

# შემთხვევის მართვა ფსიქიასტიაში

*სტივ ონიეტი*

## ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული ჰიპოთეზა (IPT) შოპოფანიით დაავადებული პასიანებისათვის

*ფოლკერ როდერი  
ნორბერტ კინცლე  
ჰანს დიტერ ბრენერი  
ბეტინა ჰოდელი*



გამომცემლობა „აწმყო“

ქვეშირი ადამიანებისთვის განსაკუთრებულ ზრუნვას  
რომ საჭიროებენ

თბილისი

2003

**ISBN: 99940 - 737 - 7 - X**

**დამკაბადონებელი: დ. ჯაში**

# შეფასების მართვა ფსიქიასიაში

სტივ ონიეტი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის  
განვითარების ცენტრის უფროსი მეცნიერ-მუშაკი

ლონდონის სამეფო კოლეჯი

თარგმანი ნინო გიგუაშვილის

## ტანი 1

### ჩასომ შემთხვევის მართვა

### ჩა ჩიხ შემთხვევის მართვა

მომსახურების სისტემა მომხმარებელთა მოთხოვნილებებისა და ადგილობრივი გარემოს თავისებურებების შესაბამისად უნდა ვითარდებოდეს. ამიტომაც, არსებობს მრავალგვარი თეორიული და პრაქტიკული მიდგომა შემთხვევის მართვისადმი. ჩვენ ზოგადად განვმარტავთ, თუ რას გულისხმობს შემთხვევის მართვა, და აქვე ავღნიშნავთ, რომ კონკრეტულ გარემოებებისდა მიხედვით მას შეიძლება გააჩნდეს მრავალი სხვა მახასიათებელიც. შემთხვევის მართვის ცნება ზოგადად ასე განისაზღვრება:

*შემთხვევის მართვა – ესაა მეთოდი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია მომსახურება მაქსიმალურად მიეუსადაგოთ მომხმარებლის ინდივიდუალურ საჭიროებებს. ამისათვის პასუხისმგებლობა მომსახურების კოორდინაციაზე ეკისრება ერთ ინდივიდუალურ მუშაკს ან მუშაკთა ჯგუფს.*

შემთხვევის მართვის ძირითადი ამოცანა-ფუნქციებია:

1. *მომხმარებლის საჭიროებათა შეფასება – შემთხვევის მენეჯერი აწარმოებს მომხმარებლის ინდივიდუალური საჭიროებებისა და ინდივიდუალური შესაძლებლობების (იგულისხმება ინდივიდის ძლიერი მხარეები, ინდივიდუალური რესურსები, მასში არსებული “აქტივები”) დეტალურ შეფასებას;*

2. *მომსახურების დაგეგმვა – შეფასების შედეგების საფუძველზე შემთხვევის მენეჯერის ხელმძღვანელობით შემუშავდება მომსახურების გეგმა, რომელშიც ზუსტად განისაზღვრება მოსალოდნელი (სასურველი) შედეგები;*

3. *მომსახურების განხორციელება – დაგეგმილ ღონისძიებათა განხორციელება ხდება თავად მომხმარებლის, მისი მხარდამჭერი სისტემებისა (ოჯახის წევრები, ახლობლები) და პირველ ეტაპზე იდენტიფიცირებულ საჭიროებათა შესაბამისი სამომსახურებო დაწესებულებების ჩართვით;*

4. *მონიტორირება – შემთხვევის მენეჯერი სისტემატურად აწარმოებს მიღწეული შედეგებისა და ხარვეზების მონიტორირებასა და აღრიცხვას;*

5. *მომსახურების შედეგების შეფასება – განხორციელებული გეგმის საბოლოო შედეგების შეფასება წარმოებს მუშაობაში მონაწილე ყველა პირის ჩართვით. ვინაიდან მომსახურების შედეგების შეფასება მოითხოვს ახალი მონაცემების მოპოვებას ინდივიდუალური საჭიროებებისა და შესაძლებლობების შესახებ, ეს პროცესი შეიძლება განვიხილოთ როგორც განმეორებითი შეფასება, რომლის შესაბამისადაც შეიცვლება მომსახურების გეგმა და, ამგვარად, ეს ციკლი თავიდან იწყება.*

აღწერილი პროცესები მიმდინარეობს არა დამოუკიდებელ ეტაპებად, არამედ ერთდროული, ერთმანეთისაგან განუყოფელი მოვლენების სახით. მომხმარებლებთან განუწყვეტელი კონტაქტი შემთხვევის მენეჯერებს საშუალებას აძლევს პრაქტიკულად შეუდგინონ აწარმოონ საჭიროებათა შეფასება, მომსახურების გეგმა მაქსიმალურ შესაბამისობაში მოიყვანონ მომხმარებლის საჭიროებებსა და შესა-

ძლებლობებთან, და უწყვეტი მონიტორირების საშუალებით უზრუნველყონ სასურველი შედეგების მიღწევა.

შემთხვევის მართვის ზოგიერთი მოდელი ითვალისწინებს აგრეთვე შემთხვევის მენეჯერის დამატებით ფუნქციებს, როგორცაა მომხმარებელთა აქტიური მოძიება და დახმარება ადგილზე მისვლით, თერაპევტი-კონსულტანტის, კლიენტის ადოკატის, კლიენტის ბროკერის ფუნქციების შესრულება. ეს უკანასკნელი (ბროკერის) ფუნქცია გულისხმობს მომსახურების ხარჯების კონტროლს კლიენტის სახელით და მას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შემთხვევის მართვის ბრიტანულ მოდელებში.

### მომსახურების ხარისხზე მოქმედი უარყოფითი ფაქტორები

მომსახურების სისტემებში, რომლებიც მიზნად ისახავს მიიღე ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანების დახმარებას, ხშირად აღინიშნება ისეთი ხარვეზები, როგორცაა შეუსაბამობა მომხმარებლის საჭიროებებსა და მომსახურებას შორის, ფრადმენტული და წყვეტილი მომსახურების, მომსახურების არასაკმარისი ხელმისაწვდომობა მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე მეტად ესაჭიროებათ, ბუნებრივი მხარდამჭერი ფაქტორების (“ბუნებრივი მხარდამჭერების”) უგულვებელყოფა, ანგარიშვალდებულების საკითხების გაურკვეველობა და სხვ.

შეუსაბამობა მომხმარებლის საჭიროებებსა და მისთვის გაწეულ მომსახურებას შორის

1980-იან წლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების მომსახურებით უკმაყოფილო მომხმარებლებმა აქტიური საზოგადოებრივ-პოლიტიკური მოძრაობა წამოიწყეს (Sayce, 1990; Campbell, 1990). როდესაც საქმე ეხება ფსიქიატრიულ მომსახურებას, მომხმარებელს, როგორც წესი, არჩევანის საშუალება არც ეძლევა. ამდენად, ბევრი უარყოფს კიდევ ტერმინს “მომხმარებელი” და მის ნაცვლად იყენებს ტერმინს “მომსახურების მიმღები” (რეციპიენტი), ვინაიდან ეს უკანასკნელი უკეთ ასახავს ამ კატეგორიის მომხმარებლის, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების “მსხვერპლის” მდგომარეობას (Cambell, 1990). ფსიქიატრიული მომსახურების მომხმარებლები და მათი ნათესავები დაჟინებით მოითხოვენ, მიეცეთ მეტი კონტროლის უფლება გაწეულ მომსახურებაზე, მეტი ყურადღებით და გულისხმიერებით მოექიდონ მათ მრავალმხრივ პრობლემურ მდგომარეობას.

მომსახურების სისტემების არასრულფასოვნების უმთავრესი მიზეზია რესურსების მწვავე ნაკლებობა. თუმცა, ყველა ის ხარვეზი, რომელიც შეინიშნება საკმაოდ კარგი დაფინანსების მქონე ერთ-ერთ რეგიონში – ქმბერველში, ბრუინმა და მისმა თანამშრომლებმა (Brewin et al., 1988) შეისწავლეს ფსიქიატრიული სამსახურის საქმიანობის შესაბამისობა მომხმარებელთა საჭიროებებთან ფსიქიატრიულ სამსახურების საქმიანობაში, ამით ვერ აიხსნება, მაგალითად, ლონდონის. ამ მონაცემების თანახმად, ყოველი 6-დან ერთი საჭიროება/მოხონილება (need) დაუკმაყოფილებელი რჩებოდა. გაწეული მომსახურების უფრო დეტალური შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ ხშირად მომხმარებელს ჭარბად მიეწოდებოდა ისეთი დახმარება, როგორცაა ანტიქოლინერგული, ანტიდეპრესიული და სედატიური პრეპარატებით უზრუნველყოფა, ხოლო ფსიქოლოგიური და საგანმანათლევ

ბლო ინტერვენციების (მათ შორის სხვადასხვა უნარ-ჩვევების ტრენინგების) მოცულობა სრულიად არასაკმარისი იყო. ამ კვლევის მონაცემები კიდევ ერთხელ ადასტურებს მომხმარებელთა აზრის სამართლიანობას, როდესაც ისინი გამოთქვამენ უკმაყოფილებას ჭარბი ფარმაკოთერაპიის გამო. როგორც 500 მომხმარებლის გამოკითხვამ აჩვენა, მათ 60%-ს მიეწოდებოდა მომსახურება, რომლის მიღებაც თავად მათ არ სურდათ. ეს მომხმარებლები უსიოდნენ არჩევანის შესაძლებლობის უქონლობასა და მედიკამენტური თერაპიის მიმედ გვერდით ეფექტებს. მათგან 90%-ს ეს არა სამედიცინო, არამედ სოციალურ პრობლემად მიიჩნდა (MIND/Roehampton Institute, 1990). სოციალური ტენდენციების გათვალისწინებით, ხასიათზე ამწვევებს ზოგიერთ პრობლემას, რაც, თავის მხრივ, კიდევ უფრო ზრდის ფსიქიატრიული მომსახურების საჭიროებას. მაგალითად, შაქრიანი და ზოგიერთი სხვა ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლები ხშირად აწუებობიან რასობრივი დისკრიმინაციის, ენობრივი ბარიერისა და სხვა პრობლემებს, ამგვარი სტრესოზიული შემოქმედების შედეგები კი ფსიქიატრიულ სამსახურებს საკმარის მიზეზად მიიჩნიან იმისათვის, რომ სასწრაფოდ ჩატარდეს ჰოსპიტალიზაცია და მედიკამენტური მკურნალობა (Fernando, 1988; Francis et al., 1989). ამ მხრივ მაღალ რისკ-ჯგუფში იმყოფება აგრეთვე ქალთა მოსახლეობა (Brown & Harris, 1978), რადგანაც პატრიარქატრულ საზოგადოებაში ქალებს რატომღაც უფრო ხშირად "მიაწერენ" ხოლმე ფსიქიკურ გადახრებს (Schwalter, 1987).

ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემებს "ბრალად ედებათ" აგრეთვე მომხმარებელთა მატერიალური საჭიროებების უგულვებლყოფა. მაგალითად, ლონდონის რამდენიმე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში შემოსული 215 პაციენტიდან 27% უსახლკარო იყო და გაწერის შემდეგაც უსახლკარო დარჩა (atch and Nissel, 1989). მართალია, უსახლკაროთა დახმარების ორგანიზაციებთან დაკავშირების მიზნით ზოგიერთ მათგანს მიეცა შესაბამისი მიმართვა, მაგრამ აღნიშნული კვლევის შედეგები აშკარა დასტურია იმისა, რომ ჰოსპიტალური სამსახურები სრულიად უგულვებლყოფენ მომხმარებელთა მატერიალურ საჭიროებებს. მეტ-იც, ანტონისა და ბრანჩის (Anthony and Branch, 1989) მიერ ჩატარებული ვრცელი სამუშაოები საფუძვლიანად ასაბუთებს, რომ სამკურნალო ლონსიძიებათ შედეგები გარემოს მახასიათებლებზე უფრო მეტადაა დამოკიდებული, ვიდრე თავად პაციენტის მახასიათებლებზე. ყოველივე ამის შემდეგ არ არის გასაკვირი, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ჰოსპიტალიზაციის საერთო რაოდენობიდან დაახლოებით სამი მეოთხედი რეჰოსპიტალიზაციას წარმოადგენს (Office of Health Economics, 1989). გასხვადეთ: მომხმარებლების უზრუნველყოფა ნორმალური საცხოვრებელი პირობებით ფსიქიატრიული მომსახურების ქმედითუნარიანობის ქეაუთხვია.

შევი (Scheff, 1975) ამბობს, რომ სოციალური და ფიზიკური გარემოს ფაქტორების გაუთვალისწინებლად მდგრადი შედეგების მიღწევა შესაძლებელია "ფსიქოლოგიური ხრიკების" მეშვეობით და ეს მეთოდი შესაძლოა მართლაც ამართლებდეს ანალიზური ფსიქოთერაპიის დარგში, მაგრამ "ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე სპეციალისტებს არ ეპატიებათ პაციენტზე მოქმედი გარემო ფაქტორების უგულვებლყოფა" (Masson, 1988).

ხანგრძლივი ინსტიტუციონალური ზრუნვის პირობებში აქტუალური ხდება საპირისპირო პრობლემა – პრაქტიკული (მატერიალური) მხარე შედარებით უკეთაა უზრუნველყოფილი, წინა პლანზე გადმოდის პაციენტის ფსიქოლოგიური მხ-

არდაჭერის არასრულფასოვნება.

საჭიროებამ/მოთხოვნილება შეიძლება დაეახასიათოთ მისი სირთულისა და აქტუალურობის მიხედვით (Challi and Davis, 1986). ფსიქიატრიული სამსახურების მომხმარებლებს აწუხებთ ისეთი პრობლემები, რომელთა მოგვარებაც მოითხოვს მრავალგვარ ძალისხმევას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. მართალია, მულტიდისციპლინარული მუშაობის მიზანიც სწორედ მრავალფეროვან მოთხოვნილებათა სრულყოფილად დაკმაყოფილებაა, მაგრამ პრაქტიკულად ასეთი ჯგუფები სტაციონარში შემოსულ პაციენტებთან მუშაობისას ძირითადად კლინიკურ საკითხებზე აკეთებენ აქცენტს და აეიწყდებით იმის კითხვა, თუ როგორ პირობებში ცხოვრობს პაციენტი, როგორ ახერხებს საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამყარებას, როგორ ატარებს თავისუფალ დროს და სხვ. (Echlin, 1988).

ძალიან ხშირად, შეფასების დროს საჭიროებათა განსაზღვრის ნაცვლად არკვევენ იმას, თუ “რისი მიღების უფლება აქვს ამ მომხმარებელს სერვისების არსებული მენიუდან”. ე.ი. მომხმარებლებს სთავაზობენ სერვისების ამა თუ იმ სტანდარტულ პაკეტს (როგორცაა “ადგილზე მომსახურების ორკვირიანი კურსი”, “დღის სტაციონარის პროგრამა” და სხვ.). მომსახურების ამგვარი ტრადიციული სქემების შესწავლისას ჰენჩა და ნისელმა (Hetch and Nissel, 1989) გამოაქვნიან მნიშვნელოვანი შეუსაბამობა მომხმარებლის საჭიროებებსა და გაწეულ მომსახურებას შორის. მეცნიერებს (Glennerster et al., 1983) ამ შეუსაბამობის მიზეზად მიაჩნიათ დაგეგმარებისას ისეთი მოუქნელი (მასობრივი) მეთოდების გამოყენება, როგორცაა მომხმარებელთა დაჯგუფება ინდივიდუალური თავისებურებების “შემნიღბა” ფართო კატეგორიებად, ყურადღების გამახვილება პაციენტის სუსტ, და არა ძლიერ მხარეებზე, მომხმარებელთა საჭიროებების იდენტიფიკაცია არსებული, და არა საჭირო სერვისების მიხედვით, დაგეგმარების პროცესში თავად მომსახურების მიწოდებლების აზრისა და გამოცდილების გაუთვალისწინებლობა.

მაღალი ხარისხის მომსახურება გულისხმობს კომპლექსურ მომსახურებას, რომელსაც საფუძვლად უდევს საჭიროებათა დეტალური შეფასება თავად მომხმარებლის პოზიციიდან გამომდინარე. ფსიქიატრიულმა მომსახურებამ არ უნდა გაურთულოს მომხმარებელს უამისოდაც მძიმე პრობლემები, და ამავედროულად ეცადოს დახვეწილი მეთოდებით გამოავლინოს ყველა შესაძლო საჭიროება, საძირკველშივე აღმოფხვრას ყველა მოსალოდნელი პრობლემა. ამისათვის შეფასების პროცესი უნდა იყოს კომპლექსური, სიღრმისეული, მომსახურება კი – მაქსიმალურად მოქნილი.

## ფრაგმენტული და წყვეტილი მომსახურება

ფსიქიატრიული მომსახურების “ნაპრალები” ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს “ჩავარდნის” საფრთხეს უქმნის. მომხმარებელს ასეთი საშიშროება ექმნება, მაგალითად, ერთი სახის მომსახურებიდან მეორეზე გადასვლისას, სტაციონარში შესვლისას, გაწერის შემდგომ ეტაპზე, „ასეთი ნაპრალები მრავლად გეხედება სახელმწიფო და კერძო სააგენტოებს შორის გზაზე და თვით ერთდამავე ფსიქიატრიული დაწესებულების შიგნითაც კი.“ ფსიქიატრიული დაწესებულებები სერვისების მიწოდებას აწარმოებენ სხვადასხვა პრინციპით, მაგალითად ტერიტორიის (მაგალითად, პოსპიტალი, კომუნალური დაწესებულება, თემზე

ორიენტირებული მომსახურება), ასაკის (მაგალითად, “ხანშიშესულები”), სპეციალიზაციის (მაგალითად, ფსიქოლოგები, თერაპევტები, ექთნები), დიაგნოზის (შიზოფრენია და მისი სხვადასხვა ფორმები), დღე-ღამის დროის (მაგალითად, “დღის სტაციონარი”) მიხედვით. მრავალფეროვანი სერვისების ამგვარი სიმრავლე მოითხოვს ერთიდან მეორეზე მწყობრად გადასვლის შესაძლებლობას, მით უფრო, როდესაც საქმე ეხება ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანებს. აღნიშნული სამომსახურებო დაწესებულებები კი უმეტესად ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად და არაკოორდინირებულად ფუნქციონირებენ: მაგალითად, ზიბომის (Seebohm) რეფორმის შემდეგ ბრიტანეთის სოციალური მომსახურების სისტემა ამოქმედდა იმგვარად, რომ კომუნალური ტიპის ფსიქიატრიული (residential care) მომსახურებისა და ადგილზე მომსახურების მუშაები ერთმანეთისაგან თითქმის სრულიად დამოუკიდებლად მუშაობდნენ, ანგარიში სხვადასხვა ადმინისტრაციულ ორგანოებს აბარებდნენ. შედეგად კი მათ მუშაობას უკიდურესად არაკოორდინირებული ხასიათი ჰქონდა და მთლიანად ამ სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა არ შეესაბამებოდა მომხმარებლის ინტერესებს.

მომსახურების გეგმას, როგორც წესი, გარკვეული სახის პერსონალი ადგენს, რასაც საფუძვლად უდევს ფუნქციონირებას განაწილებების ხანგრძლივი დროის განმავლობაში დამკვიდრებული ტრადიციები. ამ ტრადიციის თანახმად, მაგალითად, სოციალური მუშაი, საჭიროებათა შეფასების შემდეგ წყვეტს, რომ პაციენტს სახლში მოვლის სერვისი ესაჭიროება. ხოლო ის მუშაი, რომელიც უშუალოდ წარმატებს ამ მომსახურებას („უელის სახლში“), და ყველაზე ახლო კონტაქტში იმყოფება პაციენტთან, არაერთარ შეხებაში არაა საჭიროებათა და მომსახურების შედეგების შეფასების პროცესებთან. ამ მომსახურების ხარჯთაღრიცხვას აწარმოებენ სახლში მოვლის სამსახურის მენეჯერები, და არც ისინი მონაწილეობენ საჭიროებათა შეფასების პროცესში. ყოველივე ამის შედეგად, მომხმარებელს “დაჭინებით” მიეწოდება მომსახურების სტანდარტული პაკეტი უცვლელი სახით მანამ, სანამ არ აღმოცენდება გამწვავება.

ანალოგიურად, გამწვავების მაღალი რისკი იქმნება, თუ პაციენტთან კონტაქტი სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ წყდება. ერთ-ერთი კვლევის მონაცემებით, გაწერის შემდეგ სამკურნალო გეგმით გათვალისწინებული მოსალოდნელი შედეგები შეინიშნებოდა შემთხვევათა მხოლოდ 17%-ში (Caton, 1981). ზოგჯერ მოვლენები არასასურველი მიმართულებით ვითარდება ფსიქიატრიულ სამსახურებთან კონტაქტის შენარჩუნების პირობებშიც – ამის მიზეზი კი შესაბამისი სააგენტოების მუშაობის არაკოორდინირებულობაა. გაწერის შემდეგ პაციენტზე პასუხისმგებელი სისტემისათვის (ოჯახი, პანსიონური ტიპის დაწესებულება ან სხვა) სპეციალისტების (მაგალითად, ფსიქიატრების) მიერ გაწეული დახმარება ხშირად იმდენად უმინიმალურია, რომ გამწვავების პროფილაქტიკა, ფაქტობრივად, არ ხდება და რეციდივის აღმოცენებასაც წინ არაფერი უდგას.

### ყველაზე “გაჭირებული” მომხმარებლების უკულებელყოფა

როდენ პარადოქსულადაც არ უნდა მოგვეჩინოს, უკიდურესად მძიმე, ქრონიკული ფსიქიატრიული პაციენტები ყველაზე რთულად პრობლემებით სრინად ფსიქიატრიული სამსახურებისათვის თითქმის ყურადღების მიღმა რჩებიან. საკრამენტროში (კალიფორნიის შტატი) ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ სოციალურად საშიშ უმძიმეს ფსიქიატრიულ პაციენტებს (რომელთაც ქვეყნის პათოლოგია



3-ჯერ უფრო მეტად ჰქონდათ გამოხატული, ეიდრე სხვა კატეგორიის ფსიქიკურ ავადმყოფებს) ფსიქიატრიული მომსახურება უფრო ნაკლები მოცულობით მიეწოდებოდათ, ვიდრე "მსუბუქ" ავადმყოფებს: მედიკაციის მონიტორირება – 2-ჯერ უფრო ნაკლები, ხოლო შესაბამის პროგრამებთან დამაკავშირებელი ღონისძიებები – 20%-ით უფრო ნაკლები მოცულობით (Leavitt, 1983). ამგვარად, ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემებში შეინიშნება ყველაზე "გაჭირვებული" მომხმარებლების მიმართ უყურადღებობა.

მიუხედავად ხმამაღალი მოწოდებებისა, რომ „მიმე და ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფების მომსახურება გახდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ფუნქციონირების პრიორიტეტული მიმართულება“ (ბრიტანეთი, თემთა პალატის სოციალური მომსახურების კომიტეტი, 1985), ეს დარგი რესურსების (ფინანსური, საკადრო და სხვ.) მწვავე ნაკლებობას განიცდის: „დევალირებულ (გაუფასურებულ) ადამიანებს მიეწოდებათ დევალირებული სერვისები სხვა დევალირებული ადამიანების მიერ“ (Brown and Smith, 1989).

ამავდროულად, სულ უფრო აშკარად შეინიშნება დენისტიტუციონალიზაციასთან დაკავშირებული კრიმინალური პრობლემების გამწვავება – ფსიქიკურად დაავადებული პაციენტებისა (Weller, 1989) და უსახლკაროების რიცხვის ზრდა, რასაც თან ერთვის კიდევ ერთი სერიოზული პრობლემა – ამ ადამიანების მიდრეკილება ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიისაკენ (Fischer and Breakly, 1986). 1989 წელს ერთ-ერთ სამხედრო დაწესებულებაში ჩატარებული კვლევის (Timms and Fry) შედეგად აღმოჩნდა, რომ აქ შემოსული მამაკაცების 31% შიზოფრენიით იყო დაავადებული, და მათგან არცერთს არ მიეწოდებოდა ფსიქიატრიული მომსახურება. ზოგადად, ზოგიერთი პაციენტისათვის ფსიქიატრიული მომსახურება არ არის ხელმისაწვდომი, ზოგიერთი კი თავად არიდებს მას თავს (Satchell, 1988).

ამგვარი პრობლემების საპასუხოდ უელერმა (Weller, 1989) გამოთქვა აზრი, რომ უმჯობესია შეწყდეს დენისტიტუციონალიზაციის პროცესი და დაეუბრუნდეთ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დაფუძნებულ სისტემას. მსგავსი მოწოდებები გაისმა აშშ-შიც: „გაეწმინდოთ ქუჩები საზოგადოებისათვის არასასიამოვნო და საშიში ადამიანებისაგან“ (Onyett, 1991a). მაგრამ არ უნდა აეჩქარდეთ, მით უფრო, რომ ბრიტანეთში «საბ» ფსიქიატრიული სამსახურის<sup>1</sup> სისტემის შესწავლამ საკმაოდ იმედისმომცემი შედეგები აჩვენა: პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, მომხმარებელთა მეტი კმაყოფილება, მომსახურების მეტი ხარჯთეფექტურობა და სხვ. (Knapp et al., 1990, 1991).

წარმატებით განხორციელდა სადემონსტრაციო პროექტები, რომელთა სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდნენ ყველაზე მიმე, „ძნელად სამკურნალო“ პაციენტები (Bachrach, 1980). ამგვარი სერვისების მნიშვნელობა ღრმად გააზრებულ უნდა იქნას, და მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები გულისხმიერებითა და პასუხისმგებლობით მოეკიდონ ამ პაციენტებს და მათ მომსახურებას.

<sup>1</sup> «საბ» (საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით) ფსიქიატრიული სამსახური. «სამ» მომსახურება – ინგ. Community Mental Health Services – ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახური საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. ამ ტერმინის ქვეშ იგულისხმება სამსახურების ქსელი, რომელიც მომხმარებლებს უწყვეტად უზრუნველყოფს მკურნალობით, საცხოვრებელი ადგილით, სოციალური დახმარებით. უნარ-ჩვევთა სწავლებით და ერთობლივად ემსარება ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებს საკუთარი სოციალური როლის აღდგენაში (G.Strathdee, G. Thomicroft, 1997).

## ბუნებრივი მხარდამჭერი ფაქტორების უგულებელყოფა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში მუშაობა ფრიად რთული საქმეა – აქ აღაჩინი მუდმივად ისეთ მზადყოფნაში უნდა იყოს, თითქოს თავდასხმას ელოდეს (Provencal, 1987). მაგრამ არანაკლებ ძნელია ცხოვრება ქვეყანაში, სადაც მოუგვარებელია ფსიქიატრიული პრობლემები: ფსიქიკური ავადმყოფების ნათესავეს მეტად მძიმე პრობლემები აწვეთ ცხოვრებისეულ ტვირთად, ამ ძალისხმევას კი მათ არაეინ უნაზღაურებს.

დინსტიტუციონალიზაციის პროცესის სწრაფმა განვითარებამ, ფსიქიატრიული პაციენტების მომსახურების დაგეგმარებისას არასაკმარისმა წინდახედულობამ და დაფინანსების სიმწირემ გამოიწვია ის, რომ ამ ადამიანებზე ზრუნვის მეტად მძიმე პასუხისმგებლობა მათ ოჯახებსა და ცალკეულ დარგობრივ მუშაკებს დაეკისრათ. სახელმწიფო პოლიტიკაში უეინწინა იმგვარი ტენდენცია, რომ თითქმის კანონიერი სახე მიეცა მოსაზრებას: “სრულიად ბუნებრივია, რომ არაქმედითუნიან ადამიანებზე მისმა (განსაკუთრებით მდებრობითი სქესის) ნათესავებმა იზრუნონ”. სინამდვილეშიც, სერვისების უმრავლესობა ხორციელდება იმ ფაქტზე დაყრდნობით, რომ პაციენტს გააჩნია მხარდაჭერა თავისი ოჯახის მხრიდან. როგორც ჰადსონი (Hudson, 1987) აღნიშნავს, ნაცვლად იმისა, რომ ბუნებრივი მხარდამჭერი სისტემები დამატების სახით ჩართონ თავის საქმიანობაში, ფსიქიატრიული სამსახურები ცდილობენ შემოიტანონ და დაამკვიდრონ ავადმყოფზე ზრუნვის პასუხისმგებლობის უგულებელმყოფელი ნათესავეების დამსჯელი კანონები: “ამგვარ პოლიტიკაში ჩადებულია ფარული ფინანსური მოსაზრებები – ნათესავეების სახით უფასო მუშახელის ექსპლუატაცია” (Hudson, 1987; Goodwin, 1989). აღსანიშნავია, რომ გაერთიანებულ სამეფოში ოჯახების მხოლოდ 15% შეესაბამება სტერეოტიკულ წარმოდგენას ოჯახზე, რომლის თანახმადც შრომისუნარიანი ქალი ფინანსურ მხარდაჭერას მიუღლისაგან იღებს – სოციალური თავისებურებებიდან გამომდინარე, აქაური ოჯახების სტრუქტურა ნაკლებად იძლევა პაციენტისათვის მძლავრი ბუნებრივი მხარდამჭერი სისტემის შექმნის საშუალებას. ამავდროულად კი რეალობა მეტად დაუნდობელია ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების ოჯახების მიმართ – მათ ფრიად შეზღუდული აქვთ სოციალური აქტიურობის შესაძლებლობა, მძიმე ტვირთად აწვეთ ფინანსური პრობლემები, და თითქმის ვერაერთარ მხარდაჭერას ვერღებულობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებისაგან (Fadden et al., 1987).

აღწერილი პრობლემატიკა ნაწილობრივ დაკავშირებულია სპეციალისტების მუშაობის ტენდენციასთან შეფასების პროცესში უგულებელყოფის პაციენტის სოციალური კონტექსტი, ყოველდღიური ცხოვრებისა და საზოგადოებრივი კონტაქტების საკითხები. ფსიქიატრიული მომსახურების დარგის მუშაკები ზოგჯერ კიდევ უფრო ამწეავენ პაციენტის ოჯახის პრობლემებს და მათი ქმედება უფრო ოჯახის ძალისხმევის უსურპაციას ემსაფცება, ვიდრე მის გვეგზომიერ მოშველდებებს (Moroney, 1976). ერთი სიტყვით, უნდა გვახსოვდეს, რომ მომსახურების სისტემებმა აუცილებლად უნდა იქონიონ მჭიდრო კონტაქტი ავადმყოფის ოჯახთან, ვინაიდან ეს უკანასკნელი ინფორმაციის შეუცვლელი წყარო და ავადმყოფის მუდმივი მხარდაჭერის უძვირფასესი საშუალებაა, მაშინ, როდესაც მომსახურების მიმწოდებლებიდან “ზოგი მიდის, ზოგი მოდის”. მაგრამ ეს ურთიერთობები აუცილებლად პარტნიორული ხასიათის უნდა იყოს.

## ანგარიშვალდებულების საკითხები

ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემებში უამრავ გაუგებრობას ვაწყდებით პასუხისმგებლობისა და ანგარიშვალდებულებათა გადაცემა-განაწილების საკითხში. პასუხისმგებლობა აქ განისაზღვრება, როგორც შესაბამის სააგენტოსა თუ ცალკეულ მუშაკზე კანონით დაკისრებული ვალდებულებები (შესასრულებელი ფუნქციები). ანგარიშვალდებულება კი გულისხმობს იმ ინსტანციების (სააგენტო ან ცალკეული მუშაკი) განსაზღვრას, რომელთაც შესაბამისმა დარგობრივმა სააგენტომ თუ მუშაკმა უნდა ჩააბაროს ანგარიში და მიიღოს სანქციები ზემოხსენებულ ვალდებულებებთან და მათ შესრულებასთან დაკავშირებით. სწორედ ეს ფაქტორები – მათი ფუნქციონირება შიდაორგანიზაციულ და ორგანიზაციათაშორის დონეებზე – განსაზღვრავს ფსიქიატრიული მომსახურების მომხმარებლის “უსაფრთხოებას”.

შიდაორგანიზაციული დონე: სამომსახურებო სააგენტოში მომუშავე პერსონალს ეკისრება პასუხისმგებლობა მომსახურების მიწოდებასა კოორდინაციაზე. თუმცა, უხშირესად ისე ხდება, რომ გადაწყვეტილებების მიღება სამომსახურებო რესურსების განაწილების შესახებ თითქმის მთლიანად იმ მუშაკების პერროგატივაა, რომლებიც აწარმოებენ საჭიროებათა შეფასებას (რაზეც ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ). ამის გამო მომსახურების უშუალო მიმწოდებელი პერსონალი ფრიად შეზღუდულია საკუთარი ვალდებულებების შესრულებისას და პრობლემურ საკითხებზე მუშაობისას თითქმის არ გააჩნია ინიციატივის, შემოქმედებითი მიდგომის შესაძლებლობა. ამრიგად, შესაძლოა შეიქმნას შეუსაბამო კლინიკურ (ადეკვატური მომსახურების) და მენეჯერულ (რესურსების განაწილების) ვალდებულებათა შორის. ეს შეუსაბამოება კიდევ უფრო ღრმავდება, როდესაც კლინიკურ ანგარიშვალდებულებათა ხაზი გადის ისეთ იერარქიულ გზას, რომელიც თითქმის არაერთაშორს შეხებაში არ მოდის რესურსების მართვის იერარქიასთან.

გუნდური (ჯგუფური) მუშაობა თავისებურ პრობლემატიკასთანაა დაკავშირებული: ფუნქციათა ნაწილობრივი გადაფარვის გამო (რაც დამახასიათებელია ამ პრინციპით მუშაობისათვის) მუშაკებს ებადებით კითხვა: მაინც რა არის მათი კონკრეტული ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა? რაში მდგომარეობს მათი გამორჩეული როლი? ეს პრობლემა კიდევ უფრო მწვავედაა, როდესაც არ არის ნათლად ჩამოყალიბებული თავად გუნდის, როგორც ერთობლივის, მიზნები და ფუნქციები. გაუგებრობას ქმნის აგრეთვე ანგარიშვალდებულების საკითხები: ვის წინაშე აგებს პასუხს მულტიდისციპლინარული ჯგუფის წევრი – ხაზობრივი (უშუალო) მენეჯერის, ჯგუფისა თუ ჯგუფის ხელმძღვანელის წინაშე? დრომელი კონკრეტული ფუნქციის შესრულებისათვის? ზოგჯერ ფსიქიატრებს “დამლუპველი” წარმოდგენა აქვთ საკუთარი როლის შესახებ – ის მიაჩნიათ “ამოსაყვად წერტილად კლინიკურ ვალდებულებათა შორის” და ფიქრობენ, რომ ჯგუფის ყველად დანარჩენი წევრი პასუხს მათ წინაშე აგებს, ხოლო თავად მათ უფლება აქვთ უგულვებელყოფნა სხვა სპეციალისტთა გადაწყვეტილებები.

საჭიროა, ერთის მხრივ, მოქმედების თავისუფლებასა და მეორეს მხრივ, მუშაობის მონიტორირების პროცესებს შორის დამყარდეს იმგვარი წონასწორობა, რომ გარანტირებული იყოს მომსახურებით მომხმარებელთა დაკმაყოფილებულობის მაღალი ხარისხი. იდეალურ ვარიანტს ასე ახასიათებენ: “მომხმარებლის დაცვა ავტონომიის შენარჩუნებით” (Stevenson and Parsloe, 1978). ეს მენეჯერებისა-

გან სპეციალისტების საშუალო დატვირთვის (case load), სამუშაო გამოცდილები-ს. რესურსების გამოყენების, სერვისებზე არსებული მოთხოვნების შესახებ ინფორმირებულობას მოითხოვს და ცხადყოფს ხარისხის შეფასების საზომების გადამწყვეტ მნიშვნელობას სერვისების დანერგვისა და განვითარების საქმეში. მეტი ავტონომიისათვის აუცილებელია ასევე მხარდაჭერის, სუპერვიზიისა და ტრენინგების მექანიზმების სრულყოფა და გამძლავრება.

ორგანიზაციათაშორისი (საუწყებათაშორისო) დონე: ამ დონეზე ვაწყდებით სხვადასხვა ორგანიზაციათა პასუხისმგებლობის პრობლემებს. რესურსების სიმ-წირისა და ხარჯების შემცირებისაკენ (ან გადანაწილებისაკენ) სწრაფვის პირობებ-ში დარგობრივ ორგანიზაციებში საყოველთაოდ გავრცელდა მკაფიოდ გან-საზღვრული კრიტერიუმების დანერგვა, რომელიც მოიცავს მომხმარებელთა მხ-ოლოდ კონკრეტულ ვიწრო კონტიგენტს (მაგალითად, “ჩვენ არ ვემსახურებით ადამიანებს ალკოჰოლიზმის, ნარკომანიის, ნევროზების, დამბლების პრობლემე-ბით”). შესაბამისად, ასეთ სააგენტოს ვერაფერს აგებინებს პასუხს ამა თუ იმ კონტიგენტის (მაგალითად, უსახლკარო ადამიანების) მომსახურებაზე – გამო-დის, რომ ამ ავადმყოფების პრობლემა, ფაქტიურად, უსაშველოა. “ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში მოფუნქციე მომსახურების სხვადასხვა მიმწოდებლის პასუხისმგებლობანი მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული” – ეს, ბრიტანეთის სამთავრობო ინიციატივის ფორმულირებით, 1990-იანი წლებისათვის სოციალ-ური პოლიტიკის მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენს.

## წინ ფსიქიატრიული «სამ»სახურის სრულყოფისაკენ!

მაინც რას გულისხმობს სრულყოფილი (კომპლექსური) ფსიქიატრიული სამ-სახური? DISC (DISC - Developing Individual Services in Community, Smith, 1990a) – მიდგომა სახავს «სამ» მომსახურების განვითარების გზებს. მის თანახმად მომ-სახურების დაგეგმარება უნდა ეფუძნებდეს მომსახურების ფუნქციებს (დანიშ-ნულებას). აკეთებს რა აქცენტს მომხმარებლისათვის საჭირო სერვისების განვი-თარებაზე, DISC მინიმუმამდე ამცირებს მომსახურების ფრაგმენტულობას: აქ ამოსავად წერტილს წარმოადგენს ის, თუ რა ესაჭიროებათ ადამიანებს. მაინც რა ესაჭიროებათ მათ? აი, ამ საჭიროებათა მოკლე ჩამონათვალი (იხ. სურ. 1.1).

მომხმარებლის საჭიროებათა გაანალიზების საფუძველზე DISC გამოყოფს მომსახურების შემდეგ ძირითად ფუნქციებს (დანიშნულებებს) (იხ. სურათი 1.2): შემთხვევის მართვა, იდენტიფიკაცია, ძირითადი (ბაზისური) მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, პიროვნული ზრდა-განვითარება, კრიზისის სტაბილიზაცია (დახ-მარება, რომელიც მომხმარებელს უნდა გაეწიოს რაიმე კრიტიკულ სიტუაციაში, რომელიც საფრთხეს შეუქმნის მის მდგომარეობას). ქვემოთ მოკლედ დავახას-იათებთ ამ ფუნქციებს, შემთხვევის მართვის საკითხებს კი უფრო ვრცლად განვიხილავთ.

## იდენტიფიკაცია

ფსიქიატრიულმა სამსახურებმა უნდა მოახდინონ იმ ადამიანების იდენტი-ფიკაცია (გამოვლენა), რომლებიც საჭიროებენ მათ მომსახურებას, და უზრუნვე-ლყონ მათთვის ამ მომსახურების სრული ხელმისაწვდომობა. აღნიშნული მიიღ-ვევა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მომსახურების, „ღია კარის“ ტიპის

პრინციპით მუშაობის, ასერტიული მომსახურების (assertive outreach – მომხმარებლის აქტიური მოძიება, assertive help – დახმარება ადგილზე მისვლით), რეკლამის, პუბლიკაციების გზით. ხელმისაწვდომობის გაზრდა გულისხმობს ასევე საკუთარი მომხმარებლების დესტიგმატიზაციას, რისთვისაც საჭიროა ფსიქიატრიული სამსახური იყოს ადგილობრივი საზოგადოებისადმი რელევანტური, შეესაბამებოდეს მის ეთნო-კულტურულ თავისებურებებს. მომსახურების დაგეგმარებისას შესწავლილ უნდა იქნეს არამარტო უკვე არსებული, არამედ პოტენციური მომხმარებლების მდგომარეობაც, ვინაიდან შესაძლოა დაფიქსირდეს სერიოზული მიზეზები, რომლებიც ამ უკანასკნელთ აფერხებს გამოიყენონ მოცემული მომსახურება.

### ძირითადი (ბაზისური) მოთხოვნის დაკმაყოფილება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას არამარტო სამედიცინო, არამედ დიდი სოციალური და პოლიტიკური დატვირთვაც გააჩნია. ამ სისტემის არასრულფასოვნება სოციალურ დანაკარგებთან, უმუშევრობისა და დისკრიმინაციის პრობლემებთან არის დაკავშირებული. როგორც ცნობილია, ფსიქიკურ ავადმყოფებს დაქვეითებული აქვთ სტრესისადმი გამძლეობის უნარი და ასეთი პაციენტების მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სტრესოგენული ზემოქმედების შექცევას. ამ მიზნით კი კომპლექსური მომსახურება აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდეს მომხმარებელთა ძირითადი მოთხოვნის დაკმაყოფილებას, რაც გულისხმობს მუდმივი დამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელ პირობებით, სტაბილური შემოსავლით, დასაქმებით, ზოგადი სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფას.

### პიროვნული ზრდა-განვითარება

პერსონალური და ინტერპერსონალური უნარ-ჩვევების დეფიციტი ფსიქიკურ ავადმყოფებს უამრავ პრობლემას უქმნის; სიძნელეების დაძლევის (coping skills – იხ. თავი 6) უნარ-ჩვევების ნაკლებობის გამო სტრესოგენული ზემოქმედებისა და მისდამი დაქვეითებული რეზისტენტობის არასასურველი ეფექტები კიდევ უფრო ღრმავდება. ასეთ უნარ-ჩვევებს (coping skills) შეიძლება მიეკუთვნოს ადამიანებთან ურთიერთობის, გასართობ ღონისძიებებში მონაწილეობის, საკვების მომზადების, საყიდლებზე სიარულის უნარი, ან კიდევ ისეთ ჩვეულ ცხოვრებისეულ პრობლემებთან გამკლავება, როგორცაა წარუმატებლობა, აგრესია, ფრუსტრაცია, უარყოფა, სასიყვარულო ურთიერთობები და სხვ. ეს საკითხი განსაკუთრებით პრობლემატურია ხანგრძლივად ინსტიტუციონალიზებული ავადმყოფების შემთხვევაში. ფსიქიატრიული მომსახურების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა კვალიფიციური კონსულტაციებით, ტრენინგების პროგრამებით ან სხვა ალტერნატიული მეთოდებით დაეხმაროს ავადმყოფებს აღნიშნული უნარ-ჩვევების აღდგენას ან გამოუმუშავებაში.

მნიშვნელოვანია, რომ მომხმარებელმა თავად გაიაზროს და გადაწყვიტოს, რას ნიშნავს “სიძნელეების წარმატებით დაძლევა” მის კონკრეტულ შემთხვევაში. მსგავსი უნარ-ჩვევების გამოუმუშავებაზე მიმართული ყველა თერაპიული ინტერვენცია თავის-თავში გულისხმობს საშიშროებას, რომ ამგვარი მეთოდებით შესაძლოა ხელი შეეწყოს არსებული სოციალური უთანასწორობის “დაკანონ-

ებას”, მომხმარებელს კი “თავს მოვახეივით” ფასეულობათა მისთვის უცხო სისტემა. ამგვარი “საშიშროების” თვალსაჩინოებისათვის ბელს (Bel, 1989) მოჰყავს ასეთი მავალთი: კოგნიტური თერაპიის ერთ-ერთი გამოჩენილი სპეციალისტი, რომელიც *მკურნალობდა დეპრესიით შეპყრობილ ქალებს*, “დადებითი შედეგის” საზომად იყენებდა საოჯახო საქმიანობასთან დაბრუნებას და მისი შესრულების ხარისხს.

## კრიზისის სტაბილიზაცია

ადამიანის მოხვედრას ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, როგორც წესი, წინ უძღვის რაიმე კრიტიკული მოვლენა მის ცხოვრებაში. ადამიანზე ამგვარი სტრესოგენული მოვლენების ზემოქმედების გამოსავალს განსაზღვრავს დამოკიდებულება სტრეს-ფაქტორებისადმი ზემოქმედებლობასა (vulnerability) და თავის გართმევის უნარ-ჩვევების რესურსებს შორის. ფსიქიკური დაავადების მაპროვოცირებელ ფაქტორებად უხშირესად გვევლინება რაიმე მნიშვნელოვანი დანაკარგი ცხოვრებაში, შეურაცხყოფელი მოპყრობა/ძალადობა, მარტოობა, უსახლკარობა.

ფსიქიკურად დაავადებული ინდივიდის რეაქცია კრიტიკულ სიტუაციაში საშიშროებას უქმნის თავად მას და მის გარშემოყოფ ადამიანებს. ამ დროს აღვილი აქვს ძლიერ მღელვარებასა და მტანჯველ განცდებს, ემოციური წონასწორობის აღდგენა კი საჭიროებს სასწრაფო ფსიქიატრიულ ჩარევას. დახმარების აღმოჩენა უმჯობესია ადვილზე და რაც შეიძლება სწრაფად – ეს ავადმყოფს დაეხმარება უფრო ადვილად გაუმკლავდეს ანალოგიურ პრობლემას მომავალში. მაგრამ ხშირად სათანადო ფსიქიატრიული ჩარევა არასაკმარისად სწრაფად ხდება, ან კიდევ ინდივიდი დროებით კარგავს რაიმე ახალი უნარ-ჩვევის ათვისების უნარს, და საჭირო ხდება მისი “სიტუაციიდან იზოლაცია”. ეს შესაძლებელია ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში პოსპიტალიზაციის გზით, მაგრამ ხშირად ეს ადამიანის სოციალური კავშირების შეუქცევად რღვევას იწვევს (Lipton et al., 1981). ამიტომაც, უპირატესობა ენიჭება “საგოფეთის” ნაკლებად მასტიგმატიზებელ ფორმებს, განსაკუთრებით კი მათ, რომელთა მუშაობაც ითვალისწინებს ავადმყოფისათვის ძვირფასი და ავტორიტეტული ადამიანების ჩართვას (თემთა პალატის სოციალური მომსახურების კომიტეტი, 1990ბ). ამრიგად, კრიზისი საჭიროებს დაუყოვნებელ ჩარევას, რომელიც იქნება მოქნილი და სიტუაციის (კონტექსტის) შესაბამისი.

## შემთხვევის მართვის პოტენციური უპირატესობანი

როგორც ვნახეთ, კომპლექსური ფსიქიატრიული მომსახურება უნდა აკმაყოფილებდეს მომხმარებლების საჭიროებათა ფართო სპექტრს. ამისათვის საჭიროა მომსახურება იყოს ხელმისაწვდომი, უწყვეტი, კოორდინირებული და მოქნილი, ხოლო მისი მიწოდება საჭიროებათა გულმოდგინე, დეტალური შეფასების საფუძველზე უნდა ხდებოდეს. ამ მიზნების მისაღწევად რესურსების რაციონალური გამოყენების შემთხვევაში ასეთი მომსახურება არამარტო უზრუნველყოფს მომხმარებელთა მრავალფეროვან საჭიროებათა დაკმაყოფილებას, არამედ ხარჯთეფექტურიც იქნება. გაეაიანალიზოთ ამ უპირატესობათა მიღების შესაძლებლობანი.



მე მესაჭიროება დახმარება შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

- ...ემოციური პრობლემები
- ...ახალი უნარ-ჩვევების ათვისება
- ...კრიზისის გადატანა
- ...დამცირებისაგან დაცვა
- ...მეგობრების შექმნა და კონტაქტების შენარჩუნება
- ...ნორმალური საცხოვრებელი პირობები
- ...საკმარისი შემოსავლის გამოძებნა
- ...გარეგნული შესახედობისა და სოციალური ქცევის გაუმჯობესება
- ...“გიჟურ” აზრებთან და შეგონებებთან გამკლავება
- ...პიროვნული განვითარების შესაძლებლობა
- ...რამდე საქმიანობის გამოძებნა, რაც დღევანდელ შინაარსიანად გამატარებინებს
- ...ადამიანი, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში ჩემს ინტერესებს დაიცავს
- ...ადამიანი, რომელსაც ესმის ჩემი, მიცნობს მე და ჩემს კულტურას
- ...რელაქსაციის უნარი
- ...ცხოვრებისეულ დანაკარგებთან შეგუება
- ...საზოგადოებრივი ტრანსპორტით სარგებლობა
- ...პარმონიული ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან
- ...მომსახურების მიღების გზების მოძიება
- ...მოთმინება ნებისმიერი საქმის კეთებისას
- ...თქმა იმისა, რომ მესაჭიროება დახმარება მაშინ, როდესაც მე ეს მესაჭიროება

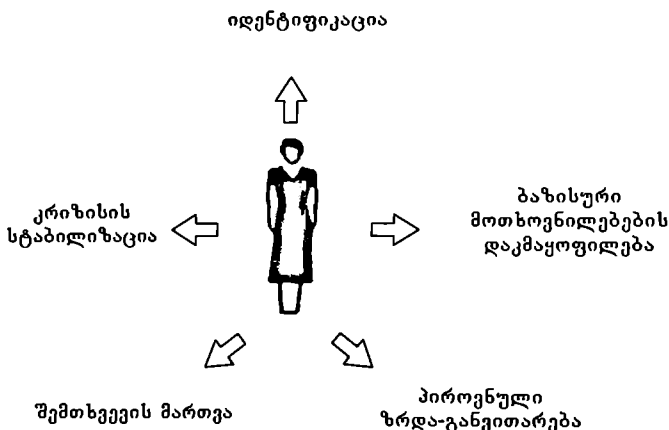
### სურათი 1.1 მომხმარებელთა საჭიროებების სფეროები

## მომსახურების ხელმისაწვდომობა

ფსიქიატრიული სამსახურის სისტემები გარეშე დამკვირვებელს “აფრთხობს” სერვისების მიმწოდებელთა ურიცხვი სიმრავლით, მომსახურების მიწოდების მოდელებისა და პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენებული მიდგომების სირთულითა და მრავალფეროვნებით. ამ სისტემების სირთულე აბნევს არამართო მომხმარებლებსა და მათ ახლობლებს, არამედ მომსახურების სხვა მიმწოდებლებსაც. შემთხვევის მართვის პასუხისმგებლობის ერთ კონკრეტულ მუშაკზე დაკისრება აადვილებს ამ “ულრან ტყეში” ორიენტაციას – შემთხვევის მენეჯერის სახით არსებობს საკონტაქტო პიროვნება, რომელსაც ყოველთვის შეიძლება მიემართოთ დახმარებისათვის. მეტიც, შემთხვევის მენეჯერმა შეიძლება ასერტიული დახმარება გაუწიოს (ე.ი. თავად მივიდეს მათთან) იმ მომხმარებლებს, რომლებიც თავად ვერ ახერხებენ ფსიქიატრიული სამსახურის სისტემასთან დაკავშირებას, ან ამა თუ იმ მიზეზის გამო არ სურთ ამის გაკეთება.

## მომსახურების უწყვეტობა

ქრონიკული ფსიქიკური დაავადებები ხასიათდება ეპიზოდური მიმდინარეობით. ხშირად ასეთ ავადმყოფს დიდი ხნის განმავლობაში სრულიად არაფერი აწუხებს, შემდეგ კი მოულოდნელად მისი მდგომარეობა იმდენად უარესდება, რომ სერიოზულ ჩარევას საჭიროებს. ამრიგად, აუცილებელია არსებობდეს მუდ-



**სურათი 12 მომსახურების ფუნქციები DISC-ის მიხედვით**

მივი კონტაქტის შესაძლებლობა კონკრეტულ მუშაკთან, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფს დაუყოვნებლივ აღმოუჩენს დახმარებას და ამით წინ აღუდგება არასასურველი მოვლენების განვითარებას. ხანგრძლივი სტაციონარული მკურნალობის შემდეგ საავადმყოფოდან გაწერა, დაავადების გამწვავება, საცხოვრებელი ადგილის, სამსახურის შეცვლა და სხვა მსგავსი მოვლენები – ესაა კრიტიკული პერიოდები ავადმყოფის ცხოვრებაში. ასეთ პერიოდებში შესაძლოა გადაამწყვეტი როლი ითამაშოს მუშაკმა, რომელსაც ავადმყოფმა და მასზე მზრუნველმა ადამიანებმა შეუძლიათ მიმართონ დახმარებისათვის, და რომლის დახმარებითაც ფსიქიატრიულ დაწესებულებებს შეეძლებათ სწრაფად მიიღონ სრულყოფილი კვალიფიციური ინფორმაცია, რაც შესაძლებლობას მისცემთ დროულად და მაქსიმალურად ეფექტურად გაუწიონ ავადმყოფს სათანადო დახმარება.

### **მომსახურების კოორდინირებულობა**

ფსიქიატრიული მომსახურება უნდა პასუხობდეს მომხმარებლის მრავალფეროვან საჭიროებებს, მაგრამ ამ საჭიროებათა უშუალო დაკმაყოფილება (სერვისების უშუალო მიწოდება) არ წარმოადგენს შემთხვევის მენეჯერის უშუალო მოვალეობას – მისი მოვალეობაა თვალყური ადევნოს შემთხვევას და იზრუნოს, რომ მომსახურება მართლაც პასუხობდეს მომხმარებლის ინდივიდუალურ საჭიროებებს. ამრიგად, შემთხვევის მენეჯერი პასუხს აგებს იმაზე, რომ სრულყოფილად წარიმართოს საჭიროებათა შეფასების, მონიტორირებისა და შედეგების შეფასების პროცესი, და გამოყენებულ იქნეს ყოველგვარი ძალისხმევა საჭირო დახმარების აღმოსაჩენად. ინდივიდუალური მომსახურების მაღალი ხარისხის



უსრუნველყოფის მიზნით შემთხვევის მენეჯერმა კოორდინაცია უნდა გაუწიოს სხვა მუშაკების ან სააგენტოების საჭიროებისამებრ ჩართვას მომსახურების პროცესში. როგორც საჭიროებათა შეფასების, ისე მომსახურების მიწოდების კოორდინაცია ერთდროულად ინდივიდის მიერ მომსახურების შედეგების მუდმივი, უწყვეტი შეფასების შესაძლებლობას იძლევა.

## მომსახურების მოქნილობა

იმისათვის, რომ მომსახურება მიესადაგებოდეს მომხმარებლის საჭიროებებს, მას არ უნდა ჰქონდეს მონოლითური ხასიათი – როდესაც რაიმე ტიპის მომსახურება წარმოადგენს უცვლელი სერვისების სტანდარტულ, უნიფიცირებულ კომპლექტს. გოფმანი თავის ნაშრომში “საგიუფეთები” (Asylums, Goffman, 1961) თვალნათლივ აღწერს, თუ როგორ ზიანს აყენებენ ინსტიტუციები ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს, ათავსებენ რა მათ გარემოში, რომელიც მაქსიმალურად მიესადაგება სერვისების მიმწოდებლებისა და საზოგადოების ინტერესებს.

საერთო საცხოვრებლის ტიპის (residential care) ფსიქიატრიული მოვლის სახელებში და დღის სტაციონარებში ჩატარებული მეცნიერული სამუშაოები მართვისა (მენეჯმენტის) და ორგანიზაციის მომხმარებელზე ორიენტირებული სისტემის (user-centred management and organization) აშკარა ეფექტურობაზე მეტყველებს (King et al., 1971; Shepherd and Richardson, 1979). ვერ ვიტყვით, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანამედროვე სისტემებში მომსახურების დაგეგმარებისას უფროდ გამოიყენება მომხმარებელზე ორიენტირებული მიდგომა. თუმცაღა, ამ მხრივ უკეთესობა შეინიშნება ათვისების/სწავლის უნარის დარღვევების (learning difficulties) მქონე ადამიანების მომსახურების სფეროში (Blunden et al., 1987). შემთხვევის მართვის სიტემა მომხმარებლისა საჭიროებებისა და მომსახურების შედეგების რეგულარული შეფასების შესაძლებლობასთან ერთად დაგეგმილი სერვისების მუდმივი მორიფიცირების საშუალებას იძლევა, რაც უსრუნველყოფს შედეგების მაქსიმალურ ეფექტურობას. შემთხვევის მენეჯერი, ასრულებს რა შუამავლის როლს მომხმარებელსა და მომსახურების მიმწოდებლის შორის, მომხმარებელს მაქსიმალურად შესაფერის მომსახურებას სთავაზობს. მომსახურების მეტი მოქნილობისათვის შემთხვევის მართვის ზოგიერთი მოდელი სერვისების შესყიდვის (და შესაბამისი ხარჯთაღრიცხვის) მოვალეობასაც კი შემთხვევის მენეჯერს აკისრებს (Challis and Davies, 1986).

## მომსახურების ეფექტიანობა<sup>1</sup>

შემთხვევის მართვის სისტემამ განაპირობა რამდენადმე უჩვეულო “ალიანსის” ფორმირება ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალსა და მენეჯერებს შორის (Renshaw et al., 1988): ერთის მხრივ, დარგობრივი სპეციალისტები, ფსიქიატრიული პრაქტიკის მოსახრებებიდან გამომდინარე, მიესალმებიან იმ პრინციპს, რომ მომსახურება უნდა მოეხერხოს მომხმარებლის ინდივიდუალურ საჭიროებებს, და არა პირიქით – მომხმარებელი არსებულ მომსახურებას (Brown and Smith, 1991). მეორეს მხრივ, ეს პრინციპი მოსაწონია ორგანიზაციის მენეჯერებ-

<sup>1</sup> მომსახურების ეფექტიანობაში (efficiency – ინგ. ეფექტურობა, პროდუქტიულობა, მწარმოებლობა) არ იკვლიან ხმება მხოლოდ თერაპიული ეფექტურობა, ესაა მომსახურების სისტემის ფუნქციონირების პროდუქტიულობა, მწარმოებლობა მთლიანად, ე.ი. ყველა სახის ფუნქციების შესრულების ეფექტურობა (იხ. ქვემოთ).

ისთვისაც, მხოლოდ მათ მსჯელობას საფუძვლად ფინანსური მოსახურებები უდევს.

ვერსად გავეტყვიით იმ ფაქტს, რომ რესურსები ფსიქიატრიულ მომსახურებაში ფრიად შეზღუდულია. ამდენად, სერვისების მყიდველებმა და მათმა მიმწოდებლებმა ამ რესურსების რაციონალურ გამოყენებაზე უნდა იზრუნონ. ამისათვის კი ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა მომსახურების ეფექტიანობის კონტროლი. იმისათვის, რომ მომსახურება იყოს ეფექტიანი, მასში დაბანდებული რესურსები საკმარისი უნდა იყოს მომხმარებლის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, ხოლო იმ სერვისების მიწოდება, რომლებიც არ (ან აღარ) არის საჭირო, უნდა შეიზღუდოს ან შეწყდეს. მაგალითად, სტაციონარები ეფექტურად ახორციელებენ ისეთ საყოფაცხოვრებო მომსახურებას, როგორიცაა ავადმყოფების კვება, დალაგება, სამრეცხაო საქმიანობა, მაგრამ მათი მუშაობა მთლიანობაში არაპროდუქტიულია, ვინაიდან ბევრ ავადმყოფს სრულიადაც არ ესაჭიროება ამ სახის დახმარება, და ესაჭიროება ამა თუ იმ უნარ-ჩვევების ტრენინგება, ან უბრალოდ ადამიანებთან ურთიერთობა და მათი მორალური მხარდაჭერა. ფსიქიატრიული მომსახურების არაპროდუქტიულობა ძირითადად დაკავშირებულია მომსახურების მიწოდებასთან უნიფიცირებული პაკეტების სახით.

მომსახურების პროდუქტიულობა/მწარმოებლობა არ ნიშნავს უბრალოდ ფულის დაზოგვას. სინამდვილეში, ის შესაძლოა ფინანსური დანახარჯების გაზრდასთანაც კი იყოს დაკავშირებული, მაგალითად, როდესაც იდენტიფიკაციის პროცესის ეფექტურად წარმართვის შედეგად მეტი ადამიანი მიიღებს მისთვის საჭირო დახმარებას (Intagliata, 1986). ჩალისი და დავიე (Challis and Davies, 1986) გამოყოფენ მომსახურების ეფექტიანობის შემდეგ სახეებს:

#### დაბანდების კომბინირებული ეფექტურობა

ანუ რამდენად შეესაბამება მიწოდებული სერვისების კომპლექტი მომხმარებლის ინდივიდუალურ საჭიროებებსა და შესაძლებლობებს. დაბანდების კომბინირებული ეფექტურობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ხერხდება სერვისების ურთიერთდაკავშირება (კომბინირება) იმგვარად, რომ მათი კოოპერატიული ერთობლიობა ქმნიდეს მოქნილ, ჰარმონიულ მთლიანობას.

#### ტექნიკური ეფექტურობა

მომსახურების პაკეტის დაკომპლექტების შემდეგ საჭიროა მისი მონიტორირება, შედეგების შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში მასში სათანადო ცვლილებების შეტანა. ამგვარ რეგულარულ კონტროლს საჭიროებს ნებისმიერი დარგობრივი სააგენტოს მუშაობა. ტექნიკური ეფექტურობა დაკავშირებულია იმასთან, თუ რამდენად შეესაბამება სერვისი ამა თუ იმ კონკრეტულ მიზანს — ე.ი. რამდენად სპეციფიკურია ეს სერვისი მოცემული მიზნისათვის. მაგალითად, თუ ავადმყოფისათვის საყიდლებზე დამოუკიდებლად სიარულის უნარის გამოუმუშავების მიზნით მის მომსახურებაში ჩართულ იქნა სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგება კლინიკური ფსიქოლოგის მიერ, ეს დაბანდება უნდა გადაისინჯოს, რათა დანამდვილებით გამოვარკვიოთ: არის თუ არა ეს სერვისი საუკეთესო საშუალება მოცემული მიზნის მისაღწევად?

#### სამიზნე ჯგუფის განსაზღვრის პორიზონტალური ეფექტურობა

ასახაეს იმას, თუ რამდენად ახერხებს მომსახურება დაუკავშირდეს მოცემულ რეკიონში არსებულ ყველა პოტენციურ მომხმარებელს. იდეა იმაში მდგომარე-

ობს, რომ მომსახურება ხელმისაწვდომი იყოს აბსოლუტურად ყველასთვის, ვისაც კი შეიძლება ეს რამენაირად ესაჭიროებოდეს. DISC-ში ეს მოიხსენიება, როგორც იდენტიფიკაციის ეფექტურობა.

*სამიზნე ჯგუფის განსაზღვრის ვერტიკალური ეფექტურობა,*

გვიჩვენებს იმას, თუ რამდენად ხერხდება მომსახურება მიეწოდებოდეს მხოლოდ და მხოლოდ იმ ადამიანებს, ვისთვისაც გათვალისწინებულია ეს მომსახურება. ამისათვის საჭიროა სამიზნე ჯგუფის კრიტერიუმების ზუსტად, ცალსახად განსაზღვრა და ადეკვატური სკრინინგის ჩატარება.

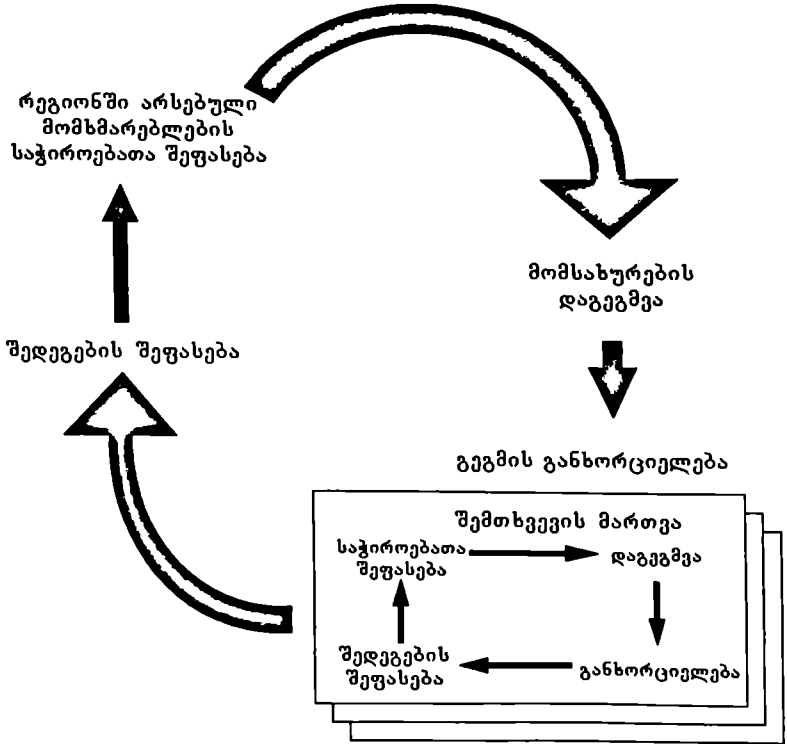
უკანასკნელი ორი სახის ეფექტურობაზე გაელენას ახდენს მომსახურების კონტექსტი. მაგალითად, სერვისს, რომელიც წარმოადგენს სტაციონარული პროგრამის “გაგრძელებას” გაწერილი ავადმყოფებისათვის, გაცილებით იოლად შეუძლია იდენტიფიკაციის ეფექტურობის მიღწევა, ვიდრე მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე უსახლკარო ადამიანებისათვის განკუთვნილ დამოუკიდებლად მოფუნქციე სააგენტოს. ასევე ცხადია, რომ “ერთი მისაღგომის მქონე” (“single point of entry” “ერთ შესასვლელიანი”) სააგენტოსათვის იოლია ადეკვატური სკრინინგის წარმოება და მისი ვერტიკალური ეფექტურობაც, შესაბამისად, მაღალი იქნება.

*გამოსავლის (შედგობრივი) ეფექტურობა (outcome efficiency)*

ასახავს მოცემული რესურსების პირობებში მომსახურების მიერ საბოლოო მიზნების მიღწევის ხარისხს.

დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ შემთხვევის მართვის სისტემა გვეხმარება სწორად გადაეწყვიტოს საკითხი: “პასუხობს თუ არა მომსახურებაში დაბანდებული რესურსების კომბინაცია და ბალანსი მომხმარებლის საჭიროებებს?”. საჭიროებათა შეფასებისა და გადასინჯვის (განმეორებითი შეფასების) რეგულარულობა, რომელიც ერწყმის სიზუსტესა და კონკრეტულობას სამიზნე ჯგუფის, მომსახურების მიზნების, გამოყენებული რესურსების, პასუხისმგებლობისა და ანგარიშვადღებულების განსაზღვრისას, უზრუნველყოფს ცალკეული მომხმარებლისათვის გაწეული მომსახურებისა და მოცემული სამსახურის მუშაობის შედეგების ობიექტურ შეფასებას, გვაწევი ძვირფას ინფორმაციას ზოგადად კლიენტურის საჭიროებათა შესახებ, და, ყოველივე ამის საფუძველზე მომსახურების სისტემის პოლიტიკური კურსის რეგულირების უნიკალურ შესაძლებლობას იძლევა. მართლაც, მომსახურების სისტემის განვითარება – ესაა ციკლური პროცესი (იხ. სურათი I.3), რომელშიც მომსახურების დაგეგმარებისა და განხორციელების საკითხები წყდება მომხმარებელთა საჭიროებების შეფასების საფუძველზე. შემთხვევის მართვა კი, თავის მხრივ, წარმოადგენს ინფორმაციის შეგროვების პროცესს მომხმარებელთა საჭიროებებისა და მათ დასაკმაყოფილებლად გატარებული ღონისძიებების შესახებ. ინდივიდუალური საჭიროებების დეტალური შეფასება საშუალებას იძლევა კარგად აეწონ-დაეწონოთ მომსახურების გეგმა და გამოეძენოთ ალტერნატიული გზები სერვისების მაქსიმალურად ეფექტური კომბინაციის შესადგენად. აღწერილი სისტემის ფუნქციონირებისათვის გადაწყვეტი მნიშვნელობის მომენტია სერვისების თითოეული პაკეტის შესაფასებლად მართებულად და ზუსტად იყოს განსაზღვრული სათანადო ინდიკატორები და ნორმები (საზომები). ამ საქმიანობაში დიდი დახმარების გაწევა შეუძლიათ შემთხვევის მენეჯერებს – მათ შესაძლებლობა აქვთ აკონტროლონ

ხარისხის ინდიკატორები (იხ.დანართი), გაწეული მომსახურების მოცულობის ადეკვატურობა, გამოავლინონ მომსახურების ხარისხზე მოქმედი ფაქტორები და ა.შ. ამ ინფორმაციის საფუძველზე მომსახურების შედეგებისა და მომხმარებელთა საჭიროებების განმეორებითი შეფასების ტოტალური შედეგების შეჯერება საშუალებას იძლევა ობიექტურად შევაფასოთ მომსახურების სისტემის ფუნქციონირების ადეკვატურობა.



სურათი 1.3. შემთხვევის მართვა, როგორც დაგეგმარების ციკლური პროცესის შემადგენელი კომპონენტი

## რას სთავაზობს შემთხვევის მართვა მომუშავე პერსონალს?

შემთხვევის მენეჯერს ძალზე ხელსაყრელი პოზიცია უკავია იმისათვის, რომ დააკვირდეს და ნათლად აღიქვას ის რეალური ცვლილებები, რომლებიც საფუძვლად უდევს მომხმარებლის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, ანუ მას ყველაზე უკეთ შეუძლია დაინახოს გაწეული დახმარების “მატერიალური” შედეგები. პერსონალის ფუნქციათა ტრადიციული მოდელები უზულებელყოფს ამ უნიკალურ შესაძლებლობას, არ ითვალისწინებს რა გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში იმ პერსონალის მოსაზრებებს, რომლებსაც, როგორც წესი, აქვთ დაბალი თანამდებობრივი სტატუსი, არადა ეს უკანასკნელნი ყველაზე მეტ დროს ატარებენ მომხმარებლებთან ერთად, უშუალოდ აკვირდებიან მას და ყველაზე უკეთ იცნობენ მის ცხოვრებას. ავადმყოფის მომეღელი პერსონალი, ჩვეულებრივ, დაკომპლექტებულია ყველაზე დაბალი სტატუსის მქონე მუშაკებისაგან. ფსიქიატრიული სამსახურის სისტემებში უსამართლოდ აკნინებენ საშუალო სამედიცინო პერსონალის (ექთნები/მედდები (nurses)) მნიშვნელობას, მათ მხოლოდ ფსიქიატრებისა და სხვა სპეციალისტების გადაწყვეტილებათა სისრულეში მოყვანა ევალუბათ მაშინ, როდესაც ამ ადამიანებმა ყველაზე მეტი იციან ავადმყოფის საჭიროებების, შესაძლებლობებისა და სურვილების შესახებ (Lang, 1982).

შემთხვევის მართვის სისტემა კი, აკისრებს რა მნიშვნელოვან როლს უშუალო ზრუნვით დაკავებულ პერსონალს (direct-care staff), ანიჭებს მათ მოქმედების მეტ თავისუფლებას, ეს კი, თავის მხრივ, სათანადო ტრენინგების, მხარდაჭერის, სუპერვიზიისა და ანაზღაურების შემთხვევაში, ამ პერსონალის შრომითი დისციპლინისა და სამსახურებრივი სტატუსის ამაღლების შესაძლებლობას იძლევა. თუკი ფსიქიატრიული სამსახურები მართლაც მნიშვნელოვნად მიიჩნევენ მძიმე ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანების პრობლემებს და ზრუნავენ მათ საჭიროებებზე, მაშინ მათ არანაკლებ უნდა დააფასონ ამ ავადმყოფებთან უშუალოდ მომუშავე პერსონალის მნიშვნელობაც და იზრუნონ ამ კადრების განვითარებაზე. სწორედ ამის შესანიშნავ შესაძლებლობას იძლევა შემთხვევის მართვის სისტემა.

## დასკვნები

შემთხვევის მართვა მომსახურების მიმწოდებლებს მომსახურების ორგანიზებისა და მიწოდების გაუმჯობესების შესაძლებლობას აძლევს. საჭიროებათა შეფასებასა და მომსახურების კოორდინაციაზე სრულ პასუხისმგებლობას აკისრებს რა ერთ მუშაკს ან სააგენტოს, შემთხვევის მართვა ერთმანეთთან აკავშირებს მომსახურების ფრაგმენტებს და კრავს მათ ერთ უწყვეტ, ჰარმონიულ მთლიანობად. “მომხმარებელთან ახლო დისტანციაზე” მუშაობის წყალობით შემთხვევის მართვა გვეხმარება გვერდი აუვაროთ უნიფიცირებული მომსახურების ნაკლოვანებებს და მომსახურება მაქსიმალურად მოვარგოთ მომხმარებლის (და მისი ოჯახის წევრების) ინდივიდუალურ საჭიროებებს. მომხმარებელთან უშუალოდ მომუშავე პერსონალის ტრენინგება და მეტი უფლება-მოვალეობების დაკისრება მომსახურებას უფრო “მოზილურს” ხდის და შესაძლებლობას იძლევა “დახმარება მივიღეს მომხმარებელთან” და არა პირიქით. ამავდროულად, ეს ხელს უწყობს პერსონალის კვალიფიციურობის, შრომითი დისციპლინისა და მორალური თვითშეგნების ამაღლებას. შემთხვევის მენეჯერი, როგორც “საკონ-

ტაქტო კუნქტი“ მომხმარებლისათვის, მისი ოჯახის წევრებისა და სხვა სააგენტოებისათვის. უზრუნველყოფს მომსახურების “24-საათიან” ხელმისაწვდომობას და საჭიროების შემთხვევაში მაქსიმალურად დროულ დახმარებას. მიწოდებული სერვისების დახასიათების, პასუხისმგებლობისა და ანგარიშვალდებულების განსაზღვრის ზედმიწევნით კონკრეტული, ზუსტი სისტემა უაღრესად ძვირფასი ინფორმაციის წყაროა, რომლის საფუძველზეც შესაძლებელია მომსახურების სისტემის ფუნქციონირების ობიექტური შეფასება და შემდგომი განვითარების გზების დასახვა.

თუმცა, აღწერილი შედეგების მისაღებად, ცხადია, მხოლოდ “შემთხვევის მენეჯერის” სახელწოდების მქონე კადრების შექმნა არ არის საკმარისი. ამისათვის საჭიროა ორგანიზაციული კონტექსტის გულდასმით გათვალისწინება და შემთხვევის მართვის პრაქტიკული საქმიანობის პრინციპების მკაცრად დაცვა.

## თავი 2 ოჩხანოხასილი სახითხები

სანამ შეუდგებოდეთ შემთხვევის მართვის უშუალოდ პრაქტიკული ასპექტების განხილვას, მოკლედ განვიხილოთ ზოგიერთი საკანაძო ორგანიზაციული საკითხი. შემთხვევის მართვის სისტემის ჩამოყალიბებისას საჭიროა შემდეგი საკითხების გადაწყვეტა:

### სამიზნე ჯგუფი

ბრიტანეთში განხორციელებული შემთხვევის მართვის პროგრამების უმრავლესობა გამიზნულია ქრონიკული ფსიქიკური დარღვევების მქონე მომხმარებლებისათვის, როგორცაა მოხუცებული, გონებრივი განვითარების შეფერხების, ხანგრძლივად ჰოსპიტალიზაციით გამოწვეული პრობლემების მქონე ავადმყოფები. ამგვარ ხანგრძლივად პრობლემურ სიტუაციაში განსაკუთრებით რელევანტურია ისეთი უწყვეტი, განგრძობითი ხასიათის მომსახურება, რომელსაც შემთხვევის მართვა სთავაზობს მომხმარებელს. მაგრამ მანც როგორ ეაქციოთ ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანების მომსახურება შემთხვევის მართვის პრიორიტეტულ მიმართულებად?

ტრადიციულად, ფსიქიატრიული სამსახურის სისტემებში მიღებულია ამგვარი დაყოფა: “დახმარება მწვავე შემთხვევებში” და ქრონიკული პაციენტების “ხანგრძლივი მომსახურება”; თითოეულისათვის არსებობს საკუთარი რესურსები და მართვის ცალკე სტრუქტურა. შემთხვევის მართვა ბრიტანეთში აქცენტს აკეთებს სტაციონარიდან გაწერილი ავადმყოფების “ხანგრძლივი დახმარებაზე”. თუმცაღა, როგორც თქვითა პალატის სოციალური მომსახურების კომიტეტიც აღნიშნავს (1985), “ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანების დიდი უმრავლესობა საავადმყოფოებს გარეთ იმყოფება, და შესაძლოა, არც არასოდეს ყოფილა იქ. სახელმწიფო პოლიტიკაში კი თითქმის აკვიატებულ აზრად იქცა ტენდენცია “გამოეყვანათ ხალხი საავადმყოფოებიდან”. ამგვარი პოლიტიკის შედეგებმა დაარღილა ის ფაქტი, რომ საზოგადოებრივ გარემოში მანამდეც საკმაოდ ბევრი ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანი ცხოვრობდა. თუ ამგვარი დინამიკის არ გაწონასწორდა, აღმოჩნდება, რომ მთელი ძალისხმევა, მიმართულია რა საავადმყოფოდან გამოსული ავადმყოფების დახმარებაზე, მხოლოდ იმაზე დაიხარჯება, რომ შეექმნათ “საკმარისად მძლავრი ჯგუფი” გარედან მომავალი დინებისა, “გავათავისუფლოთ ადგილი” მათთვის, ვინც ამ დროისათვის საავადმყოფოს გარეთ იმყოფება”.

...და ჩვენ უკვე გაეხდით ასეთი “მძლავრი დინების” მოწმენი – “ხანგრძლივი დაყოვნების” (ხანგრძლივად ჰოსპიტალიზებული) ავადმყოფების “ხანდაზმული” ნაკადი “ახალგაზრდა თაობაში” შეცვალა: ახალგაზრდები, რომლებსთვისაც შეიძლებოდა თავიდან აგვერიდებინა ხანგრძლივი სტაციონარული მკურნალობა, ახლა ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციასა და რეკონსტიტუციას ექვემდებარებიან. ანალოგიური მდგომარეობა შეიქმნა აშშ-შიც: “დღეს, ისე ცხადად, როგორც არასოდეს, ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე ახალგაზრდა ასაკის ადამიანების თაობა მთელი “საზოგადოებრივი ფენიშენის” (ამ ცნების სრული მნიშვნელობით) სახით წარმოგვიდგება. ჩვენს წინაშეა თვალსაჩინო სურათი

იმისა, თუ როგორი ურთიერთქმედების პროცესები მიმდინარეობს სასოგადოებრივ გარემოში ერთის მხრივ ფსიქიკურ დაავადებებს, და მეორეს მხრივ, სოციალურ სტრესებსა და ახალგაზრდობასთან დაკავშირებულ გარემოებებს შორის. ჩვენთვის უკვე კარგად ნაცნობია ინსტიტუციონალიზრ გარემოში მოხვედრილი ადამიანის სახე. ახლა კი ჩვენ გავიცანით “არაინსტიტუციონალიზებული ახალგაზრდა ფსიქიატრიული პაციენტი...” (Pepper and Ryglewicz, 1984).

რეკონსტიტუციის მაღალი მაჩვენებლები იმაზე მეტყველებს, რომ “მწვავე” და “ქრონიკულ” შემთხვევებს შორის არ არსებობს რაიმე ზღვარი, და ამგვარი დაყოფაც უმართებულოა. ავადმყოფები მწვავე, მაგრამ ერთი შეხედვით დროებითი, “ხანმოკლე” ფსიქიკური პრობლემებით განმეორებითი პოსპიტალიზაციის თავიდან ასაცილებლად უფრო მძლავრ მხარდაჭერას საჭიროებენ.

თუმცა, ფსიქიკური ავადმყოფების დაჯგუფება არც ფსიქიატრიული მომსახურების მიღების გზების მიხედვით არის მართებული, ეინაიდან ასეთი კლასიფიკაცია ნიღბავს მომხმარებლის საჭიროებათა ინდივიდუალურობას, და ხელს უწყობს მომსახურების დაგეგმარებისას მასობრივი, მოუქნელი მეთოდოლოგიის გამოყენებას. ზედმეტად გულუბრყვილონი ვიქნებით, თუ ვიფიქრებთ, რომ ადამიანები ფსიქიატრიულ მომსახურებას მხოლოდ მათი საჭიროებების შესაბამისად იღებენ. აქ საკმარის მნიშვნელოვან როლს ასრულებს არსებული რესურსებისა და სოციალური უთანასწორობის (მაგალითად, რასობრივი უთანასწორობის) ფაქტორებიც. “ხანგრძლივი დაყოფების პაციენტთა უმეტესობა – ესაა ადამიანები, რომლებიც პოსპიტალში იმყოფებიან უფრო სოციალური, ვიდრე სამედიცინო მიზეზების გამო (Schepherd, 1984). ამრიგად, მართალია პოსპიტალიზაციის ფაქტი წარსულში (მით უფრო, თუ ის ხანგრძლივი იყო), უდავოდ, რეციდივის მაღალი რისკის მანიშნებელია, მაგრამ ამან არ უნდა დაგვაიწყოოს სოციალური და სხვა, ამჟამად ფრიად აქტუალური გარემო ფაქტორების როლი.

