

ახალი მოსაზრებები, მასალების განხილვა, მსჯელობა პერსპექტივაზე

მარინა ბალიაშვილი

დოქტორი უზნაძის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი

ობიექტივაცია ქრონიკული დეპრესიის მკურნალობაში

საკვანძო სიტყვები: ღებრესია, არააღიქვამი ქნვა, აგრძნების შორმალში ოპერაციები, ობიექტივაცია

ღებრესიის მკურნალობის კოგნიტურ და ბიჰევიორალურ მეთოდთა შორის ჩვენი ყურადღება ჯე-იმზ მაკ-კალოუს ფსიქოთერაპიის კოგნიტურ-ბიჰევიორალური ანალიზის სისტემამ მიიპერო. მასში სა-გულისხმო მოსაზრებაა გამოთქმული ღებრესიის რაობისა და მკურნალობის შესახებ. ავტორს მიაჩ-ნია, რომ რა მიზეზებითაც უნდა იყოს გამოწვეული ღებრესია, მისი მთავარი დამახასიათებელი ნიშა-ნია პაციენტის დარწმუნებულობა, რომ მას არ შესწევს უნარი რაიმე შეცვალოს თავის ცხოვრებაში, განსაკუთრებით კი ადამიანებთან ურთიერთობაში, რათა მიიღოს გარემოდან ის, რაც სწადია.

მაკ-კალოუს თანახმად: 1. ქრონიკული ღებრესიის ეტიოლოგიური საფუძველია შეფერხებული განვითარება და 2. ღებრესია სისტემაში “ადამიანი – გარემო” მომხდარი შეუსაბამობის და შეუთანხმებლობის შედეგია.

შეფერხებულ განვითარებაში იგულისხმება შემდეგი: ქრონიკულ ღებრესიის მქონე ადამიანი არ რეაგირებს ლოგიკურად არგუმენტირებულ დასაბუთებაზე და კრიტიკული ანალიზის სხვა ტექნიკებზე; თერაპევტს ელაპარაკება მონოლოგის რეჟიმში, ხოლო მისი სააზროვნო პროცესები თავისი ბუნებით ალოგიკურია. პაციენტს არ შეუძლია ადამიანებთან თანაგანცდაზე დამყარებული ურთიერთქმედება, ხოლო საკუთარ ქცევაზე მიღებული რეაქციები – მეგობრების, მეუღლის, თანამშრომლების მხრიდან, გავლენას ვერ ახდენს მის ქცევაზე. ასეთი პაციენტი “დახურული” კოგნიტური სისტემაა. ერთი სიტყვით, ამბობს მაკ-კალოუ, ზრდასრული ადამიანი, რომელიც ღებრესიას განიცდის, ფუნქციონირებს პრიმიტიულ ფსიქოლოგიურ დონეზე, რაც 5-7 წლის ბავშვის დონეს შეესაბამება. აქვე შეიძლება განვსაზღვროთ: თუ ასეა, რატომ არ ემართება ღებრესია ამ ასაკის ბავშვს? იმიტომ, რომ ის სასიცოცხლო ამოცანები, რომლებიც ბავშვს უდგას, მისგან უფრო მაღალი დონის აზროვნებას არ ითხოვს.

მაკ-კალოუ მიიჩნევს, რომ ღებრესია ადამიანის და მისი გარემოს ურთიერთქმედების განმსაზღვრელი რამდენიმე ფაქტორის ერთდროული მოქმედების შედეგია. ღებრესიის ბიოფსიქოსოციალურ მოდელზე დაყრდნობით მაკ-კალოუ განიხილავს ღებრესიას როგორც სისტემაში “ადამიანი – გარემო” მომხდარ დარღვევას.

ამრიგად, ქრონიკული ღებრესია სასიცოცხლო პრობლემების გადაჭრის არაეფექტური სტრატეგიების და, ამასთანავე, პერცეპტული “ბრმა ღაქის” არსებობის შედეგია, რომელიც ხელს უშლის ადამიანს გააცნობიეროს კავშირი იმას შორის, რაც მას სურს და იმ შედეგებს შორის, რას მის ქცევას მოჰყვება. თუ პერცეპტული კავშირი მის ქცევასა და გარესინამდვილეს შორის ამათუ იმ მიზეზით არ მყარდება ან წყდება, გარემო ვეღარ ახდენს გავლენას ინდივიდზე.

ღებრესიის მკურნალობისადმი მაკ-კალოუს მიდგომა ემყარება ორ საბაზისო დაშვებას:

1. ქრონიკული ღებრესია უფრო გასაგები გახდება თუ მას განვიხილავთ როგორც სტრესთან გამკლავების მრავალრიცხოვან უშედეგო მცდელობათა შედეგს;

2. პაციენტის დახმარება იქნება თუკი ვასწავლით მას განიხილოს თავისი პრობლემები “ადამიანი – გარესინამდვილე” სისტემის კონტექსტში. ეს გამოიწვევს ცვლილებებს ქცევაში, პიროვნულ ზრდას და ემოციურ რეგულაციას გააუმჯობესებს.

მაკ-კალოუს საგანგებო მითითება, რომ მკურნალობის მისი სქემა დეპრესიის ბიოფსიქოსოციალურ თეორიას ემყარება, ნიშნავს იმას, რომ განსხვავებით დეპრესიის მკვლევართა უმრავლესობისაგან, რომლებიც დეპრესიას განიხილავენ დიხოტომიურად – ან წმინდა ბიოლოგიურ დაავადებად ან როგორც ფსიქოლოგიურ დეზადაპტაციას – იგი ტვინის მოქმედების ორ, დამოუკიდებელ – ბიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ მიმართულებას აღიარებს.

თავის თვალსაზრისს მაკ-კალოუ ჟან პიაჟეს კოგნიტური განვითარების თეორიაზე აფუძნებს.

