენ ხმები?
(ჩაინერეთ ეს მაგალითები)

-რამდენ ხანს გრძელდება ეს უსიამოვნო ან უარყოფითი გამონათქვამები?

0. არ არის უსიამოვნო შინაარსის

1. შემთხვევითი, იშვიათი უსიამოვნო გამონათქვამებია
2. ხმების მცირე ნაწილია უსიამოვნო ან უარყოფითი შინაარსის (<50%)
3. ხმების უმეტესი შინაარსი უსიამოვნო ან უარყოფითია (50% ან მეტი)
4. ხმების მთლიანი შინაარსი უსიამოვნო ან უარყოფითია

7. უარყოფითი შინაარსის ხარისხი

(შეაფასეთ შკალის მიხედვით და თუ საჭიროა ჰკითხეთ პაციენტს დამატებითი დეტალები)

0. არ არის უსიამოვნო ან უარყოფითი

1. გარკვეული დონის უარყოფითი გამონათქვამებია, რომლებიც არ არის პირდაპირ კავშირში პიროვნებასთან ან მის ოჯახთან, მაგ. ლანძღვის სიტყვები ან კომენტარები რომლებიც არ ეხება პირდაპირ პიროვნებას. მაგ. "მერძვე მახინჯია"
2. პერსონალური სიტყვიერი შეურაცხყოფა, კომენტარი ქცევაზე, მაგ. "არ გააკეთო ეს ან არ თქვა ის"
3. პერსონალური სიტყვიერი შეურაცხყოფა თვით-შეფასებასთან დაკავშირებით, მაგ. "შენ ხარ ზარმაცი, მახინჯი, გიჟი, გარყვნილი"
4. პერსონალური მუქარა, მაგ. თავად პიროვნების ან ოჯახის ფიზიკური განადგურებისა, საგანგებო ინსტრუქციები ან ბრძანებები, რომ ავნოს თავს ან სხვებს, პერსონალური სიტყვიერი შეურაცხყოფა როგორც პუნქტ 3-შია

8. დისტრესის შეფასება

არის თუ არა თქვენი ხმები შემანუხებელი? რა ხნის განმავლობაში?

0. ხმები საერთოდ არ არის შემანუხებელი

1. ხმები დროდადროა შემანუხებელი, ძირითადად არაშემანუხებელია (<10%)
2. ხმების მცირე ნაწილია შემანუხებელი (<50%)
3. ხმების უმეტესობა შემანუხებელია (50%)
4. ხმები ყოველთვის შემანუხებელია

9. დისტრესის ინტენსივობა

როდესაც ხმები შემანუხებელია, რამდენად შემანუხებელია ისინი?

-ინვეს თუ არა ხმები მსუბუქ, საშუალო ან მძიმე დისტრესს?

-არის თუ არა ხმები იმაზე შემანუხებელი ვიდრე ოდესმე?

0. ხმები საერთოდ არ არის შემანუხებელი

1. ხმები ოდნავ შემანუხებელია
2. ხმები შემანუხებელია საშუალოდ

3. ხმები შემანუხებელია იმდენად, რომ შეიძლება პაციენტმა უარესად იგრძნოს თავი
4. ხმები უკიდურესად შემანუხებელია, პაციენტი თავს გრძნობს წარმოუდგენლად ცუდად

10. ხმების უარყოფითი გავლენა ცხოვრებაზე

რამდენად უარყოფითად მოქმედებს ხმები თქვენს ცხოვრებაზე?

- დაანებეთ თუ არა ხმების გამო თავი სამსახურს ან სხვა საქმიანობას?
- უშლის თუ არა ხმები თქვენს ურთიერთობას მეგობრებთან ან/და ოჯახთან
- გიშლით თუ არა ხმები საკუთარი თავის მოვლაში მაგ. დაბანა, ტანსაცმლის გამოცვლა და ა.შ.

0. არ აქვს უარყოფითი გავლენა ცხოვრებაზე, შენარჩუნებულია სოციალური და ოჯახური კავშირები (თუ არსებობს)
1. ხმები ახდენს უმნიშვნელო ზეგავლენას ცხოვრებაზე, მაგ. იწვევს კონცენტრაციის გაძნელებას, თუმცა შენარჩუნებულია დღის აქტივობა და/ან სოციალური და ოჯახური კავშირები და შესაძლებელია დამოუკიდებლად ცხოვრება დახმარების გარეშე
2. ხმები საშუალოდ არღვევს ცხოვრების რიტმს, იწვევს რა დღის აქტივობის ან/და ოჯახური და სოციალური ურთიერთობების ნაწილობრივ მოშლას. პაციენტი არ არის პოსპიტალში, მაგრამ შეიძლება ცხოვრობდეს დაცულ სახლში ან საჭიროებდეს დახმარებას ყოველდღიურ საქმიანობაში
3. ხმები იმდენად სერიოზულად არღვევს ცხოვრების რიტმს რომ ჩვეულებრივ საჭიროა პოსპიტალიზაცია. პაციენტს შეუძლია შეინარჩუნოს გარკვეული დღის აქტივობა, თავის მოვლის ჩვევები და ურთიერთობები პოსპიტალში. შესაძლებელია ასევე პაციენტი ცხოვრობდეს დაცულ სახლში მაგრამ აღენიშნებოდეს მძიმე დარღვევა ისეთ საკითხებში, როგორიცაა დღის აქტივობა, ყოველდღიური ჩვევები და/ან ურთიერთობები
4. ხმები იმდენად ანგრევს პაციენტის ცხოვრების რიტმს, რომ აუცილებელია პოსპიტალიზაცია. პაციენტს არ ძალუძს შეინარჩუნოს რაიმე დღის აქტივობა და სოციალური კავშირები. სერიოზულადაა დარღვეულია ასევე თავის მოვლის უნარი.

11. რამდენად მართვადია ხმები

- ფიქრობთ თუ არა რომ შეგიძლიათ აკონტროლოთ ხმები?
- შეგიძლიათ გამოიწვიოთ ან არ დაუშვათ ხმები?

0. სუბიექტს სჯერა, რომ შეუძლია აკონტროლოს ხმები ანუ შეუძლია ნებისმიერ დროს გამოიწვიოს ან განდევნოს სურვილისამებრ
1. სუბიექტს სჯერა, რომ უმრავლეს შემთხვევაში გააჩნია გარკვეული კონტროლი ხმებზე
2. სუბიექტს სჯერა, რომ დაახლოებით ნახევარჯერ შეუძლია აკონტროლოს ხმები
3. სუბიექტს სჯერა, რომ შეუძლია მხოლოდ დროდადრო აკონტროლოს ხმები. უმეტესად სუბიექტს აღენიშნება არაკონტროლირებადი ხმები
4. სუბიექტს საერთოდ არ გააჩნია ხმებზე კონტროლი, არ შეუძლია გამოიწვიოს ან განდევნოს ისინი

ხმების რაოდენობა

რამდენი სხვადასხვა ხმა გესმოდათ გასული კვირის განმავლობაში?

ხმების რაოდენობა =

ხმების ფორმა

I პირში კი/არა (№=)

II პირში კი/არა (№=)

III პირში კი/არა (№=)

ცალკეული სიტყვები ან ფრაზები ნაცვალსახელის გარეშე კი/არა (№=)

ჰალუცინაციები: ქულათა ჯამი

	ქულა
1. სიზშირე	
2. ხანგრძლივობა	
3. ლოკალიზაცია	
4. სიძლიერე	
5. წარმოდგენა ხმების წარმოშობის შესახებ	
6. ხმების უარყოფითი შინაარსის მოცულობა	
7. ხმების უარყოფითი შინაარსის ხარისხი	
8. დისტრესის შეფასება	
9. დისტრესის ინტენსივობა	
10. უარყოფითი გავლენა	
11. კონტროლი	

კალგარის დეპრესიის სკალა

ზოგადი ინსტრუქციები

კალგარის დეპრესიის სკალა სპეციალურადაა შემუშავებული შიზოფრენიით დაავადებულთა დეპრესიის სიღრმის შესაფასებლად. ეს სკალა ორი ფართოდ გამოყენებული კითხვარის (Present State Examination-ისა და Hamilton Depression Scale-ს), ფაქტორული და სარწმუნოების ანალიზის ტექნიკების გამოყენებით შეიქმნა. შემდგომში ამ სკალამ სარწმუნოებასა და ვალიდურობაზე ტესტირება გაიარა ცალკეულ ნიმუშზე ფაქტორული და დიფერენცირებული ანალიზების გამოყენებით.

სკალა მონოდებულია ასახოს საკუთრივ დეპრესია შიზოფრენიით დაავადებულთა მრავალფეროვან ფსიქოპათოლოგიურ კლინიკურ სურათში, დაავადების როგორც მწვავე, ასე რეზიდუალურ სტადიებში. იგი მგრძნობიარეა ცვლილებებისადმი და მისი გამოყენება შესაძლოა სხვადასხვა ინტერვალებით.

შემფასებელმა სკალა უნდა გამოცადოს შიზოფრენიით დაავადებულებში, პარელელურად სხვა შემფასებელთან ერთად, რომელიც გამოცდილია სტრუქტურული კითხვარების გამოყენებაში, უნდა გამოსცადოს სკალა, რათა მაღალი იყოს შეფასებათაშორისი სარწმუნოება. შემფასებელი ადექვატურ შეფასებათაშორის სარწმუნოებას 5-10 პრაქტიკულ ინტერვიუში აღწევს.

ინტერვიუ შედგება რვა სტრუქტურირებული შეკითხვისაგან, რომელსაც მოსდევს ერთი მიმოხილვითი პუნქტი.

უპასუხეთ კითხვებს თანმიმდევრულად.

პაციენტის სტატუსი ფასდება ძირითადად უკანასკნელი ორი კვირის მდგომარეობის მიხედვით. მეცხრე კითხვა იყვება კითხვარის შევსების შედეგად მიღებული მთელი ინფორმაციის საფუძველზე.

1. დეპრესია

როგორ აღწერდით თქვენს გუნებ-განწყობას უკანასკნელი ორი კვირის განმავლობაში?

როგორია თქენი გუნებ-განწყობა ბოლო დროს – ხართ კარგ გუნებაზე, ცუდ გუნებაზე ხართ თუ ძალიან დეპრესიული? როგორია ეს გუნებ-განწყობა (პაციენტის შეფასების მიხედვით) ? ყოველ დღე ასე გრძნობთ თავს? მთელი დღე?

0. არ არის;

1. მსუბუქი (ნაღვლიანია კითხვებზე პასუხის გაცემისას).
2. საშუალო (გამოკვეთილია დაქვეითებული გუნება-განწყობა დროის 50%-მდე, ორი კვირის განმავლობაში, რაც დღემდე გრძელდება);
3. ღრმა (მკვეთრად გამოხატული დაქვეითებული გუნება-განწყობა დროის 50%-ზე მეტად, ორი კვირის განმავლობაში, რაც აისახება დარღვეულ მოტორიკასა და სოციალურ ფუნქციონირებაში)

2. უიმედობა

როგორ უყურებთ მომავალს?

ხედავთ თუ არა რაიმე პერსპექტივას მომავალში, თუ ცხოვრებას უიმედოდ უყურებთ?

ალარ მიმართავთ რაიმე მცდელობას, გამოასწოროთ თქენი მდგომარეობა თუ ჯერ

კიდევ არსებობს რაიმე შანსი?

0. არ არის;

1. **მსუბუქი** (უკანასკნელი კვირის განმავლობაში დანალექიანებულია, მაგრამ უკეთესი მომავლის მცირე იმედი მაინც აქვს);
2. **საშუალო** (მთელი კვირის განმავლობაში ჰქონდა უიმედობის მუდმივი ზომიერი განცდა. შეიძლება დაჰყვეს დარწმუნებას, რომ მდგომარეობა გაუუმჯობესდება);
3. **ღრმა** (უიმედობის მუდმივი და შემანუხებელი შეგრძნება).

3. თვითდამცირება

- სხვებთან შედარებით, როგორია თქვენი შეხედულება საკუთარ პიროვნებაზე?
- თავს გრძნობთ ისევე კარგად, ანდა დაახლოებით ისე, როგორც უმრავლესობა?
- თავი სხვაზე ნაკლებად მიგაჩნიათ, თუ საერთოდ უღირსად თვლით?

1. არ არის;

2. **მსუბუქი** (გარკვეული შეგრძნება არასრულფასოვნებისა; არ აღენიშნება უღირსობის განცდა);
3. **საშუალო** (სუბიექტს აღენიშნება უღირსობის განცდა დროის 50% -ზე ნაკლებად);
4. **ღრმა** (სუბიექტს აღენიშნება უღირსობის განცდა დროის 50 %-ზე მეტად). უჭირს სხვაგვარი დაშვება. შესაძლოა, ჩაკითხვისას სხვაგვარადაც დაუშვას).

4. დანაშაულის შინაარსის დამოკიდებულების იდეები

- გაქვთ თუ არა გრძნობა, რომ თქვენ რაღაცას გასაყვედურობენ ან დაუშსახურებლად გადანაშაულებენ? რის გამო? (არ ითვლება დამსახურებული ბრალდება ან დანაშაული; გამორიცხეთ დანაშაულის ბოდეა)

0. არ არის;

1. **მსუბუქი** (სუბიექტი გრძნობს, რომ საყვედურობენ, მაგრამ არ ადანაშაულებენ დროის 50%-ზე ნაკლებად);
2. **საშუალო** (მუდმივად გრძნობს, რომ საყვედურობენ და/ან ადანაშაულებენ);
3. **ღრმა** (მუდმივად გრძნობს, რომ ადანაშაულებენ. ჩაკითხვისას აცნობიერებს, რომ ასე არ არის).

5. თვითბრალდების პათოლოგიური გრძნობა

- ხართ თუ არა მიდრეკილი საკუთარ თავს წარსულში ჩადენილი უმნიშვნელო სიტუაციის გამო უსაყვედუროთ?
- ფიქრობთ თუ არა, რომ დამსახურებულად გაქვთ ეს დარდი?

0. არ არის;

1. **მსუბუქი** (ზოგჯერ სუბიექტი მცირე ცოდვების გამო თავს გრძნობს ზედმეტად დამნაშავედ, მაგრამ მხოლოდ დროის ნახევარჯერ);
2. **საშუალო** (ჩვეულებრივ დროის 50 %-ში), სუბიექტი გრძნობს დანაშაულის განცდას წარსული ქმედებების გამო, რომელთა მნიშვნელოვნებას ის გადაჭარბებულად აფასებს;
3. **ღრმა** (ძირითადად სუბიექტი თავის თავს აბრალებს ყველაფერს, რაც კი რამ ცუდი ხდება, თუნდაც სულაც არ იყოს მისი ბრალი).

6. დეპრესია დილის საათებში

უკანასკნელი ორი კვირის განმავლობაში დეპრესიული გუნებ-განწყობისას ხომ არ გაიხსენებდით დღის რომელ მონაკვეთში ძლიერდებოდა დეპრესია?

0. არ არის;

1. მსუბუქი (დეპრესია არსებობს, მაგრამ არ ფიქსირდება დღის რომელიმე კონკრეტულ მონაკვეთში);
2. საშუალო (საპონტანურად მითითებულია დილის საათები);
3. ღრმა (მითითებულია ხაზგასმულად დილის საათები, რაც ხასიათდება დარღვეული ფუნქციონირებით, რომელიც შუადღისას ექვემდებარება გამოსწორებას).

7. ადრე გაღვიძება

უფრო ადრე ხომ არ გეღვიძებათ, ვიდრე თქვენთვის ჩვეულებრივ დამახასიათებელია?

0. არ არის;

1. მსუბუქი (ზოგჯერ აღენიშნება (კვირაში ორჯერ) გაღვიძების ტენდენცია მისთვის ჩვეულებრივ დროსთან შედარებით ერთი საათით ან უფრო ადრე);
2. საშუალო (გაღვიძების ტენდენცია ხშირად აღენიშნება (ხუთჯერ კვირაში) ერთი საათით ან უფრო მეტად ადრე მისთვის ჩვეულებრივ დროსთან შედარებით);
3. ღრმა (დღისით ეღვიძება ერთი საათით ან უფრო ადრე მისთვის ჩვეულებრივ დროსთან შედარებით).

8. სუიციდი

გქონიათ თუ არა გრძნობა, რომ სიცოცხლე არ ღირს?

ხომ არ გაგჩენიათ ამ ყველაფრისთვის ნერტილის დასმის სურვილი?

რა იფიქრეთ ამ დროს თქვენს შესაძლო მოქმედებებზე?

გიცდიათ თუ არა განზრახვის სისრულეში მოყვანა?

0. არ არის;

1. მსუბუქი (ხშირია ფიქრები- „სჯობს მკვდარი ვიყო“, მაგრამ იშვიათია ფიქრები თვითმკვლელობაზე);
2. საშუალო (ფიქრები თვითმკვლელობის გეგმებზე, მცდელობა არ დაფიქსირებლას);
3. ღრმა (თვითმკვლელობის მცდელობა ვერ განხორციელდა უცაბედი აღმოჩენის ან საშუალებათა არასაკმარისობის გამო).

9. დეპრესიის შეფასება

ეფუძნება პაციენტზე მთელი ინტერვიუს განმავლობაში დაკვირვებას.

კითხვა „ხშირად ხართ ტირილის გუნებაზე?“ შეიძლება დაისვას ინტერვიუს რომელიმე შესატყვის მომენტში და ამით შეიძლება გამოვლინდეს ამ დაკვირვებისათვის სასარგებლო ინფორმაცია.

0. არ არის;

1. მსუბუქი (სუბიექტი ინტერვიუს შემცველ ნეიტრალურ თემებზე საუბრის დროსაც დანალღლიანებულია);
2. საშუალო (სუბიექტი დანალღლიანებულია მთელი ინტერვიუს განმავლობაში, საუბრობს დაგუდული, მონოტონური ხმით, თვალები ცრემლიანი აქვს ან ეს ესაა ატირდება);

3. ღრმა (სუბიექტს ხმა უწყდება დისტრესულ თემებზე საუბრისას, აკეთებს ღრმა ამოსუნთქვებს და ღიად ტირის, ან „გაქვავებულია“).

კალგარის დეპრესიის სკალა

საიდენტიფიკაციო მონაცემები:

ინტერვიუერი:

შევსების თარიღი:

	არ არის	მსუბუქი	საშუალო	ღრმა
1 დეპრესიული გუნებ-განწყობა	0	1	2	3
2 უიმედობა	0	1	2	3
3 თვითდამცირება	0	1	2	3
4 დანაშაულის შინაარსის დამოკიდებულების იდეები	0	1	2	3
5 თვითბრალდების პათოლოგიური გრძნობა	0	1	2	3
6 დეპრესია დილის საათებში	0	1	2	3
7 ადრე გაღვიძება	0	1	2	3
8 სუიციდი	0	1	2	3
9 დეპრესია	0	1	2	3

ჰოპკინსის სიმპტომური კითხვარი

გამოკვლევის თარიღი: _____

ასაკი: _____

სახელი, გვარი: _____

მისამართი: _____

განათლება, პროფესია: _____

ინსტრუქცია: ქვემოთ წარმოდგენილ სიაში მოცემულია ზოგიერთი პრობლემა, რომელიც შეიძლება ადამიანს აწუხებდეს. გთხოვთ ყურადღებით გაეცნოთ პასუხებს შეკითხვაზე - „რამდენად განუხებთ“ და ის გრაფა აღნიშნოთ, რომელიც ზუსტად ასახავს იმ პრობლემას და მის ინტენსივობას, რაც უკანასკნელი შვიდი დღის განმავლობაში განუხებდათ მიმდინარე დღის ჩათვლით. ყურადღებით ნაიკითხეთ თითოეული პასუხი და ნუ გამოტოვებთ ნურც ერთ მათგანს. თუ რაიმე შეკითხვა დაგებადებათ, მიმართეთ ინსტრუქტორს.