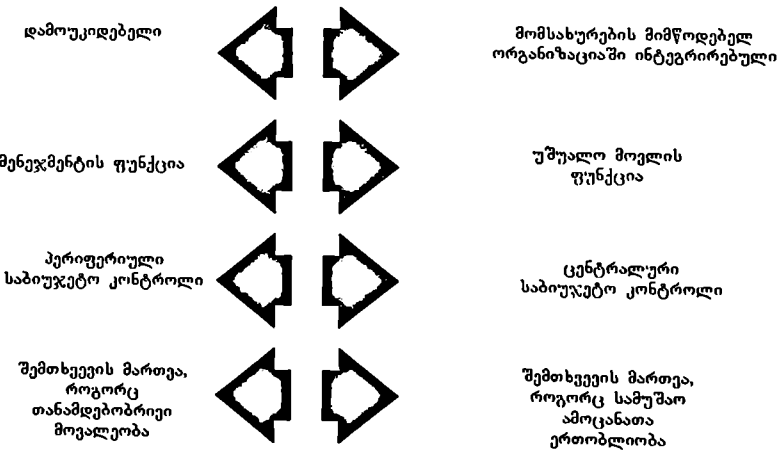
ფსიქიატრიული მომსახურების დაგეგმარებისას მომხმარებელთა კლასიფიკაციის აწარმოებენ აგრეთვე დიაგნოსტიკური და კლინიკური ნიშნების საფუძველზე. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, ფსიქიკური დაავადების რეციდივის, მიმდინარეობის ხასიათის, გამოსავლისა და ასეთი ავადმყოფების მიერ ფსიქიატრიული მომსახურების მიღების გზების პროგნოზის თვალსაზრისით გაცილებით უფრო სარწმუნოა სოციალური ფაქტორები (Huxley, 1990).

ამრიგად, ფსიქიატრიულმა სამსახურებმა უნდა შეიმუშაონ მომხმარებელთა ხანგრძლივი საჭიროებების განსაზღვრისა და პროგნოზის დახევეწილი, მგრძობიარე მეთოდიკა: ფსიქიკური ავადმყოფების პრობლემები ზოგადად იმდენად მრავალფეროვანია, რომ დასაწყისისათვის მიზანშეწონილი იქნებოდა ყურადღება გაგვემახვილებინა მომართვის მომენტისათვის ყველაზე აქტუალურ საკითხებზე, და ამავდროულად გვეზრუნა ისეთი საკითხების გადაჭრაც, როგორცაა დიაგნოზის სხვა წყაროების ხელმისაწვდომობა, ავადმყოფის უზრუნველყოფა საცხოვრებლთ და სხვ.. ამგვარი მიდგომა უფრო ლოგიკურია, ვიდრე მომსახურების დაგეგმვა ცალსახად ასაკის, დიაგნოზის, ანამნეზში პოსპიტალიზაციის, ან სხვა რომელიმე ერთი იზოლირებული კრიტერიუმის საფუძველზე. ამრიგად, დახმარება, პირველ ყოვლისა, უნდა ეფუძნებოდეს მოცემული მომენტისათვის არსებული საჭიროებებისა და შესაძლებლობების სრულყოფილ, კომპლექსურ შეფასებას.



იმისათვის, რომ მომსახურებამ “ფეხი აუწყო” მომხმარებლის საჭიროებების ცვალებადობას, მიზანშეწონილია მუშაობა *მინიმალური ჩარევის* პრინციპით, რათა ავადმყოფს შეეუნარჩუნოთ დამოუკიდებელი ფუნქციონირების შესაძლებლობა და უნარი. ამრიგად, თეორიულად, შემთხვევის მართვის მომსახურება შეიძლება შეეთავაზოთ მრავალგვარი კატეგორიის მომხმარებელს იმ პერსპექტივით, რომ სერვისების საჭიროების სისტემატური კონტროლის წყალობით ყოველთვის შესაძლებელი იქნება მათი მიწოდების ინტენსივობის რეგულირება. ეს მოითხოვს საჭიროებებისა და მომსახურების შედეგების შეფასების რეგულარულობასა და პროგრამის დასრულების შემდეგ მომსახურების ყოველმხრივ ხელმისაწვდომობას იმ შემთხვევისათვის, თუ მომხმარებელს მომავალშიც დასჭირდება დახმარება. თუმცა, პრაქტიკულად შემთხვევის პროგრამებით მრავალრიცხოვანი (სხვადასხვა კატეგორიის) მომხმარებლების მომსახურების იდეა ჯერ კიდევ შორსაა რეალობისაგან – დროთა განმავლობაში შეიძლება შეიცვალოს მომხმარებლისათვის საჭირო მომსახურების სახეები, მაგრამ ამ მომსახურებისათვის საჭირო რესურსების მოცულობის შემცირება შემთხვევის მართვის სულ მცირე ოთხი-ხუთი წლის მანძილზე ნაკლებად მოსალოდნელია (თუ ეს საერთოდ ოდესმე შესაძლებელია) (Harris and Bergman, 1988).

ამრიგად, იქმნება მომხმარებელთა პრიორიტეტული კატეგორიისა და მათი განსაზღვრის კრიტერიუმების შერჩევის აუცილებლობა. საშიშროება იმისა, რომ მომსახურების რესურსების შემცირებასთან ერთად შემცირდება მომსახურების ხელმისაწვდომობაც, განაპირობებს ყველაზე “გაჭირვებული” ავადმყოფების



სურათი 2.1 შემთხვევის მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის კონტინუუმი

დახმარების პრიორიტეტულობას. რა კრიტერიუმებითაც არ უნდა ვისარგებლოთ სამიზნე ჯგუფის შერჩევისას, მთავარია მათი ადეკვატური გამოყენება: იდენტიფიკაციის პროცესის მონიტორინგება, დახმარების გარეშე დარჩენილი ავღმყოფების მოძიება და შერჩეული კატეგორიის შესაბამისი მომსახურების უზრუნველყოფა. სამიზნე ჯგუფის კრიტერიუმების შერჩევისას გასათვალისწინებელია მთლიანად სამომსახურებო რევიონის მასშტაბით ჩატარებული საჭიროებათა შეფასების შედეგები.

### რამდენად დამოუკიდებელი უნდა იყოს შემთხვევის მართვა მომსახურების მიმწოდებლებისაგან?

სურათზე (იხ. სურათი 2.1) ნაჩვენებია შემთხვევის მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ოთხი კონტინუუმი. ისინი ასახავენ: 1) მომსახურების მიმწოდებლებზე შემთხვევის მენეჯერის დამოკიდებულების ხარისხს; 2) მომხმარებელთან შემთხვევის მენეჯერის უშუალო კონტაქტის ინტენსივობას (ხანგრძლივობას); 3) მომსახურების ინდივიდუალური დაგეგმარებისას მათ მიერ რესურსების კონტროლსა და 4) მიდგომას იმასთან დაკავშირებით, თუ რად მივიჩნით შემთხვევის მართვა – გარკვეული სპეციალისტის თანამდებობრივ მოვალეობად თუ როგორც ამოცანათა ერთობლიობა, რომელიც შეიძლება შესრულებულ იქნას სხვადასხვა თანამდებობრივი სტატუსის პერსონალის მიერ? ამ კონტინუუმების უკიდურესი წერტილების ერთობლიობა ასახავს ორ დიამეტრალურად განსხვავებულ მიდგომას შემთხვევის მართვისადმი:

ბრიტანეთის ჯანმრთელობის დაცვის, განათლებისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო (1990) მხარს უჭერს მიდგომას (ნაჩვენებია სურათის მარცხენა ნახევარზე), რომლის თანახმადაც შემთხვევის მენეჯერი სრულიად დამოუკიდებელია მომსახურების მიმწოდებლებისაგან, და მისი ძირითადი მოვალეობაა სერვისების ყიდვისა და მომსახურების კოორდინაცია. ამ დროს მომხმარებელთან კონტაქტის, უშუალო დახმარების ფუნქციას ასრულებენ ძირითადი პროვაიდერული სააგენტოს მიერ დაქირავებული სპეციალისტები.

შემთხვევის მართვისა და მომსახურების მიმწოდებლების ამგვარი ურთიერთგანცალკევება ხდება იმ მოსაზრებით, რომ თავიდან ავიცილოთ შემთხვევის მენეჯერის არაობიექტურობა; მომსახურების მიმწოდებელი სააგენტოს მიერ დაქირავებული შემთხვევის მენეჯერი არ არის დაცული მიკერძოებულობისაგან – მან შესაძლოა მომსახურების დაგეგმარებისას იხელმძღვანელოს საკუთარი სააგენტოს ინტერესებით, არაობიექტურად აწარმოოს მონიტორინგება და ა.შ. მომსახურებით უკმაყოფილების შემთხვევაში მომხმარებელმა და მისი ოჯახის წევრებმა შესაძლოა ვერაფერი უთხრან ამის შესახებ შემთხვევის მენეჯერს, რადგანაც ეს უკანასკნელი თავად არის სამომსახურებო ორგანიზაციის თანამშრომელი და ე.ი. პრობლემის ნაწილიც.

ფიქრობენ, რომ შემთხვევის მართვის დამოუკიდებელ სააგენტოებს უფრო ხელსაყრელი პოზიცია უკაუიათ იმისათვის, რომ მომხმარებლის ინტერესების შესაბამისად იმოქმედონ. შემთხვევის მართვის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ აღიარებულ მოდელში შემთხვევის მენეჯერი ექვემდებარება სერვისების შემსყიდველ სააგენტოს, რაც, თავისთავად, გარკვეულ ლიმიტირებულ ფარგლებში აქცევს მის ავტონომიას. სერვისების შემსყიდველი სააგენტო კი, თავის მხრივ,

ანგარიშგაღებულა შემთხვევის მენეჯერის წინაშე – წინააღმდეგ შემთხვევაში ის (სერვისების შემსყიდველი სააგენტო) ნაკლებად იზრუნებდა მომხმარებლის ინტერესებსა და მომსახურების ხარისხზე. ამრიგად, შემთხვევის მართვის აღწერილი ორგანიზაციული მოდელი საკმაოდ სამყურად ეფექტური მომსახურების გარანტიის თვალსაზრისით.

ცალკეულ შემთხვევებში შემთხვევის მართვის დამოუკიდებელ სამსახურებს გააჩნიათ “ვიწრო სპეციალიზაცია” – ერთი კონკრეტული ფუნქცია, მაგალითად მომხმარებლების მოძიება და ადგილზე მომსახურება, საჭიროებათა შეფასება, მომართვიანობის კონტროლი მოცემულ რეგიონში და სხვ. მაგალითად, ერთი სააგენტო აწარმოებს მომხმარებლის საჭიროებათა კომპლექსურ შეფასებას და აკავშირებს მას სხვა შესაბამის სამსახურებთან. მუშაობის ამგვარი სისტემა ფრიად ეფექტურია მომხმარებელთა იდენტიფიკაციისა და სკრინინგის თვალსაზრისით. თუმცა, ამგვარ მუშაობას როდესაც თითოეული დაწესებულება ასრულებს შემთხვევის მართვის რაიმე ერთ ცალკეულ ფუნქციას, არ შეიძლება ეწოდოს *შემთხვევის მართვა*, რამდენადაც აქ ერთმანეთისაგან განცალკევებულია შემთხვევის მართვის უმთავრესი ფუნქციები (იხ. შემთხვევის მართვის ძირითადი ფუნქციები, თავი 1); იმავე მაგალითზე, საჭიროებათა თუნდაც ზედმიწევნით სრულყოფილი შეფასება არასაკმარისია, თუ ეს ერთჯერადად წარმოებს, ვინაიდან ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფების საჭიროებათა შეფასება – ესაა უწყვეტი, რეგულარულად განმეორებადი პროცესი, რომელიც მოითხოვს მიღწეული შედეგების სისტემატურ მონიტორინგებს.

ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებლებისაგან დამოუკიდებელ შემთხვევის მენეჯერს შესაძლოა გარკვეული პრობლემები შეექმნას მათთან ურთიერთობაში: ამ ორგანიზაციებმა, შესაძლოა, არ სცნონ შემთხვევის მენეჯერის კომპეტენტრობა და, საჭიროდ მიიჩნიონ მისი “გადამოწმება”, მაგალითად, მომხმარებლის საჭიროებათა ხელახალი შეფასება, რათა თავად დარწმუნდნენ მათი მომსახურების აუცილებლობაში. ეს ურთიერთობა განსაკუთრებით იძაბება, როდესაც შემთხვევის მენეჯერის “დანიშნულებას” (სერვისების გეგმას) არ ეთანხმებიან მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციაში მომუშავე მაღალი რანგის (და შესაბამისად, პროფესიული თვალსაზრისით უფრო უფლებამოსილი) დარგობრივი სპეციალისტები. ისინი, ცხადია, ეჭვქვეშ აყენებენ შემთხვევის მენეჯერის გამოცდილებას და კვალიფიციენტობას, და მედგრად იცავენ საკუთარ კანონიერ უფლებას პროფესიული გადაწყვეტილების მიღებაზე. მიულერი და ჰოფი (Mueller and Hopp, 1987) მოგვითხრობდნენ მწვავე კონფლიქტურ მდგომარეობაზე ერთ-ერთ სამომსახურებო სისტემაში, სადაც შემთხვევის მენეჯერებს არ პქონდათ არანაირი კანონიერი ძალაუფლება საკუთარი გადაწყვეტილებების დასასაბუთებლად. განსაკუთრებით რთული მდგომარეობა იქმნება, როდესაც შემთხვევის მენეჯერს და მომსახურების მიმწოდებელს მიღებული აქვთ სხვადასხვა კვალიფიკაცია (მაგალითად, შემთხვევის მენეჯერი სოციალური მუშაკია, ხოლო მომსახურების მიმწოდებელი – ექიმი).

ამრიგად, შემთხვევის მართვასა და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის დამოკიდებულებას ჩვენ წარმოგიდგინთ კონტინუუმის სახით, რამდენადაც შემთხვევის მენეჯერის ავტონომიურობის ხარისხი ფართოდ ვარიაბელურია: ერთის მხრივ, ეს შექმნება იეოს სრულიად დამოუკიდებელი სააგენტო, რომელიც ცალსახად შემთხვევის მართვას ემსახურება და ამისათვის მას დაქირავებული პყავს

შემთხვევის მენეჯერები. მეორეს მხრივ კი – მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაცია, რომლის პერსონალიც დამატებით ითავსებს შემთხვევის მართვის ფუნქციას. ამ ორ უკიდურეს წერტილს შორის კი არსებობს მრავალგვარი მუშაულად ვარიანტი. გარკვეული ავტონომიურობის მიღწევა შესაძლებელია მაშინაც კი, როდესაც შემთხვევის მართვის სამსახური ინტეგრირებულია მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციაში – მაგალითად, მართვის (მენეჯემენტის) საკუთარი (ვალკე) სისტემის ჩამოყალიბების, კადრების ადეკვატური დაკომპლექტების გზით. “დამოუკიდებლობის შეგრძნებას” უდიდესი მნიშვნელობა აქვს შემთხვევის მენეჯერის მუშაობის ეფექტურობისათვის (Berzon and Lowenstein, 1984).

ახალი სამსახურის ინტეგრაციას მომსახურების არსებულ სისტემაში ისტორიული მოვლენის დატვირთვა გააჩნია: “ამ სისტემაში ნებისმიერი ახალი რგოლის ჩამატება დესტაბილიზაციის გამოწვევი მოვლენაა, ის აფრთხობს “მკვიდრ” სამსახურებს, ეს უკანასკნელნი ”უფრო ხიან და ჭკვის თვალთ უყურებენ ახალ კონკურენტს”. ისინი ხომ შეგუბულნი არიან გარკვეული სქემით მუშაობას, და სრულიადაც არ სურთ სიახლე, რომელმაც შესაძლოა დაარღვიოს მათი სიმშვიდე და მუშაობის ჩამოყალიბებული სტილი.” ხოლო როდესაც საქმე ეხება შემთხვევის მართვას, “აქ, ცხადია, მით უფრო მეტი სიფრთხილეა საჭირო”, რამდენადაც ამ სამსახურის მუშაობა გულისხმობს მრავალპროფილურ ინტერვენციებს და სხვადასხვა სამსახურების მუშაობის კოორდინაციას.

### რამდენად ინტენსიური უნდა იყოს შემთხვევის მენეჯერის უშუალო კონტაქტი მომხმარებელთან?

ამერიკული მიდგომა შემთხვევის მართვისადმი შეიძლება წარმოვიდგინოთ ისე, როგორც ეს სურათის (იხ. სურ. 2.1) მარჯვენა მხარესაა გამოსახული. ამერიკულ მოდელში შემთხვევის მენეჯერი შეიძლება შეეადაროს “ექსკურსიამძღოლს”, რომელიც ყველგან თან დაჰყვება მომხმარებლებს ფსიქიატრიული სამსახურის სისტემის ლაბირინთებში (Kanter, 1989). ბრიტანული მოდელის მიხედვით კი შემთხვევის მენეჯერი უფრო ტურისტულ აგენტს ჰგავს, რომელიც საშუაივლო საქმიანობას ეწევა და მომხმარებელს აკავშირებს მისთვის საჭირო მომსახურების მიმწოდებლებთან. ამრიგად, ამერიკულ მოდელში აქცენტი კეთდება მომხმარებელთან ინტენსიურ და ხანგრძლივ უშუალო კონტაქტზე და უზშირესად შემთხვევის მენეჯერის ფუნქციები მოიცავს უშუალო მოვლასა და პირველად ფსიქიატრიულ დახმარებასაც. ამის საწინააღმდეგოდ, ბრიტანულ მოდელში შემთხვევის მენეჯერი მმართველობითი იერარქიის შედარებით მაღალ საფეხურზე იმყოფება და მისი მოვალეობაა უშუალო მოვლის პერსონალის საქმიანობის კოორდინაცია და მართვა. რამდენადაც აქ შემთხვევის მენეჯერს ეკისრება შუამავალის როლი, მან, როგორც ეს “ბროკერს” შეეფერება, უნდა შეინარჩუნოს გარკვეული დისტანცია მომხმარებელთან, რათა რესურსების განაწილებისას თავიდან აცილებულ იქნეს მიკერძოებულობა.

შემთხვევის მენეჯერის ადგილი მმართველობით იერარქიაში დამოკიდებულია იმაზე, თუ მის რომელ ფუნქციებზე კეთდება აქცენტი, რაც თავის მხრივ, სამიზნე ჯგუფის საჭიროებებიდან გამომდინარეობს. ამჟამად ფსიქიატრიული მომსახურების პრაქტიკაში სულ უფრო აქტუალური ხდება მომხმარებელთა “მოზიდვის” პრობლემა, მაგალითად, სოფჯერ ისინი უსახლკარონი არიან და ჭირს მათი

პოვნა. ამგვარი უსახლკარო თუ მარტოხელა, საზოგადოებისაგან იზოლირებული ავადმყოფების შემთხვევაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი და პრობლემური საკითხია მათი იდენტიფიკაცია და საჭიროებათა შეფასება. ამ სიტუაციაში შემთხვევის მენეჯერის საქმიანობაში პრიორიტეტული ხდება მომხმარებელთან უშუალო კონტაქტი, საკმარისი “მობილურობა” მომსახურების ადგილზე მისაწოდებლად. ასეთ შემთხვევებში მომსახურების ეფექტურობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ასერტიულ მომსახურებას მომხმარებელთან ადგილზე მისვლით. ინტენსიურ უშუალო კონტაქტს კვალიფიციურ პერსონალთან საჭიროებენ აგრეთვე სოფლის რეგიონებში მცხოვრები მომხმარებლები, სადაც მრავალფეროვანი სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი. ერთი სიტყვით, სამიზნე ჯგუფის იდენტიფიკაციისა და საჭიროებათა შეფასების პროცესის სრულყოფილად წარმართვა და სწორი პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღება თითქმის წარმოუდგენელია, თუ შემთხვევის მენეჯერს არ დაეკისრება “უშუალო ზრუნვის” ფუნქცია. შემთხვევის მენეჯერის კიდევ ერთი უმნიშვნელოვანესი მისია – გზა გაუკვლიოს მომხმარებელს მომსახურების რთულ, ბუროკრატიულ სისტემაში, აგრეთვე მოითხოვს ხანგრძლივ უშუალო კონტაქტს მომხმარებელთან (Lamb, 1980).

შემთხვევის მართვის მომსახურებაში უშუალო ზრუნვის ფუნქციების ჩართვა ზრდის მომსახურების უწყვეტობასაც. ეს ეხება, მაგალითად, პირველი ფსიქიატრიული დახმარების დროულობას: “რა აზრი აქვს მომხმარებლისათვის მიმართვის გაცემის მიზნით შემთხვევის მენეჯერის მისვლას ექიმთან, როდესაც შესაძლებელია მან, საჭირო ინფორმაციის დაწვრილებით მიწოდებაზე დროის კარგვის გარეშე (როდესაც თითოეული წუთი ძვირფასია), თავად მისცეს მომხმარებელს ეს მიმართვა?” (Lamb, 1980). დროის დაზოგვის გარდა, ამ როლების გაერთიანება თავიდან აგვაცილებს კიდევ ერთ პრობლემას – უთანხმოებას შემთხვევის მენეჯერსა და თერაპევტს შორის, რომელიც შესაძლოა პროფესიულ გადაწყვეტილებებთან დაკავშირებით წარმოიშვას. მაგრამ, ცხადია, ეს შემთხვევის მენეჯერისაგან მოითხოვს სათანადო კომპეტენტურობას თერაპიულ საკითხებში.

ამრიგად, როგორც ჩანს, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები, რომელთა შესახებაც ზემოთ ვისაუბრეთ, მისაღებია იმ მომხმარებლებისათვის, რომლებიც არ მიეკუთვნებიან მძიმე ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფების კატეგორიას. მაგალითად, შედარებით სტაბილურ, ადვილად მისაწვდომ პაციენტებთან მუშაობა შემთხვევის მენეჯერისაგან ნაკლებად ინტენსიურ უშუალო კონტაქტს მოითხოვს, და მისი საქმიანობა შესაძლოა შემოიფარგლოს დაბანდებული რესურსების კოორდინაციითა და შედეგების პერიოდული შეფასებით.

შემთხვევის მართვისა და უშუალო ზრუნვის ფუნქციათა ინტეგრაცია ხელს უწყობს შრომითი დისციპლინის გაუმჯობესებასა და საქმისადმი დამოკიდებულების დახვეწას. ამის თვალსაჩინო მაგალითია EIS სამსახური (Early Intervention Service – «სამ» ფსიქიატრიული სამსახური, რომელიც ემსახურება ლონდონის ოთხი კვადრატული მილი ფართის რეგიონს. ამ წიგნში გამოყენებულია მასალები მისი მუშაობის გამოცდილებიდან, სადაც ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ექთნები უდიდესი პასუხისმგებლობითა და გულმოდგინებით მოეკიდნენ თავის ახალ – შემთხვევის მართვის ფუნქციებს. მათ უდიდეს სიამოვნებას ანიჭებდა დამოუკიდებელი მოლავაწობისა და საპასუხისმგებლო როლის შესრულების

შესაძლებლობა, და ძალღონეს არ იშურებდნენ მათთვის მინდობილი საკმის უნაკლოდ შესასრულებლად. როდესაც შემთხვევის მენეჯერს წმინდა მმართველობითი (მაკორდინირებული) ფუნქცია აკისრია, უშუალოდ მომხმარებელთან მომუშავე პერსონალი თავისუფალი ქმედების შესაძლებლობის ნაკლებობას განიცდის. რადგან მას “ზევიდან აკონტროლებენ”. ეს კი ამცირებს მისი მუშაობის ეფექტურობას. თუმცა, მეორეს მხრივ, ცხადია, რომ უშუალო ზრუნვის პესონალისათვის მეტისმეტრ პასუხისმგებლობის “მინდობა საშიშცაა”, თუ ამას თან ერთვის მხარდაჭერის, ტრენინგებისა და სუპერვიზიის სათანადო ინტენსიფიკაცია.

### რა ხარისხში უნდა განაგებდეს შემთხვევის მენეჯერი რესურსებს (რესურსების განაწილებას)?

ეს საკითხი მჭიდროდ უკავშირდება ისეთ მოვლენებს, როგორცაა მომსახურების მყიდველისა და მიმწოდებლის ერთმანეთისაგან განცალკევება, ჯანმრთელობისა და დაცვისა და სოციალურ მომსახურებაზე პასუხისმგებლობის გადანაწილება (NHS and Community Care Act, 1990). მართალია, “თეთრი წიგნი” საზოგადოებრივი მომსახურების შესახებ იძლეოდა რეკომენდაციას, რომ სოციალურ მომსახურებაზე ძირითადი პასუხისმგებლობა აედო სოციალური მომსახურების დეპარტამენტს, მაგრამ ძირითადი პასუხისმგებლობის საკითხი ჯერ კიდევ მწვავე პოლემიკის საგნად რჩება. დეფინიციას იმისა, თუ რას უნდა გულისხმობდეს ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური მომსახურება, ადგილობრივი ადმინისტრაციული ორგანოები თავად ადგენენ. ვინაიდან “სამხ” მომსახურების სფეროში დაფინანსება არ არის განაწილებული სხვადასხვა მიმართულებათა მიხედვით, ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფების სამსახურს შესაძლოა კონკურენცია გაუწიონ ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ პრიორიტეტულად მიჩნეულმა სხვა მიმართულებებმა (მაგალითად, ბავშვებზე ზრუნვამ). ამრიგად, სავსებით მოსალოდნელია, რომ ფსიქიატრიული მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემა მთელ რიგ შემთხვევებში საკმაოდ აქტუალური გახდება მომხმარებლისათვის, და ახლა ისინი ისე, როგორც არასოდეს, საჭიროებენ კვალიფიციური ადვოკატების ენერგიულ დახმარებას.

არსებობს სხვადასხვაგვარი მოსაზრება იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად მოითხოვს ადამიანებზე ზრუნვის მისია შემთხვევის მენეჯერის მიერ რესურსების მართვას. შემთხვევის მართვის ზოგიერთ სისტემაში (მაგალითად, კენტის სოციალური მომსახურების სისტემა) შემთხვევის მენეჯერი, ალტურელია რა შესაბამისი უფლებამოსილებით, მართავს ეფექტური მომსახურებისათვის საჭირო ყოველგვარ ხელმისაწვდომ რესურსებს. საფუძველს მოკლებული არაა მოსაზრება, რომ “სერვისების შესყიდვის ძალაუფლებასა და მომხმარებელს შორის დისტანციის შემცირება” ხელს უწყობს მომსახურების მოქნილობასა და რესურსების რაციონალურ გამოყენებას. თუმცა, მეორეს მხრივ, ეს მიდგომა თავისთავში გულისხმობს არაობიექტურობის პრობლემას – ძნელი წარმოსადგენია ერთიდაიგივე პიროვნების მიერ ერთდროულად ისეთი როლების პატიოსნად შესრულება, როგორცაა მომხმარებლის ინტერესების დაცვა და რესურსების ნორმირება (ე.ი. გარკვეულ ფარგლებში შეზღუდვა); შემთხვევის მენეჯერი “ორ ცეცხლს შუა დგას”: თითოეული მოვალეობა რესურსების “თავისკენ (ე.ი. ურთიერთსაწინააღმდეგო მხარეს) მოზიდვას” მოითხოვს, მან კი ორივეზე უნდა აგოს პასუხი.

შემთხვევის მენეჯერის ამ წინააღმდეგობრივ მდგომარეობას კიდევ უფრო ართულებს მისი კიდევ ერთი – მომხმარებელთა მოძიების მოვალეობა. რესურსების სიმწირე ხომ აშკარად ყოველგვარ პირობას ქმნის იმისათვის, რომ თავი შევიკავოთ ახალი მომხმარებლების მოძიებისა და დაფინანსებისაგან. საფრთხე ემუქრება მომსახურების მოქნილობასაც: არსებობს დიდი ალბათობა იმისა, რომ ცდილობს რა “მოუფრთხილდეს ბიუჯეტს”, სერვისების არსებული არჩევანის შესახებ სრულად ინფორმირებული შემთხვევის მენეჯერის მიერ წარმართული საჭიროებათა შეფასება დაემსგავსება მომხმარებლის შემოწმებას “ვარგისიანობაზე მენიუში არსებული სერვისების მისაღებად” (რაც პირიქით უნდა ხდებოდეს – უნდა შემოწმდეს არსებული სერვისების “ვარგისიანობა” მომხმარებლის საჭიროებების მიმართ).

შემთხვევის მართვა – ცალკე თანამდებობრივი მოვალეობა თუ სამუშაო ამოცანათა ერთობლიობა?

შემთხვევის მართვა – ამ ფუნქციების შესასრულებლად სპეციალურად დაქირავებული პერსონალის სამსახურებრივი მოვალეობაა თუ სამუშაო ამოცანათა ერთობლიობა, რომელთა შესრულებაც სხვადასხვა სახის პერსონალმაც შეიძლება შეითავსოს? მაგალითისათვის, EIS სამსახურში მუშაობდა «სამ» მომსახურების სტანდარტული ჯგუფი, რომელიც ჩვეულ მოვალეობებთან ერთად შემთხვევის მართვის ფუნქციებსაც ასრულებდა. სპეციალისტები, ცოტა არ იყოს ურყეულო მდგომარეობაში აღმოჩნდნენ: მაგალითად, ფსიქოლოგი უნდა დახმარებოდა მომხმარებლებს სოციალური დახმარების მიღებაში, ხოლო ფსიქიატრი – საცხოვრებელი ადგილით უზრუნველყოფაში. მეორეს მხრივ, ამ დროს სპეციალისტს უფრო ინტენსიურად უწევს მომხმარებელთან და სხვა მუშაკებთან კონტაქტი, რაც მას მომხმარებლის მდგომარეობის უფრო აქტიური კონტროლის შესაძლებლობას აძლევს და ზრდის მომსახურების უწყვეტობას.

არსებობს სხვაგვარი მიდგომა: შემთხვევის მართვა განიხილება როგორც დამოუკიდებელი დისციპლინა, ხოლო შემთხვევის მენეჯერი წარმოადგენს სხვადასხვაგვარი სპეციალისტის (სპეციალური უმაღლესი განათლების არმქონე) მუშაკს, რომელსაც გაეფიქრა აქვს სპეციალური მომზადება (ტრენინგები) შემთხვევის მართვაში. უმაღლესი განათლების არმქონე (არასპეციალისტ) მუშაკებს, როგორც აღმოჩნდა საკმაოდ კარგი სამსახურის გაწევა შეუძლიათ, და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, მომხმარებელი მათთან უფრო მეტ სიახლოვეს გრძნობს, როგორც სოციალური დონით უფრო ახლომდგომ ადამიანთან. ხშირად ასეთი მუშაკები უფრო კარგად იცნობენ ადგილობრივ გარემოს, მასში არსებულ სერვისებს და მეტი ხალხით ასრულებენ მათთან ურთიერთობისათვის საჭირო შავ სამუშაოს (როგორცაა ხშირი მისელა-მოსელა) (Dill, 1987). გარდა ამისა, მათი შერჩევა და ტრენირება შესაძლებელია უფრო მიზნობრივად ჩატარდეს და შედეგად ამ პერსონალს უფრო სპეციფიკური მომზადება ექნება შემთხვევის მენეჯერის როლის შესასრულებლად. დენვერის მაგალითით, პროგრამაში (Denver Citywide Program) ამ მოვალეობათა შესასრულებლად აიყვანეს ახალგაზრდა მუშაკები იმ მოსაზრებით, რომ მათთვის უფრო იოლი იქნებოდა ახლებური (არატრადიციული) მიდგომების გათავისება და პრაქტიკული განხორციელება. ბრიტანეთში პროფესიული კვალიფიკაციის ამაღლების ეროვნული პროგრამები (National Vocational Qualifications) სპეციალური განათლების არმქონე ადამიანებს ეხმარება აითვისონ ვიწრო სპეციალობები, ხოლო სხვადასხვა დარგის სპე-

ციადისტებს სთავაზობს სპეციფიკური სამუშაოს შესრულებისათვის აუცილებელ მომზადებას (Morrish, 1988).

თუმცაღა, ამგვარად ტრენირებული, უმაღლესი განათლების არმქონე მუშაკების გამოყენებას შემთხვევის მართვის სისტემებში უარყოფითი მხარეებიც გააჩნია. კერძოდ: ეს ადამიანები ნაკლებად ერკევიან ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური მომსახურების სისტემების “ლაბორინთებში”, ამ სისტემაში ორიენტაციის უნარის გარეშე კი ხშირად შეუძლებელია სასურველი შედეგების მიღება. ამასთან, მათ არ გააჩნიათ პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების საკუთარი ბაზა. რომელიც საკმარისი იქნება ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებთან მუშაობისათვის. მაგრამ ეს არ წარმოადგენს პრობლემას, თუკი ეს მუშაკი ადეკვატურ ორგანიზებას გაუწევს შემთხვევის მართვის პროცესს და დროულად ჩართავს საქმეში საჭირო სპეციალისტებს: “იცოდეთ საკუთარი კომპეტენციის ფარგლები და დროულად მოიაზრეთ როდის მოითხოვს საქმე სხვა მუშაკის მოშვლებას” – ესაა პროფესიონალიზმის უმთავრესი პრინციპი.

### სად უნდა მოღვაწეობდეს შემთხვევის მენეჯერი – საავადმყოფოს ბაზაზე თუ საზოგადოებაში?

შემთხვევის მართვა აზრობრივად იმდენად მჭიდროდაა დაკავშირებული «სამ» მომსახურებასთან (ე.ი. მომსახურებასთან საზოგადოებაში), რომ ამგვარი კითხვა შესაძლოა უცნაურადაც მოგვეჩვენოს. მაგრამ არსებობს რამდენიმე გარემოება, რომელიც არ გეაძლევს უფლებას უყურადღებოდ დაეტოვოთ პოსპიტალური ბაზის ვარიანტი. ხშირად გავრცელებულია პრობლემების მიზეზი ხდება სტაციონარული მომსახურების ხარვეზები, უზშირესად კი ეს ეხება საავადმყოფოებისა და სხვა დარგობრივი ორგანიზაციების ურთიერთდაკავშირებას. ეს სააგენტოები ფუნქციონირებენ მომსახურების სხვადასხვა სისტემის შემადგენლობაში, მათი დაფინანსებისა და მმართველობის სტრუქტურაც სხვადასხვაგვარია. პოსპიტალური მომსახურება უზშირესად მთლიანად მკურნალობის ბიოლოგიურ პრინციპებს ეყრდნობა, და აქ მომუშავე სპეციალისტები სკეპტიკურად უყურებენ «სამ» მომსახურებას – მიაჩნიათ, რომ ეს არასერიოზული საქმიანობაა და ნაკლებადაა დაკავშირებული ფსიქიატრიასთან.

IS (Early Intervention Service, London) პროექტის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ მომხმარებლების დაკავშირება «სამ» მომსახურების დაწესებულებებთან შემთხვევის მენეჯერებისათვის პოსპიტალის ბაზიდან უფრო ძნელია. მაგრამ ამ საკითხზე ცალსახად მსჯელობა დაუშვებელია. საავადმყოფოს ბაზაზე მუშაობას თავისი უპირატესობები გააჩნია: აქ ადვილად ხელმისაწვდომია სამედიცინო და სხვა სახის შრომითი რესურსები, საზოგადოებრივი მომსახურების დაწესებულებებში კი, როგორცია, მაგალითად, პოლიციის განყოფილება, უკვე მყარად დამკვიდრებული ტრადიციაა დაუოცნებელი მიმართონ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს, როდესაც საქმე აქვთ ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთან. გარდა ამისა, პოსპიტალურ ბაზაზე გატარებულმა ზოგიერთმა პროგრამამ საკმაოდ მაღალი ეფექტურობა აჩვენა. ეს პროგრამები მიზნად ისახავდა მომხმარებლების დაკავშირებას სხვადასხვა სერვისებთან, რომლითაც ისინი გავრცელების შემდეგ ისარგებლებდნენ. მაგალითად, ამჟღავნებელი მკურნალობას საავადმყოფოს მუშაკი და «სამ» მომსახურების პერსონალი ერთობლივად წარმართავდნენ (ერთმანეთთან უშუალო კონტაქტის გზით); კომუნალური მომსახურების რაციონალური დაგეგმარე-



ბის მიზნით გაწერის წინ პაციენტს უტარდებოდა სპეციალური ინტერვიუ და ეწყობოდა შეხვედრები «სამ» მომსახურების მუშაკებთან (Axelrod and Wetzler, 1989). ალტმანის (Altman, 1983) მონაცემებით, გაწერის შემდგომი მომსახურების გაწერამდე დაგეგმარების შემთხვევაში დაავადების რეციდივის მაჩვენებელი (ერთი წლის თავზე) სამჯერ უფრო ნაკლები იყო, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში. სხვა კვლევებმა (Axelrod and Wetzler, 1989) კი აჩვენა, რომ გაწერის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფების მდგომარეობა მით უკეთესია, რაც ნაკლებია დროის შუალედი გაწერასა და გაწერის შემდგომი პროგრამის პირველ შეხვედრას შორის. გაუმჯობესების ხარისხი უკუპროპორციულ დამოკიდებულებაშია აგრეთვე წინა პოსპიტალიზაციების რაოდენობასა და ხანგრძლივობასთან.

მსგავსი წარმატებული პროგრამების მახასიათებლებიდან გადამწყვეტი მნიშვნელობა, ალბათ, მომსახურების უწყვეტობას უნდა მიენიჭოს (Rosenfield et al., 1986). მომსახურების უწყვეტობა შემთხვევის მართვის ძირეული მახასიათებელია, და, მასზე არ უნდა მოქმედებდეს შემთხვევის მართვის სერვისების ადგილმდებარეობა. მაგრამ თუ მომხმარებელი ცხოვრობს საზოგადოებაში (საავადმყოფოს გარეთ), ალბათ უფრო ლოგიკური იქნება მათი დახმარების პირველი რგოლი – შემთხვევის მენეჯერიც იქვე განვათავსოთ. ეს უზრუნველყოფს საჭირო ინტერვენციების დროულობას, შესაძლებლობას მოგვეცემს გვერდი აუშაროთ “პოსპიტალური მომსახურების ფილოსოფიაში” გამეფებულ სტერეოტიპებს და რაც მთავარია, შევამციროთ პოსპიტალიზაციისა და მისი დამანგრეველი შედეგების რისკი (Lipton et al., 1981). თეორიულად, «სამ» მომსახურების შემთხვევის მენეჯერს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა “თან სდიოს” მომხმარებელს როგორც საავადმყოფოს გარეთ, ისე მის შიგნით, და ყველგან და ყოველთვის შეინარჩუნოს მომსახურების კოორდინატორის როლი. მაგრამ სამწუხაროდ, საავადმყოფოების ადმინისტრაცია ნაკლებად იძლევა ამის შესაძლებლობას, მოითხოვს რა პოსპიტალიზაციისას უფლებამოსილების მთლიანად საავადმყოფოს პერსონალისათვის გადაცემას. ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ამგვარი ადმინისტრაციული სისტემა სასწრაფოდ საჭიროებს რეფორმირებას. თუმცა, ჯერჯერობით ძნელია თქმა იმისა, თუ კონკრეტულად როგორ უნდა განაწილდეს პასუხისმგებლობა შემთხვევის მენეჯერსა და საავადმყოფოს პერსონალს შორის. კანტერი გეთავაზობს ამ საკითხის გადაწყვეტის ყველაზე რაციონალურს გზას (Kanter, 1989): კლინიკურმა პერსონალმა უნდა შეინარჩუნოს პასუხისმგებლობა წმინდა სამედიცინო მანიპულაციებზე, ხოლო შემთხვევის მენეჯერმა თავის თავზე აიღოს გარემოსთან დაკავშირებული ღონისძიებები – მანიპულაციები გარემოში. თუმცა, ამ შემთხვევაში საჭიროა გარკვევით განისაზღვროს, თუ რას მოიცავს მანიპულაციები გარემოში: ლოგიკურად თუ ემპირიულად, საავადმყოფოდან გაწერაც ამ სათაურის ქვეშ უნდა მოექცეს, ამისათვის კი საჭირო გახდება ისეთი ცვლილებების შეტანა კანონში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ (1983), რომელიც შემთხვევის მენეჯერს საავადმყოფოში მიღება-გაწერის კონტროლის უფლებას მინიჭებს. სხვათა შორის, ამჟამად აშშ-ს ზოგიერ შტატში ფსიქოლოგები აქტიურად მოითხოვენ უფლებას პაციენტის პოსპიტალიზაციის გადაწყვეტილებაში მიღებაზე (Jabitsky, 1988).

რამდენადაც მომსახურების უწყვეტობას მნიშვნელოვანი როლი უნდა ავსოს პოსპიტალურ და საზოგადოებაში არსებულ დაწესებულებებს შორის ურთიერთკავშირი (Rosenfield et al., 1986), მომსახურების დაგეგმარებისას საჭიროა შეფასდეს ლოკალური მდგომარეობა ამ მხრივ და შემდეგ უკვე ამის შესაბამისად

გადაწყდეს, საიდან (რომელ ბაზაზე) უფრო ეფექტურად შეძლებს შემთხვევის მენეჯერი უზრუნველყოს მომსახურების უწყვეტობა. ამავდროულად საჭიროა განისაზღვროს, თუ რა ლეგიტიმური სტატუსი ესაჭიროება შემთხვევის მენეჯერს სხვადასხვა სამსახურებთან კავშირის დასამყარებლად.

### რომელი უწყებ/ორგანო უნდა მართავდეს შემთხვევის მენეჯერებს?

ბრიტანეთის სამთავრობო აქტი ადამიანებზე ზრუნვის შესახებ (*Caring for People act 1989*) იძლეოდა რეკომენდაციას, რომ ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური მომსახურების დაფინანსების სისტემები განცალკევებულიყო ერთმანეთისაგან. ამისათვის, ცხადია, საჭიროა ზუსტად განისაზღვროს, თუ რას გულისხმობს თითოეული მათგანი. ეს შედარებით ადვილია ჯანდაცვის სერვისების შემთხვევაში, როდესაც მათი დაყოფა ხდება ცალკეული სპეციალობების მიხედვით (მაგალითად, საექთნო სამსახური, თერაპიული სამსახური, გადაუდებელი დახმარების სამსახური და სხვ.). მაშინ სოციალურ მომსახურებაში შეგვიძლია გავაერთიანოთ ყველა დანარჩენი სერვისი.

ამ შემთხვევაში, მომსახურების სისტემაშე შესაძლოა, მაგალითისათვის, ასეთი სახე მიიღოს (იხ. სურათი 4.2.). ამ სქემის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურებისათვის მიმართვას იღებს შესაბამისი დაწესებულება, როგორცაა მაგალითად “სამაფისიკიატრიული მომსახურების ჯგუფი (CMHT - Community Mental Health Team, იხ. ზემოთ), რომელიც ექვემდებარება ჯანდაცვის მმართველობით რგოლს, ხოლო სოციალური მომსახურების მისაღებად – შემთხვევის მენეჯერები, რომლებიც ექვემდებარებიან ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებს. თუმცა, ხშირად ჯანდაცვის სამსახურები უზრუნველყოფენ სხვადასხვა სახის ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მომსახურებასაც. საექთნო საქმე, ფსიქოთერაპია, ლოგოპედია, შრომითი თერაპია, სამედიცინო ფსიქოლოგია – ყველა ეს სპეციალობა მოითხოვს ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს, რომელიც სცილდება მედიცინის ფარგლებს და მათი მნიშვნელობა არ შეიძლება დაყვანილ იქნას მხოლოდ “სამედიცინო დახმარების” ფუნქციამდე. როგორც წესი, ქრონიკული ფსიქიკური დაავადებით შეპყრობილი ადამიანები საჭიროებენ ხანგრძლივ (ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში) როგორც სამედიცინო, ისე სოციალურ დახმარებას. აქ წარმოდგენილ სქემაზე სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მიმწოდებლებს შორის კავშირი უნდა ხორციელდებოდეს CMHT-სა და შემთხვევის მენეჯერებს შორის ჯვარედინი მიმართვის ან ოფიციალური შეთანხმების გზით. ამგვარი მოწესრიგებული ურთიერთკავშირის არსებობა აუცილებელია, რადგან მომხმარებელს ხშირად უშეიძლება თავად გაარკვიოს, რომელს მიმართოს დახმარებისათვის.

სურათზე 4.3 სქემატურად წარმოდგენილია სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ერთობლივი მართვის ალტერნატიული ვარიანტი. მომართვიანობას აკონტროლებს ერთი ჯგუფი, რომელსაც თავის შემადგენლობაში ჰყავს შემთხვევის მართვის ფუნქციების შემსრულებელი პერსონალიც. ჯგუფის ყველა წევრი პროფესიულ საკითხებში (პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებით) ანგარიშვალდებულია თავის ხაზობრივ მენეჯერებთან (ხელმძღვანელებთან) ჯანდაცვის მმართველობითი რგოლის და ადგილობრივი ხელისუფლების წინაშე (როგორც ეს ჩვეულებრივ ხდება), ხოლო რეკლამების განაწილების საკითხში, დამატებით, გარკვეულ ხარისხში პასუხს აგებს მენეჯერთა ერთობლივი საბჭოს წინაშე.

რომელიც შედგება როგორც ჯანდაცვის, ისე ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებისაგან. ანგარიშგაღებულების ეს უკანასკნელი ხაზი შესაძლოა განხორციელდეს ჯგუფის კოორდინატორის მეშვეობით, რომელიც ერთობლივ საბჭოსა და ხსენებულ ჯგუფს შორის ერთადერთი დამაკავშირებელი რგოლი იქნება. ამ დროს ბიუჯეტზე პასუხს აგებს ერთობლივი საბჭო, და ჯგუფს შეუძლია მიმართოს მას დამატებითი რესურსების საჭიროების შემთხვევაში. ამგვარად რესურსების ნორმირების ფუნქცია მართვის (მენეჯმენტის) კომპეტენციად რჩება.

ერთობლივ საბჭოში შესაძლებელია გაერთიანდეს აგრეთვე სხვა უწყებათა ადმინისტრაციული წარმომადგენლობაც, როგორცაა ოჯახის ექიმის სამსახური, არასამთავრობო სექტორი და ამგვარად, ერთობლივი რესურსებით გაიზარდოს მომსახურების მოქნილობა და უწყვეტობა. ლიდერული ფუნქციის შემსრულებელი ორგანო მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს «სამშ» მომსახურების განვითარების ხასიათს (Knapp et al., 1991). ამგვარი სამომსახურებო კონსორციუმში, რომელშიც გაერთიანებული იქნებიან შესაბამისი უფლებამოსილების პირები როგორც სახელმწიფო, ისე არასამთავრობო სექტორიდან, შექმნის “მყარ საძირკველს მომხმარებელთა საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისების ასაშენებლად”.

### მომსახურების სხვა მიმწოდებლები სახელმწიფო და არასამთავრობო სექტორიდან, არაოფიციალური “მხარდამჭერი ქსელი”

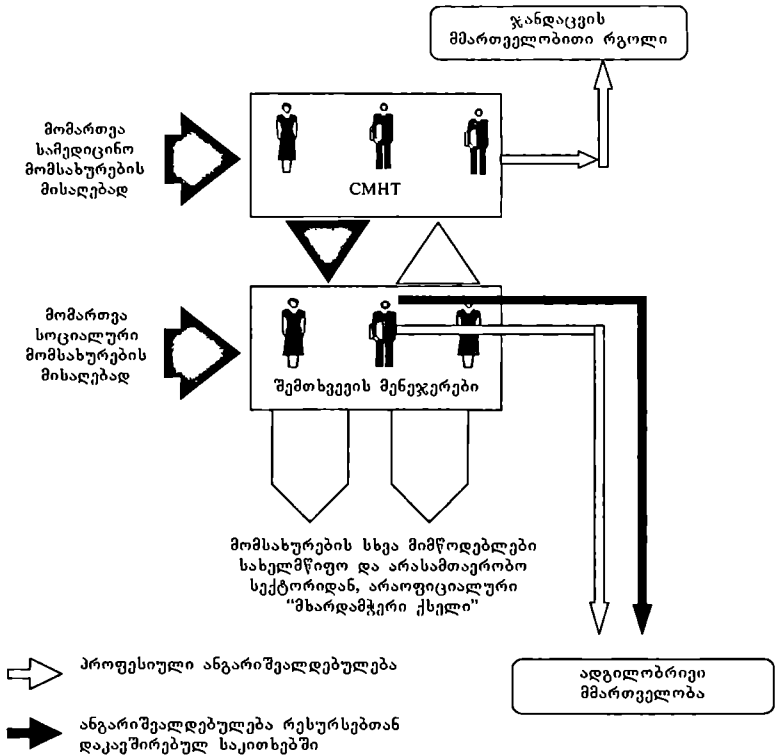
მომსახურების კონსტრუირების სხვა შესაძლო ვარიანტებია:

1. შემთხვევის მენეჯერების ჯანდაცვის მმართველობას დაქვემდებარებული მულტიდისციპლინარული ჯგუფები, რომლებიც ყველა ჩვეულ ფუნქციასთან ერთად აწარმოებენ წმინდა სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციასაც. ამ დროს სოციალური მომსახურებისათვის საჭირო რესურსების მოძიება შესაძლებელია ადგილობრივ ხელისუფლებას დაქვემდებარებულ შემთხვევის მენეჯერებთან ურთიერთთანამშრომლობის გზით.

2. შემთხვევის მენეჯერების ჯანდაცვის მმართველობით რგოლს დაქვემდებარებული მულტიდისციპლინარული ჯგუფები მხოლოდ მომხმარებელთა მოძიებისა და მათი საჭიროებათა შეფასების სპეციფიკური ფუნქციით. ისინი ურთიერთთანამშრომლობენ ადგილობრივ ხელისუფლებას დაქვემდებარებულ მენეჯერებთან, რომლებიც კოორდინაციას უწყვეტ სოციალური მომსახურების რესურსებს. ამ მოდელში ურთულესი ამოცანის გადაწყვეტა – სოციალური მომსახურების რაობის განსაზღვრა კლინიკურ პერსონალს ეკისრება, ეს კი შემთხვევის მართვის ძირითადი ფუნქციების დანაწევრების საშიშროებას ქმნის.

3. გამოცდილი სოციალური მუშაკებისაგან შემდგარი ადგილობრივ ხელისუფლებას დაქვემდებარებული ჯგუფი, რომელსაც აკისრია შემთხვევის მართვის ფუნქცია. ამ მუშაკების ძირითადი მოვალეობაა მომხმარებლების საჭიროებათა შეფასება და სერვისებთან დაკავშირება, ასევე სხვა პერსონალის ხელმძღვანელობა და სერვისების შესყიდვისათვის საჭირო მცირე ბიუჯეტის კონტროლი.

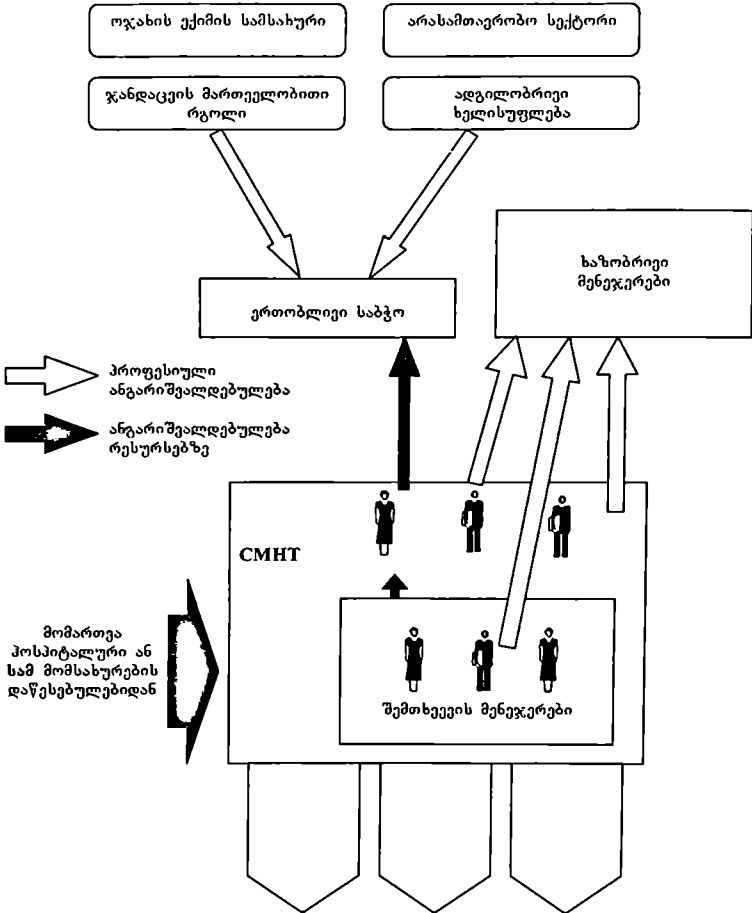
4. სხვადასხვა სპეციალისტებისა და სპეციალური განათლების არმქონე



სურათი 22. სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მომსახურების სისტემის სქემა ცალ-ცალკე მომართვიანობით

მუშაკებისაგან შემდგარი ჯგუფები, რომლებიც ექვემდებარებიან სამომსახურებო კონსორციუმს, და რომელთა შერჩევაც წარმოებს მკაცრად განსაზღვრული და მეტად სპეციფიკური კრიტერიუმების მიხედვით (მაგალითად, ეროვნული უმცირესობის ენის ცოდნა ადგილობრივ მოსახლეობასთან ურთიერთობისათვის). საჭიროების მიხედვით, ამ ჯგუფებს შეიძლება მიენიჭოს მცირედი ბიუჯეტის მართვის უფლებამოსილებაც.

5. ჯანდაცვის მმართველობით რგოლს ან ადგილობრივ ხელისუფლებას დაქვემდებარებული, CMHT-ისაგან დამოუკიდებელი შემთხვევის მენეჯერები,



მომსახურების სხვა მიწოდებლები სახელმწიფო და არასამთავრობო სექტორიდან, არაოფიციალური "მხარდაჭერი ქსელი"

სურათი 2.3. მომსახურების სისტემის სქემა ერთობლივი მართვით და მომართვიანობის საერთო სისტემით

ზოგჯერ ბიუჯეტის მართვის უფლებამოსილებით.

6. მაღალკვალიფიციური შემთხვევის მენეჯერების ჯგუფები, რომლებიც CMHT-ის პარალელურად და მათგან დამოუკიდებლად მუშაობენ. მათ სპეციფიკურ მოვალეობას წარმოადგენს მომხმარებლების საჭიროებათა შეფასება და ადეოკატურა. ამ მოდელის მიხედვით, შემთხვევის მენეჯერებს სერვისების შესყიდ-

ვის უფლებამოსილების ნაცვლად, აკისრიათ აქტიური შუამდგომლობის ფუნქცია – ისინი აწარმოებენ მოლაპარაკებებს შესაბამის უწყებებთან და დაუნიები მოითხოვენ საჭირო სერვისების მიწოდებას მომხმარებლებისათვის.

## უნდა მუშაობდნენ თუ არა შემთხვევის მენეჯერები ჯგუფურად?

ისეთი შემთხვევები, როდესაც შემთხვევის მენეჯერი სრულიად მარტო მუშაობს, საკმაოდ იშვიათია. უხშირესად ისინი ჯგუფურად მუშაობენ. მიუხედავად ამისა, ბევრი არ ეთანხმება მოსაზრებას, რომ შემთხვევის მართვა ერთობლივი, ჯგუფური ფუნქცია უნდა იყოს, ე.ი. შემთხვევის მართვაზე ჯგუფი პასუხს აგებდეს, როგორც ერთი მთლიანობა. ხშირად, შემთხვევის მენეჯერები მუშაობენ ჯგუფურად, მაგრამ არა ჯგუფურად, ე.ი. საკუთრივ შემთხვევის მართვაზე, მისი ძირითადი ამოცანების შესრულებაზე თითოეული მუშაკი ინდივიდუალურად აგებს პასუხს (Smith, 1990b). როგორც მეცნიერთა უმეტესობა მიიჩნევს, შემთხვევის მართვის ყველა სისტემაში ამ მოდელით უნდა იმუშაოს, თუკი ის აცნობიერებს და ითვალისწინებს შემთხვევის მენეჯერისა და მომხმარებლის ურთიერთობის მნიშვნელობის პირველხარისხოვნებას (Rapp and Wintersteen, 1989; Miller, 1983). საწინააღმდეგო დასკვნამდე მივიდნენ ბონდი და მისი თანამშრომლები (Bond et al., 1988): მათ მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემებით, მუშაობის ეფექტურობა გაცილებით ნაკლები იყო (რეციდივის მაჩვენებლების, მომხმარებელთან კონტაქტის ინტენსივობის, მუშაკთა სამუშაო განწყობის თვალსაზრისით), როდესაც ცალკეული შემთხვევის მართვა მთლიანად ერთი მუშაკის მოვალეობას წარმოადგენდა და არ იყო განაწილებული ჯგუფი წევრებს შორის.

როგორც არ უნდა იყოს განაწილებული სამუშაო დატვირთვა ჯგუფის წევრებს შორის, შემთხვევის მენეჯერების ჯგუფურად მუშაობას მრავალი უპირატესობა გააჩნია. ეს ცოდნისა და გამოცდილების გაზიარების, მომხმარებლების ერთობლივი ძალეობით მხარდაჭერის, ურთიერთხელმძღვანელობის შესაძლებლობას იძლევა. ამასთან, ინფორმაციის გადაცემა შესაძლებელია არამარტო ჰორიზონტალური, არამედ ვერტიკალური მიმართულებითაც (“შემდგომი თაობის” პერსონალზე) – ამგვარად, თითოეული მუშაკისათვის ხელმისაწვდომი ხდება ძვირფასი, წლების განმავლობაში დაგროვილი გამოცდილება, რომლის მიღებაც მხოლოდ ინდივიდუალური პრაქტიკის ხარჯზე წარმოუდგენელია. ამგვარი “თვითგანვითარებადი და თვითმხარდაჭერი” ჯგუფები მნიშვნელოვანი მეცნიერული სიახლეების პოტენციური წყაროა (Coziades and Phillimore, 1975). გამოცდილებამ აჩვენა, რომ შემთხვევის მენეჯერების დაჯგუფება ნაწილობრივ ავტონომიურ ერთეულურად ზრდის მომსახურების ეფექტურობას – იზრდება მომხმარებელთან კონტაქტის საერთო ხანგრძლივობა, ასევე მომსახურების დაგეგმარებისას მეტი ყურადღებით გაითვალისწინება მისი (მომხმარებლის) ინტერესები.

## დასკვნები

ამრიგად, შემთხვევის მართვის სისტემებთან დაკავშირებით შეიძლება ითქვას შემდეგი:

1. შემთხვევის მართვის სისტემის მიზნები (დანიშნულება) ნათლად უნდა იყოს განსაზღვრული, განსაკუთრებით კი ეს ეხება პრიორიტეტებს რესურსების განაწილებისათვის.

2. შემთხვევის მართვა არ შეიძლება უბრალოდ “მივაწვებოთ” (“ზევიდან დავადოთ”) უკვე არსებულ სრუქტურებს. შემთხვევის მართვის ინტეგრაციისათვის აუცილებელია ამ სისტემების ძირეული გადაწყობა, რეფორმირება “ქვევიდან ზევით”. სად უნდა მოხდეს შემთხვევის მართვის ინტეგრაცია, რა პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს უშუალო მომსახურების პერსონალს, უნდა იყოს თუ არა შემთხვევის მენეჯერი ცალკე საშტატო ერთეული, და რაზე უნდა გაკეთდეს მუშაობისას ძირითადი აქცენტი – ყოველივე ეს დამოკიდებულია სამიზნე ჯგუფის საჭიროებებზე, და იმაზე, თუ რამდენად აკმაყოფილებენ მათ მოცემულ რეგიონში არსებული მიმწოდებლები.

3. განსაზღვრული რეგიონის ფარგლებში შემთხვევის მართვაზე პასუხს უნდა აგებდეს ერთი კონკრეტული უწყება, რომელიც უნდა ექვემდებარებოდეს ადგილობრივ ხელისუფლებას, თუმცადა საუკეთესო იქნებოდა ერთობლივი მმართველობის ზემოაღწერილი ვარიანტი.

4. არ არის სასურველი შემთხვევის მართვის ძირითადი ფუნქციების (საჭიროებათა შეფასება, მომსახურების დაგეგმარება, მიწოდება, მონიტორირება, მომსახურების შედეგების შეფასება) დანაწევრება. შემთხვევის მენეჯერი პასუხს აგებს მომხმარებლის მომსახურებაზე იმისდა მიუხედავად, თუ ვისგან იღებს ეს უკანასკნელი მომსახურებას.

5. შემთხვევის მენეჯერები უზშირესად ექვემდებარებიან იმგვარ მმართველობას, რომ მათთვის ძნელია ობიექტურობის შენარჩუნება და მომხმარებელთა ინტერესების დაცვა, განსაკუთრებით კი როდესაც რესურსების მართვის ფუნქციაც მათ აკისრიათ. ამიტომაც, შემთხვევის მენეჯერი უნდა დაეხმაროს მომხმარებელს იმ გარეშე ადამიანებთან (ადეოკატებთან) დაკავშირებაში, რომლებიც ეფექტურად დაცავენ მის ინტერესებს და საამისოდ შესაბამისი უფლებამოსილებაც გააჩნიათ.

6. მომხმარებელთა დაუკმაყოფილებელი საჭიროებების ობიექტური შეფასებისათვის უმჯობესია შემთხვევის მენეჯერი თავისუფალი იყოს რესურსების განაწილების პასუხისმგებლობისაგან.

7. შემთხვევის მართვის სისტემები მომსახურებაში დაბანდებული რესურსებისა და მომსახურების ხარისხის კონტროლის შესანიშნავი იარაღია.

8. შემთხვევის მართვა შედეგზე ორიენტირებული სისტემაა. მისი მიზანია არა მომსახურების მიწოდება, არამედ დახმარება უკეთესი შედეგების მიღწევაში.

9. შემთხვევის მენეჯერების გაერთიანება ნახევრად-ავტონომიურ ორგანიზაციულ ერთეულებად რესურსების გამძლეობისა და რაციონალური გამოყენების საუკეთესო საშუალებაა.

10. მომსახურების მაღალი ხარისხის მიღწევისა და შენარჩუნების მიზნით დამჭირავებელმა ორგანიზაციამ უნდა უზრუნველყოს ადეკვატური მომზადება-გადაამზადება, მტკიცე ტექნიკური და მორალური მხარდაჭერა შემთხვევის მენეჯერებისათვის.

ამრიგად, შემთხვევის მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურა შესაძლებელია იმგვარად შეირჩეს, რომ გათვალისწინებულ იქნეს როგორც მომხმარებლებისა და მათი ოჯახის წევრების, ისე მომუშავე პერსონალის ინტერესები.



## თავი 3

### სამუშაო პრინციპები შემთხვევის მართვის პროცესში

ზემოთ ვისაუბრეთ მომსახურების სისტემების აგების პრინციპების შესახებ. მაგრამ რაოდენ სრულყოფილიც არ უნდა იყოს მომსახურების სისტემის დიზაინი, ის ყოველგვარ ფასულობას კარგავს, თუკი საქმიანობა უხარისხოა უშუალოდ მომხმარებელთან კონტაქტის დონეზე. ეს დონე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც საქმე შემთხვევის მართვის სისტემებს ეხება, ვინაიდან პირადი ურთიერთობა შემთხვევის მენეჯერთან – ეს, ფაქტიურად, ერთადერთი სერვისია, რასაც მომხმარებელი საკუთრივ შემთხვევის მართვის სისტემისაგან იღებს.

### პრაქტიკული საქმიანობის ფუნდამენტური პრინციპები

შემთხვევის მართვის სისტემების წარმატებული ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი პირობაა ნათლად განისაზღვროს პრაქტიკული საქმიანობის ძირითადი, სახელმძღვანელო პრინციპები. მოწოდებულია ექვსი ძირითადი პრინციპი, რომლითაც უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემთხვევის მართვის პროცესში (Rapp and Wintersteen, 1989):

### ყურადღება უნდა გამახვილდეს ინდივიდის ძლიერ მხარეებზე, და არა ნაკლოვანებებზე

ფსიქიატრია კლინიკური მედიცინის დარგია, რომელიც გამოიყენება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში. ფსიქიატრია ფართოდაა აღიარებული, როგორც “მძლავრი იარაღი ფსიქიკური დაავადების საწინააღმდეგოდ”, მაგრამ ის მეთოდები, რომლებიც ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება ავადმყოფის გასინჯვისა და შემდგომი ღონისძიებების გატარებისას, არ შეესაბამება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესოდენ დიდ საზოგადოებრივ და პოლიტიკურ მნიშვნელობას. ისინი მუშაობენ გარკვეული სქემით, ფსიქიატრიულ პაციენტებთან მუშაობისა და მათი პრობლემების კონცეპტუალიზაციის “სამედიცინო (საექიმო) მოდელის” მიხედვით. ამრიგად იმას, რასაც ავადმყოფი უჩივის და ფსიქიატრი ეუბნება მას ამ ჩივილების შესახებ, სამედიცინო ენაზე “დაავადების ნიშნებსა და სიმპტომებს” უწოდებენ. შემდგომში ამ ინფორმაციის საფუძველზე ისმება დიაგნოზი. გამოდის, რომ დიაგნოზი – ესაა ზემოხსენებული ნიშნებისა და სიმპტომების ერთობლიობის ერთიანი დახასიათება, ფსიქიკური დაავადების ერთსიტყვიანი სახელწოდება, რომლის საფუძველზეც ინიშნება მისი მკურნალობა. მოდით დაეფიქრდეთ: რა აზრი აქვს ამ სქემით ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებთან მუშაობას, და აქვს თუ არა საერთოდ რამენაირი აზრი მთელ ამ პროცესს?

განვიხილოთ ასეთი მაგალითი: “აგორაფობია” ყველასათვის ნაცნობი დიაგნოზია. ფსიქოთერაპევტთან ხშირად მიდის კლიენტი ამგვარი მიმოერთვით ფსიქიატრისაგან: “პაციენტი X უკვე დიდი ხანია დაავადებულია აგორაფობიით და არ ექვემდებარება მცირე ტრანკვილიზატორებით მკურნალობას. გთხოვთ ჩაატაროთ შესაბამისი ღონისძიებები ...”. ამ დროს ექიმს საქმე აქვს ადამიანთან, რომელიც შესაძლოა თავს დასაგრულად გრძნობს, ვერ ახერხებს ადამიანებთან ურთიერ-

თობის დამყარებას, ფიქრობს, რომ მას არაფერია აფასებას, ამიტომაც შფოთავს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში მოხვედრისას, ან შესაძლოა ის ძლიერ განიცდის რაიმე პრობლემას (მაგალითად, ოჯახის წევრის ავადმყოფობას ან სიკვდილს, მიუღწევად ურთიერთობას, შეილებს მდგომარეობას). სამედიცინო დიაგნოსტიკის ხეობაში უფრო სტანდარტული პროცესის შედეგად კი ექიმის ფსიქიატრი ყოველთვის ამას უბრალოდ ერთი სათაურის ქვეშ მოაქცევს და მიიღებს “სიმპტომების შეკვრას” სახელწოდებით “ავორაფობია”, რათა გაუგზავნოს ის სხვა სპეციალისტს (ფსიქოთერაპევტს). ამ უკანასკნელმა, რომელიც მოწოდებულია იმუშაოს უკვე “არასამედიცინო სქემით”, ისევე უნდა “დაშალოს ეს შეკვრა”, რათა გაშიფროს ფსიქიატრის მიერ გამოტანილი დიაგნოზი და გამოარკვიოს, თუ რა პრობლემა იმალება სინამდვილეში მის უკან. ზოგადად, დიაგნოზის ქვეშ ჩვენ ვაერთიანებთ გარკვეულ სიმპტომოკომპლექსს, რათა ლაბორატორიულად გადმოვიკვლოთ რა აწუხებს ავადმყოფს. მაგრამ როდესაც საქმე ეხება ფსიქიკურ პრობლემებს, დიაგნოზი ხშირად ვერ ასახავს იმას, თუ რას განიცდის ავადმყოფი. იმ უამრავ ადამიანს შორის, რომელთაც დასმული აქვთ “ავორაფობიის დიაგნოზი”, ერთნაირი ჩივილების მქონე ორ ადამიანსაც კი ვერ ნახავთ. მრავალი მეცნიერი აკრიტიკებს ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკის მეთოდის არა-დამაჯერებლობისა და დაბალი პროგნოზული ღირებულების გამო (Scheff, 1985; Bentall, 1990): “ეს დროის უაზრო ხარჯვაა. ამის ნაცვლად სჯობს უბრალოდ, ჩვეულებრივი სიტყვებით აღვწეროთ, რას აკეთებენ და რას განიცდიან ეს ადამიანები.”

ფსიქიკურ დაავადებათა დიაგნოსტიკასთან კიდევ მრავალი პრობლემაა დაკავშირებული: დიაგნოსტიკური კონცეფციები (ფსიქიკური დაავადების განხილვა მხოლოდ სამედიცინო ჭრილში) რამდენადმე კანონიერ სახეს აძლევს ჩვენს ქმედებას (გნებავთ უმოქმედობას!), როდესაც უგულვებლევყოფთ სოციალური და გარემო ფაქტორების როლს ფსიქიკური დაავადებების გაერცვლებაში. ხშირად დიაგნოზი გამოიყენება არა დაავადების აღსაწერად, არამედ როგორც რაიმე მოვლენის მიზეზი, მაგალითად: “პაციენტი აწუხებს სუნთქვის უკმარისობა და ადრეულგებულობა, რადგან მას აქვს ავორაფობია”. საიდან ვიცით, რომ მას აქვს ავორაფობია? იმიტომ, რომ ის ქოშინებს, როდესაც მოხვდება ღია გარემოში. რატომ ქოშინებს? იმიტომ, რომ მას ავორაფობია აქვს... და ა.შ. ხომ მშვენიერია?

კიდევ უფრო მნიშვნელოვანი პრობლემა – ავადმყოფი დროთა განმავლობაში სულ უფრო კარგად მოერგება ხოლმე თავის დიაგნოზს. შესაძლოა სწორედ ამიტომაც ხდება, რომ სხვადასხვა კლუბებში გაწვერიანებულ ავადმყოფებს (მაგალითად, დიაბეტიკოს, ბრონქიტით, ასთმით დაავადებულთა კლუბები) ახასიათებთ მტკიანი მიდრეკილება ქრონიზაციისაკენ. ეს პრობლემა კიდევ უფრო აქტუალურია ფსიქიკური დაავადებების შემთხვევაში, მით უფრო რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემების არასრულფასოვნების გამო აქ “კლუბების” როლი თავისუფლად შესაძლებელია თავად სოციალურმა გარემომაც შეასრულოს.

ხშირად ადამიანი მთლიანად ასოცირდება მისთვის დასმულ ფსიქიატრიულ დიაგნოზთან. საოცარი შედეგებით დასრულდა ერთი საკმაოდ გახმაურებული ექსპერიმენტი (Rosenhan, 1973): ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოათავსეს ჯანმრთელი ადამიანები შეთხზული დიაგნოზით “შიზოფრენია” (სინი ამტკიცებდნენ, რომ “ესმოდათ ხმები”). რაოდენ გასაკვირიც არ უნდა იყოს, ამ “ავადმყოფების” პოსპიტალში ყოფნის დროს ექიმები მათ ჩვეულებრივ ქცევას ახასიათებდ-

ნენ, როგორც “ძალიან სიმპტომატურს ამ დაავადებისთვის”. საქმე იქამდე მივიდა, რომ ამ ექსპერიმენტის მონაწილეებს ძალიან გაუჭირდათ საავადმყოფოდან თავის დაღწევა (პერსონალი დიდხანს თავს იკავებდა მათ გაწერაზე) და დიდი ძალისხმევა დასჭირდათ, რათა ბოლოს და ბოლოს მიეღწიათ დიაგნოზისათვის “შისოფრენია რემისიის ფაზაში”. ამრიგად, ადამიანი თავადაც კარგად ერგება “ავადმყოფის როლს” და სხეებიც მშვენივრად აღიქვამენ მას ამ როლში.

ფსიქიატრიულ დიაგნოსტიკას ხშირად თავად პაციენტის ახლობლები უჭერენ მხარს – ისინი ამბობენ, რომ ზუსტად დადგენილი დიაგნოზის გარეშე მათ უჭირთ მოიძიონ და მიიღონ დახმარება სხვადასხვა სამსახურებისაგან. სამწუხაროდ, ეს სიმართლეა, რომელიც ცხადყოფს დიაგნოსტიკის აუცილებლობას მომსახურების სისტემების დაგეგმარებისათვის, მაგრამ არა მის შინაარსობრივ ღირებულებას.

შემთხვევის მენეჯერმა უნდა შეძლოს მომხმარებლის ძლიერი მხარეების, შესაძლებლობების დანახვა, და არ იყოს ორიენტირებული მთლიანად ავადმყოფურ ნიშნებზე. აქ იგულისხმება, რომ შემთხვევის მენეჯერი უნდა ეცადოს, მომხმარებელი თავად გახდეს მომსახურების პროცესის აქტიური მონაწილე, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე ეხება შენარჩუნებული უნარ-ჩვევების გამოყენებას, აღდგენას და ახლის ათვისებას, თავად მასში და მის გარემოში არსებული “აქტივების” გამოყენებას. ინდივიდუალური რესურსების (“აქტივების”) რაციონალური გამოყენების გარდა, საჭიროებათა შეფასებისას ამგვარ მიდგომას თერაპიული მნიშვნელობაც გააჩნია ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანებისათვის, რომელთაც უამისოდაც ხშირად დაბალი თვითშეფასება აქვთ და მიდრეკილნი არიან თვითბრალდებისაკენ, ნაკლებად მოსალოდნელია სასარგებლო აღმოჩნდეს საუბარი ხაზგასმით მათ ნაკლოვანებებზე. ამასთან, როდესაც აქცენტია კეთდება მომხმარებლის ძლიერ მხარეებზე, ეს თავად პერსონალსაც ეხმარება დაინახოს მომხმარებელი მთლიანობაში – როგორც ადამიანი საკუთარი უნიკალური დადებითი და უარყოფითი თვისებებით, და არა როგორც “პრობლემებით გატენილი გუდა”. ასეთი “მთლიანი” ადამიანი კი ყოველთვის საჭიროებს პატივისცემას, საკუთარი მნიშვნელობის შეგრძნებას და დახმარებას მისთვის მაქსიმალური დამოუკიდებლობის შენარჩუნებით.

### შემთხვევის მენეჯერსა და მომხმარებელს შორის ურთიერთობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს

შემთხვევის მენეჯერსა და მომხმარებელს შორის უნდა დამყარდეს გულითადი, ნამდვილი თანამშრომლური ურთიერთობა. როგორც ინტაგლიატა ამბობს, “შემთხვევის მართვის პროცესში გადამწყვეტი მომენტია ის, თუ რამდენად გაითავისებს შემთხვევის მენეჯერი პიროვნულ მოვალეობას პირადად მომხმარებლის წინაშე” (Intagliata, 1982). ეს დამოკიდებულება არ უნდა დაემსგავსოს უბრალოდ მშრალ, საქმიან, ოფიციალურ ურთიერთობას კლიენტსა და ბროკერს შორის.

ამრიგად, შემთხვევის მენეჯერსა და მომხმარებელს შორის პიროვნულ ურთიერთდამოკიდებულებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ ერთი რამ ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს: ეს არაა “ჩვეულებრივი” ურთიერთობა ორ ადამიანს (მეგობარს, ნათესავსა თუ კოლეგას) შორის. შემთხვევის მენეჯერმა ყოველთვის უნდა შეინარჩუნოს ავტორიტეტულობა მომხმარებლის თვალში. საკმაოდ არასა-

სურველი შედეგებია მოსალოდნელი, თუ ის დაკარგავს გავლენის უნარს მომხმარებელზე. შემთხვევის მენეჯერის პროფესიონალიზმიც სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ შეინარჩუნოს და გამოიყენოს საკუთარი ძალაუფლება მომხმარებლის სასიკეთოდ, იმგვარად, რომ მისი დამოკიდებულება მომხმარებელთან იყოს ნაკლებად დამორტყუნველი და მაქსიმალურად თანამშრომლური.

ამგვარი ურთიერთობის წყალობით დახმარება ყოველთვის ადვილად ხელმისაწვდომი იქნება მომხმარებლისა და მისი ახლობლებისათვის. მილერი (Miller, 1983) აღნიშნავს, რომ შემთხვევის მართვის სისტემა ყოველთვის უნდა ასრულებდეს უკლებლივ ყველა თავის ძირითად ფუნქციას, თუნდაც მომხმარებელი სხვა სააგენტოებისგანაც იღებდეს შემთხვევის მართვის ანალოგიურ მომსახურებას. შემთხვევის მენეჯერი ყველგან და ყოველთვის აგებს პასუხს მომხმარებლის კეთილდღეობაზე. ტერმინს „მიმართვის მიცემა“ შემთხვევის მართვაში რამდენადმე განსხვავებული, თავისებური მნიშვნელობა აქვს, და არასოდეს გულისხმობს მომხმარებელზე პასუხისმგებლობის მოხსნას და თვლიანად სხვისთვის გადაცემას. პრაქტიკულად ამ უკანასკნელი პრინციპის დაცვა უფრო იოლი იქნება, თუ შემთხვევის მენეჯერი შეასრულებს უშუალო მომსახურების მუშაის ფუნქციებსაც (ოჯახთან მუშაობა, უნარ-ჩვევების ტრენინგება, კონსულტაციები და სხვ.).

### ინტერვენციები უნდა ემყარებოდეს მომხმარებლის თვითგამორკვევის პრინციპს

თვითგამორკვევის პრინციპი სწორად უნდა გაეიგოს. ის არ უნდა გაეაიგივოს 1980-იან წლებში პოპულარულ ინდივიდუალიზმის პრინციპებთან: „ყველას აქვს უფლება იყოს ისეთი, როგორც მას სურს, ოღონდ თუ ის თავად აგებს პასუხს საკუთარ თავზე“. გამართის, რომ ძალიან მარტივად შეძლებთ მოვისხნათ პასუხისმგებლობა ადამიანზე, რომელიც სოციალური უთანასწორობის მსხვერპლი გახდა, და თავის გამართლებაც არ გაგვიჭირდება – „რაც მოგივა დაეითაო, ყველა შენი თავითაო“.

თვითგამორკვევის პრინციპი გულისხმობს საკუთარ ცხოვრებასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებათა მიღების შესაძლებლობის მაქსიმალიზაციას. ამ დროს ყველა ღონე უნდა ვიხმაროთ, რომ მომხმარებელმა მართლაც რეალურად განახორციელოს თავისი არჩევანი, და რომ „დამოუკიდებელი მოქმედების“ ამ შესაძლებლობამ ხელი შეუწყოს საკუთარი შემთხვევის მართვის პროცესისადმი თანამშრომლური განწყობის განმტკიცებას. მუშაობის მიზნები მომხმარებლის საჭიროებებიდან და მიზნებიდან უნდა გამომდინარეობდეს. მაგრამ ზოგჯერ შემთხვევის მენეჯერი იძულებულია მოიტყვეს მომხმარებლის სურვილის საწინააღმდეგოდ (მისივე ინტერესებიდან გამომდინარე), მაგალითად, გადაიყვანოს უფრო მკაცრად კონტროლირებულ გარემოში, როდესაც მისი ქცევა საშიში ხდება საკუთარი თავისა და გარემომყოფთათვის. პრინციპში, შემთხვევის მენეჯერი უნდა ეცადოს საერთოდ გამორიცხოს ამგვარი ინციდენტები, მაგრამ ეს ზოგჯერ მართლაც შეუძლებელია. ამიტომაც მომხმარებლისათვის ადვილად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ადვოკატის დახმარება, რომელიც ასეთ შემთხვევებში მის ინტერესებს დაიცავს. როგორც ზემოთ ითქვა, მომსახურების სისტემის მიერ დაქირავებული შემთხვევის მენეჯერისათვის ძნელია შეითავსოს მომხმარებლის ადვოკატის (იგულისხმება იურიდიული ადვოკატი პირდაპირი მნიშვნელო-

ბით, თორემ კლიენტის ინტერესების დაცვა სოგადად შემთხვევის მენეჯერის პირდაპირი მოვალეობაა) როლიც. მაგრამ ის უნდა დაეხმაროს თავის კლიენტს კარგი ადვოკატის მონახვაში.