პიაჟეს თანახმად, სოციალიზებული, ზრდასრული, სიმწიფეს მიღწეული ადამიანი გარესინამდვილესთან ურთიერთობის პროცესში სამეტყველო ენას იყენებს იმისთვის, რომ გაიგოს სხვისი ნათქვამი და სხვას გააგებინოს თავისი. ამისთვის მას უნდა შეეძლოს “სხვის ადგილას დააყენოს თავი”. მართლაც, რაც უფრო განვითარებული აქვს ადამიანს აზროვნება, მით უკეთ ასერხებს მოვლენების სხვისი თვალთ დანახვას და იმის მიღწევას, რომ სხვებსაც ესმოდეს მისი. პიაჟეს ეს აღწერა სავსებით შეესაბამება ემპათიის თანამედროვე გაგებას. ვერბალურ და არავერბალურ კომუნიკაციაში მყოფი ადამიანები ინფორმაციას სინქრონულად “გასცემენ” და “იღებენ”. ინტერპერსონალური როლები ავალდებულებს ადამიანს გაუგოს სხვას, გახდეს მისი მეგობარი ან ცხოვრების თანამგზავრი.

სტრუქტურის და განვითარების თვალსაზრისით ემპათიური ურთიერთქმედება გულისხმობს აბსტრაქტული აზროვნების უნარს ანუ პიაჟეს ტერმინოლოგიით – ფორმალური სააზროვნო ოპერაციების გამოყენებას. ადამიანებს, რომლებიც ვერ იყენებენ ფორმალურ სააზროვნო ოპერაციებს სოციო-ინტერპერსონალურ სფეროში და, აგრეთვე, მათ, ვინც ქრონიკული დეპრესიით იტანჯება, აუტენტური ემპათიური ქცევის გენერირება არ შეუძლიათ.

მაკ-კალოუ ემპათიური ინტერპერსონალური ურთიერთქმედების სიტუაციებში ქცევის გენერირების უნარში გულისხმობს კიდევ ერთ რამეს – ფუნქციონალობის გაცნობიერებას. ანუ იმის გაგებას, რომ ნებისმიერ ქცევას აუცილებლად მოჰყვება გარკვეული შედეგები. გაცნობიერებული ფუნქციონალობა ნიშნავს იმას, რომ ადამიანი მგრძნობიარეა იმისადმი, რა გავლენას ახდენს მისი ქცევა გარშემომყოფებზე და, აგრეთვე, რა გავლენას ახდენს სხვები მასზე.

ემპათიური ურთიერთქმედების გენერირების უნარის სრული აქტუალიზაცია მიუღწეველია, მაგრამ ნორმალური, ზრდასრული ადამიანი ამ მიმართულებით მუდმივად ვითარდება. ემპათია ადამიანთა შორის ურთიერთობის კვინტესენციაა.

პიაჟეს ნაშრომში “ინტელექტი და აფექტურობა” გადმოცემულია მისი პოზიცია, თუ როგორ ხდება კოგნიტური და, ასევე, ემოციური ორგანიზაციის (სქემის) განვითარება და მომწიფება. პიაჟეს ერთერთი უმთავრესი პრინციპი შემდეგია: შემეცნება და აფექტი მუდმივ ურთიერთქმედებაში იმყოფება და ეს ორი კომპონენტი ფაქტობრივად განუყოფელია. პიაჟე აღნიშნავს, რომ აფექტს აქვს თვისება სქემატიზირდეს (ორგანიზირდეს) დროთა განმავლობაში, კოგნიტური დიფერენციაციისა და “დეცენტრაციის” პარალელურად, მაგრამ მისგან დამოუკიდებლად. ბოლო ხანებში რამდენიმე მკვლევარი ანალოგიური პოზიციის მხარდასაჭერად გამოვიდა – ემოციები შემეცნებისა და ენის ეპიფენომენები კი არ არის, არამედ ქმნის დამოუკიდებელ სისტემას, რომელიც ნევროლოგიას და განვითარების პროცესებს აერთიანებს.

ნორმალური ემოციური განვითარება გულისხმობს რეგულაციის გაუმჯობესებას და, ამის პარალელურად, კოგნიტური სტრუქტურის დიფერენციაციას. განვითარების მსვლელობის დარღვევისას ადამიანის ქცევაში ემოციური გაუწონასწორებულობა ანუ კოგნიტურ და ემოციურ პროცესებს შორის შეუსაბამობა შეინიშნება. ამგვარი დარღვევის ერთერთი შედეგი იყოს დეპრესია.

ნორმალური განვითარების პროცესი მიჰყავს დეცენტრაციას. ეს არის პროცესი, რომლის მეშვეობითაც ბავშვი იძენს უნარს “გამოეთიშოს” ამწუთიერ განცდებს. ბავშვი გადის რეალობის

“ფოტოგრაფიული ხედვიდან” ანუ ინფანტილური აზროვნების ჩარჩოდან – როდესაც გარესინამდვილე შედგება მხოლოდ სტატიკური და კონკრეტული ხატებისაგან – და იძენს უნარს ცოდნა აქციოს წესებად და კატეგორიებად, რაც სცილდება ამჟამად შესრულებული მოქმედებების საზღვარს. დეცენტრაციის პროცესის საბოლოო მომენტი დგება მაშინ, როდესაც ბავშვი ეუფლება აბსტრაქტულ ცნებებს და მათი გამოყენების უნარს იძენს. ამ ეტაპს, რომლის მიღწევაც მოწმობს “აქ და ამჟამინდელის” ბატონობის დამხობას, ფორმალური სააზროვნო ოპერაციების ეტაპი ეწოდა.

ბავშვის ამგვარ გარდაქმნას გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ადაპტაციური ფუნქციის განვითარებისთვის. ნორმალურად განვითარებული ბავშვი 1) იძენს უნარს მოახდინოს გარესინამდვილის კონსტრუირება, რომელშიც ყოველი ემოციური რეაქცია (ბრაზი ან უგუნებობა) განიხილება მხოლოდ და მხოლოდ როგორც ერთერთი გამოვლინება და, ამასთანავე, ბავშვს აღარ პკონია, რომ მისი იმწუთიერი გრძნობები მასთან სამუდამოდ დარჩება; 2) ავლენს უნარს გაანაწილოს გარშემომყოფი ადამიანები სხვადასხვა კატეგორიებად და უარი თქვას შეხედულებაზე, რომ ყველა ყველას პგავს; 3) მას უკვე შეუძლია მშობლებთან და ოჯახის წევრებთან დაკავშირებული მოვლენები დაინახოს როგორც ინტერპერსონალური ურთიერთობების გრძელი ჯაჭვის ერთერთი რგოლი და უარი თქვას შეხედულებაზე, რომ ყოველი შემდგომი ინტერპერსონალური მოვლენა მხოლოდ და მხოლოდ იგივეს გამეორება იქნება.