რამდენად განუხებთ—	0 საერთოდ არ განუხებ	1 ოდნავ მანუხებს	2 ზომიერად მანუხებს	3 ძალიან მანუხებს	4 უკიდურესად მანუხებს
1. თავის ტკივილი					
2. ნერვიულობა ან შინაგანი კანკალის შეგრძნება					
3. პერიოდულად არასასიამოვნო ფიქრები					
4. სისუსტე ან თავბრუსხვევა					
5. სქესობრივი ლტოლვის დაკარგვა					
6. კრიტიკული დამოკიდებულება სხვების მიმართ					
7. აზრი, თითქოს ვიღაცას თქვე- ნი ფიქრების მართვა შეუძლია					
8. განცდა, რომ თქვენს უსიამოვნებებში ბრალი სხვებს მიუძღვით					
9. გულმავიწყობა					
10. საკუთარი დაუდევრობა და უყურადღებობა					
11. ადვილი გამლიზიანებადობა და განანყენება					
12. გულის ან გულმკერდის არეში ტკივილი					
13. ქუჩაში ან გახსნილ სივრცეში ყოფნის შიში					
14. ენერგიის დაქვეითება ან უძლურების განცდა					
15. აზრები თვითმკვლელობაზე					

16. ხმები, რომლებიც თქვენს გარდა არავის ესმის					
17. კანკალი					
18. განცდა, რომ ადამიანთა უმრავლესობა ნდობას არ იმსახურებს					
19. მადის დაქვეითება					
20. ხშირი ცრემლიანობა					
21. უზერხულობის ან გაუბედაობის განცდა საინინალმდეგო სქესის მიმართ					
22. განცდა, რომ მახეს გიგებენ					
23. უეცარი, უმიზეზო შიში					
24. რისხვის ეპიზოდი, რომელიც არ ემორჩილება თქვენს კონტროლს					
25. სახლიდან მარტო გასვლის შიში					
26. თვითბრალდების აზრები					
27. ნელის ტკივილი					
28. განცდა, რომ საქმის კეთებაში ხელს რაღაც გიშლით					
29. მარტოობის განცდა					
30. სევდიანობა					
31. გადაჭარბებული ნერვიულობა, მოუსვენრობა					
32. გარემოსადმი ინტერესის დაკარგვა.					
33. შიშის განცდა					
34. განცდა, რომ მეტისმეტად მგრძნობიარე ხართ					
35. განცდა, რომ თქვენი აზრები სხვებისთვის ცნობილი ხდება					
36. განცდა, რომ სხვებს თქვენი არ ესმით, ან არ გითანაგრძნობენ					
37. გრძნობა, რომ ხალხი თქვენს მიმართ ცუდადაა განწყობილი					
38. ყველაფერს ძალიან ნელა ასრულებთ, შეცდომა რომ არ დაუშვათ					
39. გულის არქარების შეგრძნება					
40. კუჭის აშლილობა ან გულის რევის შეგრძნება					
41. განცდა, რომ სხვებთან შედარებით არასრულფასოვანი ხართ					
42. კუნთებში ტკივილის შეგრძნება					

43. განცდა, რომ სხვები გითვალთვალებენ, ან თქვენზე საუბრობენ					
44. ჩაძინების პროცესის გაძნელება					
45. უკვე შესრულებული საქმის რამდენჯერმე გადამოწმება					
46. პრობლემები გადანაცვლების მიღებაში					
47. მატარებლით, ავტობუსით, მეტროთი მგზავრობის შიში					
48. სუნთქვის შეკერის განცდა					
49. განცდა, რომ გასხამთ ცივი ან ცხელი ოფლი					
50. განცდა, რომ ზოგიერთ საგნებს შიშის გამო ერიდებით, გაურბიხართ გარკვეულ ადგილას ყოფნას და საქმიანობას					
51. განცდა, რომ გონება გიცარიელდებათ					
52. სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში დაბუების ან ჩხვლეტის შეგრძნება					
53. ყელში ბურთის განხერვის შეგრძნება					
54. მოშავლისადმი უიმედობის განცდა					
55. ყურადღების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება					
56. სხეულის სხვადასხვა ნაწილში სისუსტის შეგრძნება					
57. დაძაბულობის ან აფორიაქების განცდა					
58. კიდურებში სიმძიმის შეგრძნება					
59. ფიქრები სიკვდილის შესახებ					
60. ჭარბი საკვების მიღება					
61. უხერხულობის განცდა, როდესაც ხალხი გიყურებთ ან თქვენს შესახებ საუბრობს					
62. ფიქრები თქვენ რომ არ გაკუთვნით					
63. შინაგანი მოთხოვნილება, ეინმე ცემოთ, დააზიანოთ, ან ტკივილი მიაყენოთ					
64. ნაადრევი გამოღვიძება დილით					
65. ზოგიერთი მოქმედების იძულებითი განმეორება – შეხება, თელა, რეცხვა					

66. მოუსვენარი, დარღვეული ძილი					
67. მოთხოვნილება, დაამსხვროთ ნივთები					
68. ისეთი აზრების ან შეხედულებების არსებობა, რასაც სხვები არ იზიარებენ					
69. ირგვლივმოცუბთან ურთიერთობის დროს უხერხულობის განცდა					
70. ხალხის თავშეყრის ადგილებში უხერხულობის განცდა (თეატრში და სხვ)					
71. განცდა, რომ ყველაფერს დიდი ძალისხმევა სჭირდება					
72. ძლიერი შიშის ან პანიკის შეტევა ეპიზოდები					
73. საზოგადოებაში ჭამის ან დალევის დროს უხერხულობის განცდა					
74. კამათში ხშირი ჩაბმა					
75. ნერვულობა, როდესაც მარტო რჩებით					
76. სხვების მზრიდან თქვენი წარმატებების იგნორირება					
77. ხალხის გარემოცვაშიც კი მარტოობის განცდა					
78. გრძნობთ რა მოუსვენრობას, გიჭირთ ერთ ადგილას ჯდომა ან გაჩერება					
79. განცდა, რომ უვარგისი ადამიანი ხართ					
80. წინათგრძნობა, რომ რაღაც ცუდი უნდა მოხდეს					
81. ყვირილის ან ნივთების სროლის ეპიზოდი					
82. შიში, რომ საზოგადოებაში გრძნობას დაკარგავთ					
83. განცდა, რომ თქვენ ხალხი გამოგიყენებთ					
84. მომბეზრებელი ხასიათის სექსუალური შინაარსის ფიქრები					
85. აზრი, რომ თქვენი ცოდვებისთვის დაისჯებით					
86. შიშის მომგვრელი ფიქრები ან ხატები					
87. აზრი რომ თქვენს სხეულში რაღაც სერიოზული დარღვევებია					

88. განცდა, რომ არასოდეს არ გიგრძეწიათ სიახლოვე სხვა პიროვნებასთან					
89. დანაშაულის განცდა					
90. აზრი, რომ თქვენს გონებას რაღაც დაემართა					

პოპკინის სიმპტომური კითხვარის შედეგების გასაღები

F1-სომატური სიმპტომები: 1; 4; 12; 27; 39; 40; 42; 44; 48; 49; 52; 53; 56; 58; 66. სულ 15	F2-ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომები: 3; 9; 10; 28; 38; 45; 46; 51; 55; 65. სულ 10	F3-სოციალური კონტაქტების დეფიციტი: 6; 21; 34; 36; 37; 41; 61; 69; 73. სულ 9
F4-დეპრესია: 5; 14; 15; 19; 20; 26; 29; 30; 31; 32; 54; 59; 60; 64; 71; 79; 89. სულ 17	F5-აჟიტაცია: 2; 17; 23; 33; 39; 57; 72; 78; 80; 86. სულ 10	F6-აგრესიულობა: 11; 24; 63; 67; 74; 81. სულ 6
F7-ფობიები: 13; 25; 47; 50; 70; 75; 82. სულ 7	F8-პარანოიდულობა: 8; 18; 22; 43; 68; 76; 83. სულ 7	F9-ფსიქოტიზმი: 7; 16; 35; 62; 77; 84; 85; 87; 88; 89; 90. სულ 11

კოგნითური თერაპიის სკალა ფსიქოზებისათვის (კოს-ფსიქ)

ეს სკალა საზღვრავს სეანსის ეფექტიანი წარმართვის ხარისხს, რომელიც ეყრდნობა სუბიექტურ და ობიექტურ (სუპერვიზია) მონაცემებს. თერაპევტის მუშაობა ფასდება შემდეგი ქულებით:

10 = სწორად გაკეთდა

9 = არ გაკეთდა, მაგრამ თერაპევტის ტაქტიკა ადექვატური იყო.

0 = არ გაკეთდა, ვინაიდან თერაპევტის ტაქტიკა ადექვატური არ იყო.

(0-დან 9-მდე ქულები განსაზღვრავს თერაპევტის ტაქტიკის ადექვატურობის ხარისხს, შესაბამისი პუნქტის შეუსრულებლობის შემთხვევაში)

I: ზოგადი

ა) დღის განრიგი

1. თერაპევტი დღის განრიგის განსაზღვრავად პაციენტის ამჟამინდელ ემოციურ მდგომარეობას ითვალისწინებდა;
2. თერაპევტი და პაციენტი დღის განრიგს ერთად ადგენდნენ;
3. დაადგინეს დღის განრიგის პრიორიტეტული საკითხები;
4. დღის განრიგი დროში გადანაწილდა (შესაბამისად მიზნები არც ძალზე პრეტენზიული იყო და არც ძალიან შეზღუდული);
5. ზოგჯერ პაციენტი განიხილავდა განსაკუთრებულად მნიშვნელოვან მოვლენებს ან პრობლემებს, რომელსაც ადგილი ჰქონდა უკანაკნელი სეანსის შემდგომ პერიოდში;
6. სეანსის მსვლელობას საფუძვლად დღის განრიგი დაედო.

ბ) უკუკავშირი

1. თერაპევტმა წინა სეანსის შესახებ უკუკავშირი მიიღო.
2. თერაპევტი პაციენტს შეეკითხა - რა რეაქცია ჰქონდა მიმდინარე სეანსის დროს და უკუკავშირი მიიღო.
3. თერაპევტმა იკითხა - ჰქონდა თუ არა პაციენტს რაიმე ნეგატიური რეაქცია თერაპევტის, სეანსის შინაარსის, ან პრობლემის ფორმულირებისა და სხვების მიმართ.
4. თერაპევტი ცდილობდა, პაციენტის უკუკავშირზე საპასუხო რეაგირება მოეხდინა.
5. თერაპევტმა შეამოწმა - ნათლად ესმოდა თუ არა პაციენტს თერაპევტის როლი, აგრეთვე - სეანსის მიზანი და საზღვრები.
6. სეანსის დაჯამებით თერაპევტმა შეამოწმა - თვითონ რამდენად სწორად ესმოდა პაციენტის პერსპექტივა, რისთვისაც პაციენტს თხოვდა თავად მას დაერეგულირებინა ან შესაბამისად შეესწორებინა თერაპევტის ნათქვამი.

გ) სიღრმისეული გაგება

1. თერაპევტი პაციენტის ნათქვამის სიღრმისეულ გაგებას პერეფრაზირებით ან დაჯამებით ახერხებდა;
2. თერაპევტი სენსიტიურობას პაციენტის მიმართ, როგორც მისი ემო-

ციების, ასევე აზრების სარკისებრი არეკვლით ამჟღავნებდა.

3. თერაპევტის ხმის ტემბრი ემპათიური იყო.
4. პაციენტის შეხედულებებს თერაპევტი სარწმუნოდ და მნიშვნელოვნად მიიჩნევდა.
5. თერაპევტი პაციენტის შეხედულებებს არ უარყოფდა.
6. აზრთა სხვადასხვაობა ორმხრივად – როგორც თერაპევტის, ასევე პაციენტის მხრიდან – აღიარებული და პატივცემული იყო.

დ) თერაპიული ურთიერთობის ანუ თერაპიული ალიანსის ეფექტურობა

1. თერაპევტი გახსნილად გამოიყურებოდა და თავდაცვის პოზიციაში არ იყო, რასაც იმით ამჟღავნებდა, რომ თავის შთაბეჭდილებებს არ მალავდა და არც პაციენტის მიერ დასმულ შეკითხვებს არიდებდა თავს.
2. თერაპევტი თავის აზრებს გადმოსცემდა თბილად, მზრუნველად და არა ცივად და ინდიფერენტულად.
3. თერაპევტი არ აკრიტიკებდა, არ უარყოფდა და არც ირონიულად უყურებდა პაციენტის ქცევას ან მის შეხედულებას.
4. თერაპევტი ადექვატურად პასუხობდა ხუმრობაზე, ან შესაბამისად აჟღავნებდა იუმორს.
5. თერაპევტი იყენებდა გასაგებ გამონათქვამებს და არ ყოყმანობდა; არც ხშირ პერიფრაზს ახდენდა.
6. სეანსს აკონტროლებდა თერაპევტი. მას შეეძლო შესაბამისი ლავირება მოსმენასა და სეანსის წაყვანას შორის.

ე) თანამშრომლობა

1. თერაპევტი ითხოვდა, რომ პაციენტიც გამოეთქვა საკუთარი მოსაზრებები სეანსის შემდგომი მსვლელობის შესახებ და შეძლებისდაგვარად არჩევანს სთავაზობდა.
2. თერაპევტი დარწმუნებულიყო იყო, რომ პაციენტიც გააზრებული პქონდა თავისი მოსაზრებები და არჩევანი.
3. თერაპევტი განმარტავდა თავისი ჩარევის ლოგიკას.
4. აზრების ვერბალური ჩანაცვლება მიმდინარეობდა ფაქიზად, მოსმენისა და საუბრის ბალანსირებით.
5. თანამშრომლობა შენარჩუნებული იყო მაშინაც კი, როცა თერაპევტი თავის თავზე იღებდა მასწავლებლის როლს.
6. დისკუსიის ტონალობა და მეტყველება ისეთი იყო, რომ პაციენტისათვის იოლად გასაგები ყოფილიყო.

II: სპეციფიკა

ვ) სოკრატისეული დიალოგის გამოყენება

1. იმის გასარკვევად, თუ რას უკავშირებდა თავად პაციენტი შემთხვევას ან გარემოებას, თერაპევტი მას შესაბამის კითხვებს უსვამდა.
2. თერაპევტი ისეთ კითხვებს იყენებდა, რომელიც პიროვნების ღირსებას არ აკნინებდა და ამავე დროს, ის პაციენტს თავისივე დასკვნების დაუსაბუთებლობასა და არათანმიმდევრულობაზე მიუთითებდა.

3. თერაპევტი იყენებდა კითხვებს, რათა პაციენტს პრობლემის სხვადასხვა ასპექტის ახსნაში დახმარებოდა.
4. თერაპევტი იყენებდა კითხვებს, რათა პაციენტის შემთხვევითი დასკვნები გადაემონებინა.
5. თერაპევტი იყენებდა კითხვებს, რათა პრობლემის გადაჭრის ალტერნატიული გზები გამოეაშკარებინა.
6. თერაპევტი იყენებდა კითხვებს ალტერნატიული განმარტებების განსახილველად.

ზ) საკვანძო აზრებზე ფოკუსირება

1. თერაპევტი პაციენტის სპეციფიკურ აზრებს, დასკვნებს, წარმოსახვებს, მოგონებებს ან პერსპექტივებს ააშკარებდა (განიხილავდა).
2. როგორც კი ერთხელ გამოშკარავდებოდა (განიხილებოდა) ზემოთ აღნიშნული აზრები, პაციენტი უკვე საკვანძო პრობლემების გადაჭრაში იყო ჩართული.

ამგვარი აზრები ახსნილი ან განხილული იყო შემდეგი მახასიათებლის მიხედვით:

1. ფენომენოლოგიური (შინაარსი, ფორმა, სიხშირე, მიმდინარეობა და ა.შ.);
2. პაციენტის ძირითადი პრობლემების მიმართ დამოკიდებულების;
3. აზრებსა და ემოციებს შორის კავშირის.
4. დისკუსია თერაპევტსა და პაციენტს შორის თანამშრომლურ ატმოსფეროში მიმდინარეობდა.

თ) ინტერვენციის მეთოდების არჩევა

1. თერაპევტმა ინტერვენციისათვის კოგნიტურ-ბიპევიორული ტექნიკა აირჩია.
2. თავიდან ბოლომდე სტრატეგია პაციენტის პრობლემებზე იყო მიმართული.
3. თითოეული კოგნიტურ-ბიპევიორული ტექნიკა პაციენტის საკვანძო პრობლემების რელევანტურია.
4. გამოყენებული სტრატეგიები პირდაპირ კავშირშია მის ფორმულირებასთან.
5. არჩეული ტექნიკა მიზნობრივად (კვლევებზე დაყრდნობით) იმ პრობლემის დასაძლევად გამოიყენებოდა, რომლისკენაც იყო მიმართული.
6. ცვლილების სტრატეგიის გატარებისთვის თერაპევტი ეძიებდა პაციენტისგან ადეკვატურ უკუკავშირს.

ი) საშინაო დავალება

1. თერაპევტი ყოველი სესიის წინ დეტალურად ეცნობოდა საშინაო დავალებას.
2. თერაპევტი აჯამებდა წინა საშინაო დავალებიდან მიღებულ დასკვნებს ან აღნიშნავდა პროგრესს.
3. თერაპევტი იძლეოდა შესაბამის საშინაო დავალებას.
4. თერაპევტი იძლეოდა საშინაო დავალების ლოგიკურ ახსნას.
5. საშინაო დავალება სპეციფიკური იყო, დეტალები კი გასაგებად ახსნილი.
6. თერაპევტი ეკითხებოდა პაციენტს, ხომ არ გრძნობდა საშინაო

დავალების შესრულებასთან დაკავშირებით რაიმე პრობლემას.

კ) ინტერვენციის ხარისხი

0 თერაპევტი პრაქტიკულად არ იყენებს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ტექნიკებს.
ტექნიკები გამოყენებულია:

1 – ოსტატობის ძალზე დაბალი დონით;

2 – საშუალოზე მდარედ;

3 – დამაკმაყოფილებლად;

4 – კარგად;

5 – ძალიან კარგად;

6 – ბრწყინვალედ;

შენიშვნა: ამ შეკითხვას 0-ქულა მიენიჭება, თუკი არც ერთი კოგნიტურ-ბიჰევიორული ტექნიკა გამოყენებული არ იყო.

თერაპიული აქტივობის ფორმა

პაციენტი

თერაპევტი

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
სიანების აქტივობები																						
1. ურთიერთობის დამყარება და წილის მოპოვება, სურვილებად მიზნადმიმართული პრობლემების საწყისი შეფასება და თერაპიის წინააღმდეგ განსაზღვრული მიზნების შეთანხმება																						
2. ერთობლივად მუშაობა უკანასკნელი ფსიქოლოგიური ეპიზოდის დეტალურ ანალიზზე																						
3. ფსიქოზის ინდივიდუალური მოდელის შემუშავება პაციენტის ცხოვრების ისტორიის, მონაცვლეობის, პიროვნული სტრუქტურისა და ფსიქოლოგიური ეპიზოდების ტრავმების გათვალისწინებით																						
4. ნებისმიერი ხანგრძლივი ფსიქოლოგიური სიმპტომის ან არანორმალური აღქმის დეტალური შეფასება და კონკრეტული თერაპია (რაც გულისხმობს ბოდიშით აზრებისა და პალეოკინეზიკის შეფასებების დაძლევაზე მუშაობას და შესაბამის კონკრეტულ თერაპიას)																						
5. ფსიქოზის მნიშვნელობის შეფასება — რა გავლენას ახდენს (მოახდინა) გადატანული ფსიქოლოგიური ეპიზოდები პირველის თვითშეფასებაზე, შეიძლება შეიცავდეს საუბრებს სტეგმასა და ცხოვრების სტილზე																						
6. თერაპიის მომავალი საგარეულო კურსის განხილვა და მისი განხორციელების შეფასება ფსიქიკური განხორციელების პროფესიულ სერვისში ჩართვის გზით																						
7. პირველების მუცელის მდებარეობის მკურნალობის რაოდენ შეფასება (მეცხვის და სხვა გვერდითი მოვლენების განხილვა). ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ხარვეზების შეფასება, შესაბამის შემთხვევაში პაციენტის დანერგება მედიკამენტური მკურნალობის აუცილებლობაში და/ან ფსიქოლოგიური დანერგულების შეცვლის შეთანხმება																						
8. თვითშეფასებისა და ნეგატიური შეფასებების, დეტალური და შუამდგომლობის დანერგვა კითხვებით																						
9. რეკონსტრუქციის რისკის შეფასება, განხილვის ნიშნების ადრეული ამოცნობა და მათზე შესაბამისი რეაგირების სტრატეგიის შემუშავება																						

[illegible]

ნანი VI

შემთხვევები

შემთხვევა №1

მ. 40 წლის ქალი უმაღლესი განათლებით; აქვს პროფესიული საქმიანობის 15-წლიანი გამოცდილება. ბოლო ხანს ძლიერ მოიმატა წონაში, გაუქრა ძველი ინტერესები, უჭირს თავის მოვლა, აღნიშნავს უხალისობას, გუნებ-განწყობის მსუბუქ დაქვეითებას. ასევე ესმის ხმები, დამცინავი ხასიათის რეპლიკები, რომელთაც, მისი თქმით, ყურადღებას აღარ აქცევს.

მ. მშობლების, განსაკუთრებით – მამის, ნებიერი იყო. მას მაღალ მოთხოვნებს უყენებდნენ სწავლის მიმართ, რასაც წარმატებით ართმევდა თავს. ბავშვობიდან იყო კომუნიკაბელური და თან ძალზე მეოცნებე ბავშვი. უყვარდა თავის გამოჩენა. ყოველთვის თვლიდა, რომ განსაკუთრებული ინტუიცია, წინათგრძნობა აქვს. ასე, მაგ.: დედა უყვებოდა, რომ სულ პატარა იყო, როცა მამის სამსახურიდან დაბრუნებას ზუსტად 10 წუთით ადრე გრძნობდა და კარების წინ ელოდებოდა-ხოლმე. ასევე მ.-ს ამხანაგებიც თვლიდნენ, რომ მას განსაკუთრებული ინტუიცია და მკითხაობის ნიჭიც აქვს.

მ.-ს ახალგაზრდობიდან ჰქონდა ზედმეტი წონის პრობლემა, რომელსაც გადალახვასაც ცდილობდა არა მხოლოდ გავრცელებული დიეტებით, არამედ იოგას სხვადასხვა მიმდინარეობის ვარჯიშებით. ამას მოჰქონდა დროებითი შედეგი, შემდგომში ის კიდევ უფრო მეტად მატულობდა წონაში. მ. ძლიერ ინტერესდებოდა ოკულტიზმით და ინტენსიურად ურთიერთობდა თბილისში იმ დროს არსებულ სხვადასხვა (იოგას, კრიშნაიზმის, ტანტრას, ტოტალიტარული სექტა აუმ სენრიკუს - Aum Senryaku და ა.შ.) დაჯგუფებებთან და მათ ლიდერებთანაც. იმ პერიოდიდან მას დაეწყო უცნაური შეგრძნებები, „წინასწარმეტყველური“ განცდები, მხედველობითი, ტაქტილური და სმენითი ილუზიები, რომელთაც თავის განსაკუთრებულ უნარად თვლიდა. მოგვინებით ამ განცდებმა ძლიერ შემანუხებელი და სამიში ხასიათი მიიღო: მ. მთელ ბინაში, სხვადასხვა კუთხეში, ლოგინში, ხედავდა დახვეულ გველებს და ესმოდა მათი სისინი. აღნიშნულის გამო მ.-მ მშობლების რჩევით მიმართა ფსიქიატრს. მედიკამენტური მკურნალობის შედეგად მხედველობითი და სმენითი პალუცინაციები ალაგდა. მ.-მ განაგრძო ჩვეული რითმით ცხოვრება და სამსახური. დროდადრო კვლავ აღენიშნებოდა მხედველობითი პალუცინაციები: ხედავდა გველებს. მათგან განთავისუფლებას მ. ეცადა ეკლესიაში სიარულით. იმ პერიოდიდან მ. თავს იდანაშაულებდა ოკულტიზმით გატაცების გამო.

90-იან წლების ბოლოს მ.-მ მეტად უსიამოვნო სიახლე შეიტყო. აღმოჩნდა რომ მას მამის მხრიდან ხუთი წლით უმცროსი ნახევარდა ჰყავდა. აღნიშნულზე აშკარად უარყოფითი რეაგირება მოახდინა: ავადმყოფ მამას, რომელიც განსაკუთრებით უყვარდა, პრაქტიკულად აღარ უვლიდა. 2000 წელს დედის ავადმყოფობა და გარდაცვალება, ერთი წლის შემდეგ კი მამისა, მ.-სთვის სერიოზული სტრესი იყო.

მამის გარდაცვალების შემდეგ მ.-მ გამოავლინა უნდობლობა ოჯახის ახლობლების მიმართ. თელიდა, რომ მათი დახმარებით მთელი ქონება მის ნახვარდას დარჩება. მ. ნათესავებს გაერიყა. თუმცა, პერიოდულად მათთან სტუმრად მაინც დადიოდა, მაგრამ იყო დაძაბული, საუბრისას კონცენტრაცია უჭირდა, უეცრად დგებოდა და მიდიოდა. ყველაზე კრიტიკული მ.-ს სტაციონირებისწინარე მდგომარეობა იყო: გაუძლიერდა მხედველობითი პალუცინაციები, მაკომენტირებელი ხმები – დაცინვის, დაშინების და აბუჩად აგდების შინაარსის; ტაქტილური პალუცინაციები, მოტორული ავტომატიზმი გველად გადაქცევისა, დისმორფომანია. აღნიშნულის გამო მ.-ს ჰქონდა პანიკური შიში, ფსიქო-მოტორული აგზნება და სახლიდან გაქცევის მცდელობა.

სტაციონარში დაესვა დიაგნოზი: პარანოიდული შიზოფრენია. მესამე კვირიდან ანტიფსიქოზური მკურნალობის შედეგად მდგომარეობა გაუმჯობესდა და ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრში დაიწყო სიარული. შემდგომ 6-თვიან პერიოდში აღენიშნებოდა ფსიქიკური მდგომარეობის მერყეობა სმენითი და ტაქტილური პალუცინაციებით, დაცინვისა და აბუჩად აგდების მაკომენტირებელი ხმებით, რომ იგი გარყვნილი და დაცემული ქალია. ამ ხმებს მ. „ახშობდა მათთან“ სექსუალური კავშირით, რასაც იმპერატიულად „მოითხოვდა“ ხმა. ჰქონდა შესაბამისი ტაქტილური პალუცინატორული განცდები. იმ პერიოდში მ.-ს აღენიშნებოდა დაქვეითებული გუნებ-განწყობა დანაშაულისა და თვითბრალდების იდეებით. შემდგომი მედიკამენტური და ფსიქორეაბილიტაციური კურსის შედეგად მდგომარეობა გაუმჯობესდა. ფსიქოპათოლოგიურ სურათში დომინანტური გახდა პოსტფსიქოზური რეზიდუალური სიმპტომატიკა, გუნებ-განწყობის და თვითშეფასების დაქვეითება, ნაცნობებთან ურთიერთობებისგან თავის არიდება, წონაში მატება, თავის მოვლის უნარის დაქვეითება და ინტერესების შეზღუდვა.

კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის დინამიკა

I. **კბთ-ჩართვა:** ჩართვასთან დაკავშირებით სერიოზული სიძნელეები არ ყოფილა, რადგან თავადაც იყო მონდომებული რომ დაავადების მიზეზი გაეგო, რომ მომავალი გამწვავება თავიდან აერიდებინა.

II. შეფასება

ფსიქოპათოლოგიური სურათის შესაფასებლად გამოიყენებულ იქნა შემდეგი ინსტრუმენტები:

1. **SANS (II სკანსი):** აფექტური გასადავება (4); ალოგია-პარალოგია (2); აბულია-აპათია (3); ანპედონია – ასოციალურობა (3); ყურადღება (1).
2. **SAPS (I სკანსი):** პალუცინაციები (4); ბოღვა (3); უცნაური ქცევა (1); აზროვნების აშლილობის პოზიტიური პათოლოგია (0); შეუსაბამო აფექტი (1).
3. **კალგარის სკალა (II სკანსი):** დეპრესიული განწყობა (3-ლრმა); უიმედობა (0); თვითდამცირება (3-ლრმა); დანაშაულის შინაარსის დამოკიდებულების იდეები (სხვების მიერ მისი დადანაშაულება)– (1); თვითბრალდების პათოლოგიური გრძნობა (2); დეპრესია დილის საათებში (2); ადრე გაღვიძება (0); სუიციდი (1); დეპრესიის შეფასება (1).

4. ბეკის დეპრესიის სკალა (III სეანსი): ჯამური მაჩვენებელი – 21.

5. FBF (IV სეანსი): სპეციფიკური შიშები (2); სელექტიური ყურადღება (1); დისკრიმინაციის სისუსტე (1); მოტორიკა (1); ალქმა (2); კოგნიტური მიკერძოება (1); ბლოკირება (3); მეტყველების დარღვევები (4); ავტომატიზმის დაკარგვა (2); სპეციალური სენსორული დარღვევები (1); თავის გართმევის რეაქციები (2); ფიზიკური ჩივილები (1).

თერაპიის სანყის ეტაპზე ნამყვანი იყო **ნეგატიური სიმპტომატიკა და თვითშეფასების დაქვეითება**. თერაპიის სანყის ეტაპზე იმ დროს არსებული რეზიდუალური პალუცინაციებისა და შესაბამისი ბოღვითი იდეების შეფასება არ მოხერხდა.

III. პრობლემები:

პარალელურად ხდებოდა **პრობლემათა ნუსხის** ერთობლივი შემუშავება და მათი კოგნიტურ-ბიჰევიორული სქემით გადამუშავება. მ.-მ გამოყო შემდეგი პრობლემები:

1. **პრობლემა:** ის საკითხები, რაც ადრე მალელებდა, აღარ მალელებს, მაგ.: უსამსახურობის პრობლემა (I სეანსი);
2. **პრობლემა:** წონის მატება უზომო მადის გამო და სექსუალური ინტერესების დაქვეითება (II სეანსი);
3. **პრობლემა:** ფულის განაწილებასთან დაკავშირებული სირთულეები (III სეანსი);
4. **პრობლემა:** რომელიმე „თაყვანისმცემელი“ ჩემი ქმარი რომ გამხდარიყო, მე ფსიქიკური პრობლემები არ მექნებოდა (IV სეანსი);
5. **პრობლემა:** მე არავითარ საქმიანობას თავს არ ვარიდებ, მთავარია, რამის კეთება შევძლო (VI სეანსი);
6. **პრობლემა:** ბანაობის, გარეცხვის, ცენტრში მისასვლელად მომზადების და ტრანსპორტით გადაადგილების სირთულეები;
7. **პრობლემა:** წონის მატებით გამოწვეული ენერგიის დაქვეითება, მოთენთილობა, ფიზიკური უძლურების შეგრძნება (X სეანსი).

IV. თერაპევტთან ერთად დასახულ იქნა შემდეგი მიზნები:

1. აღიდგინოს თავის მოვლის უნარ-ჩვევები;
2. დაძლიოს ადინამია, ცენტრში ფეხით იაროს;
3. გააკონტროლოს წონა, მეტი აღარ მოიმატოს;
4. სწორად განაწილოს ყოველდღიური საქმიანობა დროში;
5. განაახლოს ადამიანებთან ურთიერთობები;
6. დაიბრუნოს ძველი ინტერესები – მაგ., კითხვა ან პროფესიული ინტერესი;
7. თერაპევტმა და პაციენტმა ერთობლივად დაადგინონ გადატანილი ფსიქოზის წარმოშობისა და განვითარების მიზეზი, რათა მეტჯერ ასეთი რამ აღარ განმეორდეს.

კბთ ყოველდღიური მუშაობა წარმოებდა:

1. ცხრილის – „საქმიანობის განრიგის“ – გამოყენებით (I-VIII სეანსი), სადაც მ. ყოველი საათის განმავლობაში აფიქსირებდა მიმდინარე საქმიანობას და აფასებდა მიღებულ სიამოვნებასა და საქმიანობის შედეგიანობას;
2. მუშაობა თვითშეფასებაზე. შეთავაზებულ იქნა ჩამოეთვალა, რაც შეიძლება მეტი, თავისი დადებითი თვისებები (ძალიან გაუჭირდა დანყება, რისთვისაც საჭირო გახდა „საქმიანობის განრიგისათვის“ თვალის გადავლება). მ.-მ გამოყო თავისი 10 დადებითი თვისება და მოახდინა მათი რანჟირება (0-100%-იანი ხარისხით) თავდაპირველად, მეორეჯერ კი – შესაბამისი თვისების დამადასტურებელი ფაქტის მოტანის შემდეგ (ფაქტები ამოვიღეთ მისი საქმიანობის განრიგიდან). მომდევნო სეანსებს შორის, შუალედში, საშინაო დავალებად მიეცა ამ თვისებების დამადასტურებელი ფაქტების დამატებითი გახსენება და საკუთარ დღიურში დაფიქსირება.
3. შევადგინეთ მ.-სთვის ყველაზე პრობლემური საქმიანობების ცხრილი; მან მიუთითა შესრულებამდე სირთულისა და სიამოვნების ხარისხები. საშინაო დავალებად მიეცა, შეეცა ცხრილი ამ საქმიანობების შესრულების შემდგომ.

პრობლემა	სირთულის ხარისხი შესრულებამდე %	სიამოვნების ხარისხი შესრულებამდე %	სირთულის ხარისხი შესრულების შერე %	სიამოვნების ხარისხი შესრულების შერე %
ბანაობა	75	40	40	60
რეცხვა	90	20	60	40
სადილის კეთება	50	70	10	100
სუფრის გაშლა- ალაგება	40	40	20	60
პროდუქტის მოტანა	90	20	70	50
გარეთ გასვლისთვის მომზადება	85	25	60	50

VII სეანსი

საშინაო დავალებად მიეცა, წარმოედგინა, თუ როგორ მოახერხებს წონის კორეგირებას. ამის შედეგად მ.-მ მოიტანა სხვადასხვა სახის საკვები პროდუქტების სია, რომლის მიხედვითაც უნდა იხელმძღვანელოს წონის საკორექციოდ. თავიდან უპირატესობა მიანიჭა მეტ მოძრაობას, რაც დადებითი უკუკავშირით დადასტურდა. განესაზღვრეთ, თუ როგორ აფასებდა წინასწარ ამის სირთულის ხარისხს და მისგან მოსალოდნელ სიამოვნებას. მომდევნო სეანსებზე მ.-მ თავად აღნიშნა თავისი წარმატების შესახებ: „დაეძლიე აღინამია, ცენტრში ფეხით მოვედი“, რასაც ასევე მიეცა დადებითი უკუკავშირი. დაიგეგმა წონის ყოველკვირეული მონიტორინგი და ეს საქმიანობაც პაციენტმა შემდგომ სეანსზე სირთულისა და სიამოვნების ხარისხებით შეაფასა.

X სეანსი

იმდღევანდელი პრობლემა მ.-ს მიერ შემდეგნაირად შეფასდა:
"დამიქვეითდა ენერგია, მოთენთილი ვარ და ფიზიკური უძლურების
შეგრძნება მაქვს, რაც ნონის მატებასთან არის დაკავშირებული".

დარწმუნების ხარისხის სანყისი შეფასება – 80%;

არგუმენტები	კონტრარგუმენტები
1.რაც უფრო მემატება ნონა, მით უფრო მაკლდება ენერგია.	1. სახლში სტუმრებთან, ან აქ ფსიქოთერაპიაზე, თავს ენერგიულად ვგრძნობდი. 2. ადრეც, სანამ აშხელა ნონას მივალწევდი, მქონია ენერგიის დაქვეითების, მოთენთილობის ეპიზოდები. 3. შარშან ამ დროს (X სეანსი, 29.04.05) უფრო უნერგოდ ვიყავი, თუმცა ეხლანდელზე 15 კგ-ით ნაკლებს ვინონიდი.

დარწმუნების ხარისხის შემდგომი შეფასება – 60 %.

მ.-მ ჩამოაყალიბა თავისი ფსიქიკური პრობლემის განვითარების სქემა (ანუ სიმპტომის განვითარების დიაგრამა), სადაც ნაჩვენებია მდგომარეობის სეზონური გაუარესება ზამთრის დასაწყისში და გაუმჯობესება გვიან გაზაფხულზე.

XI სეანსი. ფსიქოგანათლება და ნორმალიზება:

1. სელექტიური ყურადღების განმარტებისათვის პაციენტს შეთავაზეთ რელაქსაციის ტექნიკის გამოყენება, რასაც მ.-მ წარმატებით გაართვა თავი. ერთი გარკვეული მიმართულებით ყურადღების ფოკუსირების გავლენა მის შეგრძნებებსა და ემოციებზე მ.-სთვის გასაგები შეიქნა. კიდევ ერთხელ მიენოდა ABC მოდელის განმარტება. ავტომატური აზრების იდენტიფიკაციისა და დაფიქსირებისათვის გამოიყენებულ იქნა ექსპერიმენტი (I. მცხუნვარე მზეზე, ქვიშაში, ზღვაზე – სასიამოვნო მოგონება, დადებითი ემოცია; II მცხუნვარე მზეზე, ქვიშაში – გველები, დისტრესული მოგონება, უარყოფითი ემოცია).

2. სტრესს-მონეულადობის დიაგრამის წარდგინებამ მ.-ზე განსაკუთრებულად დადებითი გავლენა იქონია. აღნიშნულის შემდეგ შესაძლებელი გახდა ღიად ესაუბრა გადატანილი ფსიქოზის განვითარების სუბიექტურ ასპექტებზე.

XIII სეანსი

შეფასება: ჩემი უცნაური განცდები (ხედვა, ხმები, ფიზიკური შეგრძნებები) წინათგრძნობის ნიჭია.

დარწმუნების ხარისხის სანყისი შეფასება – 80%;

არგუმენტები	კონტრარგუმენტები
1. მე ვმკითხაობდი, გოგოები კი ადასტურებდნენ, რასაც ვამბობდი. 2. მე ორჯერ „გამოვიცანი“ ჩემთვის საინტერესო მამაკაცთან მოულოდნელი შეხვედრა.	1. ვაყენებ ვერ ვმკითხაობდი. 2. ეს ჩემი ავადმყოფობის გამოსატყულება, ვინაიდან ფსიქოტროპული ნაშლები მშველოდა. 3. ძლიერმა ფსიქოლოგიურმა სტრესებმა (მაგ. დედ-მამის გარდაცვალებამ) ჩემს ამგვარ განცდებს ბიძგი მისცა. 4. ნინათგრძნობა ყოველთვის უცნაური შეგრძნებებით არ ვლინდება და ლოგიკური განსჯის შედეგია (მაგ.: შემოდგომაზე მდგომა-რეობა მიმწვევდება, რადგან უკანასკნელ წლებში ასე ხდებოდა)

აღნიშნული უცნაური განცდები (ხედვა, ხმები, ფიზიკური შეგრძნებები, რაც ცნობიერებაში შეჭრაა – A) სექტორული დიაგრამის (pie chart) გამოყენებით ხელახლა შეფასდა.

- უცნაური განცდები (ცნობიერებაში შემოჭრილი მხედველობითი, სმენითი და სომატური შეგრძნებები – A – ინტრუზია) ჩემი განსაკუთრებული ნინათგრძნობის ნიჭია (თავდაპირველად – 60% საბოლოოდ კი – 10 %).
- უცნაური განცდები (ცნობიერებაში შემოჭრილი მხედველობითი, სმენითი და სომატური შეგრძნებები – A – ინტრუზია) სტრესებითაა გამოწვეული (20 %).
- უცნაური განცდები (ცნობიერებაში შემოჭრილი მხედველობითი, სმენითი და სომატური შეგრძნებები – A – ინტრუზია) ჩემი ავადმყოფობის ნიშანია (70 %).

XIV სენსი

ერთობლივად გავარჩიეთ და ვეცადეთ მოგვეხდინა მ.-ს შემთხვევის ფორმულირება სტრეს-მონაცვლადობის დიაგრამის გამოყენებით. საშინაო დავალებად მიეცა ამ ფორმულირების პლაკატზე გადატანა.

გამოიყო ძირითადი დისფუნქციური რწმენა-შეხედულებები:

1. “მე განსხვავებული ვარ”;
2. “მაქვს წინასწარმეტყველების განსაკუთრებული უნარი”;
3. “რაც გადავიტანე (ანუ მწვევე ფსიქოზი) იმაზე მოუთითებს, რომ გავგიჟდი”;
4. “ვარ ძალიან ცუდი, საშინელი ადამიანი და ყველაფერ ცუდს ვიმსახურებ”;
5. “ანი ჩემთვის ყველაფერი სულერთია, დაწვეები და ასე ვიქნები”.

XV-XVI სეანსი

თერაპევტთან ერთად იქნა დამუშავებული გამწვავების პრევენციის ფურცელი, რომლის პლაკატზე გადატანა საშინაო დავალებად მიეცა.

XVII-XVIII სეანსი

ხელახლა გადაიხედა მიზნების სია. მ.-მ დადებითად შეაფასა კბთ-ს ფექტურობა ცალკეულ მიზანთან მიმართებაში:

1. აღდგინა თავის მოვლის უნარ-ჩვევები;
2. დაეძლა ადინამია, ცენტრში ფეხით სიარულით;
3. გაეკონტროლებინა წონა, რათა მეტად აღარ მოემატა;
4. დროის მიხედვით სწორად გაენაწილებინა ყოველდღიური საქმიანობები;
5. განეხილებინა ნაცნობ-ამხანაგებთან ურთიერთობები;
6. დაებრუნებინა ძველი ინტერესები, როგორც პროფესიული ასე სხვა,

მაგ. მხატვრული ლიტერატურის კითხვა;

თერაპევტთან ერთად დადგინდა გადატანილი ფსიქოზის წარმოშობისა და განვითარების მიზეზები. სეანსს მიეცა დადებითი უკუკავშირი.

XIX-XX სეანსი

ფსიქოპათოლოგიური სურათის შეფასება მოხდა იმავე კითხვარებით, სადაც გაუმჯობესებული იყო ყველა მაჩვენებელი:

1. **SANS (I სეანსი):** ემოციური გასაღდება (4); ალოგია-პარალოგია (2); აბულია-აპათია (3); ანჰედონია – ასოციალურობა (3); ყურადღება (1).
2. **SAPS (I სეანსი):** პალუცინაციები (4); ბოდვა (3); უცნაური ქცევა (1); აზროვნების აშლილობის პოზიტიური პათოლოგია (0); შეუსაბამო აფექტი (1).
3. **კალგარის სკალა (II სეანსი):** დეპრესიული გუნებ-განწყობა (3-ლრმა); უიმედობა (0); თვითდამცირება (3-ლრმა); დანაშაულის შინაარსის დამოკიდებულების იდეები (სხვების მიერ მისი დადანაშაულება) – (1); თვითბრალდების პათოლოგიური გრძნობა (2); დეპრესიის დილის საათებში (2); ადრე გაღვიძება (0); სუიციდი (1); დეპრესიის შეფასება (1).
4. **ბეკის დეპრესიის სკალა (III სეანსი):** ჯამური მაჩვენებელი – 21.
5. **FBF (IV სეანსი):** სპეციფიკური შიშები (2); სელექტიური ყურადღება (1); დისკრიმინაციის სისუსტე (1); მოტორიკა (1); ალქმა (2); კოგნიტური მიკერძოება (1); ბლოკირება (3); მეტყველების დარღვევები (4); ავტომატიზმის დაკარგვა (2); სპეციალური სენსორული დარღვევები (1); თავის გართმევის რეაქციები (2); სომატური ჩივილები (1).

ტრიგერი

სხვა სექტის სეანსებში მონაწილეობა



ინტრუზია/ცნობიერებაში შეჭრა

1. უცნაური შეგრძნებები, წარმოსახვები:
„წინასწარმეტყველური“ განცდები,
2. სომატური შეგრძნება: ფეხების შეტყუება
(„როგორც გველის კუდი“);
3. ხმები: „ეიცი, რაც მოხდება“;
4. „სექსუალური ურთიერთობა“ ხმებთან



ინტრუზიის ინტერპრეტაცია

1. უცნაური, სივებისგან განსხვავებული ადამიანი ვარ,
2. მედიუმი, ორაკული ვარ,
3. გველად გადავიქცევი,
4. უზნეო და ცუდი ადამიანი ვარ, სასჯელს ვიმსახურებ



მცდარი ცოდნა საკუთარი თავისა და სოციალური გარემოს შესახებ/სქემები:

1. კარგი შეილი უნდა იყოს გონიერი, მოსაზრებული და სხვებისგან განსხვავებული, განსაკუთრებით მგრძნობიარე ადამიანი/მე ვალდებული ვარ ვიყო ასეთი, განსაკუთრებით მამაჩემის მიმართ.
2. მე განსხვავებული ვარ, ვინაიდან მაქვს წინასწარმეტყველების განსაკუთრებული უნარი.
3. ქალი შეიძლება მხოლოდ მაშინ მოეწონოს ვინმეს, როცა ზედმეტი ნონა არ აქვს/მე ასეთი უნდა ვიყო.
4. რაც გადავიტანე (ანუ მწვავე ფსიქოზი) მიუთითებს იმას, რომ 'გიჟი' და სამინელი ადამიანი ვარ, ე.ი. ცუდი შეილი ვარ და ყველაფერ ცუდს ვიმსახურებ.



გამოცდილება/მონყვლადობა

1. სიმსუქნისაღმი მიდრეკილება.
2. განსაკუთრებული ინტერესი, ეზოთერული საკითხებისადმი, პირადი ურთიერთობები „გურუებთან“, სეანსებში მონაწილეობა.
3. უსიამოვნო სიახლე ნახევარდის შესახებ.
4. მშობლების ავადმყოფობა და მათი გარდაცვალება.
5. მარტოხელობა



კოგნიტური და ქცევითი რეაგირება:

გაქცევა საშობი სიტუაციიდან
(მაგ, წყნეთის ტყეში)
და თავდაცვა
(მოგერიება უხილავი მტრებისა)
თავის მოვლის ნიველირება,
არაფრის კეთება და უზომო ჭამა

ემოციური და სომატური რეაგირება:

პანიკა, შიში, საშინელების მოლოდინი,
დანაშაულის განცდა;

რ. სამუალო ტანის შუახნის ქალი, რეგულარულად დადის ცენტრში და სისტემურად ესწრება თერაპიულ სეანსებს. აქვს ნამუშევრები ერგოთერაპიაში, თუმცა, ყოველთვის უმაყოფილოა და თვლის, რომ ოსტატობა აკლია. ჩვეულებრივ სახეზე ყოველთვის სევდიანი გამომეტყველება აქვს. სხვა პაციენტებთან ნაკლებად ურთიერთობს, თუმცა მათ არ გაუარბის.

რ. რუსულენოვანი ოჯახიდანაა, დედით უკრაინელია, ჰყვას ორი უფროსი და, ორივე ფსიქიკურად დაავადებული. ასევე შიზოფრენიით იყო დაავადებული პაციენტის მამის ძმა. მამა იყო სამხედრო მოსამსახურე, საბჭოთა არმიის ოფიცერი, სამამულო ომის მონაწილე, გარდაიცვალა 2001 წლის ზაფხულში (პაციენტის სტაციონირებამდე 6 თვით ადრე). დედა ხანდაზმულია, მიუხედავად სომატური ავადმყოფობისა, ოჯახის მოვლა ძირითადად მას აკისრია.

რ. თავის ბავშვობას ცხოვრების უბედნიერეს ხანად თვლის – „ეს ის მშვიდობიანი წლებია, როცა ქვეყანასა და ოჯახშიც ყველაფერი წესრიგში იყო“. პატარაობიდან რ. მეტად მგრძნობიარე ბავშვი იყო, მასზე დაუეინყარი შთაბეჭდილება მოახდინა უკრაინაში დედის ნათესავებთან სტუმრობამ. ოჯახში იყო მკაცრი რეჟიმის გარემო, მშობლები ბავშვებს საბჭოთა, კომუნისტური იდეალებისადმი ერთგულებას უნერგავდნენ. სკოლაში ფრიადებზე სწავლობდა, გამოირჩეოდა პასუხისმგებლობის გრძნობით, განსაკუთრებით ეხერხებოდა ხაზვა. თანაკლასელებთან ურთიერთობდა თანაბრად, თუმცა ვაჟებთან ახლობლობა არასდროს გამოსდიოდა. მშობლები მისგან მხოლოდ ბეჯით სწავლას და უმნიშვნელო ყოფაქცევას მოითხოვდნენ. მასწავლებლების ან ამხანაგების მხრიდან სულ მცირე უხეშობასაც კი ძალიან განიცდიდა. მიუხედავად მორიდებული ხასიათისა, რ. სკოლის რედოლეგიის აქტივისტი იყო. სკოლის დამთავრების შემდეგ საკუთარი სურვილით ჩააბარა პოლიტექნიკურ ინსტიტუტში, სადაც კარგად სწავლობდა. სტუდენტობის წლებში სამეგობრო წრე, მეგობარი ვაჟი არ ჰყოლია.

ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ, განაწილებით დაიწყო მუშაობა საპროექტო ინსტიტუტში და პირველად ცხოვრებაში, სრულიად უცხო გარემოში აღმოჩნდა. სამსახურში თანამშრომლები ღიად საუბრობდნენ საბჭოთა კავშირის ნაკლოვანებებზე და არ ერიდებოდნენ იმ პერიოდის (გასული საუკუნის 80-იანი წლები) პოლიტიკურ ანეკდოტებსაც. იმ დროიდან რ.-ს განუვითარდა დამოკიდებულებისა და დევნის ბოღვითი იდეები, აღენიშნებოდა დაძაბულობა, ეჭვიანობა, მოუსვენრობა, შფოთვა. ძირითადად, ეს აზრები და ემოციები დაკავშირებული იყო მოსაზრებასთან, რომ თანამშრომლები მას უთვალთვალენ, დევნიან, სურთ ნებისმიერი საბაბით სამსახურიდან გააგდონ, ან აიძულონ სამსახურის დატოვება. ეჩვენებოდა, რომ ხელმძღვანელი განზრახ არ აძლევს შესაფერის სამუშაოს, რათა მოხდეს მისი დისკვალიფიკაცია და შემდგომ, ამ მიზეზით სამსახურიდან დაითხოვოს. რ.-ს ხშირად „ესმოდა“, რომ თანამშრომლები მასზე ჭორაობდნენ, დასცინოდნენ, ერთმანეთს მიანიშნებდნენ თვალთ, ან სხვადასხვა ჟესტით. აღნიშნულის გამო კოლექტივს უფრო და უფრო გაერიყა, პრაქტიკულად არავისთნ ურთიერთობდა და მხოლოდ იმას ცდილობდა ყველასთვის დაემტკიცებინა, რომ კარგი მუშაკია. არაერთხელ მიმართა ინსტიტუტის ხელმძღვანელობას, პარტკომს, გაერკვიათ სიმართლე და მისთვის სათანადო სამუშაო მიეცათ. აღმოჩნდა სრულიად იზოლირებული თანამშრომლებისგან და მათგან მუდმივად გრძნობდა მტრულ დამოკიდებულებას. ესმოდა შეფარული მინიშნებები, დამცინავი რეპლიკები: „გიჟი,

არანორმალური". ყოველივე ეს რ.-ის მდგომარეობას ამძიმებდა, განუვითარდა შიში, დაერღვა ძილი, დაუქვეითდა მადა, ესმოდა ხმები, რომელთაც ორაზროვან მინიშნებად აღქვამდა. მიმართა უბნის პოლიკლინიკას და ხანმოკლე დროით ბიულეტენი გააფორმა. იმავე პერიოდში შეეცადა ახალი სამსახურის მოძებნას, მაგრამ უშედეგოდ ყველგან ნეგატიურ დამოკიდებულებას გრძნობდა. მისი აზრით, ყველგან ძველი თანამშრომლები უკავშირდებოდნენ და რ.-ს (როგორც არანორმალურის) წინააღმდეგ განაწყობდნენ. აღარავის ენდობოდა, თვლიდა, რომ მის მიმართ ადამიანები მტრულად არიან განწყობილნი, კერძოდ – თანამშრომლები, მეზობლები, პოლიკლინიკის ექიმები. რ.-ის მდგომარეობა იმდენად გაუარესდა, რომ იგი იძულებული გახდა სამსახურისთვის თავი დაენებებინა. იმ პერიოდში ძლიერი შიშების, შფოთვის, დეპრესიის გამო პირველად მიმართა ფსიქიატრს და ამბულატორიულად დაენიშნა მკურნალობა ნეიროლექტიკებით, ანტიდეპრესანტებით. შინიდან 3 წელი პრაქტიკულად აღარ გასულა. მკურნალობის ფონზე მდგომარეობა შედარებით სტაბილური გახდა, ძილი მოუწესრიგდა. მაგრამ გუნებ-განწყობის მერყეობები, პოსტფსიქოზური დეპრესია, ასევე რეზიდუალური ხმები, სახეზე დარჩა.

შემდგომი 6 წლის განმავლობაში, 1984-1990 წ.წ.-ში, რ.-ი მუშაობდა ამიექავკასიის სამხედრო ოლქთან („ზაკო“) არსებულ „სამხედოპროექტი“, სადაც მამამ მოაწყო. იმ წლებში რ.-ს გამწვავება არ ჰქონია. 90-იანი წლებიდან, მისივე შეფასებით: „პერესტროიკამ და უმუშევრობამ შინ გამოიკეტა“, კვლავ დაერღვა ძილი, დაუქვეითდა გუნებ-განწყობა, მოიცვა ძლიერმა შიშმა, რაც დაკავშირებული იყო მშობლების ჯანმრთელობასთან. სულ ფიქრობდა სიკვდილზე, ესმოდა ხმები (მაგ.: „მე სიკვდილი ვარ, შენ ადამიანი“), მისი შეფასებით, ხმები აფრთხილებდნენ მოსალოდნელი უბედურების შესახებ). 90-იანი წლების მიწურულს კვლავ აქტუალური გახდა პარანოიული აზრები, თითქმის ყველა მოსი ოჯახის მტერია; იგი ამ ბოლოდითი სისტემის ნაწილი გახდა. აღნიშნავდა, რომ მას დევნიან, სურთ მისი ოჯახის, განსაკუთრებით მამის, ფიზიკური ლიკვიდაცია. რ.-ის მდგომარეობა დრამატულად დამძიმდა მას შემდეგ, რაც მამას ქუჩაში უცხო პირმა ფიზიკური შურაცხყოფა მიაყენა. ამის შემდეგ, (ისედაც ასაკოვანი, სომატურად ავადმყოფი მამა) რამდენიმე თვეში გარდაიცვალა. იმ პერიოდში რ.-ს აქვს მყარი რწმენა, რომ მამის სიკვდილში თვითონაა დამნაშავე. მისი აზრით, მიუხედავად იმისა, რომ „ხმამ“ გააფრთხილა მოსალოდნელი უბედურების შესახებ, მან ვერაფერი გააკეთა, მწოლიარე მამას ვერ მოუარა, მკურნალობის არასწორი ტაქტიკა აირჩია – ნაცვლად იმისა, რომ სამხედრო ჰოსპიტლიდან მოეყვანა ექიმი, უბნის ქირურგს ენდო, რომელმაც გულგრილობის და უცოდინარობის გამო („შესაძლოა – განზრახაც“) მამას არასწორად უმკურნალა, რის შედეგადაც იგი საშინელი ტანჯვით გარდაიცვალა. რ.-ის გადმოცემით, იმ პერიოდში მისი ფსიქიკური მდგომარეობა იმდენად დამძიმდა, რომ ბუნდოვნად აღიქვამდა რეალობას, გაბმულად ესმოდა მრავალი ადამიანის ხმა, რომლის შინაარსს უკვე ვეღარ იცებდა, იყო აბსოლუტურად დათრგუნული, უიმედო, ჰქონდა სუიციდური აზრები (თუმცა მცდელობას ადგილი არ ჰქონია), პრაქტიკულად არ ეძინა და არ იკვებებოდა. აღნიშნულის გამო, რ. მოთავსდა სტაციონარში, ჩაუტარდა ანტიფსიქოზური მკურნალობა. ამის შემდეგ მდგომარეობა შედარებით სტაბილური გახდა და დაიწყო სიარული ჩვენს ცენტრში. ნეიროლექტიკებისა და ფსიქორეგულირებელი ღონისძიებების ფონზე რ.-ს მუდმივად ჰქონდა სხვადასხვა ინტენსივობის ხმები, ემოციური ფონი უმეტესად იყო დაქვეითებული, დროდადრო ეწყებოდა შფოთვა ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის გამო, თუმცა არ აღწევდა პანიკური შეტევის ხარისხს.

ტრიგერი:
პამასთან დაკავშირებული ინციდენტი,
მისი აუდსყოფობა და გარდაცვალება.

ინტრუზია/ცნობიერებაში შეჭრა
ირგვლივყოფი ადამიანების "მინიშნებები", მათი მზერა,
ჩურჩული, ფიზიკური შეგრძნებები თავში, სხეულში, ხმები:
"ერთხელად იყავი", "შე სიკვდილი ვარ და შენ ადამიანი".

ინტრუზიის ინტერპრეტაცია

1. ჩემი თანამშრომლებისგან გარიყული ვარ, მათთვის უცხო ვარ, ისინი დამცინიან, აბუსად მიგდებენ, შემტყრებიან და ჩემი ოჯახის წინააღმდეგ არიან შეთქმულნი;
2. მთელი ქვეყანა ჩვენს წინააღმდეგაა, ყველას სურს გვავნოს;
3. არავინაა სანდო, მხოლოდ „ხმები“ დამეხმარებიან: ისინი წინასწარმეტყველებენ ცუდ ფაქტებს; ისინი დამიცავენ მტრებისგან; ისინი მეხმარებიან კიდეც, თავიდან ავირიდო საშინელი რეალობა. მე უნდა დავმორჩილდე ჩემს „ხმებს“; თუკი „ხმებს“ დაუეჯერებ, ყველაფერი კარგად იქნება. დაუცველი ვარ ამ ქვეყანაში, ეს „ჩემი ქვეყანა“ არ არის;
4. „მხოლოდ განსაკუთრებული ძალაუფლება (მსგავსად „ხმებისა“) დამიცავს ამ მტრული გარემოდან

**მცდარი ცოდნა საკუთარი თავისა და
სოციალური გარემოს შესახებ/სქემები:**

1. მე დიდი და ძლიერი ქვეყანა (საბჭოთა კავშირის) შვილი ვარ, რომლის უძლეელობა ჩემი უსაფრთხოობის გარანტიაა;
2. ნამდვილი საბჭოთა მოქალაქე უნდა ვიყო, როგორც ჩემმა მშობლებმა მასწავლეს;
3. ყველა, ვინც ლენინური მირაღის წინააღმდეგაა, ქვეყნის და, მამასადაამე, ჩვენი (ჩემი ოჯახის) მტერია“;
4. „ქვეყანა სრულებით შეიცვალა ჩემი ბედნიერი ბავშვობის მემკვდე“;

გამოცდილება/მონყვალდობა

1. დების ფსიქიკური ავადმყოფობა, დროდადრო მათი ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესება;
2. ოჯახში აღზრდის ავტორიტარული სტილი, „საბჭოთა საშობლო“ დანერგვა;
3. ოჯახის მატერიალური და სოციალური მდგომარეობის უფრო და უფრო გაუარესება;
4. უცხო და „არასაბჭოური“ გარემო საშინაურში

კონკრეტური და ქვევითი რეაგირება:

1. სამსახურისთვის თავის დანებება;
2. რეალობიდან თავის არიდება და
3. პასიური მორჩილება „ხმებისადმი“; ინერტულობა.

ემოციური და სომატური რეაგირება:

შიში, საშინელების განცდა,
დეპრესია, სივარდილის გრძნობა,
უძეოდობის განცდა.

რ — 35 წლის, მამრობითი სქესის, აქვს შიში, რომ მოურჩენელი სენით დაავადდება. ჭუჭყიანი ნივთის დანახვისას უწნდება აკვიატებული შიში — შეიძლება ინფექციური დაავადება დაემართოს. ეწყება შფოთვა, კანკალი, ასხავს ცივი ოფლი. აღნიშნული მდგომარეობა შეიძლება დღეში რამოდენიმეჯერ გაუმეორდეს, ამ დროს კარგავს შრომის უნარს, მოცულია შიშით, სურვილის მიუხედავად აკვიატებულ აზრებს ვერ იშორებს.

შთამომავლობაში მამის მხრიდან აღენიშნება სენილური დემენციის შემთხვევა. დედის მხრიდან კი დეიდაშვილს გადატანილი აქვს ფსიქოზი. დედა — ხასიათით მშვიდი, მოსიყვარულე, გარდაიცვალა ავთვისებიანი სიმსივნით. მამა — 66 წლის, ხასიათით მკაცრი, თავის თავში ჩაკეტილი, უხეში, ამავდროულად შრომისმოყვარე ადამიანი.

რ. ოჯახში მესამე შვილია, ჰყავს ორი უფროსი ჯანმრთელი ძმა. დედამ მშობიარობა მძიმედ გადაიტანა, განუვითარდა მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნობა. ბავშვი დაიბადა დიდი წონის. ადრეული ფსიქო-ფიზიკური განვითარება ნორმის ფარგლებში, ფიზიკურად იყო ჯანმრთელი, ხასიათით მშვიდი თუმცა აღნიშნავს, რომ იყო გულჩათხრობილი, მორცხვი, ზედმეტად ემოციური, ამასთან ჯიუტი და ეგოისტი. მშობლებიდან განსაკუთრებით დედას უყვარებდა. სკოლაში შევიდა დროულად, სწავლობდა გამორჩეულად კარგად, ემარჯვებოდა ფიზიკ-მათემატიკა. მე-7 კლასიდან გადაიყვანეს კომაროვის სახ. ფიზიკ-მათემატიკურ სკოლაში. სკოლაში სწავლის პერიოდში იყო დისციპლინირებული, საზოგადოებრივი, ჰყავდა ბევრი ამხანაგი. როგორც რ. იხსენებს: 9 წლისამ პირველად დაინახა სამგლოვიარო პროცესია. მამამ განუმარტა, რომ ყველა ადამიანი მოკვდავია, რის შემდეგაც მას სიკვდილის გამოხატული შიში დაეწყო. თავს გრძნობდა დათრგუნულად და მოწყენილად. ამ მდგომარეობამ თავისით გაუარა, მაგრამ მას შემდეგ სიკვდილზე ბევრს ფიქრობდა. 15 წლის იყო, როცა დედა ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადდა. გაუწნდა შიში, რომ მიკრობების გზით მასაც შეიძლება რომ სიმსივნე გადაედოს. დედის ოთახში ვერ შედიოდა. ბანაობდა დღეში რამდენჯერმე, გაუთავებლად იბანდა ხელებს. აღენიშნებოდა უხალისობა, უგუნებობა. გული აიყარა სწავლაზე, სკოლაში თილქმის აღარ დადიოდა. მიუხედავად ამისა, 1980 წელს, სკოლის დამთავრების შემდეგ პოლიტექნიკურ ინსტიტუტში მაინც ჩააბარა. ერთი წლის შემდეგ ჯარში გაიწვიეს. მსახურობდა შორეულ აღმოსავლეთში (1987-88 წლებში). ჯარიდან ჩამოსულმა სწავლა გააგრძელა უგულისყუროდ, ვინაიდან აღარ აინტერესებდა. ის თითქმის ყოველდღიურად ენეოდა ანაშას, ერთობოდა და დროს ატარებდა. ანაშის სისტემატური მოხმარების შედეგად განუვითარდა განგაშის, შფოთვის განცდა. 22-23 წლის ასაკში აღენიშნებოდა ყელში მოჭერის და მოხრჩობის შეგრძნება, რამაც თავისით გაუარა. რამდენჯერმე ჰქონდა მცდელობა დაეწყო საქმიანობა. ამ მიზნით რუსეთში წავიდა, მაგრამ ბიზნეს-პარტნიორს, რომელიც მისი ნათესავი იყო ვერ შეეგუა და თბილისში დაბრუნდა. ახლობლებმა შეატყვეს, რომ ირგვლივმოყვების ლაპარაკი თითქოს არ ესმოდა, „გათიშულივით“ იყო. გაუწნდა „ავადგახდომის“ შიში. გაუთავებლად იტარებდა გამოკვლევებს, გამოთქვავდა თვითმკვლელობის აზრებს. თანდათან ჯანმრთელობაც გაუუარესდა. ამ პერიოდში შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტი დაამყარა, რის შემდეგაც

რამდენჯერმე ჩაიტარა გამოკვლევა ევნერიული დაავადების გამორიცხვის მიზნით. შემდეგ დაეწყო ჩივილები სხვა შინაგანი ორგანოების მხრივაც, მიმართა სპეციალისტს, რომელმაც დაუსვა 'კუჭის ნევროზის დიაგნოზი'. როდესაც კუჭის მხრივ ჩივილები აუტანელი გახდა, სამკურალოდ სიარული „აგნი იოგას“ ჯგუფში დაიწყო. მეთოდმა ძალზედ გაიტაცა, აუტოტრენინგის სავარჯიშოებს სახლშიც ასრულებდა, ზოგჯერ კი საკუთარი სურვილის წინააღმდეგ იქ ნასწავლ ფორმულებს იმეორებდა. ერთ ხანს შეეხა იგრძნო, მაგრამ მალე მდგომარეობა გაუუარესდა, გაუჩნდა აზრი, რომ ამ მეთოდის გამავრცელებლები თაღლითები არიან. გადანყვითა მათთვის სასამართლოში ეჩილა. შემდეგ დაიწყო სიარული ეკლესიაში და ზედმიწევნით ასრულებდა საეკლესიო რიტუალებს. კვლავ გაუჩნდა ჩივილები სასქესო ორგანოებთან დაკავშირებით. ჩივილები ზოგჯერ იყო არაადექვატური, ფიქრობდა, რომ მასზე დისტანციურად ზემოქმედებენ და ინვევენ მის იმპოტენციას. ურჩიეს მიემართა ფსიქიატრისათვის. დადგა აღრიცხვაზე ფ/ნ დისპანსერში სადაც დაესვა დიაგნოზი: ბოდვითი აშლილობა. ამის შემდეგ ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრს მიმართა სადაც შიზოტიპიური აშლილობის დიაგნოზი დაუსვეს.

შეფასება:

კალგარის დეპრესიული სკალის მიხედვით რ.-ს აღენიშნა: დეპრესია - (1), უიმედობა - (1), თვითდამცირება (1), დანაშაულის შინაარსის დამოკიდებულების იდეები (0), დანაშაულის პათოლოგიური გრძნობა — (2), დეპრესია დილის საათებში — (2), ადრე გაღვიძება - (3), სუიციდი - (1), დეპრესიის შეფასება — (2).

ჯამური: 13, ამდენად გამოხატულია თვითბრალდება, დანაშაულის პათოლოგიური განცდა, დეპრესია დილის საათებში და უძილობა.

დეპრესიის შეფასება ბეკის სკალის მიხედვით: გამოხატულად დაქვეითებული თვითშეფასება, გადანყვითილების მიღების და ადრე გაღვიძების პრობლემა;

ჯამური 22

SANS-ის მიხედვით გამოხატულია:

სახის გახევებული გამომეტყველება — 2; სპონტანური მოძრაობის შემცირება — 2; გამომსახველობითი მოძრაობის სიღარიბე — 2; აფექტური რეაგირების გლობალური შეფასება — 2; საუბრის გაღარიბება; მეტყველების შინაარსის გაღარიბება — 2; სუბიექტური ჩივილები აბულისას და აპათიაზე — 2;

ჯამური 24

სიმპტომების წარმოშობის მიზეზი

"მგრძნობიარე ვარ ყველაფრის მიმართ და ალბათ ეს არის მიზეზი, ანუ ყველაფერს ვაკვირდები ყველაფრის ეულრმავდები".

სიმპტომების გაქრობის მიზეზი

"დროის ფაქტორი, ერთ შიშს ან მეორე ენაცვლება ან, თავისით გაივლის ხოლმე".

მიმდინარეობის დინამიკა

"ეს მდგომარეობა მუდმივად მაქვს და არ იცვლება, ყოველთვის ერთნაირია, ერთადერთი რითაც თავს ვიცავ ეს თამაშია, ასევე, სასიამოვნო შინაარსის ფიქრები".

IV ყველაზე მნიშვნელოვანი სიმპტომის/პრობლემის კოგნიტურ-ბიპევიორული ანალიზი კოგნიტურ - ბიპევიორული შეფასება

⇒ კოგნიტური კომპონენტები

„მაქვს აზრი, რომ შეიძლება გამიჩნდეს მოურჩენელი დაავადება“ — კიბო, ცოფი

- (რას ფიქრობს და რა რწმენა გააჩნია რ-ს, მისი შეხედულებები)

„საჭმლის დატოვება არ შემიძლია, მიჩნდება ეჭვი, ცხოველმა ხომ არ გადაუარა, 15 წუთი რომ დაეტოვო საჭმელი იმ საჭმელს ველარ გავეკარები“.

- რას აქცევენ ყურადღებას

„ვაქცევ ყურადღებას გარემოს, სისუფთავეს“

- რა ახსოვს:

„მაგალითად, მეგობართან ერთად სტუმრად ქალებთან ნავედით. მათ დაგვახვედრეს გაშლილი სუფრა. უცებ ერთ-ერთი ქალის თითზე „ლეიკოპლასტირი“ დაინახე, მითხრა, კონსერვის გახსნისას გამეჭრაო. გამიჩნდა შიში, რომ შიღსი დამემართებოდა. მეტროში ჩასვლისას კიბის სახელურს ხელს არ ვკიდებდი. ამ შიშის დაძლევაში დამეხმარა აზრი - ფულს სხვებივით მეც ხომ ვკიდებ ხელს? მათ თუ არაფერი ემართებათ, მაშასადამე, მეც არაფერი მომივა. სხვანაირად, რომ იყოს ყველა დაიხოცებოდა“.

- როგორ აკონტროლებს რ თავის არასასურველ აზრებს :

„ერთი დამცავი მექანიზმი შევიმუშავე, თუ რამე მემართება ვცდილობ თავი დავირწმუნო და ვეცადო რომ ეს ამბავი ორჯერ არ განმეორდეს.“

გული მწყდება, რომ შეცდომებს ვუშვებ“, მაგ.: „როდესაც ტყუილად გავიკეთე შრატი ვინერვიულე - მართლა, რომ დამჭირდეს მაშინ როგორღა უნდა მოვიქცე?“.

⇒ ქცევითი კომპონენტები

ვარ დაძაბული, ხელები სულ მოხრილი და დაძაბული მაქვს

- მიმართავდა თუ არა რ. „უსაფრთხოების ქცევას“ ცუდი შედეგის თავიდან აცილების მიზნით?

ხელებს ხშირად ვიბან, ბენვის აღმოჩენის შიშით საჭმელს ყურადღებით ვუყურებ ასევე თეფშასაც გაურეცხავი, რომ არ იყოს

არიდებს თუ არა რ. თავს გარკვეულ საგანს ან ადგილს?

მიჭირს იმ სიტუაციის გახსენება, ბინძურ ტუალეტში შესვლა არ მიყვარს

სამსახურში, როდესაც გავანანილეთ უბნები არ შევდივარ იმ ეზოებში, სადაც ტუალეტი არ არის

⇒ ემოციური კომპონენტები

•რა ემოცია გააჩნდა რ.-ს მაპროვოცირებელ სიტუაციამდე, სიტუაციის დროს და მის შემდეგ?

შიში, შფოთვა, უხალისობა, დეპრესია

⇒ ფიზიოლოგიური კომპონენტები

•როგორ რეაგირებს პიროვნება ფიზიკურად?

თითოღვანე, მოხრჩობის შეგრძნება, აზროვნების დაკარგვის განცდა („ვკარგავ აზროვნების უნარს“).

•სხვა სომატური ფაქტორები

ყლაპვის გაძნელება, კუჭის პილორუსის არეში ტკივილი.

•რ-ს რწმენა საკუთარ თავზე, სამყაროსა და მომავალზე:

მე ვარ მშიშარა და ყველაფერი ამის ბრალია

•თანმხლები ემოციური დარღვევები

შიში, ეჭვი, დეპრესია

•რ-ს დამოკიდებულება დიაგნოზისა და მედიკამენტური მკურნალობის მიმართ:
 “ნამლები ფსიქიკური ტკივილების დაძლევაში მესმარება, ხოლო როცა მათ არ ესვამ მიუშვდება თითები, მტკივა ყურები, მიბუფდება ხელები, მეწყება თავის ტკივილი და დეპრესია და ბოლოს თვითმკვლელობის აზრები მიჩნდება. ამიტრიპტილინმა უხალისობა გააქრო”.

•ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება:

“სასმელს თუ დამაძალებენ მხოლოდ მაშინ ესვამ ორ-სამ თვეში ერთხელ, დათრობამდე რომ დავლიო მოკვდები”.

“ადრე პლანს ვენეოდი - ერთხელ კინალამ გავიგუდე. ძმამ არაყი დამისხა, შიში მომეხსნა და გადაერჩი”.

•ოჯახი, მეგობრები, ურთიერთობები, არსებული სოციალური პირობები:

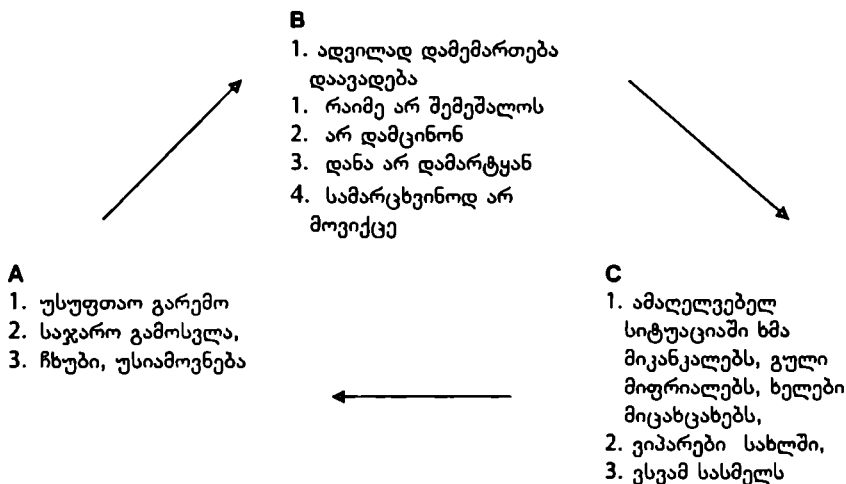
“ვცხოვრობ ძმებთან და მამასთან ერთად ზოგჯერ უსიამოვნება გვაქვს, მაგრამ ჯავრს გულში არ ვიტოვებ. ადრე, სანამ მუშაობას დავიწყებდი ოჯახში გამაფრთხილეს - ან იმუშავებ ან გაშიშვლებითო. ასე დამანყებინეს მუშაობა, მაშინ მეგონა ვერ შევძლებდი. ახლა კმაყოფილი ვარ”.

•რ-ს ქცევის ფორმები

“როდესაც შიში მეუფლება, აზარტული თამაშების სათამაშოდ ან სტუმრად მივიღივარ”. აღნიშნულ პრობლემებზე საუბარს ხუთი სეანსი დავუთმეთ.

V რ. — შემთხვევის ფორმულირება. დაახლოებით მექვსე შეხვედრიდან რ-სთან დავინყეთ კბთ-ის ABC მოდელზე საუბარი, შევეცადეთ გამოგვეყო რ-სთვის მაპროვოცირებელი სიტუაცია, მისი დამოკიდებულება ამ სიტუაციისადმი და მისი რეაქცია:

1. მაპროვოცირებელი სიტუაცია რ-ს დამოკიდებულება და რეაქცია:



მეშვიდე და მერვე სეანსზე ვცადეთ მთავარი რწმენა-შეხედულების გამოვლენა, რისთვისაც გამოვიყენეთ იპოქონდრიის კოგნიტური მოდელი.

იპოქონდრიის კოგნიტური მოდელი:

ადრეული გამოცდილება:

9 წლისამ პირველად დაინახა სამგლოვიარო პროცესია. მამამ განუმარტა, რომ ყველა მოკვდება, რის შემდეგაც მას სიკვდილის გამოხატული შიში დაენყო.

15 წლის, რომ იყო დედა ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადდა. დედის ოთახში ვერ შედიოდა, ეშინოდა, რომ მიკრობების გზით სიმსივნე დაემართებოდა. ბანაობდა დღეში რამდენჯერმე, ხშირად იბანდა ხელებს.



ჩამოყალიბებული დისფუნქციური სქემები:

მე სუსტი/მონყვლადი ვარ. ადვილად შეიძლება დამემართოს დაავადება. მჩაგვრელს აუცილებლად უნდა გავცე პასუხი, არ უნდა შევრცხვე



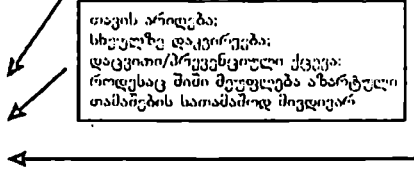
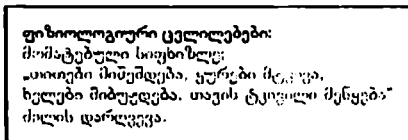
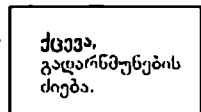
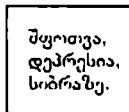
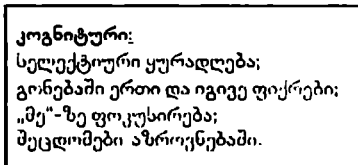
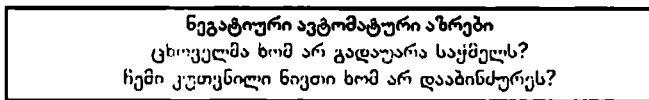
კრიტიკული შემთხვევა

უსუფთაო ან კომფლიქტურ გარემოში მოხვედრა,



აქტივებს სქემებს

მე სუსტი/მონყვლადი ვარ, ადვილად შეიძლება დამემართოს დაავადება



ამ სავარჯიშოს ჩატარების შემდეგ ვცადეთ ABC მოდელის B — კომპონენტზე მუშაობა. რასაც დაეთმო მეთოთხმეტე და მეთხუთმეტე სეანსი. ამ პერიოდისთვის რ დამთანხმდა, რომ ხშირად მისი A კომპონენტის შეფასება მიკერძოებულია, რაც მასში იწვევს უსიამოვნო C განცდას და B-ს ცვლილება C-ს ცვლილებას გამოიწვევს.

მეთექვსმეტე სეანსზე დაიგეგმა აქტიურობის ხარისხის გაუმჯობესების საეარჯიშოები. მეჩვიდმეტე და მეთვრამეტე სეანსებზე დაეთმო რ-ს თვითშეფასებაზე მუშაობას. რ-ს (თვითშეფასება): ბევრი ნაკლი მაქვს – ვარ მშიშარა, ეგოისტი, ზარმაცი, არასრულყოფილი, ეჭვიანი, უნიათო. კარგი თვისებებიც მაქვს – ვარ შემსრულებელი, ზრდილობიანი, გამგები, ხელგაშლილი, სიმართლისმთქმელი. რ. თერაპევტს დაეთანხმა, რომ მას საკმარისად აქვს კარგი თვისებები.

A ფაქტი/სიტუაცია	B რა გავიფიქრე/აზრი	C ემოციები
1. დედა გახდა კიბოთი ავად	კიბო გადამდებია და მეც დავადლები	შფოთვა, შიში, „ნერვიულობა“
2. ნემსის გაკეთება საჯდომ ძეალთან ახლოს	ძვალი გაიბზარება დაჩირქდება და განგრენა დამემართება	შფოთვა, კანკალი, ფეხის მოჭრის შიში, აზროვნების უნარის დაქვეითება
3. გატეხილი ბოთლიდან ლიმონათის დაღევა	მუშის ნამსხვრევი კუჭში მოხვდება და დიზინტერიას ან ბოტკინს დამმართებს	შფოთვა, შიში, „ნერვიულობა“
2. გატეხილ ბოთლზე ფეხის გაჭრა	მუშის ნამსხვრევი დიზინტერიას ან ბოტკინს დამმართებს	შფოთვა, შიში, „ნერვიულობა“
4. პირდობის მონმობა არასასურველ პირს ჩაუვარდა ხელში	შესაძლებელია პირადობის მონმობის მონამელა ან დაბინძურება	შფოთვა, შიში
5. საჭმელში ცხოველის ბენვის აღმოცენება	ექინოკოკი დამემართება და ოპერაცია დამჭირდება ფილტვზე	შფოთვა, შიში

რ-ს ჩაუტარდა არგუმენტების და კონტრარგუმენტების საეარჯიშო ABC მოდელის მიხედვით

შედეგი:

მეცხრამეტე და მეოცე სეანსზე ვიმუშავეთ რ-სთან მიღწეული შედეგების შეფასებაზე:

კალგარის დეპრესიული სკალა

დეპრესია - (1) მსუბუქი, უიმედობა - (0); თვითდამცირება (0); დანაშაულის შინაარსის დამოკიდებულების იდეები — (0); თვითბრალდების პათოლოგიური გრძნობა — (1) მსუბუქი; დეპრესია დილის საათებში — (0), ადრე გაღვიძება - (3)

ლრმა; სუიციდი – (1); მსუბუქი დეპრესიის შეფასება — (2) საშუალო

ჯამური: 8

ამდენად, საგრძნობლად შემცირდა კალგარის სკალის მიხედვით დეპრესია, მათ შორის გაქრა თვითდამცირების აზრები, დანაშაულის პათოლოგიური შეგრძნება,

დეპრესიის შეფასება ბეკის სკალის მიხედვით: გამოხატული დაქვეითებული თვითშეფასება, გადანყვეტილების მიღების, ადრე გალვიძების პრობლემა

ჯამური 13

გაქრა გამოხატული დაქვეითებული თვითშეფასება

SANS-ის მიხედვით გამოხატულია:

შემცირდა სახის გახევებული გამომეტყველება; გაიზარდა სპონტანური მოძრაობის და გამომსახველობითი მოძრაობის რაოდენობა აფექტური რეაგირების ადექვატური გახდა.

ჯამური 14

მეათე სეანსზე დავიწყეთ პრობლემებზე მუშაობა. მან ჩამოწერა პრობლემების ნუსხა მათი აქტივობის მიხედვით. ვეცადეთ პრობლემების იდენტიფიცირებას და მათ მიზნებად გადაქცევას, ძლიერი მხარეების გამოყოფას, შესაბამისი რეალისტური გზის მოძებნას და მიზნების დასახვას.

***არსებული პრობლემების იდენტიფიკაცია ისე, როგორც მას რ. განსაზღვრავს პრობლემები აქტუალობის მიხედვით:**

1. უეცარი სიკვდილის შიში;
2. მოურჩენელი დაავადების გაჩენის შიში;
3. მეშინია კატის ბენვის, რომ არ დამემართოს ექინოკოკი;
4. ყელში მოხრჩობის შეგრძნება;
5. მოუწესრიგებელი ძილი;
6. მოუწესრიგებელი შარდვა;
7. "მეზარება – საჭმლის კეთება, დასუფთავება"
8. "მაქვს ცუდი საბინაო პირობები";
9. "მსურს ოჯახის შექმნა";
10. "მაქვს მცირე შემოსავლი";
11. მოუწესრიგებელი სექსუალური ცხოვრება

იმის გამო, რომ რ ვერ ხედავდა პრობლემის გადაჭრის რეალურ გზას.

დაესახეთ მოკლევადიანი და გრძელვადიანი მიზნები და გეგმები

რ-სთან მეათე სეანის დროს დავიწყეთ პრობლემებზე მუშაობა. რ-მ ჩამოწერა პრობლემების ნუსხა მათი აქტუალობის მიხედვით. ვცადეთ პრობლემის იდენტიფიცირება ამ პრობლემების მიზნებად გარდაქმნა, ძლიერი მხარეების გამოყოფა. ძლიერი მხარეებიდან გამომდინარე — მიზნისაკენ რეალისტური გზის მოძებნა, რეალისტური მიზნების დასახვა.

მოკლევადიანი:

1. "მოწინესრიგო ძილი";
2. "მოწინესრიგო შარდვის პრობლემები";
3. "დავეუფლო ყოფით უნარ-ჩვევებს – საჭმლის კეთებას, დასუფთავებას".

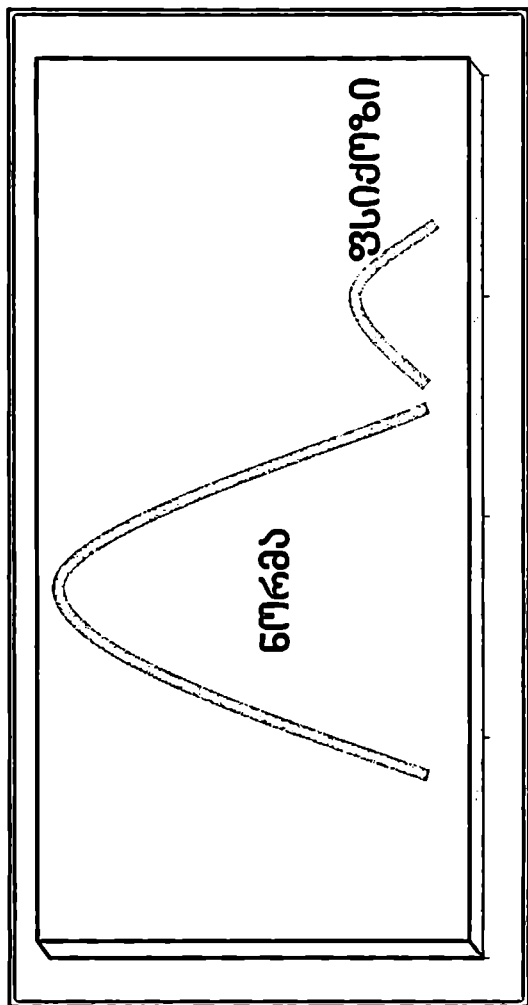
გრძელვადიანი:

- ა. "გადავჭრა ბინის პრობლემა";
- ბ. "ვეცადო ოჯახის შექმნას";
- ც. "ვეცადო შემოსავლის გაზრდას";
- დ. "მოვანესრიგო სექსუალური ცხოვრება".

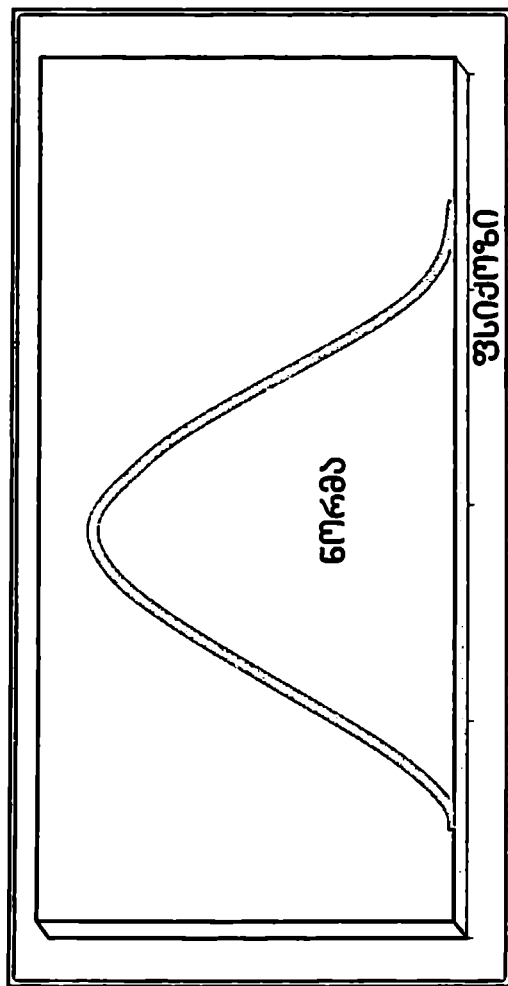
საუბრის შემდეგ რ დაგვეთანხმდა, რომ მოკლევადიანი პრობლემების გადაჭრა შესაძლებელია, ხოლო, გრძელვადიანი პრობლემები, შესაძლებელია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში თავისით გადაიჭრას

ამჟამად, რ. თელის, რომ მისთვის კელავინდებურად აქტუალურია სიკვდილის და მოურჩენელი დაავადების შიში, თუმცა აღნიშნავს, რომ გაცილებით ნაკლებ დროს უთმობს ამ თემაზე ფიქრს. ცდილობს გამოიყენოს ნასწავლი საეარჯიშოები, რომ ეს აზრები შემანუხებელი არ იყოს. მისი აზრით ის უფრო აქტიური და ოპტიმისტი გახდა.

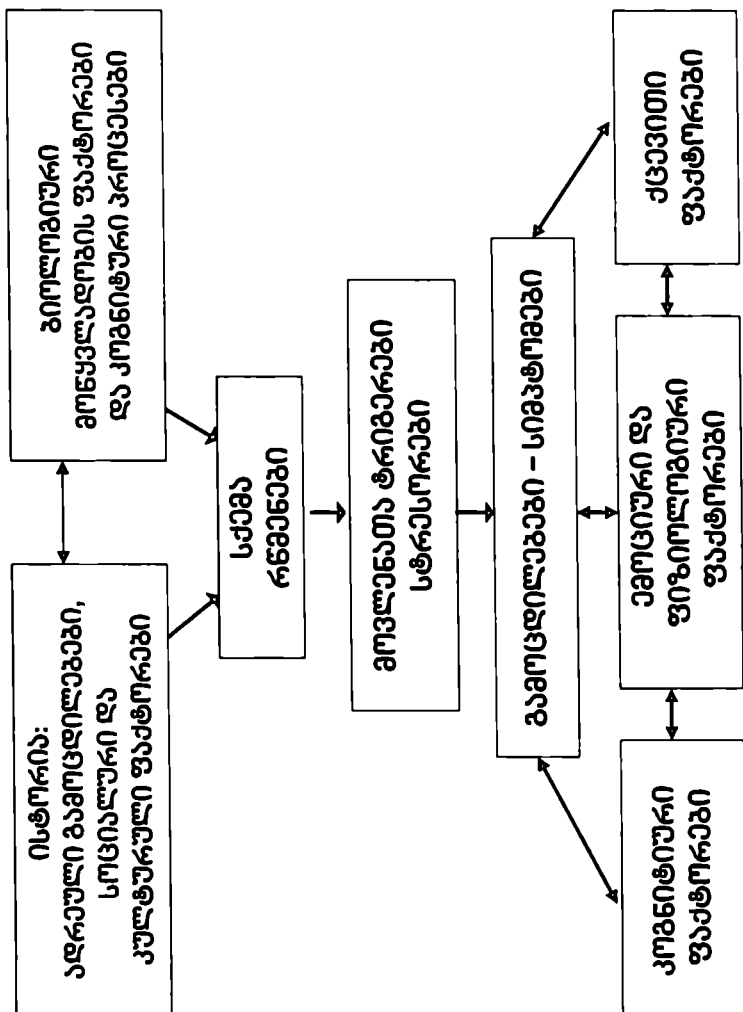
ფსიქოზი, როგორც განსხვავებული პათეგორია
(ნახ.1)



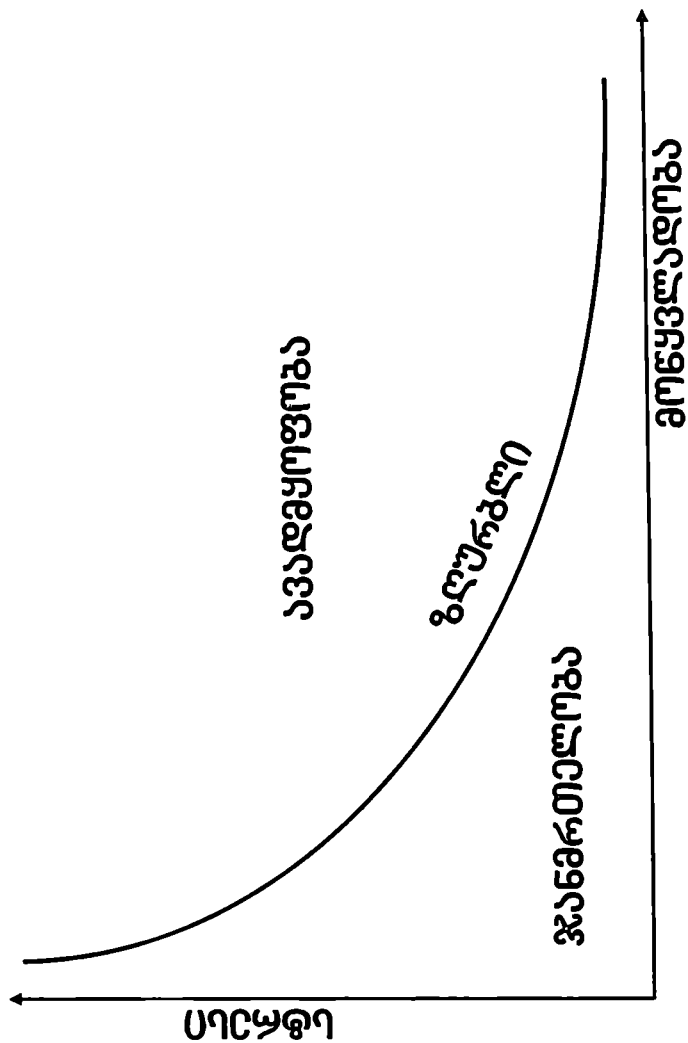
ფსიქოლოგი კონტინენტში (ნახ. 2)



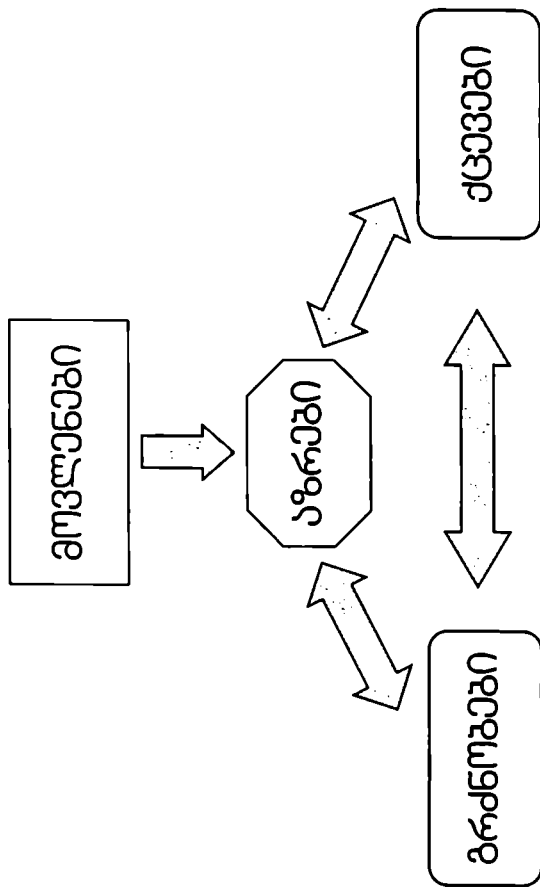
(ნახ. 3)