აქვე დაეძინო, რომ გადაწყვეტილებათა დამოუკიდებლად მიღების შესაძლებლობა მომხმარებლისათვის სასიამოვნო და მიმზიდველი მომენტიცაა, რომელიც მას მეტი ხალისით განაწყობს საკუთარი შემთხვევის მართვის პროცესისადმი.

### **შემთხვევის მართვის პროცესში უპირატესობა ენიჭება მომსახურების ასერტიულ ფორმას**

როგორც წესი, ის პაციენტები, რომლებიც ყველაზე მეტად საჭიროებენ დახმარებას, ყველაზე იშვიათად მიმართავენ ხოლმე შესაბამის სამსახურებს. მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები თავისით იშვიათად თუ მიაკითხავენ ამბულატორიულ ცენტრს. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს მომსახურებით უკმაყოფილება წარსულში, მეხსიერების დარღვევები, დროის დაგეგმარებისა და სოციალური კონტაქტების დამყარების უუნარობა, საჭირო ინფორმაციის უქონლობა, სტიგმატიზაცია, მომსახურების არასაკმარისი ხელმისაწვდომობა ან "არასტუმართმოყვარეობა" და სხვ. (Hagan, 1990).

მომხმარებლისათვის მომსახურების "ადგილზე მიტანას" არამარტო პრაქტიკული და ფინანსური, არამედ მრავალი სხვა უპირატესობაც გააჩნია. მომხმარებლისათვის ბუნებრივ გარემოში, მასზე მზრუნველი ადამიანების (ოჯახის წევრები, ახლობლები, სამედიცინო პერსონალი) ჩართვით წარმოებული საჭიროებათა შეფასება უფრო სრულყოფილი, მისი შედეგები კი უფრო დამაჯერებელი იქნება.

სახლში მისვლით მომსახურებისას შემთხვევის მენეჯერს მეტი შესაძლებლობა აქვს აკონტროლოს მომხმარებლის მდგომარეობა. ამასთან, მომხმარებელი ამ დროს მასპინძელია, და შესაძლებლობა ეძლევა დახმარების სანაცვლოდ თავადაც შესთავაზოს რაიმე თავის მენეჯერს. ყოველივე ეს ნდობით განმსჭვალავს და თანამშრომელურ ელფერს სძენს მათ ურთიერთობას, ხოლო მომხმარებელს საკუთარი თავის მნიშვნელობას შეაგრძნობინებს.

ასერტიული მომსახურების ეფექტურობას მრავალი კვლევის მონაცემები ადასტურებს. "ახლა, როდესაც ჩვენ მივისწრაფით საყოველთაოდ დაენერგოთ და განეავითაროთ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მომსახურების სისტემები, ასერტიული დახმარება ფუფუნებაა კი არა, მომსახურების აუცილებელი ელემენტია".

### **მძიმე და ქრონიკული ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებმა შესაძლებელია განაგრძონ პიროვნული ზრდა-განვითარება და განიცადონ პროგრესული ცვლილებები, ჩვენ კი შეგვიძლია დავეხმაროთ ამაში**

ექსპერიმენტული კვლევების მონაცემებით დადასტურებულია, რომ მძიმე ქრონიკული ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებთან მუშაობა შედეგის მომცემია მაშინაც კი, როდესაც საქმე გვაქვს ინსტიტუციონალური გარემოს ზემოქმედებით "დაზარალებულ" ავადმყოფებთან (Lieberman et al., 1986; Tarrier, 1991...).

ლიტერატურაში ოჯახური თერაპიის შესახებ (მაგ. Carpenter and Treacher, 1989) დიდი ყურადღება ეთმობა მიღწონ ერიქსონისა და მისი თანამშრომლების მიერ გამოყენებულ მიდგომას – ორიენტაციას ცვლილებებზე. თუ ტრადიციული მოდელი მოკვიწოდებს: "არანაირი ცვლილება", "პომპოსტაზი", ეს ავტორები ცვალებადობას განიხილავენ როგორც გარდაუვალ მოვლენას და ნაცვლად ტრადიციული კითხვისა, "მითხარი, თუ რაიმე ცვლილებას შეამჩნევ ჩვენს მომავალ შეხვედრამდე", ისინი პაციენტს ეკითხებიან: "დააკვირდი და მიამბე იმ ცვლილებების შესახებ, რომელიც ჩვენს მომავალ შეხვედრამდე მოხდება, და რომელიც გასურს, რომ შენი ცხოვრების ნაწილი გახდეს". გარკვეულწილად, აქ მეორდება იგივე პრინციპი, რომლის შესახებაც ზემოთ უკვე გვქონდა საუბარი, კერძოდ ის, რომ საჭიროა ყურადღება გავამახვილოთ ინდივიდის შესაძლებლობებზე, და არა ნაკლოვანებებზე. მაგრამ ამასთან ერთად ეს მიდგომა შეგვახსენებს, რომ ინდივიდი ცვალებადი სისტემის განუყოფელი ნაწილია, რომელიც გარემოს მუდმივ ცვალებადობასთან ერთად თავადაც იცვლება. ხოლო მცდელობა იმისა, რომ აღამიანს შეეუნარჩუნოთ ერთგვაროვანი ქცევა, ჯიუტად და სულელურად ეწინააღმდეგება ცვალებადობის ბუნებრივ კანონზომიერებას. ჩვენი მიზანი უნდა იყოს ვიშუაოთ მომხმარებელთან და მის გარემოსთან ინვეარად, რომ მივალწიოთ არა სტატიკურ მდგომარეობას, არამედ დადებით დინამიურ ბალანსს.

თითოეული წინგადადგმული, თუნდაც პატარა ნაბიჯი საბოლოო მიზნისაკენ, თავად წარმოადგენენ მიზანს, რომელიც უნდა განვამტკიცოთ მას შემდეგ, რაც მას მივალწივთ. ამგვარად, მცირედი მიღწევები ერთმანეთს ემატება და ქმნიან იმ შესაძლებლობათა ბაზას, რომლის საშუალებითაც მომხმარებელი მომავალში თავად შეებრძოლება საკუთარ პრობლემებს, და შეეცდება შეცვალოს თავისი გარემო და საკუთარი მდგომარეობა ამ გარემოში. მიზანი ამ უმცირესი, "მიკროსკოპული მიღწევები უნდა ეაშვნოთ" – ესაა შემთხვევის მართვის კიდევ ერთი ფუნდამენტური პრინციპი.

**შემთხვევის მართვის რესურსები არ შემოიფარგლება მხოლოდ იმით, რასაც სტანდარტული ფსიქიატრიული სამსახურები იყენებენ. რესურსების უძვირფასესი წყაროა თავად საზოგადოება**

ფსიქიატრიული მომსახურების სტანდარტული პროცესი, რომლის შესახებაც ზემოთ გვქონდა საუბარი, "უხეშად იჭრება მომხმარებლების ცხოვრებაში და ცვლის მას იმგვარად, რომ მთლიანად მომსახურების გრაფიკში აქცევს". ჩვენ გვაიწვევდა მთავარი: რა დანიშნულება აქვს ჩვენს "დახმარებას" თავად მომხმარებლისათვის? კონკრეტულად რა სჭირდება მას ყოველდღიურად – დღის ცენტრის მომსახურება თუ ის, რომ რაიმე შინაარსიანი აკეთოს მთელი დღის განმავლობაში? დავისი (Davis, 1990) სწავლობდა მომხმარებელთა აზრს იმის შესახებ, თუ რა სარგებლობას ხედავენ ისინი მათთვის გაწეულ ამბულატორიულ (დღის ცენტრის) მომსახურებაში. როგორც აღმოჩნდა, საკუთრივ სამკურნალო პროცესს თითქმის არაფერი ახსენებდა. მომხმარებლები ყველაზე მეტად აფასებდნენ შესაძლებლობას, თავი დაეღწიათ სახლში "ოთხ კედელს შუა ყოფნისაგან" და ყოველგვარი ფორმალობის გარეშე ესაუბრაოთ სხვა აღამიანებთან. ამასთან, ისინი უფრო მეტად აფასებდნენ ურთიერთობას სხვა მომხმარებლებთან, ვიდრე მომსახურე პერსონალთან (ამ უკანასკნელთ, მათი დახასიათებით, "ყოველთვის ძალიან ბევრი საქმე აქვთ და არასოდეს სცალიათ"). მომხმარე

ბლებს დიდ აღტაცებას აგვირდა აგრეთვე საკუთარი ფულის (გათბობის, ტელეფონის, სამრეცხაოს, კეპების ხარჯები) დაზოგვის შესაძლებლობა. ამრიგად, შემთხვევის მენეჯერებმა პირველ ყოვლისა უნდა იფიქრონ მომხმარებლის საჭიროებებზე და მათი დაკმაყოფილების გზებზე, და მხოლოდ ამის შემდეგ შესთავაზოს მომხმარებელს ესა თუ ის სერვისი. გამოცდილებამ აჩვენა, რომ “სერვისის” როლი შეიძლება წარმატებით შეასრულოს ისეთმა “ჩვეულებრივმა” საზოგადოებრივმა დაწესებულებებმა, როგორცაა ბიბლიოთეკა, კაფე, სპორტული კომპლექსი და სხვ.

### მომხმარებელთა უფლებების დაცვა

შემთხვევის მართვის ერთ-ერთი ძირითადი თავისებურებაა ის, რომ უფლება-მოსილებათა და მოვალეობათა საკმაოდ დიდი წილი უშუალო მომსახურების მუშაკზე მოდის. შემთხვევის მენეჯერის მოვალეობაში შედის მომხმარებლის ისეთ მნიშვნელოვან ცხოვრებისეულ საჭიროებებზე ზრუნვა, როგორცაა საცხოვრებელი უზრუნველყოფა, ფინანსური დახმარება, დასაქმება, სოციალური აქტივობა, თავისუფალი დროის შინაარსიანად გატარება და სხვ. შესაძლოა შემთხვევის მენეჯერის კომპეტენციაში ზოგადი სამედიცინო დახმარების კოორდინირებაც შედიოდეს. ამრიგად, იქმნება შემთხვევის მენეჯერის მიერ უფლებების ბოროტად გამოყენების საკმაოდ დიდი საშიშროება. აქედან გამომდინარე, შემთხვევის მენეჯერის დამქირავეები ორგანიზაცია აუცილებლად უნდა ფლობდეს შესაბამის მექანიზმებს მისი საქმიანობის კონტროლისა და მომხმარებლის უფლებების დასაცავად. ამავდროულად, შემთხვევის მენეჯერს თავადაც გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეს საკუთარი არაობექტურობის შესაძლებლობა და სრულყოფილად იყოს ინფორმირებული მომხმარებლის უფლებების შესახებ.

ვოლოვიცი (Wolowitz, 1983) აღნიშნავს, რომ სოციალური სამსახურების წინსვლის პარალელურად, სულ უფრო იზღუდება მათ მიერ (ამ სამსახურების) მომხმარებლების დამოუკიდებელი მოქმედების შესაძლებლობა და უნარი. “მათ, მართალია, კეთილშობილური მიზნები ამოძრავებთ, მაგრამ ვერ ამჩნევენ ამ კეთილმოსურნეობის შედეგებს. მათ თითქმის მშობლის პოზიცია დაიკავეს, და ვერ გაუძღეს ცთუნებას, იმბრძანებლონ ადამიანებზე და მათ ცხოვრებაზე.” შედეგად, მომხმარებელიც ბავშვს დაემსგავსა, რომელიც ხმას ვერ იღებს საკუთარ უფლებებზე. ეს მართალია, მაგრამ არ უნდა დაგვაიწიფდეს “შედლის მეორე მხარე” ანუ ის, რომ არც მეორე უკიდურესობაა სასურველი – არ შეიძლება შემთხვევის მენეჯერი დაუფიქრებლად, ბრმად ასრულებდეს მომხმარებლის ნებასურვილს. კანტერი (Kanter, 1985) ამბობს: “შემთხვევის მენეჯერის არსებობას საფუძვლად უდევს ის მოსაზრება, რომ ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანებს არ ძალუძთ დამოუკიდებლად მოაგვარონ საკუთარი პრობლემები”. ეს მხოლოდ ნაწილობრივ შეეფერება სიმართლეს, ვინაიდან “თუკი შემთხვევის მართვა ცდილობს ვინმეს პრობლემების მოგვარებას, ეს ვინმე პირველი იგივე თავად მომსახურების სისტემებია. შემთხვევის მართვის არსებობაც, ზოგადად, პირველ ყოვლისა იმ მწარე გამოცდილებიდან გამომდინარეობს, რომ სერვისები ვერ ახერხებენ საკუთარი თავის მართვას”. მაგრამ, მეორეს მხრივ, ფსიქიკურ ავადმყოფებს საკუთარი პრობლემების მოგვარება თავად რომ შეუძლოთ, შემთხვევის მართვის საჭიროებაც აღარ იარსებებდა.

მომხმარებელთა სრული ავტონომია ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემებისათვის უფრო სამომავლო მიზანია, ვიდრე რეალობა. ამიტომაც, შემთხვევის მენეჯერის მოვალეობათა შორის იქმნება გარკვეული წინააღმდეგობრიობა – მათ უნდა მართონ შემთხვევა და ამავედროულად არ შელახონ მომხმარებლის უფლებები. ეს პრობლემა ცალსახად ვერ გადაიჭრება, ის მოითხოვს მუდმივ ზრუნვას მომხმარებლის ინფორმირებულობაზე და მათთვის იურიდიული დახმარების ხელმისაწვდომობაზე.

მომხმარებლებმა უნდა იცოდნენ რას ნიშნავს, როდესაც მათ “შემთხვევას მართავენ”. ამისათვის მათ წინასწარ უნდა განუშარტოთ, რომ გარკვეულ სიტუაციაში შესაძლოა შეიქმნას მათი სურვილის საწინააღმდეგოდ მოქმედების აუცილებლობა. ამის შემდეგ შესაძლოა, მომხმარებელს გაუჩნდეს სურვილი, გამოიყენოს თავისი უფლება და უარი თქვას მომსახურების მიღებაზე. ამას ჩვენ ვაგუბით უნდა მოვეკიდოთ. “ყველა ადამიანს აქვს უფლება იყოს არანორმალური და მოიქცეს გიჟურად. თუ ამით საშიშროებას არ უქმნის საკუთარ თავს ან გარშემოყრფ ადამიანებს” (Mental Health Act, 1983). ასეთ შემთხვევაში მათ სრული უფლება აქვთ მოითხოვონ, რომ “ყველამ თავი გაანებოს”.

შემთხვევის მენეჯერი, მისი საქმიანობის სპეციფიკიდან გამომდინარე, საკმაოდ დიდ ინფორმაციას ფლობს მომხმარებლის პირადი ცხოვრების შესახებ. შესაბამისად, აქტუალური ხდება ამ ინფორმაციის ანონიმურობის (კონფიდენციალურობის) პრობლემა. აშშ-ში პირველი ინსტანციის სასამართლო (US Supreme Court) პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლებას ფუნდამენტურ პრინციპად აღიარებს. ვოლოვიცის რეკომენდაციით, მომხმარებლის შესახებ ინფორმაციის მესამე პირისათვის გადაცემისას საჭიროა დაეიცვათ შემდეგი სამი ძირითადი წესი (Wolowitz, 1983):

1. ინფორმაცია არ უნდა გაიკვს მომხმარებლის ან მისი ოფიციალური წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე;
2. ინფორმაცია უნდა გაიკვს მხოლოდ იმ მინიმალური მოცულობით, რომელსაც საქმე მოითხოვს;
3. ინფორმაციის მიმღებს უფლება არა აქვს, გასცეს მიღებული ინფორმაცია.

სანამ მომხმარებელი თანხმობას განაცხადებდეს კონფიდენციალური ინფორმაციის გაცემაზე, ის უნდა გაეცნოს დოკუმენტაციას ამ ინფორმაციის გაცემის საჭიროებისა და ინფორმაციის მიმღები პირის შესახებ.

ბრიტანეთში ინფორმაცია, რომელსაც შემთხვევის მენეჯერი ფლობს მომხმარებლის შესახებ, მისი დამჭირებელი ორგანიზაციის “საკუთრება” ხდება. შესაბამის პერსონალს ორგანიზაციაში უფლება ენიჭება, რომ თავად გადაწყვიტოს, თუ როგორ უნდა იქნეს გამოყენებული ეს ინფორმაცია შემდგომში. ნებისმიერ შემთხვევაში სასურველი იქნება, რომ შემთხვევის მენეჯერმა გაითვალისწინოს ზემოწამოთვლილი წესები და კონფიდენციალური ინფორმაცია მომხმარებლის მხოლოდ გარდაუვალი აუცილებლობის შემთხვევაში გასცეს.

ამ თავში განვიხილეთ შემთხვევის მენეჯერისა და მომხმარებლის ურთიერთობის ძირითადი პრინციპები. მომდევნო თავებში კი უსაზღვრებთ იმის შესახებ, თუ როგორ ხორციელდება ეს პრინციპები პრაქტიკაში.



## თავი 4

# შემთხვევის მართვის ამოცანები I - შემთხვევის მართვის სანდისი პრაქტიკა

### შემთხვევის მართვის ამოცანების სქემა

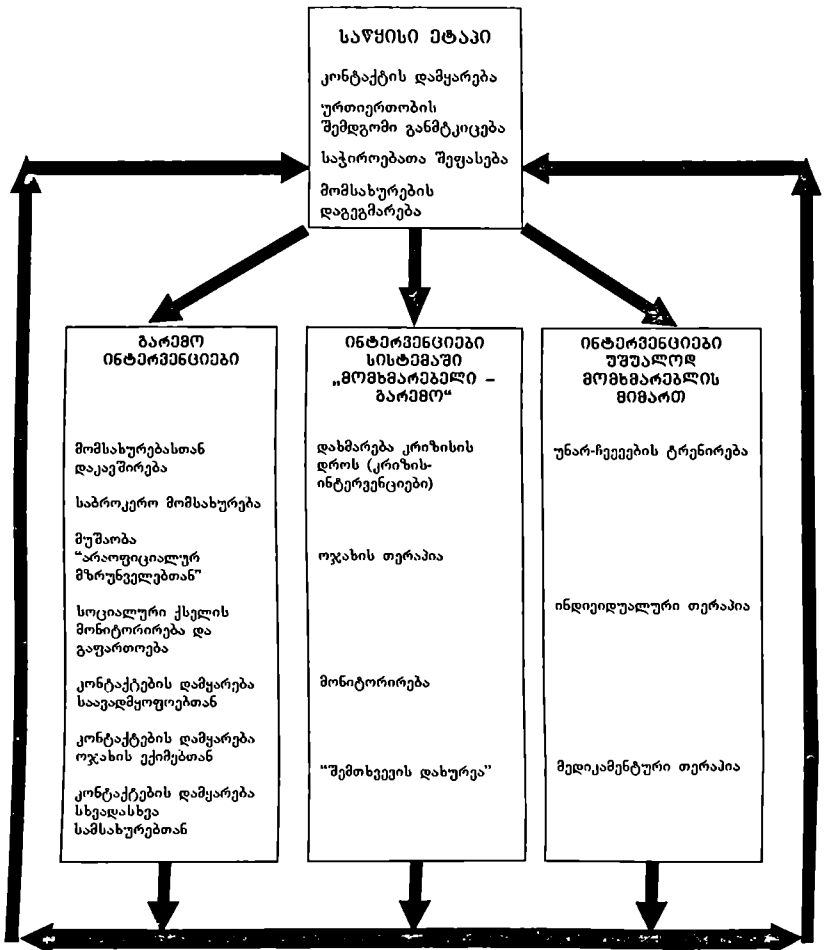
სქემაზე (იხ. სურ. 4.1) წარმოდგენილია შემთხვევის მართვის ამოცანების ჩამონათვალი. შემთხვევის მართვა სასურველია მოიცავდეს ამ ამოცანათა სრულ კომპლექტს, თუმცა ამ უკანასკნელის მოცულობა და ხასიათი მაინც კონკრეტულ სიტუაციაზე და მოკიდებული და განისაზღვრება სამიზნე ჯგუფის საჭიროებებითა და სამომსახურებო რეგიონში არსებული სამსახურების თავისებურებებით. მაგალითად, შემთხვევის მართვის სამსახურმა შესაძლოა მიმართოს სხვა სააგენტოებს ზოგიერთი ამ მომსახურებისათვის, როგორცაა დახმარება კრიზისის დროს, ოჯახური თერაპია, სხვადასხვა უნარ-ჩვევათა ტრენინგება, ინდივიდუალური თერაპია და სხვ., თუ ამით ზიანი არ მიადგება მომსახურების უწყვეტობას.

ეს სქემა ერთმანეთისაგან გამოყოფს ინიციალურ ეტაპს და ინტერვენციებს, რომლებიც გულისხმობს უშუალოდ მომხმარებელთან, მის გარემოსთან და მომხმარებელი-გარემოს ურთიერთქმედებასთან მუშაობას. მაგრამ ამგვარი დაყოფა ასახავს მხოლოდ და მხოლოდ იმას, თუ რაზე კეთდება განსაკუთრებული აქცენტი მუშაობის მოცემულ ეტაპზე. ზოგადად კი, შემთხვევის მართვის უკლებლივ ყველა ამოცანა მეტ-ნაკლებად მოიცავს მომხმარებელთან და მის გარემოსთან მუშაობას. ისრები აღნიშნავს ამოცანათა განხორციელების თანმიმდევრობას, თუმცა არცთუ იშვიათად შემთხვევის მენეჯერი ერთდროულად ასრულებს რამდენიმე ამოცანას.

წინამდებარე თავში განვიხილავთ ინიციალურ ეტაპზე შესასრულებელ ამოცანებს, კერძოდ ესაა: მომხმარებელთან პირველადი კონტაქტის დამყარება, ურთიერთობის შემდგომი განმტკიცება, საჭიროებათა შეფასება, მომსახურების დაგეგმვა. მართალია ისინი უნდა შესრულდეს პირველ ეტაპზე, მაგრამ ეს სამუშაოები შემდგომშიც გრძელდება. შემთხვევის მენეჯერსა და მომხმარებელს შორის ურთიერთობის ფორმირება, მომხმარებლის საჭიროებათა შეფასება და მომსახურების დაგეგმვა შემთხვევის მართვის პროცესში განუწყვეტლივ მიმდინარეობს.

### კონტაქტის დამყარება მომხმარებელთან (მომხმარებელთან დაკავშირება, პირველადი კონტაქტი)

ძნელად თუ შეხედებით ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანს, რომელიც ხალისით მიდის "თავის ფეხით" ფსიქიატრიული დახმარების სათხოვნელად. შემთხვევის მენეჯერს აკისრია საკმაოდ რთული მისია – დახმარება გაუწიოს ადამიანებს, რომელთაც, ჩვეულებრივ, სრულადაც არ გააჩნიათ ამ დახმარების მიღების სურვილი. უკეთეს შემთხვევაში ისინი სხვა სპეციალისტების (მაგალითად ოჯახის ექიმის) ან ნათესავ-ახლობლების რეკომენდაციით მოდიან. უფრო



სურათი 4.1. შემთხვევის მართვის ამოცანები

ხშირად კი მათ აიძულებენ გააკეთოს ეს. ფსიქიატრიულ დაწესებულებებს უხშირესად მიმართავენ არა თავად ავადმყოფები, არამედ მათი გარშემომყოფი ადამიანები (მაგალითად, მეზობლები ან თანამშრომლები), რომელთაც აწუხებთ ან აშინებთ მათი უცნაური ქცევა. ე.ი. შემთხვევის მენეჯერმა მომსახურება უნდა შესთავაზოს ადამიანს, რომელსაც ეს თავად ნაკლებად აინტერესებს და ვერც რაიმეს ხედავს მასში, მისთვისაც რომ სასარგებლო იყოს.

ისევე, როგორც ნებისმიერ ურთიერთობაში, აქაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს პირველ შთაბეჭდილებას. როგორ დაეამყაროთ ურთიერთობა მომავალ მომხმარებელთან იმგვარად, რომ ჩაერთოთ ის მომსახურებაში და ამასთანავე არ შეეღიზიანოს მისი უფლებები? წარმატების მიღწევაში შემდეგი რჩევები დაგეხმარება:

### **მოემზადეთ წინასწარ!**

წინასწარ, პირველ შეხვედრამდე, რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია უნდა შევაგროვოთ მომხმარებლის შესახებ. ინფორმაციას ამ ეტაპზე უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, რამდენადაც ის საშუალებას მოგცემს რაციონალურად დაეგეგმოთ პირველი შეხვედრა. შემთხვევის მენეჯერმა, პირველ ყოვლისა, სწორად უნდა შეაარჩიოს შეხვედრის ადგილი და დამსწრე საზოგადოება. უდიდესი მნიშვნელობა აქვს წინასწარ ვიცოდეთ, როგორ არის განწყობილი მომხმარებელი ამ მომსახურებისადმი, ვინ იქნება მასთან ერთად პირველი შეხვედრისას, და რამდენად მიზანშეწონილი იქნება ამ ადამიანების დასწრება.

EIS (სამსახურში, მაგალითად, მომმართველი შექლებისდაგვარად ავსებდა სპეციალურ ანკეტას მომხმარებლის შესახებ. შემდეგ კი შემთხვევის მენეჯერი, ამ მომხმარებელთან შეხვედრამდე, ცდილობდა შეეესო ეს ინფორმაცია დანარჩენი მონაცემებით.

### **გათვალისწინეთ ფაქტორები, რომლებმაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს კონტაქტის დამყარებას!**

საჭიროა იმ ფაქტორების განსახლერა და გათვალისწინება, რომლებმაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს კონკრეტული მუშაკის მიერ მომხმარებელთან ურთიერთობის დამყარებას. ისეთი ფაქტორების გამო, როგორცაა ეროვნების, სქესის ან სოციალური ფენის სხვადასხვაობა, მომხმარებელმა შესაძლოა “უცხოვდ, უხერხულად იგრძნოს თავი”. ხშირად ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები განსაკუთრებული ანტიპათიით არიან განწყობილნი გარკვეული კატეგორიის ადამიანებისადმი (მაგალითად, ქალები მამაკაცებისადმი), და პირიქით. ამ თავისებურებების შესახებ აუცილებლად უნდა ვიცოდეთ, რათა შესაბამისად შევარჩიოთ მენეჯერი მოცემული შემთხვევისათვის.

### **იყავით რეალური პიროვნება!**

საჭიროა გარკვევით აუხსნათ მომხმარებელს ვინ ხართ, საიდან და რატომ მიხედით მასთან. მხოლოდ “შემთხვევის მენეჯერი” არაფრის მთქმელი სიტყვებია მომხმარებლისათვის – თქვენ მისთვის უცნობად დარჩებით. მიუცით მომხმარებელს საშუალება, რაიმე ადგილი მოგინახოთ თქვენ თავის რეალობაში. ამისათვის, მომხმარებელი წინასწარ უნდა გააფრთხილოთ პირველი შეხვედრის შესახებ წერილობითი ფორმით ან სატელეფონო საუბრის საშუალებით. ერთდროულად გაეცნობით მას და მომხმარებლის ოჯახის წევრებს (ან სხვა, მასზე

მხრუნველ აღამიანებს) სთხოვთ დაესწრონ პირველ შეხვედრას (თუ ეს წინააღმდეგინაწინები არ არის). ამ დროს უპირატესობა ენიჭება სატელეფონო კონტაქტს, რომელიც შესაძლებლობას მოგცემთ თავიდანვე რამდენადმე “ახლობლური” ურთიერთობა დაამყაროთ მომხმარებელსა და მის ახლობლებთან.

ვიზიტი წინასწარი გაფრთხილების გარეშე დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ზუსტად იცით, რომ მომხმარებელი შეეცდება, თავი აარიდოს შეხვედრას. ამ შემთხვევაშიც საჭიროა გარკვევით წარუდგინოთ მას თქვენი თავი. ასეთ “წერილმანებს” ბევრი უყურადღებოდ ტოვებს, შემდეგ კი აღარ იციან, რას მიაწერონ მომხმარებლის “არასტუმართმოყვარეობა”.

გაცნობისას მომხმარებელს, პირველ ყოვლისა, უნდა უთხრათ თქვენი სახელი, და არა სტატუსი. “აღამიანი სოციალურ მუშაკს უფრო ადვილად მიუხურავს ცხვირწინ კარს, ვიდრე ვინმე ჯეინს ან ტომს”. იყავით დიპლომატიური, მაგრამ არ მოიტყუოთ! თუ მომხმარებელს პირდაპირ მიახლით, რომ თქვენ «სამი ფსიქიატრიული სამსახურის წარმომადგენელი ხართ», ის შეიძლება თავქუდმოგლეჯილი გაიქცეს. მეორეს მხრივ, თუ თავიდან მას წარუდგებით, როგორც ინკასატორი, მან შესაძლოა სახლში შეგიშვას, მაგრამ ეს ეერაფრით დაეხმარება თქვენს შემდგომ ურთიერთობას.

არ არის სასურველი თავდაპირველადვე ვახსენოთ “ფსიქიატრიული სამსახური” – ამის გაგონებაზე აღამიანს თვალწინ წარმოუდგება ექიმები, წამლები, “საგიჟეთი”... თუ საუბარს იმით დავიწყებთ, რომ “გესურს დავეხმაროთ მისი პრობლემების გადაჭრაში”, ეს ტყუილი არ იქნება. ამრიგად, საუბარი უნდა დაიწყოთ არა თქვენი ორგანიზაციის დასახელებით, არამედ მისი საქმიანობის აღწერით – მოუყევით მომხმარებელს სხვა მომხმარებლების, მათი პრობლემების შესახებ, და აუღწერეთ, როგორ ეხმარება მათ თქვენი სამსახური.

საჭიროა მომხმარებელს აუხსნათ ამ ვიზიტის მიზანი, მაგალითად ის, რომ თქვენ “დაიკავშირდნენ”. თუმცა, ხშირად კონკრეტული პიროვნების დასახელება მძლავრ უარყოფით რეაქციას იწვევს მომხმარებლის მხრიდან. ამიტომ აქაც დიდი სიფრთხილე და ტაქტი გემართება!

#### **დაიკავით მომხმარებლის მხარე!**

ზოგჯერ შემთხვევის მენეჯერის მიერ დახმარების შეთავაზების შემდეგ მომხმარებელი ყოველგვარ პრობლემას უარყოფს. ის უამისოდაც გაღიზიანებულია და აშინებს თავისი მდგომარეობა, ახლა კი ყოველივე ამას უნდა დაემატოს კიდევ ერთი პრობლემა – “ვიღაც შემთხვევის მენეჯერი”. ამიტომაც მომხმარებელს უნდა დარწმუნდეს, რომ შემთხვევის მენეჯერს მართლაც მისი დახმარება სურს, და არა თავისი ორგანიზაციის. ამისათვის კი უმჯობესია ვისაუბროთ იმ პრობლემებზე, რომლებიც თავად მომხმარებელმა ახსენა. ამასთან, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ამ პრობლემების ფორმულირებას: მაგალითად, ერთი და იგივე პრობლემა – სმენითი ჰალუცინაციები ჯობს განვიხილოთ არა როგორც დაავადების სიმპტომი, არამედ იმ ასპექტში, რომ ის მომხმარებელს (და არა მის მეზობლებს) უჭმნის პრობლემას, რადგან ამის გამო ის შესაძლოა გააძევიონ საცხოვრებელი კორპუსიდან.

#### **მოუყარით გულწრფელი პატივისცემით!**

თუკი შემთხვევის მენეჯერს მართლაც დახმარება სურს და გულის შესტიყა

მომხმარებლის პრობლემებზე, ეს ყველაფერში უნდა გამოიხატებოდეს. პირველ რიგში, წინასწარ უნდა გაარკვიოთ, როგორი მიმართვა სიაშინებს მას. ოფიციალური მიმართვა ყოველთვის როდი გამოხატავს ადამიანისადმი პატივისცემას. ეთიკის ნორმების მიუხედავად, ხშირად ადამიანებს სიაშინებთ, როდესაც მათ კეთილგანწყობით, შინაურულად – სახელით მიმართავენ. ოფიციალური, მკაცრად საქმიანი ტონი აქ არ გამოგეადგება.

დაიხსომეთ კიდევ ერთი “ოქროს წესი”: მოუსმინეთ ყურადღებით, და არასოდეს იფიქროთ, რომ “გიყის” მონაყოლი ყოველგვარ აზრს მოკლებულია. EIS სამსახურის ერთ-ერთი მომხმარებელი ამტკიცებდა, რომ მეზობლები მის მოკვლას აპირებენ და მუდმივად ამაპარაკობენ. ეს ქალი სხვა ბინაში გადაიყვანეს. მალე მან EIS თანამშრომლებს შესჩივლა, რომ მის გვერდით ბინაში ბოროტმოქმედთა ჯგუფი იყო დაბანაკებული. ეს EIS მუშაკებმა დააგადების გამწვავებად მიიჩნიეს, მაგრამ როგორც შემდგომში გაირკვა, ქალი სრულ სიმართლეს ამბობდა.

#### **დამყარეთ კონტაქტი მომხმარებლისათვის ახლოებელ ადამიანებთან!**

მომხმარებელთან “მიახლოების” კიდევ ერთი საშუალებაა დაახლოება იმ ადამიანებთან, რომელთაც ის ენდობა. დიდი დახმარება შეიძლება გაგვიწიოს, მაგალითად, ოჯახის ექიმმა – მას შეუძლია მომხმარებელს შინაურულ გარემოში წარუდგინოს თქვენი თავი. მაგრამ ასეთი პიროვნების მონახვა ყოველთვის იოლი როდია:

40 წლის ირანელ მისტერ X (გადამდგარი ჯარისკაცი). EIS პროგრამაში ჩართვის მიზეზი გახდა პროგრესირებადი პარანოიდული ქცევა. მას ჩამოერთვა ქონება სახელმწიფო გადასახადების გადაუხდელობის გამო და ცხოვრობდა ფრიად არადაკმაყოფილებელ პირობებში მძიმე ფსიქიკური დარღვევების მქონე რამდენიმე სხვა ადამიანთან ერთად (ამ ბინაში არც გაზი ჰქონდათ და არც ელექტროენერგია.) მანამდე მისტერ X, ოჯახის ექიმის დანიშნულებით, რამდენიმე წლის განმავლობაში ღებულობდა მცირე ტრანკვილიზატორებს. ცოტა ხნის წინ მას ქუჩაში მანქანა დაეჯახა, რის გამოც მიყვანილ იქნა საავადმყოფოში. ის საავადმყოფოდან გაიპარა, რადგან ფიქრობდა, რომ ექიმები მოკვლას უპირებდნენ. მალე მისტერ X კვლავ საავადმყოფოში მოხვდა – მას გაუკეთდა ფეხის ნაწილობრივი ამპუტაცია ტრავმის შედეგად განვითარებული განგრენის გამო.

არც თუ იოლი აღმოჩნდა ისეთი ადამიანის მონახვა, რომელიც დახმარებას გაუწევდა EIS მუშაკებს მისტერ X-თან ურთიერთობის დამყარებაში – ის უკიდურესად აგრესიული იყო. საბოლოოდ, მათ დიდად დაეხმარა მედა, რომელიც ამ პაციენტს ოპერაციის შემდეგ უვლიდა.

---

სასტუმროს ადმინისტრატორმა მიმართა EIS თანამშრომლებს ჩივილით, რომ მისტერ V, 22 წლის ინდოელი ყმაწვილი, მის ტელევიზორს აფურთხებდა. ერთადერთი ადამიანი, რომელსაც ურთიერთობა ჰქონდა ამ ყმაწვილთან, იყო კამერადინერი. კამერადინერის მონაყოლის თანახმად, მისტერ V ტელევიზორს იმიტომ აფურთხებდა, რომ “იქილამ მას ემუქრებოდნენ”. ყმაწვილი მუდმივად “ვილაცას” ელაპარაკებოდა. უენასკნელი რამდენიმე კვირის გან-

მაკლავში ის ოთახიდან არ გამოსულა, და შიმშილისაგან სიკვდილს მხოლოდ იმის წყალობით გადაურჩა, რომ კამერდინერი მას ხანდახან ძალით ატყევედა.

მასთან გამოლაპარაკების მცდელობისას მისტერ V, როგორც წესი, ფურთხებას იწყებდა. მისი ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობა მართლაც საგანგაშო იყო. საჭირო იყო სასწრაფო ზომების მიღება. მისტერ V-სთან კონტაქტის დამყარება მხოლოდ კამერდინერის დახმარებით მოხერხდა.

### დაჯინებით ეცადეთ, მაგრამ იცოდეთ საზღვარი!

ხშირად მომხმარებელი მასთან დაკონტაქტების პირველი მცდელობისას უარს აცხადებს შეხვედრაზე. დაჯინებული მოთხოვნა აუცილებელი არ არის – დაუტოვეთ მას თქვენი კოორდინატები და სთხოვეთ დაგიკავშირდეთ, თუ თქვენი დახმარება დასჭირდება. მაგრამ ზოგჯერ მდგომარეობა სასწრაფო ჩარევას მოითხოვს. ასეთ დროს უკან არ უნდა დაიხიოთ: შეეცადეთ მასთან დაკონტაქტებას ერთხელ, ორჯერ, სამჯერ..., მხოლოდ ისე, რომ თითოეული თქვენი გამოჩენა (მაგალითად, სატელეფონო ზარი) მოულოდნელი არ იყოს (მაგალითად, დაურეკეთ ერთსა და იმავე დროს). ერთი სიტყვით, ძალ-ღონე არ დაიშუროთ, მაგრამ თუ ევერაფერს გახდით, რაღა გაეწყობა – მას უფლება აქვს უარი თქვას თქვენს დახმარებაზე. გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ ის შემთხვევები, როდესაც ადამიანის ქცევა სოციალურად საშიშია.

აი, ერთი მაგალითი ამგვარი წარუმატებელი მცდელობისა:

მისის P, 49 წლის ქალბატონი. ის თანდათანობით სულ უფრო აპათიური, საკუთარ თავში ჩაკეტილი ხდებოდა, უმეტეს დროს საწოლში ატარებდა, ესმოდა "ხმები". EIS სამსახურს მიმართა მისმა მეუღლემ. სანახავედ მისულ EIS მუშაკს ამ ქალბატონმა მუცელში წიხლი ჩაართვა. შემდგომში ფსიქიატრიული სამსახურის თანამშრომლებმა კიდევ მრავალჯერ სცადეს მასთან დაკონტაქტება, არც მეუღლემ და შეიღებმა დაიშურეს ძალ-ღონე. რამდენჯერმე მისის P დათანხმდა კიდევ შეხვედრაზე, მაგრამ მიუხედავად მისი წინასწარი თანხმობისა, ყოველ მისვლაზე EIS მუშაკები ფიზიკური განადგურების სერიოზული საფრთხის წინაშე აღმოჩნდებოდნენ ხოლმე. რაღა გაეწყობოდა – 6 კვირის განმავლობაში უშედეგო მცდელობის შემდეგ EIS სამსახურის მუშაკებმა თავი მიანებეს ამ საქმეს. ავადმყოფის ოჯახის წევრებს კი სთხოვეს შეეტყობინებინათ, თუ მდგომარეობის გაუმჯობესებას (ან გაუარესებას) შენიშნავენ.

### სცადეთ სხვაგვარი პოლიტიკა, ეძებეთ უკეთესი ალტერნატივები!

შემთხვევის მართვაში მთავარია მოქნილი მიდგომა. რაგინდ კეთილსინდისიერადაც არ უნდა მუშაობდეთ, უნდა გესმოდეთ, რომ ზოგჯერ უმჯობესია საჩუშაო სხეას გადააბაროთ და რომ ეს სრულიადაც არ მიიწინოთ თავის დამცირებად. განწყობა კანონს არ ემორჩილება – მომხმარებელს ვერ უბრძანებთ, რომ მას უცილებლად უნდა მოეწონოს თავისი შემთხვევის მენეჯერი. სხვა მუშაკის მოშველიება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც ურთიერთობას ხელს უშლის სოციალურ - კულტურული ფაქტორები.

უკეთესი ალტერნატიული საშუალებები ყველგან და ყოველთვის უნდა ეძიოთ. აი, მაგალითად, შეხვედრის ადგილი – მომხმარებელს შესაძლოა არ სიააოვნებს

თაეის პრობლემებზე საუბარი სხვების თანდასწრებით, ექსპერტულა, ემინია. გაარკვეით ეს წინასწარ და შეხვლით მას სხვაგან.

### ურთიერთობის შემდგომი განმტკიცება

მას შემდეგ, რაც შედგება პირველადი კონტაქტი მომხმარებელთან, საჭიროა ამ ურთიერთობის განვითარება და განმტკიცება.

**გარკვევით აუხსენით, რისი გაკეთება შეგიძლიათ და რისი – არა!**

მომხმარებელს რეალური წარმოდგენა უნდა ჰქონდეს იმის შესახებ, თუ რა როლს შეასრულებთ თქვენ მის ცხოვრებაში. გულწრფელად აუხსენით მას თქვენი შესაძლებლობები – რეალურად რისი გაკეთება შეგიძლიათ (მაგალითად, რა რესურსებია თქვენთვის ხელმისაწვდომი) და რისი – არა. მან უნდა ითანამშრომლოს თქვენთან, დაგეხმაროთ მომსახურების ხარვეზების შეესებაში.

ზოგიერთ მომხმარებელს უმჯობესია თავიდანვე პირდაპირ ეთხრა, რომ ზოგიერთ სიტუაციაში, მაგალითად, კანონსაწინააღმდეგო ქმედების შემთხვევაში, თქვენ მას უბრალოდ ვერაფრით დაეხმარებით. ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ იმის შესახებ, რომ ზოგჯერ შემთხვევის მენეჯერი იძულებულია იმოქმედოს მომხმარებლის სურვილის საწინააღმდეგოდ (მისივე ინტერესებიდან გამომდინარე). როგორც კანტერი აღნიშნავს, “ჩვენი კლიენტის სურვილები ყოველთვის იმსახურებს ჩვენს პატივისცემას, მაგრამ არა ყოველთვის მხარდაჭერას... თუ ჩვენ, ვითომც არაფერი მომხდარიყოს, კვლავც გაენაგრობოთ თანამშრომლობას და მხარს დაეუჭერთ მის არასასურველ ქცევას, ამით კიდევ უფრო შეეუწყოთ ხელს სოციალური რეალობის აღქმის უნარის რღვევას” (anter, 1985). წინასწარმა გაფრთხილებამ მოსალოდნელი “დამსჯელი ზომების” (როგორიცაა იძულებითი პოსაბიტალიზაცია) შესახებ შესაძლოა “დამამუხრუჭებელი ეფექტიც” გამოიღოს და მომხმარებელმა თავი შეიკავოს არასასურველი ქმედებისაგან.

ყველასთან არ არის საჭირო წინასწარვე მისი სურვილის საწინააღმდეგო ქმედების შესახებ საუბარი. თუ მოცემულ შემთხვევაში დამსჯელი ზომების საჭიროება ნაკლებადანა მოსალოდნელი, დასაწყისში ამ საკითხზე ყურადღების გამახვილება არ არის მიზანშეწონილი. მაგრამ თუ ამის საშიშროება არსებობს, ჯობს მაქსიმალურად ადრე გაეაფრთხილოთ მომხმარებელი მოსალოდნელი დამსჯელი ზომების შესახებ. ეს შესაძლებლობას მოგვცემს შევამოწმოთ და შემდგომში რამდენადმე ვაკონტროლოთ მისი რეაქცია. როდესაც მომხმარებელმა წინასწარ იცის, რომ საჭიროების შემთხვევაში თქვენ მისი სურვილის წინააღმდეგ იმოქმედებთ, ის ნაკლებად “გაბრაზდება” თქვენზე, და უფრო გაგიადვილებათ მასთან ურთიერთობის გაგრძელება მომავალში.

ურთიერთობა შემთხვევის მენეჯერსა და მომხმარებელს შორის შემთხვევის მართვის ერთ-ერთი რთული ასპექტია, განსაკუთრებით კი როდესაც საქმე ეხება მატერიალურად გაჭირვებულ, დატაც მომხმარებლებს დაბალი სოციალური ფენებიდან. შემთხვევის მართვის სისტემების უმრავლესობა თანასწორუფლებიანობის იდეის მატარებელია. შემთხვევის მენეჯერებს, როგორც წესი, მომხმარებელთან მისვლისას სრულიად ჩვეულებრივად აცვიანთ, ერიდებიან ოფიციალურ ტონს, მომხმარებლები მათ სახელით მიმართავენ და ა.შ. (Kanter, 1985). მაგრამ ცხადია, მათ ურთიერთობას კლიენტებთან არ შეიძლება ეწოდოს მგობრობა ამ

სიტუაციის სრული დატვირთვით – ისინი ყოველთვის გარკვეულ დისტანციას ინარჩუნებენ ამ ურთიერთობაში (შემთხვევის მენეჯერები თავის კლიენტებს არ პატივებენ ვახშამზე და ა.შ.). ამან შესაძლოა უნდობლად, უარყოფითად განაწყო მომხმარებელი. ამრიგად, მომხმარებელთან ურთიერთობა შემთხვევის მენეჯერისაგან დიდ ოსტატობასა და დელიკატურობას მოითხოვს.

**დაუტოვეთ მომხმარებელს მაქსიმალური ძალაუფლება! მიეცით მას არჩევანი!**

ფსიქიატრიული მომსახურების მომხმარებლების უმეტესობა იმდენად მიჩვეულია, რომ მის ცხოვრებას სხვები მართავენ და მის მაგივრად წყევტენ, თუ რა არის მისთვის სასარგებლო, რომ თავად საერთოდ აღარაფერს ითხოვენ. ხშირად მომხმარებელი არც კი ცდილობს თავად გამოიჩინოს რაიმე ინიციატივა და მორჩილად მიჰყვება სხვების მიერ მისთვის დასახულ გეგმას, მაშინაც კი, როდესაც ეს საერთოდ არ შეესაბამება მის საკუთარ მოთხოვნილებებსა თუ მისწრაფებებს.

შემთხვევის მენეჯერმა ყოველთვის უნდა იცოდეს მომხმარებლის აზრი მისთვის გაწეულ მომსახურებასთან დაკავშირებით.

დაუტოვოთ მომხმარებელს ძალაუფლება – ნიშნავს მიეცეთ მას არჩევანი! რატომ უნდა დაეუშორჩილოთ მისი ცხოვრება ჩვენს მიერ დაწესებულ რეჟიმს, თუკი შესაძლებელია, რომ მომხმარებელი იმყოფებოდეს იქ, სადაც მას სურს, და აკეთებდეს იმას, რაც მას სურს, თუ, რა თქმა უნდა, ამით არაფერი შეადება? რატომ უნდა გაგრძელდეს თერაპიული სეანსი მაინცადამაინც საათნახევარი, როდესაც ეს ადამიანი ერთი საათის შემდეგ ისე იღლება, რომ შეიძლება ტირილიც კი დაიწყოს?

ერთი სიტყვით, მთავარია არა სტანდარტის დაცვა, არამედ მაქსიმალური მოქნილობა შესაძლებლობის ფარგლებში. დაუტოვეთ მომხმარებელს არჩევანი, მიეცით დამოუკიდებელი მოქმედების საშუალება, რამდენადაც ეს შესაძლებელია!

**იყავით მისი ნავსაყუდელი!**

შემთხვევის მენეჯერი დახმარებას უწევს ადამიანებს, რომელთაც ეს სხვადასხვა დროს სხვადასხვა ხარისხით ესაჭიროებათ. ფსიქიკური დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე, ზოგჯერ ისინი თავადაც მშვენივრად უმკლავდებიან ცხოვრებისეულ პრობლემებს, ზოგჯერ კი (მაგალითად, გამწვავებისას) სრულიად უსუსურნი არიან ცხოვრების წინაშე.

ამრიგად, თქვენ ცდილობთ მინიმალურ მომხმარებელს მაქსიმალური დამოუკიდებლობა. მაგრამ მიეცით ნება, რომ “დაგეყრდნოთ” ხოლმე თქვენ, როდესაც ველარ შეძლებს დამოუკიდებლად გაართვას თავი პრობლემებს. იყავით მისი “საყრდენი ჯოხი”, რომელსაც გაჭირვების ჭამს ხელში აიღებს, მყუდრო ნავსაყუდელი, რომელსაც ყოველთვის შეძლებს თავი შეაფაროს.

**იზრუნეთ ურთიერთგაგებაზე! \**

ფსიქიატრიული სამსახურის თანამშრომლების პროფესიული მომზადების ერთ-ერთი უდიდესი ნაკლია ის, რომ მათ დიდის მონდომებით ასწავლიან მეცნიერულ ენას, მაგრამ არ ასწავლიან, როგორ უნდა მოიხმარონ ის. სპეციალური ტერმინოლოგია მოსახერხებელი საშუალებაა კოლეგებთან ურთიერთობისათვის, მა-



გრამ ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ხშირად ის სერიოზულ დაბრკოლებებს ქმნის. როგორც წესი, ყველაზე მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები ყველაზე ცუდად ახერხებენ მომხმარებლებთან ურთიერთობას, “ზედმეტი განათლებული” მხოლოდ თავ-გზას უბნევენ. ფსიქიკურ ავადმყოფობთან მუშაობისას საჭიროა მუდმივად აკონტროლოთ თქვენი საუბარი, იფიქროთ იმაზე, თუ რამდენად სწორად აღიქვამს მომხმარებელი თქვენ ნათქვამს.

რაიმე რთულ საკითხზე საუბრისას მოიშეველიეთ თვალსაჩინო მაგალითები თქვენი გამოცდილებიდან. როდესაც მომხმარებელს უხსნით რაიმე პროცედურის სტრუქტურას, მის ეფექტურობას, რაიმე მიზეზ-შედეგობრივ კავშირს, ამაში დაგეხმარებათ დიაგრამები და ნახაზები. ამით ყოველივე უფრო კონკრეტული, რეალური გახდება მომხმარებლისთვის. ხშირად ურთიერთობაში გვეხმარება იმ სიტყვებისა და გამოთქმების გამოყენება, რომელთაც თავად მომხმარებელი იყენებს. თუმცა, აქ ფრთხილად იყავით – ზედმეტი არ მოგივიდეთ და მთლიანად მის სტილზე არ გადაეწყოთ! მომხმარებლისათვის ყოველთვის ავტორიტეტულ, ინტელექტუალურ პიროვნებად უნდა დარჩეთ.

### საჭიროებათა შეფასება

საჭიროებათა შეფასების შედეგად მოპოვებული ინფორმაციის საფუძველზე დგება შემთხვევის მართვისა და მთლიანად მომსახურების გეგმა. საჭიროებათა შეფასება – ესაა ფუნდამენტი, რომელზეც ყველაფერი დანარჩენი უნდა აიგოს.

შეფასების მეთოდი უნდა იყოს საკმარისად ვალიდური (ე.ი. შევსიქმნას რეალური, სწორი წარმოდგენა მომხმარებლის მდგომარეობის შესახებ), სარწმუნო (ამგვარად, შედეგები სარწმუნო იყოს იმის მიუხედავად, თუ ვინ წარმართავს მას) და ეფექტიანი (პროდუქტული) (მაგალითად, გამოირიცხაუდეს საქმიანობის დუბლირებას) (Welsh Office Social Services Development, 1990). ყოველივე ამის მისაღწევად საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა:

1. შეფასების პროცესი მაქსიმალურ შესაძლებლობას უნდა აძლევდეს მომხმარებელს გამოხატოს საკუთარი სურვილები და მოთხოვნილებები;
2. შეფასების პროცესის შინაარსი ზუსტად უნდა იყოს განსაზღვრული;
3. საჭიროა მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობა სხვა ადამიანებთან (სხვა მუშაკებთან, მომხმარებლის ოჯახის წევრებთან და სხვ.)

ახლა კი უფრო დეტალურად განვიხილოთ საჭიროებათა შეფასების პროცესი.

### საჭიროებათა შეფასების ძირითადი მახასიათებლები

**დაეხმარეთ მომხმარებელს თავად განსაზღვროს საკუთარი საჭიროებები!**

შეფასების მიზანია რეალური წარმოდგენა შევიქმნათ მომხმარებლისა და მისი სოციალური და ფიზიკური გარემოს საჭიროებებისა და შესაძლებლობების შესახებ. მაგრამ რას ნიშნავს საჭიროება? საჭიროების ქვეშ შეიძლება იგულისხმებოდეს რაიმე პრობლემა, დეფიციტი, სურვილი, მოთხოვნილება, მოთხოვნა ან ყველაფერი ერთად (Huxley, 1990). უცნაურია, მაგრამ მომსახურების სისტემების უმრავლესობა მომხმარებლის საჭიროებებს რატომღაც აფასებს მის ხელთ არსებული შესაძლებლობების (მაგალითად, არსებული სერვისების) მიხედ-

ყოთ. გამოდის, რომ საჭიროებათა შეფასების ამგვარი პროცესი ემსახურება ერთადერთ მიზანს – შეამოწმოს მომხმარებლის მისაღებობა, “ვარგისიანობა” მოცემული სისტემისაგან დახმარების მისაღებად. ცხადია, ასეთი შეფასება, რამდენჯერაც არ უნდა ჩაატაროთ, ვერ უზრუნველყოფს სწორ ინფორმაციას მომხმარებლის საჭიროებების შესახებ, ვინაიდან ის საჭიროებები, რომლებსაც არსებული მომსახურების სექტორი ვერ აკმაყოფილებს, კელაფაც მხედველობის არის მიღმა დარჩება. მაგრამ არც თავად მომხმარებელს (მით უფრო, როდესაც ის ფსიქიკურად დაავადებულია) ძალუძს დამოუკიდებლად განსაზღვროს და ზუსტად ჩამოგიყალიბოს რა ესაჭიროება მას, თუკი კონკრეტულად არ ვკითხაეთ, რა გეაინტერესებს – მას ხომ საკუთარი წარმოდგენა აქვს “საჭიროებებზე”. ამრიგად, შემთხვევის მენეჯერს საკმაოდ რთული ამოცანა ეკისრება – შექმნას მომხმარებლის მდგომარეობის რეალური სურათი.

მიეცით მომხმარებელს საშუალება თავად ისაუბროს საკუთარი მდგომარეობის შესახებ, პირდაპირ ნუ მიაყრით შეკითხვებს ფსიქიკურ პრობლემებთან დაკავშირებით. ეცადეთ, რომ თავად, თავისი სიტყვებით აღგიწერონ საკუთარი ყოველდღიური ცხოვრება და პრობლემები. ერთი სიტყვით, მიეცით საშუალება გესაუბროთ – თქვენი ურთიერთობა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ინფორმაციის “რეაქტიული სისწრაფით” შეგროვება. დაჭინებული გამოკითხვა არაფერს მოგცემთ – მომხმარებელმა თავად უნდა გადაწყვიტოს რა გაგიმხილოთ, და როდის.

კითხვები ისე დასეთ, რომ მომხმარებელმა ვერ გიპასუხოთ მხოლოდ “დიახ” ან “არა”. მაგალითად, კითხვებზე “როგორ ფიქრობთ, რა არის თქვენი უმთავრესი პრობლემა?”, ან კიდევ “როგორ ფიქრობთ, რა გჭირდებათ იმისათვის, რომ უკეთ იგრძნოთ თავი?”, მომხმარებელი შეეცდება აგიღწეროთ თავისი მდგომარეობა. მაგრამ ისეთი პირდაპირი კითხვებით, როგორიცაა “გაქვთ ყურადღების მობილიზების პრობლემა?” ან “გესმით ხოლმე ხმები?” მიიღებთ ინფორმაციას მხოლოდ ამ კონკრეტული სიმპტომების არსებობის (ან არარსებობის) შესახებ, თუმცა, შესაძლოა ამ გზით მოპოვებული ინფორმაცია არც შეესაბამებოდეს სიმართლეს. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მომხმარებელი დაამთავრებს თხრობას, შეგიძლიათ დაუსვათ მიმმართველი (მიმანიშნებელი) შეკითხვები კონკრეტულ პრობლემებთან დაკავშირებით, თუმცა, აქაც ეცადეთ მიიღოთ ვრცელი პასუხი (მაგალითად, ჰკითხეთ როგორ ეკიდება ამას მისი ოჯახი, და არა “გაქვთ თუ არა ოჯახთან ურთიერთობის პრობლემები?”)

საუბრისას შეეცადეთ აჩვენოთ, რომ ყურადღებით უსმენთ, მოახდინეთ რეაგირება, როდესაც ის რაიმე საულისხმოს ამბობს. მაგრამ თქვენს კომენტარს არ უნდა ჰქონდეს ინტერპრეტაციული (მით უფრო, ფსიქოდინამიკური ინტერპრეტაციის) ხასიათი – ეს აზნევს მომხმარებელს, არღვევს მისეულ წარმოდგენას საკუთარ პრობლემებზე, და, შესაძლოა, თქვენეულ ანალიზსაც არასწორი მიმართულება მიეცეს.

საჭიროება (need) ყოველთვის არ ნიშნავს მოთხოვნილებას (demand) – ზოგჯერ მომხმარებელს თავად (“საკუთარი რესურსებით”) შეუძლია გაუმკლავდეს ამა თუ იმ პრობლემას. მიუხედავად ამისა, ასეთი საჭიროებები უყურადღებოდ არ უნდა დატოვოთ. დაეხმარეთ, თუ ეს შესაძლებელია.

**შეფასება უნდა ჩატარდეს ისეთ გარემოში, სადაც მომხმარებელი თავს მოხერხებულად და მშვიდად იგრძნობს!**

შეხვედრის ადგილის მნიშვნელობის შესახებ ზემოთაც ვისაუბრეთ. უმეტეს შემთხვევაში მომხმარებელი ყველაზე თავისუფლად თავს საკუთარ სახლში, მასზე მსრუნვეელი ადამიანების გარემოცვაში გრძნობს. მაგრამ ყოველთვის არ ხდება: ზოგჯერ მომხმარებელს ძალიან დაძაბული ურთიერთობა აქვს ოჯახის წევრებთან, და მათი თანდასწრებით ვერ შეიძლება გულწრფელად გესაუბროთ. ზოგჯერ კი მან შეიძლება “თავისი საკუთრების ხელყოფის მცდელობად” მიიღოს თქვენი ვიზიტი. ზოგიერთ შემთხვევაში შეხვედრის საშუალებას არ იძლევა მომხმარებლის საცხოვრებელი პირობები (მაგალითად, უპოვართა საერთო საცხოვრებელი). ამგვარად, შეხვედრის ადგილის შერჩევისას უნდა გაითვალისწინოთ მომხმარებლის სურვილები და მდგომარეობა, და მოიშველიოთ ფანტაზია...

შეფასების პროცესის წარმართვას მომხმარებლის სახლში შესაძლოა ხელი შეუშალოს ზოგიერთმა გარემოებამ, როგორცაა მოულოდნელი სტუმრები, ტელეფონის ზარი, შინაური ცხოველები და სხვ. სიმშვიდე არამარტო მომხმარებელს, არამედ თქვენც გესაჭიროებათ. მეორეს მხრივ, სახლში ვიზიტი შესაძლებლობას მოცემთ “უკეთ შეხვიდეთ მომხმარებლის მდგომარეობაში” – თუკი თქვენ უხერხულობას გიქმნით ესა თუ ის სიტუაცია, შეეცადეთ წარმოიდგინოთ, როგორ გრძნობს თავს ამავე სიტუაციაში თქვენი კლიენტი. თანამშრომლური ურთიერთობისათვის კარგი დასაწყისი იქნება ერთად მოიფიქროთ, როგორ მოაწყობთ თქვენი სამუშაო გარემო (მაგალითად, მიეცით საშუალება თავად “მოიფიქროს” და შემოგთავაზოთ, ტელევიზორის გამორთვა, ძაღლის გაყვანა ოთახიდან და ა.შ.).

სახლში ვიზიტი ზოგჯერ ფიზიკური შეურაცხყოფის საშიშროებას უქმნის შემთხვევის მენეჯერს. რეალურ რისკს მართლაც უნდა აარილოთ თავი, მაგრამ საშიშროება არ უნდა გააზვიადოთ. ზოგჯერ ადამიანს მხოლოდ იმიტომ, რომ ის ფსიქიკურად დაავადებულია, აგრესიულობას მიაწერენ და ყველა (მათ შორის, ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკებიც) შიშით გაურბის. ის ღიზიანდება და ბოლოსდაბოლოს მართლაც აგრესიული ხდება – ამგვარად, იკერება მანკიერი წრე. წარმოიდგინეთ თქვენი თავი მის ადგილას: თქვენ ცდილობთ ესაუბროთ თქვენთან მოსულ მუშაკს, რომელიც შფოთავს, გამუდმებით აქეთ-იქით იყურება და გასასვლელი კარის ადგილმდებარეობა უფრო აინტერესებს, ვიდრე თქვენი მონაყოლი.

სერიოზულ საფრთხეში ზოგჯერ პირიქით – მომხმარებელი აღმოჩნდება ხოლმე, როდესაც მასთან პირისპირ შეხვედრას ითხოვენ; ცნობილია, მაგალითად, ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკების მხრიდან ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის რამდენიმე სამარცხვინო შემთხვევა (Masson, 1988).

ამრიგად, საჭიროებათა შეფასება სასურველია ჩატარდეს რამდენიმე კოლეგისა და მომხმარებლის ახლობლების თანდასწრებით. ამ შემთხვევაში ყველას თავისი “კომპანიონი” ეყოლება.

**ამის უგულებელყოფა არ შეიძლება!**

ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ასპექტი, რომელიც აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოთ, ესაა თავად შემთხვევის მენეჯერის სოციალურ-კულტურული

გარემო. როგორც ზემოთ უკვე ითქვა, შემთხვევის მენეჯერსა და მომხმარებელს შორის პარმონიული ურთიერთობისათვის სასურველია მათ ჰქონდეთ საერთო უაინო-კულტურული ბაზა/წარმოჩინაველობა.

შეფასების პროცესში სასურველია მონაწილეობდნენ მომხმარებლისათვის ახლობელი ადამიანები!

როგორც წესი, პირველადი შეფასების პროცესში დიდ დახმარებას გეიწვევენ მომხმარებლის ოჯახის წევრები და ახლობელი ადამიანები. თუმცა, ეს მომხმარებელზეა დამოკიდებული: ზოგიერთი ოჯახის წევრებისა და მეგობრების დასწრებას ამჯობინებს, ზოგს კი არ სურს მათი თანდასწრებით საუბარი. მომხმარებლის სურვილებს ანგარიში უნდა გაეუწიოს.

თუ მომხმარებელი კატეგორიულ უარს აცხადებს სხვების დასწრებაზე, ეს მისი უფლებაა და შემთხვევის მენეჯერი ეერაფერს გააწყობს.

თუ საჭიროებათა შეფასების პროცესში შემთხვევის მენეჯერი ამჩნევს, რომ მომხმარებელი თავს უხერხულად გრძნობს და რაიმეს მაღაეს ოჯახის წევრებისაგან, მან ხმაბაღლა უნდა განაცხადოს ამის შესახებ და მოითხოვოს მომხმარებელთან პირისპირ გასაუბრება.

ზოგჯერ ისეც ხდება, რომ შემთხვევის მენეჯერი პირველადი შეფასების მიზნით მიდის მომხმარებელთან სახლში და აღმოაჩენს, რომ ფსიქიატრიულ დახმარებას ამ ოჯახში სხვები უფრო საჭიროებენ, ვიდრე ის, ვის სახანაუადაც არის მისული. ან კიდევ, შესაძლოა, მისთვის ნათელი გახდეს, რომ მომხმარებლის მდგომარეობას მნიშვნელოვნად ამძიმებს მისი ოჯახის წევრების ქცევა. ასეთ შემთხვევაში შემთხვევის მენეჯერმა უნდა იზრუნოს ოჯახთან მუშაობაზე, და ამისათვის მოიშველიოს სხვა მუშაკი ან მუშაკთა ჯგუფი.

შემთხვევის მენეჯერის კვალიფიკაცია არასაკმარისია, რომ შეაფასოს საჭიროებათა ყველა სფერო!

შემთხვევის მენეჯერის მოვალეობაში არ შედის თავად აწარმოოს საჭიროებათა სრულყოფილი, კომპლექსური შეფასება. მისი მოვალეობაა გააკონტროლოს და დარწმუნდეს, რომ ეს პროცესი სრულყოფილად წარიმართა, და წესრიგში მოიყვანოს მოპოვებული ინფორმაცია.

*მისტერ W-ს უცნაური ქცევით შეშფოთებულმა მეზობლებმა მიმართეს EIS სამსახურს და აცნობეს, რომ მისტერ W-ს ბინიდან საშინელი სუნნი გამოდიოდა. როდესაც პირველადი შეფასების ჩასატარებლად ბინაზე მივიდა ჯეინი, EIS სამსახურის შრომის პიგიენის სპეციალისტი, ნახა, რომ ბინაში საშინელი არეულობა იყო და იატაკი ერთიანად ფეკალიებით იყო მოფენილი. მისტერ W-ს აღმოაჩნდა უამრავი ფურუნკული და ინფიცირებული უბნები მთელს სხეულზე, რაც უსუფთაობისა და არანამკურნალები ღიაბეჭის შედეგი იყო.*

ამის შემდეგ ჯეინს დაეკისრა მისტერ W-ს შემთხვევის მართვის ფუნქცია. მისი კვალიფიკაცია უთუოდ აუცილებელი (ვინაიდან თავის მოვლისა და პირადი ჰიგიენის დაცვის უნარ-ჩვევების პრობლემა აშკარად იყო გამოხატული), მაგრამ არასაკმარისი იყო საჭიროებათა სრულყოფილი შეფასების ჩასატარებლად. ეს შემთხვევა მოითხოვდა ფსიქიკური მდგომარეობისა და საცხოვრებელი პირობების კვალიფიციურ ექსპერტიზას. ამრიგად, შეფასე-

ბის პროცესში ჩართულ იქნენ ფსიქიატრი და სოციალური მუშაკები. ერთობლივი მუშაობის შედეგად მიღებულმა ინფორმაციამ ჯეინს შესაძლებლობა მისცა მართებულად შეეფასებინა მომხმარებლის მდგომარეობა.

მისტერ W-ს ჯანმრთელობის მდგომარეობა აშკარად საჭიროებდა ზოგად სამედიცინო ჩარევასაც. ის სახლში დარჩენას ითხოვდა, მაგრამ ბოლოს დაითანხმეს და ინფექციური კერებისა და დიაბეტის მკურნალობის მიზნით მოათავეს საავადმყოფოში. ამასობაში კი სოციალურმა მუშაკმა იზრუნა, რომ სპეციალურ ბრიგადას დაესუფთაებინა და მოეწესრიგებინა მისი ბინა.

შემთხვევის მენეჯერმა იზრუნა აგრეთვე, რომ სახლში დაბრუნების შემდეგ მისტერ W-სთან კვირაში ერთხელ მისუდიყო დამლაგებელი და მედლა. ისინი ამავდროულად აკვირდებოდნენ მომხმარებლის მდგომარეობას, და საჭიროების შემთხვევაში უკავშირდებოდნენ ჯეინს. ჯეინი კი, თავის მხრივ, რეგულარულად მიდიოდა თავისი კლიენტის მოსანახულეებლად.

როგორც ვხედავთ, მოცემულ შემთხვევაში არარეალური იქნებოდა შემთხვევის მენეჯერს დამოუკიდებლად ეწარმოებინა მომხმარებლის საჭიროებათა სრული შეფასება და გაეწია მისთვის ადეკვატური მომსახურება.

### საჭიროებათა შეფასება უწყვეტი პროცესია!

მომხმარებელი და მისი გარემო დინამიკური სისტემაა და განუწყვეტლივ განიცდის ცვლილებებს. ამიტომაც ვერასოდეს ვიტყვი, რომ შეფასება სრულყოფილად ჩატარდა და დასრულდა. საჭიროებათა შეფასება უნდა ეწარმოთ რეგულარულად, და განუწყვეტლივ ვეძიოთ ინფორმაციის დამატებითი წყაროები.

## შეფასების პროცესის შინაარსი

არ არსებობს შეფასების შედეგად მიღებული ინფორმაციის რაიმე განსაზღვრული მოცულობა, რომელზეც შეიძლება თამამად ითქვას, რომ ის საკმარისია მომსახურების დასაგეგმარებლად. როდესაც საქმე დაგეგმარებას ეხება, ინფორმაცია ვერასოდეს იქნება “ზედმეტი” (ე.ი. რაც მეტი, მით უკეთესი).

შემთხვევის მართვის პროცესში უნდა შეფასდეს შემდეგი ასპექტები(Welsh Office of Social Services Inspectorate, 1990):

1. თავის მოვლის, საკუთარ თავზე ზრუნვის უნარ-ჩვევები, ყოველდღიური საქმიანობა, და რისკი;
2. ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა;
3. ფსიქიკური სტატუსი;
4. შესაძლებლობები (ინდივიდუალური რესურსები) და ცხოვრების წესი;
5. მზრუნველობა ახლობელი ადამიანების მხრიდან;
6. სოციალური ქსელი და მხარდაჭერა;
7. საცხოვრებელი პირობები და ფინანსური მდგომარეობა...

და სხვა ასპექტები მოცემული შემთხვევის თავისებურების შესაბამისად.

შერმანი (Sherman, 1989) გეთაყვასობს საჭიროებაა შეფასების მონაცემების

აღრიცხვის კომპლექსურ სისტემას. ამ სისტემის მიხედვით, ინფორმაციის შეგროვება იწყება მომართვის მომენტიდან და მოიცავს შემდეგ ასპექტებს: ბიოგრაფიული მონაცემები, ლეგალური სტატუსი, დიაგნოზი, გატარებული ფსიქიატრიული და სხვა ინტერვენციები და მედიკამენტური მეურნალობის რეჟიმი, კრიზინალური წარსული (ნასამართლეობა და მისი მიზეზები), ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება, მომმართველი პირი/დაწესებულება, შეფასების საჭიროების დასაბუთება, საუარაუდოდ ყველაზე შესაფერისი ადგილი მომხმარებლის განთავსებისათვის, პერსონალი, რომელიც ყველაზე კარგად იცნობს ამ მომხმარებელს. შემდგომ წარმოებს საჭიროებათა პირველადი შეფასება, რომლის საშუალებითაც ინფორმაციას ვიღებთ უშუალოდ მომხმარებლისაგან. აქ გრძელდება ბიოგრაფიული და ანამნეზური მონაცემების შეგროვება, ირკვევა, თუ როდის პირველად დაისვა დიაგნოზი, ოჯახური მდგომარეობა, ოჯახის წევრების რაოდენობა და სიტუაცია ოჯახში, შემოსავალი და მისი საკმარისობა, განათლება და კვალიფიკაციის ხარისხი და სხვ. დენერის პროგრამა კი შეფასებისას იყენებს აგრეთვე „პრობლემა აღრიცხვის“ სპეციალურ ცხრილს (Problem Checklist) (Eliis, Wilson and Foster, 1984), რომელიც შესაძლებლობას იძლევა დეტალურად შეფასდეს შემდეგი ასპექტები: სოციალური და ლეგალური სტატუსი, მანერ ჩვევები, ზოგადად ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სამედიცინო პრობლემები, აზროვნების დარღვევები, პიროვნების დეფექტი, ქცევა, სოციალური კონტაქტები, ცხოვრებისეული როლების შესრულების ხარისხი, ბაზისური მოთხოვნილებების დამოუკიდებლად დაკმაყოფილების უნარი.

EIS სამსახური ანალოგიური სისტემით მუშაობდა (შემუშავებული F agin, Purs-er, და სხვების მიერ). აქ მომართვისას იცნებოდა სპეციალური სარეგისტრაციო ფორმა, რომლის საფუძველზეც დგებოდა შეფასების პროცესის წარმართვის გეგმა, ხოლო შემდეგ, საკუთრივ საჭიროებათა შეფასების შედეგად მიღებული ინფორმაცია აღრიცხებოდა სპეციალურ შეფასების ფორმაში. სარეგისტრაციო ფორმაში იწერებოდა მომხმარებლის დაბადების ადგილი და დრო, ეროვნება, მშობლიური ენა, რელიგია, რას მოითხოვდა მომმართველი (მაგალითად, შეფასება, უშუალო კლინიკური ჩარევა, თუ მხოლოდ რჩევა ან კონსულტაცია), ეინ იყო კიდევ დაინტერესებული (მაგალითად, ოჯახი), ოჯახური მდგომარეობა და სიტუაცია, ასევე ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკებისა და ოჯახის ექიმის ეინობა, რომლებიც იცნობდნენ მომხმარებელს და შეეძლოთ დახმარება გაეწიათ EIS მუშაკებისთვის საჭიროებათა შეფასებისას.

საჭიროებათა შეფასების ფორმა დეტალურად ასახავდა: დაავადების ანამნეზს, მოვლენებს, რომლებიც ამ კონკრეტული მომართვის უშუალო მიზეზი გახდა, მომხმარებლის დამოკიდებულებას EIS მომსახურებისადმი (რამდენად განწყობილია მიიღოს ეს დახმარება), პირად და ოჯახის წარსულს, ურთიერთდამოკიდებულებას ოჯახის წევრებს შორის, მომხმარებლის აზრს საკუთარი პრობლემების შესახებ. დიაგნოზი განისაზღვრებოდა დსკ 10 დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების მიხედვით (ICD 10, World Health Organization, 1988).

ამრიგად, არ არსებობს ინფორმაციის შეგროვების რაიმე განსაზღვრული, დაკანონებული მეთოდი. საჭიროებათა შეფასების შედეგად მიღებული მონაცემების აღრიცხვისათვის მრავალი მეთოდი შემოთავაზებული (მაგალითად, „Home-pack“, Community Psychiatric Research Unit; Baldwin et al., 1991; Careplan from Research and Development for Psychiatry, London). შემთხვევის მენეჯერმა წარმატებით შეი-

ძლება გამოიყენოს ყველა მათგანი, მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ მონაცემთა აღრიცხვის ეს მეთოდები მიზნად ისახავს არა შეფასების შინაარსის, არამედ შეფასების პროცესის გამარტივებას. შეფასების ცხრილები გვიადვილებს მოპოვებული ინფორმაციის სრულყოფილ ჩაწერას, სისტემაში მოყვანასა და შემდგომ დამუშავებას. ის არ უნდა გამოვიყენოთ, როგორც უბრალო ჩამონათვალი კითხვებისა, რომლებიც პირდაპირ უნდა დაეუსვათ მომხმარებელს.

### ერთობლივი მუშაობა

როდესაც საჭიროებათა შეფასებაში მონაწილეობს რამდენიმე ადამიანი, საჭიროა თითოეული მათგანი წინასწარ გაეცნოს შესაბამის პირველად ინფორმაციას, და ზუსტად განისაზღვროს თითოეულის როლი ამ პროცესში. ჩვეულებრივ, შეფასებისას უმჯობესია მომხმარებელს მუშაები რიგ-რიგობით ესაუბრონ (რათა ეს უკანასკნელი მაქსიმალურად იყოს კონცენტრირებული), და სხვის საუბარში მხოლოდ აუცილებელი საჭიროების შემთხვევაში ჩაერთონ. გარდა ამისა, ოჯახის წევრებთან საუბრისას თითოეულმა სხვადასხვა ასპექტი უნდა შეაფასოს – არ არის მიზანშეწონილი მომხმარებლის ოჯახის წევრს ერთსა და იმავე საკითხზე სხვადასხვა მუშაკი “ჩაეძიოს”.

### სამუშაო მოდელი მდგომარეობის დინამიკური სურათის მისაღებად

როდესაც შემთხვევის მენეჯერი შეაგროვებს „საკმარის“ (სიტყვას საკმარისი პირობითად ვიყენებთ, რადგან, როგორც ვთქვით, ინფორმაციის საკმარისობის ზღვარი არ არსებობს) მონაცემებს მომხმარებლისა და მისი გარემოს შესახებ, მისი შემდეგი ამოცანაა ამ ინფორმაციის კონსტრუქციული გამოყენება. ეს კი მომხმარებლის პრობლემებისადმი მეთოდურ მიდგომას მოითხოვს.

ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ მუშაობის ტრადიციული სამედიცინო მოდელის უარყოფით მხარეებზე, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაკლი, როგორც აღენიშნეთ, ესაა საჭიროებათა ერთმომენტური შეფასება – მიდგომა „გადაეუღოთ სურათი მდგომარეობას და გაუჟეკოთ წარწერა“. ფუნქციური ანალიზის მოდელი კი შეფასებას განიხილავს, როგორც დინამიკურ პროცესს (Owens and Ashcroft, 1982). ფუნქციური ანალიზი აქ უფრო პრობლემების გადაჭრის სტრატეგიაა, ვიდრე რაიმე მეცნიერული თეორია, და, ამდენად, გამოსადეგია სხვადასხვა დარგის სპეციალისტებისათვის. მართალია, თავდაპირველად ფუნქციური ანალიზის მეთოდი მოიშველიეს წმინდა სამედიცინო პრობლემებზე სამუშაოდ, მაგრამ EIS მუშაობის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ მისი გამოყენება წარმატებით შეიძლება სხვა სახის პრობლემების და მათი კონტექსტუალური ფაქტორების დასაგეგმადაც.

ფუნქციური ანალიზის მოდელი მიზნად ისახავს გამოაგლინოს გარკვეული კანონზომიერება – მოვლენათა ციკლურობა ადამიანების ფუნქციონირებაში. და ამგვარად გამოვლენილი „უკუკავშირის მარყუევები“ ინტერვენციების სამიზნეობიექტად აქციოს. ფუნქციური ანალიზი მოითხოვს არსებული პრობლემების ზუსტ იდენტიფიკაციას და მათზე მოქმედი მოვლენებისა და ცვლადების კლასიფიცირებას იმის მიხედვით, (1) ზრდიან თუ ამცირებენ ისინი ამ პრობლემის წარმოჩენის/აღმოცენების ალბათობას და (2) როდის შეინიშნებიან ისინი – პრობლემის წარმოჩენამდე თუ მის შემდეგ.

ფუნქციური ანალიზი იყენებს ბიპევიორული ანალიზის მსგავს მეთოდებს. ეს უკანასკნელი მოვლენების კლასიფიცირებას ახდენს ABC პრინციპით, სადაც B (behaviour) – მოცემული პრობლემური ქცევაა; A (antecedents) – ანტეცედენტები ანუ ფაქტორები, რომლებიც მას წინ უსწრებს (წინამორბედი მოვლენები, ადგილი, გარემომცველი ადამიანები); და C (consequences) – კონსეკენტები ანუ შედეგები, რომელიც მოჰყვება ამ ქცევას (მაგალითად, სხვა ადამიანების რეაქცია მოცემულ ქცევაზე). მაგალითისათვის, ემოციური ბავშვის შემთხვევაში პრობლემური ქცევა (B) შეიძლება იყოს ისტერიული ტირილი, რომელსაც ადგილი აქვს ტკბილეულით საეხე ვიტრინის დანახვისას (A) და რომლის შემდეგაც დედა ყოველთვის ყიდულობს მისთვის ამ ტკბილეულს (C). ძნელი მისახვედრი არაა, რომ შედეგობრივი ფაქტორი – ტკბილეული, რომელსაც შემოფოთებული დედა ყიდულობს მისთვის (C), ხელს უწყობს A-B კავშირის (რეფლექსის), და არასასურველი ქცევის განმტკიცებას. თუმცა, ფუნქციური ანალიზის დროს, ბიპევიორული საგან განსხვავებით, ცვლადების გაანალიზება ხდება უფრო ფართო გაგებით (არა მხოლოდ ქცევასთან მიმართებაში), და ABC პრინციპით ანალიზი წარმოებს რეგულარულად, რათა გამოვლინდეს ამ მოვლენათა თანმიმდევრობის პერიოდულობა და დროთა განმავლობაში მომხდარი ცვლილებები.

შემთხვევის მენეჯერი და მისი მომხმარებელი ერთიანი ძალებით ატარებენ პრობლემური სიტუაციის ფუნქციურ ანალიზს. მიიღება გარკვეული მონახაზი, სამუშაო სქემა, რომლის საფუძველზეც ისინი ცდილობენ შეცვალონ მოცემული პრობლემა მის წინამორბედ ფაქტორებზე ან მის შედეგებზე ზემოქმედების გზით. ამ მცდელობის შედეგების მიხედვით მსჯელობენ ჩატარებული ანალიზის სისწორეზე და ცდილობენ ფუნქციური ანალიზის, და, შესაბამისად, ინტერვენციების შემდგომ სრულყოფას. ეს პროცესი პერიოდულად მეორდება, და ასე, თანდათანობით, იხვეწება და პრობლემის ცვლილების შესაბამისად ვითარდება ინტერვენციები. ამგვარად, „ინტერვენციები მიჰყვებიან პრობლემას“, მის დინამიკას. ამრიგად, მომხმარებლის მდგომარეობის შეფასება წარმოებს რეგულარულად, რათა მუდმივად თვალწინ გექონდეს სურათი იმისა, თუ რა ხდება მოცემულ მომენტში (ე.ი. მდგომარეობის არა ერთი „ფოტო“, არამედ მისი სერიული სურათები). მონაცემების ამგვარადვე პერიოდული ფუნქციური ანალიზი და მისი შედეგების შესაბამისად გატარებული ინტერვენციები კი ყოველთვის ეფექტური და ეკონკრეტული შემთხვევისათვის მაქსიმალურად რელევანტური იქნება.