ანალოგია ქრონიკულ დეპრესიაში მეოფ ადამიანთან სრულიად ნათელია: მასაც ახასიათებს რეალობის “ფოტოგრაფიული ხედვა;” უძნელდება მომავლის ხატის ფორმირება ან შესაძლო პერსპექტივების გააზრება წარსული გამოცდილებიდან მოწყვეტილად; დრო მისთვის, პირდაპირი გაგებით, გაჩერებულია – სწორედ ამიტომაც განსაზღვრავს წარსული მის აწმყო და მომავალ ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს.

ტრადიციული კოგნიტურ-ბიპვეიორალური თერაპიებისაგან განსხვავებით, მაკ-კალოუს ეს მიდგომა პაციენტისა და თერაპევტის ურთიერთობას წინა პლანზე აყენებს და მაკორევირებელი გამოცდილების განუყოფელ ნაწილად მიიჩნევს. პიროვნულ, თუნდაც რეგლამენტირებულ ურთიერთობებში ჩართვით, თანაგანცდისა და ინტიმურობის ატმოსფეროს მოდელირებით, თერაპევტი ბიძგს აძლევს პაციენტის განცდებს, სრულიად განსხვავებულს იმისგან, რასაც პაციენტი იყო მიჩვეული. ფსიქო-თერაპევტთან ურთიერთობით მიღებული გამოცდილება ეხმარება პაციენტს მოიშოროს ნეგატიური ინტერპერსონალური მოლოდინები და ისწავლოს ადამიანის ნდობა.

რა მეთოდებს იყენებს თერაპევტი ამისთვის?

სანამ ამ კითხვას ვუპასუხებდეთ, უნდა ითქვას, რომ ქრონიკული დეპრესიის მქონე პაციენტის მკურნალობისთვის მოტივირებაა. უმწუბობისა და უიმედობის ყოვლისმომცველი განცდა, რასაც კიდევ უფრო ამძაფრებს პიროვნებათაშორისო ურთიერთქმედების გაუცხოებული სტილი, მხოლოდ თერაპიულ აღიანსში დაიძლება. მაკ-კალოუს აზრით, ეს ის გარემოა, რომელიც აუცილებლად სჭირდება ფსიქოთერაპევტს, რათა წარმატებით გამოიყენოს თერაპიული ტექნიკები, ისევე როგორც ანესთეზია სჭირდება ქირურგს, რომ ჩარევა განახორციელოს.

მეთოდები და პროცედურები

კოგნიტურ-ბიპვეიორალური ანალიზის ფსიქოთერაპიული პროგრამა ემყარება ვარაუდს, რომ პაციენტებთან, რომლებიც, ფაქტობრივად, აზროვნების განვითარების წინარეოპერაციულ სტადიაზე იმყოფებიან, დეპრესიის პრობლემა ფორმალურ სააზროვნო ოპერაციებს განმავითარებელი სავარჯიშოების გამოყენებით უნდა გადაიჭრას. ეს დაეხმარება პაციენტს გააცნობიეროს და გაიაზროს ფუნქციური კავშირი თავის ქცევასა და მის შედეგებს შორის და ამასთანავე, თავისი ინტერპერსონალური კონტაქტების ემპთიური თვალსაზრისით აღწერა ისწავლოს. თუკი პაციენტი თავს გაართმევს ამ ამოცანებს, ფორმალური ოპერაციები გავლენას მოახდენს მის სააზროვნო და ემოციურ პროცესებზე, მის მეტყველებასა და ქცევაზე. ეს სავარჯიშოები დაეხმარება მას, თვითონ განსაზღვროს, რისი გაკეთებაა აუცილებელი, რომ ამა თუ იმ სიტუაციაში ჩვეულებისამებრ დისკომფორტი აღარ განიცადოს.

თერაპიულ სესიაზე შესრულებულ სავარჯიშოებს შორის გამოვეყოფთ მთავარ კატეგორიას, რასაც სიტუაციის ანალიზი ეწოდება. იგი ორი, გამოვლენისა და გამოსწორების სტადიისგან შედგება.

სიტუაციის ანალიზი: გამოვლენის სტადია

აქ ძირითადი მიზანია ვაჩვენოთ პაციენტს, რომ ცხოვრება გარკვეულ კანონზომიერებებს ემორჩილება, მაშინ როცა თვითონ მან მხოლოდ ქაოსი დაინახა – ასეთია, მაკაკალოუს მიხედვით, იმედის ოპერაციული განსაზღვრება. ამ იმედის ჩასახვა სიტუაციის ანალიზის ერთერთი ამოცანაა. სიტუაციის ანალიზის მეშვეობით პაციენტი დაინახავს, რომ თვითონ მისი როლი გადამწყვეტია სხვა ადამიანებთან ურთიერთობაში.

სიტუაციის ანალიზი ახდენს ქრონიკული დეპრესიის მქონე პაციენტების წინარეოპერაციული ორიენტაციის მოდიფიცირებას, აიძულებს ფუნქციონირებას ფორმალური სააზროვნო ოპერაციების უფრო სრულყოფილ დონეზე. წინარეოპერაციული ორიენტაციის მოდიფიცირება რამდენიმე მიმართულებით ხდება: პაციენტის გლობალურად აზროვნების პატერნების (მაგ., “მე არასოდეს არაფერი გამომივა”, “ჩემი ცხოვრება არასოდეს შეიცვლება უკეთესობისაკენ”) ნაცვლად, კონცენტრირება კონკრეტულ დროსა და სივრცეში მიმდინარე მოვლენებზე; ინტერპერსონალური მიზეზობრიობის წინააღმდეგობა და, აგრეთვე, პაციენტისთვის მისივე ქცევისა და გარემოს შორის ფუნქციური კავშირის დემონსტრირება; პაციენტის იძულება პირისპირ შეეჯახოს საკუთარი ინტერპერსონალური ქცევის მორჩილი სტილის დესტრუქციულ შედეგებს; პაციენტის ჩაბმა თერაპევტთან პარტნიორულ დიალოგში; უიმედობის განცდის დაძლევა იმის ჩვენებით, რომ ადაპტაციური ქცევით იგი თავს გაცილებით უკეთ იგრძნობს.