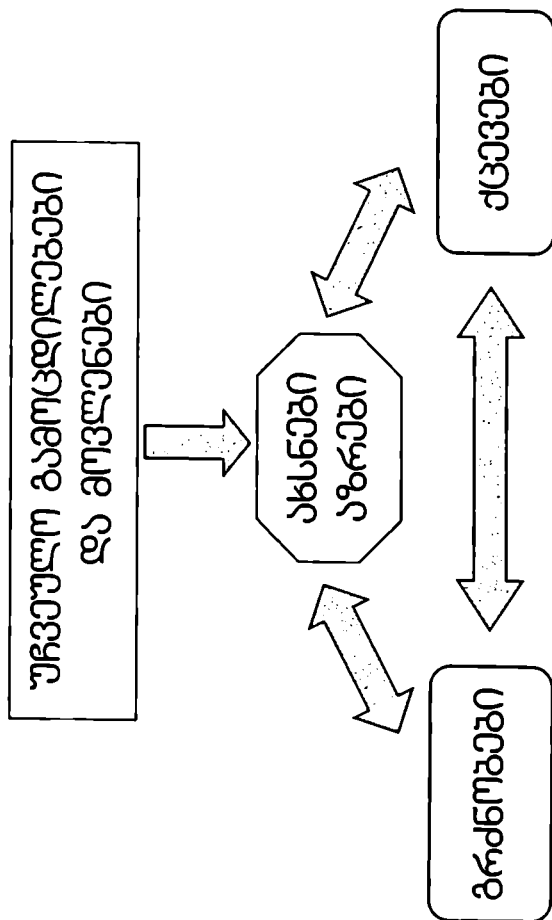
ფსიქოზის სტრეს-მონეზუალბობის მონელი (ნახ. 4)



ქირითადი კომუნიტური მოდელი (ნახ. 5)

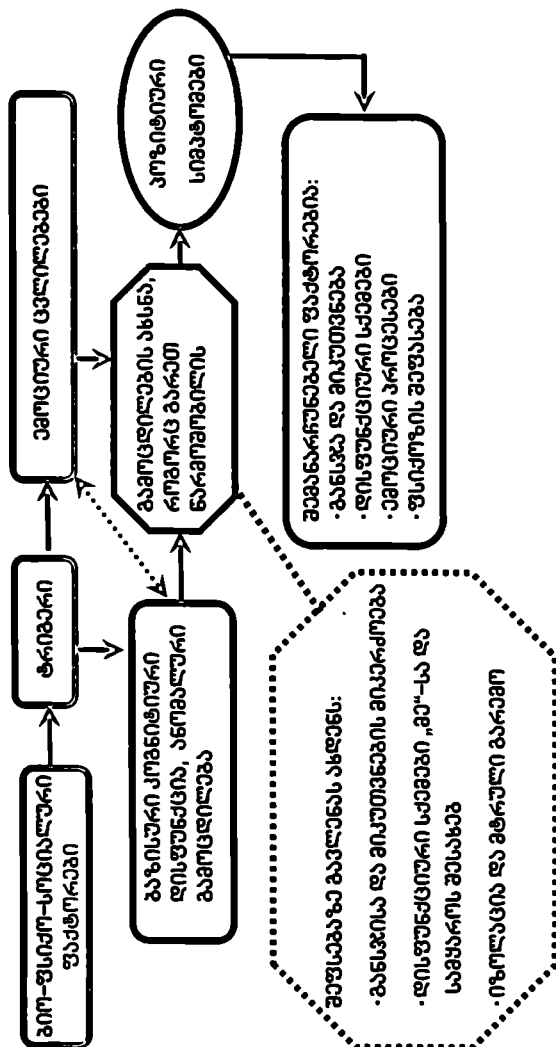


ძირითადი კოგნიტიური მოდელი ფსიქოზისათვის (ნახ. 6)

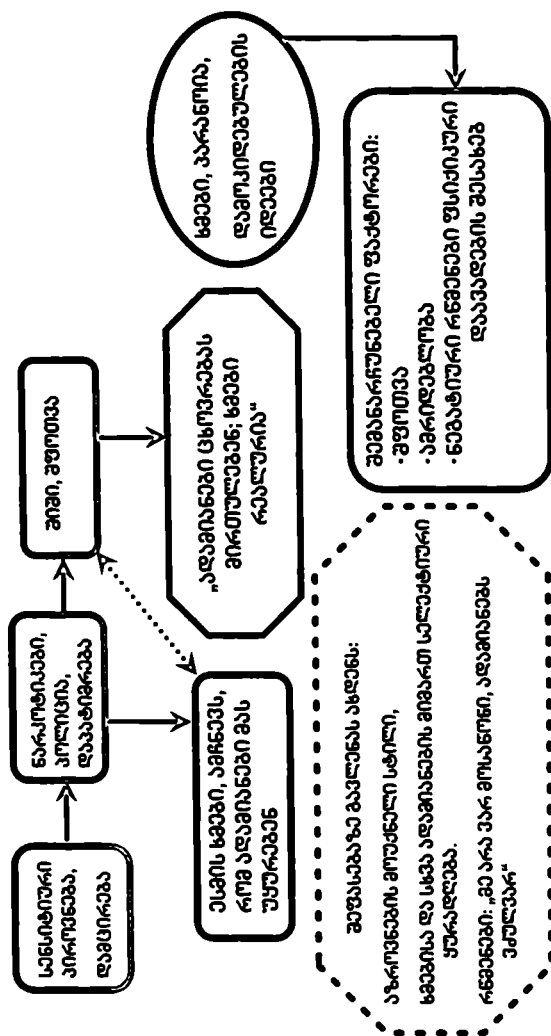


უსიკოლოგიური კომპიუტერი სივსტოების კომპიუტერი მოდელი

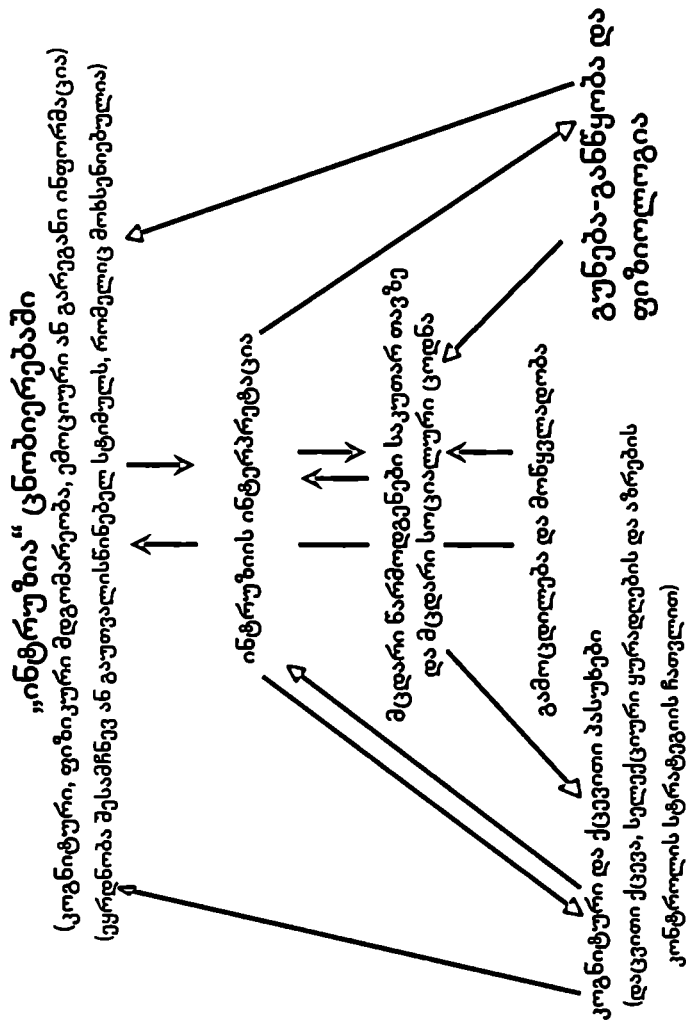
(Garety ღა სკვ., 2001) (ნახ. 7)



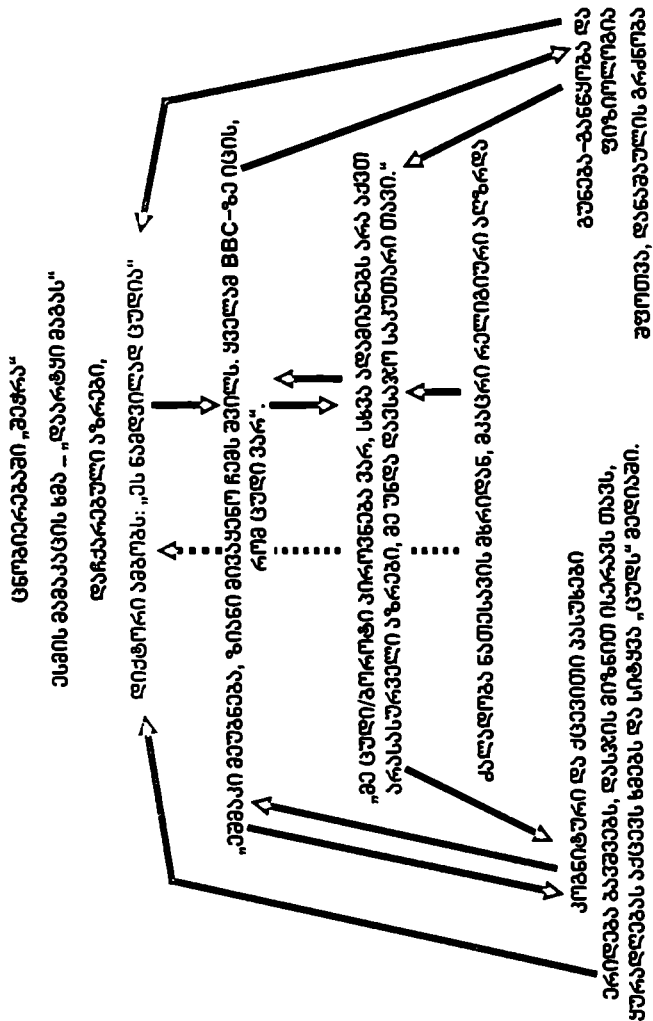
შემთხვევის გავლენი (ნაკ. 8)



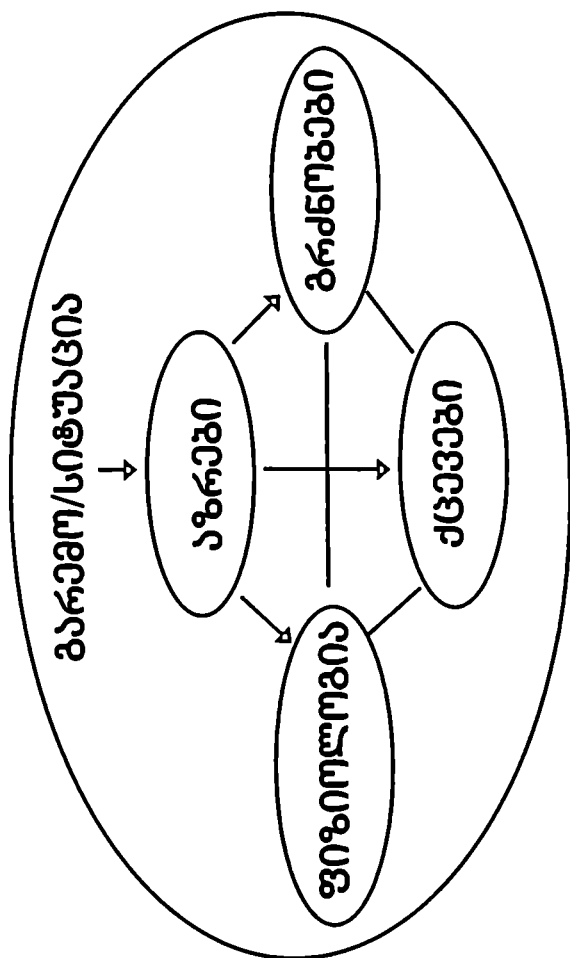
მორისონი (2001): ფსიქოტურნი სიმპტომების მოდელი (ნახ. 9)



შემთხვევის გაგებითი (ნახ. 10)

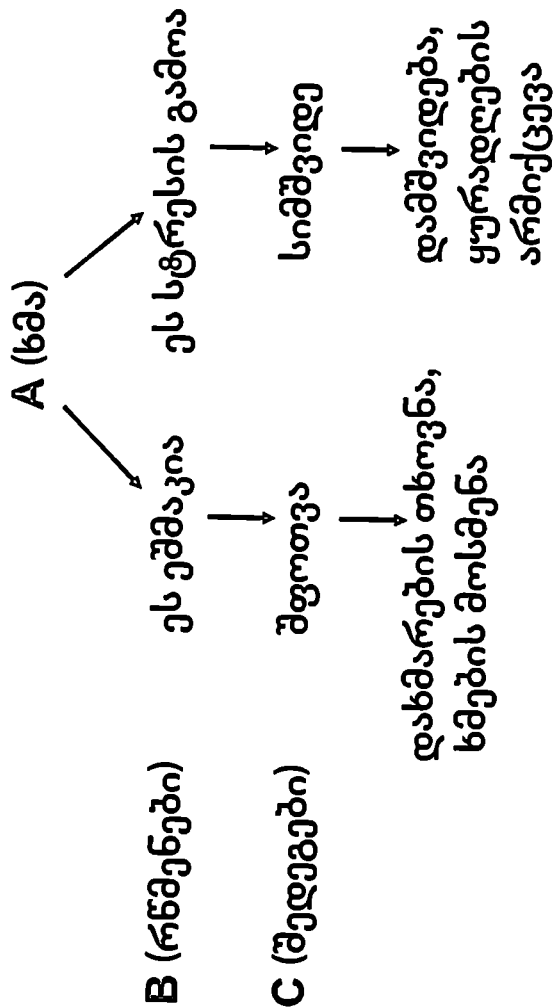


კონკრეტული მოდელი (ნახ. 11)

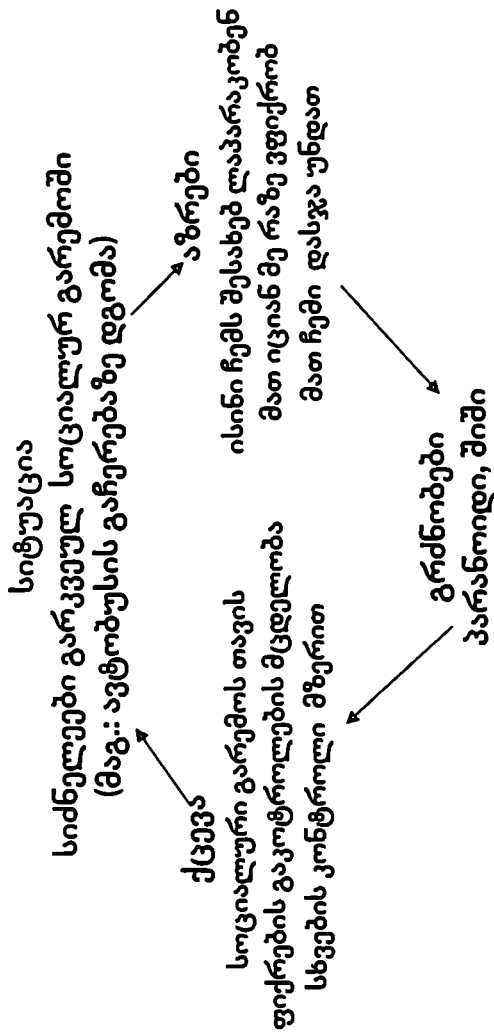


ABC მოდელის გამოყენება ფსიქოზებში (ნახ. 12)

- ხმების გაგონება:



სპეციფიკური ინციდენტის ფორმულირება (ნახ. 13)

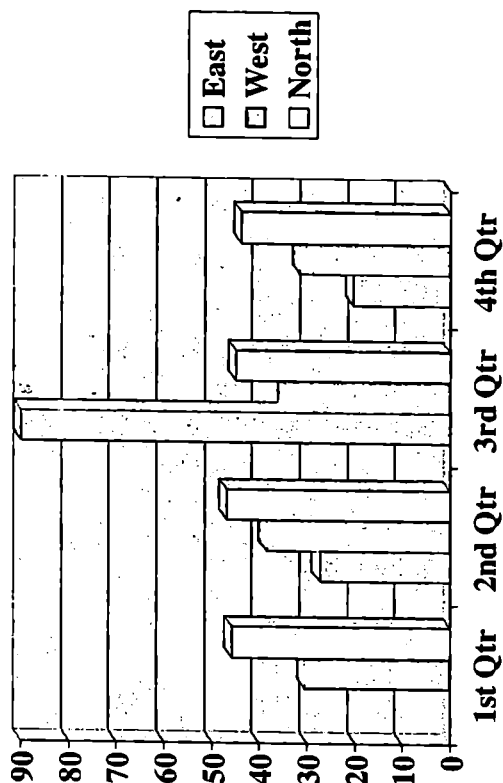


**პაციენტი დარწმუნებულია, რომ სხვებს სურთ მისი
დაზარალება და მისი აზრები გადაიცემა**

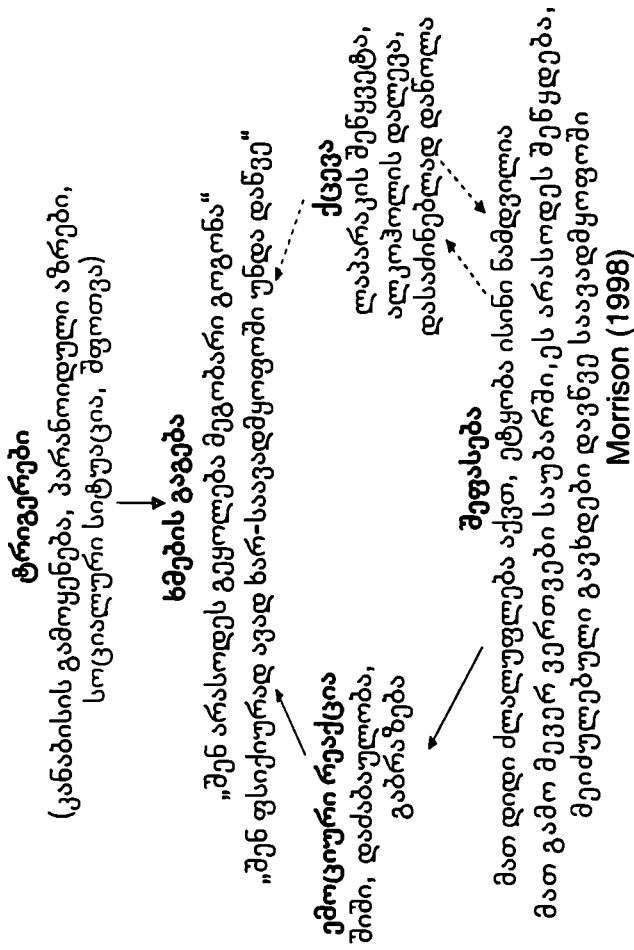
დაცვითი ქცევის მაგალითები (ნახ. 14)

ბანცლა	ინტერპრეტაცია	დაცვითი ქცევა
ქუჩაში სეირნობისას ხედავს მომღიმარ ადამიანებს	ადამიანები ქუჩაში ჩემს შესახებ ლაპარაკობენ	თავდახრილი მიდის სწრაფად და მიზანდასახულად
„გამყიდველი მე მიყურებს“	„მან იცის, რაზე ვფიქრობ“	თავს არიდებს თვალებით კონტაქტს, ცდილობს აზრების გაკონტროლებას
ამჩნევს ადამიანებს, რომლებიც მას უყურებენ	„ისინი ფიქრობენ, რომ მე საძაგელი ვარ და ჩემი დამცირება უნდათ.“	უფრთხის გარეთ გამოსვლას, ატარებს სათვალესა და ქუდს

აუდიტორული ჰალუცინაციები (ნახ. 15)



სმეპის პენარჩუნების ფორმულირება (ნახ. 16)



ხმების ინტერპრეტაცია (ნახ. 17)

ხმების ინტერპრეტაცია	არგუმენტი	კონტრარგუმენტი
უდიდესი ძალაუფლება აქვთ	ხმებს შეუძლიათ იზინანარმეტყველონ; მათ გააჩნიათ უდიდესი ძალაუფლება, ფიზიკურად შეიგრძნობა მათი დამაჯერებლობა	შესაძლოა, დამთხვევა იყოს; ბევრი რაღაც, რაც იზინანარმეტყველეს, არ ახდა.
ავადმყოფობის ნიშანი	შესაძლოა, ასოცირებული იყოს დაქვეითებულ გუნებ-განწყობასთან; შესაძლოა, ამის გამოძნევე ეჭვიანობა იყოს.	არ მესმის მუშაობის დროს; დროდადრო მიდი-მოდიხ.
უჩვეულო აზროვნების პროცესი	შესაძლოა, იყოს სტრესზე პასუხი; შესაძლოა, გამოძნევეი კანაბისის მოხმარება იყოს; რასაც ლაპარაკობენ, ჩემი აზრების მსგავსია.	რეალური შეგრძნებაა

ხმების შინაარსთან შეკამათება (ნახ. 18)

ხმები ამბობენ: „შენ კვდები შიღისით“ უწინდელი რწმენის ხარისხი: 90% შემდგომში რწმენის ხარისხი: 30%		
რწმენის გამამტკიცებელი არგუმენტი	რწმენი კონტრარგუმენტი	
• ხმები იგივეს ამბობენ, რასაც მე • თავს ძალიან დაღლილად ვგრძნობ • ავტობუსში ადამიანები ჩემს გვერდით არ ჯდებიან	• სხვა სიმპტომები არ მაქვს • მე ისეთი არაფერი გამოკეთებია, რომ აივ ინფექცია შემყროდა • აივ ტესტი უარყოფითი მაქვს	

დეპრესიის კოგნიტური მოდელი (ნახ. 19)

ადრეული გამოცდილება

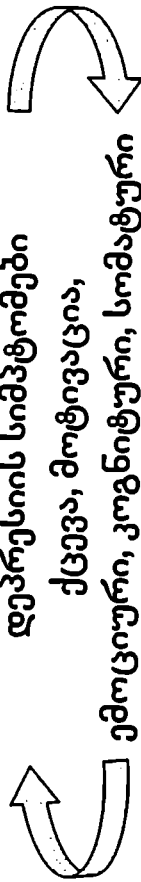
დისფუნქციური რწმენა და შეფასებები

კრიტიკული შემთხვევა (აქტიურებს შეფასებებს)

უარყოფითი აზრები

დეპრესიის სიმპტომები
ქცევა, მოტივაცია,

ემოციური, კოგნიტური, სომატური



დეპრესიის კოგნიტური მოდელი (ნახ. 20)

შემთხვევის მაგალითი

ნამგებობიანი შეფასება დასთან შედარებით



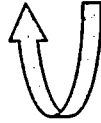
მე დაზე ნაკლები ვარ; მე ვარ ის, რასაც სხვები ფიქრობენ ჩემზე



უნივერსიტეტი, ნარკოტიკები, ფსიქოზური ეპიზოდი



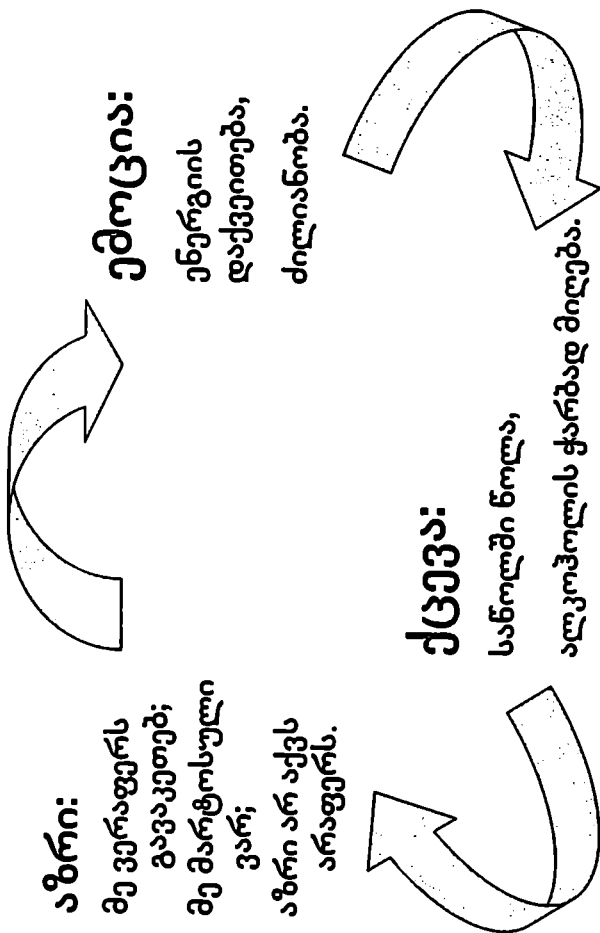
ყველაფერი ცუდად გამოდის, საშინელი მომავალი შელოდება