ქვემოთ აღწერილი პრობლემური სიტუაციის ფუნქციური ანალიზის შედეგები სქემატურად წარმოდგენილია სურათზე 4.2.

40 წლის მისტერ B, დიაგნოზით – შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმა, სოციალურად საშიში. ადრე ის მუშაობდა მბეჭდავად. მისტერ B მრავალი წლის განმავლობაში მკურნალობდა ფსიქოტროპული პრეპარატებით. 18 თვის წინ EIS სამსახურს აცნობეს, რომ მისი მდგომარეობა საგრძნობლად გაუარესდა, განუწყვეტლივ იმეორებდა, რომ ვიდაცის მოკვლას აპირებდა. ამის შემდეგ რამდენჯერმე მკურნალობდა სტაციონარში. ფსიქიატრის ახრით, მისტერ B-ს მდგომარეობა საკმაოდ მძიმე იყო, საშიშროებას უქმნიდა გარშემორმყოფებს, და პაციენტი საჭიროებდა იზოლირებულ პალატაში მოთავსებას. მაგრამ მოივლიდა პერსონალი ირწმუნებოდა, რომ ამ პაციენტის ქცევა შეშფოთების საბაბს არ იძლეოდა. შეინიშნებოდა: ტანგენციური რეტყველვა ბა, ბოლდითი იდეები (მაგალითად, ფიქრობდა, რომ დიქტორი ტელევიზორი



დან მას მიმართადა), თვითმკვლელობის (საეარაულოდ) მცდელობები (თითებს შტეფესელში ყოფდა). მიუხედავად ყველაფრისა, პაციენტი იმდენად მშვიდი, ზრდილობიანი ჩანდა, რომ დიდ სიმპათიას იმსახურებდა როგორც მომვლელი პერსონალის, ისე სხვა პაციენტების მხრიდან.

EIS მუშაებმა მისტერ B მონახულეს ბინაზე, სადაც ის მეუღლესთან ერთად ცხოვრობდა. სპეციალისტები განაცხადებენ, რომ მისი ქცევის თეატრალურობამ მისტერ B-ს თავის უმთავრეს პრობლემად მიაჩნდა მუდმივი შიში იმისა, რომ არ გაგიჟდეს და მკვლელობა არ ჩაიდინოს (მოიკლას თავი ან მოკლას საკუთარი მეუღლე). მისტერ B-ს თქმით, მას მკვლელობის სურვილი უჩნდებოდა მაშინ, როდესაც რაიმე არასასიამოვნო ფიქრები (განსაკუთრებით მეუღლესთან დაკავშირებით) „შეპარებოდა თავში“. ასეთ დროს მისი ქცევა უიღბურებად საშიში ხდებოდა და მისი B ყველა დანას გადამაღლავდა ან მეზობლებთან გაქონდა ხოლმე. მისტერ B-ს, როგორც ჩანს, ეს კიდევ უფრო აღიზიანებდა და სულ უფრო აგრესიულს ხდიდა. ნეგატიური აზრებისაგან თავის დასაცავად (“უსიამო ფიქრები თავიდან რომ მოეშორებინა”) მისტერ B სხვადასხვა კოგნიტურ ხერხებს მიმართავდა (ხშირად წარმატებითაც – იწყებდა დათვლას, იმეორებდა ერთსა და იმავე სიტყვებს და ა. შ.

აღწერილი ინციდენტები და მიდრეკილება თეატრალიზაციისადმი მეუღლეების ურთიერთობას დრამატულობას სძენდა, და ყოველივე ეს მათთვის (ორივესთვის) “გაგიჟებული სიყვარულის” გამოხატულებად აღიქმებოდა. ორივე ირწმუნებოდა, რომ „კარგი იქნება ყველამ გამოსცადოს ამგვარი უსაზღვრო სიყვარული წესების გარეშე“. გამუდმებული სტრესული სიტუაციის ფონზე მისი B აქტიურად მიეძალა სასმელს.

საშიში ქცევის საპასუხოდ, გადაუდებელი დახმარების ადგილობრივი ცენტრი მისტერ B-ს პერიოდულად ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალში ათავსებდა ხოლმე. რეგულარულად განმეორებადი მოვლენა – ჰოსპიტალიზაცია გიური ქცევის საპასუხოდ – მოვლენათა ჩვეული ციკლის შემადგენელი რგოლი გახდა. ამასთან, ამგვარი უკუქმედება (შედგები) კიდევ უფრო ამძაფრებდა შიშის გრძნობას (რომ შეიძლება გაგიჟდეს და ზიანი მიაყენოს გარშემოყრულ ადამიანებს), განამტკიცებდა წარმოდგენას საკუთარ თავზე. საუკუთმყოფელად აღიქმებდა, განამტკიცებდა წარმოდგენას საკუთარ თავზე. საუკუთმყოფელად აღიქმებდა, განამტკიცებდა წარმოდგენას საკუთარ თავზე. საუკუთმყოფელად აღიქმებდა, განამტკიცებდა წარმოდგენას საკუთარ თავზე. საუკუთმყოფელად აღიქმებდა, განამტკიცებდა წარმოდგენას საკუთარ თავზე. საუკუთმყოფელად აღიქმებდა, განამტკიცებდა წარმოდგენას საკუთარ თავზე.

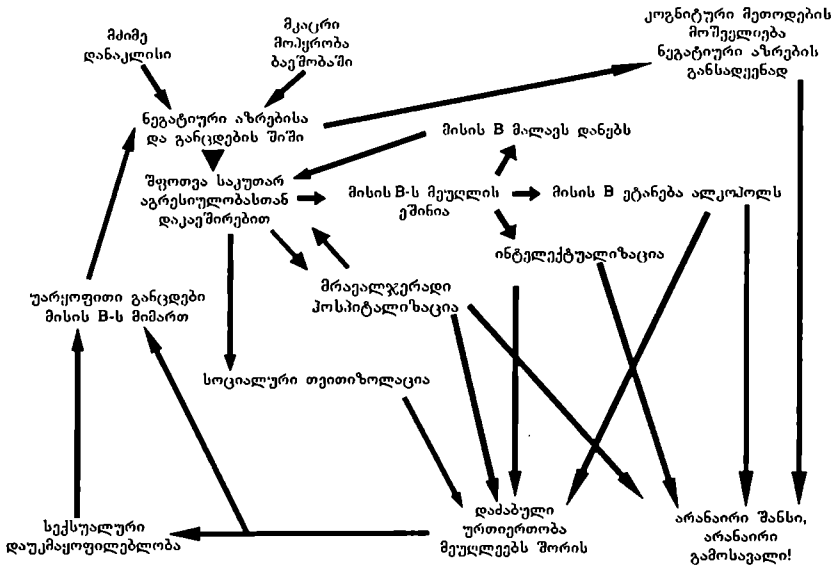
მოვლენები ამგვარი ციკლური თანმიმდევრობით მეორდებოდა. მისტერ და მისი B თანდათანობით სულ უფრო გაერიყნენ საზოგადოებას. ნეგატიური ემოციების აღმქრელი და საშიში ქცევის მაპროვოცირებელი ფაქტორებისაგან თავის დასაცავად ისინი ცდილობდნენ რაც შეიძლება შორს დაეჭირათ თავი საზოგადოებისა და მასობრივი ინფორმაციის წყაროებისაგან. მეუღლეების თქმით, მათ ძალიან სერიოზული პრობლემები ჰქონდათ ერთმანეთთან ურთიერთობის, მათ შორის სექსუალური ურთიერთობის მხრივ. ამ უკანასკნელს მისტერ B, როგორც ჩანს, განსაკუთრებით მძაფრად განიცდიდა, და მეუღლესთან დაკავშირებული ნეგატიური ემოციები სულ უფრო ინტენსიური ხდებოდა: „კარგი იქნებოდა, ჩემს მეუღლეს სმის ნაცვლად წიგნები წაეკითხა“ (ინტელექტუალიზაცია).

მისტერ B-ის შორეულ წარსულში ყურადღებას იქცევდა ზოგიერთი რამ, რასთანაც შეიძლებოდა ნეგატიური ემოციების პრობლემა ყოფილიყო დაკავშირებული. მისტერ B-ს მშობლები ადრე გარდაეცვალა. მისი უფროსი და სასტიკი წაშვებით მოკლეს. ბიჭს ზრდიდა ბებია – ემოციურად საკმაოდ გაუწონასწორებელი და მკაცრი ქალი. ბებიას სახლში ბავშვს სჯიდნენ ცელქობისთვის, „ისე წყნარად უნდა მოქცეულიყო, თითქოს სახლში კი არა, მუზეუმში“. როდესაც ბებია თავს „ცუდად გრძნობდა“, ამას ყოველთვის ბიჭს აბრალებდა და ეჩხუბებოდა.

EIS მუშაებმა მისტერ B-ს სთხოვეს, ეწარმოებინა დღიური და ეცადა ამ გზით გადმოეცა საკუთარი უარყოფითი განცდები. შემდგომში ამ ჩანაწერებს სპეციალისტები განიხილავდნენ. გარდა ამისა, მეუღლეებს უტარდებოდათ საკომუნიკაციო და პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევების ტრენინგება (Falloon et al., 1984 mixedviT). ძირითად მიზანს წარმოადგენდა ემოციების გამოხატვის ფორმის შეცვლა – მეუღლეებს სთხოვდნენ უარყოფითი ემოციები გადმოეცათ გარკვევით, ერთმანეთისათვის გასაგები ფორმით, იმგვარად, რომ მეორე მიმხედარიყო, რა დააშავა და რა უნდა გამოესწორებინა. ამას გარდა, მისის B-მ დაიწყო სიარული კონსულტაციებზე ალკოჰოლიზმის პრობლემასთან დაკავშირებით, ხოლო მისტერ B ჩართულ იქნა ადგილობრივი დღის ცენტრის პროგრამაში.

ამგვარად, მისტერ და მისის B ახლა ნაკლებ დროს ატარებდნენ ერთად, მაგრამ მათი ურთიერთობა უფრო პარმონიული გახდა. EIS მუშაებებს მისტერ B ეუბნებოდა, რომ შეება იგრძნო, რადგან ახლა თითქმის აღარ აწუხებდა საკუთარი აგრესიულობის შიში. ამის შემდეგ მას პოსპიტალიზაცია აღარ დასჭირებია.

მოცემული პრობლემის ანალიზის ჩვენს მიერ წარმოდგენილი სქემა (იხ. სურ. 4.2.), ცხადია, შორსაა სრულყოფილებისაგან. ის უბრალოდ გეიჩვენებს გზას, თუ როგორ უნდა გაეანალიზოთ აღწერილი სიტუაცია იმგვარად, რომ ეს თავად მომხმარებელსთვისაც გასაგები იყოს. ამგვარი სქემები გვეხმარება გამოვავლინოთ პრობლემური სიტუაციის წინასწარგანმარტვობელი, წინამორბედი და შედეგობრივი ფაქტორები (რგოლები, „უკუკავშირის მარყუებები“), და „მიზანში ამოვიღოთ ის რგოლები“, რომლებზეც უნდა ვიმუშაოთ შემდგომში. ეს სქემა მეუღლეების დახმარებით იქმნებოდა, და დროთა განმავლობაში ემატებოდა ან აკლდებოდა ესა თუ ის რგოლი.



სურათი 4.2 ფუნქციური ანალიზი

## შეფასების სტრუქტურირებული მეთოდების გამოყენება

არსებობს ათასგვარი მეთოდი თუ ტექნიკა, რომლითაც შემთხვევის მენეჯერს შეუძლია ისარგებლოს საჭიროებათა შეფასებისას. თითოეულის გამოყენებას თავისი უპირატესობები და შემზღვეველი პირობები გააჩნია. ჩვენის აზრით, ყველა მათგანი განხილვის ღირსია, ვინაიდან თითოეული ფრიად საგულისხმო საკითხის გადაწყვეტის – დინამიკური შეფასების ალტერნატიულ გზას გვთავაზობს. დაეახსიანთოთ ზოგიერთი მათგანი:

მომხმარებლებისათვის განკუთვნილი ანკეტური (self-report - თვით-რაპორტის) ტიპის კითხვარების გამოყენება და დამუშავება საკმაოდ მარტივია. პოპულარობით სარგებლობს, მაგალითად: ear Survey Schedule (Geer, 1965); Speilberger State Trait Anxiety Inventory, (Speilberger, Gorsuch and Lushene, 1970); Beck Depression Inventory ((Beck et al., 1961) და სხვ. მაგრამ მათ გააჩნიათ ზოგიერთი ნაკლი, კერძოდ:

1. მათ შედეგებზე გაელენას ახდენს მომხმარებლის მოტივაციები და შეფასების წარმმართველის უნებლიე მინიშნებები ( ersen and Bellack, 1976);
2. მათი შედეგები შესაძლოა არ კორელირებდეს ფსიქოლოგიური მდგომარეობისა და ქცევის ცვლილებებთან (Rachman and Hodgson, 1974);

3. ისინი ძირითადად გამოიხეილი იყო ადამიანებისთვის დეპრესიისა და შფოთვის პრობლემებით. და მათ ვერ გამოვიყენებთ მძიმე და ქრონიკული ფსიქოკური დარღვევების, გონებრივი ჩამორჩენილობის (მაგალითად, როდესაც პა-კინტმა არ იცის წერა-კითხვა) შემთხვევებში;

მნიშვნელოვანი უპირატესობებით ხასიათდება თვით-მონიტორირების მეთოდი. აქ მომხმარებელი აწარმოებს დღიურს, სადაც აღწერს მის ყოველდღიურ ცხოვრებაში მომხდარ მოვლენებს. ისეთი "თვალთ შეხილავი მოვლენებისთვის" კი, როგორცაა ვერბალური პალუცინაციები, აკვიატებული აზრები და სხვ., ეს მონიტორირების ფაქტიურად ერთადერთი საშუალებაა. თვით-მონიტორირების მეთოდით შესაძლებელია აგრეთვე ინფორმაციის მოპოვება დაკვირვებისათვის მიუწვდომელი სხვა მოვლენების შესახებ, როგორცაა, მაგალითად, ინტიმური ურთიერთობები.

ცვლილებების შესახებ უფრო ზუსტ ინფორმაციას იძლევა უშუალო დაკვირვება. არსებობს უშუალო დაკვირვების წარმოების მრავალი ტექნიკა. ყველაზე გავრცელებული მეთოდი კვების მატერიალურ შედეგებზე – პროდუქტზე დაკვირვებაა. ასეთი "პროდუქტი" შეიძლება იყოს: წონაში კლება ან მომატება, მოწყული სივარების რაოდენობა და სხვ. ე.ი. კვებაზე მსჯელობენ არა უშუალოდ მასზე დაკვირვების გზით, არამედ მისი პროდუქტის მიხედვით. მაგრამ შედეგი ყოველთვის როდი იძლევა სწორი დასკვნების გაკეთების საშუალებას: მაგალითად, წონაში კლება შესაძლოა იყოს დიეტის, ცუდი კვების (უსახსრობის გამო), შარდმდენი საშუალებების მიღების ან სხვ., შედეგი.

უშუალო დაკვირვების მეთოდებს მიეკუთვნება აგრეთვე: უშუალოდ მოვლენებზე დაკვირვება და ჩაწერა ("მოვლენების ჩაწერა-აღიკვების" მეთოდი); მოვლენების ხანგრძლივობის აღრიცხვა ("ხანგრძლივობის აღრიცხვის" მეთოდი); მათი პერიოდულობისა და სიხშირის აღრიცხვა დროის გარკვეულ მონაკვეთში ("დროში განაწილების" მეთოდი). ცალკეული, თვალთ დასანახი და დაკვირვებისათვის მისაწვდომი მოვლენების (როგორცაა, მაგალითად, ვერბალური კონტაქტი რომელიმე ადამიანთან) მონიტორირებისათვის უპირატესობა ენიჭება მოვლენების ჩაწერა-აღრიცხვის მეთოდს, ხოლო უფრო ხანგრძლივი მოვლენების შემთხვევაში (როგორცაა, მაგალითად, ძილი) – ხანგრძლივობის აღრიცხვის მეთოდს. დროში განაწილების მეთოდით ხდება მოვლენის არსებობა/არარსებობის აღრიცხვა დროის წინასწარგანსაზღვრულ მონაკვეთში. ცხადია, უშუალო დაკვირვების წარმოება ბევრ დროსა და ხარჯებს მოითხოვს, და ასეთ დაკვირვებას ძირითადად დაწესებულებების შიგნით აწარმოებენ (იხ. ersen and Bellack, 1976).

შეფასების ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მეთოდი ბიკვიორული შეფასების სკალების გამოყენებაა. მათ შორის უდიდესი პოპულარობით სარგებლობს REHAB package. ეს უკანასკნელი გულისხმობს წინასწარ განსაზღვრული სახის ქვევებზე უშუალო დაკვირვებას, ყოველკვირულ აღრიცხვას და ქულებით შეფასებას. შემდეგ ხდება ქულების დაჯამება და შედარება სხვადასხვა სტანდარტულ ნორმებთან, რომლებიც სხვადასხვა პოპულაციის მიმართ არის განსაზღვრული. ეს სტანდარტები შესაძლებლობას იძლევა შეირჩეს ყველაზე შესაფერისი გარემო რეაბილიტაციისათვის. ავტორების მონაცემებით, შეფასების ამ მეთოდის სარწმუნოება და ვალიდურობა საკმაოდ მაღალია (Baker and Hall, 1983).

თუმცა, ბიჰევიორული შეფასების სკალების გამოყენებაც შეზღუდულია ანალოგიური მიზნების გამო და შესაძლებელია ძირითადად დაწესებულების ბაზაზე. ამასთან, მისი საშუალებით შესაძლებელია მხოლოდ წინასწარ განსაზღვრული სახის ქცევის შეფასება, და, შესაბამისად, სხვა, მომხმარებლისათვის სპეციფიკური ქცევები მხედველობის მიღმა რჩება.

ამრიგად, შეფასების თითოეულ მეთოდს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები გააჩნია, და გამოიყენება გარკვეულ პირობებში. ამიტომაც, შეფასებისას უნდა ეისარგებლოთ ერთდროულად რამდენიმე მეთოდით, რომლებიც შეაქვს ერთმანეთს, და თითოეული უნდა გამოიყენებოდეს თავისი “ჩვენების” შესაბამისად. მაგრამ, “ზედმეტად ნუ გაიადვილებთ საქმეს” და შეფასების მსგავს სტრუქტურირებულ მეთოდებს ბოროტად ნუ გამოიყენებთ. გასოფდეთ, რომ მომხმარებლის საჭიროებათა შეფასებზე ინფორმაციის ყველაზე ძვირფასი წყარო თავად მომხმარებელია, და მასთან უშუალო ურთიერთობის, გულწრფელი საუბრების გზით მოპოვებული ინფორმაცია – შეუცვლელი. აღნიშნულ მეთოდებთან დაკავშირებით შეიძლება ითქვას: “მოეპყარით ფაქიზად”.

### მომსახურების ინდივიდუალური დაგეგმარება

საჭიროებათა შეფასების საფუძველზე დგება მომსახურების ინდივიდუალური გეგმა. მომსახურების გეგმა ასახავს მომხმარებლის ინდივიდუალურ საჭიროებებსა და შესაძლებლობებს, და მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის საჭირო ღონისძიებებს. გეგმა წარმოადგენს “დინამიკურ ჩანაწერს”, რომელიც იცვლება მომხმარებლის საჭიროებათა შეფასებისა და გატარებული ღონისძიებების შედეგების ცვალებადობის შესაბამისად.

მომსახურების დაგეგმარება EIS-ში მოიცავდა ორ პარალელურად მიმდინარე პროცესს, რომელთა აღრიცხვაც წარმოებდა ცალ-ცალკე; ამრიგად, მიიღებოდა ორი ასეთი “დინამიკური” ჩანაწერი:

### საჭიროებებისა და შესაძლებლობების (ძლიერი მხარეების) აღრიცხვის ფურცელი

აღნიშნული ჩანაწერი შედგება ორი სვეტისაგან: პირველი – “საჭიროებები” და მეორე – “შესაძლებლობები (ძლიერი მხარეები)”. პროცესი გულისხმობს დიფერენციალურ მიდგომას მომსახურების დაგეგმარების პროცესისადმი – მწვავე სიტუაციაში მომხმარებელს, როგორც წესი, არ შესწევს უნარი თავად მოიაზროს საკუთარი მიზნები, და ამიტომაც ამ ეტაპზე არ არის მიზანშეწონილი მიზნები დაესახოს საბოლოო სახით.

პირველ სვეტში (“საჭიროებები”) მოცემულია კითხვები, როგორიცაა: “აღწერეთ თქვენი ძირითადი პრობლემები”, “რატომ ფიქრობთ, რომ თქვენ გიჭირთ ... ?”. მეორე სვეტში (“შესაძლებლობები”) კი: “თქვენის აზრით, რისი გაკეთება შეგიძლიათ ყველაზე უკეთ?”; “ჩამოთვალეთ თქვენი საუკეთესო თვისებები?”; “ყველაზე მეტად ვისთან გადავიდებდებით ურთიერთობა?”; “რისი კეთება გსიამოვნებთ ყველაზე მეტად?”; “როგორ ატარებთ თავისუფალ დროს?” და ა.შ. შესაძლებლობათა შეფასების მიზანია მომხმარებლის ინდივიდუალური რესურსების – ძლიერი მხარეების (კონკრეტული თვისებები, ცოდნა, უნარ-ჩვევები, გამოცდილება) გამოვლენა.

შემდგომში სისტემატურად აღირიცხება მომხმარებლის საჭიროებები და შესაძლებლობები თარიღის მითითებით. ამ ეტაპზე (პირველადი შეფასებისას) კი ინფორმაცია დაიტანება უფრო ზოგადი სახით, მაგალითად: საჭიროებების სეგმენტი იწერება “საჭიროებს მჭერ აქტივობას” და არა კონკრეტულად “საჭიროებს არტ-თერაპიის სეანსებზე დასწრებას კვირაში სამჯერ”. ეს უკანასკნელი საკუთრივ პრობლემა (საჭიროება) კი არა, მისი გადაწყვეტის გზაა (აღბათ, ნაჩქარევი და არცთუ საუკეთესო). ზოგიერთი საჭიროება ფრიად რთულ პროფესიონალურ მიზნებს უკავშირდება (მაგალითად, “მე მსურს აღვიდგინო და გაეაცნობიერო ბავშვობაში განცდილი გრძნობები”), ზოგჯერ კი ცალსახა გადაწყვეტის შესაძლებლობას იძლევა (მაგალითად, “მე მჭირდება ტანსაცმელი”, “საცხოვრებელი ფართი” და ა.შ.).

“შესაძლებლობებში” იგულისხმება ყველაფერი, რისი გაკეთებაც ეხერხება, აინტერესებს, სიამოვნებს, ან რაც საკუთარ თავში მოსწონს მომხმარებელს (ეს შეიძლება იყოს, მაგალითად, საყიდლებზე სიარული, კარტის თამაში და სხვ.).

უმთავრესი წესი, რომელიც უნდა დაეცვათ აღნიშნულ პროცესის წარმართვისას, შემდეგია: ჩვენი ჩანაწერი უნდა შეესაბამებოდეს იმას, რასაც მომხმარებელი გულისხმობდა, როდესაც პასუხობდა ამა თუ იმ კითხვას. მან, შესაძლოა, ვერ მოახერხოს საკუთარი აზრის გასაგებად, დალაგებულად გადმოცემა. ამიტომაც, ჩანაწერი უნდა გაეკეთოს ფრთხილად, ყურადღებით, და თითოეული პუნქტი ხელახლა გადავამოწმოთ რესპოდენტთან.

### სასურველი (მოსალოდნელი) შედეგებისა და მეთოდების აღრიცხვის ფურცელი

საჭიროებებისა და შესაძლებლობების შესახებ ინფორმაციის გადამუშავების შედეგად განისაზღვრება სასურველი (მოსალოდნელი) უახლოესი შედეგები და ამ შედეგების მიღწევის მეთოდები (მიდგომები). აქაც თითოეული პუნქტი უნდა გადამოწმდეს მომხმარებელთან, და ჩანაწერი კი გაეთდეს იმგვარად, რომ ყველასათვის გასაგები იყოს. სასურველი შედეგები უნდა იყოს ზედმიწევნით კონკრეტული და დაკვირვებისათვის მისაწვდომი, მოსალოდნელი შედეგები უნდა განისაზღვროს როგორც, მაგალითად, “ერთი ახალი ნაცნობი ამ კვირაში”, და არა როგორც “კომუნიკაციის უნარის გაუმჯობესება”. მოსალოდნელი შედეგი “მომავე წელს ახალ ბინაში გადასვლა” საკმარისად კონკრეტულია იმისათვის, რომ შევიძულოთ შესაბამისი მეთოდი – “საჭიროა მიმართოთ საყოფაცხოვრებო სამსახურს ბინის თაობაზე”. ზოგჯერ სასურველი შედეგი გულისხმობს შემდგომ შეფასებას, მაგალითად: „მსურს გამოვიკვლიო ჩემი სმენა“ ან „მსურს გაეარკიო, რისი გაკეთება შემიძლია კარგად“. შესაბამისი მეთოდები იქნება, მაგალითად: „კონსულტაციის დანიშვნა ოტო-რინო-ლარინგოლოგთან“ და „ორი კვირის განმავლობაში ტრენინგ-ცენტრის სეანსებზე დასწრება“.

როგორც სასურველი შედეგების განსაზღვრის, ისე მათი მიღწევის გზების შერჩევის პროცესში აქტიურ მონაწილეობას უნდა იღებდეს თავად მომხმარებელი. ზოგჯერ ამა თუ იმ პრობლემის გადაჭრის მიზნით მას წარსულში უკვე ნაცადი აქვს სხვადასხვა საშუალება – მომსახურების დაგეგმარებისას კი აუცილებელია ამ მცდელობებისა და მათი შედეგების გათვალისწინება. სასურველია დეტალურად დაეახსიათთ წარსულში გატარებული ღონისძიებები. სასურველ

ლი შედეგის მისაღწევად ალტერნატივების შერჩევისას მნიშვნელოვანია ასევე მათი შედარებითი ხარჯთ-უფექტურობის გათვალისწინება.

თითოეულ მეთოდთან დაკავშირებით ჩანაწერში მითითებული უნდა იყოს შემდეგი: სად უნდა ჩატარდეს, როდის უნდა დაიწყოს და დამთავრდეს, მსე-  
ლელობის დეტალური გრაფიკი, ვინ წარმართავს, ვის რა პასუხისმგებლობა  
აკისრია. ეს ჩანაწერი შემდგომში შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს, როგორც  
ოფიციალური ხელშეკრულება მომხმარებელს, შემთხვევის მენეჯერსა და სხვა  
მუშაკებს შორის. სასურველი შედეგებისა და მეთოდების აღრიცხვის ფურცელი  
წარმოადგენს მასალას მიღწეული შედეგების შეფასებისა და მონიტორინგის-  
სათვის.

ამრიგად, ამოქმედდა მომხმარებელთან ურთიერთობის, საჭიროებათა შეფასე-  
ბისა და მომსახურების დაგეგმარების უწყვეტი პროცესები. ახლა დაეუბრუნდეთ  
შემთხვევის მართვის ამოცანა-ფუნქციებს, რომლებიც მიზნად ისახავს მომხ-  
მარებლის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

# თავი 5

## შემთხვევის მართვის ამოცანები II – ბაქაო

### ნსახუნსიაზი

#### მომხმარებლის დაკავშირება სერვისებთან

სერვისებთან დაკავშირება წარმოადგენს შემთხვევის მართვის პრაქტიკულ ამოცანა-ფუნქციას, რომელიც გულისხმობს მომხმარებლისათვის მხარდაჭერი ქსელის გაფართოებას. მისი მიზანია მომსახურების შედეგების გაუმჯობესება რესურსების მოძიებისა და თავმოყრის გზით. შემთხვევის მენეჯერის ამავე საქმიანობას, როდესაც სერვისების შესყიდვის ფუნქციაც მასვე აკისრია, ჩვენ საბროკერო საქმიანობას (საბროკერო მომსახურებას) ვუწოდებთ და მას ქვემოთ ცალკე განვიხილავთ.

სერვისებთან დაკავშირება საკმაოდ ემსგავსება ადვოკატურის ფუნქციას: ისიც გულისხმობს შუამდგომლობას (პეტიციას) მომსახურების მიმწოდებლებთან დახმარების, ან დამატებითი რესურსების მოძიების (იქნება ეს თხოვნა თუ მოთხოვნა) მიზნით. უხშირესად კი სერვისებთან დაკავშირების ფუნქცია გულისხმობს მომხმარებლის წახალისებასა და დახმარებას იმაში, რომ ეს უკანასკნელი ფიზიკურად დაუკავშირდეს ამა თუ იმ სამომსახურებო სააგენტოს. როგორც წესი, აქ ყოველთვის იგულისხმება დახმარება ბიუროკრატიულ დაბრკოლებათა გადალახვაში. ფაქტიურად, ეს უკანასკნელი მოიაზრება, როგორც შემთხვევის მართვის *raison d'être* (ფრანგ. არსი, არსებობის აზრი) (Lamb, 1980). შემთხვევის მენეჯერმა უნდა იზრუნოს არამარტო ფსიქიატრიულ სამსახურებთან, არამედ ზოგადი სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებებთან დაკავშირებაც.

აღნიშული ამოცანის შესრულებისას შემთხვევის მენეჯერს, როგორც წესი, საქმე აქვს ფრიად გადატვირთულ სისტემასთან – მან მომხმარებლისათვის დახმარება "ბრძოლით უნდა მოიპოვოს" შეზღუდული რესურსების მქონე მომსახურების მიმწოდებლებებისაგან, რომლებიც, ჩვეულებრივ, სტუმართმოყვრულად არ ეგებებიან ახალ მომხმარებელსა და მის მოთხოვნებს. ქვემოთ განვიხილავთ ზოგიერთ სტრატეგიას, რომელიც დაგვეხმარება ამგვარ პირობებში თავი გაეართვით მომსახურებასთან დაკავშირების ამოცანას.

#### სერვისებთან დაკავშირების სტრატეგიები

##### ყოველთვის გახსოვდეთ თქვენი ამოცანის მიზნები!

კონკრეტული მომსახურების მიღების ზედმეტად მონდომებულმა მცდელობამ არ უნდა დაგაეიწყოთ საბოლოო მიზანი – ყოველთვის გახსოვდეთ, რომ არცერთი სახის დახმარების მოძიება, თავისთავად, არ წარმოადგენს მიზანს. დახმარების მოძიების პროცესში შემთხვევის მენეჯერი და მისი მომხმარებელი ბევრ ახალს „იგებენ და სწავლობენ“. და ზოგჯერ ისეც ხდება, რომ ამ დროის განმავლობაში ისინი აღმოაჩინენ, რომ „მიზანში ამოღებული მომსახურება“ სრულიადაც არ ყოფილა საჭირო. ის ფაქტი, რომ მომხმარებელი ვერ იღებს მოცემული სახის დახმარებას, შესაძლოა ნიშნავდეს, რომ მომხმარებელი ვერ აკმაყოფილებს



მომსახურების მიმწოდებლის მოთხოვნებს, ან იმას, რომ მომხმარებელს მეტი პრაქტიკული დახმარება ესაჭიროება (მაგალითად, მომსახურების სააგენტოში მისთან ერთად წასვლას).

**მიეცი მომხმარებელს დამოუკიდებელი მოქმედების მაქსიმალური შესაძლებლობა!**

ზოგჯერ შემთხვევის მენეჯერი იმდენად აქტიურად ცდილობს მომხმარებლის დაკავშირებას მიმწოდებელთან, რომ მზად არის “ხელში აყვანილი მიიყვანოს იქ”. გადამეტებული “დახმარება” სრულიად გაუმართლებელია – ამით მხოლოდ “დათვიურ სამსახურს” გაუწევთ მომხმარებელს, კიდევ უფრო დააქინებთ მასში დამოუკიდებელი ფუნქციონირების უნარს. შემთხვევის მენეჯერის ოსტატობაც იმაში უნდა გამოიხატებოდეს, რომ მომხმარებლის დამოუკიდებელი მოქმედების უნარი ყოველთვის მაქსიმალურად იყოს რეალიზებული. ეს ეხება პროცესის აბსოლუტურად ყველა ეტაპს – იქნება ეს მიმწოდებლის, დროს ან ტრანსპორტის შერჩევა თუ ადმინისტრაციასთან საუბარი.

**დაამყარეთ წინასწარი კონტაქტები!**

შემთხვევის მენეჯერმა ძალ-ღონე არ უნდა დაიშუროს და დეტალურად შეისწავლოს გარემო (თავისი სამომსახურებო რეგიონი), “მისი ყოველი კუთხე-კუნჭული და მისახვევ-მოსახვევი”. ის უნდა იცნობდეს რეგიონში არსებულ ყოველგვარ დარგობრივ სამსახურს და მათ წარმომადგენლებს, სისტემატურად ეკონტაქტებოდეს მათ, იცოდეს, თუ როგორ შეიძლება მათი მომსახურების მიღება. “მომსახურების მიმწოდებლებთან ურთიერთობის წარმატებას განსაზღვრავს არა სერვისის შესყიდვის მექანიზმები, არამედ ცოდნა, ინფორმაცია” (Kanter, 1985). საჭიროა ყოველთვის წინასწარ იცოდეთ მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის საქმიანობა, ფუნქციები, მოთხოვნები და პასუხისმგებლობები, რომელთაც ის თავის თავზე იღებს, რათა თქვენი მიმართვა იყოს ადეკვატური. მიმართვა “არასწორი მისამართით” არაპროფესიონალიზმზე მეტყველებს და ამცირებს თქვენს პრესტიჟს. წინასწარ დაამყარეთ კონტაქტები და გაარკვიეთ ისეთი საკითხები, როგორიცაა: რა უპირატესობა გააჩნია მის მომსახურებას? კონკრეტულად მომხმარებელთა რა კატეგორიას ემსახურება? რა კრიტერიუმებით აფასებენ საკუთარი მომსახურების ეფექტურობას? რა მონაცემები ადასტურებს მათი საქმიანობის ეფექტურობას? და ა.შ. შემთხვევის მენეჯერი დარწმუნებული უნდა იყოს მიმართვის (“მისამართის”) სისწორეში, და დაარწმუნოს ამაში მიმართვის მიმღები დაწესებულებაც.

შემთხვევის მენეჯერმა უნდა იზრუნოს მომხმარებელსა და მიმწოდებელს შორის პარამონიული ურთიერთობის დამყარებაზე, დაეხმაროს მათ “გაუგონ ერთმანეთს”.

მაქსიმალური ინფორმირებულობა მიმწოდებლების შესახებ დაეხმარება შემთხვევის მენეჯერს, რომ მომსახურებისას თავიდან აცილებულ იქნეს საქმიანობის დუბლირება.

**საკუთრივ დაკავშირება**

ხშირ შემთხვევაში მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციები, რომლებთანაც მყარდება კავშირი, შემდგომში დიდ დახმარებას გეიწვევენ მომხმარებელთა იდენტიფიცირების საქმეში. გარდა ამისა, მათ შეუძლიათ გაგვიხიარონ საკუ-

თარი (კოდნა და გამოცდილება, რაც ცალკეულ შემთხვევებში ფრიად ღირებუ-  
ლი შეინაძინა და მნიშვნელოვნად ზრდის მთლიანად სისტემის ფუნქციონირების  
ეფექტურობას. ამრიგად, სისტემის “ჯანსაღი რგოლი” თვითგანვითარების უნარს  
საკენ მიიღწევს სისტემას და ხელს უწყობენ რესურსების ქსელის გაფართოებას.  
უნდა მოვიზიდოთ და სისტემაში ჩავრთოთ ისეთი რგოლები, როგორცაა: საყ-  
ოფაცხოვრებო მომსახურების სააგენტოები, პროფესიული გადამსწავლების პრო-  
გრამები, დღის ცენტრები, ეკლესიები, საზოგადოებრივი ასოციაციები. განსაკუთრე-  
ბით რეკომენდირებულია მტკიცე კონტაქტების დამყარება სოციალური უზრუნვე-  
ლყოფის სამსახურებთან. მათ შესაძლოა სასარგებლო რჩევები მოგვცენ იმას-  
თან დაკავშირებით, თუ როგორ გადაეღახოთ ის დაბრკოლებები, რომელსაც  
ბიუროკრატიზმი გვიქმნის: “თითოეული ბიუროკრატიული კანონისათვის  
ყოველთვის მოინახება გზა, რომელიც საშუალებას მოგვცემს გვერდი აუუაროთ  
მას” (Lamb, 1980).

კონტაქტების დამყარება და შემდგომი განმტკიცება შემთხვევის მენეჯერის  
უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა და მისგან კომპეტენტურობას და დიდ მონდომებას  
მოითხოვს, რათა დაიმსახუროს სხვა ორგანიზაციების პატივისცემა და ინტერე-  
სი.

### *იჭონით პირადი კონტაქტები!*

ბიუროკრატიული დაბრკოლებების გადალახვაში გვეხმარება პირადი კონ-  
ტაქტები. ამიტომაც, როდესაც გსურთ კავშირი დაამყაროთ რომელიმე დაწესე-  
ბულებასთან, გაარკვიეთ იმ თანამშრომლების ვინაობა, რომელთაც მეტი გავ-  
ლენის უნარი გააჩნიათ მასში. თქვენ უნდა ეცადოთ პირადი კონტაქტი დაამყარ-  
ოთ ასეთ ადამიანებთან, გაიცნოთ ისინი იმდენად მაინც, რომ როდესაც დაუ-  
რეკავთ და ეტყვით თქვენს სახელს, მათ იცოდნენ, ვის ელაპარაკებიან.

უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, როგორ წარადგენთ თქვენ კლიენტს მომსახურე-  
ბის მიმწოდებლის წინაშე. მომხმარებელი არის არა “უსახლკარო გიჟი, რომელ-  
საც სჭირდება ბინა”, არამედ ინდივიდი თავისებური, უნიკალური საჭიროებებით,  
რომელთა არსებობაც განსაკუთრებული გარემოებებითაა განპირობებული, და  
გააჩნია საკუთარი უფლებები. შემთხვევის მენეჯერმა ეს ყოველივე გარკვევით  
უნდა აუხსნას მიმწოდებელს, და შემდგომ ჰკითხოს, რითი შეუძლია ამ უკა-  
ნასკენელს დაეხმაროს ასეთ ადამიანს.

თუმცა, როდესაც თქვენი კლიენტის შესახებ საუბარს ამგვარ პოზიტიურ  
ელფერს აძლევთ, გაფრთხილდით – არ გადააჭარბოთ. გადამტებულად პოზი-  
ტიური, არარეალური მსჯელობა ეჭვს ბადებს და თქვენს და თქვენი კომპეტენ-  
ტურობის მიმართ ნდობას დააკარგვინებს ადამიანს.

### *დაეხმარეთ ერთმანეთს!*

მომხმარებელს ემსახურებიან სხვადასხვა მუშაკები. თქვენ ყველა მათგანთან  
ახლო კონტაქტი უნდა გქონდეთ, ერთად იფიქროთ და ერთობლივი ძალებით  
გადაწყვიტოთ პრობლემები. რაიმე პრობლემურ საკითხთან დაკავშირებით თქვენ  
შეიძლება მათ ჰკითხოთ რჩევა, მათ კი თქვენ – ეს არ ენებს ავტორიტეტს.  
მთავარია თქვენი ქმედება ერთმანეთის, და რაც მთავარია – კლიენტის დახმარე-  
ბის სურვილით იყოს მოტივირებული.

**ცეცხლითა და მახვილით საქმე არ კეთდება!**

გაგიკვირდებათ, მაგრამ სერვისებთან დაკავშირებისას ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დაბრკოლება, რომელიც შემთხვევის მენეჯერმა უნდა გადალახოს, ესაა “ტელეფონის შიში”. შემთხვევის მენეჯერი ტელეფონით უკავშირდება ამა თუ იმ სააგენტოს, მორიდებით არკვევს, ვისთან შეიძლება გასაუბრება, შემდეგ კი უკავშირდება შესაბამის პერსონალს. როგორც კი ამ დაბრკოლებას უკან მოიტოვებენ, შემთხვევის მენეჯერები მომენტალურად აგრესიულ შეტევაზე გადადიან – რატომღაც ყველა ფიქრობს, რომ ასეა საჭირო. უნდა დაეფიქრდეთ და გაეიაზროთ, რომ ზოგჯერ უსამართლობა არაფერ შუაშია და არსებობს რეალური გარემოებები, რომლებიც მომსახურების მიმწოდებელს აიძულებს უარი თქვას დახმარებაზე, მაშინაც კი, როდესაც მომხმარებელი სრულიად სამართლიანად მოითხოვს მას. “ძალიან ხშირად მიმწოდებლებთან ურთიერთობა ნამდვილ ომს ემსგავსება – თითქოსდა მომხმარებლის ადვოკატის როლი იარაღის გამოყენების კანონიერ უფლებას იძლეოდას” (Lamb, 1980). უარი დახმარების აღმოჩენაზე სრულიადაც არ ნიშნავს, რომ უცილობლად “ცეცხლი უნდა გაეუხსნათ” მიმწოდებელს. მტრობა და შუღლი არც მომხმარებელს, და არც თქვენს შემთხვევის მართვის სააგენტოს სიკეთეს არ მოუტანს. ზოგიერთ შემთხვევაში უბრალოდ უნდა შეეუთოთ აზრს, რომ გარკვეული ხელისშემშლელი გარემოებები თქვენს კონტროლს არ ექვემდებარება – აქ ვერაფერს გახდებით! ეძებეთ პრობლემის გადაწყვეტის სხვა გზები.

**ურთიერთობის დაწყების შემდეგ იზრუნეთ მის განმტკიცებაზე!**

ადამიანის ქცევა ყოველთვის შეიძლება შეიცვალოს სხვა ადამიანების ზეგავლენით: როდესაც მომსახურების მიმწოდებელი მომხმარებელთან მუშაობისას რაიმე წარმატებულ შედეგს აღწევს, ეს ყოველთვის უნდა აღვნიშნოთ და დავაფასოთ. შექება და წახალისება ადამიანს მუშაობის ხალისს კმატებს, და შემდგომში შეეცდება მეტ წარმატებას მიაღწიოს. ამგვარი დამოკიდებულება ურთიერთთანამშრომლობისათვის ხელსაყრელ სასიამოვნო ატმოსფეროს ქმნის, და ხელს უწყობს პირადი კონტაქტების განმტკიცებას.

**მიუღვეით პრობლემებს შემოქმედებითად! შესძინეთ მათ პოზიტიური ელფერი!**

როგორც უკვე ვთქვით, სერვისებთან დაკავშირების (ისევე, როგორც შემთხვევის მართვის ნებისმიერი სხვა საქმიანობის) მიზანია მომხმარებლის საჭიროებების დაკმაყოფილება, და საყოფიერო რომელიმე სერვისთან დაკავშირება აკვიტარბულად აზრად არ უნდა ეაქციოთ: “თუ ერთგან არ გაემართლებთ და კარს არ გაგიღებენ, სასოწარკვეთას ნუ მიეცემით და სხვაგან დააკაკუნეთ”. თქვენი კლიენტი, თავისი მდგომარეობიდან გამომდინარე, ცხოვრებამ შესაძლოა უკვე “ექსპერტად აქცია უიღბლობის დარგში”. ამიტომ შეეცადეთ რაც შეიძლება ნაკლებად აგრძნობინოთ მას წარუმატებლობა – დაყავით პრობლემა ისეთი ზომის ნაწილებად, რომელთაც ის მოერევა, დასახეთ მცირე, მაგრამ რეალურად მიღწევადი მიზნები! ამგვარად, სახეზე იქნება გარკვეული შედეგი, და მომხმარებელიც დაინახავს საკუთარი ძალისხმევის პროდუქტს. მაგრამ კიდევ ერთხელ ეიმეორებთ – მიზანი შეიძლება უმნიშვნელო, მაგრამ აუცილებლად მიღწევადი უნდა იყოს, ხოლო ძალისხმევის შედეგი – რეალური. ნუ მოატყუებთ, ტყუილად ნუ დააიჩედებთ!

ამრიგად, მიუღწევით პრობლემებს შემოქმედებითად! შეეცადეთ როგორმე შეა-  
გარკობინოთ თქვენს მომხმარებელს წარმატების ხიბლი!

**მოიშველიეთ ჯგუფური მუშაობის პრინციპი!**

რაოდენ მცოდნე და გამოცდილიც არ უნდა იყოს შემთხვევის მენეჯერი, ზოგიერთი ამოცანის შესასრულებლად მას საკუთარი ძალები არ ჰყოფნის. მო-  
მხმარებლის საჭიროებებისა და მოთხოვნების სრულყოფილად დაკმაყოფილება ხშირად მის შესაძლებლობებს აღემატება. ასეთ დროს ფასდაუდებელი სამსახ-  
ურის გაწევა შეუძლია ჯგუფური პრინციპით მუშაობას. მოიშველიეთ სხვების ცოდნა და გამოცდილება: შესაძლოა პრობლემა, რომელსაც თქვენ ვერ უმკლავდებ-  
ით, უკვე ნაცნობია სხვა შემთხვევის მენეჯერებისათვის, და სასარგებლო რჩევა მოგცეთ. ან კიდევ, იმსჯელოთ და ერთობლივი ძალებით მონახოთ გამოსავალი.

მოემზადეთ: თქვენ მოგწევთ იმუშაოთ “ცდისა და შეცდომის” მეთოდით!

**ისწავლეთ შეცდომებზე!**

ფსიქიკური დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე, მომხმარებლის მდგო-  
მარეობა განუწყვეტილად იცვლება, შესაბამისად განუწყვეტილად იცვლება მისი საჭიროებებისა და შესაძლებლობების ხასიათი და ურთიერთთანაფარდობა. ამ-  
დენად, გასაკვირი აღარაა, რომ მისი დაკავშირება სერვისებთან წარმოებს, ფაქ-  
ტიურად, “ცდისა და შეცდომის” მეთოდით. იმ სეანსების მიმართ, რომელთაც მომხმარებელი ახლა ხალისით ესწრება, შესაძლოა ცოტა ხანში მან ყოველგ-  
ვარი ინტერესი დაკარგოს, და პირიქით. მსგავსი ცვლილებებისათვის მზად უნდა იყოს, და იმედო არ უნდა დაკარგოს. უფრო სწორად, მომავალს რეალურად უნდა შეხედოთ და არ დაამყაროთ ტყუილი იმედები. ყოველი წარუმატებელი მცდელობა კი თქვენთვის სასოწარკვეთის მიზეზი კი არა, სასარგებლო გაკვეთილი უნდა გახდეს. მომხმარებელმა შესაძლოა არ მოინდომოს შეთავაზებული დახ-  
მარების მიღება, ან ცოტა ხანში აღმოაჩინოს, რომ “ეს ის არ არის, რაც მას ეგონა”, ან კიდევ აღმოჩნდეს, რომ მომხმარებელი ამ მომენტისათვის უბრალოდ არ არის მზად მოცემულ პროგრამაში მონაწილეობის მისაღებად (არ გააჩნია საკმარისი ცოდნა და უნარ-ჩვევები). ხშირად, საკუთრივ მომხმარებლის მდგო-  
მარეობის ცვლილებაც, თავისთავად, საკმაოდ სერიოზულ ჩარევას საჭიროებს (მაგალითად, დაავადების რეციდივი), და მიდგომათა ძირეულ შეცვლას მოითხ-  
ოვს. ერთი სიტყვით, ელოდეთ ცვლილებებს, მზად იყავით წარუმატებლობი-  
სათვის, და ისწავლეთ შეცდომებზე!

მაშინაც კი, როდესაც მომხმარებლის ქცევა არასასურველ ხასიათს იღებს, ყოველთვის ეცადეთ გამოძებნოთ რაიმე, თუნდაც ძალიან უმნიშვნელო დეტალი თქვენი კლიენტის ქცევაში, რომელიც შექებას იმსახურებს. ხაზს ვუსვამთ – აქ საუბარია დამსახურებულ შექებაზე, და არა პირფერობაზე: მაგალითად, თუ პროგრამის ერთ სეანსზე დასწრების შემდეგ მან საერთოდ შეწყვიტა აქ სიარუ-  
ლი, აუცილებლად შეაქეთ ის ამ ერთადერთ სეანსზე დასწრებისთვის. ითანამ-  
შრომლეთ მასთან – გაიზიარეთ მისი წარმატებაც და პრობლემებიც!

კანტერი სწავლობდა მომხმარებელსა და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ურთიერთობის ფსიქოლოგიურ ასპექტებს (Kanter, 1985). ის განსაკუთრებით გამოყ-  
ოყდა წინააღმდეგობრიობის პრობლემას, რომელსაც ადამიანები დამოუკიდებ-  
ლობისაკენ მიმავალ გზაზე აწყდებიან. ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამი-

ანებს, განსაკუთრებით კი ახალგაზრდებს, დამოუკიდებლობის დაუძლეველი სურვილი ხელს უშლით გაითავისონ და მიიღონ რაიმე სოციალური როლი – ეს მათგან სხვაზე დაქვემდებარებულობას, სუბორდინაციის წესების დაცვას მოითხოვს, რაც დამლუპველად მოქმედებს მათ თავმოყვარეობაზე. “ისინი ვერ ეგუებიან შეუსაბამობას მრმავლის შესახებ მათ ფანტაზიებსა და რეალობას შორის, არ ძალუძთ დაძლიონ იმედგაცრუების ეს მძიმე განცდა. მათ სიცარიელის შეგრძნება ეუფლებათ, სასოწარკვეთას ეძლევიან და შედეგად მძიმე დეპრესია ეწყობათ, ან კიდევ ამ განცდებისაგან თავს სოციალურად მიუღებელი ქცევით იცავენ, რასაც ხშირად თან ერთვის ალკოჰოლისა და ნარკოტიკებისადმი სწრაფვაც.

ფსიქიკურად დააულებულ ადამიანებს, რომელთაც შედარებით შენახული აქვთ დამოუკიდებელი ფუნქციონირების უნარი და სურვილი, ხშირად უფრო უჭირთ მომსახურების მიმწოდებლებთან ურთიერთობა და მათგან დახმარების მიღება. აქ მათ ხელს უშლით დამოუკიდებლობისადმი სწრაფვა და გამძაფრებული თავმოყვარეობა. შემთხვევის მენეჯერმა, როდესაც ცდილობს დაეხმაროს ასეთ ადამიანს სურვისთვის დააკავშირებაში, უნდა გაითვალისწინოს მომხმარებლის ეს სისუსტეები – მისი ნარკისისტული ზემგრძნობელობა.

**ფარ-ხმალს ნუ დაყრით!**

განვიხილოთ ერთი შემთხვევა (ჩვენთვის უკვე ნაცნობი მისტერ X-ის ისტორიის გაგრძელება):

როდესაც ამპუტაციის შემდეგ მისტერ X-ის გაწერის დრო დადგა, აღმოჩნდა, რომ მისი სოციალურად საშიში ქცევის ფაქტების გამო ყველა საერთო საცხოვრებელი უარს ამბობდა მის მიღებაზე. ბოლოს, შემთხვევის მენეჯერის შეუპოვარი ძალისხმევის წყალობით, ის განათავსეს უსახლკაროთა საერთო საცხოვრებელში. ამას გარდა, ადგილობრივი საექთნო სამსახურიც დაითანხმეს ჩაეტარებინათ ამპუტაციის შემდგომი მკურნალობა. შემთხვევის მენეჯერმა ოჯახის ექიმიც კი მოიწვია, რათა გაეკონტროლებინა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

მოკლე ხანში, როდესაც ექთნებმა და ოჯახის ექიმმა გაიგეს მისტერ X-ის წარსულის შესახებ, მათ შეწყვიტეს ეს ვიზიტები. მისტერ X-მა ეს ძალიან მწვავედ განიცადა. საბედნიეროდ, მალე გამოიძებნა სხვა ოჯახის ექიმი, რომელიც დათანხმდა ეზრუნა მის ჯანმრთელობაზე, და, სხვათა შორის, წარმატებით გაართვა თავი მისტერ X-თან ურთიერთობას. გარდა ამისა, შემთხვევის მენეჯერმა დაითანხმა ადგილობრივი საექთნო სამსახური მისტერ X-თან ვიზიტებზე გამოევ ზავნათ მამაკაცი ექთანი.

ყოველგვარი მცდელობა, რაიმე შინაარსიანი საქმით დაეინტერესებინათ მისტერ X, ამ ეტაპზე წარუმატებელი აღმოჩნდა. ის ძალიან უენერგიოდ იყო, უჭირდა ყურადღების კონცენტრირება, უწიოდა ძილიანობას. როგორც მოგვიანებით გაირკვა, ამის მიზეზი იყო ტრანკვილიზატორების მიღების არასწორი დოზირება და უწესრიგო რეჟიმი. თავად მისტერ X-ს საშინლად აღიზიანებდა საკუთარი წარუმატებლობა, და ამის გამო ავრესიულად იყო განწყობილი თავისი შემთხვევის მენეჯერის მიმართ.

უადგილობის გამო საერთო საცხოვრებელმა მისტერ X გადააგზავნა უსახლკარო მამაკაცების საერთო საცხოვრებელში, რომელმაც ძალიან მალე

აგრეთვე უარი თქვა მის მასპინძლობაზე. ამგვარი სიტუაცია უფრო და უფრო ამაფრებდა აგრესიას შემთხვევის მენეჯერის მიმართ.

შემთხვევის მენეჯერი საცხოვრებელი უზრუნველყოფის სამსახურს დაუკავშირდა, და დაითანხმა მისტერ X-თან ოფიციალური ხელშეკრულება გაეფორმებინათ, რომელშიც მოთხოვნები ორივე მხარის მიმართ ზუსტად იქნებოდა განსაზღვრული. ყველას გასაკვირად, კონტრაქტის გაფორმების შემდეგ, მისტერ X თავის მხრივ უნაკლოდ ასრულებდა კონტრაქტის ყველა პირობას, დროულად იხდიდა მასზე დაწესებულ გადასახადებს. EIS სამსახურის ფსიქიატრის რჩევითა და ზედამხედველობით, მისტერ X-ს თანდათანობით მოუხსნეს ტრანკვილიზატორები (კლებადი დოზირების პროგრამა). შედეგად, მისტერ X უფრო აქტიური გახდა, მისი ქცევა ახლა უფრო საზრიანი და ადეკვატური იყო, და ახლა ის ზოგიერთი პრობლემის მოგვარებას დამოუკიდებლადაც ახერხებდა.

ამ შემთხვევის განხილვისას მისტერ X-ის შემთხვევის მენეჯერი აღნიშნავდა: "ყველაზე მნიშვნელოვანი მასთან მუშაობის პერიოდში (ერთი წლის განმავლობაში) იყო შეუპოვარი მცდელობა. ამ გზაზე ჩვენ არაერთი დაბრკოლება გადაგველობა. ფარ-ხმალი რომ დაგვეყარა, ახლა საკუთარი თავის უარყოფის უმძიმეს შედეგებთან გვექნებოდა საქმე. ჩვენ – მე და მისტერ X-მა, EIS სამსახურის სხვა თანამშრომლებისა და ოჯახის ექიმის დახმარებით ყველა გზა მოვსინჯეთ, დაეუკავშირდით სხვადასხვა დაწესებულებასა თუ კერძო პირს, და ერთობლივი ძალებით აშკარად მივალწიეთ სასურველ შედეგს".

## საბროკერო მომსახურება

საბროკერო მომსახურება წარმოადგენს სერვისებთან დაკავშირების ისეთ სახესხვაობას, რომელშიც დამატებით, მომხმარებლის სახელით, სერვისების შესყიდვის ფუნქციაც იგულისხმება. გასაგებია, რომ საბროკერო საქმიანობა იმ ყველაფერთან ერთად, რაც ზემოთ ითქვა სერვისებთან დაკავშირების შესახებ, დამატებითი საკითხების გათვალისწინებასაც მოითხოვს.

ქვემოთ მოცემულია რამდენიმე მითითება, რომელთა გათვალისწინებაც დაგეხმარებათ ეფექტურად წარმართოთ საბროკერო საქმიანობა:

1. შეფასებისას ნუ შემოიფარგლებით მხოლოდ იმ საჭიროებების შეფასებით, რომელთა დაკმაყოფილებაც თქვენთვის ხელმისაწვდომი რესურსებითაა შესაძლებელი. საჭიროებათა შეფასება აწარმოეთ ზედმიწევნით სრულყოფილად, განიხილეთ საჭიროებათა უკლებლივ ყველა სფერო.
2. უკვე ნაცნობი, ადვილად მოსაძიებელი და ხელმისაწვდომი სერვისების არსებობა არ უნდა დაგაიწყოთ სხვა ალტერნატივები. არ შეიძლება შეარჩიოთ სამუშაო იარაღების გარკვეული კომპლექტი, და მერე მთელი ცხოვრება ამ იარაღებით იმუშაოთ. ამ კომპლექტს ესაჭიროება შეესება და განახლება – მოცემული სამუშაოს მიზნის შესაბამისად. ამგვარადვე, დაუშვებელია სერვისების "ერთი და იგივე კომპლექტი" მუშაობა. თითოეულ მომხმარებელს ხომ თავისებური, უნიკალური საჭიროებები გააჩნია, ამიტომაც, ყოველ ჯერზე საჭიროა

მომსახურების ალტერნატიული ფორმებისა და წყაროების ძიება. ზოგჯერ სრულიადაც არ არის აუცილებელი მომხმარებელს შეეთავაზოთ რაიმე განსაკუთრებული, სპეციფიკური ფსიქიატრიული ან სხვა სერვისი – ხშირად ჩვეულებრივი, “ჯანმრთელი” მოსახლეობისათვის გათვალისწინებული სერვისები (რომელიც, სხვათა შორის, შესაძლოა უფრო იაფი, ან საერთოდ უფასოც იყოს) გაცილებით უფრო სასარგებლო აღმოჩნდეს მომხმარებლისათვის. ამგვარ მიდგომას დიდი უპირატესობა ენიჭება, ვინაიდან ხელს უწყობს მომხმარებლის ადაპტაციას სოციალურ გარემოსთან. ამრიგად, ეცადეთ მაქსიმალურად გამოიყენოთ მომხმარებლის საზოგადოებაში ინტეგრაციის ყოველგვარი შესაძლებლობა.

3. მომხმარებელი ყოველთვის ინფორმირებული უნდა იყოს მომსახურების ალტერნატივების შესახებ, და იცნობდეს თითოეულის დადებით და უარყოფით მხარეს როგორც თერაპიული, ისე ფინანსური სარგებლიანობის თვალსაზრისით.

4. რესურსების განაწილების საკითხებს არ უნდა წყვეტდეს ის პერსონალი, რომელსაც ეკისრება პასუხისმგებლობა მომხმარებელთა იდენტიფიკაციასა და საჭიროებათა შეფასებაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, იდენტიფიკაციისა და შეფასების შედეგების არაობიექტურობა გარდაუვალია: ფინანსური მოსაზრებებიდან გამომდინარე, იდენტიფიცირდება მხოლოდ ის ადამიანები (და მათი ის საჭიროებები), რომელთა დაკმაყოფილებასაც არსებული რესურსები გაწევდება. დანარჩენი კი მხედველობის არის მიღმა დარჩება.

5. საბროკერო საქმიანობაც წარმოებს უწყვეტი მონიტორირების, შედეგების შეფასებისა და კლიენტის ადვოკატურის პრინციპებზე დაყრდნობით.

“როდესაც შემთხვევის მენეჯერი სხვა ვალდებულებებთან ერთად ბროკერის ფუნქციასაც ასრულებს, მან საბროკერო საქმიანობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაზე პასუხი უნდა აგოს უპირატესად შემთხვევის მენეჯერის პოზიციიდან, და არა როგორც ჩვეულებრივმა ბროკერმა” (Welsh Office Social Services Inspectorate, 1990). ამრიგად, შემთხვევის მენეჯერი საბროკერო საქმიანობისას პასუხს აგებს არა მარტო ფინანსურ შედეგებზე, არამედ მთლიანად მომსახურების ეფექტურობაზე, ე.ი. ამ შედეგების მომხმარებლისათვის სარგებლიანობაზე.

ზოგჯერ ბროკერის ფუნქცია შემთხვევის მენეჯერს აკისრებს ვალდებულებას, განსაზღვროს მომხმარებლის მისაღებობა (eligibility) მოცემული მომსახურებისათვის (ე.ი. რამდენად აკმაყოფილებს ის ამ მომსახურების მიღებისათვის საჭირო მოთხოვნებს). ჩვენი აზრით, ეს მთლიანად მომსახურების სააგენტოს კომპეტენცია უნდა იყოს, და არა რომელიმე ერთი ცალკეული მუშაკისა.

### **მუშაობა იმ არაოფიციალურ პირებთან, რომლებიც ზრუნავენ მომხმარებელზე (არაოფიციალური მზრუნველები)**

მომხმარებელზე მზრუნველობისა და მოვლის ფუნქციას ასრულებენ აგრეთვე “არაოფიციალური მზრუნველები” – მისთვის ახლობელი ადამიანები: მშობლები, მეუღლე, და-ძმა, ნათესაეები, მეგობრები... არაოფიციალურ მზრუნველებთან მუშაობა მიზნად ისახავს მათთან თანამშრომლური ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. მომხმარებლის ოჯახის წევრებთან და ახლობლებთან ურთიერთობაში მშრომლობა მუშაობის განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს (Smith and Birchwood,

1990). შემთხვევის მენეჯერი გულისხმიერად უნდა მოეცილოს მათ პრობლემატურ მდგომარეობას, დაეხმაროს მხარდაჭერის მოძიებაში, ვინაიდან ასეთ ოჯახებს უძძიმეს სულიერ და ფიზიკურ ტვირთად აწვეთ ფსიქიკური დაავადებული ოჯახის წევრის პრობლემა. ოჯახმა უნდა გააცნობიეროს საკუთარი როლი და მნიშვნელობა ავადმყოფის კეთილდღეობაზე ზრუნვის საქმეში. ოჯახი ავადმყოფის დახმარებისათვის საჭირო რესურსების უძვირფასესი წყაროა.

ოჯახის წევრებს, ჩვეულებრივ, ყველაზე ახლო, ხშირი და ხანგრძლივი კონტაქტი აქვთ მომხმარებელთან და ყველაზე უკეთ იცნობენ მას. ამდენად, ოჯახის წევრებს ფასდაუდებელი დახმარების გაწევა შეუძლიათ შემთხვევის მართვის ნებისმიერი ძირითადი ამოცანის შესრულებაში (Intagliata et al., 1988). მიუხედავად ამისა, ამ ადამიანებს იშვიათად აძლევენ მომსახურების დაგეგმვარების პროცესში მონაწილეობის შესაძლებლობას (Ryglewicz, 1984). ოჯახს განსაკუთრებით ეფექტურად შეუძლია დაეხმაროს მომხმარებელს ყოველდღიური საქმიანობის უნარ-ჩვევების გამომუშავებაში. ოჯახის წევრებსა და სხვა ახლობლებს შეუძლიათ მუდმივად თვალყური ადევნონ მომხმარებლის მდგომარეობას და, როგორც გარეშე პირებმა, ობიექტური, მიუკერძოებელი აზრი გამოთქვან გატარებული ღონისძიებების ეფექტურობის შესახებ. ამრიგად, ისინი დიდ დახმარებას გვიწევენ მონიტორინგისა და შედეგების შეფასებაში. ოჯახს უმნიშვნელოფასის როლი ეკისრება გამწვავებათა მართვაში – ოჯახის წევრებს შეუძლიათ დააკვირდნენ და დროულად ამოიციონ გამწვავების მომასწავებელი ნიშნები, აცნობონ ამის შესახებ შემთხვევის მენეჯერს, რომელიც, თავის მხრივ, დროულად მიიღებს შესაბამის ზომებს. ამგვარად, მომხმარებელი მაქსიმალურად იქნება დაცული გამწვავებისაგან (რომელიც ყოველთვის მძლავრად აუარესებს ავადმყოფის მდგომარეობას, დამანგრეველად მოქმედებს მის პირადად თვისებებზე).

შემთხვევის მენეჯერის ვალია, გაიზიაროს მომხმარებლის ოჯახის წევრების პრობლემები და ყოველმხრივ დაეხმაროს მათ, მაგრამ არა მომხმარებლის წინააღმდეგ მიმართულ ქცევაში. შემთხვევის მენეჯერმა მომხმარებლის მიმართ პრეტენზიები და უკმაყოფილება ოჯახს უნდა დაანახოს, როგორც საერთო პრობლემა, რომელიც ერთობლივი ძალებით გადაწყვეტას საჭიროებს.

შემთხვევის მენეჯერმა გარკვევით უნდა განუმარტოს მომხმარებლის ოჯახს, რისი გაკეთება შეუძლია მას რეალურად, და რისი არა. ოჯახმა უნდა იცოდეს, რა დახმარებას უნდა ელოდეს მისგან, რათა მომხმარებელზე პასუხისმგებლობა მთლიანად შემთხვევის მენეჯერს არ გადააბაროს. როდესაც ოჯახი მომხმარებლის წინააღმდეგაა განწყობილი და კონფლიქტური ურთიერთობა აქვს მასთან, შემთხვევის მენეჯერმა პირველ პლანზე უნდა დააყენოს მომხმარებლის ინტერესები. ზოგჯერ, ოჯახის წევრებს სრულიადაც არ აღეგებთ ავადმყოფის ბედი, და ერთადერთი მიზანი აქვთ – როგორმე თავიდან მოიშორონ ის. ასეთ შემთხვევებში, როგორც წესი, თავად ავადმყოფსაც იგივე სურვილი უნდა ჰქონდეს. ცხადია, ამ სიტუაციაში მთლიანად ოჯახთან მუშაობა სავალდებულო არ არის, და უნდა ექვემდებარებოდეს მომხმარებლის ოჯახისაგან განცალკევების რაციონალური გზები. თუმცა, ოჯახთან მუშაობა ყოველთვის გეაძლეის გარკვეულ შედეგს.



## სოციალური ქსელის შენარჩუნება და გაფართოება

მეცნიერთა აზრით, სოციალური კონტაქტების სიმწირე ზრდის ფსიქიკური დაავადებების განვითარების რისკს (Brown and Harris, 1978). დადგენილია, რომ სოციალური ურთიერთობების ნაკლებობას უფრო ხშირად ის ფსიქიკური ავადმყოფები განიცდიან, რომლებიც კონტაქტში არიან ფსიქიატრიულ სამსახურებთან და იღებენ მათგან მომსახურებას (Lipton et al., 1981; Brugha, 1984; Henderson, 1984). თუმცა, სოციალურ ურთიერთობებსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის ურთიერთკავშირზე მარტივად მსჯელობა შეუძლებელია. ხშირი სოციალური კონტაქტები ყოველთვის დადებით შედეგს არ იძლევა (Cutler et al., 1987), ამასთან, ძალიან ბევრია დამოკიდებული ამ ურთიერთობების ხასიათზე: მაგალითად, ურთიერთობის სურვილი ცალმხრივია თუ ორმხრივი, რომელი მხარეა დომინანტური ამ ურთიერთობაში, რა აქვთ მხარეებს საერთო, როგორია მათი მოტივაციები და ა.შ.

სოციალური ურთიერთობების შენარჩუნება გაცილებით იოლია, ვიდრე მათი ხელახლა აგება. იმ პროგრამების გამოცდილებამ, რომლებიც მუშაობდნენ სოციალურად იზოლირებულ, მარტოხელა ადამიანებთან, აჩვენა, რომ მუშაობა მიმართული უნდა იყოს არსებული ქსელის შენარჩუნებისაკენ. ამასთან, მუშაობაში აქტიურად უნდა ჩაერთონ თავად ის ადამიანები, რომლებთანაც ჯერ კიდევ შენარჩუნებულია კონტაქტი. აქ უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე გამწვავებათა საწინააღმდეგო ღონისძიებების დროულად გატარებას.

უპირველესი ამოცანაა, დაეხმაროთ მომხმარებელს თავად გააკეთოს არჩევანი: ხშირად, რომელიმე ადამიანთან ურთიერთობა იმდენად უარყოფითად მოქმედებს მომხმარებელზე, რომ ქმნის ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესების სერიოზულ რისკს. ასეთ შემთხვევაში, უმჯობესია ამ ურთიერთობის სრული შეწყვეტა, და არა შენარჩუნება. ზოგიერთ ადამიანს საერთოდ არ გააჩნია სოციალური კონტაქტების დამყარების სურვილი. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს შფოთვა, შიში საზოგადოებაში მოხვედრისას, საკუთარ შესაძლებლობებში დაურწმუნებლობა. (აქ გვეხმარება ფსიქოთერაპია და ინტერპერსონული უნარჩვევების ტრენინგების მეთოდები).

მომხმარებელთა სოციალური ქსელის გაფართოებისათვის მოწოდებულია მრავალი სტრატეგია. ამ მიზნით აშშ-ში “ნამ” მომსახურების სისტემებმა შექმნეს თვით-დახმარების ჯგუფები, რომლებიც დღემდე საკმაოდ ეფექტურად ფუნქციონირებენ (Chamberlin et al., 1989). მართალია, შემთხვევის მენეჯერის მხრიდან თვით-დახმარების შეთავაზება მომხმარებელისათვის, ცოტა არ იყოს, უხერხულად ჟღერს, მაგრამ შემთხვევის მენეჯერებს შეუძლიათ პროპაგანდა გაუწიონ და მათ ხელთ არსებული რესურსებით შეუწყონ ხელი ამგვარი ჯგუფების ჩამოყალიბებას.

შემთხვევის მენეჯერებს შეუძლიათ მოიწვიონ და ერთმანეთს შეახვედრონ თავისი ახლანდელი და ძველი მომხმარებლები, ასწავლონ მათ, როგორ დაეხმარონ ერთმანეთს. მაგალითად, EIS სამსახურის ერთი ხანშიშესული მომხმარებელი, რომელსაც სულ ცოტა ხნით ადრე გამწვავების ეპიზოდი ჰქონდა, სიამოვნებით დათანხმდა სახლში გაცილებდინა ხოლმე მეორე, ახალგაზრდა მომხმარებელი, და ეს საკმარისია ორივესთვის სასიამოვნო აღმოჩნდა. შემთხვევის მენეჯერი ამ დროს დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ურთიერთობა ყველასათვის სასიამოვნოა, ის “შუაში უნდა იდგეს” მომხმარებლებს შორის. და აკონტროლებდეს

ხიტუაციას (ხომ არ აღიზიანებთ ერთმანეთი?). შესაძლებელია კიდევ ერთ მომხმარებელს ეთხოვოთ დააკვირდეს ორის ურთიერთობას და "აკონტროლოს, რა ხდება".

ყოფილმა მომხმარებლებმა შეიძლება შეასრულონ თერაპევტის როლიც. მაგალითად, მილნე და მისი თანამშრომლები (Milne et al., 1989) ავარჯიშებდნენ ყოფილ პაციენტებს, რათა ამ უკანასკნელთ ჩაეტარებინათ ტრენინგები პაციენტებისათვის. რომელთაც სხვადასხვა სახის ფობიები აწუხებდათ. ექსპერიმენტმა საკმაოდ კარგი თერაპიული შედეგი გამოიღო, და თავად ჯგუფის კურატორებისათვის არაერთარი ზიანი არ მიუყენებია.

როგორც წესი, შემთხვევის მენეჯერები სოციალური ქსელის გაფართოების მიზნით, მომხმარებლებს სთავაზობენ სხვადასხვა პროგრამებში (დღის ცენტრების პროგრამები, სხვადასხვა სახის ტრენინგები და სხვ.) მონაწილეობას. ერთდროულად ისინი მომხმარებელთან მუშაობენ ინტერპერსონული უნარ-ჩვევების გამოუმუშავებაზე. იმისათვის, რომ მომხმარებელს გაუადვილდეს კონტაქტში შესვლა, ზოგჯერ, შეიძლება შემთხვევის მენეჯერი თავად გააყვეს დანიშნულების ადგილას. თუმცა, ამ მეთოდით სარგებლობა ყოველთვის არ შეიძლება. შემთხვევის მენეჯერი უნდა ფლობდეს საკმარის ინფორმაციას მომხმარებლის, და ალტერნატიული მეთოდების შესახებ, რათა ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში, შეძლოს საუკეთესო მიდგომის შერჩევა.

### სააადამყოფობთან ურთიერთობის საკითხები

შემთხვევის მართვის ეფექტური სისტემებისათვის ფსიქიატრიული სააადამყოფოების როლი რამდენადმე სპეციფიკურ ხასიათს იქნენ. «საბ» ფსიქიატრიული სამსახურების ადეკვატური ფუნქციონირების შემთხვევაში პოსპიტალიზაციის საჭიროება მნიშვნელოვნად მცირდება. „სააადამყოფო განთავსება დასჭირდება მხოლოდ იმ მომხმარებლებს, რომლებიც საშიშროებას უქმნიან საკუთარ თავსა და გარემომყოფ ადამიანებს, ასევე იმ ფსიქიკურ ავადმყოფებს, რომლებიც სხვა სახის სამედიცინო პრობლემების გამო, საჭიროებენ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების ჩატარებას სტაციონარულ პირობებში, ან კიდევ იმ მომხმარებლებს, რომელთა ფსიქიკური მდგომარეობა იმდენად მწვავეა, რომ მათი მოვლა შესაძლებელია მხოლოდ სტაციონარის პირობებში“ (Stein and Test, 1980). თუმცა, გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ამ უკანასკნელ (მწვავე ფსიქოზის) შემთხვევაში მდგომარეობის კორექცია შესაძლებელია პოსპიტალიზაციის გარეშეც. ამჟამად წარმატებით გამოიყენება პოსპიტალიზაციის ალტერნატიული საშუალებები (მაგ. Parker and Knoll, 1990; Brunton and Hawthorne, 1989). გადაჭრით თქმა იმისა, თუ რომელი ფსიქიატრიული პაციენტები საჭიროებენ აუცილებლად სტაციონარულ მკურნალობას, ძნელია. ეს დამოკიდებულია ალტერნატიული საშუალებების ხელმისაწვდომობაზე, სამედიცინო და სოციალური პოლიტიკის თავისებურებებზე. მაგრამ გარკვეული ურთიერთობის დამყარება ფსიქიატრიულ სააადამყოფობთან ნებისმიერ შემთხვევაში ესაჭიროებათ შემთხვევის მენეჯერებს.

ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ მომხმარებელთან და პერსონალთან მუდმივი კონტაქტის აუცილებლობა პოსპიტალიზაციის პერიოდში. როდესაც არაოფიციალური (პირადი) კონტაქტები არასაკმარისად პროდუქტიულია, ამ ურთიერთობას ოფიციალური სახე უნდა მიეცეს. EIS სამსახურის შემთხვევის მენეჯერები მომხმარე-

ბლის მიმღები საავადმყოფოს პერსონალთან (კერძოდ, მათ ფსიქიატრ-კონსულტანტებთან) აფორმებდნენ ოფიციალურ ხელშეკრულებას, რომელშიც განსაზღვრული იყო EIS თანამშრომლებთან ურთიერთობისა და თანამშრომლობის პირობები. ამგვარი ურთიერთთანამშრომლობის შედეგად, უმეტეს შემთხვევაში, საკმაოდ კარგი შედეგები მიიღწეოდა.

საერთოდ, საავადმყოფოს პერსონალთან კონტაქტის განსამტკიცებლად ესარგებლობთ იმავე პრინციპებით, რომელთაც ეიყენებთ მომსახურების სხვა მიმწოდებლებთან ურთიერთობისას. თუმცა, ამ დროს სასურველია უფრო აქტიური უშუალო კონტაქტი: შემთხვევის მენეჯერი უფრო მეტ დროს უნდა ატარებდეს საავადმყოფოში, ესწრებოდეს შემოვლებს, აკვირდებოდეს პაციენტებს. ამის საფუძველზე მას შეეძლება მართებულად განსაზღვროს, ვის ესაჭიროება შემთხვევის მართვის მომსახურება გაწერის შემდგომ. ამგვარი ურთიერთობა „ამოავებს“ პოსიტივალურ და „საბ“ მომსახურებას შორის არსებულ ნაპრალს“, და უზრუნველყოფს მომსახურების უწყვეტობას, ვინაიდან შემთხვევის მენეჯერს შესაძლებლობა აქვს ჯერ კიდევ გაწერამდე მოახდინოს მომხმარებელთა იდენტიფიცირება, მათი საჭიროებათა ნაწილობრივი შეფასება და, შესაბამისად, დროულად აღმოუჩინოს მათ საჭირო დახმარება.

მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობას მედიკამენტურ თერაპიაზე პასუხისმგებელ პერსონალთან გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება, განსაკუთრებით კი იმ ავადმყოფების შემთხვევაში, რომლებიც კარგად ექვემდებარებიან ამგვარ მკურნალობას. სასურველია «საბ» მომსახურების ჯგუფს ჰქავდეს საკუთარი ფსიქიატრი, რომელიც უფლებამოსილი იქნება დამოუკიდებლად დანიშნოს და წარმართოს ფსიქოტროპული მკურნალობა ბინაზე. თუმცა, აქ მანაც მოსალოდნელია პრობლემები საავადმყოფოს ფსიქიატრთან უთანხმოების გამო. ერთი სიტყვით, საავადმყოფოს პერსონალთან პარამონიული ურთიერთობის შენარჩუნება ნებისმიერ შემთხვევაში საჭირო და სასარგებლოა, და შემთხვევის მენეჯერმა ამაზე ძალღონე არ უნდა დაიშუროს.

### ოჯახის ექიმებთან ურთიერთობის საკითხები

ოჯახის ექიმი – ესაა სამედიცინო მომსახურების ცენტრალური პუნქტი მისი პაციენტებისათვის. ამადროულად, ოჯახის ექიმის სამსახური მოსახლეობის უმეტესობისათვის სამედიცინო მომსახურების ყველაზე ხელმისაწვდომ და სოციალურად მისაღებ ფორმას წარმოადგენს. ოჯახის ექიმს ყველაზე ხელსაყრელი პოზიციები უკავია „გამწვავების სადარაჯოდ“ – მას შეუძლია ადრევე ამოიცნოს გამწვავების მომასწავებელი ნიშნები (Goldberg and Huxley, 1980). ის ახლოს იცნობს თავის პაციენტებს და მის ოჯახს, ეს უკანასკნელნი კი ენდობიან მას. EIS სამსახურის გამოცდილება აჩვენა, რომ ოჯახის ექიმები გაცილებით მეტი ენთუზიაზმით ხედებიან „საბ“ მომსახურების მუშაებს, და მათთან უფრო იოლია პროდუქტიული თანამშრომლური ურთიერთობის დამყარება (Onyett et al., 1990).

ოჯახის ექიმებთან ურთიერთობას შესაძლებელია ერთობლივი მუშაობის (საჭიროებათა შეფასება, მკურნალობა), ან უბრალოდ კონსულტაციების სახე ჰქონდეს. EIS სამსახური ყოველთვის პუნქტუალურად იცავდა ერთ წესს: ის ყოველთვის საქმის კურსში აყენებდა მომხმარებლის ოჯახის ექიმს – აცნობდა

მისი პაციენტის შეფასების შედეგებს, ცდილობდა მიეღო მისგან მომსახურების დაკვეთებისათვის საჭირო ინფორმაცია და რეკომენდაციები. თავის მხრივ, ფსიქიატრიც აძლევდა მას რეკომენდაციებს ფსიქიკურად დაავადებული პაციენტის მკურნალობის სპეციფიკურ საკითხებთან დაკავშირებით. ოჯახის ექიმი დიდ დახმარებას უწევდა EIS სამსახურს მომხმარებლის მდგომარეობის მონიტორინგისა და მედიკამენტური მკურნალობის კონტროლის თვალსაზრისით.