საკუთრივ სიტუაციის ანალიზი რამდენიმე ნაბიჯისგან შედგება.

ნაბიჯი პირველი – სიტუაციის აღწერა

I ნაბიჯის მიზანია ვასწავლოთ პაციენტს ყურადღების კონცენტრირება “დროის კონკრეტულ მონაკვეთზე”, რომლის განმავლობაშიც ის ურთიერთქმედებდა მეორე ადამიანთან. პირველი ნაბიჯის მსვლელობაში საჭიროა იმის გაცნობიერება, რომ მოვლენას ათვლის წერტილი აქვს დროში და ამასთანავე, განისაზღვროს მისი დროითი საზღვრები. ცხადია, გლობალურ მსჯელობებს მიჩვეული ადამიანისათვის ეს ადვილი არ იქნება. კიდევ უფრო ძნელად სწავლობს პაციენტი საბოლოო წერტილის ანუ სიტუაციიდან გამოსვლის მომენტის დანახვას. როდესაც სიტუაციური მოვლენა მკაცრად განისაზღვრა დროში („ეს დაიწყო მაშინ და დასრულდა ახლა“), თერაპევტს შეუძლია დაეხმაროს პაციენტს გაანალიზოს კოგნიტური და ქცევითი რეაქციები, რამაც იგი მოცემულ შედეგამდე მოიყვანა.

გარდა ამისა, სიტუაციის აღწერის ეტაპზე თერაპევტმა უნდა შეაწყვეტინოს პაციენტს მოვლენის “ტენდენციური გადმოცემა” ან სხვა ადამიანთა ქცევის მოტივების შესახებ ვარაუდების გამოთქმა. აუცილებელია ხაზგასმის, რომ პაციენტმა მხოლოდ ინტერაქციის ფაქტები უნდა გადმოსცეს.

პირველი ნაბიჯი წარმატებულად ჩაითვლება, თუ პაციენტის მონათხრობიდან თერაპევტს შეეძენება განცდა, რომ მან “მუნჯი კინო” ნახა.

I ნაბიჯზე პაციენტის მიზნები შემდეგია:

დაეუფლოს სიტუაციური მოვლენის ობიექტური და ლაკონური გადმოცემის უნარს; ამ მიზანში შედის: ყურადღების ფოკუსირება მხოლოდ ერთ სიტუაციაზე; მოვლენის ათვლის წერტილის და დასრულების წერტილის ზუსტად დადგენა; გამონათქვამებში ტენდენციურობის არდაშვება.

ერთ მოვლენაზე ყურადღების ფოკუსირების უნარის შემუშავება ხელს უწყობს წინარეოპერაციულ სტადიაზე მეოფი ზრდასრული ადამიანის გლობალური აზროვნების მოდიფიცირებას. დროსა და სივრცეში მოვლენის ფიქსირების უნარი ეხმარება პაციენტს

მაქსიმალურად ცხადად დაინახოს საკუთარი კოგნიტური და ქცევითი რეაქციები, რამაც განაპირობა სწორედ ის რეზულტატი, რაც მან მიიღო.

ნაბიჯი II – სიტუაციის ინტერპრეტაციები

პაციენტს სთხოვენ გაიაზროს სიტუაციის აღწერა, მოახდინოს მოვლენის ინტერპრეტირება და რამდენიმე ფრაზით უპასუხოს კითხვას: “მაშ, რას ნიშნავდა თქვენთვის ეს მოვლენა?” ინტერპრეტაციები შეიძლება იყოს ადაპტური ან დეზადაპტური. ადაპტურ ინტერპრეტაციები რთავს ადამიანს დროისა და სივრცის კონტექსტში, იძლევა მომხდარის დახასიათებას და ადგენს იმას თუ რა უნდა გააკეთოს და რისი გაკეთება სურს პაციენტს მოცემულ სიტუაციაში. გარდა ამისა, ადაპტაციური ინტერპრეტაციები გადადის ქცევაში, რომელიც უშუალოდ ინტერპერსონალურ ამოცანაზეა მიმართული. ერთი სიტყვით, ზუსტი და ადეკვატური ინტერპრეტაციები საშუალებას აძლევს ადამიანს “სიტუაციაში მთელი არსებით იმყოფებოდეს”.

სიტუაციის ადეკვატური ინტერპრეტირება ქრონიკული დეპრესიის მქონე პაციენტებს ძალიან უჭირთ. მათთვის დამახასიათებელია პრობლემის ფოტოგრაფიული ხედვა, ხოლო გარემოდან პერცეპტული გაუცხოება ხელს უშლის ცალკეულ მოვლენებზე კონცენტრირებაში.

ქვემოთ მოყვანილია დეზადაპტური ინტერპრეტაციის 8 კატეგორია:

1. კონფლიქტური სიტუაციების გლობალური ინტერპრეტაციები, რაც ხელს უშლის ამა თუ იმ პრობლემის უშუალო შეფასებას (მაგ., “მე არასოდეს გამიმართლებს ცხოვრებაში”);
2. განრიდების ინტერპრეტაციები, რომლებიც აქტუალურ პრობლემას ჩრდილავს და წარსულზე ან მომავალზე პაციენტის კონცენტრირებას განაპირობებს (მაგ., “როცა იყო ამის შესაძლებლობა, სხვა სამსახური უნდა ამერჩია”);
3. თვითდადანაშაულების ინტერპრეტაციები, რომლებიც ავტომატურად ბრალს სდებს ადამიანს და არ ითვალისწინებს სხვა გარემოებებს (მაგ., “ყველაფერი ჩემი ბრალია!” “ყველასთან ურთიერთობა ჩემი ხელით გავაფუჭე”);
4. “ყურით მოთრეული” ინტერპრეტაციები: სხვა ადამიანებისადმი დაუსაბუთებელი მოტივების, აზრების და გრძნობების მიწერა (“ვიცი, მას ეგონა, რომ მე არ მინდოდა ამის გაკეთება”);
5. თვითდამაკნინებელი ინტერპრეტაციები (“ვიცი, რომ სულელი ვარ, რახან ასეთი რამ გავიფიქრე”);
6. პერფექციონისტული ინტერპრეტაციები: საკუთარი თავისა და ადამიანთა მიუღწეველი სტანდარტებით შეფასება, რაც პაციენტს აქტუალურ სიტუაციასთან უშუალო კონტაქტისაგან იცავს (მაგ., “ვერასოდეს ვაკეთებ საქმეს ისე, როგორც საჭიროა”);
7. ინტერპრეტაცია-ვარაუდი – პროგნოზირება იმისა თუ რა ელის ადამიანს უახლოეს მომავალში შინ, გარეთ, სამსახურში და ადამიანებთან ურთიერთობებში (მაგ., “მე ვერასდროს ვერავის დაეუახლოვები”);
8. ინტერპრეტაცია-განცხადება, რაც ფანტაზიებში გაჭრას და არსებული პრობლემიდან გაქცევას ასახავს (მაგ., “გული მწყდება, რომ ასეთი რამ არასოდეს განმიცდია”).