დეპრესიული სიმპტომები

სოციალური იზოლაცია, ინტერესების დაკარგვა,
სირცხვილი და სევდა, თვითკრიტიკა, მადის დაკარგვა

მანკიერი წრე (ნახ. 21)



აქტიურობის ხარისხის გაუმჯობესება (ნახ. 22)

საქმიანობა	სირთულის ხარისხი შესრულებამდე (0-100)	სიამოვნების ხარისხი შესრულებამდე (0-100)	ჭეშმარიტი სირთულის ხარისხი (0-100)	ჭეშმარიტი სიამოვნების ხარისხი (0-100)
ბიბლიოთეკაში ნასვლა	80	20	60	50
საუზმის პროგრამა	45	60	20	85

დადებითი და უარყოფითი მხარეების ანალიზი (ნახ. 23)

გამოყენება თავის შეკავება

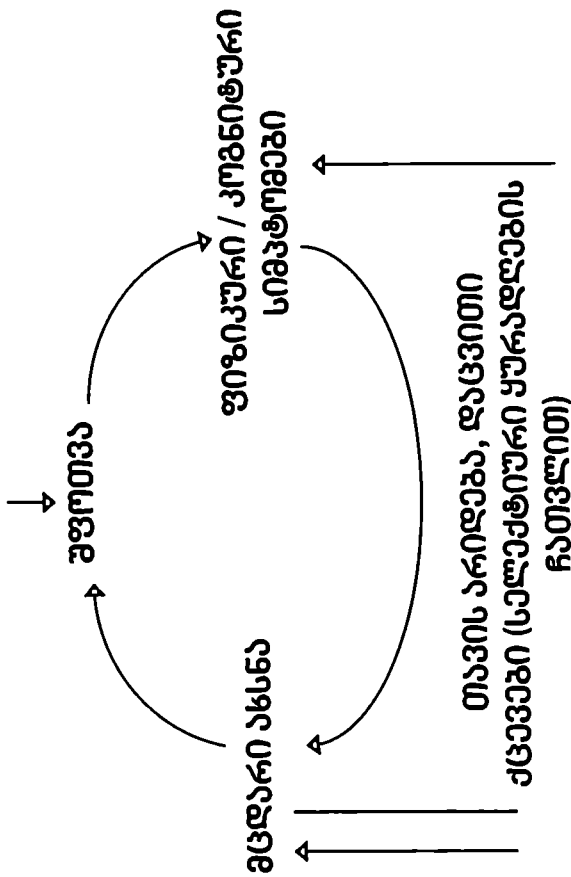
მოდუნება	„მექნება მეტი ფული“; ნაკლები პარანოიალურობა; უკეთესი შინაარსის ხმები; ნაკლები ჩხუბის მიზეზი.
მეგობრებთან დროსტარება	
„შეიძლება გამძლიერდეს ბოდვითი აზრები; გამიუარესდეს ხმების შინაარსი“; უფულობა; გაუთავებელი ჩხუბი ოჯახის წევრებთან.	„შეიძლება მეგობრები დაეკარგო“. „ვიგრძნობ დაძაბულობას“.

სამსცნაურად

სამსზნაყრად

შინაგანი/გარეგანი ტრიბარი (ნახ. 24)

აღქმული საფრთხე



შემთხვევის მაგალითი (ნახ. 25)

არარეალურების შეგრძნება



რა იქნება, თუ პანიკაში
ჩავვარდები?



უიში /
შეუფოთება



გულის შეტევა გაქვს



კანკალი, გულისცემის აჩქარება,
ქოშინი, არარეალურობის
სუბიექტური შეგრძნება



ღრმად სუნთქვა, რელაქსაციის
მცდელობა



**სამკვეთების მიწების დასაღვანი
ექსპროვანტი (ნაკ. 26)**

სიმატროში	სამიზნე აზრი (თეორია A)	აღტვირთვითი შედეგულება (თეორია B)	თეორია B-ს ტესტირება	შედეგები	დასკვნები
თავბრუს- ხედავ და გულს ნახავ	ნაგვრულ და ავად ვარ	ეს უიკავებდითაიონ გოგამალური სიმატრობა	პროტოტი და რადიონი ნაგვრულ სწავლ სწავლავა	P და T-ში ნაგვრულ ავადვარს შედეგი სიმატრობი	შარბი სწავლავა სიმატრობა ავადვარს ნაგვრულ ნაგვრულ
ტვირთი გავრდვი	გულს პროტოტი	ნაგვრულ სწავლავა და ავად ვარ	პროტოტი და რადიონი ნაგვრულ სწავლ სწავლავა	პროტოტი ავადვარს შედეგი სიმატრობი	შარბი სწავლავა სიმატრობა ავადვარს ნაგვრულ ნაგვრულ

გაზვიადებული სიმეტრიების უფექტის ტესტირება (ნახ. 27)

სიმეტრიის როგორც ვაციონტის შუოთვას ინტერეს	ენისნარი ვარსული	ვაციონტის სიმეტრიები გაზვიადებულია	ვადებები	დასკვნები
სიმეტრიის შეგარდა შეგარდა	თუ სიმეტრიის შეგარდა, გული ნახება	ვაციონტის დატოვას ქალის თვითონთან პალტოთი, კახეთი და ა.შ.	ვაციონტის გული არ ნახება	გული დასკვნა არ არის გაზვიადებული შეგარდა სიმეტრიის გული დასკვნის სხვა გზებით.
სიმეტრიის შეგარდა შეგარდა	სიმეტრიის შეგარდა, თუ არის ქალისნარებით არ ვაციონტის	ვაციონტის და თავისნარებით შეგარდათ სიმეტრიის სადაც შეგარდა	გულით ნახება და ვაციონტის თავისნარებით გულით გაზვიადებულია სიმეტრიის	არ ვაციონტის გულით ვაციონტის; ნახება სიმეტრიის თავის დასკვნის

სივცხოვრები, რომელთაც არ მოსდევს უსაფრთხო ქცევები (ნახ. 28)

ავიციენტის ენისნარი პარაუდი	ავიციენტის დაცვითი ქცევები	ენისნარი პარაუდის ტიპიკიზება	შედეგები	ავიციენტის დასკვენები
გავიციენტები, თუ ჩვეთი ანმარაბული აზრები არ გააკონტროლე	შედილეზ ურაღივების გაღატანას და მინების გაკონტროლებას	უფლები მივთი აზრებს, რომ ანმარაბული; არ უცადო მათი შენივებას	არ მიხვები, აზრები დაკლებადია არაკონტროლური გადი	არ გავიციენტები, თუ აზრების კონტროლის შედილეზას შედეგები
თუ ყელი გავიციენტ შედილეზას, გავიციენტ დავიხარჩოვი ან გავიციენტები	ვება ტავილეზის და ვება ნაღის, და გავიციენტ გავიციენტ	არ გავიციენტ ნაღის ან ტავილეზის	ყელი შედილეზის გავიციენტება გავიციენტ არ დავიხარჩოვი	შედილეზა ყელი გავიციენტს, გავიციენტ არ დავიხარჩოვი და არ გავიციენტები.

პერბაღური ტაქნიკები: კონტრაბრუბენები (ნახ. 29)

გცღარი ახსნები: პანიკა გულის შატეპას ღამბარებებს	
არბუშენტი	კონტრაბრუბენტი
1. ნავიკითხე სტრასისაგან გარდაცვლილი აღამიანების შესახებ 2. შფოთვა გუღს მიზიანებს 3. მე ვბრანოვ ტითებში ჩვლებასა და გკარდში ტკივიღს, როცა პანიკა მიუღლება 4. შფოთვა ზრდის სისღღს ნღვას და სისღღს მაღალი ნღვა საშიშია გუღსათვის	1. არასოღუე გამიბია, აღამიანი პანიკისაგან მომკვღარიღოს 2. სტრასი გოღოღდ გამინაა პრობლები, როცა გუღს რაღაც სჭირს 3. შფოთვა და პანიკა აღრანაღღის გამოთავისუფლებასთანაა კავშირი. აღრანაღღი კი გუღს ამუშავებს და არ აჩეჩებს. 4. პანიკა ინღვს სისღღს ნღვის ღრობით ზრღას, როგორც ვარჯიში. გოღოღდ სისღღს გუღმივად მაღალი ნღვაა პრობლები

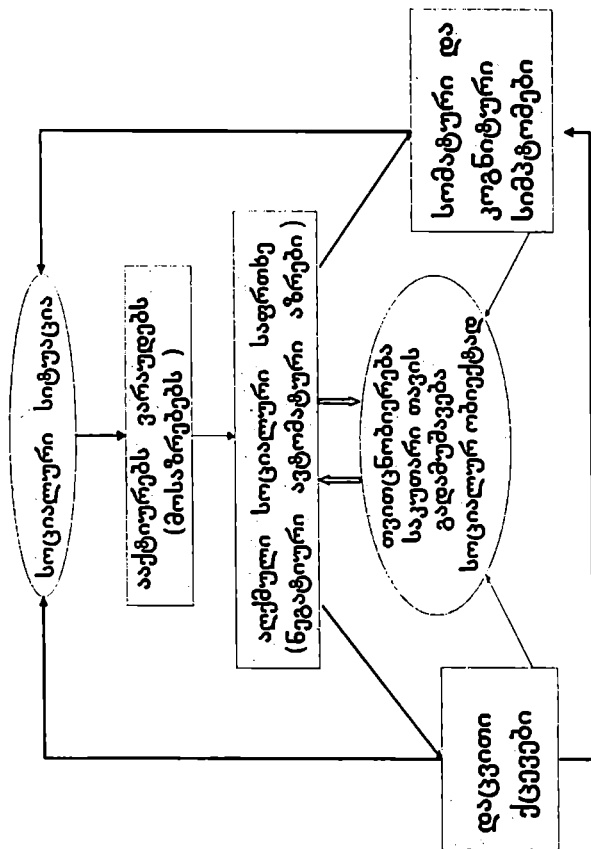
სივრცოვების კონტრასტის ტექნიკა (ნახ. 30)

გამოდება იმ შემთხვევებში, როცა აღმნიშნულენიშნება
ისეთი მოვლენები, როგორიცაა გულის წასვლა, რომელიც
შემდეგ შემთხვევებზე კატასტროფულ იქცევა

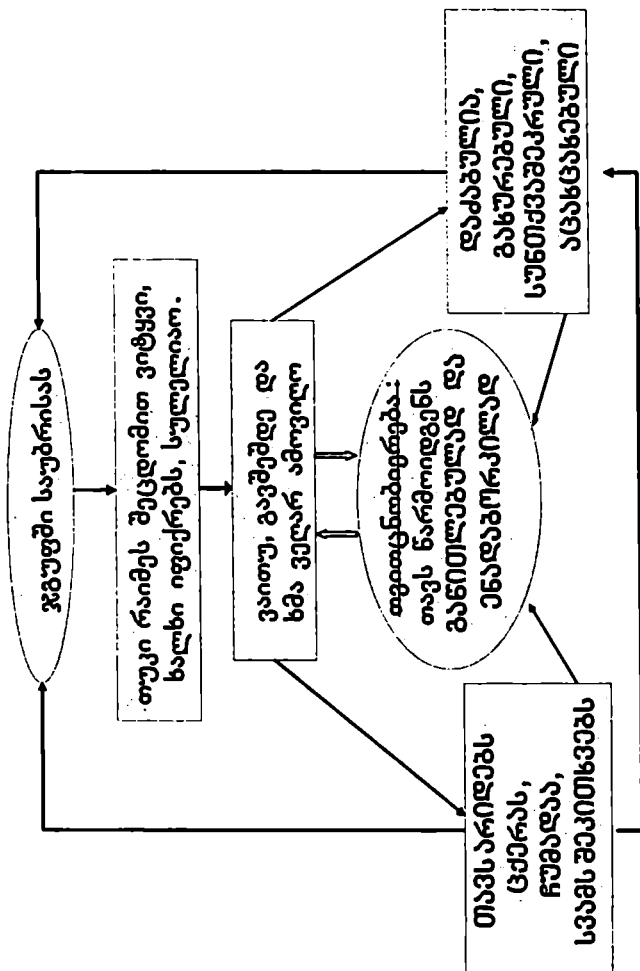
გულისწასვლის სივრცოვები	პანიკის სივრცოვები
ყველაფერი გნელდება	X
გარეშე კილიანობას	X
ყველაფერი ნელდება	X
გარეშე სითბოს	საგნები უფრო მოძრავი და კავშირება სისუსტე ფეხებში გულისწამის აჩანარება პირის სივრცოვალე
X	
X	
X	
X	

სოციალური ფოკუსის კომპიუტური მოდელი (ნახ. 31)

(Wells, 1997)



სოციალური ფობიის კოგნიტური მოდელი (ნახ. 32)
(Wells, 1997)

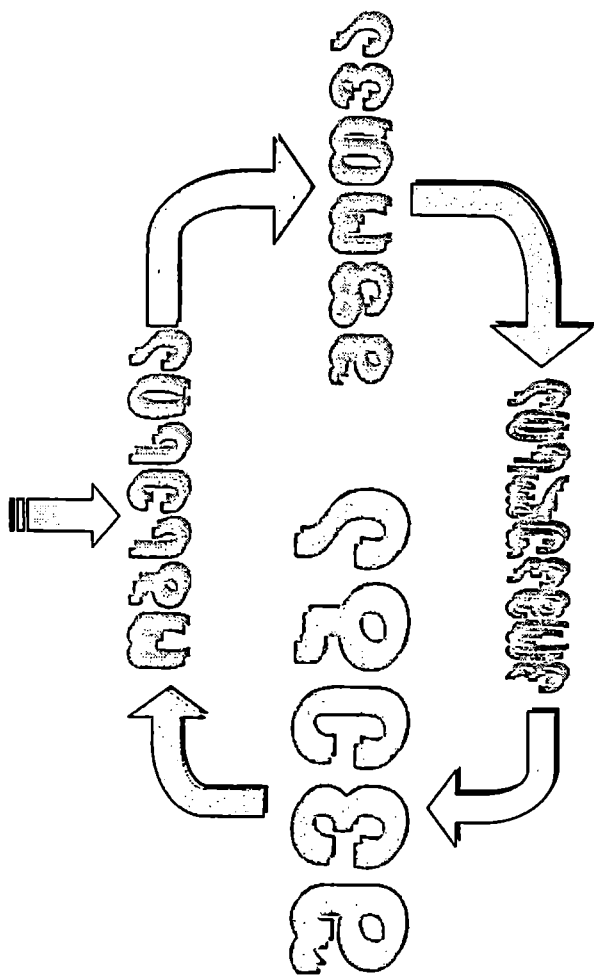


კოგნიტური მოდელი (ნახ. 33)

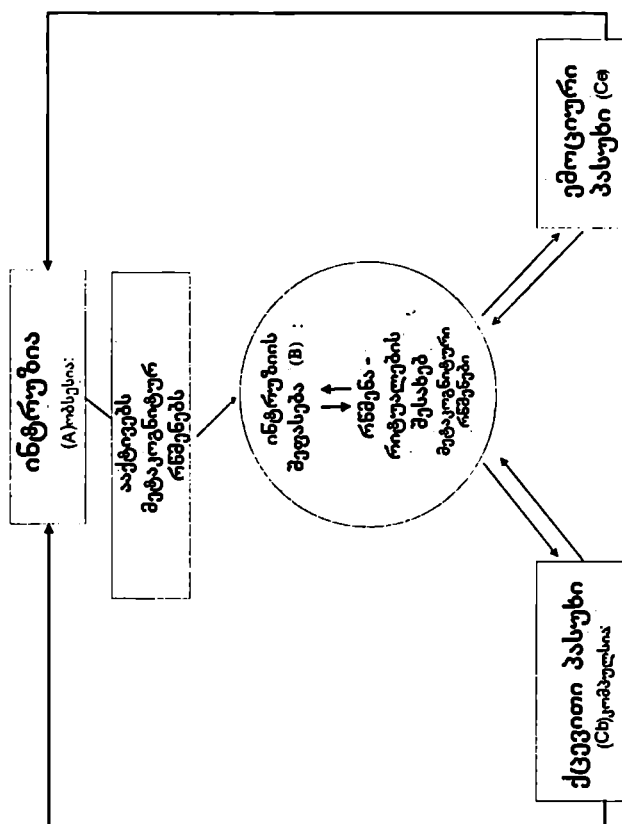
ნეგატიური აზრები	თვითდამუშავება	დაცვითი ქცევები
არ ვიცი, რა ვთქვა. ხალხი იფიქრებს, სულელულიაო.	თავს წარმოიდგენს პრიმიტივად, „იდიოტად“	თავს არიდებს მზერით კონტაქტს; აწყობს, რა თქვას – ვითომ კიდევ რადიკალები აინტერესებს.
ავცახცახდები და კონტროლს დაკარგავ; ყველა შემაძინებს.	თავს წარმოისახავს აკანკალებულად და უკონტროლოდ (წარმოიდგენს, როგორ დარბის და გაჰკიცის).	ნელა მოძრაობს, საგნებს მაგარად უჭერს ხელს, დაძაბული აქვს მკლავებისა და ფეხების კუნთები, გაურბის მზერას.
დარტყმულივით გამოვიყურები; მათ იციან, რომ ავად ვარ; ისინი დამამცირებენ.	წარმოისახავს თავს უცნაურად, „ფსიქიკურ პაციენტად“.	თავს არიდებს ადამიანებთან ლაპარაკს; საუბარისას სვამს შეკითხვებს, გარკვეულ თემებს გაურბის, მაგ.: სამსახურის შესახებ.

ობსესიებისა და კომპულსიების კავშირი (ნ ა ხ . 34)

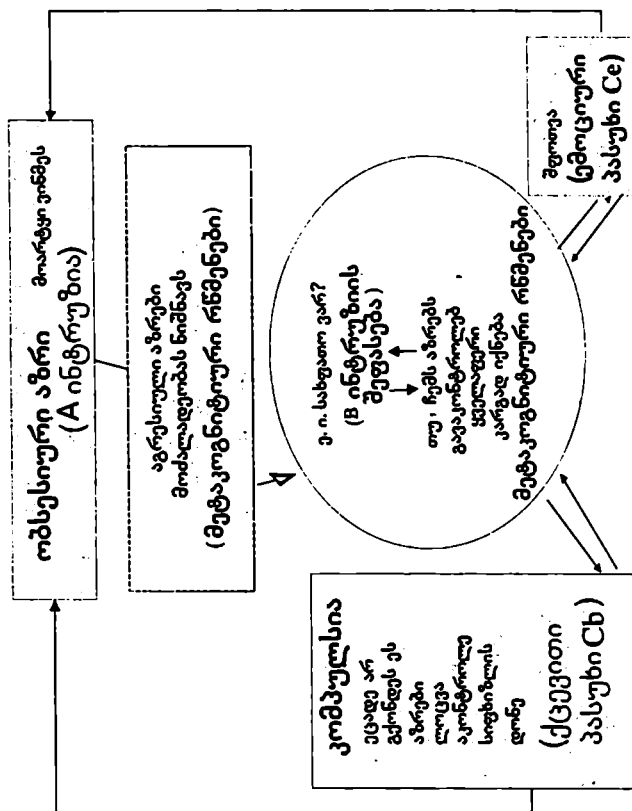
რვა-ს ციკლი



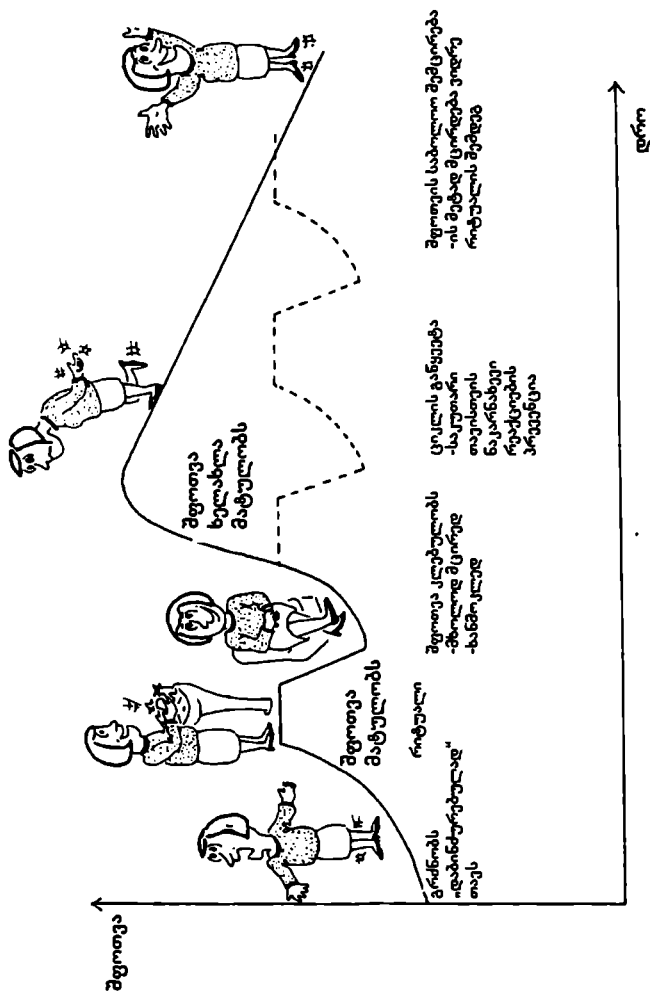
OCD კოგნიტური მოდელი (ნ ა ხ . 3 5) (Wells, 1997)



OCD კოგნიტიური მოდელი (ნახ. 36) **(Wells, 1997)**



ზემოქმედება და მასზე რეაგირების პრევენცია (ნახ. 37)

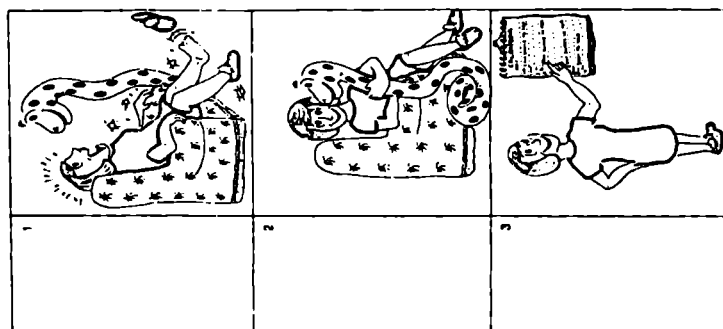


ზემოქმედების ოქროს წესი (ნახ. 38)