როდესაც საქმე ფსიქიკურ ავადმყოფებს ეხება, არანაკლებ პრობლემატურ საკითხს წარმოადგენს მათი ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. მაგალითად, EIS მომხმარებლების ერთ მესამედს აღენიშნებოდა საკმაოდ მძიმე სომატური დარღვევები, რაც აუცილებლად საჭიროებდა თერაპევტის მეთვალყურეობას (Onyett and Blanch, 1992). ამრიგად, ფსიქიატრიული სამსახურის მომხმარებლებს ესაჭიროებათ აქტიური მხარდაჭერა ზოგადი სამედიცინო პრობლემების გადასაწყვეტად. ოჯახის ექიმთან ურთიერთთანამშრომლობა აქაც საკმაოდ გვეხმარება. მაგრამ, ამ მოსაზრებით, განსაკუთრებით რეკომენდირებულია “სამ” მომსახურების მულტიდისციპლინარული ჯგუფის შემადგენლობაში შედიოდნენ ზოგადი პროფილის ექიმი და მედღები.

### ურთიერთობა სხვა უწყებებთან (სააგენტოებთან)

შემთხვევის მართვის სისტემას მოეთხოვება მჭიდრო კონტაქტები იქონიოს სხვადასხვა უწყებებთან (როგორცაა, მაგალითად, სხვადასხვა სახის სამედიცინო დაწესებულებები, სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურები, უსახლკაროთა თავშესაფრები და სხვ.). ამ ამათ მათი მომსახურება უფრო ხელმისაწვდომი გახადოს, რათა მომხმარებელი უზრუნველყოს უწყვეტი და მრავალფეროვანი მომსახურებით. სხვადასხვა დაწესებულებებთან ურთიერთთანამშრომლობა შემთხვევის მართვის სისტემას დაეხმარება მომხმარებელთა იდენტიფიკაციაში, საჭიროებათა შეფასებაში (შესაძლებელია ამ პროცესების ერთობლივად ჩატარება).

საუწყებოთაშორისო ურთიერთობის პასუხისმგებლობა შესაძლებელია რაციონალურად გადანაწილდეს შემთხვევის მართვის ჯგუფის წევრებს შორის სპეციფიკური კომპეტენციის, კვალიფიკაციის ან სხვა ინდივიდუალური მახასიათებლების მიხედვით. მაგალითად, იმ მუშაკებს, რომელთაც იციან რომელიმე უცხო ენა, ან განსხვავებული წარმომავლობის არიან, შესაძლებელია დაეკისროთ კონტაქტების წარმართვა რომელიმე დაწესებულების ამავე ეროვნების წარმომადგენლებთან (მაგალითად, EIS სამსახურს ჰყავდა ერთი მაღალიზიელი თანამშრომელი, რომელიც შესანიშნავად ართმევდა თავს ურთიერთობას აღმოსავლური წარმომავლობის უსახლკარო ადამიანების თავშესაფართან).

სხვადასხვა უწყებებთან ურთიერთობისათვის შემთხვევის მენეჯერმა უნდა იმოქმედოს იმავე პრინციპებით, რომელთა შესახებ ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ (იხ. ზემოთ: „მომხმარებლის დაკავშირება სერვისებთან“). შემთხვევის მენეჯერმა საკმაოდ დიდი დრო უნდა დაუთმოს ამ დაწესებულებებთან უშუალო კონტაქტს – ხშირად მივიდეს მათთან, დეტალურად გაეცნოს მათ საქმიანობას, დაუახლოვდეს პერსონალს. ყოველივე ეს უაღრესად მნიშვნელოვანია, და რაოდენ დატვირთულიც არ უნდა იყოს შემთხვევის მენეჯერი, ამისათვის მან აუცილებლად უნდა გამოიჩინოს დრო.

- - -

ამ თავში ჩვენ ვისაუბრეთ გარემო ინტერვენციების, ე.ი. იმ ღონისძიებების შესახებ, რომლებიც ზრდიან მომსახურების ეფექტურობას მომხმარებლის გარემოზე ზემოქმედების გზით. ახლა კი „უფრო ახლოს მივიდეთ მომხმარებელთან“: ამრიგად, შემდეგი თავი ეთმობა ამ გარემოში უშუალოდ მომხმარებელთან მუშაობის საკითხებს.

## თხზი 6

# პემთხევეის მახთვის ჯმოსანჯი III - ინსახვენიახი ჯუჯაოე მომხეხეხილსა და "მომხეხეხეხი-გახეხოს" სისხთის მიხეხი

წინამდებარე თაეში განეხილათ ჴემთხევეის მართვის იმ პრაქტიკულ საკითხებს, რომლებიც ჴეეხება მუშაობას საკუთრივ მომხმარებელთან და სისტემასთან მომხმარებელი-გარემო.

## სიძნელეების დაძლევის/თავის გართმევის (coping skills)<sup>1</sup> უნარ-ჩეევეების ტრენირება

სიძნელეების დაძლევის უნარ-ჩეევეების ტრენირებას მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ფსიქორებაილიტაციის პრაქტიკაში. ესაა "პროცესი, რომელიც სომატური ან ფსიქიკური მიზეზებით გამოწვეული შრომისუუნარობის ჴემთხევეაში ეხმარება ადამიანს, მაქსიმალურად გამოიყენოს ჴენარჩუნებული ჴესაძლებლობები იმგვარად, რომ მიადწიოს სოციალურ გარემოში ფუნქციონირების მისთვის ოპტიმალურ დონეს" (Benett, 1978). ბევრს რატომღაც მიაჩნია, რომ რებაილიტაცია ტარდება სტაციონარულად ან ამბულატორიული კურსის ფარგლებში და ამით ეს პროცესი მთავრდება. უნა ლოგიკური არ იქნება სარებაილიტაციო დონისძიებები აქტიურად ჩაეატაროთ იქ, სადაც გესურს ადამიანის "რებაილიტირება", უშუალოდ იმ გარემოში, რომლისთვისაც მას ვამზადებთ, ერთი სიტყვით, სოციალური უნარ-ჩეევეების ტრენირება ჩაეატაროთ სოციალურ (და არა ინსტიტუციონალურ) გარემოში?. ამრიგად, ჴემთხევეის მენეჯერებს უდიდესი მისია ეკისრებათ, ვინაიდან, "მობილურობის" წყალობით, მათ ჴეეხილათ უნარ-ჩეევეების ტრენირებაზე იმუშაონ მომხმარებლისათვის რეალურ გარემოში - უშუალოდ იქ, სადაც მან ეს უნარ-ჩეევეები უნდა გამოიყენოს.

ლიბერმანმა და მისმა თანამშრომლებმა (Lieberman et al., 1986) ჴემიშუავეს სოციალური უნარ-ჩეევეების ტრენირების მოდელი და მეთოდიკა. ეს სამუშაოები მოსნად ისახავს პრობლემების გადაჭრის (პრობლემებისათვის "თავის გართმევის") უნარ-ჩეევეების სწავლებას, რაც მომხმარებელს გაუადვილებს დამოუკიდებლად გაართავს თავი ისეთ ცხოვრებისეულ ამოცანებს, როგორიცაა: ყოველდ-

<sup>1</sup> ინგლ. cope - თავის გართმევა, გაქლავება, გადატანა, გაძლება. coping skills- ის ქვეშ იგულისხმება რაიმე ცხოვრებისეულ ფაქტორებთან გამკლავების - მოვლენების გადატანის, ცხოვრებისეული ამოცანების შესრულების, სოჯად ცხოვრებისთვის თავის გართმევის უნარი. აქ ცხოვრებისეული ფაქტორების ინდენა ფართო სექტორი იგულისხმება, რომ მათ "ცხოვრების უნარ-ჩეევეები" კი ჴეიძლება ეწოდოს. რადგან ტერმინის ამ უკანასკნელმა ალტერნატივამ შესაძლოა გაუგებრობა გამოიწვიოს, ხეც coping skills ვთარგმნით: 1) სიძნელეების დაძლევის უნარ-ჩეევეები 2) თავის გართმევის უნარ-ჩეევეები. პირველი მთავანი ჴუსტად არ ასახავს შინაარსს. რადგან, მართალია, ხშირად ამ ამოცანებში რაიმე პრობლემა, სიძნელე, ან წინააღმდეგობა იგულისხმება (მაგალითად, მძიმე დანაკარგი, კონფლიქტური სიტუაცია, დაეადების გაწყაება და სხე). წინააღმდეგობის გადალახვა, მაგრამ სოჯურ წინააღმდეგობა არაფერ შუაშია და დაპარაკია სრულიად ჴეეულებრივი ცხოვრებისეული ამოცანებისთვის თავის გართმევის უნარზე (როგორიცაა, მაგალითად, პირადი პიტივის წესების დაცვა, ოჯახის წევრებთან ურთიერთობა), რომელიც, შესაძლოა, კონკრეტული (ამ ჴემთხევეაში ფსიქიკურად დაეადებული) ადამიანისთვის სერიოზულ სიძნელეს, პრობლემას წარმოადგენდეს. ამრიგად, მძღვარში მას მოეისხეიბოთ ორიდან ერთ-ერთი სახელწოდებით - კონტექსტის შესაბამისად.

ლიური საქმიანობა, მედიკაციის დამოუკიდებლად მართვა, ურთიერთობები ოჯახის წევრებთან, სოციალური კონტაქტების დამყარება, დასაქმება (სამუშაო ადგილის მონახვა). სოციალურ უნარ-ჩვევათა ტრენინგების მოდელი ემყარება სტრუქტურულად ზემოთაღნიშნულის კონცეფციას, მოიცავს და მუშაობს შემდეგი მიმართულებებით:

1. იმ ძირითადი ფსიქობიოლოგიური და კოგნიტიური ფუნქციების ტრენინგება, რომლებიც მონაწილეობენ სოციალური გარემოს აღქმაში.

2. სოციალური ინფორმაციის მიღების, გადაამუშავებისა და გადაცემის უნარის გაუმჯობესება, რასაც ემსახურება ქცევითი უნარ-ჩვევების ტრენინგება თეატრალური წარმოდგენების (რეპეტიციების), განმტკიცების, მოდელირების, საშინაო დავალებების და სხვა მეთოდებით.

3. მუშაობა მომხმარებლის გარემოსთან, რათა უნარ-ჩვევები უზრუნველყოთ მტკიცე მხარდაჭერით გარემომყოფთა მხრიდან.

(უფრო დეტალურად სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგების შესახებ იხ. "ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია" რობერტ პოლ ლიბერმანი, გამოცემულია ქართულ ენაზე)

### ინდივიდუალური თერაპია

შემთხვევის მენეჯერსა და მომხმარებელს შორის ურთიერთობას, როგორც ვთქვით, ხაზგასმით თანამშრომლური ხასიათი უნდა ჰქონდეს, ამდენად, შემთხვევის მენეჯერის პრაქტიკაში გამოირიცხებოდა თერაპიის ისეთი ფორმების გამოყენება, რომელთა ჩატარებაც შეუძლებელია ამგვარი ურთიერთობის ფარგლებში – მაგალითად, როდესაც მეთოდს გააჩნია "თერაპიული მოქმედების ფარული მექანიზმები და მიზნები", რომელთა შესახებ პაციენტმა არაფერი იცის (უფრო სწორად, არ უნდა იცოდეს).

მძიმე ფსიქიკური დარღვევების შემთხვევაში, ფსიქოდინამიური მიდგომები (მაგალითად, ფროიდისა და იუნგის პრინციპებზე აგებული ტექნიკები) სწორედ ასეთ "აკრძალულ" კატეგორიას მიეკუთვნება. მათთვის დამახასიათებელი ინტერპრეტაციული მეთოდების გამოყენება იწვევს რეალობის შესახებ უკვე ჩამოყალიბებული წარმოდგენების რღვევას ადამიანში. ფსიქიკურად დაზარალებული ადამიანისთვის კი გარემოს მისეული აღქმის რღვევა ტოლფასია დამანაგრეველი დარღვევისა, რომელიც სრულიად "განაიარადებს" და უშწყო მდგომარეობაში ტოვებს მას, და ეს შესაძლოა საბედისწეროც კი აღმოჩნდეს. ფსიქოდინამიური თერაპიის შესახებ როუ (Rowe, 1988) ამბობს: "აქ ფსიქოთერაპევტს პრივილეგირებული პოზიციები უკავია, პაციენტს კი – დაქვემდებარებული: ფსიქოთერაპევტს თავისი პროფესიული ვირტუოზობის წყალობით შეუძლია ჩასწვდეს ჭეშმარიტებებს, რომელიც პაციენტისათვის სამუდამოდ მიუწვდომელი დარჩება. ხოლო ის ჭეშმარიტებები, რომლებსაც პაციენტს ეგონა რომ მისწვდა, ფსიქოთერაპევტს შეუძლია უფრო მართებულად და ღრმად განჭვრიტოს. მეტიც – ფსიქოთერაპევტს შეუძლია განუმარტოს პაციენტს მისივე (პაციენტის) საკუთარი აზრები და ის, თუ რა იგულისხმება მათ უკან, აუხსნას, რას ფიქრობს ის სინამდვილეში". ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში "აზრთა სიღრმეებში ჩაწვდომა და მათთვის ბრძანული ახსნის ძიება" ხშირად აბსოლუტურად ზედმეტი და "ფილოსოფოსობას

და გადამტეხულად ბრძნულ ინტერპრეტაციას” მცდარ დასკვნებამდე მივყავართ. აი, მაგალითად, ნაცნობი სიტუაცია: მომხმარებელი ხშირად ჩივის, რომ არ მოსწონს საკვები. სპეციალისტები ამას “კეიანიურ” ახსნას აძლევენ – “საკვებით დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა წარმოადგენს მომხმარებელს პერსონალის მიმართ ფარული აგრესიის ეკვივალენტს.” შემდეგ რა ხდება? სპეციალისტები “ცოდნით ბრწყინავენ”, მომხმარებელი კი ნახევრად მშვიერი დადის, რადგან მას მართლაც უვარგისი საკვებით კვებავენ. ვიბსონი (Gibson, 1989) ამბობს: “უსიქიატრიაში საბედისწერო შეცდომების მიზეზი ხდება ის, რომ ხშირად სპეციალისტები მოქმედებენ არა იმის მიხედვით, რასაც მომხმარებელი სრულიად გარკვევით, პირდაპირ ამბობს, არამედ ცდილობენ “ჩასწვდნენ”, ახსნა მოუძებნონ მომხმარებლის ნათქვამს და მოქმედებენ ამ საკუთარი ინტერპრეტირებული ვარიანტის შესაბამისად”.

უბრალოდ, ერთობლივი მსჯელობა პრობლემების შესახებ და ბიპევიორული ფსიქოთერაპია თერაპევტს შესაძლებლობას აძლევს გაეკრკეს მომხმარებლის პრობლემებში, დაეხმაროს მათ გადაწყვეტაში, და ამავდროულად შეინარჩუნოს თანამშრომლური ურთიერთდამოკიდებულება. თუმცა, ამ მეთოდის გამოყენებაც საშიშია იმ მოსახრებით, რომ მომხმარებელს “თავს მოვახვევთ” ჩვენს აზრებსა და ფასეულობათა მისთვის უცხო სისტემებს – ამ დროს თერაპევტი ხომ, ფაქტიურად, კარნახობს მომხმარებელს “რა არის მისთვის კარგი და როგორ უნდა მოიქცეს”. ამასთან, მომხმარებელს შესაძლოა გაუჩნდეს “დანაშაულის განცდა”, როდესაც მას ვუსახელებთ “რადაცვებს, რაც აუცილებლად უნდა შეცვალოს თავის ტვინსა და აზროვნებაში”. ეს უკანასკნელი “დამადანაშაულებელი” მოქმედება განსაკუთრებით მძლავრად აქვს გამოხატული კოგნიტურ თერაპიას არასწორად გამოყენების შემთხვევაში (როდესაც, მაგალითად, თერაპიის მიზანია “გამოეუსწოროთ პაციენტს ხასიათი”).

შემთხვევის მენეჯერმა აუცილებლად კარგად უნდა გაითავისოს და გაითვალისწინოს, რომ ფსიქოთერაპიას დიდი ზიანის მოტანა შეუძლია (asson, 1988), მით უფრო, როდესაც შემთხვევის მენეჯერს უკვე მოპოვებული აქვს ავტორიტეტი მომხმარებლის თვალში და ეს უკანასკნელი შეიძლება ბრმად ენდობოდეს მას. პრინციპში, შემთხვევის მენეჯერი თავისთავად, თავისი არსებობით უნდა ასრულებდეს თერაპევტის როლს, და სულაც არ არის აუცილებელი იყენებდეს რაიმე სპეციალურ თერაპიულ მეთოდს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, შემთხვევის მენეჯერმა უბრალოდ იმგვარი ურთიერთობა უნდა დაამყაროს მომხმარებელთან, როგორსაც ჩვენ ყველა – “ჯანმრთელი” ადამიანები ვინატრებით: ურთიერთობა, რომელშიც ყურადღებით გვისმენენ, ესმით ჩვენი, პატივისცემით გვეპყრობიან, ითვალისწინებენ ჩვენს აზრს, და არამარტო იზიარებენ ჩვენს გასაჭირს, არამედ პრაქტიკულადაც გვეხმარებიან პრობლემების მოგვარებაში.

### მედიამენტური თერაპია

ლიბერმანი და მისი თანამშრომლები (Lieberman et al., 1986) მკაცრად აკრიტიკებდნენ მედიამენტური თერაპიის მბრძანებლობას ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში იმ მოსახრებით, რომ “წამლები ვერაფერს შეეღის “ნეგატიურ” სიმპტომებს, ახსნაოთებს მძიმე გვერდითი მოვლენები, და ვერ ასწავლის ავადმყოფებს იმ უნარჩვევებს, რომლებიც მათ ესაჭიროებათ საზოგადოებაში არსებობისათვის.” სხვა მეცნიერები ამტკიცებენ, რომ ნეიროლეფსიური პრეპარატების შემოღებამ შესა-



ძლოა შეამსუბუქა ზოგიერთი პრობლემა, მაგრამ საბოლოო ჯამში არანაირად არ გააუმჯობესა შიზოფრენიის გამოსავალი (Mosher and Burti, 1989; Warner, 1985). მოშერი და ბურტი (Mosher and Burti, 1989) აღნიშნავენ, რომ ნეიროლეფსიური პრეპარატების წყალობით მართლაც მიღებულია ზოგიერთი მნიშვნელოვანი შედეგი - ესაა მათი რეალური ეფექტები, მაგრამ ისინი უნდა განეახლებათ იმ "მითითური" ეფექტებისაგან, რომელთაც მათ სრულიად უსაფუძვლოდ მიაწერენ. რეალურ ეფექტებს მიეკუთვნება: "პოზიტიური" სიმპტომების შემცირება (როგორცაა პალეონიციები, ბოდევა), ჰოსპიტალიზაციისა და რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირისა და ხანგრძლივობის შემცირება, ასევე შიზოფრენიის მიმართ საყოველთაო ინტერესის გაზრდა, ფინანსური ეფექტები (მაგალითად, ფარმაცევტული კომპანიების შემოსავლების გაზრდა...). ისეთი "ეფექტები" კი, როგორცაა "ფსიქიატრიული სააქტივობების დაცარიელება, შიზოფრენიით დაავადებულთა სოციალური ფუნქციონირების აღდგენა, სიმბლემების დაძლევის უნარის გაუმჯობესება, შიზოფრენიის რეციდივების სრული აღმოფხვრა მედიკაციის რეჟიმის მკაცრად დაცვის შემთხვევაში" - მხოლოდ და მხოლოდ "ტკბილი ზღაპრებია" და მეტი არაფერი.

მოშერი და ბურტი აღნიშნავენ ასევე, რომ "წამლებით მკურნალობა მეტად იოლი საქმეა მაშინ, როდესაც ფსიქოსოციალური ინტერვენციების ჩატარება გაცილებით უფრო რთული და ძვირია". მათი კომბინაცია ხშირად საუკეთესო შედეგს გვაძლევს (Tarrier, 1990). მაგრამ მედიკამენტების გამოყენებას მაინც უმჯობესია ვერიდოთ. ფარმაკოთერაპიას მხოლოდ იმ შემთხვევაში მივმართოთ, თუ იზოლირებულად ფსიქოსოციალური ინტერვენციები დამაკმაყოფილებელ შედეგს არ იძლევა, ასევე გამწვავების დროს, ან როდესაც ფსიქოსოციალური ღონისძიებების გატარების საშუალებას არ იძლევა გარემო (მაგალითად, სასტუმროს ნომერი).

მედიკამენტური მკურნალობის დაწყებამდე მომხმარებელს სრული ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს მისი თერაპიული და გვერდითი ეფექტების შესახებ. თუ მომხმარებელი დათანხმდება ჩაიტაროს ეს მკურნალობა, მას უნდა დაწერილებით აუხსნათ, როგორ უნდა მიიღოს ეს პრეპარატები (მედიკაციის რეჟიმი), დაერწმუნდეთ, რომ მისთვის ყველაფერი გასაგებია, და ეთხოვით ყურადღებით დააკვირდეს წამლის დადებით და უარყოფით ეფექტებს (მაგალითად, როგორ შეიცვალა მისი გუნებ-განწყობილება), ყოველდღიურად გააკეთოს შესაბამისი ჩანაწერი დღიურში, და არასასურველი გვერდითი მოვლენების დაფიქსირების შემთხვევაში (რომელთა ამოცნობასაც მას წინასწარ ვასწავლით), სასწრაფოდ შეგვატყობინოს. გვერდითი ეფექტების გამოჩენა გვაუწყებს, რომ საჭიროა შევცვალოთ მკურნალობის სქემა (პრეპარატი, დოზირება, მიღების საათები და სხვ.) ან საერთოდ შევწყვიტოთ მედიკამენტური მკურნალობა.

კიდევ ერთხელ აღნიშნავთ, რომ მას შემდეგ, რაც მომხმარებელი დაწერილებით გაეცნობა ფარმაკოთერაპიის დადებით და უარყოფითი მხარეებს, მას უფლება აქვს უარი თქვას ამ მკურნალობაზე.

მიზანმიმართული ფარმაკოთერაპია (Carpenter and Heinrichs, 1983) - წარმოადგენს ფარმაკოთერაპიის მეთოდს, როდესაც მედიკამენტური მკურნალობა მიმართულია ამა თუ იმ "სამიზნე" სიმპტომის წინააღმდეგ და ტარდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ეს სიმპტომი გამოჩნდება. ე.ი. "როგორც კი გამოჩნდება სამიზნე ობიექტი (სიმპტომი), მას ებრძობათ წამლებით". ამგვარ მიდგომას მრავალი უპი-

რატესობა გაანინია მედიკამენტური მკურნალობის ტრადიციულ მეთოდებთან შედარებით (როდესაც მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ, სიმპტომების არარსებობის შემთხვევაშიც კი, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გრძელდება მედიკაცია შემანარჩუნებელი დოზებით): მათგან უმთავრესია პრეპარატების არასასურველი გვერდითი ეფექტების შემცირება. გარდა ამისა, ეს მეთოდი შესაძლებლობას იძლევა მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმი უფრო უსუსტად შეეუსაბამოთ მოცემულ მომენტისათვის არსებულ (პაციენტის) მდგომარეობას. თუმცა, ზოგიერთი კვლევის თანახმად (Carpenter et al., 1990), მიზანმიმართული ფარმაკოთერაპიის ჩატარება განურჩევლად ყველა პაციენტისათვის არ შეიძლება.

მედიკამენტური მკურნალობის საქმეში შემთხვევის მენეჯერს უადრესად მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება – მან უნდა აწარმოოს მედიკაციის მონიტორირება, რაც მეტად სერუპულოზულ მდგომას მოითხოვს. საჭიროა მომხმარებელსა და მის ოჯახთან ინტენსიური სისტემატური კონტაქტი, მედიკაციის დამოუკიდებლად მართვის უნარჩვევებზე მუშაობა (როგორიცაა აბების მთვლელების გამოყენება, წამლების მიღებისა და მისი ეფექტების დლიურის წარმოება და სხვ.).

### კრიზის-ინტერვენციები

სტრესისადმი ზემოგრძობელობის მოდელის მიხედვით, მწვავე (კრიზისული) მდგომარეობების მართვას გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც გამწვაების ეპიზოდები იშვიათია, მაგრამ მძიმედ მიმდინარეობს.

კაპლანის (Caplan, 1964) კრიზისის თეორია ამბობს, რომ ადამიანებს ესაჭიროებათ სტაბილურობა – მდგომარეობა, როდესაც მათ შეუძლიათ წინასწარ განსაზღვრონ მოსალოდნელი ცვლილებები და საკუთარი რეაქცია მათ მიმართ. კრიზისი კი დგება მაშინ, როდესაც რაიმე მოვლენა (მოულოდნელი სიტუაცია) არღვევს ინდივიდის, ან იმ სისტემის სტაბილურობას, რომელშიც ეს ინდივიდი ცხოვრობს. კრიზისის პროცესი შეიძლება დაეყოს ოთხ სტადიად:

1. ადამიანი აწყდება პრობლემას, რომელიც საფრთხეს უქმნის მის საჭიროებებს. საპასუხოდ, ინდივიდი მიმართავს პრობლემების გადაჭრის ჩვეულ, ნაცად სტრატეგიებს.
2. თუ ეს ჩვეული სტრატეგიები არ ამართლებს, დაძაბულობის შეგრძნება (სტრესი) მძაფრდება, და ადამიანი იწყებს ახლებური გზების ძიებას – ამ პრობლემის გადაჭრას ცდილობს “ცდისა და შეცდომის” პრინციპით. ესაა ეტაპი, როდესაც კრიტიკული სიტუაციის წყალობით, ადამიანმა შეიძლება ისწავლოს რაიმე ახალი, შეიძინოს ახლებური გამოცდილება.
3. თუ “ცდისა და შეცდომის” მეთოდმა არ გაამართლა, ადამიანი მიმართავს უკიდურეს (საგანგაშო), ნაკლებეფექტურ ზომებს.
4. თუ ეს უკანასკნელიც წარუმატებლად დასრულდა, სტრესული მდგომარეობა იმდენად მძიმდება, რომ ადამიანს აღარ შესწევს უნარი გაუმკლავდეს მას და ფსიქიკური დისფუნქცია ისეთ ხარისხს აღწევს, რომ იქნება აუცილებლობა, ადამიანი საერთოდ მოშორდეს ან მოაშორონ ამ სიტუაციას.

ერთი რამ ეტყვს არ იწყებს – რაც უფრო ადრეულ სტადიაზე ჩაერევა ამ პროცესში შემთხვევის მენეჯერი, მით უკეთესი იქნება შედეგი. კრიზისული მდგომ

მარეობის პრევენცია გულისხმობს: მომხმარებელთან მუშაობას, რათა მას გამოუმუშავდეს დესტაბილიზაციის გამომწვევი სიტუაციების პროგნოზირების უნარი, და სხვადასხვა პროფილაქტიკური სტრატეგიების შემუშავება კრიზისული მდგომარეობის თავიდან ასაცილებლად. აქ დიდად დაგვეხმარება ფუნქციური ანალიზის მეთოდი, რომელიც მე-4 თავში იყო განხილული. მაგალითად, ფუნქციური ანალიზის საშუალებით შესაძლებელია დავადგინოთ, რომ მდგომარეობის გამწვავების მიზეზია რაიმე კონკრეტული სიტუაციის შიში. ამ შემთხვევაში, კრიზისის თავიდან ასაცილებლად, ერთ-ერთი ეფექტური სტრატეგია ამ მიზეზთან ბრძოლა იქნება (მაგალითად, ისეთი ბიპეიორული ტექნიკების გამოყენებით, როგორცაა როლური თამაში, ეტაპობრივი ზემოქმედება და სხვ.).

სამწუხაროდ, ხშირად, კრიტიკული სიტუაციის წინასწარმეტყველება უბრალოდ შეუძლებელია. ადამიანი სრულიად მოულოდნელად აღმოჩნდება ხოლმე ისეთ მდგომარეობაში, როდესაც ის საკუთარი განცდებისა და მოქმედებების კონტროლის ყოველგვარ უნარს კარგავს. ამრიგად ცხადია, რომ კრიზისული მდგომარეობის მართვისათვის მხოლოდ პროფილაქტიკური ღონისძიებები საკმარისი არ არის. შემთხვევის მენეჯერი ყოველთვის მზად უნდა იყოს გაჯირვების უამს მხარში ამოუდგეს თავის კლიენტს და რაც შეიძლება სწრაფად აღმოუჩინოს დახმარება. ესაა მისი ერთ-ერთი უმთავრესი მისია. ბევრს მიაჩნია, რომ ექსტრემალურ სიტუაციებში მომხმარებელი ისეთ მდგომარეობაში ეარდება, რომ "მასთან საუბარს საერთოდ არა აქვს აზრი". მაგრამ ჰოლტი (Hault, 1986) სულ სხვაგვარად ფიქრობს: "გასაოცარია, მაგრამ ძალიან ხშირად მომხმარებელი ან მისი ნათესავები თავად გეკარნახობენ გამოსაველს ერთი შეხედვით გამოუვალი მდგომარეობიდან - თუ ვიკადრებთ და საკმარის დროს დაუთმობთ მათთან საუბარს". კრიზის-ინტერვენციების გატარებისას შემთხვევის მენეჯერს დიდი სიფრთხილე და ოსტატობა მართებს - მან ზუსტად უნდა მოზომოს, რისი გაკეთებაა საჭირო. შემთხვევის მენეჯერის აქტიურ ჩარევას ზოგიერთ შემთხვევაში სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს და ზოგჯერ ეკითხებით - აქტიური დახმარება გაუმართლებელია, რადგან მაქსიმალურად უნდა ვეცადოთ, რომ მომხმარებელმა თავად მოძებნოს გამოსავალი. ამრიგად, შემთხვევის მენეჯერის სტრატეგია კრიზისის მართვაში შემდეგში მდგომარეობს: "შეუქმნას მომხმარებელს გამოსავლის ძიებისათვის მაქსიმალურად ხელსაყრელი ატმოსფერო. და თუ მომხმარებელი, თავისი მდგომარეობიდან გამომდინარე, საერთოდ ვერ ახერხებს მოიაზროს პრობლემის გადაჭრის რაიმე ალტერნატივა, შემთხვევის მენეჯერი "დროს აღარ კარგავს, აღარაფერს ეკითხება და პირდაპირ საქმეზე გადადის". ასე გრძელდება მანამ, სანამ მდგომარეობა ოდნეუ მანც არ გაუმჯობესდება, ამის შემდეგ, შემთხვევის მენეჯერი კვლავ ცდილობს, რაც შეიძლება აქტიურად ჩართოს საქმეში მომხმარებელი, აამოქმედოს მისი საკუთარი ინიციატივა. და ასე თანდათანობით, ნაბიჯ-ნაბიჯ მიიწევენ ისინი წინ პრობლემის ლაბირინთებში, და გამოსავლის ძიების ამ გზაზე "გზამკვლევის" როლს შემთხვევის მენეჯერი თანდათანობით თავის კლიენტს უთმობს".

მაგრამ ზოგჯერ მდგომარეობა იმდენად მძიმეა, რომ საჭიროა მომხმარებელი საერთოდ განვარიდოთ სტრესულ სიტუაციას. ასეთ დროს უპირატესობა ენიჭება ე.წ. "ჰოსპიტალიზაციის შემცველ საშუალებებს" - განათავსებას საერთო საცხოვრებლის ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. მაგრამ სადაც არ უნდა იყოს, შემთხვევის მენეჯერი ფეხ-და-ფეხ უნდა მიჰყევს თავის კლიენტს, იქო-

ნოს აქტიური კონტაქტი მასთან და მის მომსახურე პერსონალთან, და მაქსიმალურად ეცადოს, რომ მომსახურების დაგეგმარებისას გაითვალისწინონ მისი რეკომენდაციები. ამასთან, ეს მომხმარებელთან ურთიერთობის განმტკიცებასაც შეუწყობს ხელს – “მომხმარებელი დაინახავს, რომ შემთხვევის მენეჯერი მას ამ უკიდურესი გაჭირვების ეპოქაში მხარში უდგას”.

კრიზის-ინტერვენციები ამით არ მთავრდება. უადრესად მნიშვნელოვანია კრიზისის შემდგომი ღონისძიებების ჩატარება: საჭიროა კვლავ “დაფურცლდეთ” კრიტიკულ სიტუაციას, მომხმარებელთან ერთად გაეარჩიოთ ეს პრობლემა, ვიშუაოთ მისი დაძლევის სტრატეგიები. ამასთან, ეს სამუშაოები ოპერატიულად (რაც შეიძლება ადრე) უნდა ჩატარდეს.

ისევე, როგორც სხვა ამოცანების შესრულებაში, კრიზისული მდგომარეობების მართვაშიც დიდი დახმარებას გეიწევს ჯგუფური მუშაობა. შემთხვევის მენეჯერმა კრიტიკულ სიტუაციაში შეიძლება მოიშველიოს სხვა სპეციალისტების ცოდნა და გამოცდილება. თუმცა, ერთობლივი მსჯელობა და გამოცდილების გაზიარება სასარგებლოა არამარტო კრიტიკულ სიტუაციებში, არამედ ყოველდღიურად – ყოველი “საინტერესო შემთხვევის” შემდეგ.

### ოჯახური თერაპია<sup>1</sup>

შემთხვევის მართვაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახთან მუშაობას, სადაც ოჯახი განიხილება, როგორც ერთი მთლიანობა. ოჯახური თერაპია “მძლავრი იარაღია კრიზისული მდგომარეობების წინააღმდეგ”.

ოჯახში ინტერვენციების მიმართ არსებობს მრავალგვარი მიდგომა (Ryglewicz, 1984). ისევე, როგორც სხვა ფსიქოთერაპიულ მეთოდებს, ოჯახურ თერაპიასაც გააჩნია ზოგიერთი არასასურველი პოტენციური ეფექტი: აქაც იქმნება საშიშროება, რომ თერაპევტი ოჯახის წევრებს “თავს მოახვევს” ფასეულობათა უცხო სისტემებს, თავის აზრებსა და შეხედულებებს, მაგალითად, იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ უნდა იქცოდნენ ამ ოჯახის წევრი ქალები (Williams and Watson, 1988). გარდა ამისა, თავად იმ ფაქტმა, რომ ჩვენ ვატარებთ ოჯახურ თერაპიას, შესაძლოა მომხმარებელსა და მის ნათესალებს აფიქრებინოს, რომ “მთელი ოჯახი სამკურნალოა” (“ყველა ცოტათი გიყია”), ამის გამო ისინი თავს შეურაცხყოფილად იგრძნობენ, ან, შესაძლოა, გაუჩნდეთ დანაშაულის განცდა (რომ ოჯახის წევრის ავადმყოფობაში ბრალი მათ მიუძღვით).

მრავალი მეცნიერული კვლევა ადასტურებს, რომ ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობის ფორმებს, ემოციურ ატმოსფეროს ოჯახში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება შიზოფრენიის პროგნოზის თვალსაზრისით. “ემოციური ატმოსფეროს დაძაბულობის” (ე.ი. ოჯახის წევრების მიერ ემოციების გამოხატვის) ხარისხის შესაფასებლად შემოღებულ იქნა ტერმინი “გამოხატული ემოციურობა” (გე). ამჟამად დადგენილია, რომ გე-ის დონე მკაცრად კორელირებს რეციდივის მაჩვენებლებთან – მაღალი გე-ის მქონე ოჯახებში (რაც გულისხმობს ავადმყოფის მიმართ სუბოპტიმალურ კრიტიკულობას, პიკერმზრუნველობას და სხვ.) მცხოვრებ ავადმყოფებში მაღალია რეციდივის მაჩვენებლებიც. კვლევებმა დაა-

<sup>1</sup> დაწერილებით ამ საკითხთან დაკავშირებით იხ. “ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია”. რიხერტ კილ ლიბერმანი

დასტურა, რომ ოჯახური თერაპიის სხვადასხვა მეთოდების (საგანმანათლებლო პროგრამები, ნათესავთა ჯგუფები და სხვ.) საშუალებით შესაძლებელია გენდონის შემცირება, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს რევიდივის რისკს (Leff et al., 1982; Liberman et al., 1984; Leff et al., 1985).

ფალუნმა და მისმა თანამშრომლებმა (Falloon et al., 1984) შეიმუშავეს ოჯახური თერაპიის მეტად ეფექტური მოდელი – ოჯახური ქცევითი თერაპია. ეს მოდელი ძირითადად გულისხმობს სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგებს ბიპევიორული ტექნიკების გამოყენებით. ამ საშუალების მიზანს წარმოადგენს პრობლემათა გადაჭრის უნარის გაუმჯობესება. თერაპიული სესიონებს აქვს სემინარების სახე, რომელსაც წარმართავს შემთხვევის მენეჯერი. ამ სემინარებზე შემთხვევის მენეჯერი ოჯახის წევრებს "აეარჯიშებს" ისეთ უნარ-ჩვევებში, როგორცაა: პოზიტიური ასპექტების იდენტიფიკაცია სხვა ადამიანების ქცევაში; ნეგატიური განცდების გატყვევით, ყველასათვის გასაგები ფორმით გამოხატვა; მოსუბრის ყურადღებით მოსმენა; თხოვნა/მოთხოვნა; პრობლემური საკითხების იდენტიფიკაცია და გადაწყვეტა და სხვ.

ოჯახური ქცევითი თერაპია წარამატებით გამოიყენებოდა EIS სამსახურის პრაქტიკაშიც. ის საოცრად კარგ გავლენას ახდენდა ოჯახის წევრების ურთიერთდამოკიდებულებაზე: მაგალითად, ოჯახის წევრებს ასწავლიდნენ, რომ ადამიანის მიმართ პოზიტიური განწყობის გამოხატვა შესაძლებელია შემდეგი სამი მოქმედების თანმიმდევრული შესრულებით: 1) "შეხედეთ მას" 2) "უთხარით, კონკრეტულად რა იყო მის მოქმედებაში ისეთი, რამაც თქვენ გასიამოვნათ" 3) "აუღწერეთ ის სასიამოვნო შეგრძნებები, რომელიც მისმა ქმედებამ გამოიწვია თქვენში". გაგიკვირდებოთ, მაგრამ ბევრს საკმაოდ უძნელდებოდა ამ ამოცანის შესრულება. მაგრამ მას შემდეგ, რაც ისინი აითვისებდნენ "დამსახურებული შექების" ტექნიკას, იცვლებოდა ოჯახის წევრების არამართო ქცევა, არამედ წარმოდგენა ერთმანეთის შესახებ – განსაკუთრებით მას შემდეგ, რაც ისინი "გემოს გაუგებდნენ შექების ნაყოფს" – რომ ადამიანი შემდგომში ხალისით აკეთებს იმას, რისთვისაც შეაქეს. და აი, შედეგიც – "ამით ხომ მისი ქცევა შეიძლება ჩვენთვის სასიამოვნო გაეხადოთ?!"

### მონიტორირება

შემთხვევის მენეჯერის ეს ფუნქცია უადრესად მნიშვნელოვანია, რადგანაც მონიტორირების საშუალებით შემთხვევის მენეჯერმა უნდა უზრუნველყოს:

1. მომსახურების უწყვეტობა;
2. მომხმარებლის მდგომარეობის ცვლილებების – ახალი საჭიროებებისა და შესაძლებლობების რეგულარული შეფასება;
3. სერვისების მიწოდების და სხვა სახის დახმარების შედეგების შეფასება და აღრიცხვა;
4. მომხმარებლის საჭიროებებსა და მომსახურების შორის შეუსაბამობის აღრეული კორექცია;
5. შუამდგომლობა შესაბამის უწყებებთან ეფექტური მომსახურებისათვის საჭირო რესურსების მოძიების მიზნით.

მონიტორინგების ზოგიერთი ასპექტი უკვე განვიხილეთ, როდესაც ვსაუბრობდით შემთხვევის მენეჯერის როლის შესახებ სხვადასხვა ოფიციალური და არაოფიციალური კონტაქტების ფორმირებაში (სხვადასხვა უწყებებთან და მომხმარებლის ნათესაფაქტობლებთან). მაგრამ მონიტორინგის უფრო მრავალმხრივი საქმიანობა და მოთხოვნის მეთოდურ მიდგომას (მონიტორინგის წარმოებს ინდივიდუალური გეგმის ჩანაწერების საფუძველზე, იხ. თავი 4, „მომსახურების ინდივიდუალური დაგეგმარება“) – ესაა სტრუქტურირებული და უწყვეტი პროცესი, რომელიც აკონტროლებს ინდივიდუალური გეგმის განხორციელების ხარისხს – მომსახურების შესაბამისობას დასახულ მიზნებთან. შემთხვევის მენეჯერმა თავი უნდა მოუყაროს და შეაჯეროს ინფორმაცია ინდივიდუალური გეგმის შესრულების შესახებ. ამ ინფორმაციის წყაროა თავად მომხმარებელი, მისი ოჯახის წევრები და ახლობლები, მომსახურების მიმწოდებლები, ადვოკატი და სხვ. საჭიროა ამ ინფორმაციის რეგულარული გადამოწმება და კრიტიკული შეფასება, რასაც ემსახურება მომსახურების შედეგების შეფასება.

მომსახურების შედეგების შეფასებისას საჭიროა ეუპასუხოთ შემდეგ კითხვებს (რამაც გვეხმარება ინდივიდუალური გეგმა - ის ჩანაწერები (აღრიცხვის ფურცლები), რომელთა შესახებაც მე-4 თავში ვისაუბრეთ):

1. განხორციელდა თუ არა შერჩეული მეთოდი ისე, როგორც იყო დაგეგმილი?
2. თუ არა, რატომ?
3. თუ განხორციელდა, მიღებულ იქნა თუ არა სასურველი შედეგი?
4. არის თუ არა ამჟამად ეს შედეგი კელაე რელევანტური (სასურველი)? თუ არა, რატომ (მას სხვა შეენაცვლა თუ აღმოჩნდა, რომ ამ შედეგის მიღება მოცემულ ეტაპზე საერთოდ არ ყოფილა მიზანშეწონილი)?
5. რა შედეგების მიღწევა იქნება სასურველი შემდგომ ეტაპზე ("ახალი სასურველი შედეგები")?
6. რა მეთოდები უნდა იქნეს გამოყენებული თითოეულის მისაღწევად?

მონიტორინგებისას ინფორმაციის შეგროვება შესაძლებელია სხვა მუშაკებსაც დაევალოს, მაგრამ რაც შეეხება ამ ინფორმაციის თავმოყრას, შეჯერებასა და ანალიზს, ეს უშუალოდ შემთხვევის მენეჯერის მოვალეობაა, რაზეც მთლიანად თვითონ აგებს პასუხს. შემთხვევის მენეჯერის მუშაობის სწორედ ეს პრინციპი (სრული პასუხისმგებლობა მომსახურებაზე) თამაშობს გადამწყვეტ როლს შემთხვევის მართვის მისიის (კოორდინირებული, უწყვეტი მომსახურების მიწოდება) განხორციელებაში.

მონიტორინგებაში ძალიან გვეხმარება ინტენსიური კონტაქტი მომხმარებელთან. აქ შემთხვევის მენეჯერი რთული ამოცანის წინაშე დგას: იქონიოს აქტიური კონტაქტი მომხმარებელთან და ამავდროულად შეუნარჩუნოს მას მაქსიმალური დამოუკიდებლობა. ცხადია, კონტაქტის ინტენსივობას განსაზღვრავს შემთხვევის მენეჯერის ჩარევის საჭიროება (მაგალითად, როდესაც მომსახურების რომელიმე მიმწოდებელი არადაამაკაყოფილებლად ასრულებს თავის მოვალეობას). სწორი კონტაქტის საჭიროების შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება ხანმოკლე, არაოფიციალურ შეხვედრებს მომხმარებლისათვის სასურველ ადგილას ან რეგულარულ სატელეფონო კონტაქტს წინასწარ განსაზღვრული ინტერვალებით

(მომხმარებელმა ყოველთვის იცის, როდის უნდა ელოდოს ზარს).

## შემთხვევის მართვის დასკვნითი ეტაპი – პირობითად "შემთხვევის დახურვა"

რაოდენ ემაყოფილიც არ უნდა იყოს შემთხვევის მართვის შედეგებით, როგორც წესი, მომხმარებელი მაინც ამჯობინებს თავი დააღწიოს ამ სისტემას, როდესაც ის თავს უკეთ "კარგად" გრძნობს. "შემთხვევის მართვა სამუდამო პატიმრობა არაა – სურვილის შემთხვევაში, მომხმარებელი შეიძლება გაუშუვებოთ." მაგრამ აქ უფრო აქტუალური პრობლემაა "არ მოგვიწიოს მისი გაგდება" (ადმინისტრაციული პრობლემების გამო).

"დატოვეთ კარი ღია!" – აი, ოქროს წესი, რომელიც უნდა დავიცვათ მომხმარებელთან დამშვიდობებისას. ამრიგად, ტერმინი "შემთხვევის დახურვა" პირობითია. ჩვენ მომხმარებელს მხოლოდ დროებით ვემშვიდობებით, და მას მომავალში ყოველთვის შეუძლია მოგემართოს დახმარებისათვის. ამის შესახებ უნდა იცოდეს არამარტო მომხმარებელმა, არამედ მისმა ოჯახის წევრებმა, ახლობლებმა, მომსახურების სხვადასხვა მიმწოდებლებმა (მაგალითად, ოჯახის ექიმმა). მათ ზუსტი ინფორმაცია უნდა მივაწოდოთ, კონკრეტულად ვის უნდა დაუკავშირდნენ საჭიროების შემთხვევაში და როგორ. მომხმარებელსა და მის ოჯახის წევრებს ეძლევათ აგრეთვე დაწერილებითი სამომავლო რეკომენდაციები მათი პრობლემის გარშემო.

როდესაც მომხმარებელი ოფიციალურად აღარ ირიცხება შემთხვევის მართვის პროგრამაში, ამის შესახებ საჭიროა შევატკობინოთ ყველა უწყებასა თუ პირს, ვისაც რაიმე კავშირი აქვს აღნიშნულ შემთხვევასთან (მათ შორის პირველად მომმართველსაც).

შემთხვევის მართვის დასკვნით ეტაპზე საჭიროა მომზადდეს შემთხვევის, მასში გატარებული საშუალებების ერთიანი მიმოხილვა (წერილობითი ფორმით), რათა მომავალში, სხვა მენეჯერს შესაძლებლობა ჰქონდეს გაეცნოს ამ "შემთხვევის ისტორიას". ასევე, ყველა ხარვეზის შესახებ, რომელიც აღინიშნებოდა რესურსების ხელმისაწვდომობისა და მომსახურების მხრივ, კიდევ ერთხელ უნდა ეცნობოს შესაბამის ინსტანციებს.

# ქანახითი

## შემთხვევის მართვის მომსახურების ხარისხის კონტროლი

### შემთხვევის მართვის ხარისხიანობის ძირითადი ინდიკატორები

#### 1. მომსახურების ხელმისაწვდომობა

შემთხვევის მართვის მომსახურება ყოველთვის ადვილად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სამიზნე კატეგორიის ნებისმიერი მომხმარებლისათვის. მომსახურების ხელმისაწვდომობა აერთიანებს ისეთ ასპექტებს, როგორცაა: მომსახურების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა (გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა), მომსახურების მიღებისათვის საჭირო ფორმალური პროცედურების სიმარტივე, დესტიგმატიზაცია, სამართლიანობა (მომხმარებელთა უფლებების დაცვა), მომხმარებელთა კულტურალური თავისებურებების გათვალისწინება, მომსახურების შესაძლებლობა და სხვ.

#### 2. მომსახურების უწყვეტობა

მომხმარებელი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს უწყვეტი მომსახურებით – სადაც არ უნდა იყოს ის (სახლში, ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში თუ სხვაგან). შემთხვევის მართვამ უნდა “ამოავსოს ნაპრაღები” მომსახურების ფრაგმენტებს შორის. მომსახურების უწყვეტობა დაკავშირებულია ისეთ პრობლემებთან, როგორცაა ადგილზე მომსახურება, ბიუროკრატიული ბარიერების გადალახვა, საუწყებათა შორის კონტაქტების დამყარება და სხვ.

#### 3. მომსახურების მრავალფეროვნება (სერვისების ფართო სპექტრი)

შემთხვევის მართვამ უნდა უზრუნველყოს, რომ მომსახურება აკმაყოფილებდეს მომხმარებლის საჭიროებათა სრულ სპექტრს (ე.ი. ივლისისხმება ყველა სახის – სამედიცინო, მატერიალური, მორალური, სოციალური და სხვა საჭიროებები).

#### 4. მომსახურების ინდივიდუალური დაგეგმარება

შემთხვევის მართვის უმთავრესი ამოცანაა, უზრუნველყოს მომსახურების მაქსიმალური შესაბამისობა მომხმარებლის ინდივიდუალურ, უნიკალურ საჭიროებებთან. ამ თვალსაზრისით, გადაწყვეტი მნიშვნელოვან ენიჭება შემდეგი ფუნქციების შესრულების ხარისხს: საჭიროებათა სრულყოფილი შეფასება (და განმეორებითი შეფასება); მომსახურების მოქნილობა; რესურსების ხელმისაწვდომობა და ფართო არჩევანი; კონტაქტების დამყარება და ინფორმაციის წყაროების მოძიება; მომსახურების უდევების სისტემატური შეფასება.

#### 5. ზუსტად განსაზღვრული პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება

იმისათვის, რომ თავიდან აცილებულ იქნას სერვისების ფრაგმენტულობა, და მომხმარებელი უზრუნველყოფილი იყოს კოორდინირებული მომსახურებით, შემთხვევის მართვის პროცესში მონაწილე თითოეული რგოლის პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება ზედმიწევნით ზუსტად უნდა იყოს განსაზღვრული.



შემთხვევის მართვის ხარისხის შეფასება კითხვარის მეშვეობით

	ხელმისაწვდომობა	მომსახურების მრავალფეროვნება	დადგენარების ინდივიდუალურობა	უწყებობა	პასუხმომცემლობა და ანგარიშგაწვევები
<p><b>მომართვ/ იდენტიფიკაცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არის თუ არა მომსახურება ადგილად ხელმისაწვდომი?</li> <li>• დროულად და სწორად წარმოებს თუ არა მომართულობის სერვისები?</li> <li>• აქვს თუ არა სისტემის შესაფერისი იმიჯი?</li> <li>• წარმოებს თუ არა მომსახურებლობა აქტიურად (აქტიურული) მოხილვა?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არის თუ არა მომსახურება საკმარისად მრავალფეროვანი და რთვად ახასიათებს მის მართვადანობას (იკლავს მრავალფეროვნების სახეობებს და სხვაობებს)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არის თუ არა საშიშრე ჯგუფის კრიტერიუმები შესაბამისად განისაზღვრული, ინტეგრირებული, მშობლიური და გასაზრდობის უზრუნველყოფის მიზნით უზრუნველყოფის მიზნით თქვენ?</li> <li>• შეფასებული ინფორმაცია საკმარისად პირველადი შეფასების ჩასატარებლად?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არის თუ არა საშიშრე ჯგუფის კრიტერიუმები შესაბამისად განისაზღვრული, ინტეგრირებული, მშობლიური და გასაზრდობის უზრუნველყოფის მიზნით თქვენ?</li> <li>• შეფასებული ინფორმაცია საკმარისად პირველადი შეფასების ჩასატარებლად?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შესაძლებელია თუ არა ამ მდარსებულ განისაზღვრის, მოცემული შემთხვევის შეფასება?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არის თუ არა განსაზღვრული, კონკრეტული, კონკრეტული მის მიმსახურებლობის მიმართ არ არსებობს საშიშრე ჯგუფის კრიტერიუმები?</li> </ul>
<p><b>საჭიროებათა შეფასება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• წარმოებს თუ არა საჭიროებათა შეფასება მომხმარებლისათვის მისი სურვილები გაარკვევს?</li> <li>• შეუძლიათ თუ არა სხვა, საჭიროებათა აღმოჩენა (მაგ., აღმოჩენის (მაგ.,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მოიცავს თუ არა შეფასება საჭიროებათა ყველა სფეროს?</li> <li>• შეესაბამება თუ არა სისტემის მთლიანად სრულყოფილი შეფასებისათვის საჭირო</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეესაბამება თუ არა შეფასების პროცესი (მაგალითად, შეფასების წარმოების ადგილი, საუბრის სტილი) მომხმარებლის შესაბამისად შეფასებულ პროცესს ინფორმაციას?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შესაძლებელია თუ არა მომხმარებლისათვის მიუხედავად სტრუქტურისა და მისი მომხმარებლისათვის შესაბამისად შეფასების პროცესში?</li> <li>• ტარდება თუ არა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შესაძლებელია თუ არა მომხმარებლისათვის მიუხედავად სტრუქტურისა და მისი მომხმარებლისათვის შესაბამისად შეფასების პროცესში?</li> <li>• ტარდება თუ არა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაითვა თუ არა ეს რა რიგში შეიძლება საჭიროებათა შეფასების პროცესში?</li> <li>• (წინადადება თუ არა, განვიხილავს, თუ შეფასების პროცესში)</li> </ul>



<p>გუგმის განხორციელება/ სერვისების მიწოდება</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არის თუ არა მომსახურება ფიზიკურად ხელმისაწვდომი, ხოლო გარეშე – არამასტრავგატიზებე და მომხმარებლისათვის ბუნებრივი (სოციალური და ეთნო-კულტურული თვალსაზრისით)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• აკმაყოფილებს თუ არა მომსახურება მომხმარებლის ქოველდარ საჭიროებს და არის თუ არა მასში გამოყენებული მომხმარებლისა და მის გარეშეში არსებული "აქტივები" (რესურსები)?</li> </ul>	<p>საჭიროების შემთხვევაში გაიღვნა იქონიონ რესურსების განაწილებაზე?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• იმეორებს თუ არა მომსახურება გეგმის ინდივიდუალურობას?</li> <li>• არის თუ არა მომსახურება მაქსიმალურად მიქნილი და იძლევა თუ არა ეფასის შესაძლებლობას?</li> <li>• უსრუქეყოფილნი არიან თუ არა მომსახურების მიწოდებაში თავისი ფუნქციების შექმნა და საჭირო ინფორმაციით?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მომსახურება ავებს მინამდევ არსებულ მხარდაჭერას თუ ახდენს მის უზურბორებას?</li> <li>• არსებობს თუ არა ერთი კონკრეტული გეგმა, რომელსაც მომხმარებელი მიმართავს ხოლმე მომსახურების საკითხებთან დაკავშირებით?</li> <li>• არის თუ არა იგივე გეგმა, რომელიც მომხმარებლის კის ყოველთვის ხელმისაწვდომი, რათა აღმოუჩინოს დაახარება ურეგულ სიტუაციაში?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• კინ ავებს პასუხს, თუ გეგმით გათვალისწინებული რომელიმე მიმყოფელი არ ასრულებს თავის ფუნქციას?</li> <li>• არის თუ ცნობილი, შემთხვევის ვის უნდა მიმართოს შემთხვევის გენერაცია გეგმის განხორციელების პროცესში წამოჭრილ პრობლემებთან დაკავშირებით?</li> </ul>
--	--	--	--	---	---	--



ინტერნეტის ფუნქციონირების  
თეორიული საფუძვლები  
(IPT)  
შიზოფრენიით დაავადებული  
პაციენტებისათვის

ფოლკერ როდერი  
ნორბერტ კინცლე  
ჰანს დიტერ ბრენერი  
ბეტინა ჰოდელი

თარგმანი მარინე კურატაშვილის, ნათია ბადრიშვილის  
(შემოკლებული და ადაპტირებული გამოცემა)

## თავი 1

### შესავალი

შიზოფრენიული აშლილობის გაგების მიზნით უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე მრავალ. ერთმანეთისაგან განსხვავებულ თეორიული მოდელის შესახებ მიმდინარეობდა კამათი. 80-იანი წლების დასაწყისიდან საყოველთაო ყურადღება დაიქსია უკანა შეხედულებამ მულტიფაქტორული გამომწვევის შესახებ. დღეისათვის შიზოფრენიული წრის დაავადებების წარმოშობას უკვე აღარ უკავშირებენ ცალკეულ ბიოლოგიურ თუ ფსიქოსოციალურ ფაქტორებს, არამედ მათ განიხილავენ, როგორც ბიოლოგიური და ფსიქოსოციალური სფეროს ბევრი ცალკეული ფაქტორის ურთიერთქმედების შედეგს. მეორეს მხრივ, დაავადების წარმოშობის სწორხაზოვანი მოდელები შეიცვალა სისტემური, ცირკულარული მიდგომებით, რომლებიც გზას დაავადების გამომწვევი მიზეზებიდან მის მანიფესტაციამდე აღარ განიხილავენ, როგორც ცალმხრივად მიმართულს (კაუზალურს).

ამ ახალი შეხედულების ფარგლებში დაავადების წარმოშობა განიხილება, როგორც წმინდა მიზეზი-შემოქმედება-ეფექტი. ძირითადად იქიდან ამოდიან, რომ ხდება გამომწვევი ფაქტორების ერთმანეთთან ინტეგრირება და როგორც ეს ფაქტორები, ისე თავად დაავადება ქმნიან ისეთ წინაპირობებს, რომლებიც პოზიტიურ ან ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენენ დაავადების შემდგომ მიმდინარეობაზე. დღეისათვის არსებობს მოსაზრება, რომ ეს ცვლადი ურთიერთქმედებები ვითარებიან შიზოფრენიის ბიოლოგიური მოწყველადობის ბაზაზე.

### 1.1 სტრესისადმი მოწყველადობის მოდელი

#### სტრესისადმი მოწყველადობის მოდელი (Zubin & Spring)

სტრესისადმი მოწყველადობის მოდელები, როგორც შიზოფრენიული აშლილობის წარმოშობის ასახსნელი განზოგადებული, ინტეგრაციული მოდელები, დიდ აღიარებას პოულობენ. იმის გამო, რომ დღემდე არსებული დაავადების კონცეფციებიდან არცერთს არ შეუძლია ინტეგრაცია შიზოფრენიის წარმოშობისა და განვითარების კვლევის მონაცემებთან, ფსიქოლოგმა ჟოზეფ ცუბინმა (Zubin & Spring, 1997) შექმნა ინტეგრირებული, განზოგადებული მოდელი. ამ განმარტებით მოდელში ხდება განსხვავება შიზოფრენიულ მოწყველადობას, როგორც შედარებით სტაბილურ, დროში ხანგრძლივად არსებულ ნიშანსა (trait) და შიზოფრენიულ დაავადების ეპიზოდს, როგორც არასტაბილურ, ცვლად მდგომარეობას (states) შორის.

ზემოაღნიშნული სტრესისადმი მოწყველადობის მოდელი შემდგომ წლებში მრავალი ავტორის მიერ იქნა დიფერენცირებული. ეს სხვადასხვა კონცეფციები ამოდიან შიზოფრენიით დაავადებულის ერთი ძირითადი, პრემორბიდული მოწყველადობისაგან, რომელიც დაიყვანება სხვადასხვა ეტიოლოგიურ ფაქტორთა კომბინაციაზე. სტრესისადმი მოწყველადობის მოდელის თანახმად, შიზოფრენიული ეპიზოდი იმ შემთხვევაში აღმოცენდება, როცა მოწყველადი ადამიანი ისეთ დატვირთვას მიიღებს, რომელიც აღემატება ამ ადამიანის დაძლევის პიროვნულ

შესაძლებლობებს. მწვავე 'შიზოფრენიული ეპიზოდი განიხილება, როგორც ფსიქიკური აპარატის კატასტროფა ჭარბი მოთხოვნილების სიტუაციაში. ამ დროს, შედარებით ძლიერად გამოხატული მოწყვლადობის შემთხვევაში, საკმარისია შედარებით მცირე დატვირთვა, რომ აღმოცენდეს 'შიზოფრენიული ეპიზოდი. ხოლო მოწყვლადობის მცირედ გამოხატვის შემთხვევაში, ასეთი ეპიზოდის აღმოცენებას უფრო დიდი დატვირთვის არსებობა ესაჭიროება.

**სამფაზიანი მოდელი (Ciompi)**

Ciompi (1982)—ს მიერ შექმნილ 'შიზოფრენიის სამფაზიან მოდელში ნაჩვენებია როგორც მოწყვლადი პრემორბიული პიროვნული სტრუქტურის ჩამოყალიბება, ასევე მოწყვლადი პიროვნების ზღერულ დონეზე უფრო მეტი გადატვირთვა, რომელსაც შედეგად მოსდევს მწვავე პროდუქტულ-ფსიქოსური ტიპის ტიპი. ეს მოდელი ასევე აღწერს პათოლოგიის მიმდინარეობის ვარიანტული ფორმების წარმოშობას, როგორც სხვადასხვა ბიოლოგიური ფაქტორების ფსიქოსოციალურ, განსაკუთრებით კი ოჯახურ ფაქტორებთან ინტერაქციის შედეგს.

**ევრისტიკული სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელი (Nuechterlein et al.)**

შემდეგი, დეტალურად დიფერენცირებული ევრისტიკული სტრეს-მოწყვლადობის მოდელი მოწოდებულ იქნა ნუხტერლაინის და თანაავტორების მიერ.

ამ კონცეფციის თანახმად, მოწყვლადი პიროვნების ჩამოყალიბების დროს ურთიერთქმედებენ ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური სფეროს ფაქტორები სხვადასხვა კომბინაციით და ხვედრითი წილით.

**დოფამინერგული დისფუნქციები.** ამ მიდის დისკუსია იმის შესახებ, რომ მწვავე 'შიზოფრენიული ფსიქოზების უმთავრესი კორელანტი, ბიოქიმიური თვალთახედვით, არის მეზოლიმბურ სისტემაში ცენტრალურ-ნერვული დოფამინერგული სტრუქტურების ზეაქტიურობა. დასაწყისში დოფამინერგული ჰიპოთეზა ეყრდნობოდა დოფამინის სიჭარბეს. მოგვიანებით კვლევის აქცენტმა გადაინაცვლა იმის შესაძლებლობისაკენ, რომ არსებობს დოფამინერგული რეცეპტორების ჰიპერსენსიბილიზაცია. ეს ვერაუდი გაამყარა გამოკვლევებმა ნეიროლემპტიკების ფუნქტურობის შესახებ, ასევე მონაცემებმა 'შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში მწვავე სიმპტომატიკის გაქრობის შესახებ იმ სტიმულატორების საშუალებით, რომლებიც ზრდიან დოფამინის ტრანსმისიას. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ დოფამინური ჰიპოთეზის ახალი მოდიფიკაციები ჯერ კიდევ არასაკმარისადაა ემპირიულად დადასტურებული.

**ინფორმაციის გადამუშავების ტევადობის რედუცირება.** ნუხტერლაინის მოდელში პიროვნული მოწყვლადობის ინდიკატორის მაგალითად მოტანილია არსებული ინფორმაციის გადამუშავების ტევადობის რედუქცია. ინფორმაციის გადამუშავების პროცესების როლი 'შიზოფრენიით დაავადებულთაში ქვემოთ უფრო დაწვრილებით იქნება განხილული.

**ავტონომიური ჰიპერრეაქტიულობა.** ამ მოდელში ლაპარაკია ასევე ავტონომიური ნერვული სისტემის არასტაბილურობასა და ჰიპერრეაქტიულობაზე, როგორც მოწყვლადობის უმნიშვნელოვანეს ფაქტორზე. აქვე გამოთქმულია ვერაუდი 'შიზოფრენიით დაავადებულთა ჰიპერსენსიბილობაზე, რომელსაც მიუყვებათ გაძლიერებულ ავტონომიურ რეაქციებამდე.

**შიზოტიპური პიროვნული ნიშნები.** და ბოლოს, მოდელში მოწყველადობის პიროვნულ ინდიკატორად დასახელებულია შიზოტიპური პიროვნული თვისებები. დღეისათვის მოწყველადობის ასეთი პიროვნული ინდიკატორების დიდი დონით არსებობას გენეტიკური დისპოზიციით ხსნიან. გენეტიკურ ფაქტორებს შიზოფრენიული დაავადების წარმოშობაში თავისი როლი ენიჭებათ. გამოკვლევები აჩვენებენ, რომ შიზოფრენიით დაავადებულის სისხლში ნათესაებებში იგივე დაავადების არსებობა უფრო მეტადაა საეარაუდო, ვიდრე ამ დიაგნოზის არმქონე სხვა ადამიანებში: მაგალითად, ერთკვრცხუჯრედიან ტყუპებში არსებობს დაავადების წარმოშობის 50-პროცენტიალი ალბათობა, თუმცა სხვა გამოკვლევების მონაცემებით, ეს კონკორდატობა უფრო დაბალია. საერთო ჯამში, ჩვენი დღევანდელი ცოდნის დონით ვერ გამოვირცხავთ იმას, რომ გენეტიკური დატვირთვა შიზოფრენიის გენეზის კიდევ ერთ დამატებით ფაქტორს წარმოადგენს.

**ფსიქოსოციალური სტრესორები.** დღეისათვის ფსიქოსოციალური ფაქტორების, ანუ სტრესების მნიშვნელობაზე უკვე მიუთითებს მრავალი, ემპირიულად კარგად დადასტურებული გამოკლევა. მაგალითად, გამოკლევების შედეგების თანახმად, რეციდივისადმი მაღალი მიდრეკილება აღინიშნება ისეთ პაციენტებთან, რომლებიც ცხოვრობენ ე.წ. "high-expressed-emotions" ოჯახებში. ეს ოჯახები ხასიათდებიან პაციენტების მიმართ განსაკუთრებით ხშირი კრიტიკული შენიშვნებით და ან გადაჭარბებული მზრუნველობით. "life-event" კლევა ცდილობს, მოიპოვოს შემდგომი მონაცემები, რომლებიც აჩვენებენ მძიმე ცხოვრებისეული მოვლენების როლს შიზოფრენიული ფსიქოზების გამომწვევ მიზეზებში. ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ ჭარბი ფსიქოსოციალური სტიმულაცია – იქნება ეს ემოციური დაძაბვით თუ პროფესიული სტრესით გამოწვეული – თუ მას ერთდროულად თან ახლავს დაძლევის შესაძლებლობათა ნაკლებობა, ხელს უწყობს პროდუქტული შიზოფრენიული სიმპტომატიკის აღმოცენებას.

**დამცავი ფაქტორები.** პიროვნული და ფსიქოსოციალური მოწყველადობის ფაქტორები, ნუბტერლაინის მოდელის თანახმად, მოქმედებს პიროვნული და გარემოში არსებული რესურსების საპირისპიროდ. ამ რესურსების მაგალითად შეიძლება დასახელდეს დაძლევის პირადი უნარები, მაღალი თვითფექტურობის მოლოდინი და ანტიფსიქოზური მკურნალობა. ავტორები ასევე განიხილავენ სისტემურ ფაქტორებს, როგორცაა ოჯახში პრობლემის გადაჭრის ეფექტური უნარი, ან ხელშემწყობი ფსიქოსოციალური ინტერვენციები. მოწყველადობისა და დამცავი ფაქტორების ურთიერთქმედება საბოლოო ჯამში განსაზღვრავს დატვირთვაზე (ხშირი სტრესები, გადაღლა) ფსიქიკური რეაქციის ფორმას, როგორც ფსიქოზური ეპიზოდის შესაძლო გამომწვევს.

### კოგნიტური მოწყველადობის ინდიკატორები

მოწყველადობის ინდიკატორების ძებნის პროცესში, ბოლო ათწლეულში, მოხდა ინტერესის ფოკუსის გადაანაცლება შიზოფრენიით დაავადებულებში ინფორმაციის გადამუშავების პროცესებისაკენ. ტერმინი "ინფორმაციის გადამუშავება" აერთიანებს ყველა იმ პროცესს, რომელიც ახდენს ინფორმაციის მოწესრიგებას, მათ დაკავშირებას და შეფასებას და რომელიც საფუძვლად უდევს განცდას და ქცევას.



შეხედულებას იმის შესახებ, რომ კოგნიტური აშლილობები არიან ცენტრალურ-ნი და დამახასიათებელი შიზოფრენიისათვის და ამ დაავადების სიმპტომატიკის საფუძველს ქმნიან, დიდი ტრადიცია აქვს. ჯერ კიდევ ბლოილერი (1911 წ.) გამოთქვამდა თვალსაზრისს, რომ ელემენტარული კოგნიტური პროცესების პირველად აშლილობებს მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვთ შიზოფრენიით დაავადებულთა ე.წ. აზროვნების აშლილობაში.

უკანასკნელი სამი ათწლეულის მანძილზე მუდმივად მიმდინარე, ექსპერიმენტალურფსიქოლოგიურად და ფსიქოფიზიოლოგიურად მიმართული შიზოფრენიის "core psychological deficit" კვლევების შესახებ მონაცემები მრავლად მოიპოვება ინგლისურენოვან ლიტერატურაში (Ruckstuhl, 1981 წ.). ვეროპულ სიერცეში ამ კვლევებს დასაბამი დაუდო ჰუბერის (1983) და Sullwold-ის (1977 წ.) ბაზისური აშლილობის კონცეფციაში შიზოფრენიით დაავადებულებში.

ბოლო წლებში კიდევ ერთხელ მნიშვნელოვნად გაიზარდა იმ კვლევათა რაოდენობა, რომელიც ეხება შიზოფრენიით დაავადებულებში ინფორმაციის გადა-მუშავებას. ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს ინფორმაციის ამ დიდი ნაკადის კატეგორიებად დაყოფა.

(1) *სტაბილური მოწყვლადობის ინდიკატორები.* ნუხტერლიანმა და სუბოტნიკმა (1998 წ.) წამოაყენეს წინადადება, რომ პირველ რიგში ნაპოვნი ყოფილიყო "სტაბილური კოგნიტური მოწყვლადობის ინდიკატორები", ე. წ. "traits", რომლებიც უცვლელნი და შეცმობადნი რჩებიან ყოველთვის, პრემორბიდის, მწვავე ფსიქოზური პერიოდის თუ რემისიის დროს. სტაბილური კოგნიტური მოწყვლადობის ინდიკატორების, როგორც შიზოფრენიით დაავადებულის "მარკერ"-ის კვლევა, პირველ რიგში მიმდინარეობს ამერიკულ სიერცეში.

ისინი კაუზალური განვითარების მხრივ განიხილებიან, როგორც შედარებით დამოუკიდებელი საკუთრივ შიზოფრენიულ პროდუქტულ სიმპტომატიკისაგან.

*თავის ტვინის ანომალიური განვითარება.* პროტოტიპურად ტვინში მოწყვლადობის ასეთი ინდიკატორები არიან მისი სტრუქტურული და ბიოქიმიური გადახრები. იმის გამო, რომ ამჟამად შესაძლებელია თანამედროვე, გამოსახულების მომცემი გამოკვლევების ჩატარება, როგორცაა, მაგალითად კომპუტერული ტომოგრაფია, პოზიტრონ-ემისიური ტომოგრაფია და სხვა, მათი დანშარებით ბოლო ათწლეულში ხდება ტვინის ისეთი სტრუქტურული და ნეირობიოლოგიური ნიშნების კვლევა, რომლებიც შიზოფრენიით დაავადებულ პირებს სხვებისგან განასხვავებენ. ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მონაცემი შიზოფრენიით დაავადებულთა ჯგუფში არის ტვინის ლატერალური პარაკუპების უფრო მეტად გაფართოება, ვიდრე ეს გეხვდება საკონტროლო ჯგუფში შემავალ პირთა შორის. მაგრამ აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ მეთოდური ნაკლის გამო, ძველი კომპიუტერულტომოგრაფიული კვლევების მიხედვით ეს განსხვავება საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ხშირად მცირე იყო. ახალი გამოკვლევები, რომლებიც ჩატარებულია მაგნიტურ-რეზონანსული მეთოდის გამოყენებით და უფრო მრავალრიცხოვან და მეტი რაოდენობის ჯგუფებში, იძლევიან უფრო ნათელ მონაცემებს. მიუხედავად ამისა, პარაკუპთა სისტემის გაფართოება არც აუცილებელი და არც საკმარისი პირობაა შიზოფრენიის დიაგნოზის დასასმელად (Stevens, 1997).

პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფიული კვლევები (PET) პირველ რიგში აჩვენებენ შიზოფრენიით დაავადებულთა ფრონტალურ წილებში მეტაბოლიზმის შედარებით დაბალ დონეს საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. ამ მიხედვით აღნიშნავენ ტერმინით – ჰიპოფრონტალობა.

ყველა ამ გამოკვლევაში ხდება ნეიროანატომიურ დონეზე სხვადასხვა ქერქული და სუბკორტიკალური ზონების, როგორცაა დორზოლატერალური პრეფრონტალური და ტემპორალური ქერქი, ლიმბური სტრუქტურები, ბაზალური განგლიები, თალამუსის ნაწილები, ასევე ნათხემი, როგორც ბიოლოგიური მარკერების შესახებ მსჯელობა (Andreasen et al; 1998). თავდაპირველი ლოკალური მიდგომების გადალახვის მიზნით, დღეისათვის მეტ ყურადღებას ამახვილებენ უფრო ზოგად-ახსნით მიდგომებზე. ერთ-ერთი ასეთი ჰიპოთეზის თანახმად, ძირითადი ნეირონალური აშლილობა მდებარეობს არა ტვინის შემოფარგლული არეალის ფუნქციურ ანომალიაში, არამედ სინაფსურ დონეზე ტვინის სხვადასხვა ფუნქციურ მოდულებს შორის ინფორმაციის ურთიერთაცვლის აშლილობაში. Woodruff et al.(1997) ემპირიული მონაცემების საფუძველზე დაადგინეს 'ფრონტო-ტემპორალური დისოციაცია' შიზოფრენიით დაავადებულთაში, რაც ნიშნავს ინფორმაციის გადამუშავების პროცესში ტვინის ფრონტალურ და ტემპორალურ ნაწილებს შორის ურთიერთქმედების ნაკლებობას.

**გალიზიანების დათრგუნვის (დისკრიმინაციის) უნარის რედუცირება.** ნეიროფსიქოლოგიური მეთოდებით კვლევების მონაცემების თანახმად, გარკვეული პროცესები ადრეული ვიზუალური გადამუშავებისას ფსიქოზური სიმპტომებისაგან დამოუკიდებელი რჩებიან. ექსპერიმენტალურფსიქოლოგიური კვლევები შიზოფრენიით დაავადებულთაში აჩვენებენ გალიზიანების დათრგუნვის უნარის რედუცირებას ინფორმაციის გადამუშავების ადრეულ პერცეპტულ საფეხურზე.

**მეხსიერების და ყურადღების დეფიციტი.** გენეტიკური რისკის ჯგუფში მყოფ ბავშვებში შეიძლება შემჩნეულ იქნას მეხსიერებისა და ყურადღების დეფიციტი, რომელიც Erlenmeyer-Kimbling(2000)-ის მიხედვით, შეიძლება იყოს მოგვიანებით განვითარებული შიზოფრენიისმაგვარი ფსიქოზის პრედიკატორი.

**(2) შუალედური მოწყველადობის ინდიკატორები.**

ნუხტერლანის და სუბოტნიკის (1998) მიხედვით, საჭიროა ტრაიტ-სპეციფიკური კოგნიტური დეფიციტის გამოჯენა ე.წ. "შუალედური" (mediating) მოწყველადობის ინდიკატორებისგან. შუალედური, "შეძინილი" ფუნქციის შეზღუდვა ჯანმრთელ მოსახლეობასთან შედარებით ყოველთვის სახეზეა პრემორბიდილიადაც და რემისიის ფაზაშიც, მაგრამ მწვავე ფსიქოზური ეპიზოდის წინ და ამ ეპიზოდის მანძილზე მისი ინტენსიურობა მნიშვნელოვნად მატულობს. იგი არსებობს ფსიქოზური ეპიზოდის ამოწურვის შემდეგაც.

**მუშა მეხსიერების აშლილობა.** ნუხტერლანი ეყრდნობა იმას, რომ ასეთი კოგნიტური დეფიციტი ახლოს დგას ფსიქოზური სიმპტომების კაუზალურ განვითარებასთან. აქ ძირითადად უნდა დასახელდეს კომპლექსური კოგნიტური გადამუშავების პროცესები, რომლებიც აყალიბებენ წინაპირობებს ყოველდღიურ ქცევით მართვისთვის. ისეთი ფუნქციები, როგორიცაა დავგებვა და პრობლემათა გადაჭრა, ასევე ამ სფეროს ნ სფეროს განვითარებისა. ამგვარი პრობლემების საერთო საფუძველად შეიძლება ჩაითვალოს მუშა მეხსიერების აშლილობა.

**თვითყურადღების ნაკლებობა.** როგორც პროდუქტული სიმპტომების განვითარებასთან ახლო კავშირში მდგომი, Fiith (1992) თვითყურადღებასთან დაკავშირებით, ამოღის კოგნიტური დეფიციტიდან. იგი ასკენის, რომ შიზოფრენიით დაავადებულს ძნელად შეუძლია გაარჩიოს, ეყრდნობა თუ არა რომელიმე ქცევა საკუთარ ინტენციას, თუ იგი განპირობებულია გარემოსაგან. რედუცირებული თვითყურადღება, როგორც კოგნიტური დეფიციტის მაგალითი, შედეგად იწვევს უკმარისობას აზროვნებისა და ქცევების თვით- თუ უცხო ს მიერ მართვის გაგებას შორის და გვევლინება ბოღვითი სიმპტომების წარმოშობის ერთ-ერთ შესაძლო ახსნად. რაც შეეხება ბოღვით აშლილობას, ექსპერიმენტმა აჩვენა, რომ პალუცინაციების მქონე შიზოფრენიით დაავადებულნი საკუთარ, ოდნავ შეცვლილ ხმას უცხო ს ხმისგან უფრო ცუდად განასხეავენ, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის წევრები. აქაც შეიძლება მიუთითოთ საფუძველში მყოფ კოგნიტურ დეფიციტზე "სელფმონიტორინგ"-ის აშლაზე. (თვითყურადღება იგივე თვითმონიტორინგი)!

**(3) ვითარებაზე დამოკიდებული მოწყველადობის ინდიკატორები.** Wykes & van der Gaag (2000) მესამე კატეგორიაში გამოყოფენ ე.წ. "states" – ფაქტორებს, რომლებიც მჭიდროდ უნდა იყვნენ დაკავშირებულნი ფსიქოზურ სიმპტომებთან.

**რედუცირებული სელექტიური ყურადღება.** ექსპერიმენტულ კვლევებში ფსიქოზურ პაციენტებთან თავს იჩენს მკვეთრად რედუცირებული სელექტიური ყურადღების უნარი, რომელიც რემისიის ფაზაში კვლავ მნიშვნელოვნად უმაჯობესდება.

მოწყველადობის ინდიკატორების შესახებ ემპირიული მონაცემების მრავალრიცხოვნებისა და მათი სხვადასხვაგვარი ინტერპრეტაციის შესაძლებლობის გამო, შესაძლებელი ხდება მათი განსხეაებული კატეგორიზაცია.

კოგნიტური მოწყველადობის ინდიკატორების ძებნამ მიგვიყვანა ნეიროკოგნიტური ფუნქციური შეზღუდვების მკურნალობასთან დაკავშირებულ ინტენსიურ კვლევებამდე. კოგნიტური უნარების შეზღუდვის წმინდა იდენტიფიკაციასთან ერთად, თანდათან იზრდებოდა მისწრაფება, რომ მომხდარიყო მათი სპეციფიური თერაპიული პროგრამით მოდიფიკაცია და გაუმჯობესება. აღმოჩნდა, რომ ინფორმაციის გადაამუშავების სპეციფიკური პროცესები, ნეირონული პლასტიურობის თვალსაზრისით, შეიძლება მოდიფიცირებულ იქნას კოგნიტური ტრენინგის მეშვეობით.

**სტრესისადმი მოწყველადობის მოდელის მიმოხილვა**

შიზოფრენიული ეპიზოდი მაშინ შეიძლება აღმოცენდეს, როცა პრემორბიდულად მოწყველადი ადამიანი განიცდის ისეთ დატვირთვას (სტრესი), რომელიც აჭარბებს მის საკუთარ დაძლევის უნარს.

- ძლიერი მოწყველადობა: უკვე მცირედმა დატვირთვამ შეიძლება შიზოფრენიული ეპიზოდი გამოიწვიოს.
- მცირედი მოწყველადობა: ძლიერ დატვირთვას შეუძლია შიზოფრენიული ეპიზოდის გამოწვევა.
- სხვადასხვა ფაქტორების კომბინაცია ხელს უწყობს მოწყველადი პიროვნების წამოყალიბებას.

- მოწყვლადობის ინდიკატორები პირველ რიგში უნდა ვეძიოთ კოგნიტურ და ფსიქოფიზიოლოგიურ სფეროებში. აქ განახსევავებენ:
- სტაბილურ მოწყვლადობის ინდიკატორებს ("traits")
- შუალედურ მოწყვლადობის ინდიკატორებს ("შექნილი ფუნქციის შეზღუდვა")
- ვითარებაზე დამოკიდებულ მოწყვლადობის ინდიკატორებს ("states").