II ნაბიჯზე პაციენტის მიზნებია: ისწავლოს სიტუაციების ზუსტი და ადეკვატური ინტერპრეტირება თერაპევტის დაუხმარებლად.

ნაბიჯი III – სიტუაციაში ძველა

ამ ნაბიჯის მიზანია მივიღოთ იმ მოქმედებების ვერბალური აღწერა, რაც პაციენტმა განახორციელა მოცემულ სიტუაციაში. თერაპევტი უბრალოდ სთხოვს პაციენტს: “მოყვებით რა გააკეთეთ მოცემულ სიტუაციაში”. მიღებულ ინფორმაციას თერაპევტი იყენებს იმისთვის, რომ დასახოს უნარ-ჩვევების (როგორიცაა ასერტულობა, თვითგამოხატვა, მოსმენა და სხვ.) გამომუშავების პროგრამა.

პაციენტის მიზნებია:

შესძლოს ფოკუსირება თავისი ინტერპერსონალური ქცევის იმ მხარეებზე, რომლებიც ხელს უწყობს სასურველი შედეგის მიღწევას.

IV ნაბიჯი – რეალური შედეგი

თერაპევტის კითხვა “რით დასრულდა თქვენთვის ეს მოვლენა?” პაციენტებისთვის ხშირად დამაბნეველია, რადგან ქრონიკული დეპრესიის მქონე პაციენტები, როგორც წესი, ვერ აცნობიერებენ თავისი ქცევის შედეგებს. მაშინაც, როცა ახერხებენ გაიხსენონ ამა თუ იმ სიტუაციის “კვანძის გახსნა”, ისინი მას გლობალურად აღწერენ (“მე არასოდეს არაფერი გამომდის”). თუ ადამიანი ვერ აცნობიერებს რა რეაქციას იწვევს სხვებში, იგი პერცეპტულად მოწყვეტილი რჩება გარესინამდვილეს.

მეოთხე ნაბიჯზე პაციენტი აცნობიერებს გარესამყაროსთან მისი კავშირის რავარობას. ეს ხერხდება იმით, რომ ევალუა ჩამოაყალიბოს რეალური შედეგი ქცევის ენაზე. სიტუაციური ანალიზის ეს ეტაპი შემოხრუნების წერტილია საკუთარი ქცევის შედეგების გაცნობიერების უნარის შესამუშავებლად. აქაც, ასევე, რეალური შედეგი დროისა და სივრცის პატამეტრებში უნდა იყოს ჩამოყალიბებული. მეოთხე ნაბიჯი – გადამწყვეტი მომენტი, რადგან ყველაფერი, რაც ხდებოდა მანამდე (კოგნიტური და ქცევითი კომპონენტებში), ერთიანდება ერთადერთ წინადადებად, რომელშიც რეზულტატი გადმოცემული. სიტუაციის ანალიზის მომდევნო პროცედურის ჩატარება დამოკიდებულია იმაზე, მოხდა თუ არა რეალური რეზულტატის კონსტრუირება ქცევის ენაზე. შემდგომში, პაციენტის ქცევის წარმატება ან წარუმატებლობა სწორედ ამ რეალური რეზულტატის მიხედვით შეფასდება.

IV ნაბიჯზე პაციენტის მიზნები:

შეძლოს ჩამოაყალიბოს რეალური რეზულტატი ერთი წინადადებით, ქცევის ენაზე. ეს ნიშნავს, რომ პაციენტს უკვე შეუძლია ყურადღების კონცენტრირება დროის ერთ კონკრეტულ მონაკვეთზე და თქმა, რა იქნება მისი შედეგი ანუ გამოსავალი. პრობლემის თანმიმდევრული გადაწყვეტა პრობლემური სიტუაციის შესაცვლელად მიმართული ძალისხმევისაგან შედგება. ამისთვის წინარეოპერაციული აზროვნება პაციენტს აღარ გამოადგება – აქ მან თვალი უნდა გაადევნოს და დაინახოს რა კავშირია მის კოგნიტურ და ქცევით ტაქტიკებსა და ქცევის რეალურ შედეგებს შორის.

V ნაბიჯი – ამ ეტაპზე პაციენტმა უნდა გააგებოს ის, რაც მას ადრე, ალბათ, არასოდეს გაუკეთებია. გაიაზროს პოტენციური შესაძლებლობები და ჩამოაყალიბოს მოცემული მოვლენის სასურველი რეზულტატი. როდესაც თერაპევტი მას ეკითხება – “რით გსურდათ ეს სიტუაცია დასრულებულიყო?” – პაციენტის ყურადღება კონცენტრირდება სიტუაციის საბოლოო პუნქტზე და აღწერაზე რა შედეგისკენ ისწავოდა იგი.

თერაპევტი ასწავლის პაციენტს ყოველი სიტუაციისთვის მხოლოდ ერთი სასურველი რეზულტატი დაასახელოს და მოკლედ ჩამოაყალიბოს იგი ქცევის თვალსაზრისით.