1. შფოთვა უსიამოვნოა, მაგრამ
ზიანი არ მოაქვს

2. საბოლოოდ შფოთვა
კლებულობს

3. გავარჯიშება საუკეთესო
შედეგს იძლევა



ნახ. 39

სიტუაცია	ოთხშაბათი, დილის 10 სთ. ჩემი თერაპევტის კაბინეტში აზრების ჩანაწერებში ჩავიხედე
ემოციები	დებრესიულობა – 85%, შფოთვა – 80%
ავტობიოგრაფიული აზრები	ამის შესწავლა მეტისმეტად რთულია ჩემთვის, ამას მე ვერასოდეს გავიგებ – 90%
რაციონალური პასუხი	მე სხვა რთული რამეები შემისწავლია ნარსულში – 90%. ჩემი თერაპევტი ამიხსნის, როგორ გავაკეთო ეს – 70%. პრაქტიკასთან ერთად ეს უფრო ადვილი გახდება – 70%.
შედეგი	მე ამას ვერასოდეს გავიგებ – 50% დებრესიულობა – 50%, შფოთვა – 40% აზრების ჩანაწერების მიმართ მდგრადობა

ბამოყენებული ლიტერატურა:

1. **Addington et al 1993:** The Calgary Depression Scale
2. **Andreasen S. et al., 1982** Diagnosing delusions: A review of inter-rater reliability School of Psychology, Cardiff University, Park Place, Cardiff, CF10 3YG, UK; Received 3 May 2006; received in revised form 20 June 2006; accepted 20 June 2006
3. **Andreasson S. et al., 1987;** The link between cannabis use and psychosis: furthering the debate, *Psychological Medicine*
4. **Andreasson, S., Allebeck, P., Engstrom, A., et al (1987)** Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, *ii*, 1483 –1486.
5. **APA guidelines.** Compeditum.2006
6. **Arsenault, L., et al., (2000).** Mental disorders and violence in a total birth cohort *Psychology* 823 *Psychopathology* II Fall, 2003
7. **Barnes K. et al 1989** Primitive (developmental) reflexes, tardive dyskinesia and intellectual impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Volume 16, Issue 1, Pages 47-52 T. Barnes
8. **Barrett, T. R. & Etheridge, J. B. (1992)** Verbal hallucinations in normals. I: People who hear voices. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379
9. **Barrowclough C. et al., 2003** The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, Volume 79, Issue 1, Pages 77-83 J. Addington, A. Collins, A. McCleery, D. Addington
10. **Barrowclough C. et al, 2001;** Project: Effects and indicators of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for cannabis use in psychosis *Psychiatrie en Neuropsychologie (UM)*
11. **Bebbington P. E. et al., 2004** Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE®. *Schizophrenia Research*, Volume 88, Issue 1-3, Pages 222-226
12. **Beck A. T., Emery, G. (with Greenberg, R. L.) (1985).** Anxiety and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
13. **Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990).** *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
14. **Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C.F., & Liese, B. (1993).** Cognitive therapy of substance abuse. New york: Guilford press.
15. **Beck, A.T. (1963)** 'Thinking and Depression: 1. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions', *Archives of General Psychiatry* 9:324-33.
16. **Bek et al. 2000;** A LIST OF PUBLICATIONS PREPARED AT SSC RIAR IN 2000 CONTENTS
17. **Benjamin 1989** Behavior Problems and the Power Relationship *Brooks Lang Speech Hear Serv Sch.*1991; 22: 89-91

18. **Bentall R. P.** Cognitive biases and abnormal beliefs : Towards a model of persecutory delusions In A.S. David & J. Cutting (eds), *The Neuropsychology of Persecutory Delusions, The Neuropsychology of schizophrenia*, London 1990
19. **Berrios GE and Bulbena A**, 1987 Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences, *British Journal of Clinical Psychology*, Volume 44, Number
20. **Birchwood M., Spencer E. & McGovern D**, 2000 Schizophrenia: early warning signs, *The British Journal of Psychiatry, Advances in Psychiatric Treatment* (2000) 6: 93-101
21. **Boydell J. et al.** 2001 Racial discrimination and mental illness; *The British Journal of Psychiatry* (2003) 182: 77-79
22. **Buchanan, R., M. Strauss, B. Kirkpatrick, C. Holstein, A. Breier and W. Carpenter** (1994). Neuropsychological impairments in deficit vs nondéficit forms of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 51(10):804-11.
23. **Burns, D.D. (1980)**. Feeling good: The new mood therapy. New York: Signet
24. **Burns, D.D. (1989)**. The feeling good handbook; Using the new mood therapy in everyday life. New York: Morrow.
25. **Cannon M. et al.** Evidence for Early-Childhood, Pan-Developmental Impairment Specific to Schizophreniform Disorder: Results From a Longitudinal Birth Cohort, *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:449-456.,
26. **Chadwick P, Lees S da Birchwood M (2000)** სმების შესახებ რწმენების კითხვარი-გადახედვა (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry* 177: 229-232
27. **Chadwick Paul, Birchwood Max, Trower Peter**, Cognitive Therapy for Delusions, Wiley Series in Clinical Psychology, Chichester, New-York, Brisbane, Singapore, 1997
28. **Clark D. M**, 1999 Identity state-dependent attentional bias for facial threat in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, Volume 141, Issue 2, Pages 233-236, Elsevier
29. **Clark, D. M. (1989)**. Anxiety states: Panic and generalized anxiety. Cognitive-behavioral therapy for psychiatric problems: A practical guide (pp. 52-96). New York: Oxford University Press.
30. **Close & Garety 1998** A cognitive model of the positive symptoms of psychosis, *Psychological Medicine*, 31: 189-195 Cambridge University Press
31. **Cooper J.E, Cannon P.B et al, 2002**; Negative association between a history of obstetric complications and the number of neurological soft signs in first-episode schizophrenic disorder. Elsevier
32. **Cox, D., and Cowling, P.** *Are You Normal?* London, U.K.; Tower Press, 1989.
33. **Curson et al., 1988** Cognitive Therapy for Psychosis in Schizophrenia: An Effect Size Analysis. INFLUENTIAL PUBLICATION

34. **Dickerson F B** (2000) Cognitive behavioral psychotherapy for shizophrenia: Areview of recent studies. *Shizophr. Res* 43:71-90
35. **Drury et al**, 1999 Cognitive behavioral therapy for acute psychosis:who bebenefits and do the bebenefits last? paper presented at the 3rd Internationale Conference on Psychological Treatments for Shizophrenia. Oxford , England
36. **Falloon and Talbot** 1981 Coping with symptoms of relapse in schizophrenia, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 141-215
37. **Falloon, I.R.H. & Talbot, R.E. (1981)**. Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and applications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329
38. **Fowler D. 2000** Comparing people-based treatments for psychosis Research comparing two different treatments for psychosis could have important implications for mental health services.
39. **Fowler D., Freeman, D., Steel, C., Hardy, A., Smith B, Hackmann, C., Garety, P., Kuipers E. Bebbington, P.** (2006). The catastrophic interaction hypothesis: How does stress, trauma, emotion and information processing abnormalities lead to psychosis? In Morrison, A. and Larkin, W. (eds) *Trauma and Psychosis*. John Wiley and Sons.
40. **Fowler D., Garety P. & Kuipers**, 1995 Cognitive behavior therapy for psychosis: theory and practice. New York Willei
41. **Freeman D., Green S., Garety P. A**, The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models, *Acta Psychiatrica Scandinavica*
42. **Freeman, Garety P , Kuipers, Fowler D. and Bebbington – 2002** The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis IV: self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 37: 415-430.
43. **French P. & Morrison A.P.** Early Detection and Cognitive Therapy For People at high risk of developing Psychosis. A Treatment Approach Jonh Wiley & Sons Ltd 2004
44. **Frith R and Allen E**, 1988 Proverb comprehension reconsidered— 'theory of mind' and the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Volume 75, Issue 2-3, Pages 233-239 M. Brüne, L. Bodenstein
45. **Frith R**, 1992 Language Performance in Chronic Schizophrenia: A Pragmatic
46. Approach Meilijson et al. *J Speech Lang Hear Res*; 47: 695-713
47. **Garety P. et al – 2001**; Cognitive – behavioral therapy for medication – resistant symptoms. *Shizophr.. Bull* 26:73 –86
48. **Garety et al. Morrison 2001** Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38: 113-154

49. **Garety P. & Freeman D** 1999. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38: 113-154.
50. **Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D da Bebbington PE** (2001) ფსიქოზების პოზიტიური სიმპტომების კოგნიტიური მოდელი. *Psychological Medicine*, 31, 189-195
51. **Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985)**. Cognitive therapy for anorexia nervosa. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). New York: Guilford press.
52. **Grassian S**, 1983 *The Psychiatric Aspects of Solitary Confinement, Victims & Offenders*, Volume 1, Issue 4 2006 , pages 361 - 368
53. **Grimby A**. Hallucinations following the loss of a spouse - Common and normal events among the elderly. *J Clin Geropsychol* 1998; 4: 65-74.
54. **Guidano, V., & Liotti, G.(1983)**. Cognitive processes and emotional disorders. New York.: Guilford Press
55. **Gumley L. E et al, 2003** Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: filling the therapeutic vacuum *The British Journal of Psychiatry* 183: 98-99
56. **Haddock G, Mc Carron J, Tarrier N da Faragher EB** (1999) პალუცინაციებისა და ბოდვების გასაზომი სკალები: ფსიქოზური სიმპტომის შეფასების სკალები (PSYRATS). *Psychological Medicine* 29: 879-889
57. **Haddock G. et al, 1999**; Progress in research on dual disorders, *The British Journal of Psychiatry* 183: 377-378
58. **Häfner H. et al., 1999** Psychopathology of early-onset versus late-onset schizophrenia revisited: an observation of 473 neuroleptic-naïve patients before and after first-admission treatments. *Schizophrenia Research*, Volume 67, Issue 3, Pages 175-183 Elsevier
59. **Hall & Tarrier, 2002** A Cognitive-Behavioral Approach to the Enhancement of Self-Esteem in a Patient Suffering...
60. **Hemsley DR , 1993** When a schizophrenic deficit becomes a reasoning advantage. *Schizophrenia Research*, Volume 84, Issue 2-3, Pages 359-364
61. **Hemsley, DR. 1998** The disruption of the 'sense of self' in schizophrenia: Potential links with disturbances of information processing *British Journal of Medical Psychology* 71:115-124.
62. **Hirsch S.R & Jolley A.G. 1989** Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Volume 63, Issue 2, Page 121 P. Kingsep
63. **Huq SF, Garety PA, Hemsley DR** (1988) Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Q J Exp Psychol A*. 40:801- 812
64. **Iqbal et al., 2000** Effects of antimanic mood-stabilizing drugs on fetuses, neonates, and nursing infants. *South Med J*. 2001 Mar;94(3):304-22. Review.

65. **Jakes et al, 1999**; Effectiveness of cognitive therapy for delusions in routine clinical practice, *The British Journal of Psychiatry* 175: 331-335 (1999)
66. **Janssen et al. 2003**, Role of distress in delusion formation, *he British Journal of Psychiatry* (2005) 187: s55-s58
67. **JANSSEN I., MA, M. HANSSEN, MA and M. BAK, MD** Discrimination and delusional ideation *The British Journal of Psychiatry* (2003) 182: 71-76
68. **John Read & Colin A. Ross, (2003)** Psychological Trauma and Psychosis: Another, Reason Why People Diagnosed Schizophrenic Must Be Offered Psychological Therapies, *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 247–268,
69. **Johns et al. 2002; 2004** Battling boredom: Group cognitive Behavior therapy for negative symptoms of schizophrenia. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*. Vol 30(3) 341 - 346
70. **Jolley et al, 2003**; Cognitive Therapy in Early Psychoses: A Randomized Controlled Trial. . *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*. Vol 30(3) 341 - 346
71. **Kemp et al, 1996** Teaching psychiatric trainees 'compliance therapy', *Psychiatric Bulletin* (2002) 26: 12-15
72. **Kingdon & Turkington 1994** Cognitive—behavioural techniques in practice, *The British Journal of Psychiatry* (2001) 178: 180-181
73. **Kirk J., 1989** **PROBLEM FOCUSED STRESS COUNSELLING AND STRESS MANAGEMENT TRAINING: AN INTRINSICALLY BRIEF INTEGRATIVE APPROACH {CONCLUDING PART OF THIS TWO-PART ARTICLE}** Centre for Stress Management, 156 Westcombe Hill, London, SE3 7DH © *Palmer, 1997*
74. **Kitamura et al.,1991**; No association between season of birth of patients with schizophrenia and risk of schizophrenia among their siblings. *Schizophrenia Research*, Volume 66, Issue 1, Pages 1-6 J. Suvisaari
75. **KRABBENDAM, L., VAN OS, MYRIN-GERMEY, I, P. DELESPAUL. 2005.** The schizophrenia
76. *envirome. Current Opinion in Psychiatry*, 18: 141-145.
77. **Kuipers E et al, 1997, 1998,1999.** Family Intervention in psychosis: who needs it. *Epidemiologin e Psichiatria Sociale*, 8: 169-173. Elsevier
78. **Kulhara and Chadda, 1987** Does considering duration of negative symptoms increase their specificity for schizophrenia?. *Schizophrenia Research*, Volume 60, Issue 2-3, Pages 321-322, Elsevier
79. **Lazarus, A. A. (1977)**Has behavior therapy out-lived its usefulness?" *Amer. Psychologist* 32: 550-554.
80. **Lecomte et al, 2003**; The Feasibility of a Cognitive Behavioural Intervention for Low Self-Esteem within a Dual Diagnosis Inpatient Population, *British Association for Behavioural and cognitive Psychotherapies*

81. **Leff et al., 1990** Do all people with schizophrenia receive the same benefit from different family intervention programs?. *Psychiatry Research*, Volume 133, Issue 2-3, Pages 187-195, Elsevier
82. **Lewis et al, 2002**; Integrating non-drug treatments in early schizophrenia, *The British Journal of Psychiatry* (2005) 187: s65-s71
83. **Losch, 1983**; Cognitive Approach to Psychosis, Psychology Services of Salford Bolton Salford & Trafford Mental Health Trust & Department of Psychology Manchester University sychology Services of Salford
84. **Maher, B. A. (1988)**. Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. In T. F. Oltmanns & B. A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp.15-33). New York: Wiley.
85. **McDonald, Fearon P, Cannon M, Murray RM** (2001) 'A critique of the idea and science of risk factor research in schizophrenia' *International Journal of Mental Health* 30(1): 82-90.
86. **McGorry et al., 1991** Management of first-episode psychosis, *Advances in Psychiatric Treatment* , 7: 133-140. Elsevier
87. **McGuire et al.1993** Neural correlates of the misattribution of speech in schizophrenia
88. *The British Journal of Psychiatry* 190: 162-169.
89. **McGuire, P. K., Silbersweig, D. A., Wright, I., et al (1995)** Abnormal monitoring of inner speech: a physiological basis for auditory hallucinations. *Lancet*, 346, 596 –600
90. **Meichenbaum, D. (1977)**.Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York:. Plenum
91. **Mikelson et al., 1997**; Barriers to Identifying Substance Abuse in the Reformed Welfare System. *Social Service Review*, volume 80 (2006), pages 217–238
92. **Miller D.T. et al., 1975**; Self serving biases in the attribution of causality. Fact or fiction, *Psychological Bulletin*
93. **Miller et al., 1993**, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61:455–461
94. **Morrison A. P. - 2001** Insight in individuals with an At Risk Mental State?. *Schizophrenia Research*, Volume 90, Issue 1-3, Pages 238-244, Elsevier
95. **Morrison AP (2001)** Psiqozebis dros SeWrebis interpretacia: halucinaciebisa da bodvebis mimarT integraciuli kognitiuri midgoma. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
96. **Morrison AP et al. 2003** The European First-Episode Schizophrenia Network,BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1 81 (suppl . 4 3)
97. **Morrison R. et al., 2003 review**, Early interventions for psychosis, *The British Journal of Psychiatry* (2005) 186: 262-263
98. **Morrison R.L. and Renton A. M (2001)** Cognitive therapy for persistent

- psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial. *Schizophrenia Research*, Volume 74, Issue 2-3, Pages 195-199
99. **Morrison, Cannon et al, 2002**; Differential patterns of premorbid academic and social deterioration in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Volume 75, Issue 2-3, Pages 389-397
 100. **Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992)**. Cognitive principles and techniques: A video series and workbook. Albuquerque, NM: Creative Cognitive Therapy Productions.
 101. **Mueser et al., 1998**, Drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Volume 63, Issue 3, Page 297, Elsevier
 - Myhrman et al., 1998**, No relationship between risk of schizophrenia and prenatal exposure to stress during the Six-Day War or Yom Kippur War in Israel. *Schizophrenia Research*, Volume 63, Issue 2, Page 131, Elsevier
 102. **Oldridge and Hughes 1992** The Stress of Caring for People with Obsessive Compulsive Disorders, *Community Mental Health Journal*, 389-483
 103. **Ottesman G. 1991** Treatment of Suicidality in Schizophrenia, Volume 932 *THE CLINICAL SCIENCE OF SUICIDE PREVENTION* Page 44
 104. **Padesky, 1994** A CBT-based therapeutic alternative to working with complex client problems, *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, Volume 5, Number 2, June 2002, pp. 135-144(10)
 105. **Persons J. B., Burns D.D. & Perloff J.M. 1988** Conducting Effectiveness Studies in the Context of Evidence-Based Clinical Practice *Clinical Psychology: Science and Practice* 8 (2), 168-172.
 106. **Persons J. B., Burns D.D., Per off J.M. (1988)**. Predictions of dropout and outcome in cognitive-therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive therapy and research*, 12, 557-575.
 107. **Pilling et al. 2002**, CBT for psychosis, *The British Journal of Psychiatry* (2004) 185: 438
 108. **Pinto et al, 1999**; Clozapine-resistant schizophrenia: a positive approach, *The British Journal of Psychiatry* (2002) 181: 184-187
 109. **Posey, T. B. & Losch, M. E. (1983)** Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 3, 99-113.
 110. **Rabbendam, Cannon et al, 2002**; Stress Sensitization in Schizophrenia a Reserch Institute of Asperger Disorder, Ashiya University, Graduate School of Education, Rokurokuso-machi 13-22, Ashiya, 659-8511 Hyogo, Japan. Department of Neuropsychiatry, University of Toyama Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, 2630 Sugitani, Toyama 930-0194, Japan
 111. **Rachman and DeSilva, 1978**, Intrusive thought in obsessive-compulsive disorder. Appraisal differences, M.S. Department of Psychology, Finch University of Health Sciences/The Chicago Medical School, North Chicago, Illinois

112. **Rachman, S., & DeSilva, P. (1978).** Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 23
113. **Read and Ross, 2003** Psychological Trauma and Psychosis: Another Reason Why People Diagnosed Schizophrenic Must Be Offered Psychological Therapies, The University of Auckland, New Zealand; Colin A. Ross, M.D., Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma, Richardson, TX. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 247–268, 2003© 2003
114. **Rector et al, 2003;** Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial. *Schizophrenia Research*, Volume 74, Issue 2-3, Pages 195-199
115. **Reeman & Garety, 2003** COGNITIVE THERAPY FOR PREVENTING TRANSITION TO PSYCHOSIS IN HIGH RISK INDIVIDUALS: A CASE SERIES Mental Health Services of Salford, UK University of Manchester, UK
116. **Romme, M. A. J., & Escher, A. D. M. A. C. (1989).** Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209–216
117. **Salkovskis and Harrison, 1984,** THE CUT-OFF POINT IN SUB-CLINICAL OBSESSIVE-COMPULSIVE RESEARCH ^{a1} Universitat de Barcelona, Spain
118. **Salkovskis, 1989;** Health Anxiety, *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* Springer US, 205-209
119. **Selten JP et al. (2000)** Distress Attributed to Negative Symptoms in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin* 2000 26(3):737-744
120. **Sensky et al, 2000;** Cognitive—behavioural therapy for schizophrenia, *The British Journal of Psychiatry* (2002) 181: 439-440
121. **Sensky et al, 2000;** Cognitive—behavioural therapy for schizophrenia, *The British Journal of Psychiatry* (2002) 181: 439-440
122. **Shergill, S. S., Brammer, M. J., Williams, S. C., et al (2000a)** Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1033 –1038
123. **Siegel, 1984** Cognitive correlates of depressive symptoms in hospitalized adolescents
124. **Siris, 1991** Relationships between depression and psychotic symptoms of schizophrenia during an acute episode and stable period. *Schizophrenia Research*, Volume 47, Issue 2-3, Pages 135-140
125. **Siris, S.G., 1991,** Relationships between depression and psychotic symptoms of schizophrenia during an acute episode and stable period. *Schizophrenia Research*, Volume 47, Issue 2-3, Pages 135-140, Elsevier
126. **Slade P. and Bentall R., 1988** Developmental instability and schizotypy. *Schizophrenia Research*, Volume 43, Issue 2-3, Pages 125-134
127. **Startup et al, 2004** Cognitive behaviour therapy within acute mental health

care: critical appraisal¹The School of Nursing, Midwifery and Social Work,
The University of Manchester, Manchester, UK

128. **Startup et al, 2004**; Assessing insight in schizophrenia: East meets West, *The British Journal of Psychiatry* (2007) 190: 243-247. doi: 10.1192/bjp.bp.106.029363
129. **Tarrier N. et al, 1993**; A trial of two cognitive –behavioral methods of treating drug – resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients: Treatment specific changes in coping and problem solving skills. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology* 28:5-10
130. **Tarrier N. et al., 1998,1999**, Randomised controlled trial of intensive cognitive behavioral therapy for patients with chronic schizophrenia. *Br. Med J* 317:303-307
131. **Tien, 1991** Sex differences in psychosis: normal or pathological?. *Schizophrenia Research*, Volume 62, Issue 2, Page 45, Elsevier
132. **Tien, A. Y. (1991)** Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287
133. **Turkington D. et al, 2002** Effectiveness of a brief CBT intervention in treatment of schizophrenia . *British Journal of Psychiatry*, 180, 523 –527, Elsevier
134. **Van Os J. et al., 2002**; Hearing impairment and psychosis revisited. *Schizophrenia Research*, Volume 76, Issue 1, Pages 99-103
135. **Voices and Paranoia, 1996**; Chichester - New York –Toronto – Singapore
136. **Warwick & Salkovskis, 1990** Outcome of Cognitive-Behavioural Treatment for Health Anxiety (Hypochondriasis) in a Routine Clinical Setting
137. **Wells A. (1997)** Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and conceptual Guide. John Wiley & Sons Ltd.
138. **Wykes T. et al, 2003** Cognitive remediation therapy in schizophrenia, *The British Journal of Psychiatry* (2007) 190: 421-427. doi: 10.1192/bjp.bp.106.026575
139. **Yung & McGorry, 1996**; The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* . 1996 Oct 1 ; 30(5):587-99
140. **Yung AR, McGorry PD.** The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* . 1996 Oct 1 ; 30(5):587-99.
141. **Zammit S. et al., 2002**; Paternal age and risk for schizophrenia, *The British Journal of Psychiatry* (2003) 183: 405-408
142. **Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., et al (2002)** Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia: further analysis of the 1969 Swedish conscript cohort. *BMJ*, 325, 1199 –1201