## 12 პერვაზიულობის მოდელი

არსებობს ვარაუდი იმის შესახებ, რომ ნეიროკოგნიტურ ფუნქციითა შეზღუდვა ზემოქმედებას ახდენს ქცევათა დაგეგმვასა და სოციალურ კომპეტენციასზეც. უკვე დიდი ხანია ცნობილია, რომ შიზოფრენიული დაავადების მიმდინარეობის პროცესში ხშირად აღმოცენდება სოციალური ქცევის უმძიმესი აშლილობები. საერთო ჯამში, თავიდან წელა და შეუმჩნეველად აღმოცენებული, ან შედარებით სწრაფად გაჩენილი აშლილობები იძლევიან ადრე არსებული უნარების გაუარესების სურათს ისეთ სფეროებში, როგორცაა პროფესიული მოღვაწეობა, სოციალური კავშირები და თავის მოვლის ჩვევები. დაავადებულ ადამიანებს აღარ შეუძლიათ სხვა ადამიანებთან "წარმატებული" ინტეგრაცია. მათ დაზიანებული აქვთ ისეთი უნარები, როგორცაა "მოსმენა", "მიხედვა", "გრძნობათა სწორი იდენტიფიკაცია", ასევე "საუბრის ძაფის მიყოლა", "თემის უცაბედი შეცვლის თავიდან არიდება", "საუბრის პროცესში სხვათა ნათქვამთან ლოგიკური მიმართების დამყარება", "დამატებითი კითხვებით თემის უკეთ გაგება" და "ეყრბალური და არაეყრბალური ქცევების სწორად კოორდინირება".

### ყურადღების დეფიციტიდან მაკროსოციალურ ფუნქციურ შეზღუდვამდე

Brenner(1986) –ის მიერ მოწოდებული პერვაზიულობის მოდელის თანახმად, დეფიციტი ინფორმაციის გადაამუშავებაში ზეგავლენას ახდენს სოციალური ქცევის სფეროზეც. აქ, პირველ რიგში, ხდება ხიდის გადაბრუნება კოგნიტურ ფუნქციითა შეზღუდვიდან მიკროსოციალურ სფეროსკენ. იგი აღწერს სოციალურ უნარებს კონკრეტულ ქცევათა დონეზე, როგორცაა ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაცია სოციალურ ინტერაქციაში. პერვაზიულობის მოდელის მიხედვით, კავშირი გაფართოვდა მაკროსოციალურ ფუნქციურ დონემდე, ანუ გარკვეული როლური ფუნქციების აღებამდე და დაძლეველად ოჯახში, პროფესიაში და ზოგადად, საზოგადოებაში (ინგლისურეროვან არეალში მას აღნიშნავენ ტერმინით "community functioning") ქცევის ორგანიზაციის ყველა დონეზე (ატენციონალური/ პერცეპტული/ კოგნიტური/ მიკროსოციალური/ მაკროსოციალური) შიზოფრენიის ექსპერიმენტულმა კვლევებმა აჩვენა მრავალი დეფიციტი, რომელთაც შეუძლიათ ზიანი მიაყენონ შემდგომი, უფრო მაღალი დონის ფუნქციონირების უნარს.

ასე, მაგალითად ადამიანს, რომელსაც ელემენტარული ყურადღებისა და აღქმის ფუნქციის აშლილობის გამო, აღენიშნება სიძნელეები ინფორმაციის კონტროლის, ინტენსიურობის და გადაამუშავების მხრივ (მოლეკულარული დონე), აღენიშნება ტოლერანტობის შემცირება ინტერპერსონალური დატვირთვების მიმართ, განსაკუთრებით, თუ იგი არის მრავალმნიშვნელოვანი და ამბივალენტური ბუნების. შიზოფრენიით დაავადებულს შეუძლია, მაგალითად, ოჯახის მივლით არსებულ მწვევე კონფლიქტზე რეაგირება მოახდინოს გახშირებული სტრესული რეაქციით, რაც სრდის ფსიქოზური ტიპის დეკომპენსაციის ალბა-

თობას.

ასევე შეუძლია მოღარულ დეფიციტსაც უკუგაელენა მოახდინოს ელემენტარულ ფუნქციებზე, მაგალითად მაშინ, როცა რაიმე სოციალურ სიტუაციაში წარუმატებლობისას აღმოცენდება სპეციფიური ატენციონალური აშლილობა, ანდა როცა მიკროსოციალური და მაკროსოციალური უნარების დაკარგვას მიეყვართ შეუსაბამო ატრიბუციებამდე. მაგალითად, ნორმასთან შეუფერებელმა საქციელმა რაიმე სოციალურ სიტუაციაში, შეიძლება გამოიწვიოს ირგვლიმყოფ ადამიანთა მხრიდან გაუგებრობის რეაქცია, რამაც შიზოფრენიით დაავადებული შეიძლება მიიყვანოს კოგნიტურ დონეზე შეუსაბამო, პარანოიდულ ატრიბუციებამდე.

ინფორმაციის გადამუშავების შიზოფრენოტიპული აშლილობა ხელს უშლის, ერთის მხრივ, ადექვატური სოციალური უნარების განვითარებას და სოციალური მხარდაჭერის ეფექტური გამოყენების შესაძლებლობას. მეორეს მხრივ, აქტიური დატვირთვის შემთხვევაში, იგი აძნელებს ან შეუძლებელს ხდის დატვირთვის ეფექტურ გადამუშავებას (Coping).

**ინფორმაციის გადამუშავების აშლილობა – მანკიერი წრე (Circulus vitiosus)?**

Brenner et al. (1992) ფუნქციურ-პერვაზიულ აშლილობათა ზემოქმედება წარმოიდგინეს, როგორც მანკიერი წრე, სადაც პირველი წრე მოიცავს კოგნიტურ აშლილობათა ურთიერთშორის მერყეობას, ხოლო მეორე – სოციალური კომპეტენციის რედუქციას პირველი წრის დახმარებით. აქამდე არსებული გამოკვლევები პერვაზიულობასთან დაკავშირებით, ერთის მხრივ, ამ საკითხს განიხილავდა იმ კუთხით, თუ რამდენად შეუძლია ინფორმაციის გადამუშავებაში დეფიციტს ზეგაელენის მოხდენა ახალი სოციალური უნარების უშუალო შექმნაზე, როგორიცაა მგ: სოციალური პრობლემების გადაჭრა (სოციალური კომპეტენცია). მეორეს მხრივ, ამ კვლევებით ცდილობდნენ დაედგინათ, თუ რამდენად პოზიტიურად იმოქმედებდა სოციალური ფუნქციონირების ზოგად დონეზე (community outcome) ძირითადი ინფორმაციის გადამუშავების პროცესების გაუმჯობესება.

ადრეული კვლევები არ ადასტურებენ პირდაპირ პერვაზიულობას, მაგრამ ახალი კვლევები მიუთითებენ ურთიერთკავშირზე გარკვეულ კოგნიტურ უნარებსა და სოციალური უნარების შექმნას შორის, ასევე გენერალიზაციაზე ზოგადი სოციალური ფუნქციონირების დონემდე.

**პერვაზიულობის მოდელის მიმოხილვა**

ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტი მნიშვნელოვან ზეგაელენას ახდენს სოციალური ქცევის ყველა სფეროზე ცირკულარული ურთიერთქმედების თვალსაზრისით.

სხვადასხვა ფუნქციონალური დონეები:

- ატენციონალური/პერცეპტული დონე (ყურადღების და აღქმის აშლილობები)
- კოგნიტური დონე (აზროვნების აშლილობები)
- მიკროსოციალური დონე (კომუნიკაციური აშლილობები)
- მაკროსოციალური დონე (საზოგადოებრივი "წარუმატებლობა")

- კოგნიტური აშლილობის ურთიერთშორის მერყეობამ შეიძლება ერთდროულად გამოიწვიოს სოციალური კომპეტენტურობის რედუქცია.

### 13 რესურსებისა და აშლილობების სხვადასხვა სფეროების ურთიერთქმედება

ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ემპირიული მონაცემები ნეიროკოგნიტურ დეფიციტს, შიზოფრენიულ სიმპტომატიკასა და სოციალური ფუნქციონირების დონეს შორის ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ. ამის გათვალისწინებით გრინის და ნუხტერლანის (1999) მიერ მოწოდებულ იქნა ინტეგრაციული მოდელი.

#### ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტი და პოზიტიური სიმპტომატიკა

ნეიროკოგნიტურ ფუნქციებზე ნეიროლექტიკური მედიკამენტების ზეგავლენის შესახებ, როგორც ჩანს, დღეისათვის ერთიანი აზრია შექმნილი. ეს აზრი იქიდან გამომდინარეობს, რომ კონვენციონალური ანტიფსიქოზური მედიკამენტების საპირისპიროდ, ახალ ატიპურ ნეიროლექტიკებს ნეიროკოგნიტურ დეფიციტზე პოტენციური პოზიტიური ეფექტი აქვთ. რელევანტური ლიტერატურის მიმოხილვის საფუძველზე გრინი და ნუხტერლანი (1999) ასკენიან, რომ ურთიერთდამოკიდებულება ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტსა და ფსიქოზურ სიმპტომებს შორის ჩვეულებისამებრ ძალიან უმნიშვნელოა.

#### ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტი და ნეგატიური სიმპტომატიკა

ერთი შეხედვით, სახეზეა ურთიერთდამოკიდებულება ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტსა (ნეიროკოგნიცია) და ნეგატიურ სიმპტომატიკას შორის. მაგრამ კითხვა კაუზალობის შესახებ აქაც დიად რჩება. კოგნიტური შეზღუდვების წარმოშობა შეიძლება ახსნილ იქნას, როგორც გამოხატული ნეგატიური სიმპტომატიკის მეორადი შედეგი. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ხანგძლივად მიმდინარე კვლევებში კოგნიტური დეფიციტი, მოწყველადობის ინდიკატორების თვალთახედვით, თავს იჩენს ნეგატიურ სიმპტომებზე უფრო ადრე.

#### ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტი და სოციალური ფუნქციონირების დონე

საბოლოოდ მრავალმა გამოკვლევამ, რომლებიც ჩატარდა პერვაზიულობის საკითხის გარკვევისათვის, მოგვცა მნიშვნელოვანი ურთიერთდამოკიდებულება ინფორმაციის გადამუშავების სხვადასხვა სფეროების ქმედების უნარსა და სოციალური ფუნქციონირების დონეს შორის. ეს ურთიერთდამოკიდებულებები სოციალური სფეროს სხვადასხვა დონისთვის მიუთითებენ როგორც კონკრეტული სოციალური უნარების უშუალო ათვისების დონეზე (მიკროსოციალური დონე, სოციალური კომპეტენცია), ასევე დაძლევის შესაძლებლობებზე ყოველდღიურ ცხოვრებაში, როგორცაა სახლი, სამსახური, თავისუფალი დრო (მაკროსოციალური დონე, "community functioning").

ჰიპოთეზურ კავშირად კოგნიტურ დეფიციტსა და სოციალურ ქცევის დონეს შორის გრინი და ნუხტერლანი ასახელებენ კიდევ ერთ სფეროს, რომელსაც უწოდებენ 'social cognition', რომელშიც ნაგულისხმებია, მგ: ემოციათა აღქმა.

სავარაუდოა, რომ გარკვეული ძირითადი კოგნიტური პროცესების ინტაქტურობა კმნიან წინაპირობას იმ უნარისათვის, რომლის საშუალებითაც სხვა ადამიანების ემოციები შესაბამისად იქნება გაგებული. დეფიციტმა ემოციური აღქმის მხრივ შეიძლება კელაე მიგვიყვანოს არასწორ სოციალურ ინტერაქციებამდე.

**კოგნიტური რესურსები, როგორც ინტეგრირებული ფსიქოსოციალური თერაპიული პროგრამის პრედიკატორი**

სარწმუნო გამოკვლევის შედეგების თანახმად შეიძლება ითქვას, რომ კოგნიტური უნარები კავშირშია სოციალური ფუნქციონირების დონესთან. აქედან გამომდინარე, სავარაუდოა, რომ კოგნიტურ დეფიციტს შეუძლია ხელი შეუშალოს სოციალური უნარ-ჩვევების დსწაელას ფსიქოსოციალური თერაპიული პროგრამის ფარგლებში.

## თავი 2 თხაპილი ხეჯა

### 2.1 კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული მიდგომების მიმოხილვა

კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული მკურნალობის მიდგომებში ძირითადად ერთ-მანეთისგან გამოყოფენ:

(1) სოციალური და პრობლემების გადაჭრისთვის საჭირო უნარ-ჩვევების თერაპიულ მიდგომებს

(2) ინფორმაციის გადამუშავების გაუმჯობესების თერაპიულ მიდგომებს

(3) პერსონალურ პოზიტიურ სიმპტომსა და უარყოფით თერაპიულ მიდგომებს

(4) ფსიქოგანათლების და ოჯახური თერაპიის მიდგომებს

მოკლედ მიმოვიხილოთ ისინი:

*სოციალური და პრობლემების გადაჭრისთვის საჭირო უნარ-ჩვევების თერაპიული მიდგომები*

ეს ბიჰევიორისტული მეთოდები მიმართულია შიზოფრენიით დაავადებულთა სოციალური ქცევის გაუმჯობესებაზე. აქ ქრონოლოგიურად გამოყოფენ განვითარების სამ ფაზას:

*Token-Programme* (ანუ „უეტონებით განმტკიცების“ პროგრამა) - შეიქმნა 60-70-იან წლებში, რომელიც განვითარდა სკინერის ოპერანტული განპირობებულობის მოდელიდან. მისი მიზანია შიზოფრენიით დაავადებულთა სოციალური უნარ-ჩვევების განვითარება (Cohen et al., 1973). რამდენადაც დღესდღეობით სხვა მათზე უფრო ეფექტური მეთოდები იქნა შემუშავებული, „უეტონებით განმტკიცების“ ამ პროგრამას იყენებენ მხოლოდ მკვეთრად გამოხატული ნეგატიური სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის.

*როლური თამაშის ტექნიკები* - 70-80-იან წლებში მოდელის მეშვეობით დასწავლის პარადიგმაზე დაყრდნობით შეიქმნა სოციალური თამაშის ტექნიკები, სადაც ერთმანეთისგან გამოყოფენ „მოლექულური უნარ-ჩვევების“ (მზერითი კონტაქტი, მეტყველების სისწრაფე, სახის გამომეტყველება და ა.შ.) და კომპლექსურ „მოლარულ უნარ-ჩვევებს“ (მაგალითად მადლობის გადახდა, ვინმესთვის რაიმეს თხოვნა და ა.შ.) (Smith et al., 1996).

*კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული თერაპიული მოდელები* - შიზოფრენიით დაავადებულთა რეაბილიტაციის შესაბამისი თემებისდა მიხედვით (მაგალითად, სიმპტომ მენეჯმენტი, მედიკამენტების მოხმარება, საკუთარი თავის მოვლა და ჩაცმა და ა.შ. Lieberman et al., 1986; Mueser et al., 1995) ინგლისურენოვან სფეროში 80-90-იან წლებში წარმოიშვა მესამე განვითარების ფაზა. დამატებით, ამ „თერაპიულ მოდელებს“ დაემატა პრობლემების გადაჭრის მოდელი. დღესდღეობით „როგორც ეს მოდელი წარმატებით გაერცვლდა ასევე ანგლო-ამერიკული სივრცის მდღეა (Lieberman, 1998). სოციალური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების თერაპიული მიდგომების ეს მესამე თაობა გახდა შიზოფრენიით დაავადებულთათვის



განკუთვნილი ახალი, „საცხოვრებელი, სამუშაოს და თავისუფალი დროის გატარების“ სპეციფიკური თერაპიული პროგრამის საფუძველი (Roder et al., 2002). ამ თერაპიულ პროგრამაში გამოყენებულია მრავალი კონტურ-ბიპევიორისტული მეთოდები.

**თერაპიული მიდგომები ინფორმაციის გადამუშავების გაუმჯობესებისთვის**

ცალკეული ინფორმაციის გადამამუშავებელ პროცესებზე (მაგალითად, აღქმა, ყურადღება, კონცენტრაცია, მეხსიერება, ცნების შემუშავება) განმეორებითი სისტემატური ვარჯიშის მეშვეობით კომპენსატორული სტრატეგიების შემუშავებისთვის გამოიყენება სპეციფიკური თერაპიული მიდგომები. ასეთ ჩარევებს აერთიანებენ ერთი ცნების – „კონტური რემედიაციის“ ქვეშ. Green (1993)–ის მიხედვით, განასხვავებენ სამ სავარჯიშო სტრატეგიას: ზოგად სტიმულაციას, ქცევის მოდიფიკაციას და სუბსტიტუციის ტრანსფერს. მოკლედ შეეჩერდეთ მათზე:

**ზოგადი სტიმულაცია** – ამ დროს ხდება ცალკეული კონტური ფუნქციების გავარჯიშება (“repeated practice”). ეს დღესდღეობით ტარდება კომპიუტერული პროგრამის მეშვეობით. ხშირად, თერაპიული მასალის სახით გამოიყენება ნეიროფსიქოლოგიური ტესტები კონტური ფუნქციების ოპერაციონალიზირებისთვის.

**ქცევის მოდიფიკაცია** – დიდაქტიკურად გამოყოფენ:

- ქცევის მოდიფიკაციას ინსტრუქციების მეშვეობით
- უშეცდომო დასწავლის ჩვენებას (“errorless learning”)
- განხორციელებისას მხარდაჭერას (“coaching”)
- განხორციელებისას მითითებების გაკეთებას (“prompting”)
- სავარჯიშოს ბოლოს შეფასებით უკუკავშირს
- მოტივაციის გაზრდის მიზნით „კონტინგენტურ“ დადებით განმტკიცებას

**სუბსტიტუციის ტრანსფერი** (Substitutions Transfer) – დარღვეული კონტური ფუნქციების შევსების მიზნით, დასწავლის ეფექტურობა აიხსნება კომპენსატორული სტრატეგიების შემუშავების მეშვეობით. მაგალითად, ასეთებია:

- თვითინსტრუქციები
- მასალის (სტიმულის) შინაგანი განმეორება
- აზროვნების შეჩერება

ინტეგრირებულ ფსიქოლოგიურ თერაპიულ პროგრამაში ერთმანეთთან კომბინირებულია კონტური პროცესების და სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი, რაც მოცემულია ხუთ იერარქიულად დაყოფილ ქვეპროგრამაში.

**პერსისტენტური პოზიტიური სიმპტომატიკის თერაპიული მიდგომები**

სხვა მიდგომების მიზანია პერსისტენტული პოზიტიური სიმპტომატიკის დაძლევა. ინგლისში სხვადასხვა სამუშაო ჯგუფებში (Tarrier, 1992; Kingdon & Turkington, 1994; Fowler et al., 1995; Chadwick et al., 1996), სკანდინავიაში (Perrie et al., 1989) და ასევე ავსტრალიაში McGorry–ის ხელმძღვანელობით (Jackson et al., 1989) უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში შექმნილია შესაბამისი კონტურ-ბიპევიორისტული მიდგომები:

კოგნიტური გადამუშავება – ამ თერაპიულ მიდგომაში ცენტრალური ადგილი უკავია ბოლოდროინდელი აზრების და პალეოცინაციების საფუძვლად მდებარე ირაციონალური ახსნის ნიმუშების კოგნიტურ გადამუშავებას. ასეთი ტექნიკების მაგალითებია:

- პაციენტების სუბიექტური ინტერპრეტაციებისთვის ევიდენტურობის საკითხი (სოკრატული დიალოგი)
- რეალობაში მათი ჭეშმარიტების გადამოწმება (ქცევის ექსპერიმენტული რეალობის გადამოწმება)
- სიმპტომების ალტერნატიული, რაციონალური ახსნის შერჩევა (რეატრიბუცია)

კოგნიტური გადამუშავება ეხება ბოლოდროინდელი აზრების და პალეოცინაციების შინაარსს, მათ თვისობრიობას (მაგალითად, სიხშირეს, ინტენსივობას და ხანგრძლივობას), მათი წარმოშობის და შენარჩუნების პირობებს და პაციენტისთვის მათი სუბიექტური მნიშვნელობის უკეთ გაგებას. პარადიგმა ასევე შეიცავს ფსიქოგანათლებით ნაწილსაც, სადაც პაციენტებს აწვდიან ინფორმაციას დაავადების შესახებ.

ფსიქოგანათლებით თერაპიის ნაწილს გააჩნია მრავალი თერაპიული ფუნქცია: ის არის დამახინჯებული აზროვნების სტილის კოგნიტური გადამუშავების საფუძველი, პაციენტებს ათავისუფლებს დანაშაულის გრძობისგან, უჩვენებს პაციენტებს, რომ ისინი თავიანთი პრობლემების წინაშე მარტონი არ არიან, აწვდის მყარ დასაბუთებას მედიკამენტების მიღების შესახებ, ასწავლის სტრუქტურულ დაძლევის ან დაძლევის და თვითკონტროლის სტრატეგიებს (Kingdon et al., 1996).

პრობლემების ანალიზი – არსებული პირობების დეტალური ანალიზის და არსებული დაძლევის რესურსების მეშვეობით შესაძლებელი ხდება პრობლემის დაძლევის სტრატეგიების შერჩევა. ამისთვის იყენებენ დაძლევის სტრატეგიების ტრენინგს, რომელიც Tarrrier et al.(1993)–ის მიხედვით იყოფა ოთხ ჯგუფად:

- (1) კოგნიტური დაძლევის სტრატეგიები (მაგალითად, ყურადღების სხვა რამესე გადატანა, თვითინსტრუქციები)
- (2) ქცევასთან მიახლოებული სტრატეგიები (მაგალითად, სოციალური აქტივობების რედუცირება ან გაზრდა, განსაზღვრული სტრატეგიების თავიდან აცილება)
- (3) სენსორული სტიმულის (მაგალითად, ხმამაღლა კითხვა, მუსიკის მოსმენა) შეცვლა
- (4) ფიზიოლოგიური სტრატეგიები (მაგალითად, რელაქსაცია)

#### ფსიქოგანათლება და ოჯახური თერაპია

ამ მიდგომების მიზანია, პაციენტებს და მათი ოჯახის წევრებს დაეხმარონ ზოგადად დაავადების და პრობლემების დაძლევაში.

თერაპიის სახეები – ასეთი თერაპიული მიდგომები ტარდება სხვადასხვა ჯგუფებში:

- ცალკეულ ოჯახთან (Leff et al., 1982; Fallon et al., 1984; Hogarty et al., 1986; Tarrier et al., 1988; Hahlweg et al., 1995)
- ოჯახის წევრებისგან შემდგარ ჯგუფთან პაციენტების ჩათვლით (McFarlane et al., 1995) და *pacientibus gareSe* (Leff et al., 1989)
- მხოლოდ პაციენტებთან ინდივიდუალური სესიების სახით (Süßwold & Herrlich, 1998)
- პაციენტებთან ერთად ჯგუფში (Weinberg et al., 1995; Kieserg & Hornung, 1996; Bäuml et al., 1996)
- პარალელურად პაციენტებთან და ოჯახის წევრებთან ცალ-ცალკე ჯგუფებში (Buchkemer et al., 1997) (Roder et al., 2002).

*ფსიქოგანათლება* – იგი ხშირად წარმოადგენს პირველ თერაპიულ ნაბიჯს, რაც არის მოწვევადობის და სტრესის დაძლევის მოდელის საფუძველი, სადაც ინფორმაციას აწვდიან დაავადების და სხვადასხვა მკურნალობის შესაძლებლობების შესახებ. მეტად მნიშვნელოვანია ასევე ინფორმაცია მედიკამენტების ზემოქმედების შესახებ, რაც ხელს უწყობს მედიკამენტოზური მკურნალობის ჩატარებას.

*წინასწარ გამაფრთხილებელი ნიშნების ცოდნა* – მრავალი თერაპიული მიდგომის ბირთვის წარმოადგენს წინასწარ გამაფრთხილებელი ნიშნების და სიმპტომების ამოცნობა. მაგალითად, სტრესის დაძლევის და პრობლემების გადაჭრის თერაპიული პროგრამის მიზანია, პაციენტებს და მათი ოჯახის წევრებს შეეძლოთ თვითდახმარების გაწევა და გააჩნდეთ პრობლემის დაძლევის რესურსები.

*კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების ტრენინგი* – ცალკეულ ოჯახებზე ანდა ოჯახის წევრების ჯგუფებზე მიმართული მიდგომები ხშირად შეიცავს კომუნიკაციურ უნარ-ჩვევების ტრენინგს. ამასთან, აქ ყურადღება მახვილდება იმ ურთიერთობებზე და პაციენტის იმ სოციალურ გარემოზე, რომლებიც განაპირობებენ დაავადების არახელსაყრელ მიმდინარეობას.

შექმნილია მრავალი სახელმძღვანელო ამ თერაპიული მიდგომების შესახებ. მაგალითად, *ahlmeg et al.*, (1995)-ის მიდგომა მიმართულია შიზოფრენიით დაავადებულთა და მათ ოჯახებთან ინდივიდუალურ მუშაობაზე, *Weinberg et al.*, (1995); *Bäuml et al.*, (1996) და *Kieserg & Hornung*, (1996) მიმართულია მხოლოდ პაციენტებთან მუშაობაზე. *ernen et al.* (Roder et al., 2002)-ის ფსიქოგანათლების და დაავადების დაძლევის (PKB) პროგრამა მიმართულია პარალელურად როგორც პაციენტების, ასევე მათი ოჯახის წევრებისგან შექმნილ ჯგუფებთან მუშაობაზე.

## 2.2 კოგნიტურ-ბიჰევიერისტული მიდგომა – ემპირიული მონაცემები

კოგნიტურ-ბიჰევიერისტული ინტერვენციის ეფექტურობა შიზოფრენიით დაავადებულეში მრავალრიცხოვანი გამოკვლევებითაა დადასტურებული.

რაც შეეხება ინტერვენციას პერსონალური პოზიტიური სიმპტომების დროს, აქ სარწმუნო კვლევები შედარებით მცირე რაოდენობითაა ჩატარებული. ამიტომ ამ შემთხვევაში ბევრი პასუხგაუცემელი კითხვა არსებობს. ასევე ჯერ გაურკვეველია საკითხი, თუ როგორი უნდა იყოს თერაპიის ოპტიმალური ხანგრძლივობა და დაავადების მიმდინარეობის რომელ ფაზაშია ყველაზე სასურველი კოგნიტურ-ბიჰევიერისტული სტრატეგიის დაწყება. ადრეულ ფაზაში მისი დაწყების სარგებლობა ჯერ კიდევ არ არის ერთმნიშვნელოვნად დადასტურებული.

კოგნიტურ-ბიჰევიერისტული ინტერვენციები ფსიქოდინამიურ თერაპიებზე უფრო ეფექტურია

ენდერლიხმა (1996) გააანალიზა 1955 წ-დან 1994 წ-მდე გერმანულ და ინგლისურ ენაზე გამოქვეყნებული ყველა ის გამოკვლევა შიზოფრენიით ან შიზოაფექტური ფსიქოზით დაავადებულეებზე, რომლებშიც ამ პირთა ექსპერიმენტალური ფსიქოთერაპიული მკურნალობა შედარებული იყო საკონტროლო ჯგუფთან. მან ერთმანეთს შეადარა სხვადასხვა ფსიქოლოგიური თერაპიული მიდგომის ეფექტის ძალა.

ეფექტის ძალა Cohen(1988)-ის მიხედვით, შეიძლება დაიყოს, როგორც მცირე (0,2), საშუალო (0,5) და მაღალი (0,8).

ასეთი მეტაანალიზით მიღებული ეფექტის ძალის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ მეთოდები, რომლებიც მიმართულია შიზოფრენიით დაავადებულეებში მოწყვლადობის, ანუ დაავადების განმარტობებელი კოგნიტური დაზიანების, ანდა სოციალური ქცევის დეფიციტის შემცირებისაკენ, საშუალოდ გაცილებით უფრო დიდ ეფექტს იძლევიან, ვიდრე ახსნაზე ორიენტირებული ფსიქოდინამიური თერაპიული მეთოდები. იგივე ითქმის ფსიქოდეუკაციურ და ბიჰევიორისტულ ოჯახურ ინტერვენციებზე, რომლებიც ახდენენ პაციენტების და მათი ახლობლების რესურსების ფოკუსირებას ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელი და ზოგადი სოციალური დატვირთვების დაძლევაზე.

თერაპიული მეთოდების შედარება გვიჩვენებს, რომ მეთოდები, რომლებიც მიმართულია შიზოფრენიით დაავადებულეებში კოგნიტური და სოციალური უნარების გაუმჯობესებისაკენ, ან პაციენტებში და მათ ახლობლებში დატვირთვის დაძლევისაკენ, მკურნალობის უფრო მაღალი ეფექტურობით ხასიათდებიან, ვიდრე ფსიქოდინამიური მკურნალობის მეთოდები.

### კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული ინტერვენციები მხარდამჭერ

#### ფსიქოთერაპიებზე უფრო ეფექტურია

შემდეგი ემპირიული მიმოხილვა კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული თერაპიის მოქმედების შესახებ შიზოფრენიით დაავადებულეებში, ეკუთვნით რექტორს და ბეკს (2001). 7 გამოკვლევის შედეგად აღმოჩნდა მნიშვნელოვნად განსხვავებული ეფექტის ძალის მაღალი მიწვევებული კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული თერაპიის დროს

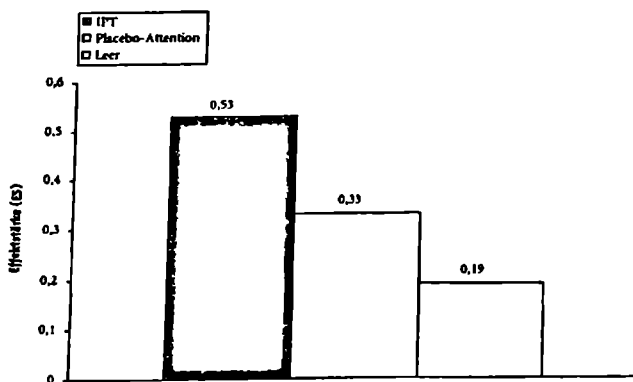
მხარდამკერ ფსიქოთერაპიასთან შედარებით პოზიტიური და ნეგატიური სიმპტომატიკის რედუქციის მიხედვით. სხვა მკვლევარმა თავის მეტაანალიზში აჩვენა ასევე ამ მიდგომის მაღალი ეფექტურობა პერსისტენტული ფსიქოზური სიმპტომების დროს.

მრავალმა კონტროლირებადმა გამოკვლევამ აჩვენა კოგნიტურ-ბიჰეივრისტული ინტერვენციების ეფექტურობა შიზოფრენიით დაავადებულთა მკურნალობაში. ფსიქოსოციალურ ინტერვენციათა კომბინაცია ოპტიმალურ მედიკამენტოზურ თერაპიასთან, სადღეისოდ გეპირდება დიდ წარმატებას მკურნალობის მხრივ.

### 2.3 ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა (IPT) – ემპირიული კვლევები

აღნიშნული პროგრამა მისი ეფექტურობის შეფასების მიზნით, პუბლიკაციების მიხედვით, დღეისათვის სხვადასხვა ქვეყანაში შესწავლილია საერთო ჯამში, 1072 პაციენტის მაგალითზე.

ეფექტის ძალის გამოთვლის საშუალებით შესაძლებელი გახდა დადგენილიყო IPT-ს უფრო მაღალი ეფექტურობა პლაცებო ან ცარიელ (Leer) ჯგუფთან შედარებით (Muller & Roder, 2002). ყველა კვლევის გაერთიანებული მონაცემი ეფექტის ძალის შესახებ მოცემულია სქემა 1-ზე:



სქემა 1: IPT-ს კვლევების შედეგად მიღებული ეფექტურობის საშუალო მაჩვენებლები

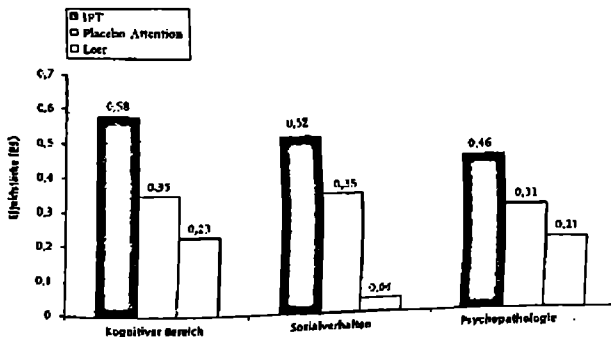
IPT-ს ყველა კვლევის მიხედვით, ეფექტის ძალის ჯამური მაჩვენებელია 0,53, რაც შეესაბამება მკურნალობის საშუალო ეფექტურობას. ეს ეფექტურობა შეესაბამება იმ მონაცემებს, რაც მიღებულია მეტაანალიზური კვლევი კოგნიტივ-ბიჰევიორისტული მკურნალობის მეთოდების ეფექტურობის შესახებ შიზოფრენიით დაავადებულთაში. 0,33-ის ტოლი ეფექტის საშუალო სიძლიერე პლაცებოს შემთხვევაში შედარებით კარგად შეესაბამება იმ შეფასებებს, რომლებიც მიღებულია მრავალ მეტაანალიზურ კვლევაში ფსიქოთერაპიული მკურნალობის ეფექტურობასთან დაკავშირებით. ამ დროს პლაცებო-ეფექტი განიხილება, როგორც "არასპეციფიკური" მოქმედების ფაქტორი, რომელსაც მკურნალობის გარკვეულ ეფექტაშივე მიეყვართ. ამის სპირისპიროდ, ე.წ. ცარიელ საკონტროლო ჯგუფში ["ცარიელი ჯგუფი" - ჯგუფი, რომელთანაც საერთოდ არ ჩატარებულა რაიმე ჯგუფური ფსიქოთერაპიული მუშაობა (მთარგმნელის შენიშვნა)] ასეთ ეფექტს არ უნდა ველოდეთ, ამიტომაც ამ ჯგუფთან ეფექტის ძალის მაჩვენებელი დაბალია და 0,19-ს შეესაბამება.

### IPT-ს უმაღლესი ეფექტურობა კოგნიტურ სფეროში

ჩატარებული კვლევების შედეგად მიღებული მონაცემები შეიძლება უხეშად სამ სფეროდ გავანაწილოთ:

- (1) კოგნიტური სფერო
- (2) სოციალური ქცევა
- (3) ფსიქოპათოლოგია

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ მკურნალობის ეფექტურობა იმ პაციენტებ-



სქემა 2. IPT-ს კვლევების შედეგად მიღებული ეფექტურობის მაჩვენებლები ნეირო-კოგნიციების, სოციალური ქცევის და ფსიქოპათოლოგიის სფეროში.

ში, რომლებიც მონაწილეობდნენ IPT – ჯგუფებში, პლაცებო და ცარიელ ჯგუფებთან შედარებით, უფრო მაღალია როგორც კოგნიტურ სფეროში, ასევე სოციალური უნარების და ფსიქოპათოლოგიის მხრივ.

მეტაანალიზის თანახმად, ეფექტურობის ძალა კოგნიტური სფეროსათვის ყველაზე მაღალია და შეადგენს 0,58-ს. სოციალური ქცევის და ფსიქოპათოლოგიის ქულები ოდნავ უფრო დაბალია და შესაბამისად შეადგენს 0,52 და 0,46-ს. ეფექტურობის მხრივ ყველაზე დაბალი განსხვავებები ცალკეულ გამოსაკვლევ პირებს შორის აღინიშნება ფსიქოპათოლოგიის ჯგუფში ( იხ. სქემა 2 ).

### თავი 3

## IPT-ს ქვესიხობების თეორიული დასაბუთება

ინტეგრირებული თერაპიული პროგრამის (IPT) კონცეფციის სტრუქტურა მკვიდროდ ეყრდნობა შიზოფრენიული დაავადების წარმოშობის შესახებ ჩატარებული გამოკვლევების ემპირიულ შედეგებს. მოწყვლადობის – სტრესის დაძლევის მოდელის მიხედვით ჩანს, რომ, პრობლემები ინფორმაციის გადამუშავებაში და სოციალურ ქცევაში გარკვეულ როლს ასრულებენ დაავადების როგორც წარმოშობაში, ასევე მის მიმდინარეობაში. ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ დღეისათვის ჯერ კიდევ არ არის გარკვეული, თუ ზუსტად რა კავშირშია ეს ორი პრობლემა ერთმანეთთან. მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური ქცევის სფეროში კოგნიტური ფუნქციების უშუალო დარღვევა არ არის დადგენილი (Brenner, 1986), მინიც მოხერხდა ამ ორი ცენტრალური პრობლემური სფეროს ურთიერთკავშირის დადგენა.

IPT-ს შინაარსობრივი სტრუქტურის გაგების მიზნით, ქვემოთ მოვიყვანთ თითოეული ქვეპროგრამისთვის საფუძვლად მდებარე თეორიულ მოსაზრებებს. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ფუნქციათა სფეროები შესაძლებელია ერთმანეთს კვეთდნენ.

### 3.1 ინფორმაციის გადამუშავების სფერო (ნეიროკოგნიციები)

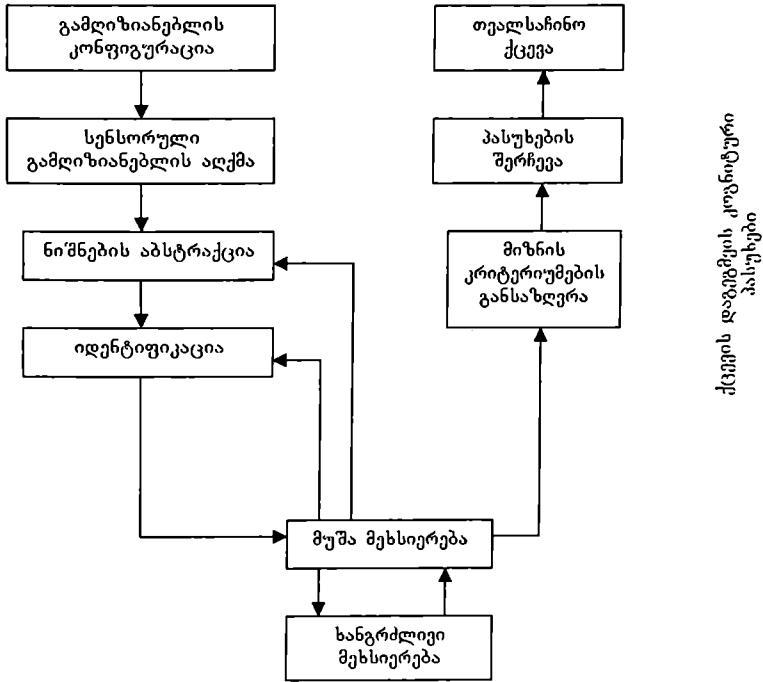
ადამიანის ინფორმაციის გადამუშავების თეორიები ცდილობენ აჩვენონ ინფორმაციის მიმდინარეობის პროცესი, დაწყებული ინფორმაციის მიღებიდან, მისი გადამუშავებიდან და დამთავრებული თვალსაჩინო ქცევის სახით გამოყენებამდე. სურათ 1-ზე ასახულია ინფორმაციის გადამუშავების ზოგადი მოდელი.

მოვიყვანოთ ინფორმაციის გადამუშავების ყოველდღიური მაგალითი: კვირა დღის ნაშუადღევია. კარზე ზარი ირეკება. ადამიანი მიდის კართან, ადებს და ესალმება მეგობრებს. სტუმრობა მისთვის მოულოდნელი იყო, მან მეგობრები ყაყის დასალევად მიიპატიჟა.

კართან მდგომი მეგობრები წარმოადგენენ განსაზღვრულ გამღიზიანებელთა კონფიგურაციას, რომელზეც მოცემული ადამიანი რეაგირებს ყვაზე მიპატიჟებით – თვალსაჩინო ქცევა. გამღიზიანებელთა კონფიგურაციასა, აღქმას და თვალსაჩინო ქცევას შორის მიმდინარეობს მრავალი ინფორმაციის გადამუშავების პროცესი, რომლის შემჩნევაც გარე დაკვირვების მეშვეობით შეუძლებელია, რამდენადაც ეს პროცესები ცალკეული ეტაპების სახით წამების განმავლობაში გაივლენ ადამიანის ტვინში. აზრობრივი შთაბეჭდილებები გადაიქცევა ელექტრულ და ბიოლოგიურ იმპულსებად, რომლებიც ააქტიურებენ განსაზღვრულ ნერვულ უჯრედებს (ნიშნების აბსტრაქცია) და ტვინში წარმოებს ძიების პროცესი, თუ რამდენად არის შენახული (მეხსიერება) მსგავსი აზრობრივი შთაბეჭდილებები ან სურათები. ბოლოს, ადამიანი ამოიცნობს თავის მეგობრებს (იდენტიფიკაცია). ამას მოჰყვება პრობლემების განსაზღვრა (დეფინიცია), მიზნის კრიტიკურობების დადგენა და პასუხების შერჩევა, მაგალითად, შემდგენარად: “კვირა დღის ნაშუადღევია – მიხარია რომ მეგობრები მესტუმრნენ – კარადაში ხომ მიქვს ნამცხვარი – შემიძლია ისინი ყვაზე დაეპატიჟო – იქნებ უნდა ეუთხრა,



რომ ერთ საათში საქმე მაქვს და სჯობს სასაქონლო წაყიდვებზე – არა – მათ მაინც დაეპატიებენ ყავაზე”. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მეხსიერების პროცესები ჩაერთვება, გამოვლინდება თვალსაჩინო ქცევა, სადაც მოცემული ადამიანი მეგობრებს რეალურად მიიპატივებს ყავის დასალევად.



სურათი 1 . ადამიანის ინფორმაციის გადამუშავების მოდელი (Brenner, 1986).

ინფორმაციის გადამუშავების სხვადასხვა სფეროში დარღვევები ან ფუნქციონირება არარსებობა მიიჩნევა შიზოფრენიის მნიშვნელოვან მახასიათებლად. ზოგადად სახეზეა ყურადღების, აღქმის და აზროვნების პროცესებში პრობლემები, გარჩიონ ერთმანეთისგან მნიშვნელოვანი და ნაკლებმნიშვნელოვანი თვისებები, მოიყვანონ აღქმული შესაბამის, თანმიმდევრულ კავშირში, გააერთიანონ განსხვავე-

ბუკლ აზროს მსგეულობები და უკვე არსებული აზროვნების სქემა მოქნილად ვამოიყენონ (იხ. Süllwold & Huber, 1986; Burrows et al., 1986).

**ინფორმაციის გადაამუშავების ზოგადი მოდელი**

ამ მოდელში შედის ყურადღების და პერცეპტული პროცესები, ინფორმაციის აღქმისა და ქცევის დაგეგმვის პროცესები და ასევე თვალსაჩინო ქცევა. მართალია ასეთი დაყოფა ხელოვნურია და გამაღიზიანებლის აღქმა, მისი გადაამუშავება და რეაქცია თანმიმდევრული პროცესია, მაგრამ უკეთესად გაგებისთვის საჭირო ცალკეული ნაწილების გამოყოფა და მათი აღწერა.

ინფორმაციის აღქმა (მიღება) – სურათ 1-ში ასახული მოდელის მარცხენა მხარეს მოთავსებულია ყველა ის პროცესი, რომლებიც დაკავშირებულია აზრობრივი შთაბეჭდილებების აღქმასთან. აზრობრივი შთაბეჭდილებები შემდგომში წამების მეთოდების განმელობაში მოთავსდება სენსორულ მეხსიერებაში (სენსორულ რეგისტრში). ინფორმაციის იმდენად სწრაფი სელექცია ხდება, რომ ხანმოკლე მეხსიერებაში მხოლოდ მისი პატარა ნაწილის შემდგომი გადაამუშავება წარმოებს, სადაც ინფორმაციის წამებში/წუთებში დამახსოვრება ხდება. ამასთან, სხვადასხვა საფეხურებზე მიმდინარეობს პერცეპტული პროცესები.

ამ პროცესების შესახებ არსებობს სხვადასხვა მოსაზრება და მოდელი. ძირითადად გამოყოფენ სამ მოდელს: თრეისმან-ის მოდელს, ფილტრის მოდელს და Shakow-ის მოდელს.

თრეისმან (1987)-ის მოდელის მიხედვით, ის ინფორმაცია, რომელსაც ყურადღება არ ექცევა, მაინც სტრუქტურირდება ინფორმაციის გადაამუშავებისას. აღქმაში შედის ადრეული ავტომატური, თარიღების შემცველი ნიშან-თვისებათა ძებნის პრეტენციონალური პროცესები და ასევე სელექციური ყურადღების შემცველი მოგვიანებით კონტროლირებადი, ცნებაზე დამყარებული პროცესები.

ჩატარებული გამოკვლევების მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადების მწვავე და პროდრომალურ ფაზაში და ახლო ნათესაების გამოკვლევისას, დადგინდა ადრეულ პერცეპტუალურ გადაამუშავებაში ნატიფი სახის დეფიციტის არსებობა, რაც ელინდება დისკომფორტის სახით (Asarlov & MacCrimmon, 1978; Miller et al., 1979; Nuechterlein et al., 1992).

შიზოფრენიის წარმოშობის მოწყველადობის მოდელზე დაყრდნობით, დაავადების სხვადასხვა ფაზაში კოგნიტური მოწყველადობის ინდიკატორებში კარგად ჩანს სტაბილური დარღვევები.

გამაღიზიანებლის მიღების (აღქმის) დროს მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კონტროლირებადი, ცნებით განსაზღვრული ყურადღების პროცესები. ჯერ კიდევ სხვადასხვა ავტორები აღნიშნავენ, რომ აღქმა წარმოადგენს გამაღიზიანებელთა კონფიგურაციის ინტერაქციული გაუქმების და შინაგანი ჰიპოთეზების, მოდელირების, ცოდნის და ასევე მოტივაციური და ემოციური ფაქტორების საბოლოო პროდუქტს (მაგალითად, eisser, Brunner, Gregory). ამიტომაც ამბობს თრეისმან (1987), რომ აღქმა ყოველთვის არის ხანგრძლივ მეხსიერებაში უპირობო და აუდიოალურ გამაღიზიანებელთა კონფიგურაციის თარიღებით ("top-down") და (კნებებით ("bottom-up")) განსაზღვრული გადაამუშავების ანარქიული ამიტომაც, დასიანებული ან შესუსტებული გამაღიზიანებელთა კონფიგურაციის დროს, აუცილებლად ჩაერთვება მოჭარბებულად ცნებებზე დაყრდნობილი გად-

ამუშაუების პროცესი. სწორედ, თრეისმან-ის მოდელის შედეგად cGhie & Chapman (1961) და Payne (1966) ყურადღებას მიიჩნევენ ფილტრის ფუნქციად, რომლის ამოცანაა, ინფორმაციის შემდგომი გადამუშავებისას ერთმანეთისგან გამოიყოს მნიშვნელოვანი და მაკლებად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია. ყურადღება გადაიჭყვევებ როგორც ასრულებს ვიზუალური და აუდიალური ინფორმაციის მიღებისთვის. ის გამიღიზიანებელი, რომელიც ხანგრძლივი მესიერების გააქტიურების დროს "ნაცნობად" მიიჩნევა, განიხილება როგორც ჩვეული, შეკავდება და ხდება ყურადღების ფოკუსში. ამას, საპასუხოდ შემდგომში, შესაძლებელია მოჰყვეს ყურადღების გააზრებული, გაცნობიერებული "top-down" ფოკუსირება. ახალი სტიმულის ან გამიღიზიანებლის კონფიგურაციაში ცვლილებების დროს ინფორმაცია ავტომატურად და "button-up" ხდება ყურადღების ფოკუსში.

გამიღიზიანებლის მიღების (აღქმის) საფეხურზე დარღვევების ფილტრის მოდელი მიუთითებს შიზოფრენიით დაავადებულებთან დეფექტური ფილტრის მექანიზმზე. ამ მოდელის მიხედვით აიხსნება ქვეყის სფეროში ისეთი ტიპური სიმპტომები, როგორიცაა მაგალითად, კონცენტრაციის ნაკლებობა, ყურადღების გადანაცვლებადობა, სწრაფი დაღლა, საკუთარ თავში დაურწმუნებლობა, შიშები და ა.შ. მაგალითად, სახე ავტოპუსით მგზავრობისას პაციენტი პანიკაში ჩავარდება, თუ იგი მოჭარბებულ გამიღიზიანებელთა სიმრავლის (სტიმულის) ერთმანეთისგან გამოიჯენას ვერ მოახერხებს.

ინფორმაციაში ფილტრების ნაკლებობა, ანუ ირელევანტური გამიღიზიანებლის შეკავების ნაკლებობა გამიღიზიანებელთა მოზღვაუებისას იწვევს ფუნქციონალური კონტექსტის შესაბამისი აზროვნების და განცდების დარღვევას. შიზოფრენიის კვლევებში სელექციური დარღვევები გამოკვლეულ იქნა ექსპერიმენტულად ვიზუალური და აუდიალური ამოცანების მიწოდებისას, რომლებიც შეიცავენ რელევანტური ინფორმაციის (მიზნობრივი გამიღიზიანებელი) ირელევანტური ხელშემშლელი გამიღიზიანებლისგან (დისტრაქტორები) გამოიჯენას (Spring et al., 1991).

*Shakow-ის მოდელი* – Shakow-ის მიხედვით (1962, 1963, 1971) ცნება ყურადღების ქვეშ იგულისხმება მხოლოდ ფილტრის შედეგები. ყურადღება ნიშნავს, როგორც განსაზღვრულ გამიღიზიანებლებზე შეჩერებას, ასევე მზაობას, აღიქვა და გადაამუშაო ისინი. შესაბამისად, ყურადღება არის მოლოდინის რეაქციის სახე ან რეაქციისადმი მზაობა, რომელიც ახდენს ისეთი ელემენტარული უნარების კოორდინირებას, როგორიცაა მაგალითად, გამიღიზიანებლის გამოიჯენა, კონცენტრაციის შენარჩუნება და ა.შ. ამ აზრით საუბრობს Shakow "თანმიმდევრულად ურთიერთმონაცვლებადი ქსელის" კონკრეტური გადამუშავების შესახებ. შედეგად, ყურადღების დარღვევები ნიშნავს კონკრეტური კოორდინაციის სისუსტეს, ანუ უუნარობას, შეინარჩუნოს თანმიმდევრულად მონაცვლებადი გადამუშავების სტრუქტურები. ეს იწვევს ელემენტარული უნარების არაორგანიზებულად ზედდებას და ერთმანეთთან მხოლოდ სუსტად დაკავშირებას.

შედეგად ვლინდება ისეთი დარღვევები, რომლებიც თავს იხენს არაორგანიზებულად მუშაობის ან მრავალრიცხოვანი ქვეყის სახით. მაგალითად, შიზოფრენიით დაავადებულთათვის საჭმლის მომზადება შეიძლება იყოს ზედმეტი დატიერთვა იმის გამო, რომ თითოეული ნაბიჯი საჭიროებს ზუსტ კოორდინირებას, რასაც

ისინი ვერ ახერხებენ.

ორივე მოდელზე ჩატარებული ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევები (მაგალითად, Cohen & Plaum, 1981, Ruckstuhl, 1981).

### მეხსიერება – აღმასრულებელი ფუნქციები

მოქმედების რელევანტური და ირელევანტური გამღიზიანებლების გაფილტვრის ანუ დისკრიმინაციისთვის, უმნიშვნელოვანეს პირობას წარმოადგენს ხანმოკლე მეხსიერებაში ინფორმაციის შენახვა და გამოყენება. შიზოფრენიით დაავადებულებთან ხანმოკლე მეხსიერების შედეგები ინტენსიურად იქნა გამოკვლეული. მეხსიერებაში ინფორმაციის შენახვაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ყურადღება. ყურადღების და ხანმოკლე მეხსიერების სფეროში დარღვევებზე დისკუსიისას წარმოიშვა პრობლემები კონცეპტუალური და განსაზღვრებითი სფეროების ერთმანეთისგან გამოჯვანებაში და ასევე სხვადასხვა ექსპერიმენტული შედეგების ინტერპრეტაციაში. ამ პრობლემის გადასაჭრელად Addley-ს (1986) მოჰყავს თავისი მოდელი. იგი საუბრობს “ცენტრალურ აღმასრულებელ ფუნქციებზე”, რომელიც მოიცავს მოქმედების შესაბამისი რეპრეზენტაციების ხანმოკლე მეხსიერებაში შენახვას და რაც უზრუნველყოფს ქცევის კონტროლირებულად, გაცნობიერებულად მართვას. სურათ 1-ში მოცემული ინფორმაციის გადაამუშავების მოდელის მიხედვით, აქ საუბარია გამღიზიანებლის ეფექტუალობის არა მარტო პერცეპტულ პროცესებზე; აქ უფრო მეტად საუბარია ე.წ. აღმასრულებელ ფუნქციებზე, როგორცაა მოქმედების დაგეგმვა, პრობლემების გადაჭრა, მოქმედების მართვა, კორექცია და ა.შ. შიზოფრენიით დაავადებულებთან ხშირად სწორედ ასეთი კომპლექსური კოგნიტური ფუნქციებია დარღვეული. დამარწმუნებელი ფაქტებია მოყვანილი იმის შესახებ, რომ მათ უზნეულდებათ მოქმედების შესაბამისი ინფორმაციის გამოყენება, უჭირთ ყოველდღიური საქმიანობების დაგეგმვა და განხორციელება, რაც საბოლოოდ იწვევს დეზორგანიზებულ ქცევას.

*ფრონტალურ ქერქში დარღვევები* – შიზოფრენიით დაავადებულთა ყოველდღიურ ცხოვრებაში საქმიანობათა წამოწყება და მათი განხორციელება, ასევე, მათი ყურადღების გაფანტულობა, მეტად პგავს ფრონტალური უბნების სფეროში ტვინის ორგანული დაზიანების მქონე პაციენტების ქცევას (Shallice & Burgess, 1991). ამის გამო, მრავალი მკვლევარი შიზოფრენიით დაავადებულებთან ფრონტალურ ქერქში დისფუნქციას მიიჩნევს ცენტრალურ ნევროლოგიურ დარღვევად.

ნაწილობრივ შეიძლება ითქვას, რომ ნეიროფიზიოლოგიურ დონეზე მუშა მეხსიერების ფუნქციებში აქტივირებულია ძირითადად პრეფრონტალური და მედიო-ტემპორალური არეალი და ასევე კავშირი პრეფრონტალურ ქერქსა და პიკოკამპუსს შორის (Goldman-Rakic, 1991; Green, 1996; Goldman-Rakic & Selemon, 1997). სხვადასხვა კვლევებში ყურადღება მიექცა შიზოფრენიით დაავადებულთა ე.წ. “პიოფრონტალურობის” პოსტულატებს. მაგ.: დადგინდა კორელაცია დაავადების ქრონიკულობასა (Mathew et al., 1988) და ნეგატიური სიმპტომების სიძლიერეს შორის (Ebmeier et al., 1993). მიუხედავად ამისა, გამოკვლევებში არ შეიმჩნევა მიზეზ-შედეგობრივი კავშირები.

*ხანგრძლივი მეხსიერების დარღვევა* – შიზოფრენიით დაავადებულებთან, ხანმოკლე და მუშა მეხსიერების დეფიციტთან ერთად, ხშირად ასევე აღინიშნება პერ-

ბალური ხანგრძლივი მესხიერების დარღვევა (Schröder et al., 1996). ვერბალური მესხიერების გამოკვლევებმა აჩვენა თვალსაჩინო დარღვევები სიტყვათა ჩამონათვლის თავისუფალ გახსენებაში. სიტყვათა სიის ხელმეორედ ამოცნობისას ეს დარღვევები აღარ იქნა შეშინებული. ხელმეორედ ამოცნობის შეუძლებლობა დადგინდა იქნა მძიმე დეფექტის მქონე პაციენტებთან (McKenna et al., 1990; Goldstein et al., 1992).

დარღვევები პროცედურულ მესხიერებაში – შიზოფრენიით დაავადებულებთან ასევე აღინიშნება დარღვევები პროცედურულ მესხიერებაში (Goldberg et al., 1993; Schmand et al., 1992). ამ მესხიერებაში ინახება დასწავლილი მოქმედებები, როგორცაა, მაგალითად საბუჯდ მანქანაზე ბუჯდვა. ამთან, გამოსატულია დეფიციტი ინფორმაციის კონტექსტის მიხედვით გახსენებაში, რაც მანიფესტირდება ეპიზოდური მესხიერების შინაარსებში დროში თანმიმდევრულობის ნაკლებობის სახით (Rizzo et al., 1996). მაგალითად, შიზოფრენიით დაავადებულმა შეიძლება ვერ გაარკვიოს, ხელის დაქნევა მისალმებას თუ დაშვიდობებას ნიშნავს, რამდენადაც იგი კარგად ვერ ახერხებს წარსული გამოცდილების გამოყენებას, ამიტომაც უძნელდება აღქმული სიტუაცია კონტექსტის მიხედვით ახსნას, თუმცა მთლიანობაში უნდა ითქვას, რომ გამოკვლევის მონაცემები, ხანგრძლივი მესხიერების შესახებ უფრო არამდგრადია, ვიდრე ხანმოკლე მესხიერების შესახებ.

ცნების შედგენა და აზროვნება – ეხლა მიმოვიხილოთ ინფორმაციის გადასმუშავების ის სფერო, სადაც ხდება ინფორმაციის მესხიერებაში შენახვა და მისი გამოყენება. ანუ, სურათ 1-ზე ეს არის სფერო, რომელიც მოთავსებულია ინფორმაციის მიღებასა და ქცევის დაგეგმვის კონკრეტურ პროცესებს შორის. ძირითადად გამოყოფენ ახსნის ორ მოდელს: კონკრეტულობის (“Concreteness”) და ზედმეტი შემცველობის (“Overinclusion”) მოდელს. მოკლედ მიმოვიხილოთ ისინი:

კონკრეტულობის მოდელის (Goldstein, 1939) მიხედვით, კონკრეტულობაში იგულისხმება უუნარობა, შექმნან აბსტრაქტული ცნებები, კლასები და კატეგორიები. ობიექტები განიხილება ცალკე და ერთმანეთს ვერ უკავშირებენ. თუ მაინც მოხერხდება მათი ერთმანეთთან დაკავშირება, ვერ ხერხდება შესაბამისი სახელის დარქმევა (Payne, 1970, 1961). ანუ, აქ პაციენტებს უძნელდებათ განზოგადებული ცნების მოძებნა.

ზედმეტი შემცველობის მოდელის (Cameron, 1951) მიხედვით, ცნების შედგენისას მასში შედის ისეთი აზროვნების შენაარსებიც, რომლებსაც მხოლოდ პერიფერიული მნიშვნელობა გააჩნიათ. ნაკლებად მნიშვნელოვანი კავშირების ზედმეტი გადაფასება არის ის ნიშანი, რაც შეიძლება აიხსნას ზედმეტი შემცველობის მოდელით. მსგავსი სახით შესაძლებელია აიხსნას ნეოლოგიზმების (სიტყვათა ახლებულად შედგენის) სემანტიური ურთიერთკავშირის ზედმეტად გაფართოებაც (Piro, 1967).

შიზოფრენიით დაავადებულების აზროვნებაში ასეთი ტიპური ნიშნების საფუძვლად მდებარე მექანიზმი შეიძლება აიხსნას ასოციაციითა შექმნის დარღვევით.

ინფორმაციის გადამუშავების სფეროს მიმოხილვა

ინფორმაციის მიღება

- სენსორულ მეხსიერებაში ხდება აზრობრივი შთაბეჭდილებების შენახვა
- ინფორმაციის სელექციის შედეგად, ხანმოკლე მეხსიერებაში ხდება მისი მხოლოდ მცირე ნაწილი
- შიზოფრენიით დაავადებულებში აღინიშნება ადრეული პერცეპტული გადამუშავების ნატიფი სახის დეფიციტი, რის გამოც სახეზეა რედუცირებული გამღიზიანებლის დისკრიმინაციის უნარი
- ფილტრის მექანიზმის არასაკმარისად მოქმედების გამო, გამოხატულია გამღიზიანებელთა მოზღვაება, რაც იწვევს ფუნქციონალური აზროვნების და გრძნობების ცვლილებას
- საფიქრებელია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებში დარღვეულია გარემოს გამღიზიანებლებზე ყურადღების მიქცევის და მათი გადამუშავების ფუნქცია

მეხსიერება – აღმასრულებელი ფუნქციები:

- შიზოფრენიით დაავადებულებში ხშირად დარღვეულია მოქმედების დაგეგმვის, პრობლემების გადაჭრის, მოქმედების მართვის და კოორდინაციის უნარი
- დისკუსია მიმდინარეობს შიზოფრენიით დაავადებულებში ფორტალურ ქერქში დისფუნქციის, როგორც ცენტრალური ნევროლოგიური დარღვევის შესახებ
- ხანმოკლე და მუშა მეხსიერებასთან ერთად, შიზოფრენიით დაავადებულებთან ხშირად დარღვეულია ასევე ვერბალური ხანმოკლე და ასევე პროცედურული მეხსიერება

ცნების შედგენა და აზროვნება:

- შიზოფრენიით დაავადებულებს პრობლემები აღენიშნებათ აბსტრაქტული ცნებების, კლასების ან კატეგორიების შექმნაში (კონკრეტულობის მოდელი)
- შიზოფრენიით დაავადებულები ახდენენ ნაკლებად მნიშვნელოვანი კავშირების ან მეორეხარისხოვანი მოვლენების ზედმეტად გადაფასებას (ზემდეტი შემცველობის მოდელი)

ნეირონული ქსელის თეორიის სფეროში წარმოშობილი პიკოთუხის მიხედვით, ასოციაციითა წარმოქმნის დარღვევა დაკავშირებულია ტვინში აქტივაციის გაერ-ცულების თავისებურებებთან სემანტური ქსელის ფარგლებში.

### 3.2 სოციალური კოგნიციების სფერო

ინფორმაციის გადამუშავების კიდევ ერთ სფეროდ, რომელიც მდებარეობს ე.წ. "ციფ" კოგნიციებსა (რაც ზემოთ გვაქვს აღწერილი) და სოციალურ ქცევას შორის, reen and uechterlein (1999)-ის მიერ გამოყოფილ იქნა ემოციური აღქმის და სოციალური სქემების სფერო.

*ემოციური აღქმის დარღვევები* – ადამიანის სოციალური ინტერაქციის მნიშ-ენელოვან შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს არაეერბალური, ემოციური გამოხატ-ულების აღქმა და სწორი ინტერპრეტაცია. ჯერ კიდევ გასული საუკუნის დასაწყის-ში შიზოფრენიის სურათში აღწერილ იქნა დისფუნქციები "კოგნიციებში" და ემოციებში (Kraepelin, 1919; Bleuler, M, 1950) და აღწერილ იქნა ემოციების აღქმა და მათი განცდა (Hellewell et al., 1994).

შიზოფრენიით დაავადებულებთან ემოციური გადამუშავების დარღვევები ლიტერატურაში სამი ასპექტით განიხილება:

*არასწორი ინტერპრეტაციები* – მიუხედავად იმისა, რომ შიზოფრენიით დაა-ვადებულებს შესაძლებელია არანაირი დარღვევა არ გააჩნდეთ მთლიანად ად-ამიანის და მათი სახეების აღქმასა და ამოცნობაში, მრავალ გამოკვლევაში ნაჩვენებია, რომ ჯანმრთელ ადამიანებთან შედარებით, მათთან ემოციური გამ-ლიზიანებლის შენელებული და არასწორი ამოცნობა იქნა დადგენილი (Russel & Fehl, 1987; Emmenegger, 1992; Gaebel & Wölwer, 1982; Heimberg et al., 1992).

ზოგადად სახეები და კერძოდ, მიმიკა, სხვა გამლიზიანებლებთან შედარებით, შეიცავენ ხანგრძლივად ცვალებად რთულ გამლიზიანებელთა კონფიგურაციებს. დარღვეული სელექციური ყურადღების დროს ხშირად წარმოიშობა არასწორი ინტერპრეტაციები, რაც ისევე დამარღვეველად მოქმედებს. კომპლექსური ან დამტვირთველი კონტექსტის შემცველი ინფორმაციის შემთხვევაში შიზოფრენი-ით დაავადებულლებთან უარესად ემოციების შეფასების უნარი (Bellack, 1989, 1996). ახასთან, პრობლემები აღინიშნება კონტექსტის შემცველი გამლიზიანებ-ლის დეკოდირებაში, რომელსაც ემოციების (ძირითადად ნეგატიური) ინტენ-სიუბის იდენტიფიკაციისთვის ცენტრალური მნიშვნელობა გაჩნია (Bellack et al., 1992).

ზოგი ავტორი ამის მიზეზად მიიჩნევს მეხსიერებაში ძიების დეფიციტარულ მექანიზმს, სადაც სწრაფად და სწორად ვერ ხერხდება სახის გამომეტყველების სწორი ამოცნობა (Feinberg et al., 1986). სხვა ავტორების მიხედვით, ამის მიზეზია ინფორმაციის გადამუშავების მთლიანი მექანიზმი, სადაც დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ყურადღების პროცესების დარღვევას.

როგორც გამოკვლევებიდან ჩანს, სირთულეები ჩნდება მცდელობისას, ერთ-მანეთისგან გამოყოფნა კოგნიტური და ემოციური ინფორმაციის გადამუშავება. დღემდე გრძელდება დისკუსია კოგნიტური და ემოციური ინფორმაციის გადა-მუშავების ფუნქციონალური დამოუკიდებლობის შესახებ.

*ცენტრალური ნერვული აგზნების დონის დარღვევები* – ლიტერატურაში ში-

ზოფრენით დაავადებულთა ემოციური გადამუშავების დარღვევები ასევე განიხილება, როგორც ცენტრალური ნერვული აგზნების დონის დარღვევა. jerde (1983)–ს მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულებს სტრესის შემთხვევაში (დროის სიმცირე, გაძლიზიანებულთა მოზღვაება და ა.შ.) რეაგირებისას აღენიშნებათ ცენტრალური ნერვული აგზნების დონით გაზრდა (rousal), რასაც შეუძლია ინფორმაციის გადამუშავების ზემოთ აღწერილი დარღვევების გაძლიერება.

გამოკვლევები აჩვენებენ, რომ კოგნიტური და ემოციური პროცესები ერთმანეთზე გავლენას ახდენენ. ამიტომაც არის, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან კოგნიტური დარღვევები განსაკუთრებით მაშინ ხდება თვალსაჩინო, როცა აფექტური ჩართულობა, ზედმეტი დატვირთულობის აზრით, მეტად მაღალია (Käsermann, 1983; Andreassen, 1990).

Feinberg et al., (1986)-ის მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულებში მნიშვნელოვანია სოციალურ სიტუაციებში არა მარტო გაძლიზიანებულთა მონაცვლეობა ან რაოდენობა, არამედ ასევე მათთვის ხშირად დამამძიმებელია ემოციური შინაარსის სიძლიერე, რაც ხშირად იწვევს სოციალურ სიტუაციებში წარუმატებლობას. ასევე შეიძლება თავი იჩინოს დარღვევებმა ქცევაში და ურთიერთობებში.

მოწყველადობა – ემოციური გადამუშავების სფეროში დარღვევები ასევე შეიძლება ახსნილ იქნას ბავშვობის ასაკში წარმოშობილი მოწყველადობის მეშვეობით. xpressed-Emotion გამოკვლევის ფარგლებში, ემოციურად დატვირთულმა ატმოსფერომ, შესაბამისად მოწყველად პიროვნებაში შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოტური ეპიზოდი ანდა გააძლიეროს შიზოფრენიისთვის სპეციფიკური დარღვევები (Nuechterlein et al., 1992, 1994).

**სოციალური კოგნიციების სფეროს მიმოხილვა**

შიზოფრენიით დაავადებულებში შესაძლებელია დარღვეული იყოს ემოციური აღქმა:

- ემოციური აღქმის დარღვევები აისახება სოციალურ გარემოში მიმიკის და შესტიკულაციის არასწორად ინტერპრეტაციაში
- ემოციური აღქმის დარღვევები შეიძლება გამოწვეული იყოს ცენტრალური ნერვული აგზნების დონის არანორმალურად მომატების შედეგად
- ემოციური აღქმის დარღვევები შესაძლებელია იყოს ბავშვობის დროიდან არსებული მოწყველადობის შედეგი



### 33 სოციალური ქცევის სფერო

Green and Nuechterlein (1999) ფუნქციონირების მესამე სფეროდ გამოყოფენ სოციალური ქცევის სფეროს, რომელიც დაკავშირებულია ნიროკოგნიცივთან და "სოციალურ ქცევასთან". შიზოფრენიის ძირითად სიმპტომად კლინიკურ პრაქტიკაში მიჩნეულია მნიშვნელოვანი დარღვევები სოციალურ ქცევაში (Kelly & Lamparski, 1985).

მიღებულია, რომ სოციალურ სფეროში დარღვევები ფასდება, როგორც ქცევაში გამოვლენილი "ნეგატიური სინდრომის" (აფექტის გასადაეება, მოტორული შენელება, შემცირებული სოციალური აქტიურობა, აუტიზმი, ასოციაციური პროცესის დარღვევები, მტყველების გაღარიბება და უუნარობა, კომუნიკაციის არა-ეფრბალური საშუალებების გამოყენების მხრივ) კორელატები. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სოციალური დარღვევები გაგებულია, როგორც ნეგატიური, ანუ მინუს სიმპტომატიკის ეპიფენომენები, რომელიც, თავის მხრივ, შიზოფრენიის დაავადების სპექტრში მიიჩნევა თვალსაჩინო სინდრომად (Andreasen, 1985; Carpenter et al., 1985).

ნეგატიური სიმპტომატიკა – ამ დიაგნოსტიკური მიდგომით ორიენტირებენ კლინიკურ გამოკვლევებში, სადაც საკითხი ეხება მინუს სიმპტომატიკის ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომს. გამოკვლევების მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულები ინიციალური ნეგატიური სიმპტომატიკის შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი სოციალურ სფეროში, მიდრეკილნი არიან დაავადების არახელსაყრელი, ხანგრძლივი მიმდინარეობისაკენ. Rey et al., (1992)–ის მიხედვით დადგენილია ურთიერთკავშირი ცუდ სოციალურ ანდა სამსახურში ცუდ შეგუებადობასთან, და შესაბამისად, შემცირებულ სოციალურ გარემოსა და ნეგატიური სიმპტომატიკის ინტენსივობას შორის.

სოციალური გარემო – გამოკვლევებით დადგენილია, რომ დაავადების ხანგრძლივობასთან ერთად ირღვევა შიზოფრენიით დაავადებულთა სოციალური გარემოც. ისინი ექცევიან სოციალურ იზოლაციაში, მცირდება სოციალური კონტაქტები (Müller et. al, 1986). Ngermeyer (1989)–მა დასვა კითხვა, თუ რით არის გამოწვეული სოციალური გარემოს ასეთი შევიწროების პროცესი, რაც იწვევს მათ სოციალურ იზოლაციას. Boker and Brenner (1983)–ზე დაყრდნობით, იგი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ პაციენტებში აღინიშნება აუტოპოსპექტული სტრატეგია. რამდენადაც, შიზოფრენიით დაავადებულებში გამოხატულია ინფორმაციის გადაამუშავების დეფიციტი, ისინი იძულებულნი ხდებიან თავი დაიცვან ზედმეტი სტიმულაციისგან. შედეგად, სოციალური კონტაქტებისგან თავის არიდება შეიძლება აიხსნას, როგორც დაცვითი კონპენსატორული მექანიზმი. მეორეს მხრივ, ემპირიული გამოკვლევები აჩვენებს, რომ სოციალური კონტაქტების შემცირებაზე დიდ გავლენას ახდენს გარემოს მხრიდან სტიმუმატიზაცია (Angermeyer, 1997). მართალია, ორივე მოსაზრება განსხვავებულია, მაგრამ ისინი ერთმანეთს არ ეწინააღმდეგებიან და არ გამოორიცხავენ.

სოციალური კომპეტენტურობა – ცნება "სოციალური კომპეტენტურობის" ყოველის მომცველად და ყველა კუთხით განსაზღვრა დღესდღეობით შეუძლებელია. სოციალური კომპეტენტურობის ქვეშ იგულისხმება არა როგორც მყარად განსაზღვრული პიროვნული თვისება ("trait"), არამედ როგორც სიტუაციის შესაბამისად სპეციფიკურ უნარ-ჩვევთა დიდი რეპერტუარი. ცნება სოციალური კო-

მპეტენტურობის განსაზღვრისას, როგორც წესი, მეტნაკლებად სრული “უნარ-ჩვევების სიღრმე” იძლევიან ან ზოგად, ზედმეტად აბსტრაქტულ დეფინიციებს, ანდა შედარებით თვითნებურ ოპერაციონალიზირებებს.

სოციალური უნარ-ჩვევები – McFall (1982)-ის მიხედვით, ერთმანეთისგან უნდა განვასხვავოთ სოციალური კომპეტენტურობა და სოციალური უნარ-ჩვევები (social skills). ამ ავტორის მიხედვით, სოციალური კომპეტენტურობა შესაძლებელია აღიწეროს მხოლოდ პაციენტის კონკრეტული გარემოს ფარგლებში, ანუ შეიცავს (სხვათა-) შეფასებას პიროვნების თვალსაჩინო ქცევის შესახებ სხვადასხვა სოციალური როლის სფეროში. სოციალური უნარ-ჩვევები კი არის თითოეული პიროვნებისთვის სპეციფიკური ქმედების კომპეტენტურობა, რომელიც, კოგნიტიური, პერცეპტული და მოტივაციური ფაქტორების გათვალისწინებით, სიტუაციურ მოთხოვნებს გარდაქმნის ქცევის სახის პასუხებად. ამასთან, “უნარ-ჩვევები” არის თვალსაჩინო ქცევიდან გამომდინარე პიოთეტური კონსტრუქტები, რომელთა გამოყენება დამოკიდებულია პაციენტის ინდივიდუალურ გამოცდილებაზე (ისტორიაზე). ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, ავტორის მიხედვით, ერთმანეთისგან უნდა განვასხვავოთ აღქმის, გადამუშავების და განხორციელების უნარ-ჩვევები. ეს უკანასკნელი მოიცავს სხვადასხვა ქცევის კომპეტენტურობის ფართოდ დაყოფილ სპექტრს, როგორცაა, მაგალითად მოლეკულური კომუნიკატორული უნარ-ჩვევები (მაგალითად, მზერითი კონტაქტი) ანდა ერთმანეთის თანმიმდევრული მოქმედების მიზანმიმართული განხორციელება, რომლებიც საჭიროა ინტერპერსონალური პრობლემების დაძლევისთვის (მაგალითად, უარყოფით ემოციებთან გამკლავება, ურთიერთობის დაწყება).

სოციალური უნარ-ჩვევების სამი პროცესუალური მოდელი – Lieberman et al., (1986) თავიანთ სოციალური უნარ-ჩვევების სამ პროცესუალურ მოდელში განასხვავებენ სოციალური ინფორმაციის აღქმის დროით ინტერაქტიულ თანმიმდევრობას (სოციალური აღქმა “receiving”), ინფორმაციის გადამუშავებას (პასუხების შერჩევა, პრობლემების გადაჭრა “processing”) და შესაბამისი ვერბალური, არავერბალური და მოტორული ქცევის პასუხებს (“sending”).

Lieberman et al., (1986) სოციალურ უნარ-ჩვევებს აღწერენ, როგორც პიროვნებისთვის სპეციფიკური ქცევის კომპეტენტურობის ერთობლიობას (ქსელს, “set”), რომელიც ემსახურება პიროვნებათშორისი პრეტენზიების დაძლევას. ამასთან, ეს უნარ-ჩვევები შეიცავენ როგორც კოგნიციებს, ასევე მოტორული, ვერბალური და არავერბალური ქცევის სახეებს. სოციალური კომპეტენტურობა კი ლიბერმანის ჯგუფის მიხედვით არის მათზე დაყრდნობით აგებული უნარი, პიროვნებამ ეფექტურად იმოქმედოს სოციალურ გარემოში. ასეთი უნარ-ჩვევა შეიცავს ასევე ყოველდღიური პრობლემების დამოუკიდებლად გადაჭრას და დასახული მიზნების მიღწევას.

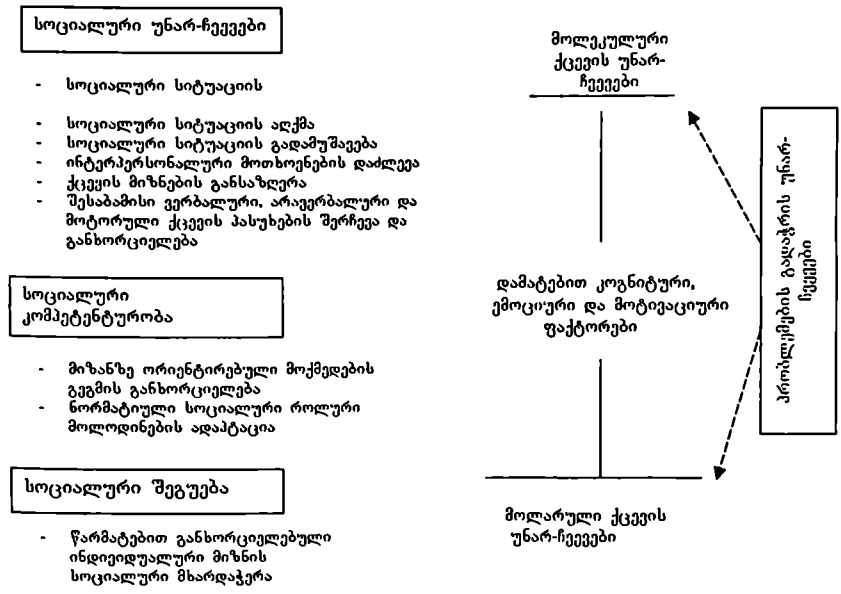
სურათ 2-ზე ასახულია სოციალური ქცევის სხვადასხვა ასპექტები McFall-ის და Lieberman-ის მოსაზრებებზე დაყრდნობით. რამდენადაც, სოციალური აღქმა (“receiving”) reen & Nuechterlein (1999)-ის მოდელის შესაბამისად სოციალურ კოგნიციებთან (“social cognition”) დაკავშირებით ამ თავში განვიხილეთ, ამიერიდან ესეა შევსებით დანარჩენ ორ სფეროს.

### სოციალური გადამუშავება (“processing”)

პრობლემების გადაჭრა – “processing” სფერო მოიცავს სოციალური ინფორ-

მაციის გადამუშავებას. იგი შეიცავს პირველადი ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრისთვის საჭირო უნარ-ჩვევებს. შისოფრენის შესახებ გამოკვლევებში ხშირად პრობლემების გადაჭრას განიხილავდნენ, როგორც კონკრეტურ კონსტრუქტს. მაგრამ გამოკვლევები აჩვენებენ, რომ პრობლემების გადაჭრა არ არის მხოლოდ წმინდა კონკრეტული პროცესი. პრობლემების გადაჭრის უნარი შესაძლებელია შეფასდეს კონკრეტული ცვლადების მეშვეობით, შემოქმედების უნარის და ინტელექტის ტესტით, რაც წინასწარმეტყველებისთვის არასაკმარისია, ხოლო ცვლადები პიროვნული სფეროდან, როგორცაა მაგალითად “თვითდარწმუნება” და “ექსტრავერსია”, უფრო მეტად გამოდგება წინასწარმეტყველებისთვის.

Well-structured პრობლემები – დიდი ყურადღება ექცევა ასევე პრობლემის გადაჭრისთვის მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოპოვებას (“well-structured problems”, Simon, 1973). ყოველდღიურ ცხოვრებაში ხშირად ეხედებით ისეთ შემთხვევებს,



სურათი 2. სოციალური ქცევის ასპექტები (მოდიფიცირებულია cFall, 1982 da Liberman et al., 1986-ის მიერ).

სადაც პაციენტებს სირთულეები ექმნებათ თავად სასურველი მიზნის განსაზღვრაშიც კი.

Ill-structured პრობლემები – უნარ-ჩვევითა ნაკლებობის გამო, შიზოფრენიით დაავადებულთა წინაშე ყოველდღიურ ცხოვრებაში ხშირად წარმოიშევა მრავალი გადაუჭრელი ამოცანა. მაგალითად, პაციენტს შეიძლება გაუძნელდეს არა ვთქვათ თავად ბინის მოძებნა, არამედ საერთოდ, უჭირს განსაზღვროს, თუ რა სახის ბინის შეძენა სურს.