თერაპევტი ასწავლის პაციენტს ჩამოაყალიბოს მხოლოდ რეალისტური რეზულტატები. რეზულტატების რეალისტურობის ძირითადი კრიტერიუმია რამდენად შეუძლიათ გარშემომყოფებს პაციენტისთვის იმის მიცემა, რასაც იგი მათგან ითხოვს. ქრონიკური დეპრესიის მქონე პაციენტები, როგორც წესი, ამ კრიტერიუმებს არ სცნობენ და მათთვის ძირითადი სასურველი მიზანია “შეიცვალოს სხვა” და არა თვითონ. ხოლო რეალისტური მიზნები ისეთი მიზნებია, რომელთა განხორციელება ადამიანის შინაგან პოტენციალზეა დამოკიდებული. მათ რიგს მიეკუთვნება ქცევითი უნარ-ჩვევები, ინტელექტუალური მიღწევები, ემოციური რეაქციები და ა.შ.

ქრონიკური დეპრესიის მქონე პაციენტი ხშირად არარეალისტურ მიზნებს ისახავს. ინტერპერსონალური რიგიდობისა და სოციალური უნარ-ჩვევების ნაკლებობის გამო ნებისმიერ სოციალურ ვითარებაში ამ ადამიანის ხვედრი ფრუსტრაციაა. ეს გაგრძელდება მანამ, სანამ არ გააცნობიერებს მისთვის სასურველი შედეგის არარეალისტურობას.

V ნაბიჯზე პაციენტის მიზანი შემდეგია: ისწავლოს ისეთი მიზნების დასახვა, რომელთა მიღწევის უნარიც შესწევს; საკუთარ თავს წაუყენოს რეალისტური მოლოდინები და მოერიდოს არარეალისტურს.

პაციენტმა უნდა ისწავლოს აგრეთვე სასურველი შედეგის ქცევის ენაზე ერთ წინადადებად ჩამოყალიბება.

ნაბიჯი VI – რეალური და სასურველი შედეგების შედარება. ეს ნაბიჯი იწყება თერაპევტის შეკითხვით: “მიიღეთ ის, რაც გინდოდათ?” ეს კითხვა მთელი გამოვლენის ფაზის კულმინაციაა. პასუხი ამ კითხვაზე პაციენტებს, როგორც წესი, უჭირთ, რადგანაც უარყოფითი პასუხის გაცემა უწევთ. საინტერესო აქ ის არის, როგორ ხსნის წარუმატებლობას პაციენტი. ფსიქოთერაპიის მსვლელობაში პასუხი ამ კითხვაზე მნიშვნელოვნად იცვლება.

პაციენტის მიზნებია: ისწავლოს საკუთარი ქცევის შედეგების შეფასება რეალური რეზულტატისა და სასურველი რეზულტატის შედარების მეშვეობით. საკუთარი სოციალური ქცევის შეფასების უნარის ფორმირება – ამ პროგრამის ერთერთი მთავარი მიზანია. ეს ნაბიჯი გამოსწორების ფაზაზე “გადასასვლელი ხიდია”.

სიტუაციის ანალიზი: გამოსწორების სტადია

გამოსწორების სტადიის დასაწყისში პაციენტი და თერაპევტი დგანან ამოსახსნელი ამოცანის წინაშე – რა უნდა გააკეთოს პაციენტმა სხვაგვარად, ვიდრე აქამდე აკეთებდა, რათა სასურველ შედეგს მიაღწიოს. სიტუაციის ანალიზი აძლევს პაციენტს შანსს “უკან მოიხედოს” და მიაგნოს იმ ინტერპერსონალურ მოვლენას, რომლის დარეგულირებაც მან თავის დროზე ვერ მოახერხა. ეს სავარჯიშო მშვიდად ვერ ჩაივლის, რადგანაც, სხვა თუ არაფერი, აქ კონცენტრირება წარუმატებლობაზე ხდება. მაგრამ ეს დისკომფორტი ამ შემთხვევაში სასურველია, რადგან ცვლილებას სწორედ ის ედება საფუძვლად.

გამოსწორების ნაბიჯები

ნაბიჯი I – არასწორი და არაზუსტი ინტერპრეტაციების გადასინჯვა. რეალური და სასურველი შედეგების შეპირისპირება ისევ და ისევ შეასხენებს პაციენტს საკუთარი ქცევის არაეფექტურობას. სასურველი შედეგი გვევლინება როგორც სამიზნე, რომელშიც “მოხვედრა” პაციენტის ამოცანაა. მაგრამ რეალური შედეგი უჩვენებს, რომ მიზანს ააცდინა. რეალური და სასურველი შედეგების მკაფიო დეფინიციები შედარების პროცესს აიოლებს.

I ნაბიჯის მსვლელობაში თერაპევტი ჩერდება თითოეულ ინტერპრეტაციაზე და თითოეული ინტერპრეტაციის შემდეგ უსვამს პაციენტს ერთსა და იმავე კითხვას – “რით ეხმარება ეს ინტერპრეტაცია იმის მიღწევას, რაც თქვენ გსურთ?” საკითხის ამგვარი დაყენება გულისხმობს, რომ ადამიანი აზროვნებს სქემით: “თუ – მაშინ”. როგორც ითქვა, თითოეული ინტერპრეტაცია მისი ადეკვატურობის და სიზუსტის თვალსაზრისით ფასდება. ადეკვატური ინტერპრეტაციები “ამაგრებენ” პაციენტს კონკრეტულ “დროით მონაკვეთზე”, წარმართავენ მის ძალისხმევას მოცემული მომენტისთვის აქტუალურ პრობლემაზე.

პაციენტის მიერ აგებული ინტერპრეტაციები, როგორც წესი, საჭიროებს გადამუშავებას.

მეორე ადამიანთან ურთიერთობის პროცესში საკუთარი ქცევის მოდიფიცირების უნარი მოითხოვს, რომ პაციენტს მუდმივად ჰქონდეს მხედველობაში სასურველი რეზულტატი და ფორმალური სააზროვნო ოპერაციები გამოიყენოს. გარდა ამისა, მას უნდა შეეძლოს სწრაფად გადაერთოს სხვა მიზანზე, თუკი აღმოჩნდება, რომ თავდაპირველი მიზნის მიღწევა შეუძლებელია. სწორედ ის, რომ პაციენტმა ისწავლოს სასურველი შედეგი მუდმივად იქონიოს “მიზანში ამოღებული” – პირველი ნაბიჯის არსია.