პრობლემების გადაჭრის დეფიციტი – შიზოფრენიით დაავადებულები ნაკლებად ახერხებენ პრობლემის გადაჭრისთვის საჭირო ყველა არსებითი მითითების გამოყენებას. ასევე, ისინი, ჯანმრთელებთან შედარებით, ნაკლებად ახერხებენ პრობლემების შესაბამისი მეხსიერების შინაარსების ეფექტურად გამოყენებას (Pishkin & Bourne, 1981). არსებული მონაცემების შედეგად, შეიძლება ითქვას, რომ პრობლემები უკეთ გადაწყდება პრობლემის სპეციფიკური ცოდნის არსებობის და მისი გამოყენების შემთხვევაში და ასევე რუტინული სტრატეგიების გამოყენებისას. არსებული ცოდნის და რუტინული სტრატეგიების გამოყენება ამცირებს მუშა მეხსიერების საჭირო მოცულობას, სადაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, შიზოფრენიით დაავადებულებს ფუნქციონალური დარღვევები აღვნიშნებათ. ამიტომაც არის, რომ ახალ, უცხო სიტუაციაში ძირითადად მცირეა არსებული ცოდნა და მუშა მეხსიერების დიდი მოცულობა მეტად საჭირო ხდება, რამდენადაც, პრობლემის გადაჭრის თითოეულ ნაბიჯს მართავს მუშა მეხსიერების მოცულობა.

პრობლემების გადაჭრის თერაპიული მიდგომები – გამოკვლევების შედეგად, შიზოფრენიით დაავადებულებთან დადგენილ იქნა კავშირი განმეორებას, თავისუფალი გახსენების უნარსა და მათი პრობლემების გადაჭრის უნარს შორის. ძირითადად გამოყოფენ ორ მიდგომას: ბიპეიორისტულ და კოგნიტურ მიდგომას.

ბიპეიორისტულ მიდგომებში – პიონერებად ითვლებიან Zurilla and Goldfried (1971). ისინი გამოყოფენ ხუთ თერაპიულ ნაბიჯს ანუ ფაზას: 1) ზოგადი ორიენტაცია; 2) სიტუაციის, როგორც პრობლემის იდენტიფიკაცია, ასევე პრობლემის განსაზღვრა და ფორმულირება; 3) პრობლემის გადაჭრის ალტერნატივის შემუშავება, სხვადასხვა შესაძლებლობების ერთმანეთთან შედარება; 4) გადაწყვეტილების მიღება და გამოყენება; 5) გადამოწმება.

კოგნიტური მიდგომები – დღესდღეობით არსებობს პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევების სხვადასხვა თერაპიული მიდგომები. ამის მაგალითია ლიბერმანის “Social and Independent Living Skills Module” (Lieberman et al., 1993), ანდა ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა (IPT), როგორც რეაბილიტაციის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილი.

### სოციალური ქცევის პასუხები (“sending”)

სოციალური უნარ-ჩვევების ეს სფერო ლიბერმანის მიხედვით (Lieberman et al., 1986) აღწერს ქცევის ვერბალურ, არავერბალურ და მოტორულ პასუხებს, ანუ ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის მიმდინარეობას. კომუნიკაციაში ერთმანეთისგან განასხვავებენ “გადამცემს”, რომელიც იძლევა ინფორმაციას და “მიმღებს”, რომელიც იღებს ინფორმაციას. ამ ნაწილში ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება ქცევის პასუხს, ანუ “გადამცემს”. მიმღების ვერბალური და

არაეერბალური ინფორმაციის აღქმის პროცესი ეხება სოციალური აღქმის სფეროს (receiving”).

კომუნიკაციის ოთხსაფეხურიანი მოდელი – ამ მოდელში გამოყოფენ ოთხ კომპონენტს, რაც შეიძლება იყოს კომუნიკაციაში ინფორმაციის მიღების საშუალება (Schulz von Thun, 1998). განვიხილოთ ისინი:

(1) საგნობრივი შინაარსი – ის მოიცავს შეტყობინების შინაარსს. მაგალითად, შეტყობინება: “დღეს დილით იფიქრეთ მედიკამენტებზე”, შეიძლება აღნიშნავდეს შემდეგს: “პაციენტს დაენიშნა მედიკამენტის მიღება დილით”.

(2) თვითაღმოჩენა – შეტყობინების მეორე ასპექტს წარმოადგენს გადაცემის შესაძლო თვითაღმოჩენა. აქ იგულისხმება ის, რაც შეტყობინებით უნდა განცხადდეს, ანუ განზრახვები, განცდები და ა.შ. კლინიკურ ცხოვრებაში ამის მაგალითი შესაძლებელია იყოს შემდეგი აღმოჩენა: “მე ეტვი მებადება თქვენი მედიკამენტოზური მკურნალობის შესახებ”.

(3) მიმართვა – შემდგომში, მიმღებისადმი მიმართულია მოწოდება ანუ მიმართვა. აქ იგულისხმება ნათქვამის საფუძვლად მდებარე განზრახვა, რომლითაც გადაცემი მიმღებს უჩნეს მოტივაციას. ზემოთ მოყვანილ მაგალითში ეს შეესაბამება მოთხოვნას: “შეეცადეთ მომავალში უფრო მეტი იფიქროთ მედიკამენტების მიღებაზე”.

(4) ურთიერთობის სფერო – ამ ეტაპზე ხდება შეტყობინების განსხვავება, თუ რას ფიქრობს გადაცემი მიმღების შესახებ, ანუ, რა დამოკიდებულება აქვთ მათ ერთმანეთთან. ამ მაგალითში ეს შეიძლება იყოს შემდეგი: “თქვენ მედიკამენტების მიღებასთან დაკავშირებით ნაკლებად დამოუკიდებელი ხართ და ამიტომ გჭირდებათ ჩემი დახმარება და მხარდაჭერა”.

შეტყობინების თუ რომელი სფეროს შერჩევა მოხდება, დამოკიდებულია არა გადაცემზე, არამედ მიმღებზე. კომუნიკაციის დროს, შესაძლებელია ინფორმაცია ცალმხრივად იქნეს მიღებული. მეორეს მხრივ, შესაძლებელია გადაცემმა ისეთ უნარ-ჩვევებში გაიფარჯიშოს, რომელიც ხელს შეუწყობს წარმატებულ კომუნიკაციას. მოყვანილ მაგალითში, კომუნიკაციის პროცესში სოციალური უნარ-ჩვევები გადაცემის მხრიდან შესაძლებელია იყოს შემდეგი სახის:

- “შეტყველების უნარ-ჩვევები”, როგორცაა მოჭარბებულად მეს გამოყენება და თვითგახსნილობა
- კონკრეტული სიტუაციების დასახელება
- კონკრეტული ქცევა
- დაწყებული თემიდან არგადახვევა

ქვემოთ მოკლედ შეეხებით შიზოფრენიით დაავადებულებთან ეერბალური და არაეერბალური კომუნიკაციის ასპექტებს:

ვერბალური კომუნიკაცია: შიზოფრენიით დაავადებულებთან თვალსაჩინოდაა გამოხატული დარღვეული ვერბალური კომუნიკაციის პროცესი. ამასთან, აღსანიშნავია შეტყველების დარღვევები, როგორცაა მაგალითად, ალოგია, როგორც გამოთქმის უნარ-ჩვევების ნაკლებობა, მეტყველების გაღარბება, საუბრის შინაარსის გაღარბება და პასუხის ლატენტური დროის გაზრდა, როგორც მინუს

სიმპტომების შეფასების კრიტერიუმები (SANS; Andreasen, 1981). ბევრი ასეთი დარღვევა არ არის შიზოფრენიისთვის სპეციფიკური. ისინი გეხვედება ასევე სხვა ნიუროლოგიურ ჯგუფებშიც. შიზოფრენიისთვის ტიპურია გახანგრძლივებული დროითი ფლუქტუაცია სხვადასხვა გამოვლენის ხარისხებით (Sillwald, 1983).

სტრესის გამომწვევი კომუნიკაცია – მეტყველებითი დარღვევები თვალშისაცემში ხდება მაშინ, როცა კომუნიკაციაში პაციენტი ძლიერ არის ჩართული და სწრაფად შინაარსი მისთვის უსიამოვნოა. მაგალითად, ზედმეტად ემოციური ან უხეში შენიშვნა შიზოფრენიით დაავადებულმა შეიძლება აღიქვას როგორც სტრესის გამომწვევი კომუნიკაცია.

დეფიციტარული ინფორმაციის გადამუშავება – ზემოთ აღწერილი მეტყველების დარღვევის დიდი ნაწილი შეიძლება აიხსნას დეფიციტარული ინფორმაციის გადამუშავების პროცესით (მაგალითად, Schwartz, 1982; Grove & Andreasen, 1985). შესაბამისად, სოციალურ სფეროში არსებულ პრობლემებსა და ვერბალურ კომუნიკაციას შორის მანკიერი წრე კვლავ იკვებება.

მანკიერი წრე (*Circulus vitiosus*) – შიზოფრენიით დაავადებულებთან მრავალი მეტყველების დარღვევის ასახსნელად პიპოთეტურად ჩამოყალიბებულია შემდეგი ახსნის მიდგომა: პაციენტისთვის უსიამოვნო საუბრის შემდეგ (მაგალითად, ოჯახის წევრებთან), მისი აფექტური ჩართულობა იზრდება. ამას შესაბამისად მოაყვება მთლიანი ფსიქოფიზიოლოგიური აგზნების დონის მომატება. ინფორმაციის თანმიმდევრულად გადამუშავების მხრივ, გადასამუშავებელი ინფორმაციის სიმრავლე ვინაიდან საუბრის უსიამოვნო შინაარსი განაპირობებს ან აძლიერებს კოგნიტურ დარღვევებს და ტიპურ ყურადღების/პერსპექტიულ დეფიციტს პაციენტის მიერ ადექვატურად ველარ დაიძლევა. შედეგად, პაციენტი მოსაუბრისგან იღებს მხოლოდ ნაწილობრივ ინფორმაციას, რაც ერთმანეთს არასწორად უკავშირდება. პაციენტის ვერბალური კომუნიკაცია არაადექვატური და ფსიქოპათოლოგიურად თვალშისაცემში ხდება. ყოველივე ამას ამჩნევს როგორც პაციენტი, ისე მისი მოსაუბრე და პიროვნული მახასიათებლებისა და მიხედვით გამოთქვამენ დამამცირებელ, შეურაცხმყოფელ შენიშვნებს, რამაც კვლავ შეიძლება გამოიწვიოს სიტუაციის აფექტურად დატვირთვა. ყოველივე ამას შეუძლია უფრო დაამძიმოს პაციენტის მდგომარეობა. წარმოიშვება მანკიერი წრე (*Circulus vitiosus*) და “საუბარში ჩართვის” სისტემამ შეიძლება აღარ იფუნქციონიროს.

არავერბალური კომუნიკაციის დროს ყურადღება ექცევა მზერით კონტაქტს, მიმიკას და ექსტიკულაციას, ხმის სიმძლავს და ტემპს. ასეთი სოციალური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება შესაძლებელია როლური თამაშის მეშვეობით მოხერხდეს (Bellack et al., 1979; Eisler et al., 1973). დღესდღეობით ვერბალურ კომუნიკაციასთან ერთად ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება არავერბალურ კომუნიკაციას ადამიანებს შორის ზოგადად, და კერძოდ კი ინტერაქციას თერაპევტსა და პაციენტს შორის (Grawe, 1998).

ემოციების გამოხატვის დეფიციტი – დადგენილია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან აღინიშნება სპეციფიკურ (სოციალურ) უნარ-ჩვევათა დეფიციტი მხრივ, რომ მათთან თვალშისაცემითა შეუსაბამო მიმიკა, არაადექვატური სახის გამომეტყველება და სხეულის პოზა. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ არაპარანოიდული შიზოფრენიის მქონე პაციენტებთან ხშირ შემთხვევაში შეიმჩნევა

შედარებით ნაკლები მხერითი კონტაქტი, ხოლო პარანოიდულ პაციენტებთან კი შესაძრევედ ნაკლები სახის გამომეტყუელება. Argyle, (1981); Shneider et al., (1990). Krause (1997)–მ თავის გამოკვლეეებში მიიღო, რომ პაციენტის ჯანმრთელი ოჯახის წევრები სწრაფად ეგუებიან პაციენტის არავერბალურ ქცეეას. ეს შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ მიძიე ფსიქიკური დარღვეეების დროს, შესაბამისი უნარ-ჩეეეების არარსებობის გამო, ცალკეული არავერბალური ქცეეის ფლექსიბელურად, სიტუაციის მიხედვით გამოყენება ვერ ხდება (Grawe, 1996).

*მედიკამენტოზური გვერდითი ეფექტები* – არავერბალურ ქცეეაზე ასეეე გავლენას ახდენენ ნეიროლეპტიკები. გამოკვლეეებით დადგენილია, რომ მაგალითად, მედიკამენტების გავლენით შეიძლება სრულიად აღარ აღინიშნებოდეს თავის მოძრაობები, რამაც შეიძლება ნეგატიური გავლენა მოახდინოს პაციენტის სოციალურ ურთიერობებზე.

შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთა სხედასხეა სოციალურ სფეროში შეიძლება გამოიყოს მრავალგანზომილებიანი მიდგომა. ემპირიული გამოკვლეეების მიხედვით, ასეთი დარღვეეები ელინდება ბაზალური სოციალური უნარ-ჩეეეების ("social skill") დარღვეეის სახით, რაც შედგომში ართულებს ინტერპერსონალური პრობლეეებისას სოციალურ კომპეტენტურობას; სოციალური კომპეტენტურობის სფეროში თვალსაჩინოდ დარღვეული მიზნისადმი ორიენტირებული მოქმედების გეგმების შედგენის და მათი გამოყენების უნარი, ანუ ნორმატიული სოციალური როლური პასუხების ადაპტაციის შეუძლებლობა ზემოქმედებას ახდენს პაციენტის სოციალური შეგუების ხარისხზე (community functioning).

სოციალური ქცევის სფეროს მიმოხილვა

შიზოფრენიის ძირითად მახასიათებელს წარმოადგენს სოციალურ ქცევაში მძიმე დარღვევები:

- შიზოფრენიით დაავადებულში სოციალური კონტაქტების წრე ხშირად თვალსაჩინოდ შემცირებულია, რაც შესაძლებელია აიხსნას დაცვითი კომპენსატორული მექანიზმით
- შიზოფრენიით დაავადებულში სოციალური უნარ-ჩვევები, სოციალური კომპეტენტურობა და სოციალური ადაპტაცია ხშირად შესღულდულია

სოციალური გადამუშავება ("processing")

- შიზოფრენიით დაავადებულებში კოგნიტური დარღვევების გამო დარღვეულია ასევე პრობლემების გადაჭრის კომპლექსური ქცევა
- პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება შესაძლებელია ბიძვეიორისტული და კოგნიტური თერაპიული მიდგომების მეშვეობით

სოციალური ქცევის პასუხები ("sending")

- შიზოფრენიით დაავადებულებში დარღვეული ვერბალური კომუნიკაციის პროცესი ვლინდება მათ მეტყველებაში და გამონათქვამებში, საუბრის თემის გადარიბებაში და შეკითხვასა და პასუხს შორის ლატენტური დროის გაზრდაში
- მეტყველების დარღვევები შეიძლება იყოს განცდილი სტრესული კომუნიკაციის ან დეფიციტარული ინფორმაციის გადამუშავების შედეგი
- შიზოფრენიით დაავადებულთა არავერბალურ კომუნიკაციაში ვლინდება ემოციური გამოხატვის დეფიციტი

### 3.4 IPT-ს კონცეფციის შედეგები

სტრესისადმი მოწყველადობის მოდელის (Zubin & Spring, 1977; Ciompi, 1982; Nuechterlein & Dawson, 1984a; Beiler & Rist, 2001) და სხვადასხვა ფუნქციითა ურთიერთგაველების პოსტულატის მიხედვით, შესაძლებელია ვივარაუდოთ, რომ ელემენტარული ინფორმაციის გადამუშავების პროცესების სფეროში დარღვევები გაველენას ახდენს კომპლექსურ კოგნიტურ ფუნქციებზე და როგორც მიკრო, ასევე მაკროსოციალურ სფეროში, როგორც უშუალო, ასევე გაშუალებულ ზეგავლენას ახდენენ ქცევაზე.

შიზოფრენიით დაავადებულებთან ინტეგრირებული ფსიქოთერაპიული მკურნალობა მოიცავს როგორც ფუნქციონირების სამ სფეროში ჩარევას, ასევე ბაზი-



სურ კოგნიტურ სფეროში, სოციალურ კოგნიციებში და სოციალური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებაზე მუშაობას. შესაბამისად, ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა (IPT) შეიცავს ცალკეულ ქვეპროგრამებს, რომლებიც ეხება შემდეგ ინტერვენციებს:

- კოგნიტური სფერო
- ემოციურ-სოციალური აღქმა
- ვერბალური კომუნიკაცია
- სოციალური ქცევის კომპლექსური სფერო
- ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა

IPT-ს ხუთი ქვეპროგრამა არ არის აუცილებელი, რომ თანმიმდევრულად ჩატარდეს. ეს დამოკიდებულია პაციენტების მდგომარეობაზე და თერაპიის დაგეგმვა ინდივიდუალური პრობლემის გაანალიზების საფუძველზე შეტად სასარგებლო იქნებოდა.

## თხზი 4

# თუხაიული ზიზბხაზა და მისი ხათი ქვეზიზბხაზა

### 4.1 ზოგადი სტრუქტურა და მულტიმოდალური მკურნალობის კონცეპტებში ჩართვა

წინა თავეში შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების გამწვავებათა პროფილაქტიკის შესახებ წარმოდგენილი მოსაზრებებიდან გამომდინარეობს, რომ მხოლოდ მკურნალობის მულტიმოდალური კონცეპტის მეშვეობით არის შესაძლებელი წარმატების მიღწევა. (მაგ.: Ciompi 1981; Fielder & Buchkremer 1982; Selzer 1983; Müller 1984 Stierlin et al. 1985), ეს უკანასკნელი შესაძლებელია რეალიზირებულ იქნეს მრავალგანზომილებიანი ფსიქოთერაპიული საშუალებებით, ოჯახური თერაპიით და სოციოთერაპიით (Stierlin et al. 1980; Katsching & Konieczna 1984; Angermeyer & Finzen 1984) და ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებით ოპტიმალურად უზრუნველყოფით. ყველა ეს თერაპიული საქმიანობა მხოლოდ მაშინ იქნება პაციენტისთვის ეფექტური, თუკი ხანმოკლე და ხანგრძლივადიანი თერაპიული გეგმა განხორციელდება კონსტანტურ და კომპეტენტურ ჯგუფში. ამასთან, ზემოთ ჩამოთვლილი თერაპიული მეთოდები საჭიროა მიესადაგებოდეს სპეციალურად შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებს, იმისათვის, რომ მრავალრიცხოვანი, ადრე ჩატარებული პრაქტიკული მიდგომები, რომლებიც არც ემპირიულად და არც თეორიულად დასაბუთებული არ არის (Häfner 1976), პრაქტიკული განხორციელების მეშვეობით წლების განმავლობაში დაგროვილი კვლევის შედეგების გამოყენებით ერთიანად დაძლეულ იქნეს (Zubin et al. 1983),

თერაპიული პროგრამის კონცეფციაში გათვალისწინებულია, როგორც ადრეული ფსიქიატრიული მოსაზრებები (მაგ.: Bleuler 1911; Kraepelin 1913; Berz & Gruhle 1929), ასევე ახალი ფსიქიატრიული და ფსიქოლოგიური, ამ შემთხვევაში, სპეციალური რექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური კვლევის შედეგები (Slilword 1977; Huber et al. 1979; Ruckstuhl 1981; Nuechterlein & Dawson 1984). წარმოიშვა ხუთი ქვეპროგრამისგან შემდგარი თერაპიული პროგრამა, რომელიც გამიზნულია შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელი ტიპური ყურადღების/პერცეპტულ და კოგნიტურ დარღვევების და ზოგადად სოციალურ ქცევაში სხვა სპეციფიკური დეფიციტის კორეგირებაზე. ეს ქვეპროგრამებია:

- კოგნიტური დიფერენციაცია
- სოციალური ადქმა
- ვერბალური კომუნიკაცია
- სოციალური უნარ-ჩვევები
- ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა

წარდგენილი თერაპიული მოსაზრების საფუძველზე, ქცევის იერარქიულად ორგანიზაციისთვის და იმისთვის, რომ მოხერხდეს კომპლექსური სოციალური ქცევის სახეების გაუმჯობესება, თავდაპირველად საჭიროა შესაბამისი ყურადღების/პერცეპტული და კოგნიტური ბაზისური ფუნქციების (კონცენტრაცია,

კონცეპტის შექმნა, აბსტრაგირების უნარი, შემწევის უნარი და ა.შ) გაეარჯიშება (Hemsley 1977; Liberman 1982; Wallace 1982; Neale et al. 1985; George & Neufeld 1985; Brenner 1986).

შესაბამისად, პირველ ქვეპროგრამაში ცენტრალური ადგილი უკავია ამ კოგნიტურ ბაზისურ ფუნქციებზე დეტალურ თერაპიულ მუშაობას. მოგვიანებით თერაპიის ემატება პაციენტებთან კონპლექსური სოციალური უნარ-ჩვევების გაეარჯიშება და შესაბამის დეფიციტზე თერაპიული ჩარევა: თითოეული ქვეპროგრამა ისე არის აგებული, რომ თავად თითოეულ ქვეპროგრამაში თანათან იზრდება თერაპიის ხანგრძლივობა და მატულობს მოთხოვნები, როგორც ინდივიდუალური, ასევე ჯგუფური. ეს ნიშნავს მარტივი და თვალსაჩინოდან, რთულ და კომპლექსურზე გადასვლას. თითოეული ქვეპროგრამის განმავლობაში იზრდება მოთხოვნათა ხარისხი პაციენტების მიმართ, რაც ეხება არა მარტო შინაარსს, არამედ ასევე მთლიან თერაპიულ ჩარჩოებს. მაგ.: მაღალი სტრუქტურირებიდან და დაეალებაზე ორიენტირებულობიდან სპონტანურ ჯგუფურ ინსტრუქციებზე ძლიერ ხაზგასმას, ძლიერი დირექტიული თერაპიული ქცევიდან, ნაკლებად დირექტიულ, თავისუფალი ხელმძღვანელობის სტილზე გადასვლას (იხ. თავი 6). ამასთან, მნიშვნელოვანია, რომ მუდამ პატარ-პატარა ნაბიჯებით მოხდეს წინ წაწევა და გარკვეული პირობების შემთხვევაში სჯობს დიდი ხნით მოხდეს ერთ დაეალებაზე შედეგება, ვიდრე ჯგუფს ზედმეტი მოსთხოვოთ.

თითოეულ პროგრამაში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს ასევე შესაბამისად ზომიერი ემოციების და აფექტის გამოხატვა. დასაბუთებულად, ზუსტად შეიძლება ითქვას, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებში დარღვევები მაშინ უფრო მატულობს, როცა პაციენტი ემოციურად დამამძიმებელ სიტუაციაში ხედება (Vaughn & Left 1976 a u b; Olbrich 1983; Nuechterlein 1984). ქვეპროგრამის საეარჯიშოები შესაბამისად უპირველესად საჭიროებისამებრ ტარდება ე.წ. "საგნობრივი" თერაპიული მასალით, სადაც იგულისხმება, რომ ისინი არ წარმოადგენენ პაციენტებისთვის ემოციურად დატვირთულ მასალას. თერაპიის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად თანდათან შემოდის ემოციურად დატვირთული შინაარსი (ეს რასაკვირველია ხორციელდება მოგვიანებით ქვეპროგრამებში).

## 4.2 კოგნიტური დიფერენციაცია

### 4.2.1 თეორიული საფუძვლები

კოგნიტური დარღვევები წარმოადგენენ შიზოფრენიის მეტად მნიშვნელოვან მახასიათებლებს (Brenner 1983; George & Neufeld 1985; Falloon 1986). ზოგადად, აქ იგულისხმება ყურადღების, აღქმის და აზროვნების პროცესების ნაკლებობა, უუნარობა, ერთმანეთისგან განასხვავონ რელევანტური და ირელევანტური ნიშნები, ასევე მოახდინონ აღქმული მასალის შესაბამისი თანმიმდევრული კლასიფიცირება, სხვადასხვა აზრთა მსვლელობების ერთმანეთთან შედარება, უკვე არსებული აზროვნების სქემების მოქნილად გამოყენება და ა.შ. (იხ. Söllwold & Huber 1986; Burrous et al. 1986).

უკვე ადრინდელი სტატისტიკური ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიურ გამოკვლევებში მოცემულია, ერთი შეხედვით, მრავალი ჩახლართული შედეგი. თუმცა, ისინი ინფორმაციის გადამუშავების მოდელის დახმარებით შესაძლებელია თეორიულად დალაგდეს, სადაც უპირველესად განასხვავებენ "გამღიზიანებლის

მიღების-გამლიზიანებლის გადაშუშავების-გამლიზიანებელზე პასუხის” საფეხურებს. შიზოფრენიით დაავადებულებთან გამლიზიანებლის მიღების საფეხურზე ცენტრალურ როლს ასრულებს ყურადღების პროცესი (Kukla 1980, Hartwich 1983).

მრავალი გამოკვლევისთვის საწყის ბაზისს უპირატესად ქმნის ორი მოდელი, რომლებიც ექსპერიმენტულ ფსიქოლოგიას ეყრდნობა, (მაგ.: Persons & Baron 1985, Braff & Saccuzzo 1986). ამ მოდელებს უწოდებენ ფილტრის და Set-მოდელს.

McGhil და Chapman (1961), ასევე Payne (1966) პირველ რიგში ფილტრის ფუნქციად მიიჩნევენ ყურადღებას, რომლის ამოცანაა ინფორმაციის გადაშუშავების შედეგად მოახდინონ მნიშვნელოვანი და ნაკლებმნიშვნელოვანი ინფორმაციის სელექცია. შიზოფრენიით დაავადებულებში ფილტრის მოდელის პოსტულატს წარმოადგენს დეფექტური ფილტრის მექანიზმი, რადგანაც შიზოფრენიული პაციენტები ვერ ახდენენ მნიშვნელოვანი ინფორმაციის გამორჩევას. შედეგად, ამას მოჰყვება კონცენტრაციის ნაკლებობა, გადანაცვლებადობა, სწრაფი დაღლა და ა.შ. მნიშვნელოვანი და ნაკლებმნიშვნელოვანის ერთმანეთისგან გამოღიფერენციების შეუძლებლობა ქცევაში ელნიდება, როგორც საკუთარ თავში დაურწმუნებლობა, შიშები და ა.შ. მაგალითად, შიზოფრენიის მქონე პაციენტი შეიძლება საესე ავტობუსით მგზავრობის დროს პანიკაში ჩაეარდეს იმის გამო, რომ იგი ვერ ახერხებს გარედან მომდინარე გამლიზიანებელთა (სტიმულთა) ნაკადისგან თავის დაცვას.

Shakow (1962,1963,1971)-ის მიხედვით, ყურადღების ქვეშ უნდა ვიგულისხმოთ მხოლოდ ფილტრის მოქმედება. ყურადღების ქვეშ იგულისხმება როგორც განსხვავებული გამლიზიანებლებლის მიღება, ასევე მზაობა, აღიქვა და გადაამუშავო ისინი. შესაბამისად, ყურადღება შეიძლება გავიგოთ, როგორც მოლოდინის მდგომარეობა ან რეაგირების შესაძლებლობა, რომელიც ახდენს ისეთი ელემენტარული უნარის კოორდინირებას, როგორცაა გამლიზიანებელთა გამიჯვნა, ყურადღების კონცენტრაციის შეჩერება და ა.შ. სწორედ ამ აზრით ლაპარაკობს Shakow “თანმიმდევრულად ურთიერთმონაცვლებადი” კოგნიტური გადაშუშავების სტრუქტურებზე. შედეგად, შიზოფრენიულ პაციენტებთან ყურადღების დარღვევა ნიშნავს კოგნიტური კოორდინირების სისუსტეს, ანუ უუნარობას, შეინარჩუნოს თანმიმდევრულად ურთიერთმონაცვლებადი გადაშუშავების სტრუქტურები. ეს იწვევს ელემენტარული უნარების ურთიერთზედდებას (როგორებიცაა მაგალითად ელემენტარული გადაშუშავების სტრუქტურები) ისე, რომ ისინი არ არიან ორგანიზებულნი და ერთმანეთს სუსტად უკავშირდებიან. შედეგად ელნიდება ისეთი დარღვევები, როგორიცაა უგემო მიუზაობა ან უმიზონ ქცევა. მაგალითად, ბევრი შიზოფრენიით დაავადებული მისთვის საჭმლის მომზადება შეიძლება მიჩნეულ იყოს, როგორც ზედმეტი დატვირთვა, რადგანაც საჭმის განხორციელებისთვის საჭირო თითოეული ნაბიჯი არაშესაბამისად არის კოორდინირებული.

Sakow და McCormik (1965)-მა თავიანთ ექსპერიმენტებში დაადგინეს, რომ შიზოფრენიულ პაციენტებს, ჯანმრთელთა შედეგებისგან განსხვავებით, სინათლის სიგნალების უფრო უკეთესად რეგისტრირება შეუძლიათ, როცა ეს სიგნალები არარეგულარული ინტერვალებით მიეწოდება; რეგულარულ სიგნალებს ისინი შედარებით ცუდად აღიქეავენ (Cross-over-Effekt). Shakow-ი ამ ფენომენს ხსნის იმით, რომ მათ უძნელდებათ თანმიმდევრულად ურთიერთმონაცვლებადი გადაშუშავების სტრუქტურების შენარჩუნება: ორ ელემენტარულ უნარს შორის

კოგნიტური კოორდინაციის ნაკლებობა ხელს უშლით გამღიზიანებელთა მონაცვლეობის დროს წესები და კანონზომიერებები ამოიცნონ. შესაბამისად, ამას მოჰყვება შედეგების ცუდი ანტიციპაცია, ანუ, შიზოფრენიით დაავადებულებს უხელოდობათ, რაიმე მოქმედების შედეგების წინასწარ გაანალიზება და გათვლა. მაგალითად, კლინიკიდან გამოსვლა მოსპიტალიზირებულ შიზოფრენიულ პაციენტებს სურთ ისე, რომ სრულიად ვერ აცნობიერებენ ამ ნაბიჯის მნიშვნელოვნებას. შედეგად, საავადმყოფოდან შესაძლო გაწერის მოახლოებას მოჰყვება მათთან ზედმეტი მოთხოვნების წამოყენება და წარუმატებლობის დიფუზური შიშები.

ორივე მოდელი მეცნიერულად მრავალჯერ იქნა ინტენსიურად განხილული (მაგალითად, Lohm & Plaum 1981; Ruckstuhl 1981). ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური მონაცემების მეთოდური ნაკლებობის გვერდით, თავს იჩენს ისევე და ისევე თეორიული სისუსტეები. მაგალითად, ორივე მოდელი ღია ტოვებს საკითხს, თუ რატომ და როდის ირღვევა ფილტრის მექანიზმი ან თანმიმდევრულად ურთერთმონაცვლელად გადაშუშავების სტრუქტურები (Ruckstuhl 1981).

მიუხედავად ამისა, ორივე მოდელი შიზოფრენიის კვლევაში მიმართულების მიმცემად ითვლება. Silerma (1970, 1975/76)-მა, Mcghie და Chapman (1961)-ზე დაყრდნობით შექმნეს განსაკუთრებით ვიზუალურ აღქმაზე დაყრდნობილი ფილტრის თეორია. Zubin (1975)-მა Shakow-ის Cross-over-ეფექტთან ერთად წამოაყენა თავისი თეორია იმის შესახებ, რომ შიზოფრენიულ პაციენტებს გააჩნიათ პრობლემები თანმიმდევრული ვიზუალური და აუდიალური სტიმულების "ერთმანეთისგან განსხვავებაში".

ამასვე მტკიცებებს ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევის შედეგები შიზოფრენიით დაავადებულთა დარღვეული შემჩნევის უნარის მოსაზრების შესახებ, რომლის მიხედვითაც, ამ დარღვევის მიზეზი დევს ინფორმაციის გადაშუშავების პროცესის პირველ საფეხურზე, ანუ კონკრეტულად, პოსტულირებული ყურადღების ფილტრის მექანიზმის სფეროში (მაგალითად, Johnson 1985; Braff & Saccuzzo 1986; Süllwold & Huber 1986).

Nuechterlein და Dawson (1984)-მა შიზოფრენიისთვის ტიპური ყურადღების დარღვევის დისკუსიაში შემოიტანეს ახალი ასპექტი. ყურადღების დეფიციტი გამოწვეულია ინფორმაციის მიღების და გადაშუშავების სფეროს მცირე მოცულობით. რასაკვირველია, ისინი ძირითადად თავს იჩენენ მხოლოდ ისეთ დამამძიმებელ სიტუაციებში, სადაც მათ ხელთ არსებული დაძლევის მიდგომები არაეფექტურნი არიან. Nuechterlein და Dawson-ის მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულთა ყურადღების დარღვევა აისახება მათ მოწყვლადობაში. ეს ნიშნავს იმას, რომ თვალსაჩინო ყურადღების დარღვევები მიუთითებს არსებულ მოწყვლადობაზე; ეს დარღვევა არის მათი ინდიკატორები.

ინფორმაციის გადაშუშავების კომპლექსური საფეხურების გამოკვლევები შიზოფრენიულ პაციენტებში იძლევა უპირატესად ინფორმაციას ცნების წარმოქმნის დარღვევების შესახებ (იხ. მაგ.: Ruckstuhl 1981; Holm-Hadulla 1988). ამასთან, მიღებული შედეგებისთვის ხშირად შემდეგი ორი მიდგომა წარმოადგენს ემპირიულ ამოსავალ პუნქტს ან ახსნის საფუძველს. ეს მოდულებია: კონკრეტულობის ("Concreteness") მოდელი და ზედმეტი შემცველობის ("Overinclusion") მოდელი.

უკვე 40-იან წლებში Goldstein (1939)-მა შექმნა კონკრეტულობის მოდელი. კონკრეტულობის ქვეშ იგულისხმებოდა აბსტრაქტული კონცეპტების, კლასების ან კატეგორიების შექმნის დაკარგვის უნარი. ობიექტები მიიჩნევა როგორც ერთადერთი. ცალკე მდგომრი და ვერ ხერხდება მათთან კავშირის დამყარება. თუ ეს მანძი მოხერხდება, ისინი ვერ ახერხებენ საყოველთაოდ მისაღები დასახელების მოძებნას (Payne 1970, 1961). სხვა სიტყვებით, კონკრეტულობა ნიშნავს მიწვებებს კონკრეტულზე ანდა საკუთარ სამყაროში კონკრეტული სიმბოლოების გამოყენებას (Holm-Hadulla 1982). შედეგად, ამას მოჰყვება ის, რომ უძნელდებოდა ამოიცნონ ახლო კავშირები და ზოგადად გასაგები განზოგადებული ცნების მოძებნა. კითხვაზე, რომელი განზოგადებული ცნებით შეიძლება დავასახელოთ “ფინჯანი”, “ლამბაქი” და ა.შ., პაციენტმა შეიძლება უპასუხოს “უცნობი მფრინავი ობიექტი”.

Cameron (1951) ცდილობდა შიზოფრენიული პაციენტების ცნების განსაზღვრის დარღვევები დაეხასიათებინა ზედმეტი შემცველობის, მოდელით. ცნების განსაზღვრებაში იგულისხმება აზროვნების ისეთი შინაარსებიც, რომლებთაც მხოლოდ პერიფერიული მნიშვნელობა გააჩნიათ. უმნიშვნელო კავშირების ზედმეტად გადაფასება ან გვერდითი აზროვნების პროცესის სიჭარბე არის ის ნიშნები, რომლებიც შეიძლება აიხსნას ზედმეტი შემცველობის მოდელით. ასევე ნეოლოგიზმების გამოვლენა (სიტყვის ახლებურად წარმოება) შესაძლებელია აიხსნას როგორც სემანტური ურთიერთკავშირის ძლიერი გაფართოება (Piro 1967).

ამას გარდა, ზედმეტი შემცველობის შემდგომი შედეგია, სილოგისტური ანუ დედუქციური აზროვნების ნაკლებობა, უუნარობა, ერთმანეთისგან გამიჯნონ აზროვნების ეს პროცესები ანდა პრობლემების გადაჭრის მიმდინარეობის არასაკმარისი სტრუქტურირება (Johnson 1968). მაგალითად, ერთ პაციენტს მიაჩნდა, რომ ის არის ჯორჯ ბენსონი მხოლოდ იმიტომ, რომ მას, ისევე როგორც ამ მომღერალს, გიტარა ჰქონდა.

კონკრეტულობის და ასევე ზედმეტი შემცველობის ფენომენების არსებობა სხვადასხვანაირად აიხსნება. კონკრეტულობის მიხედვით გამოვლენილი დარღვევები აიხსნება ცალკეული სიტყვების სხვა სიტყვებით არასწორად ჩანაცვლებით (სემანტური სუბსტიტუციის ან ტრანსფერის შეცდომა, Holm-Hadulla & Haug 1984), ანდა Shakow (Kukla 1980)-ის მიხედვით, თანმიმდევრულად ურთიერთმონაცვლელად Set-ის დარღვევით.

სემანტურ არასწორ ორგანიზაციას, რომელიც ზედმეტი შემცველობას მოიაზრებს, მიყვარათ დისკრიმინაციის ნაკლებობამდე, რაც თავის მხრივ ეფუძნება ყურადღების დარღვეულ ფილტრის მექანიზმს ან ასევე, გადაშუშავების სტრუქტურების დარღვევას (Schwartz 1978a,b). Ruckstuhl (1981) ზედმეტი შემცველობის ფენომენს ხსნის Broen და Stroms (1966)-ის მიდგომის მიხედვით, რომელიც ფორმალურად მსგავსია Shakow-ის Set-მოდელის. კოგნიტური კონცეპტები ან აზროვნების პროცესები, ჩვეულებრივ, თანმიმდევრულ იერარქიულ ურთიერთდამოკიდებულებაში იმყოფებიან. თუ ეს დაირღვევა, აზროვნების პროცესების დალაგება ისე ხდება, რომ პერიფერიული ან რელევანტური აღარ აღიქმება როგორც ასეთი.

შიზოფრენიისთვის ტიპური კოგნიტური აზროვნების დარღვევების ახსნის მრავლისმომცველ მიდგომას Süllwold და Huber (1986) ცელიან თავიანთი ბაზისური დარღვევების კონცეფციით. ავტორების თანახმად, კლასიკური ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომები ეყრდნობა ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიურად დასაბუთებულ ბაზისურ კოგნიტურ დარღვევებს, რომელთაც Huber et.al (1979) უწოდებენ "სუბსტრატთან მიახლოებულ ბაზისურ დარღვევებს", რადგანაც ისინი აიხსნებიან ისევე, როგორც ენდოგენურ-ნეეროლოგიური დეფექტები. პაციენტები ამ ძირითად დარღვევას განიცდიან, როგორც ავტონომიური ქმედების დარღვევას, როგორც აღქმის ცვლილებებს და ა.შ., ანდა საერთოდ, როგორც "აზროვნების პროცესის მართვის დაკარგვას".

შიზოფრენიით დაავადებულთა კოგნიტურ დარღვევებში ამ მიდგომას შემოაქვს ახალი ხედვა. ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური მონაცემები დაკავშირებულია სიმპტომატოლოგიურ სფეროსთან, სადაც ამ ბაზისურ დარღვევათა სუბიექტურ განცდას ცენტრალური ადგილი უკავია.

**შედეგი:** დღემდე თითქმის ყველა მიდგომა თუ მოდელი კლინიკური გამოკვლევის შემდეგ არასაკმარისად ან ცალმხრივად არის მიჩნეული. ამასთან, დარღვევის ლოკალიზაცია შეადგენს მრავალი დისკუსიის უპირატეს შინაარსს (მაგალითად, Magaro 1980).

გამოკვლევის დღევანდელი მდგომარეობისას ჯერ კიდევ ღიად არის დარჩენილი, თუ ინფორმაციის გადამუშავების პროცესის რომელ საფეხურზე იწენს თავს პირველი დარღვევა, რამდენადაც, მაგალითად, ინფორმაციის მიღების საფეხურზე დარღვევები გარდაუვლად უნდა გაერკველდეს მთელ დანარჩენ საფეხურებზე. Brenner (1986)-ის და Spaulding (1986)-ის მიხედვით, არა მარტო ელემენტარულ საფეხურზე წარმოშობილი დარღვევები ახდენენ გავლენას თვალსაჩინო ქცევის ორგანიზაციის სფეროზე, არამედ ასევე მაღალ დონეზე წარმოშობილმა დარღვევებმა შესაძლებელია უკუშემართულებითი გავლენა მოახდინონ ელემენტარულ ფუნქციებზე.

ამით, ინფორმაციის გადამუშავების პროცესებს შიგნით პირველ პლანზე გადაინაცვლებს ხდება ცირკულარული, ორმხრივი დამოკიდებულებები. ურთიერთგაუგებების სახე ყურადღების, შემჩნევის უნარსა და ცნების წარმოქმნას შორის ამ ასპექტის გამო ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოდ აღწერილი. მიუხედავად ამისა, ელემენტარულ ყურადღების/პერცეპტულ და კოგნიტურ ფუნქციებზე თერაპიული ზემოქმედების მნიშვნელობა ეჭვგარეშეა.

#### 4.2.2 სტრუქტურა

ამ ქვეპროგრამაში უნდა გაუმჯობესდეს კოგნიტური უნარ-ჩვევები მრავალი სხვადასხვა საეარჯიშოების მეშვეობით. საეარჯიშოები იყოფა სამ საფეხურად:

საფეხური 1: "ბარათებით ეარჯიში"

საფეხური 2: "ვერბალურ ცნებათა სისტემა"

- ცნებათა იერარქია
- სინონიმები
- ანტონიმები

- სიტყვის დეფინიცია
- ბარათები სიტყვებით
- კონტექსტის მიხედვით სხვადასხვა მნიშვნელობის ცნებები

**საფეხური 3: “ძების სტრატეგიები”**

სამივე საფეხურის ჩატარება ხდება თანმიმდევრულად და წინასწარ დადგენილი ნორმების მიხედვით. პირველი საფეხური მეორე და მესამე საფეხურთან შედარებით საჭიროებს ვერბალური ურთიერთობის მინიმუმს მონაწილეებს შორის და განსაკუთრებით გამოდგება საწყის საეარჯიშოდ მძიმე ქრონიკულ პაციენტებთან, რომლებთანაც ხშირად ყოველ ახალ, მათთვის არასანდო სოციალურ ურთიერთობებში ძლიერი შიში უჩნდებათ.

ქვემოთ მოკლედ აღწერთ ცალკეული საეარჯიშოების ნაწილებს.

**საფეხური 1: “ბარათებით ვარჯიში”**

ჯგუფის მონაწილეები იღებენ ბარათების გარკვეულ რაოდენობას, რომლებზედაც სხვადასხვა ნიშნებია (მაგ. ფერი, ფორმა) აღნიშნული. მონაწილეებს თხოვენ, მაგალითად, ორნიშნა რიცხვის მქონე ყველა წითელი ბარათი (“ორი საერთო ნიშანი”) ამოარჩიონ თავიანთი ბარათების შეკერიდან და წინ დააღაგონ. შესრულების სისწორეს ამოწმებს გვერდით მჯდომი მონაწილე.

**საფეხური 2: “ვერბალურ ცნებათა სისტემა”**

- ცნებათა იერარქიები

მონაწილეები წინასწარ მოცემულ სიტყვაზე (მაგალითად, საჭმლის მომზადება) ასახელებენ იმ სიტყვებს, რაც მათ თავში მოუვათ. შედეგად ხდება ზემდებარე და ქვემდებარე ცნებების მიხედვით კლასიფიკაცია.

-სინონიმები

ჯგუფის წევრებმა მოცემულ სიტყვაზე (მაგალითად, მუშაობა) უნდა მოძებნონ ისეთი სიტყვები, რაც შინაარსით იგივეს ნიშნავს. ცალკეულ დასახელებულ სიტყვათა მსგავსებების და განსხვავებების დამუშავება მოხდება ჯგუფში.

-ანტონიმები

მეთოდური მსვლელობა “სინონიმების” ანალოგიურია.

-ცნების დეფინიცია

ჯგუფს სთხოვენ კოთერაპევტს აუხსნან რაიმე სიტყვა (მაგალითად, კარი). დამუშავდება ის კატეგორიები, რისი მიხედვითაც უნდა მოხდეს ახსნა (მაგალითად, მასალა, განლაგება, ფუნქცია).

-ბარათები სიტყვებით

ერთ-ერთ “ა” პაციენტს აძლევენ ბარათს, რომელზეც დაწერილია ორი სიტყვა. ამასთან, ერთი სიტყვა არის ხაზგასმული (მაგალითად, “კალამი-მელანი”). ჯგუფს უკითხავენ ორივე სიტყვას, მაგრამ არ უუბნებიათ, თუ რომელი სიტყვაა ხაზგასმული. “ა” პაციენტმა უნდა მოძებნოს ისეთი დამხმარე სიტყვა (მაგალითად, “ლაქა”), რომლის მეშვეობითაც ჯგუფი შესძლებს გამოიცნოს, თუ რომელი სიტყვა იყო ხაზგასმული.



**-კონტექსტის მიხედვით განსხვავებული ცნებები**

ჯგუფში ხდება რაიმე სიტყვის სხვადასხვა მნიშვნელობების (მაგალითად, "ბარი") შემუშავება და ახსნა (მაგალითად, "დაბლობი", "სამუშაო იარაღი").

**საფეხური 3: "ძებნის სტრატეგიები"**

"ა" პაციენტი და კოთერაპეუტი თერაპიის ოთახიდან არჩევენ რაიმე საგანს ისე, რომ ჯგუფმა არ უნდა იცოდეს და წერენ ამ საგანს ფურცელზე. ჯგუფის დანარჩენმა წევრებმა უნდა ამოიცნონ ეს საგანი მიზანმიმართული კითხვების დასმის მეშვეობით. "ა" პაციენტი და კოთერაპეუტი პასუხობენ მხოლოდ "კი" ან "არაო". ჯგუფთან ერთად, მრავალი სენსის შემდეგ მოხდება კითხვის დასმის სტრატეგიის შემუშავება (მაგალითად, "ზოგადიდან სპეციალურზე"). შემდეგ ძებნის სფერო ფართოვდება (მაგალითად, განყოფილება, კლინიკა, ქალაქი).

კიდევ ერთხელ ხაზი უნდა გაეყვას იმას, რომ ყველა სავარჯიშო დასაწყისში "საგნობრივად ხაზგასმული" თერაპიული მასალის მიხედვით უნდა ჩატარდეს (დასაბუთებისთვის შდრ. 2-ს და 3-ს). როცა მონაწილეები საკმარისად კარგად გაეცნობიან მეთოდის და არსებულ სავარჯიშოებს, შემდეგ გამოიყენება "აფექტურად დატვირთული" მასალა.

**4.2.3. მიზნები**

"კოგნიტური დიფერენცირების" ქვეპროგრამის ჩატარებისას კარგად ჩანს პაციენტების დეფიციტი ცნებით აზროვნებაში და აბსტრაქტული ცნების კონცეპტის წვდომაში.

პაციენტში მნიშვნელოვანი და ნაკლებმნიშვნელოვანი მოსაზრებების განსხვავების დეფიციტი უფრო თვალსაჩინო ხდება პრობლემის დაყენებისას. სირთულეები წარმოიშობა ნიშნების განსაზღვრულ კლასებსა და კატეგორიებში მოთავსებაში და ასევე შესაბამისი კონცეპტუალური ძებნის სტრატეგიის შემუშავებაში.

სირთულეები იქმნება ასევე იმაში, რომ პაციენტების ყურადღება მიმართონ დასმული ამოცანისკენ და ამ სირთულის დაძლევის მიზნით, დროის მცირე მონაკვეთში მაინც მოახერხონ კონცენტრირება.

კოგნიტური დიფერენცირების სამივე საფეხურის მიზანია, დაწერილებით მოხდეს თითოეული პაციენტის გამონათქვამების დამუშავება და მათ უკან მოაზრებული დასაბუთებების გაკეთება.

განსხვავებულ მოსაზრებათა განხილვა, დისკუსია და შესაბამისად მათი მოდიფიცირება მიღწეულ უნდა იქნეს იმ გამონათქვამების შემუშავებით, რომელთა მიღებასაც შესძლებს თითოეული ჯგუფის წევრი.

თუ ჯგუფში კონსენსუსის მიღწევა შეუძლებელია, მაშინ სულ მცირედით მაინც უნდა მივიწრაფოდეთ იმისკენ, რომ პაციენტებმა შეძლებისდაგვარად სხვა დასაბუთებები აზრობრივად გაიგონ და საეჭვო პოზიციები გაითავისონ.

### 4.3. სოციალური აღქმა

#### 4.3.1. თეორიული საფუძვლები

ვიზუალური აღქმის პროცესი მოიცავს ინფორმაციის მიღებას და ინფორმაციის გადაამუშავებას. აღქმა ნიშნავს დაკვირვებას და ამოცნობას (Gribbson 1973).

შიზოფრენიული პაციენტების ვიზუალური აღქმა თითქმის 30 წელია რაც მეცნიერული გამოკვლევების საგანს წარმოადგენს. დღესდღეობით ცნობილია, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან დარღვეულია როგორც ინფორმაციის მიღება, ისე გადაამუშავება (Knight 1984; Süllwold & Herrlich 1990).

ინფორმაციის მიღების მხრივ, უპირატესად დეფიციტურია სელექციური ყურადღება, რომლის ქვეშაც ზოგადად ნაგულისხმევია შეზღუდული უნარი, ერთ-მანეთისგან განასხეაონ რელევანტური და ირელევანტური გამლიზიანებლები (McGhie & Chapman 1961); Zubin 1975; Knight & Sims-Knight 1980; Rief 1987; Zaunbrecher et al. 1990).

პაციენტებისთვის სელექციური ვიზუალური ყურადღების დარღვევა ნიშნავს მომატებულ გადანაცვლებადობას მხედველობის ველში, სირთულეებს ვიზუალური ფოკუსირებისას და გამლიზიანებელთა მოჭარბებას (Knight 1984; Persons & Baron 1985). შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს გააჩნიათ გრძობა, რომ მეორეხარისხოვან გამლიზიანებლებს ისინი ხანგრძლივად არ აქცევენ ყურადღებას, რომ მხერის აღარაფერზე შეჩერება არ შეუძლიათ ანდა, რომ ისინი ვეღარ ახერხებენ შთაბეჭდილებების დალაგებას (Süllwold 1983). დარღვეული ვიზუალური ყურადღების გაელენა აღქმაზე და ქცევაზე გამოიკვლიეს შემდეგმა ავტორებმა: Silverman (1967), Neale და Cromwell (1968), Asamov et al. (1978) და Venebles (1980): არაპარანოიდული, პრემორბიდულად ცუდი შეგუების მქონე, ქრონიკული შიზოფრენიული პაციენტები სიერციით განზომილების მუდმივად გადაფასებას ახდენენ. მცდარი შეფასების შედეგს წარმოადგენს სოციალური გარემოსადმი განრიდება. პარანოიდულ, პრემორბიდულად კარგად შეგუებად მწვავე შიზოფრენიულ პაციენტებში დარღვეული სელექციური ყურადღება კი პირიქით, იწვევს სიერციით განზომილების შეუფასებლობას. ამიტომაც არის მათთან სახეზე სოციალური კიპერაქტიურობა.

ამ მონაცემს დღესდღეობით მიიჩნევენ ან არამყარად, ან ზედმეტ ინტერპრეტაციულ უკეთებას, ანდა მთლიანად აკრიტიკებენ (მაგალითად, Knight 1984). მიუხედავად ამისა, ამან უკმაყოფილება გამოიწვია სელექციური ყურადღების ფართო თეორიაში და ინტერესი გადაიხარა სხვა ფუნქციების სფეროში სელექციური ყურადღების ზემოქმედებაზე. დღეს ცნობილია, რომ სელექციური ყურადღების დარღვევა პირდაპირ გაელენას ახდენს ფორმალურ აზროვნებაზე (Persons & Baron 1985), კომუნიკატორულ ქცევაზე და ასევე ემოციურ განცდებაზე (Vaughn & Lef 1976 a,b; Doane et al. 1981; Rief 1987). Brenner-ის (1986) მიხედვით, ზოგადად ყველა კოგნიტური ფუნქციის დარღვევას შეუძლია გაელენა მოახდინოს შემდგომ, უფრო მაღალი ფუნქციონირების სფეროზე, როგორცაა მაგალითად, სოციალური კომპეტენტურობა და როლური ქცევა.

სელექციური ყურადღების დარღვევა შესაძლებელია გენეტიკურად იყოს განპირობებული, რამდენადაც იგი შეიძლება აღენიშნოს ბავშვებსაც და შიზოფრენ-

ნის მქონე პირთა ჯანმრთელი ოჯახის წევრებსაც (Mednik & Schulsinger 1968; Asamow და MacCrommon 1978).

ინფორმაციის გადაშეშვების მხრივ Poljakov (1973), Brenner (1979) და Plaum (1980)-მა დაამტკიცეს, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებში ადრეული გამოცდილების გამოყენება ხშირად დეფიციტარულია. ისინი მხოლოდ ნაწილობრივ ახერხებენ ახლის ძველთან დაკავშირებას. მაგრამ გაურკვეველია, თუ რა უდევს საფუძვლად ამ დარღვევას. შესაძლებელია წარსული გამოცდილების არასაკმარისად გამოყენება იყოს შედეგი ინფორმაციის გადაშეშვების დროს დეფიციტარული ინტეგრირებული ოპერაციებისა (Magaro 1980) და ასევე ეს იყოს კონტექსტის და ალბათობის მიხედვით დაგროვილ გამლიზიანებელთა რეპრეზენტაციის არასაკმარისი აქტუალიზაციის შედეგი. (Brenner 1983). შიზოფრენიით დაავადებული შეიძლება მაგალითად, იდგეს პრობლემის წინაშე, ხელის დაქნევა მიზნის მისაღწევად თუ დამშვიდობებად. მისი წარსული გამოცდილების დეფიციტარული გამოყენების გამო იგი სრულად ვერ ახერხებს აღქმული სიტუაცია კონტექსტის მიხედვით შეაფასოს.

Feinberg et al. (1986) და Berndt et al. (1986)-მა შესძლეს დაემტკიცებინათ, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებს ვიზუალური აღქმის დარღვევის გამო განსაკუთრებით ხშირად წარუმატებლობა აღენიშნებათ სოციალურ სიტუაციებში. ზოგადად სახეები და კონკრეტულად, მიმიკა, სხვა გამლიზიანებლებთან შედარებით შეიცავენ მრავალ, მუდმივად ცვალებად გამლიზიანებლებს. შედეგად დარღვეული სელექციური ყურადღების გამო, ხშირად წარმოიშევა არასწორი ინტერპრეტაციები, რომლებიც იწვევენ სხვა დანარჩენ დარღვევებს. Brenner et al. (1986) დაადგინეს ამ ურთიერთკავშირში, შიზოფრენიით დაავადებულებთან მოჭარბებული ქცევის და ურთიერთობის დარღვევების არსებობა.

თუმცა, ცალმხრივი იქნებოდა იმის თქმა, რომ სოციალურ სიტუაციებში შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანთა წარუმატებლობა მხოლოდ დეფიციტარული სელექციური ყურადღებით ან წარსული გამოცდილების არასაკმარისად გამოყენებით, ანუ მხოლოდ დეფიციტარული კოგნიტური ფუნქციებით აიხსნას. Feinberg et al. (1986) დაადგინეს, რომ არა მარტო სოციალურ სიტუაციებში გამლიზიანებელთა მონაცვლეობა ანდა რაოდენობა, არამედ ასევე ხშირად ძლიერი ემოციური შინაარსი, შიზოფრენიით დაავადებულთათვის მეტად დამამძიმებელია. განსაკუთრებით, ადამიანთა სახეები შესაძლებელია აღიქვას დამამძიმებლად, რამდენადაც სახე არის ემოციური კომუნიკაციის პირველადი ინსტრუმენტი. ამასთან, ემოციური და კოგნიტური პროცესების ურთიერთგანპირობებულობამ შესაძლებელია არსებული სირთულეები შემდგომში უფრო გაზრადოს. (Brenner 1986, Gjerd 1983). შემდგომში, შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებში კოგნიტური დარღვევები ძლიერდება მაშინ, როცა აფექტური ჩართულობა, დამამძიმებლის სახით მალაღია (Käsermann 1983a, Andreasen 1990, იხ. ასევე 4.4.1).

### 4.3.2. სტრუქტურა

ქვეპროგრამა იყოფა შემდეგ საფეხურებად:

საფეხური 1: ინფორმაციის შეგროვება

საფეხური 2: ინტერპრეტაცია და დისკუსია

საფეხური 3: სათაურის მოძებნა

„სოციალური აღქმის“ ტრენინგის საფუძველს წარმოადგენს სოციალური სიტუაციების სლaidების სერია. სლaidების ეს სერია შეესაბამება „კოგნიტური კომპლექსურობის ანუ გამღიზიანებელთა სიმრავლის“ და „ემოციურად დატვირთულობის“ თეორიულ კონცეფციას. დასაწყისში თერაპიული სეანსის დროს გამოიყენება მარტივად სტრუქტურირებული სლaidები (არა კოგნიტურად კომპლექსური), რომლებიც ნაკლებად დამამძიმებლად მოქმედებენ პაციენტებზე (არა ემოციურად დატვირთული). მოგვიანებით მონაწილეების მიმართ იზრდება მოთხოვნები.

თითოეული სლaidი მუშავდება სამი საფეხურის მიხედვით:

*საფეხური 1: ინფორმაციის შეგროვება.*

მონაწილეები აღწერენ პროცირებულ სურათს, სადაც ყველა თვალსაჩინო დეტალი შეძლებისდაგვარად უნდა იქნეს შემჩნეული. ეს იძლევა იმის გარანტიას, რომ მონაწილეებმა სურათის მთელი შინაარსი გაიცნობიერეს და რომ ამით ვიზუალური გამღიზიანებლის ცალმხრივი სელექცია გამორიცხული იქნება.

ამ საფეხურზე არ ხდება ინტერპრეტაცია. ასეთი სტრუქტურირებული მოქმედების სახე ახდენს შესაძლო ემოციური გადაჭარბებული რეაგირების საშიშროების რედუცირებას, რამდენადაც ასეთი ნაბიჯ-ნაბიჯ მიმდინარე მოქმედების მეშვეობით სლaidის გამღიზიანებელთა სიმრავლე იზღუდება. ინფორმაციის შეგროვება წარმოადგენს მთელი შემდგომი მიმდინარეობის ქვაკუთხედს. ინტერპრეტაციის და დისკუსიის შემდგომ საფეხურზე დეტალები გამოიყენებულ იქნება არგუმენტის მოძებნის და მათი დასაბუთების მიზნით.

ინფორმაციის შეგროვების საფეხურზე უპირველესად გამოიყენება კითხვა: „შეგიძლიათ ჩამოთვალთ დეტალები?“

*საფეხური 2: ინტერპრეტაცია და დისკუსია*

ამ საფეხურზე ხდება თითოეული სლaidის შინაარსისთვის ინტერპრეტაციის შეგროვება და დისკუსია, რომლის მიზანია, არსებული არასწორი ინტერპრეტაციის ნიმუშების ფლექსიბელურად მართვა. ამავდროულად, ჯგუფმა უნდა განმარტოს სხვადასხვა ინტერპრეტაციები და მოახდინოს მათი განხილვა. ამასთან, მონაწილეები ინტერპრეტაცია ახდენენ სურათის შინაარსზე. ყოველი ინტერპრეტაციისას აუცილებელია მათი დასაბუთების მოყვანა. დასაბუთებას საფუძვლად უდევს პირველ „ინფორმაციის შეგროვების“ საფეხურზე მოყვანილი სურათის ცალკეული დეტალები. გამოთქმული ინტერპრეტაციის შესახებ დაწვილებით დისკუსიისას დაძლეულ უნდა იქნეს კოგნიტური დისონანსი ანუ საწინააღმდეგო მოსაზრებები, ანუ შეუთანხმებლობა აღქმისა და აზროვნების სხვადასხვა შინაარსების შორის. დისკუსია ეხება კითხვას, თუ მოცემულ სოციალურ სიტუაციას რომელი გამოთქმული ინტერპრეტაცია უფრო მეტად შეესაბამება, ანუ რომელი ინტერპრეტაციაა უფრო სწორი. აუცილებელი არ არის მივიწინააღმდეგეთ იმისკენ, რომ შევიშუშავთ ჯგუფის ერთიანი მოსაზრება. ინტერპრეტაციები უნდა გაეხადოთ გასაგები და ლოგიკურად დასაბუთებული.

ამ საფეხურზე ჯგუფის მსვლელობას განსაზღვრავს შემდეგი შეკითხვები: „რა მნიშვნელობა აქვს ამ სურათს?“, „რითი შეგიძლიათ თქვენი ინტერპრეტაციის დასაბუთება?“, „სხვები რას ფიქრობენ ამასზე?“.

**საფეხური 3: სათაურის მოძებნა**

საბოლოოდ, თითოეულმა ჯგუფის წევრმა უნდა გამოძებნოს ის მოკლე, ზუსტი სათაური, რომელიც უნდა შეიცავდეს სურათის მნიშვნელოვან თემას. თერაპევტებს ამით შეუძლიათ კიდევ ერთხელ გადაამოწმონ, რამდენად გაიგო და გადაამუშავა თითოეულმა პაციენტმა სურათის "ძირითადი ინფორმაცია". თუ ეს ვერ იქნა მიღწეული, საჭიროა კიდევ ერთხელ მოხდეს დისკუსია ამ თემაზე.

**4.3 მიზნები**

სოციალური აღქმის ტრენინგის ჩატარებისას კიდევ ერთხელ ჩანს, რომ პაციენტები ფიქსირებულნი არიან განსაზღვრულ გამლიზიანებლებზე ანდა იყენებენ გარკვეულ ჩამოყალიბებულ ინტერპრეტაციის ნიმუშებს. შემდგომში, ამ ქვეპროგრამაში შეიმჩნევა გამძლეობის სირთულეები (მაგალითად, კომუნიკაციის ნაკლებობა), მიუხედავად იმისა, რომ სლაიდები ზოგადად პაციენტებზე მოტივირებულად მოქმედებენ.

შედგავად, „სოციალური აღქმის“ ქვეპროგრამის თერაპიული მიზანი არის სოციალური სიტუაციების ვიზუალური აღქმის გაუმჯობესება. ამასთან, ერთის მხრივ, საჭიროა პაციენტებთან არსებული ვიზუალური ყურადღების დარღვევების რედუცირება, რომლებიც განაპირობებენ გამლიზიანებელთა მოჭარბებას და მომატებულ გადანაცვლებადობას (საფეხური 1). მეორეს მხრივ, საჭიროა წარსული გამოცდილების უკეთესად გამოყენების მეშვეობით პაციენტები მიემართონ ინტერპრეტაციის სქემების შექმნისკენ, ანუ ვასწავლოთ ადექვატური ინტერპრეტაციების მოძებნა (საფეხური 2).

მთლიანობაში, „სოციალური აღქმის“ ქვეპროგრამის მიზანია, სოციალურ სიტუაციებში უკეთესი ყურადღების და ინტერპრეტაციის მიღწევა.

**4.4. ვერბალური კომუნიკაცია**

**4.4.1 თეორიული საფუძვლები**

მიზოფრენიულ პაციენტებთან დარღვეული ვერბალური კომუნიკაციის პროცესი ლიტერატურაში მეტად ფართოდ არის განხილული (იხ. მაგ., Maher 1972; Schwartz 1978 a,b; Andreasen 1979; Chaika 1982; Käsermann 1983 და 1986; Tress et al. 1984; Lanin-Kettering & Harrow 1985; Grove & Andreasen 1985).

Andreasen (1979)-ს თავის ნაშრომში მეტად დეტალურად აქვს ჩამოთვლილი ცალკეული აშლილობა:

- *მეტყველების გაღარიბება* (შეკითხვებზე ღარიბი და ერთმარცვლიანი პასუხები, იშვიათი სპონტანური გამონათქვამები. გამონათქვამის ინფორმაციული შინაარსი მეტად მწირია; “ზედმეტი კონკრეტულობა” ანდა “აბსტრაქტულობა”).
- *რაოდენობრივად ზეპროდუქტიული მეტყველება* (სწრაფი, უწყვეტი მეტყველება; წინადადებების დასრულება არ ხდება, რადგანაც აზრის გამოთქმა იმწუთასვე უნდათ რომ მოახერხონ);
- *დარღვეული მეტყველება* (წინადადების შუაში ხდება სრულიად სხვა თემაზე გადაართვა);

- წამოცდენები (პასუხი არ შეესაბამება შეკითხვას ანდა მხოლოდ რაღაცით ეხება მას);
- თემის შინაარსის „ძაფის“ გაწყვეტა (სპონტანურ საუბარში თემიდან გადახვევა; იმ უმნიშვნელო საკითხებზე გადასვლა, რომლებთანაც ნაკლები ან არანაირი შეხება არ აქვთ არსებულ თემასთან);
- ინკოჰერენტულობა (წინადადების გაგება ნაწილობრივ ვეღარ ხერხდება; ერთსიტყვიანი წინადადებები; წინადადების აგება ხშირად სინტაქსურად ინკოჰერენტულია);
- ალოგიურობა (ხდება ისეთი დასკვნების გამოტანა, რომლებიც არ არიან ლოგიკურნი);
- ფონეტიკურად წარმართული ასოციაციური მიმდინარეობა (სიტყვების არჩევა ხდება არა მნიშვნელობის, არამედ ჟღერადობის მიხედვით);
- ნეოლოგიზმები (ახალი სიტყვათწარმონაქმნები);
- უცნაური ხატოვანი გამონათქვამები (თეთნებური უცნაური ასოციაციები განსაზღვრული სიტყვის წარმოთქმისას, რომელთა მნიშვნელობაც თუმცა მაინც გასაგებია);
- გარემოითობა (საუბარში უხეში გამონათქვამები);
- ინტენციულობის დაკარგვა (თემიდან გადასვლის მიძიმე ფორმები; მოლაპარაკე ვეღარ უბრუნდება თავისი განზრახვის შესაბამისი გამონათქვამის მიზანს);
- პერსპექტაცია (მიწვებება ძირითადად ემოციურად მნიშვნელოვან სიტყვებზე და/ან თემებზე);
- ექოლალიები (მოსაუბრის განსაზღვრული წინადადებების ან წინადადების ნაწილების იძულებითად გამეორების გამოვლენა);
- ბლოკირება (პაციენტი ცნობიერად ახდენს აზროვნების მსვლელობის შეწყვეტას, რაც შეიძლება გაგრძელდეს წამებიდან წუთების ჩათვლით და რაც დაკავშირებულია ანამნესტიკურ ამოვარდნებთან);
- მანერული მეტყველება (არაბუნებრივი მეტყველების სახე);
- საკუთარი თავის ჩართვა (ყველა, ასევე ნეიტრალური საუბრის თემის შინაარსს უკავშირებს საკუთარ თავს და საუბარში შესაბამისად იყენებს);
- ფონემატური და სემანტური პარაფაზიები (ჟღერადობის ან შინაარსისეული სახის მეტყველების შეცდომები, პაციენტის მიერ შეცდომა შეიძლება ან შემჩნეულ იქნეს ან ვერა);

ამ აღწერილ დარღვევებში ბევრი არ არის შიზოფრენიისთვის სპეციფიკური. ისინი ასევე გვხვდება სხვა ნოზოლოგიურ ჯგუფებშიც. შიზოფრენიისთვის სპეციფიკურია სხვადასხვა გამოხატვის ხარისხებში ხანგრძლივი დროითი ფლუქტუაცია (შერყობა) (Süllwold). როგორც მრავალი გამოკვლევა, განსაკუთრებით ოჯახების გამოკვლევების სფეროში, აჩვენებს (Doane et al. 1981; Goldstein & Doane 1982; McFarlane 1983; Fallonet al. 1985), ფსიქოპათოლოგიური უცნაურობები, მათ შორის

ასევე მეტყველების სფეროში, უფრო მეტად გეხედება მაშინ, როცა პაციენტები ემოციურად ძლიერ ჩართულნი არიან და/ან საუბრის შინაარსი მათთვის უსიამოვნოა (Käsermann 1983).

ლიტერატურაში არსებობს დაეა ამ მეტყველების დარღვევების მიზეზების შესახებ. ამასთან ჩანს, რომ უფრო აღიარებენ თვალსაზრისს იმის შესახებ, რომ ზემოთ აღწერილი შიზოფრენიული მეტყველების დარღვევების უმეტესობა, შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტარული პროცესების გამო (მაგ.: Schwartz 1982; Grove & Andreasen 1985).

ჰიპოთეტურად შესაძლებელია შიზოფრენიულ პაციენტთა მრავალი მეტყველების დარღვევისთვის შემდეგი ახსნის ფორმულირება: პაციენტებისთვის სპეციფიკური უსიამოვნო (მაგალითად ოჯახის წევრებთან) საუბრის თემის შინაარსი აფექტურად ტვირთავს პაციენტს და ასევე იზრდება პაციენტის მთლიანი ფსიქოფიზიოლოგიური აგზნების დონე (Oehman 1981). შექმნილი გადასამუშავებელი ინფორმაციის დიდი რაოდენობის შედეგად განპირობებული ან გაძლიერებული კოგნიტური დარღვევების (Nuechterlein & Dawson 1984) და ტიპური ყურადღების/პერცეპტული დეფიციტის გამო, პაციენტები ადეკვატურად ვეღარ ახერხებენ ინფორმაციის თანმიმდევრულად გადამუშავებას. შედეგად, პაციენტი მოსაუბრისგან იღებს მხოლოდ ნაწილობრივ ინფორმაციას, რომელთაც შესაბამისად ერთმანეთთან არასწორად აკავშირებს და ა.შ. პაციენტის ვერბალური კომუნიკაცია არაადეკვატური და ფსიქოპათოლოგიურად უცნაური ხდება. ამის რეალიზებას ახდენს პაციენტის ჩათვლით ყველა მონაწილე პარტნიორი, და პიროვნული თვისებების მიხედვით, მას მაგალითად, შეურაცხყოფას მიაყენებენ, დაამცირებენ ანდა უარყოფით შენიშვნებს მისცემენ, რის შედეგადაც ადგილი ექნება სიტუაციის კვლავ აფექტურად დატვირთვას. ამან შეიძლება უფრო გააძლიეროს პაციენტის მთელი დარღვევები და წარმოიშევა ავადმყოფური წრე (Circulus vitiosus) და „საუბარში მონაწილეობის“ სისტემაშ შესაძლოა მეტად აღარ იფუნქციონიროს.

#### 4.4.2. სტრუქტურა

შიზოფრენიულ ადამიანთა მეტყველების დარღვევების შესახებ თეორიული მოსაზრებების შესაბამისად, ამ ქვეპროგრამის მიზანია საფუძვლად მდებარე სამი სახის კომუნიკატორულ უნარებში გაავარჯიშება, კერძოდ:

- მოსმენა: ყურადღება უნდა მიექცეს მოსაუბრეს როგორც ასეთს;
- გაგება: შინაარსულად ეს ინფორმაცია უნდა მიიღოს, ანუ გაიგოს;
- მიღება: ამ ინფორმაციაზე უნდა შესძლოს ადეკვატური აზრის გამოთქმა.

ამ სამ ელემენტარულ უნარს, რომლებიც წარმოადგენენ მრავალი ვერბალური კომუნიკაციის პროცესის წინაპირობას, პაციენტები ავარჯიშებენ ხუთი თერაპიულ საფეხურის სახით:

საფეხური 1: მოცემული წინადადებების სიტყვასიტყვით გადმოცემა;

საფეხური 2: თვითფორმულირებული წინადადებების აზრობრივი გადმოცემა;

საფეხური 3: თვითფორმულირებული კითხვითსიტყვიანი შეკითხვები შესაბამის პასუხთან ერთად;

საფეხური 4: ჯგუფი ეკითხება ერთ ან ორ ჯგუფის წევრს რაიმე განსაზღვრული თემის შესახებ;

საფეხური 5: თავისუფალი კომუნიკაცია

ხუთივე თერაპიული საფეხურის შინაარსი ჯგუფში ვარჯიშდება თანმიმდევრულად და მონაწილეებს უყენებს დიდ და რთულ მოთხოვნებს. პირველი საფეხურები მასალის შესაბამისად ძლიერ სტრუქტურირებულია; შემდგომ თერაპიულ საფეხურებზე სტრუქტურირება თანდათან უკანა პლანზე გადადის, რითაც პაციენტებს ეძლევათ შესაძლებლობა, გაიყარჯიშონ რეალობასთან მიახლოებულ კომუნიკატორულ პროცესებში.

ქვემოთ თანმიმდევრულად მოკლედ აღწერთ ცალკეულ საფეხურებს.

საფეხური 1: მოცემული წინადადებების სიტყვასიტყვით გადმოცემა

ერთ პაციენტს ეძლევა ბარათი, რომელზეც წერია წინადადება. მან ეს წინადადება ჯგუფში უნდა წაიკითხოს. ერთ-ერთი ჯგუფის წევრი იმეორებს ამ წინადადებას სიტყვასიტყვით; ამასთან, დანარჩენი ჯგუფის წევრები აკონტროლებენ მის ამ სიტყვა-სიტყვით გამეორებას.

საფეხური 2: თვითფორმულირებული წინადადების აზრობრივი გადმოცემა

ეს სავარჯიშო საფეხური 1-ის ანალოგიურად ტარდება. განსხვავება ის არის, რომ გამოიყენება ისეთი ბარათები, სადაც წერია ერთი ან ორი სიტყვა და პაციენტმა ამ სიტყვებზე დაყრდნობით უნდა შეადგინოს ერთი ან ორი წინადადება ისე, რომ მას შინაარსეული აზრი გააჩნდეს.

საფეხური 3: თვითფორმულირებული კითხვითსიტყვიანი წინადადებები შესაბამის პასუხთან ერთად

ჯგუფი ირჩევს რომელიმე თემის სფეროს (მაგალითად განყოფილება, პობი) ანდა თერაპევტი სთავაზობს რომელიმე თემას. ამ თემის შესახებ გროვდება სიტყვები და როგორც საფეხურ 2-ზე ხდება, იწერება ბარათებზე. კითხვითი სიტყვების (სად, ვინ, რატომ და ა.შ.) და ერთი ბარათის მეშვეობით, პაციენტი უსვამს კითხვას სხვა ჯგუფის წევრს, რომელმაც პასუხი უნდა გასცეს ამ შეკითხვას. ჯგუფი აფასებს, შეკითხვა რამდენად შეესაბამებოდა თემას და ასევე პასუხი რამდენად მიესადაგებოდა შეკითხვას.

საფეხური 4: ჯგუფი ეკითხება ერთ ან ორ ჯგუფის წევრს რაიმე განსაზღვრული თემის შესახებ

ჯგუფი ერთ ან ორ ჯგუფის წევრს ეკითხება განსაზღვრული თემის (მაგალითად, საგაზეთო სტატია) შესახებ. სუსტ პაციენტებს ეხმარება კოთერაპევტი. კომუნიკატორული პროცესის აღქმვატურობის შეფასება ანალოგიურია საფეხური 3-ისა, სადაც უკვე შეიძლება გათვალისწინებული იყოს საფეხური 5-ის ასპექტებიც.

საფეხური 5: თავისუფალი კომუნიკაცია

ჯგუფს ეძლევა სასაუბრო თემა. ეს თემა შეიძლება იყოს საგაზეთო სტატია, მოკლე მოთხრობა, გამოჩნთქვამი ან ანდაზა, სლaidების მასალა ან ჯგუფისთვის საინტერესო რაიმე განსაზღვრული თემა. აქ განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა კომუნიკატორული პროცესის შეფასებას. შეფასება შეიძლება მოახდინოს



წინასწარ განსაზღვრულმა ჯგუფის წევრმა (დამკვირვებლის ფუნქცია) ან/და თერაპევტმა (კოთერაპევტმა). შინაარსი უფრო მეტი (ინფორმაციის გაგება, მასზე დაყრდნობა და გადმოცემული ინფორმაციის ხარისხი, მაგალითად, მას რამდენად შეეძლო და ა.შ.) ინტერვიუს დასრულების შემდეგ, მისდევდა თუ არა თემის ძირითად აზრს და ა.შ.) გარდა, ასევე ყურადღება უნდა მიექცეს ფორმალურ მხარესაც (მზერით კონტაქტს, მეტყველების სისწრაფეს, ხმის ტონალობას, ინტონაციას და ა.შ.).

#### 4.4.3. მიზნები

ვერბალური კომუნიკაციის მიზნები გამომდინარეობს ზემოთ აღწერილი, შინაარსი უფრო მეტი პაციენტებისთვის დამახასიათებელი მეტყველების დარღვევებიდან, ასევე შეჯამების სახით განსაზღვრული სამი ელემენტარული კომუნიკატორული უნარ-ჩვევებიდან. უპირველეს რიგში, თითოეული თერაპიული საფეხური ჯგუფში წარმატებით უნდა იქნეს დაძლეული. ამასთან, მაღალ საფეხურებზე სირთულეების წარმოშობის შემთხვევაში საჭიროა კვლავ დაუბრუნდნენ წინა საფეხურებს. მეხუთე თერაპიული საფეხურის მიღწევისას თერაპევტებმა ამაღლონ უნდა ყურადღება უნდა მიაქციონ ცალკეული პაციენტის მეტყველების სახეს თერაპიული პროგრამის მიღმა, რითაც შესაძლებელი გახდება შეფასების გაკეთება, თერაპიულ ჯგუფში შექმნილ უნარ-ჩვევებს რამდენად ადეკვატურად იყენებს არათერაპიულ სიტუაციაში (მაგალითად, ოჯახთან საუბრისას, ინდივიდუალურ თერაპიულ საუბრებში, განყოფილებაში შეკრებებზე). იმ შემთხვევაში, თუ რაიმე სირთულეები წარმოიშობა, აუცილებელია მათი ჩართვა თერაპიულ ჯგუფში და მათი ცალკეული საფეხურების შესაბამისად დამუშავება. ამას გარდა, საბოლოო ეტაპზე ჯგუფური თერაპია შესაძლებელია დამატებით ინდივიდუალური სესიების სახითაც ჩატარდეს ზოგიერთ პაციენტს. “ვერბალური კომუნიკაციის” ქვეპროგრამა მაშინ შეიძლება დასრულდეს, როცა პაციენტს როგორც თერაპიის პროცესში, ასევე მის გარეთ თითქმის აღარ აღენიშნება დარღვეული მეტყველება.

### 4.5. სოციალური უნარ-ჩვევები

#### 4.5.1. თეორიული საფუძვლები

“სოციალური კომპეტენტურობა”, რომელიც ფართოა და ყოველმხრივ დეფინირებას მოითხოვს, შესაძლებელია მიჩნეულ იქნეს, როგორც უპერსპექტივო თამამი წამოწყება. რამდენადაც სოციალური კომპეტენტურობა არ არის მყარად გამოხატული პიროვნული თვისება (“თრეიტ”), არამედ ძირითადად წარმოადგენს სიტუაციურად სპეციფიკური “უნარ-ჩვევების” ფართო რეპერტუარს. თუ რამდენად ფართო უნდა იყოს ეს რეპერტუარი, Barker და Wright (1954) გვიჩვენებენ თავიანთ ადრულ გამოკვლევაში: მათ მოჰყავთ 800-ზე მეტი სიტუაცია, რომელსაც პოტენციურად ხედება დიდი ბრიტანეთის ერთ-ერთი პატარა ქალაქის მცხოვრები.

ამიტომაც, როგორც წესი, “სოციალური კომპეტენტურობის” განსაზღვრების მცდელობები წარმოდგენილია ან როგორც ზოგადი, ფართო და მეტად აბსტრაქტული განსაზღვრებების სახით, ანდა როგორც შედარებით თვითნებურად წარმოდგენილი ოპერაციონალიზირებები მეტ-ნაკლებად ფართო “უნარ-ჩვევების სიის” ფორმით. რამდენადაც თერაპიაზე ყოველთვის მიზანმიმართულად, აზრობრივად ხდება ქცევის და პრობლემების ანალიზს დაყრდნობილი უნარ-ჩვევების გაერ-

ჯიშება, ამიტომაც ასეთი ნუსხა არის მეტად საჭირო მასალა, რომლითაც თერაპიული მასალის შედგენისას თერაპევტს შეეძლება რიენტირება.

ამას გარდა, არსებობს ლაბორატორიულად დადგენილი თეორიული კომპეტენტურობის მოდელები, რომელთა დამსახურებას უპირატესად შეადგენს სოციალური კომპეტენტურობის კონცეფტები და ემოციული კორელატების მნიშვნელოვნების განსაზღვრა (Hinsch & Pfungsten 1983). სოციალური სიტუაციის არახელსაყრელი კონცეპტური გადამუშავება თვალსაჩინო როლს ასრულებს "სოციალური არაკომპეტენტურობის" წარმოქმნის გენეზზე, მის შენარჩუნებასა და განვითარებაზე. სოციალური არაკომპეტენტურობა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ისეთი ქცევა, რომელსაც მიუყვართ დადებით და უარყოფით შედეგებს შორის ხანგრძლივ არასასურველ დამოკიდებულებამდე (Hinsch & Pfungsten 1983).