ნაბიჯი II – არადეკვატური ქცევის შეცვლა

ეს ნაბიჯი პაციენტისთვის ძნელი გასავლელია, რადგან ჰგონია, რომ რეალურად ვერ შესძლებს ამის გაკეთებას. აქ ცვლილების შიში იჩენს თავს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, პაციენტი “გამოდებული კარში” შესვლისაგან თავს იკავებს. ასეთ დროს თერაპევტს შეუძლია აღუძრას

პაციენტს კოგნიტური დისონანსი შემდეგნაირად: “ახლა უკვე იცით რა არის გასაკეთებელი, მაგრამ თუ არ გინდათ ახლა, დაცადეთ, ნუ აჩქარდებით”. კოგნიტურ დისონანსს პაციენტს უქმნის ის, რომ იცის, როგორ უნდა მოიცილოს დისტრესი, მის ხელთაა ქცევის გადაწყვეტილების გამოტანა, მაგრამ თავისი უმოქმედობით იხანგრძლივებს ტანჯვას. აუცილებელია რაღაცის მსხვერპლად გაღება! ამ დისონანსის მოსახსნელად, პაციენტი მიმართავს ქცევის ახალ ვარიანტს და მას ეუფლება განცდა, რომ ამის გაკეთებას დამოუკიდებლად შესძლებს.

ამ ნაბიჯის მსვლელობაში პაციენტის მიზნებია: დაეუფლოს სიტუაციაში თავისი ქცევის შეფასებას და დამოუკიდებლად გამოასწოროს დაშვებული შეცდომები. გონებაში წარმოისახოს ის აუცილებელი უნარ-ჩვევები, რაც სასურველი რეზულტატის მიღწევას განაპირობებს.

ნაბიჯი III: შედეგების შეჯამება და სიტუაციის ანალიზის იდეების ათვისება.

ამ ნაბიჯის დროს ხაზი ესმება იმას, თუ ზუსტად რა ცვლილებების გატარებაა საჭირო ცხოვრებაში სასურველი შედეგის მისაღებად. ამისთვის თერაპევტმა დროებით უკანა პლანზე უნდა გადაინაცვლოს და საშუალება მისცეს პაციენტს შეაჯამოს და შეაფასოს ის, რასაც იგი სიტუაციის გაანალიზებით მიხვდა.

თავის მხრივ, პაციენტი სიტუაციური ანალიზის სავარჯიშოს მთავარ კომპონენტებზე ფოკუსირებას ეუფლება. ამ დროს პაციენტი გარედან უყურებს სიტუაციას და აფასებს თავის მიღწევებს, საკუთარ შეცდომებზე სწავლობს, ითვისებს ახალ ცოდნას და უხარია, თუ სასურველი რეზულტატი რეალურ რეზულტატს დაამთხვია.

ნაბიჯი IV: სიტუაციის ანალიზის გადამწყვეტი ნაწილია ვასწავლოთ პაციენტს მიღებული ცოდნის რეალურ ცხოვრებისეულ სიტუაციებზე გადატანა. ამისათვის საჭიროა პაციენტმა “დააფიქსიროს” წარსულში მომხდარი სიტუაცია, ამასთანავე, დაადგინოს რა იყო მასში არასწორი. ეს დაეხმარება პაციენტს მომავალში უფრო ეფექტიანად გაართვას თავი მსგავს სიტუაციებს. პაციენტს ახლა უკვე შეუძლია განცდილი მარცხის მიზეზის დადგენა და წარსული მოვლენის რეკონსტრუირება ახლად შეძენილ უნარების შუქზე. მიღებული ცოდნის გადატანა სხვა სიტუაციებზე უკვე ნიშნავს, რომ პაციენტმა შეწყვიტა უნაყოფო თვითგვემა იმის გამო, რომ საკუთარ პრობლემებს თავს ვერ ართმევდა. რაც მეტ გამოცდილებას შეიძენს პაციენტი მეოთხე ნაბიჯის გავლისას, მით უფრო იოლად დაძლევს ყოველდღიურ სტრესს.

გარდა ამისა, IV ნაბიჯი სამომავლო მოვლენების სიტუაციის ანალიზის ჩატარებას ემსახურება.

სიტუაციის ანალიზის საშუალებით შეიძლება დაიგეგმოს სამომავლო ინტერპერსონალური მოვლენები (მაგ. მნიშვნელოვანი სამუშაო შეხვედრა, მეუღლესთან სერიოზული ლაპარაკი, პაემანი და სხვ.) და წარმოსახვის პლანზე პაციენტმა მათი რეპეტიცია გაიაროს.

მოსალოდნელი მოვლენების სიტუაციის ანალიზის ჩატარების ფორმა, ამ შემთხვევაში, ოთხი ნაბიჯისაგან შედგება:

1. პაციენტი გამოჰყოფს სასურველ შედეგებს (ქცევის ენაზე);
2. პაციენტი გამოჰყოფს სიტუაციაში ყველაზე მოსალოდნელ რეალურ რეზულტატს (ქცევის ენაზე);
3. პაციენტი ადგენს ქცევის რა ფორმებია შესასრულებელი სასურველი შედეგის მისაღწევად;
4. პაციენტი ადგენს თუ რომელი ინტერპრეტაცია იქნება, სავარაუდოდ, საჭირო სასურველი მიზნის მისაღწევად.

ამრიგად, ქრონიკული დეპრესიის მეურნეობა, შემოთავაზებული თვალსაზრისის თანახმად, არის პაციენტის დახმარება გაიცნობიეროს მასსა და გარემოს შორის არსებული კავშირები ანუ, ფაქტობრივად, მოხდინოს მისთვის სასურველი ქცევის დაბრკოლებათა ობიექტივაცია: კონკრეტულად რა უშლის მას მუდმივად ხელს განახორციელოს სიტუაციისადმი ადეკვატური ქცევა და ამით საკუთარი მოთხოვნილება დაიკმაყოფილოს.

ფსიქიკური დარღვევების და დაავადებების შემთხვევაში ობიექტივაციის უნარის დაზიანებაზე მიუთითებდა დიმიტრი უზნაძე „განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტულ საფუძვლებში“. აი

როგორ ახასიათებს იგი შიზოფრენიის მდგომარეობას: „შიზოფრენიის შემთხვევაში ობიექტივაციის უნარი დარღვეულია და “ობიექტივაციის უნარის დაშლასთან ერთად, რომელიც საფუძვლად უდევს ნებელობასა და ინტელექტს – აღიკვეთება ამ სისტემათა ნორმალური მუშაობაც: როგორც ინტელექტი, ისე ნებელობაც მოკლებულია თავის ჩვეულებრივ, ნორმალურ საფუძველს, მის გარეშე კი როგორც აზროვნება, ისე ნებელობა ქცევის პათოლოგიურ ფორმებში გამოვლენას იწყებს” [4:227]. საგულისხმოა კიდევ ერთი ციტატა: “ობიექტივაცია – უნარი, რომლის ბაზაზეც სპეციფიკურ – ადამიანური აქტივობა – ინტელექტი და ნებელობა აღმოცენდება – და ობიექტივაციის საფუძველზე წარმართული აქტივობის ამ მძლავრ სახეობათა ჩარევის შედეგად, სუბიექტის წინაშე შესაძლებლობა იშლება თავისი ცხოვრების მსვლელობას ნორმალური ხელმძღვანელობა გაუწიოს... მაგრამ, წარმოვიდგინოთ, რომ ობიექტივაციის ეს უნარი დაირღვა. მაშინ ცხადია, ამასთან ერთად ინტელექტისა და ნებელობის მოხსნის ფაქტიც უნდა დაეუშვათ. ამის შედეგი ის იქნება, რომ სუბიექტი ფიქსირებული განწყობის ფორმების ამარა დარჩება” [4:228].

ობიექტივაციის უნარის დაზიანებას აღნიშნავს უზნაძე ეპილეფსიის შემთხვევაშიც.

საკუთრივ დეპრესიის შესახებ დ. უზნაძის შრომებში არაფერია ნათქვამი, მაგრამ შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ამ შემთხვევაშიც მიზეზი დეპრესიაში მყოფი ადამიანის ობიექტივაციის უნარის დარღვევაში უნდა ვეძიოთ, რის გამოც მას ეკარგება შესაძლებლობა თავისი ქცევის კორექცია ინტელექტის ხელმძღვანელობით მოახდინოს.

ამავე კუთხით ობიექტივაციის საკითხები განხილულია “განწყობის ფსიქოლოგიის ძირითადი დებულებებში”. უზნაძე აღნიშნავს, რომ მცდარი აზროვნების არანაკლები ფაქტი არსებობს, ვიდრე სწორის, “ლოგიკური აზროვნება მცდარად უნდა ჩაითვალოს, როცა მისი განხორციელებისას არა გვაქვს მისთვის აუცილებელი ყველა წანამდვარი და, უპირველეს ყოვლისა, არა გვაქვს მისი ძირითადი პირობა – როცა ნამდვილი, სრულყოფილი ობიექტივაცია, არსებითად, არ ხდება [5:318]. ამრიგად, აზროვნებაში შეცდომის წყარო ობიექტივაციაშია საძიებელი. „მაგრამ საკითხავია, რა გზით შეიძლება იქცეს ობიექტივაცია საერთოდ შეცდომის წყაროდ...“ თვითონ ობიექტივაცია არც არაფერს ამტკიცებს და არც არაფერს უარყოფს. იგი წარმოადგენს მხოლოდ დაყოვნების ფაქტს, სუბიექტის მოქმედების მოცემულ პირობებში შექმნილი განწყობის შეჩერების ფაქტს და სხვას არაფერს [5:318]... ფსიქიკური დაავადების შემთხვევაში ადამიანი “იმდენად იმყოფება ფიქსირებული განწყობის ტყვეობაში, რომ მას დროებითაც არ შეუძლია აირიდოს იგი, რათა ნამდვილი, სრული ობიექტივაციის შესაძლებლობა მიიღოს [5:320]. ანუ ასეთი ადამიანი მოკლებულია ნამდვილი ობიექტივაციის რეალიზების უნარს. ამრიგად, არასრული, დეფექტური ობიექტივაცია არის მცდარი აზროვნების ძირითადი მიზეზი.

მაკ-კალოუს მიერ წარმოდგენილი ქრონიკული დეპრესიის სურათი სავსებით ესადაგება სხვადასხვა ფსიქიკური პათოლოგიის შემთხვევაში ობიექტივაციის უზნაძისეულ ანალიზს. ანუ პაციენტის მთავარი “ნაკლი” ის არის, რომ იგი ვერ გეგმავს და ახორციელებს ადეკვატურ პროსპექტულ ქცევას – ვერც განწყობისეულ დონეზე და ვერც ობიექტივაციის მეშვეობით ახერხებს დამოუკიდებლად მის მოდიფიცირებას. ფსიქოთერაპევტის ამოცანა იმაში მდგომარეობს, რომ დაანაწევროს პაციენტის პრობლემა, კონკრეტულ ქცევით აქტებზე დაიყვანოს იგი. საკუთარი გამარტივებული, კონკრეტული და დროში მონიშნული პრობლემები პაციენტისთვის უფრო იოლი გადასაწყვეტია, ვიდრე პრობლემა ზოგადად, რომლის არათუ გადასაწყვეტად, დასანახადაც მას ობიექტივაციათა მთელი წყება ესაჭიროება. ფსიქოთერაპევტის დახმარება არის სწორედ ამ ობიექტივაციათა ხელშეწყობა და არა რაიმე სახის დირექტიული ზემოქმედება.

ფაქტობრივად, ფსიქოთერაპევტი პაციენტთან მისი ქცევის განწყობის დიფერენციალიზაციაზე მუშაობს.

ლიტერატურა:

1. McCullough, J.P., Treatment For Chronic Depression, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), The Guilford Press, New York, 2000
2. Piaget, J., The Language and Thought of Child, New York, Harcourt, Brace, 1926
3. Piaget, J., Intelligence and Affectivity: Their Relationship during Child Development. Palo Alto, CA: Annual Reports, 1981.
4. უზნაძე დ., განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები. შრომები, ტ.VI, “მეცნიერება”, თბ., 1967.
5. უზნაძე დ., განწყობის ფსიქოლოგიის ძირითადი დებულებები. შრომები, ტ.VI, “მეცნიერება”, თბილისი, 1967.

Marina Baliashvili

Objectification in the Treatment of Chronic Depression

Resume

The given article presents Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) in the treatment of chronic depression. The described methods and the mechanisms of treating chronic depression are compatible with the Uznadze Set Theory, namely the concept of objectification.