შიზოფრენიული დაავადების დროს ცნობილია, რომ ხშირად თავს იჩენს სოციალური ქცევის მძიმე დარღვევები (Kelly & Lamparski 1985). მთლიანობაში, დასაწყისში ნელა და არათვალშისაცემად წარმოშობილი ანდა შედარებით სწრაფად დაწყებული დარღვევა ადრე არსებულ ქმედითუნარიანობის დონესთან შედარებით, იძლევა გაუარესებულ სურათს ისეთ სფეროში, როგორცაა, მაგალითად, სამუშაო, სოციალური ურთიერთობები და საკუთარი თავის მოვლა – რაც არის DSM-III-ის მიხედვით შიზოფრენიის დიაგნოზის ერთ-ერთი კრიტერიუმი (Koehler & Sass 1984). უახლესი გამოკვლევების მიხედვით, არსებულ სტანდარტულ თვითზრუნველყოფასთან შედარებით, დაავადების დაწყებიდან ორი წლის შემდეგ პაციენტების თითქმის 40% ავლენს მძიმე, ხოლო 30% საშუალო სიმძიმის ფუნქციონალურ დეფიციტს სოციალურ და პიროვნულ სფეროში (Schubart et al. 1986).

შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს აღარ შეუძლიათ "წარმატებით" (დადებითი განმამტკიცებელი ბალანსის თვალსაზრისით) სხვა ადამიანებთან ინტერირება. "მოსმენა", "გაგება", "გრძნობების სწორი იდენტიფიცირება", "არსებულ თემაზე შეჩერება", "დაუკავშირებელი თემების ცვლაზე თავის არიდება", "სხვების საუბრის შინაარსში ლოგიკურად ჩართვა", "შეკითხვის შედეგად გაგების მოხიზრება" და "ვერბალურ და არავერბალურ ქცევაზე შეთანხმებულად კოორდინირება" არის ყოველივე ის, რაც მათთან დარღვეულია. კომუნიკატორული და ინტერაქციული კომპეტენტურობის ასეთი სახის დარღვევები აფერხებენ შიზოფრენიულ ადამიანთა ქცევას, მრავალ მნიშვნელოვან სოციალურ სფეროში სიტუაციის შესაბამისად იმოქმედონ. მაგალითად, მათ უძნელებათ დაამყარონ კონტაქტი სხვა ადამიანებთან, დაიწყონ სუბარი, კრიტიკა გამოთქვან მიიღონ ის, ან საერთოდ რაიმე ურთიერთობა დაამყარონ: ისინი ავლენენ "დარღვეული ურთიერთობის უნარ-ჩვევების" სინდრომს (Strauss et al. 1974), რაც უკვე ადრეულ ფსიქოპათოლოგიურ აღწერებში მოხსენიებულია, როგორც "მისაღები რაპორტის დეფექტი" (Bleuler 1972). ამასთან, ასეთი შეზღუდვები მანიფესტირდება ასევე უფრო მეტად დაავადებაზე ორიენტირებულ სიტუაციურ უნარ-ჩვევებში ("task-functional skills"), უმუშევრობის დაძლევის ქცევაში და მომვლელ პერსონალთან ურთიერთობაში. ამიტომაც პაციენტის მიერ "სტაციონარის პერსონალთან მისვლა და შეატყობინება გარეთ გასვლის შესახებ", "სამუშაოს დაწყებისთვის რაიმე ადგილის მოთხოვნა", შეადგენს სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგის მნიშვნელოვან თერაპიულ შინაარსს (Ballack&Hersen 1978; Curran et al. 1985; Kelly&Lamparski 1985).

აღწერილი სახის ადრეულად განვითარებული სოციალური წარუმატებლობის ნიშნები 60-იანი წლების დასაწყისში მიჩნეული იყო არახელსაყრელ პროგნოსტულ კრიტერიუმად, როგორც შიზოფრენიის ნეიროდეპტიკებით მკურნალობის წარმატებულობაში, ასევე დაავადების სპონტანური მიმდინარეობისათვის (მაგ. Gittelman-Klein & Klein 1969; Strauss & Carpenter 1972 და 1974; May & Goldberg 1978). მიუხედავად მათი, როგორც "პრემორბიდული ადაპტაციის დარღვევის" გაერცვლებული დახასიათებისა, ბევრი რამ მეტყველებს იმაზე, რომ სოციალური კომპეტენტურობის შეზღუდვის ეს ადრეული გამოვლინებები მიჩნეულ იყოს როგორც "დაავადებასთან მოახლოებული" ფაქტორების მოქმედების ადრეულ მანიფესტირებად, ასევე როგორც თანდათან ათვისებისთანად გადაქცეულ შინაგანი პროცესების გამოვლენად (Watt & Lubensky 1976; Wing 1982).

შიზოფრენიის დროს მწვავე ფსიქოზური ეპიზოდის შემთხვევაში თვით შედარებით კარგ მდგომარეობაში მყოფი სოციალური ქცევის სახეები დროებით მნიშვნელოვნად ირღვევა. პაციენტის ქცევა მოკლებულია მნიშვნელოვან მიზანმიმართულებას და სტრუქტურას. შედეგად, შესაძლებელია მაღალი პრეფსიქოზული ფუნქციონირების დონეზე გამოვლინდეს მინუს სიმპტომატიკა, რომელსაც ახასიათებს გაზრდილი სოციალური არაკომპეტენტურობა, სრულიად საკუთარ თავში ჩაკეტილობა, პასიურობა და მოუვლელობა.

ისევე, როგორც დაავადების მწვავე ფსიქოზური ეპიზოდის წარმოშობა, ასევე დაავადების ქრონიკულად მიმდინარეობის კონტექსტში "დეფექტური" სინდრომების წარმოქმნა, დღესდღეობით არსებული ცოდნის საფუძველზე შესაძლებელია გაგებულ იქნეს, როგორც შინაგანი, სპეციფიკურად შიზოფრენიული მოწყველობის კონსტიტუციური ფაქტორის მოქმედების შედეგი, ასევე როგორც გარეგანი, ფსიქოსოციალური ცვლადების გავლენის გათვალისწინებით (Ciampi 1984a).

რელევანტური შიდა ფაქტორებთან დაკავშირებით ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევის შედეგები იძლევა დასაბუთებულ პიპოთეზებს, რომლებიც ეხება გამლიზიანებლის და ინფორმაციის გადამუშავების დარღვევის გავლენას ინდივიდუალური დასწავლის ისტორიასა და გამოცდილების გამოყენებაზე (Ruckstuhl 1981; Hartwich 1983; Huber 1983).

ამასთან მოიყვანოთ რამდენიმე მაგალითი:

- შიზოფრენიული ადამიანებისთვის დამახასიათებელია ემოციურად შეფერილი ქცევის (ანუ ემოციების) გადამუშავებასა და ინტერპრეტაციაში შეზღუდვები (Feinberg et al. 1986; Berndt et al. 1986). შედეგად, მრავალი სოციალური კონტაქტი შიშის მომგერელად განიცდება და ინტერპრეტირდება რეალობისგან მოწყვეტილად.

- კომპლექსური, ინფორმაციით მდიდარი და ამით ასევე სოციალური სიტუაციები ზედმეტად ტვირთავენ შიზოფრენიულ ადამიანთა შემცირებული ინფორმაციის გადამუშავების უნარს. ამის გამო სოციალურ ურთიერთობებს ვერც საკმარისად წვდებიან და მათ ვერც "წარმატებით" ანთმევენ თავს (Lang & Buss 1965; Rey 1978).

- შიზოფრენიის მქონე ადამიანებისთვის ხანგრძლივად შენახული, სოციალური ქცევის ინსტრუქციების მიღება გაძნელებულია სტიმულზე პასუხების იერარქიების ნიველირების გამო, ანუ შესაბამის "გეგმების"

("Mental sets") ხანმოკლე დროით მისაწვდომობის გამო (Shakow 1962; Shakow & McCormik 1965; Broen 1968; Poljakov 1973; Brenner 1979). ამიტომ, მათ არ შეუძლიათ არსებული სოციალური გამოცდილების და ცოდნის აქტუალიზირება და გამოყენება.

ეს ჰიპოთეზები ნათლად ხდის, თუ ინფორმაციის გადამუშავების ბაზალური, ფორმალური სახის დარღვევები და ავტონომიური სენსიბელურად რეაგირების უნარი (Reagibilität), როგორც სოციალური უნარ-ჩვევების ("სწავლება") ასევე მათი აქტუალიზირების და მოხმარების ("გამოყენება") პროცესებთან დაკავშირებით, რამდენად კეთუნ ერთმანეთს. რამდენადაც, ზუსტი ზემოქმედების და ინტერაქციის მექანიზმები ჯერ კიდევ საბოლოოდ არ არის დადგენილი, ამიტომ, ინტერნალური დარღვევების გავლენა უნდა გათავისუფლებულ იქნეს უკვე ჩამოყალიბებულ თერაპიულ მეთოდში, და ასევე სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგში.

სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგის ეფექტურობას შიზოფრენიის მქონე ადამიანთა მკურნალობისას განამტკიცებს მრავალრიცხოვანი გამოკვლევა (Bellack & Hersen 1978; Hersen 1978; Wallace et al. 1980; Curran et al. 1985). რასაკვირველია, ეფექტურობის მაჩვენებლები თერაპიული გენერალიზების და ხანგრძლივობის შესახებ კრიტიკულად შეიძლება შეფასდეს (Curran et al. 1985). დამატებითი კოგნიტური თერაპიული მეთოდების მეშვეობით საჭიროა სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგის ეფექტურობის და სარგებლობის უფრო მეტად გაზრდა.

#### 4.5.2. სტრუქტურა

თერაპიული კვლევების დღევანდელ მდგომარეობასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული გამახვილებული ყურადღების მიპყრობა კოგნიტურ და ემოციურ-ფიზიოლოგიური მეთოდებისადმი, რაც მიმდინარეობს ორი სახით: ერთის მხრივ, თერაპიული ურთიერთობის ინტერაქციით, სადაც აღრეული მიმდინარეობის ფაზებში სპეციფიკური, ყურადღებისპერცეპტული და კოგნიტური დარღვევები თერაპიული მუშაობის ცენტრშია მოთავსებული; მეორეს მხრივ, შიზოფრენიული პაციენტების შესაძლებლობებისა და მოთხოვნილებების გათვალისწინებით შეტანილია მოდიფიკაციები როლური თამაშის და თვითგანმტკიცების ტრენინგის "კლასიკურ" მიმდინარეობაში. "სოციალური უნარ-ჩვევების" ქვეპროგრამაც ასევე ეყრდნობა ქცევის თერაპიულ მეთოდებს, როგორიცაა ინსტრუქცია, მოდელის დასწავლა, ქცევაში გაეარჯიშება და ქცევის განმეორება, უკუკავშირი და განმტკიცება (Kelly & Lamparski 1985). თერაპიის შინაარსს წარმოადგენს სხვადასხვა სოციალური სფეროდან აღებული სიტუაციები, როგორიცაა სტაციონარში ცხოვრება, ბინის და სამუშაოს მოძებნა, სხვადასხვა დაწესებულებებთან ურთიერთობა, მოქცევა საცხოვრებელ ჯგუფებში, სამუშაო ადგილას, თავისუფალ დროს კონტაქტები და მსგავსი რამ, რაც პაციენტის სოციალურ გარემოს შეესაბამება. ცვლილებების და მოდიფიკაციის მიზანია, თერაპიული ეფექტის ხანგრძლივობის და გენერალიზების გაუმჯობესება, ასევე ისინი აისახება სამიზნე ჯგუფში სპეციფიკურ შეგუებადობაში, მათ დარღვევებსა და შეზღუდვებში. ეს უკანასკნელი ძირითადად ეხება კოგნიტურ გადამუშავებას და თერაპიის შინაარსის გამდიდრებას.

სქემატურად, ამ ქვეპროგრამაში თერაპიული მეთოდი თითოეული გასაყარჯიშებული სიტუაციისათვის წარმოდგენილია ორ საფეხურად:

**საფეხური 1: კოგნიტური დამუშავება**

- გასაეარჯიშებელი სიტუაციის წინასწარ განხილვა
- მიზნის განსაზღვრა
- დიალოგის შემუშავება
- სათაურის მოძებნა
- სირთულეების ანტიციპაცია (წინასწარ განსაზღვრა)
- დაკვირვების ფუნქციების განსაზღვრა
- სირთულეების შეფასება

**საფეხური 2: შესრულება**

- მოდელის დემონსტრირება
- უკუკავშირი
- როლური თამაში
- უკუკავშირი
- in vivo ტრანსფერი

**საფეხური 1: კოგნიტური დამუშავება**

თერაპიული სეანსი იწყება (როგორც წესი “საშინაო დავალების” მიმოხილვის შემდეგ) თერაპევტის მიერ დასასწაველი სიტუაციის ზუსტი გადმოცემით. მარტივი, გასაგები სიტყვებით თერაპევტი ცდილობს ეს წარმოადგინოს შეძლებისდაგვარად კონკრეტულად, თვალსაჩინოდ და ცოცხლად. შეკითხვების მეშვეობით იგი ამოწმებს პაციენტების ჩართულობას, ყურადღებას და იმას, თუ რამდენად გაიგეს ახსნილი.

პაციენტების თავიდანვე ჩართვა დაგეგმვაში და სავარჯიშო სიტუაციის რეალობასთან მიახლოებულად შედგენა თავიდანვე აღმოფხვრის თერაპევტის არ მარტო მოსაწყენ მონოლოგს, ეს ასევე გამოიწვევს პაციენტების მხრიდან პრობლემების გაცნობიერებას, ანუ სავარჯიშო სიტუაციას საჭიროების სახე ექნება და მოტივირებას მოახდენს საერთო მიზნის განსაზღვრისთვის.

მოცემული სიტუაცია ისეა მოყვანილი, რომ დასმული მიზის მიღწევისთვის აუცილებელია სოციალური ინტერაქცია, სადაც მთავარ როლს დიალოგი ასრულებს. მიზნის რეალიზაციისთვის განკუთვნილი შესაძლო დიალოგის ერთობლივი შემუშავება მოჰყვება მიზნის განსაზღვრას, როგორც შემდეგი საფეხური. თერაპიული მიმდინარეობის ეს ფაზა მეტად მნიშვნელოვანია, რამდენადაც ხშირად აქ სოციალური შიშების მქონე პაციენტებში პირველად იჩენს თავს, გენერალიზებული თავის არიდების ტენდენციები და ისინი შეიძლება “შეეწინააღმდეგონ” თერაპიული პროცესის შემდგომ გაგრძელებას. პაციენტი კოგნიტურ და აფექტურ “უსაფრთხოებას” იგრძნობს მაშინ, თუკი წარმოშობილი შედგენილი დიალოგი, ანუ შემდგომში გასაეარჯიშებელი ინტერაქციის მნიშვნელოვანი ნაწილი, დაფაზე იქნება დაწერილი.

იმისთვის, რომ ზუსტად ვიცოდეთ, ყველა პაციენტისთვის რამდენად გაცნობიერებულია და ნათელია დასასწაველი სიტუაციის არსებითი მნიშვნელოვანი

ნიშნები, დასახული მიზანი და მისი რეალიზებისთვის შემუშავებული დიალოგი, საჭიროა ჯგუფში მილიანი პრობლემისთვის დამახასიათებელი სათაურის შეთანხმება.

ასეთ დროს თერაპევტი მიმართავს იმ პაციენტებს, რომლებმაც დიდი პრობლემების ევინიათ და სთხოვს, კონკრეტულად ჩამოთვალონ შესაძლო სირთულეები. შემეგ ხდება დამკვირვებლის ფუნქციების განაწილება: თითოეული პაციენტი საჭიროა, წარმოშობის შემთხვევაში, ერთ-ერთ (მაქსიმუმ სამი) ჩამოთვლილ სირთულეს დააკვირდეს – ერთის მხრივ, ეს ინტერპრეტაცია აჩვენებს, რომ თერაპევტი წარმოშობილ მდგომარეობას სერიოზულად ეკიდება და მეორეს მხრივ კი, ეს გავარჯიშებაში არჩართული პაციენტების აქტიური მონაწილეობის გარანტიას იძლევა.

შემდეგ, თერაპევტები პაციენტებს ამზადებენ შესაბამისი როლური თამაშისთვის. ამასთან, ინდივიდუალურად ხდება გასაუარჯიშებელ სიტუაციასთან დაკავშირებული სირთულეების ხუთსაფეხურიან სკალაზე შეფასება, რითაც ადგენენ, თუ ვის ექნება დაეალებინ მიმართ მეტი ან ნაკლები უსიამოვნო განცდები.

### საფეხური 2: შესრულება

პატარა “სცენის” მომზადების შემდეგ – რომელიც შექმნილია დაგეგმვით რეალობასთან იქნება მიახლოებული – ორი კოთერაპევტი მოდელის სახით ასრულებს შემუშავებულ ინტერაქციას. კოთერაპევტებს წინასწარ აფრთხილებენ, რომ სრულყოფილად არ შეასრულონ მოცემული დაეალება, რადგან, წარდგენილ მოდელზე დაყრდნობით დასწავლა უფრო ხელსაყრელ ეფექტს გამოიღებს.

მოდელის ჩვენებას მოჰყვება “უკუკავშირის წრე”, რომელიც იწყება “აქტიური” კოთერაპევტის გამონათქვამით. შემდეგ ჯგუფი, როგორც “დამკვირვებელი”, გამოთქვამს თავის აზრს და “უკუკავშირის წრის” ბოლოში “პასიური” კოთერაპევტი და წამყვანი თერაპევტი იძლევიან (მხოლოდ) დადებით უკუკავშირს. წამყვანი თერაპევტი შეუძლია მიზანმიმართული გაუმჯობესების მოსაზრების გამოთქმა.

დემონსტრაციის წრის შემდეგ იწყება პაციენტების როლური თამაში. იწყებს ის პაციენტი, რომლისთვისაც დაეალების შესრულება თავის შეფასების სკალაზე ყველაზე ადვილია და ის იღებს “აქტიური” კოთერაპევტის როლს. მეორე (“პასიური”) როლს იღებს ერთ-ერთი კოთერაპევტი. პაციენტები მხოლოდ თერაპიის მოგვიანებით ეტაპზე ასრულებენ ორივე როლს. პაციენტების როლურ ვარჯიშს მოსდევს უკუკავშირის წრე, რომელიც არის მოდელის უკუკავშირის ანალოგიური.

საჭიროების შემთხვევაში, წამყვანი თერაპევტი პაციენტების როლური თამაშის დროს იყენებს სხვადასხვა დამხმარე ტექნიკებს (მაგალითად, Prompting, Coaching), სადაც მნიშვნელოვანია დადებითად განამბტკიცებელი უკუკავშირები. მაგალითად, კრიტიკა პაციენტების მხრიდან, უნდა შეიცვალოს რეალურით და კონკრეტული, კორექციული მოქმედების მითითებებით. როდესაც თამაშის ვარჯიშის ხასიათს ყოველთვის მაშინ უნდა გაესვას ხაზი, როცა განსაზღვრული მონაკვეთების გამეორებას აქვს ადგილი. როცა ჯგუფის კარგად გავარჯიშება ხდება, შესაძლებელია ვიდეო, როგორც უკუკავშირის მიღების შესაძლებლობა, გამიყენებულ იქნას.

შემდგომში მიხედვით თერაპიული სეანსი მთავრდება “საშინაო დაეალებით”, რაც უსრუნველყოფს იმას, რომ გავარჯიშებული ქცევა რეალობაში განხორ-

ციელდება. მიღწევის გენერალიზაციისთვის მნიშვნელოვანი in vivo-ტრანსფერი ხშირად არსებითად ადვილდება კოთერაპეუტის დახმარების მეშვეობით.

#### 4.5.3 მიზნები

შიზოფრენიით დაავადებულთან ნაკლები სოციალური კომპეტენტურობის წარმოშობა განხილულია, არსებითად, ორი მოდელის კონტექსტში. *პრემორბიდული სოციალური შეგუების დარღვევები* მიეწერება უპირატესად არახელსაყრელ, სპეციფიკური მოწყვლადობის ნიშნებთან დაკავშირებული ინდივიდუალიზაციის და სოციალიზაციის პირობებს, რომლებიც აფერხებენ სოციალურ დასწავლას. ხოლო დაავადების (და პოსპიტალიზაციის) პერიოდში სოციალური არკომპეტენტურობის გაზრდა, საჭიროა აიხსნას, როგორც “ქრონიკული”, მინუს სიმპტომების თვალსაჩინო ნაწილის ერთ-ერთი ასპექტი, ასევე, როგორც თავის არიდების გენერალიზებული ქცევის და მასთან დაკავშირებული ნეგატიური თვითგანმტკიცების მექანიზმების შედეგი. პაციენტები შედეგად უფრო და უფრო მეტად კარგვენ სოციალურ უნარ-ჩვევებს თავიანთი, როგორც წესი, თავიდანვე უკეთესად მიმდინარე ქცევითა რეპერტუარიდან. შედეგად, ორივე მოდელს მიუხედავად მიზანმიმართული და იდენტური სახის თერაპიული ჩარევების მოთხოვნისკენ, სადაც თერაპიის მიზანია სოციალური უნარ-ჩვევების ადეკვატური რეპერტუარის განვითარება ან რეაქტივობა.

სოციალური კომპეტენტურობის *მოლეკულური ასპექტი* ეხება ქცევის ისეთ კომპონენტებს, როგორიცაა “სხეულის პოზა”, “მზერითი კონტაქტი”, “მიმიკა”, “ვესტიკულაცია”, “ხმის ტემბრი”, “ხმის ტონალობა” და “შეტყველების სიჩქარე”. მრავალი შიზოფრენიული პაციენტის ქცევის არაადეკვატური, “რადიკალიზებული” გამოვლინების შედეგად ხშირად საჭირო ხდება დასახელებულ განზომილებებზე კონკრეტიზირება.

თერაპიული კვლევის შედეგები უმეტესწილად იძლევა ინფორმაციას მუშაობის *მოლარულ*, ანუ კომპლექსურ, მაღალინტეგრირებულ და თანმიმდევრულად მიმდინარე ქცევის მონაკვეთებზე. შესაბამისად, თერაპიულ სეანსებზე უპირველესად ხდება მრავალრიცხოვანი როლური თამაშის სცენების ჩატარება. დამატებით, ცალკეულ შემთხვევებში ქცევის ანალიზის დროს, შესაძლებელია ხაზგასმულ იქნეს მოლეკულური კომპონენტებიც.

სოციალური კომპეტენტურობის შექმნის ანდა რეაქტივობის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს გაეროჯიშებები. ამიტომაც, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ხშირ და განმეორებად როლურ თამაშებს. მსგავსი გამოცდილებიდან ამოტივტივებული “კათარზისული” ეფექტის მიღწევა არანირად არ არის განზრახული ზემოთ წარმოდგენილ თეორიულ მოსაზრებაში.

თანმიმდევრულად ურთიერთმონაცვლეობადი “კოგნიტური” მიზნებია განრიდების ქცევასთან დაკავშირებული ნეგატიური თვითგანმტკიცების ჯაჭვის გაწყვეტა (სოციალური წარუმატებლობა იწვევს უარყოფით გამონათქვამებს საკუთარ თავზე “მე ყოველთვის ვიცოდი, რომ ეს არ შემეძლო”) და მეორეს მხრივ მისი მიზანია გენერალიზებული, ინტერნალურად ატრიბუტირებული წარმატების მოლოდინის (ბანდურას self-efficacy კონცეპტის გაგებით) სისტემატიზირება სტრუქტურირება (Bandura 1977). შიზოფრენიით დაავადებულთთან ქცევის დონეზე მიღწეული მიზნის გენერალიზირებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია ცალკეული, ინდი-

ვიდუალური თერაპიული შეხვედრების ჩატარება თვითშეფასების გაუმჯობესების მიზნით.

## 4.6 ინტეგრირებული პრობლემების გადაჭრა

### 4.6.1. თეორიული საფუძვლები

ფსიქიატრიაში მომუშავე კლინიციისტ პრაქტიკოსთა უმრავლესობა, შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებთან მუშაობისას მუდმივად ხედება პრობლემების გადაჭრის პროცესის დეფიციტს. ყოველდღიური ცხოვრების მოთხოვნები ამ პაციენტების წინაშე ხშირად წარმოშობენ დაუძლეველ და გადაუჭრელ ამოცანებს. ისწავლონ (ან კვლავ გაიხსენონ) საკუთარ თავზე პასუხისმგებლობის აღება და საკუთარი თავის მოვლა სახლში და სამუშაოს დროს, მრავალი თერაპიული და რეაბილიტაციური ჯგუფისთვის ნიშნავს ინდივიდუალური "პრობლემების გადაჭრას" ისეთ სფეროებში, როგორცაა "არასაკმარისი საჭმლის მომზადების უნარ-ჩვევები" არასაკმარისი "საბიუჯეტო ცოდნა", "არასაკმარისი დასუფთავების ქცევა", "არასაკმარისი შრომისუნარიანობა", რომ მოხდეს ზოგიერთი მათგანის განვითარება და შეცვლა. ამასთან ახლოს დგას პრობლემათა გადაჭრის უნარ-ჩვევების შეძლებისდაგვარად მიზანმიმართული გაუმჯობესების საკითხი.

პრობლემა, სტანდარტული განსაზღვრის მიხედვით, არის "არასასურველი საწყისი მდგომარეობა, სასურველი საბოლოო მდგომარეობა და ბარიერები, რომლებიც "არის" მდგომარეობის "უნდას" მდგომარეობაში გადასვლას აფერხებენ" (König et al. 1980, გვ. 299). შინაარსით მსგავს განსაზღვრებებს იპოვით ასევე ინტრანაციონალურ დისკუსიებში (Wood 1983). Dörner (1984)-მა დამატების სახით ხაზი გაუსვა იმას, რომ პრობლემა უპირველესად მაშინ წარმოიშევა, როცა "დანაკლისის მდგომარეობის დაძლევა ვერ ხერხდება მეხსიერებაში განხორციელებული რუტინული ოპერაციების მეშვეობით" (იქვე, გვ. 12). შესაბამისად, პრობლემის გადაჭრის განსაზღვრება ასეთია: "პრობლემის გადაჭრა ხორციელდება მაშინ, როცა ადამიანი ცდილობს რაიმე სიტუაციის დაძლევას, რომლისთვისაც a priori არანაირი, თუნდაც ადრეული დასწავლის შედეგად შეძენილი ქცევის სახეები არ აღენიშნება. პრობლემების გადაჭრა ნიშნავს ახალი ქცევის ტიპის სინთეზირებას ანდა ფსიქიკური პროცესის ახლებურად პროგრამირებას" (Dörner 1984, გვ. 11).

მოქმედების თეორიული მოდელების მიხედვით (Miller et al. 1973) პრობლემების გადაჭრა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც (გარემოებისდა მიხედვით) განმეორებადი "მდგომარეობის განსაზღვრის", "მიზნის განსაზღვრის", "შეცვლის ოპერაციების" და "საცდელი ოპერაციების" პროცესების ნაბიჯ-ნაბიჯ განხორციელება (König et al. 1980).

ზოგადი ფსიქოლოგიის სფეროში გაჩნდა ადამიანთა ქცევის კომპონენტების შესახებ მზარდი ინტერესი. ამასთან დაკავშირებით, უკანასკნელ წლებში პრობლემების გადაჭრის სფეროში გამოკვლევები გახდა ფსიქოლოგიური კვლევის ცენტრალური საგანი (Krause 1982 a,b; Dörner 1984). მართალია, დღემდე ჩატარებულ გამოკვლევათა სიმრავლეში არ გეხედება ინტეგრირებული და ერთიანი თეორია, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მაშინდელი კვლებიდან მეტად მნიშვნელოვანი დასკვნების გაკეთება შეიძლება კლინიკურ და პედაგოგიურ პრაქტიკაში (Fredriksen 1984).



მგრამ დასაბუთებულად შეიძლება ითქვას, რომ პრობლემების გადაჭრა არ წარმოადგენს სუფთა კოგნიტურ პროცესს. პრობლემის გადაჭრის უნარი, რომელიც შესაძლებელია განსაზღვრული იქნეს ისეთი კოგნიტური ცვლილების მეშვეობით, რომლებიც ინტელექტის და კრეატიულობის ტესტების დახმარებით ფასდება, წინასწარმეტყველებისთვის არასაკმარისია. პიროვნების სფეროდან აღებული ცვლადები, როგორცაა “საკუთარ თავში დარწმუნებულობა” და “ექსტრავერსია” უფრო შეიცავენ საწინასწარმეტყველო ღირებულებას (Dörmer et al. 1983; Hussz 1985). შესაბამისად, პრობლემის გადაჭრის მრავალი თეორია ითვლისწინებს ასევე მოტივაციურ და ემოციურ ფაქტორებს და ასევე დამოკიდებულებას საკუთარი თავის ხატთან, თვითკონცეფციასთან. ამ ურთიერთკავშირით შესაძლებელია მოველოდეთ, რომ ინდივიდუალური პრობლემის გადაჭრის უნარის თერაპიულად ინდუცირებული გაუმჯობესება გაელენას უნდა ახდენდეს დასახელებულ სფეროებზეც.

პრობლემის გადაჭრაში მონაწილე კოგნიტური პროცესების შესახებ ბაზისურ ფსიქოლოგიურ გამოკვლევათა უმრავლესობა დღემდე დაკავებულია ნათელი, გადაჭრისთვის საჭირო ყველა მნიშვნელოვანი ინფორმაციით (“well-structured problems”) (Simon 1973). გამოკვლევის ეს მიდგომები მრავალჯერ იქნა, უპირატესად კლინიციანების მიერ, გაკრიტიკებული, რამდენადაც ყოველდღიური პრობლემები, როგორცაა მაგალითად, სამუშაო, სოციალური და ოჯახური სიტუაციები, ნაკლებად შეიცავენ განსაზღვრულობას და ისინი ნაკლებად გასაგებია (König et al. 1980; Kanfer & Busemezer 1982). “კომპლექსური პრობლემის გადაჭრის” უახლესი კვლევის მიდგომები ითვლისწინებენ ამ კრიტიკას, ისინი თავიდანვე არ მოიცავენ მრავალი სფეროს შემცველ, ყველა პრობლემის დამაკმაყოფილებელი დასმისა და მათი დამაკმაყოფილებელი გადაჭრისათვის საჭირო შესაბამის ინფორმაციას. (ill-structured problems”) (Dörmer 1984; Hussy 1985).

ასეთი კომპლექსური პრობლემის გადასაჭრელად საჭირო ოპერაციები და პროცესები უნდა განსახვავონ (როგორც კელავ ვარაუდობენ) ისეთებისგან, რომლებიც საჭიროებენ ნათლად განსაზღვრული პრობლემის დაძლევას (Wood 1983). სხვა ავტორები პოსტულირებენ კოგნიტური გადაჭრის უნარის მნიშვნელოვან იდენტურობას: კომპლექსური პრობლემების დასმისას კომპეტენტური ადამიანი დაიწყებს მათ ცალკეულ პრობლემად და მიზნებად დაყოფას უფრო ნათელი, თვალსაჩინო და ხელმოსაკიდი პრობლემების სახით და შემდეგ ავტომატური “ძირითადი მიზნის ანალიზის” საფუძველზე მოახდენს მათ დაძლევას (Newell & Simon 1972; Simon 1973; 1980), რაც მსგავსია თერაპიული პრობლემების გადაჭრის პროცესში კონკრეტული ნაბიჯების გადადგმისა.

Frederiksen (1984) პრობლემების გადაჭრის გამოკვლევების იმპაინდელი მიმოხილვის შედეგად ასკენის, რომ შესაძნელებად კარგი შედეგების მიღწევა შესაძლებელია პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევების მითითების მეშვეობით. წარმატებულად პრობლემების გადაჭრის და ამასთან დაკავშირებული როგორც “სასწავლო” ტრენინგის წინაპირობად იგი ასახელებს მაგალითად, შესაბამის, სტრუქტურირებული ცოდნის შინაარსს, პრობლემების დაყენების აღქმადი რეპრეზენტაციის მეშვეობით პრობლემების ამოცნობას, ასევე ინფორმაციის ავტომატიზირებულად გადაამუშავების უნარს და შემთხვევათა ეფექტურად ამოცნობას, რის საფუძველზეც შესაძლებელია შესაბამისი პრობლემების გადაჭრის პროცედურების წარმოქმნა. კვლევის სხვა ჯგუფები ამასთან დაკავშირ-

ბით ასევე აღნიშნავენ უნარს, ამოიცნონ მიზნობრიობები და მოახერხონ შედეგების ანტიციპაცია (აზრობრივი გადაიშვება) (Spivack & Shure 1975), ასევე კომპლექსური, ახალი პრობლემების გადაჭრისთვის აბსტრაქციების უნარს, ანუ კონკრეტული, ხელთ არხებული შესაძლებლობებიდან განზოგადებული გადაჭრის სტრატეგიის ამორჩევის მოხერხებას (Dörner 1984).

არ არის ერთიანობა მიღწეული საკითხში, პედაგოგიურ და კლინიკური პრაქტიკაში თუ რამდენად საჭიროა უფრო კონკრეტული, პრობლემასთან დაკავშირებული გადაჭრის გზების მიწოდება (Simon 1980; Greeno 1980). თერაპიული თვალსაზრისით, შიზოფრენიულ პაციენტებთან თერაპიული ეფექტის აღბათობა მით უფრო დიდი გამოჩნდება, რაც უფრო რეალობასთან მიახლოებული და კონკრეტული იქნება საეაჯიშოები.

სპეციალურად შიზოფრენიულ ადამიანთა პრობლემების გადაჭრის მეცნიერულ-სისტემური გამოკვლევა ჯერჯერობით უპასუხოდ ტოვებს მნიშვნელოვან საკითხებს. ამასთან დაკავშირებული მრავალი გამოკვლევა პრობლემების გადაჭრის ქცევის თემატიზირებას ახდენს მხოლოდ ნათლად განსაზღვრული კონკრეტული პრობლემების დასმასთან დაკავშირებით – ოპერაციონალიზაცია, რომლის გამოსადგობაც კომპლექსური, რეალობასთან ახლოს მდგომი პრობლემების დასმისთვის საეკვა (Kanfer & Busemeyer 1982). მიუხედავად ამისა, მათ მოიტანეს მრავალი მნიშვნელოვანი მითითება კონკრეტურ დარღვევებზე, რომლებიც გავლენას ახდენენ შიზოფრენიულ ადამიანთა პრობლემების გადაჭრის ქცევაზე და რაც შემდეგნაირად მოჰყავთ შეჯამების სახით:

- პრობლემების სირთულის ძლიერ ზრდასთან ერთად შიზოფრენიულ ადამიანებთან, "ნორმალურებთან" შედარებით, ძლიერ პროგრესულად მატულობს შეცდომის ტენდენცია (Pishkin & Williams 1984).

- "ნორმალურებთან" შედარებით, შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს ნაკლებად შეუძლიათ ყველა რელევანტური დასაბუთების გამოყენება, პრობლემის დაყენების თვალსაჩინოდ და ადექვატურად იდენტიფიცირებისთვის (Pishkin & Bourne 1981).

- შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს არ შესწევთ უნარი, პრობლემების შესაბამისი მეხსიერების მარაგი ისევე ეფექტურად გამოიყენონ, როგორც "ნორმალურმა" ადამიანებმა (Pishkin & Bourne 1981).

- მოჭარბებული დამატებითი ინფორმაცია პრობლემების დასმისას ართულებს შიზოფრენიულ ადამიანებთან ამოცანას, მაშინ, როცა "ნორმალურ" ადამიანებს იგი ამოცანის გადაჭრას უადვილებს (Pishkin & Williams 1984).

ის, რომ ამ დარღვევებს, რომლებიც ეხმიანებიან ინფორმაციის გადაიშვების პროცესის დაზიანების მოდელს, ასევე მნიშვნელობა აქვთ რეალობასთან ახლოს მდგომი პრობლემების დაძლევასთან, განამტკიცებს Spivack (Platt & Spivack 1972 a, b 1975; Siegel & Spivack 1976 a, b)–ის სამუშაო ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკვლევები. მათი შედეგები აჩვენებენ, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს სიძნელეები გააჩნიათ თავად ყოველდღიური სიტუაციის ამოცნობისას და აყლენენ წარმოშობილი პრობლემების გადაჭრის სტრატეგიის აშკარად შემცირებულ ეფექტურობას. ასეთი დარღვევების სპეციფიკურობა ჯერ კიდევ სა-

დაეოა, რამდენადაც მცირე გამოჩაყლისის გარდა, აქამდე მუშაობდნენ ნორმალურ ადამიანებთან, ნაცყლად დამატებით სხვა კლინიკურ საკონტროლო ჯგუფთან მუშაობისა (King & Phillips 1985).

წარდგენილ თერაპიულ კონცეპტებზე და მოსაზრებებზე დაყრდნობით, D'Zurilla და Goldfried (1971)–მა განავეითარეს უშუალოდ ბიპევიორისტული პრაქტიკისთვის გამოსაყენებელი სტრატეგია. პრობლემების გადაჭრის ეს “კონერები” პოსტულირებენ ხუთ თერაპიულ ნაბიჯს, ანუ ფასას:

- გენერალიზებული ორიენტირება
- სიტუაციის, როგორც პრობლემის იდენტიფიკაცია, პრობლემის დეფინიცია და ფორმულირება
- პრობლემის გადაჭრის ალტერნატივების შემუშაება
- პრობლემის სხვადასხვა გადაჭრის შესაძლებლობების შეფასება, გადაწყვეტილების მიღება და განხორციელება
- გადამოწმება

ეს ძირითადი პროცესები სხვადასხვა პაციენტთა ჯგუფებში და სხვადასხვა პირობების ფარგლებში მოდიფიცირებული ოპერაციონალიზაციის მეშვეობით ახდენენ თერაპიული პრობლემების გადაჭრის დროში მიმდინარეობის სტრუქტურირებას.

D'Zurilla და Goldfried – ის მიერ პრობლემების გადაჭრის, როგორც თერაპიული სტრატეგიის და ტექნიკის კონცეპტუალური დასაბუთების შემდეგ, ეს მიდგომა ჩართულ იქნა კლინიკურად რელევანტურ პრობლემათა სიმრავლეში, როგორიცაა მაგალითად, ბავშვებთან ქვევის დარღვევები (იხ. Spivack & Shura 1975), მოზარდთა კრიზისული მდგომარეობისას სოციალური პრობლემების გადაჭრა (Christoff et al. 1985), ფობიების შემთხვევები (D'Zurilla 1985) და დეპრესია (Nezu 1986), ბიპევიორისტულად ორიენტირებული ოჯახური თერაპია (Moss et al. 1982) და ასევე შიზოფრენიულ პაციენტთა მკურნალობა და რეაბილიტაცია (Siegel & Spivack 1976; Pekala et al. 1985; Libermann et al. 1982, 1986). დღემდე ჩატარებულია მრავალი გამოკლევა, რომლებიც აჩვენებენ, რომ პრობლემების გადაჭრის თერაპიული მიდგომა ახდენს თვით მძიმე დეფექტურ ფსიქიატრიულ პაციენტებთანაც კი დადებითი ცვლილებების შეტანას ზუსტად განსაზღვრულ დამოკიდებულ ცვლადებში (Coche & Flick 1975; Siegel & Spivack 1976; Farley 1984; Hansen et al. 1985), თუმცა ამ შედეგების შეუსულდავად გამეორება არ ხერხდება (Coche & Douglas 1977).

ნაკლებად იმედის მომცემად გველინება შემდგომი გამოკლევები, რომლებიც ავლენენ თერაპიულად ინდუცირებული პრობლემების გადაჭრის კომპეტენტურობის აშკარა წარუმატებლობას; ასევე, ჯერ კიდევ გაურკვეველია, რამდენად შესაძლებელია განზოგადების მეშვეობით რეალური პრობლემატური *in vivo* სიტუაციების გათვალისწინება (Hansen et al. 1985). ასეთ შემთხვევაში, შეიძლება “კლასიკური” თერაპიული მიდგომის გაკრიტიკება იმ არგუმენტით, რომ იცვლება პაციენტის ვერბალური ქცევა, მაგრამ არა მისი რეალური ქმედებები. თერაპიული პრაქტიკისთვის ამოვიდვართ იქიდან, ისევე როგორც Libermann-ის სამუშაო ჯგუფი, რომ როლურ თამაშს საშინაო დაეალებებით და ინ-ვივო ქცევის სავარჯიშოებით, ასევე შეუძლია განზოგადების პრობლემატის შესუსტუ-

ქება. მოგვიანებით, “წინასწარ სტრუქტურირებულ” მიდგომებთან შედარებით უპირატესობა მიენიჭა ქვეყნის ანალიზზე დაფუძნებულ, რეალური პრობლემების დასმასთან დაკავშირებულ თეორიულ მიდგომას (Kelly & Lamparski 1985).

#### 4.6.2 სტრუქტურა

“ინტეგრირებული პრობლემების გადაჭრა” წარმოადგენს თეორიული პროგრამის საბოლოო თეორიულ ნაბიჯს – არა იმიტომ, რომ სხვა დანარჩენი ნაბიჯები უფრო აუცილებლად არის მიჩნეული, არამედ იმიტომ, რომ იგი შედარებით მეტ მოთხოვნებს უყენებს პაციენტებს და წარმატებით გამოდგება სწორედ რეაბილიტაციური ნაბიჯების გადადგმისთვის, როგორცაა მაგალითად, საცხოვრებელ ჯგუფში გადასვლისთვის მომზადება. აქ “ინტეგრირებული პრობლემების გადაჭრა” მის სტრუქტურაში წარმოადგენილია, როგორც დამოუკიდებელი თეორიული ბირთვი. ამასთან, აშკარად უნდა მიეუთითოთ, რომ პრობლემების გადაჭრა შესაძლებლობას იძლევა, იგი სხვადასხვანაირად კომბინირებულ იქნას სხვა ბიპეიორისტული თეორიის ტექნიკებთან. რაგორც ყოველთვის, შემუშავებული პრობლემების გადაჭრები შეძლებისდაგვარად in vivo უნდა განხორციელდეს, თუ საჭიროა შესაბამისი თეორიული დახმარების მეშვეობით. თეორიის კონსტრუქციის ტექნიკები გამოიყენება სხვადასხვა სახის ფუნქციებში; იქნება ეს პრობლემების აღქმაში ხელშეწყობა თუ თეორიის მიმდინარეობის კონტროლი. იგივე ეხება ბიპეიორისტული თეორიის სხვა მეთოდებსაც. თეორიული პასუხისმგებლობა და ბიპეიორისტული კომპეტენტობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მხოლოდ უხეშად სტრუქტურირებული “ინტეგრირებული პრობლემების გადაჭრისას”.

ამ ქვეპროგრამაში სქემატურად გამოიყოფა შემდეგი თეორიული ნაბიჯები:

- პრობლემის იდენტიფიკაცია და ანალიზი
- პრობლემის კოგნიტური გადამუშავება
- გადაჭრის სტრატეგიების შემუშავება
- გადაჭრის ალტერნატივებზე დისკუსია
- გადაჭრის ერთი ალტერნატივის ამორჩევა
- პრაქტიკაში განხორციელება
- წარმატების ან წარუმატებლობის შესახებ უკუკავშირი (Feedback) შემდგომ თეორიულ ეტაპზე

“ინტეგრირებული პრობლემების გადაჭრის” დასაწყის ეტაპზე ხდება “პრობლემური სფეროს იდენტიფიკაცია”: თეორიული გადაწყვეტილებას იღებს ჯგუფში დასამუშავებელი პრობლემების შესახებ. იგი ამას ახდენს მრავლისმომცემი “პრობლემური სფეროს ანალიზის” საფუძველზე. ამ პერიოდში იგი იღებს ინფორმაციას ექსპლორაციული ინტერვიუს მეშვეობით, რომელსაც იღებს პაციენტებიდან, მათი ოჯახის წევრებისგან და მთელი თეორიული ჯგუფიდან. სესიად პაციენტის “პრობლემების” შესახებ. არსებული პრობლემებიდან ამორჩევა სორციელდება პრაგმატული თვალსაზრისით, თუ რამდენად “გადაჭრადია” და რამდენად “სასწრაფოა” მისი გადაჭრა. თუ ჯგუფი ამ ქვეპროგრამაში ჯერ კიდევ კარგად ვერ გრძობს თავს, ისევე როგორც ეს სხვა დანარჩენ პროგრამებში ხდება, აქაც გამოიყოფა და დამუშავდება ის პრობლემები, რომლებიც

ჯგუფისთვის არ არის ძლიერ ემოციურად დატვირთული. შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებთან რეაბილიტაციური პროცესების მოთხოვნებს “პრობლემების სფეროს იდენტიფიკაციას” განსაზღვრავს თავად პაციენტის მიერ დასახელებული პრობლემები, რამდენადაც მათ ხშირად აღენიშნებათ პრობლემების აღქმის ძლიერი დარღვევები.

ამის საფუძველზე, შემდეგ თერაპიულ საფეხურს წარმოადგენს “პრობლემების კოგნიტური გადამუშავება”, რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა გააჩნია. აქ შედის იდიოსინკრაზიული პერსპექტივების კორექტირება, ფაქტების ვარაუდებისგან გამოიჯენა, კომპლექსურობა შეამცირონ დაყოფის მეშვეობით თელსაჩინო ცალკეულ პრობლემებად, პრობლემების დასმის ქცევის ნაწილები გამოყოფონ და პრაგმატული შეცვლისადმი ორიენტირებული განწყობები შექმნან. თერაპევტი ცდილობს, ჯგუფში კონსენსუსს მიაღწიოს შეძლებისდაგვარად თელსაჩინო კონკრეტული ოპერაციონალურიებით, გადასატრეული პრობლემების როგორც “არის”, ასევე “უნდას” მდგომარეობაში.

ამის საფუძველად ჯგუფი გადადის “გადაჭრის ალტერნატივების დამუშავებაზე”. თერაპევტი ამ ფაზაზე იყენებს “ბრინშტორმინგის (Osborn 1963) ტექნიკას, ანუ ის გაამხნეებს ჯგუფს, ჩამოთვალონ გადაჭრის შეძლებისდაგვარად ბევრი შესაძლებლობა შეფასების გარეშე. ყველა მოსაზრებას მოსდევს განმტკიცება და (მაგალითად, დაფაზე) იწერება. ამ საფეხურს ამთავრებს “გადაჭრის ალტერნატივების დისკუსია”. თითოეული გადაჭრის შესაძლებლობისთვის გამოიყოფა დადებითი და უარყოფითი მხარეები. პლუს და მინუს პუნქტები შესაძლებელია შეჯამდეს და გამოყვანილ იქნას საერთო მაჩვენებელი, რითაც მიიღწევა მოსაზრებათა რაციონალური შეჯამება. თერაპევტის მხრიდან საჭიროა ემოციური შეფასების გაკეთება, მაგრამ ის არ უნდა იყოს განმტკიცების მიზნით გამოყენებული. მისი თანმხლები კოგნიტური დამახინჯებები Beck et al. 1979-ის აზრით შესაძლებელია ამ ჩარჩოებში მხოლოდ გამონაკლისის სახით დამუშავდეს. “გადაჭრის რომელიმე ალტერნატივის არჩევა” მოჰყვება, პირველ რიგში, პაციენტის მხრიდან წინა რაციონალურ შეფასებებს. თერაპევტის პასუხისმგებლობა ელინდება მის მიერ გაკეთებულ გადაწყვეტილებაში, თუ რამდენად სჯერა მას, თუ რამდენად საჭიროა ამ პროცესში რაიმე გაულების მოხდენა. აქ გადამწყვეტი როლი უკავია ცალკეულ შემთხვევას.

თუ მიმდინარე გადაჭრის გზების შესახებ გადაწყვეტილების მოწონება მოხდება, ამას შესაძლებელია მოჰყვეს თერაპიის ყველაზე ძნელი ნაწილი “პრაქტიკაში განხორციელება”. სტაციონარის პირობებში ეს ნაბიჯი სხვადასხვაგვარი “დახმარების” მეშვეობით, შესაძლებელია მიზნობრივად იქნეს გამოყენებული, დაწყებული in-vivo ქცევიდან, დამთავრებული საერთო საცხოვერებელში გადასვლისთვის ვარჯიშამდე. გადაჭრის წინადადებაზე უნდა გაამართლოს პრაქტიკაში.

ამის გამო, გამოცდილება, რომელსაც პაციენტები “თავიანთი გადაჭრის გზით” იძენენ, კელავ საჭიროა მოგვიანებით თერაპიულ სენსებზე გამოყენებულ იქნეს. ამასთან, მნიშვნელოვანია, თითოეული მიდგომა კონსტრუქციული პრობლემების გადაჭრის ქცევით განმტკიცდეს. “წარუმატებლობა” ინტერპრეტირებულ უნდა იქნეს არა როგორც მარცხი, არამედ როგორც სტიმული, როგორც პრობლემების გადაჭრის ქცევის აუცილებელი კორექციის მიმანიშნებელი. “Feedback”-სენსუსს, რომლებიც მუდმივად ხანგრძლივი დროის შუალედებით შედგება, გადამწყვეტი მნიშვნელობა გააჩნია თერაპიის ეფექტურობის ხანგრძლივობისათვის.

რაიმე "პრობლემაზე" თერაპიული მუშაობა შესაძლებელია მრავალი თერაპიული საათების განმავლობაში გახანგრძლივდეს. თერაპიული სეანსის დეტალურად მომხდებამ და ოქმის ჩაწერამ შესაძლოა ასევე გამოიწვიოს მისი დროში გაწევა. მიუხედავად ამისა, ამ ქვეპროგრამაში საკმაოდ ხშირად ჩნდება წინასწარ გაუთვალისწინებელი მომენტები ქვეპროგრამის შინაარსში და მის მიმდინარეობაში, ვიდრე უფრო მაღალ სტრუქტურირებულ სხვა ქვეპროგრამებში. ამიტომაც "ინტეგრირებული პრობლემების გადაჭრა" არ საჭიროებს გამოცდილი თერაპევტის თითქმის არც ერთ აღწერილ ინტერვენციას.

#### 4.6.3 მიზნები

რეაბილიტაციის პროცესი, ბუნებრივია, მრავალ მოთხოვნას აყენებს, რომლის "პრობლემური" ხასიათი შიზოფრენიით დაავადებულთა მხრიდან ხშირად შეუსაბამოდ იდენტიფიცირდება. ამიტომაცაა, რომ ისინი რეაგირებენ მეტად დიფუზური, არაპროდუქტიული განცდით, რომ მათ ზედმეტს თხოვენ. პრობლემებთან დაკავშირებით მარცხის განცდა, რაც რეაბილიტაციის დროს ყოველდღიურად გეხვდება, შესაძლებელია შემცირდეს იმ შემთხვევაში, თუ მოხერხდება თერაპიის პერიოდში მათ განუვითარდეთ მხოლოდ პრობლემაზე ორიენტირების გნწყობა და განხორციელებადი გადაჭრის გზების მოძებნა. რეალური პრობლემების და პრობლემების რეალიზირებადი გადაჭრის გზების შემუშავება (ასევე ემოციური დატვირთვის ასპექტის ჩართვით) არის "ინტეგრირებული პრობლემების გადაჭრის" უშუალო და ძირითადი მიზანი.

შესაბამისად, ამას მოსდევს შემდეგი მნიშვნელოვანი კოგნიტური მიზნები:

- პრობლემების აღქმის გაუმჯობესება: პაციენტებმა უნდა შესძლონ დასწავლილი პრობლემების კონცეპტის ("არის" მდგომარეობა, ბარიერები, "უნდას" მდგომარეობა) მომავალში დამოუკიდებლად, სხვა მათთვის რთულ სიტუაციებში გამოყენება.

- პრობლემებისადმი რაციონალური მიდგომის შემუშავება: პაციენტებმა, განსაკუთრებით საკუთარი მოქმედების თანმიმდევრობის გათვალისწინებით, უნდა ისწავლონ, პრობლემები შეძლებისდაგვარად დააკონკრეტონ და სადაც საჭირო იქნება, თვალსაჩინო პატარ-პატარა პრობლემებად დაჰყონ.

- პრობლემების გადაჭრაზე ორიენტირებული მიდგომის განვითარება: მოლოდინმა, რომ მრავალ პრობლემას შეიძლება მოექნბოს გადაჭრის გზა, ხელი უნდა შეუწყოს იმას, რომ გადაჭრის ალტერნატივების დამოუკიდებლად მოძებნა ალბათობა მაღალი იყოს თერაპიის პერიოდში განუხილავი პრობლემებისთვისაც.

- ანტიციპირებადი, შედეგების გათვალისწინებით პრობლემების გადაჭრისთვის საჭირო აზროვნების განვითარება: პაციენტები უნდა წაახალისონ, რომ თავი შეიკავონ სპონტანურ-იმპულსური რეაგირებისგან და მოფიქრებით იმოქმედონ.

- ჭეშმარიტად პრობლემის გადაჭრის ქცევის ალბათობის მომატება: მთლიანობაში, პაციენტები უნდა გააქტიურდნენ და უნდა შესძლონ რეალობაში მათ წინ წარმოშობილ პრობლემებზე და მოთხოვნებზე მეტად კონკრეტული რეაგირება მოახდინონ.

“ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრისას”, მაშასადამე ასევე ცდილობენ შეიცვალოს მოქმედება (რეაგირება) ზედმეტი მოთხოვნების (დატვირთულობის) და წარუმატებლობის კომპლექსურ კოგნიციებზე. პაციენტებს ასევე უნდა ჩამოვაშორეთ მათ მიერ განცდილი წარუმატებლობის შიშის რაღაც ნაწილი მაინც, რომელიც წარმოშობილია განმეორებადი წარუმატებლობის განცდის გამო.

## თავი 5

### თეხაიანი ჰომოხაიმის ჩახახება

ამ თავში წარმოდგენილი იქნება თერაპიული პროგრამის პრაქტიკული ჩატარების წესები. აღნიშნული თავი შედგება 7 მონაკვეთისაგან. 5. 1-ში აღწერილია ის ზოგადი ჩარხო მოთხოვნები (ჯგუფის სიდიდე, თერაპეუტის და კოთერაპეუტის ამოცანები, საუბრის მიმდინარეობის ფორმა და ა.შ.), რომლებიც საერთოა ხუთივე ქვეპროგრამისთვის. მომდევნო 5 მონაკვეთში (5.2-დან 5.6-მდე) მაგალითებზე დაყრდნობით დაწერილებით იქნება განხილული თითოეული ქვეპროგრამა. ეს მაგალითები აღებულია პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფის თერაპიული სეანსებიდან. მაშასადამე, ეს მაგალითები რეალურად ჩატარებულ თერაპიებს ასახევენ და ამიტომაც მათ არ შეუძლიათ, ყოველთვის, ყველა მიმართებაში სრულყოფილი იყვნენ. პრაქტიკასთან მიახლოებულად არის წარმოდგენილი ისეთი ნაკლოვანებები, როგორცაა წახალისების ფორმულირება, ხანგძლივობა, მეტყველება და ა.შ. აღნიშნულის დანიშნულება ისიცაა, რომ მკითხველი კრიტიკულად განაწიოს. ეს ხელს უწყობს პირადი თერაპიული მუშაობისას წამოჭრილი პრობლემების უკეთ დანახვას. “იდეალური” მაგალითების მოყვანა, როგორც წესი, არაფრის მომცემი იქნებოდა. ბოლო მონაკვეთში (5.7) ასახულია პროგრამის შემდგომი განვითარება.

#### 5.1 ზოგადი ჩარხო – მოთხოვნები

ჯგუფის სიდიდე უნდა შემოიფარგლოს 5–8 პაციენტით. ჯგუფის წევრთა იდეალური რაოდენობაა ხუთი ან ექვსი პაციენტი. თუ ჯგუფში ძალიან ბევრი პაციენტი, თერაპეუტები თითოეულ პაციენტს საკმარის დროს ვეღარ უთმობენ, ჯგუფური პროცესი ხდება ნაკლებად მოცვალი და ნაკლებად მართვადი. იმის გამო, რომ სავარჯიშოთა დიდი ნაწილი საჭიროებს დეალების მკაცრად განსაზღვრას, თერაპიის ინტენსიურობა თითოეული პაციენტის მიმართ დიდ ჯგუფში მცირდება. ხოლო თუ ჯგუფი ძალიან პატარაა, მაშინ ჯგუფის თითოეულ წევრზე შეიძლება ზედმეტად დიდი დატვირთვა მოვიდეს. ამასთან, პატარა ჯგუფს სავარჯიშოს შესრულებისას ის ნაკლიც აქვს, რომ ამოცანის გადაწყვეტის მიზნით მიწოდებული წინადადებები ასეთი ჯგუფის მხრიდან მცირეა. მცირე ჯგუფის შემდგომი არსებობის საკითხიც შეიძლება მალე კითხვის ნიშნის ქვეშ დადგეს, თუ, მაგალითად, 1 ან 2 პაციენტი ჯგუფს გამოაკლდება.

თერაპიული პროგრამის ჩატარების სიხშირეა, სულ ცოტა, ორჯერ კვირაში. სხვადასხვა გარე მიზეზებთან ერთად, აქ პირველ რიგში მნიშვნელოვანია ის, თუ პაციენტს რამდენ დროს გამოუყოფენ ჯგუფური თერაპიისათვის; მაგრამ ასევე გათვალისწინებული უნდა იქნეს პაციენტის დატვირთვისადმი გამძლეობის უნარი და ქრონიფიცირების ხარისხი.

თერაპიული სეანსის ხანგძლივობა 30-დან 90 წუთამდეა. “კონკრეტული დიფერენციალის” პირველი სეანსები არ უნდა გაგრძელდეს 30 ან 40 წუთზე მეტხანს. მეორე ქვეპროგრამის (“სოციალური აღქმა”) შემთხვევაში სეანსის ხანგძლივობამ, წესისამებრ, არ უნდა გადააჭარბოს 60 წუთს. ორი უკანასკნელი ქვეპროგრამის



(“სოციალური უნარ-ჩვევები” და “ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა”) აღექვატურ ჩატარებას, ჩვეულებრივ, სჭირდება 90 წუთის ხანგძლივობის სეანსზე. განსაკუთრებით დიდ დროს მოითხოვს როლური თამაში. თუ რომელიმე ჯგუფს, მგ: კონცენტრაციის ან ყურადღების დეფიციტის გამო, არ შეუძლია 90 წუთიანი სეანის ბოლომდე გაძლება, მაშინ თერაპევტები გეგმავენ ხანმოკლე პაუზებს (მგ: ორჯერ 5-წუთიანი), ან შესასრულებელი დავალება გადაანაწილდება 2 სეანსზე (მგ: თითოეული 60 წუთი).

ცალკეული ქვეპროგრამით თერაპიის ხანგძლივობის და შესაბამისად, მთლიანი თერაპიული პროგრამის ხანგძლივობის ზუსტად განსაზღვრა ძეგლია. ეს დამოკიდებულია, პირველ რიგში, აშლილობის სიმძიმეზე, ქრონიფიცირების ხარისხსა და მონაწილე პაციენტთა მოტივაციაზე. ამისდა შესაბამისად, დაავადებისათვის დამახასიათებელი დეფიციტის გადამუშავება, ან კიდევ საჭირო უნარ-ჩვევათა დასწავლა სხვადასხვა დროს მოითხოვს.

პირველი სამი ქვეპროგრამის (“კოგნიტური დიფერენციაცია”, “სოციალური აღქმა”, “ვერბალური კომუნიკაცია”) შემთხვევაში თერაპევტები, როგორც წესი, ერთდროულად, ერთი სეანის განმავლობაში ატარებენ 2 ქვეპროგრამას. დრო ნაწილდება წინასწარ მოცემული სავარჯიშოების შესაბამისად. მაგრამ ყოველი ახალი ქვეპროგრამის დაწყებისას თერაპევტები პირველ სამ, ან მაქსიმუმში, ათ სეანსს უთმობენ მხოლოდ ამ ქვეპროგრამას. პირველი ქვეპროგრამის (“კოგნიტური დიფერენციაცია”) ჩატარების შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, მხოლოდ ათი-ოცი სეანის შემდეგ შემოაქვთ მომდევნო ქვეპროგრამა. დროის პრობლემის გამო საჭიროა ბოლო 2 ქვეპროგრამა (“სოციალური უნარ-ჩვევები და ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა”) დამოუკიდებლად, სეანსის მთლიანი დროის მანძილზე ჩატარდეს. მაგრამ ამ პროგრამების დროს, შესაძლებელია, როგორც დამხმარე საშუალება, გამოყენებულ იქნას სავარჯიშოები ან დავალებათა მიცემის ხერხები წინა პროგრამებიდან. აქვე სასურველია, რომ პერიოდულად ჩატარდეს სეანსები, სადაც პირველი სამი ქვეპროგრამის დროს დასწავლილი მასალის გამეორება მოხდება (თერაპიული უწყეტის შენარჩუნება).

თერაპიული პროგრამის ახსნისა და დასაბუთების და ასევე, მოტივაციის შექმნისათვის, სასურველია ყველა ის პაციენტი, რომლებიც თერაპიულ ჯგუფში ჩართვის კანდიდატები არიან, გამოკვლეული იქნან ფრანკფურტის კითხვარით (FBF, Sullwold 1977). ამ კითხვარის საშუალებით გამოკვლენილ აშლილობათა შესახებ პაციენტთან დაწერილობითი საუბარი იძლევა მისი ჯგუფში ჩართვისათვის კარგი დასაბუთების და მოტივაციის შექმნის საშუალებას. ეს კითხვარი აღწერს განსაზღვრულ, თავად პაციენტის მიერ განცდილ აშლილობებს და საშუალებას იძლევა, მოეახდინოს პაციენტთა დანაწილება იმ სხვადასხვა თერაპიულ ჯგუფებში, რომლებშიც უშუალოდ გამოკვლენილ აშლილობათა თერაპიაზე წარმართება მუშაობა. თუ პაციენტი, მიუხედავად აშლილობის აშკარა არსებობისა, კითხვებზე პასუხობს “არა” (არ არის აშლილობა, შეფერხება, ჩივილები), ეს იმის მაჩვენებელია, რომ პაციენტი ან მზად არ არის, რათა ამის შესახებ საუბარში ჩაერთოს, ან კიდევ საკუთარ აშლილობებს და შეფერხებებს ვერ აღიქვამს. ასეთ შემთხვევაში, ჯგუფში მონაწილეობის მოტივაციის შესაქმნელად, სხვა ხერხებია საჭირო (შეადარე თავი 5).

ჯგუფში ცალკეული ქვეპროგრამის ჩატარების დროს თერაპევტები მოვალენი არ არიან, მუდმივად აიძულონ თავი, რომ აუცილებლად ყველაფერი დაასაბუ-

თან დასაბუთება და ახსნა საჭიროა მაშინ, როცა ჯგუფის მხრიდან ამის საჭიროება იგრძნობა. თუ ეს მხოლოდ ჯგუფის რომელიმე ცალკეულ წევრს სჭირდება, მაშინ თერაპეტი ამ მოთხოვნილებას აკმაყოფილებს ინდივიდუალური გასაუბრებისას, ჯგუფის ფარგლებს გარეთ.

ბევრი სავარჯიშო მესრულებებისას სასურველია დამხმარე მასალების (როგორც მგ: ოვერჰედ-პროექტორი ან დაფა, საწერი ქაღალდი, სხვადასხვა ფერის ფანქრები რაიმეს გამოსაყოფად და ა. შ.) გამოყენება. ვერბალური კომუნიკაციისთვის ხელშეწყობა ხდება დამხმარე მასალებით, ამ გზით შეიძლება გაუმჯობესდეს ყურადღების უნარი.

ყოველი თერაპიული სესიის წინ თერაპევტების მიერ უნდა მოხდეს მისი დაწერილობითი წინასწარი განხილვა და დაგეგმვა (10-დან 20 წუთამდე). აქ გათვალისწინებულ უნდა იქნას ბოლო სესიის დროს წამოჭრილი სირთულეები. ყოველი სესიის შემდეგ აუცილებლად საჭიროა მისი განხილვა. ამ განხილვისას თერაპევტებმა უნდა დასვან ისეთი კითხვები, როგორიცაა, მგ: ხომ არ გადაიღალნენ პაციენტები, თუ ჰქონდათ მოტივაცია, სად ავლენდნენ ისინი დეფიციტს, განსაკუთრებით რისი გავარჯიშებაა საჭირო, საჭიროა თუ არა რომელიმე გარკვეულ დეფიციტზე მრავალი სესიის მანძილზე მუშაობა, ჯგუფურ დინამიკაში რა იყო თვალსაჩინო, ჩვენ თვითონ რა გრძნობები გავგიჩნდა და ა. შ. სტრუქტურირებაში დახმარების გაწევა შეუძლია კითხვარს "VW - თერაპიულ ჯგუფში ქცევის ტიპები".

იმ თერაპევტებს, რომელთაც მოცემულ თერაპიულ პროგრამაში ჯერ გამოცდილება არ გააჩნიათ, ეურჩევა პირადი გამოცდილების მისაღებად შესაბამის როლურ თამაშში აუცილებელ მონაწილეობას. თერაპევტებს (ზოგიერთი მათგანი პაციენტს თამაშობს) შეუძლიათ მნიშვნელოვანი დასკვნები გააკეთონ საკუთარი ქცევების, მასალის დიდაქტიკური მნიშვნელობის შესახებ, და საკუთარ თავზე გამოსცადონ ჯგუფური პროცესის მიმდინარეობა. სასურველია, რომ ამ პროცესში ჩართულ იქნას სუპერვიზორი, თერაპევტი, რომელსაც აქვს გამოცდილება მოცემულ თერაპიულ პროგრამაში და ცალკეულ ქვეპროგრამებში.

თერაპიული გუნდი (2 ან 3 თერაპევტი თითოეულ სესიასზე) სასურველია, თავისი შემადგენლობით უცვლელი რჩებოდეს. თითოეულ სესიას ჰყავს ერთი წამყვანი თერაპევტი; სხვა თერაპევტს აქვს კოთერაპევტის ფუნქცია. თერაპევტებს შეუძლიათ ხელმძღვანელობაში ერთმანეთი შეცვალონ. ეს შეცვლა ჯგუფის თითოეულმა წევრმა ნათლად უნდა გაიგოს (მგ: წამყვანი თერაპევტი: "მე ახლა ხელმძღვანელობას გადავიცემ ბ-ნ/ქ-ს იქნას ( აქამდე კოთერაპევტს)"). ერთი თერაპიული სესიის მსვლელობისას მაქსიმალური ერთი შეცვლაა ნაარჩევი (მგ: დროის განახევრების შემდეგ; როცა ერთი დავალება დასრულდება). პირველი სამი ქვეპროგრამის დროს საჭიროა ერთი წამყვანი თერაპევტის და ერთი კოთერაპევტის მონაწილეობა; ბოლო ორი ქვეპროგრამის დროს როლური თამაშის გამო მეტწილად ორი კოთერაპევტია საჭირო.

წამყვანი თერაპევტის პირველი რიგის ამოცანაა, მოახდინოს ჯგუფური სესიის სტრუქტურირება. ამასთან ერთად, იგი ამხნეებს და ძალას აძლევს მონაწილეებს, უნერგავს მათ წარმატებული მუშაობის გრძნობას და უქმნის მოტივაციას შემდგომი მცდელობებისა და გაუმჯობესებისათვის. ამასთან აცილებულ

უნდა იქნას შიშების, უმწეობის ან იმედგაცრუების წარმოშობის საფრთხე. თავი უნდა ავარიდოთ ნეგატიურ კრიტიკას. თერაპევტმა წინ უნდა წამოსწიოს და გააძლიეროს პოსტიური. გაძლიერება მიწოდებულ უნდა იქნას ინფორმაციული ფორმით (მაგალითი: "თქვენ წინადადება სიტყვასიტყვით ზუსტად გაიმეორეთ") და არა მოტივირებულად (მაგალითად: "კარგია", "შესანიშნავია", "მშვენიერია"). მოტივირებული გაძლიერება ხშირად ყალბად ჟღერს და არაგულწრფელია. თერაპევტმა რეაგირება უნდა მოახდინოს პაციენტის ყოველ კონსტრუქციულ შენატანზე, ინფორმაციული გაძლიერებით ან დამადასტურებელი თავის დაქნევით. შინაარსობლივი გამონათქვამები სერიოზულად უნდა იქნეს მიღებული; აქ ყურადღება ექცევა "შემჩნევა". საუბრის მიმდინარეობა უნდა იყოს დირექტიული, მაგრამ არა ავტორიტარული.

კოთერაპევტებს ფორმალურად იგივე ფუნქცია აქვთ ჯგუფში, რაც პაციენტებს. მაგრამ ისინი ჯგუფში შინაარსობლივი შენატანის მხრივ უფრო თავშეკავებული უნდა იყვნენ. მათი სპეციალური ამოცანებია: 1. რთულ სიტუაციებში მზად უნდა იყვნენ წამყვანი თერაპევტის დასახმარებლად, მაგრამ ეს უნდა მოხდეს შეთანხმების შემდეგ, მაგალითად, თვალთ მინიშნებით. ნაჩქარევი დახმარება – მაგალითად, წამყვანის მიერ ჩასმული სასაუბრო პაუზის დროს – კატეგორიულად უნდა იყოს თავიდან აცილებული. 2. მათ უნდა აითვისონ სუპერეიზორის ფუნქცია. რადგან კოტერაპევტებს ჯგუფი არ მიჰყავთ, ამიტომ უკეთ შეუძლიათ ჯგუფურ პროცესს დააკვირდნენ და ჯგუფური სენსის შემდგომ განხილვისას საჭირო მონაცემები გაუზიარონ ერთმანეთს. 3. ისინი უნდა იყვნენ "მოდელები" (მოდელის სწავლების აზრით) ჯგუფის სხვა წევრებისათვის. ასე, მაგალითად, წამყვანმა შეიძლება სთხოვოს კოტერაპევტს, პირველად მან აჩვენოს ახალი დავალების შესრულება, ან კიდევ, განსაკუთრებით რთული ამოცანების შესრულება ითაეოს. 4. მათ ზეგაელენა უნდა მოახდინონ ჯგუფის დინამიკასა და ჯგუფურ პროცესებზე. კოტერაპევტებს შეუძლიათ, მაგალითად, დაეხმარონ სუსტ პაციენტებს, ან/და გამოხატონ მათ მიმართ სოლიდარობა.

თერაპიული პროგრამის ყველა სავარჯიშოსთვის საერთოა ის, რომ თითოეული მათგანით ჯგუფთან მუშაობის დაწყებისას ყოველთვის იწყებენ "ნეიტრალური", არადამტვირთავი და აფექტურად არაპროვოცირებადი მასალით. როდესაც პაციენტები კარგად გაერკვევიან ერთ რომელღიმე სავარჯიშოში (ანუ რამდენიმე სენსის შემდეგ), ახალი, უფრო დამტვირთავი მასალა მხოლოდ ამის შემდეგ შემოაქვთ, ისე რომ, მოთხოვნები ჯგუფის თითოეული წევრის მიმართ იზრდება. იმ შემთხვევაში, თუ ჯგუფი დამტვირთავი მასალის შემოტანის გამო ზედმეტად გადაიღალა, მაშინ თერაპევტმა მომდევნო სენსზე ისევ "ნეიტრალური" მასალა უნდა გამოიყენოს. ეს მოსაზრებები გათვალისწინებულ უნდა იქნას ასევე თერაპიული მასალის წარმოდგენისას.

## 52 კოგნიტური დიფერენციაცია

ეს ქვეპროგრამა ორ მონაკეთშია აღწერილი. 52.1-ში მოყვანილია მოსაზრებები იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა დაიწყოს თერაპიული პროგრამის ჩატარება პაციენტთა ჯგუფში. 52.2-ში აღწერილია "კოგნიტური დიფერენციაციის" ცალკეული სავარჯიშოები. სავარჯიშოთა მრავალრიცხოვნების და მრავალფეროვნების გამო შეუძლებელია ყველა დავალების მაგალითის მოტანა. მაგრამ ეს მაგალითები ისეა შერჩეული, რომ მათი საშუალებით ხდება ყველა მნიშვნელოვანი მიდგომის

წყის ვათვალსაზრისუბა. თერაპიული მასალის აღწერა მოცემულია თავში 8.1.

### 5.2.1 ქვეპროგრამის შესავალი

როგორც წესი, “კოგნიტური დიფერენციაციის“ პირველ სეანსზე ხდება ჯგუფის სახით მონაწილეთა პირველი შეხვედრა. თითოეული მონაწილე პირველ რიგში ჯგუფისათვის წინასწარ კარგად მომზადებული და მონაწილეობისათვის მოტივირებული უნდა იყოს. ეს ყველაზე უკეთ მიიღწევა იმ თერაპევტებთან პერსონალური კონტაქტის გზით, რომლებიც შემდეგ ჯგუფის წამყვანები ხდებიან. ჯგუფის ცალკეული წევრისათვის ჯგუფში მონაწილეობის მიღების მოტივაციის შექმნის ხერხი მთლიანად დამოკიდებულია სახეზე არსებულ აშლილობათა რაობასა და სიმძიმეზე, ასევე ქრონიფიცირების მასშტაბზე. ამ მხრივ არსებული გამოცდილების შესახებ დაწვრილებით მოთხრობილია მე-5 თავში. აქვე კიდევ ერთხელ უნდა ვახსენოთ ფრანკფურტის ჩივილების კითხვარის გამოყენების საჭიროება. (შეადარე ზემოთ 5.1). ამ კითხვარის დიდი ნაწილი ემსახურება კოგნიტურ აშლილობათა გაზომვას, ასე რომ, პირველი ქვეპროგრამის ჩატარება საკმაოდ კარგად შეიძლება იყოს დასაბუთებული მისი საშუალებით. პაციენტის მიერ განცდადი აშლილობების შესახებ საუბრისას ხშირად უკვე წარმოიშობა საკმარისი მოტივაცია თერაპიაში მონაწილეობის მისაღებად.

ამ პროგრამის ჯგუფში ჩატარების სიხშირისა და ხანგრძლივობის შესახებ (შეადარე ასევე თავი 6): მეტწილად ხელსაყრელია დაწყება კვირაში 2 ან 3 სეანსით, რომელთა ხანგრძლივობაცაა 30 – 45 წუთი, ხოლო რამდენიმე სეანსის შემდეგ ხანგრძლივობა იზრდება 60 წუთამდე (მგ: მეორე ქვეპროგრამის, “სოციალური აღქმის“ შემოტანის დროს). ქვეპროგრამა ყოველთვის უნდა დაიწყოს საფეხური 1-ით (“ბარათებით ვარჯიში”). როდესაც ჯგუფი ამ სავარჯიშოში გარკვეულწილად გაერკევა, უნდა შემოტანილ იქნას საფეხური 2. საფეხური 2-ს დროს აქ მოყვანილი ჩატარების თანმიმდევრობის ზუსტი დაცვა საეულდებულო არ არის. მოცემული ჯგუფისათვის თერაპიის თანმიმდევრობის საუკეთესო ვარიანტი შეირჩევა თერაპიის დაწვრილებითი დაგეგმვისას ისეთი მონაცემების გათვალისწინების მიხედვით, როგორიცაა გადატვირთვა და ნაკლები დატვირთვა, ჯერ კიდევ არსებული დეფიციტი და ა. შ. საფეხური 3 შეიძლება დაიწყოს უშუალოდ საფეხური 2-ს შემოტანის შემდეგ. მაგრამ ასევე უნდა ხდებოდეს კარგად ნაცნობი სავარჯიშოების მუდმივი გამეორება (თერაპიული ეფექტის შენარჩუნება).

### 5.2.2 ქვეპროგრამის ცალკეული საფეხურების აღწერა

აქ მოყვანილი მაგალითები, რომლებიც ცალკეული სავარჯიშოების დემონსტრირებას ახდენენ, მოყვანილია ჯგუფიდან, რომელიც 6 პაციენტისგან შედგებოდა ( ბ-ნი ა., ქ-ნი ს., ბ-ნი კ., ბ-ნი ვ., ბ-ნი ლ., ქ-ნი რ.). ქვეპროგრამას ატარებდა 2 თერაპევტი (ალფრედ ს., სილვე ბ.).

#### საფეხური 1: ბარათებით ვარჯიში

თერაპიული მასალა შედგება 7x7 სმ ზომის ბარათებისგან, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ისეთი სხვადასხვა ნიშნებით, როგორიცაა ფერი, ნომერი, კვირის დღეები და ფორმა. ჯგუფის თითოეული წევრი (თერაპევტის გამოკლებით) მიიღებს 10–15 ბარათს. პირველ სეანსზე ბარათები ჯერ ერთობლივად თვალღებდა. თერაპევტი პაციენტებს ჩამოათვლევინებს განსხვავე-

ბულ ნიშნებს (წითელი, ორნიშნა რიცხვი, ღურჯი, სწორკუთხა. . .). შემდეგ პაციენტებს განემარტებათ, თუ რას ნიშნავს საერთო ნიშანი/კრიტერიუმი (მგ: "ციფრი 4 სულ ცოტა, 2 ბარათზე უნდა შეგხედეს"). შემდეგ თერაპევტი ჯგუფს დაეალებას აძლევს. ბარათები უნდა დაჯგუფდეს გარკვეული კრიტერიუმების მიხედვით (მგ: "იპოვეთ ბარათები ყვითელი ფონით და დააწყვეთ ისინი თქვენს წინ იატაკზე."). მას შემდეგ, რაც თითოეული მათგანი მოახდენს ბარათების დაჯგუფებას და მათ ძირს დააწყობს, ყოველ მათგანს მეზობლად მჯდომი შეამოწმებს, თუ დაეალება რამდენად სწორადაა შესრულებული. თერაპიის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად იზრდება ჯგუფის მიმართ წაყენებული მოთხოვნები გამოსაყოფი კრიტერიუმების რაოდენობის გაზრდის გზით. საშუალო ინტელექტუალური მონაცემების მქონე ჯგუფისათვის ზედა ზღვარი ძვეს ოთხიდან ხუთ კრიტერიუმამდე.

წარმატებულ ჯგუფებში შეიძლება გამოყენებულ იქნას მეთოდურ მიდგომათა სხვადასხვა ვარიაცია. მაგალითად, შეიძლება ეთხოვოს პაციენტებს, თავად მოიფიქრონ დაეალება. ან შეიძლება თერაპევტმა მხოლოდ ორი შესარჩევი კრიტერიუმი დააფიქსიროს, ხოლო ჯგუფის ყოველმა წევრმა თავად შეარჩიოს ის მომდევნო ორი კრიტერიუმი, რომელთა მიხედვითაც თავისი ბარათები უნდა დააჯგუფოს. მოგვიანებით ყოველ პაციენტს შეუძლია თავისი კრიტერიუმების რაოდენობა – ეს მან ჯგუფს უნდა შეატყობინოს – და კრიტერიუმების რაობა თავად შეარჩიოს. ასევე შეიძლება დაეალების შესრულების შემდეგ, რომელიმე მონაწილის შემთხვევაში, ერთი ბარათის გამოკლებით ან დამატებით კრიტერიუმთა რაოდენობა გაიზარდოს ( მგ: თერაპევტი სვამს კითხვას: "რომელი ბარათი უნდა გამოეკალთ ბ-ნ ე-ს ბარათებს, რათა დარჩენილ სამ ბარათს ხუთი საერთო ნიშანი ჰქონდეთ?" თავიდან ბ-ნ ე-ს შერჩეული ჰქონდა 4 ბარათი ორი საერთო ნიშნით).

სუსტი ჯგუფის დროს უმჯობესია, დასაწყისში მიცემულ იქნას საერთო დაეალება. მაგალითად, თერაპევტი ყველა ბარათს გაშლის ჯგუფის წრის შუაში და სთხოვს მონაწილეებს, "ამოიყვანონ" ყველა ის ბარათი, რომლებიც არიან ღურჯი და სწორკუთხა.

ქვემოთ მოყვანილი თერაპიული მაგალითი ემსახურება ჩატარების ხერხების უკეთ გათვალსაზრისუბას.

ჯგუფს ესწრებოდა ყველა წევრი. სენსი მიჰყავდა სილკე ბ-ს. ეს იყო ჯგუფის მეშვიდე შეხვედრა.

**თერაპევტი:** მოგესალმებით ყველას: მშენებნიერია, რომ ყველა დაუგვიანებლად მიხედვით. ჩვენ დღეს ისევე ბარათებით ვივარჯიშებთ. ყოველი თქვენგანი ჩემგან ისევე მიიღებს ბარათების დასტას (ანაწილებს ბარათებს).

ქ-ნო ს., შეგიძლიათ ის ორი ნიშანი დაასახელოთ, რომელთა მიხედვითაც ჯგუფის წევრებმა მათი ბარათები უნდა დააჯგუფონ? დამატებით თითოეულმა მათგანმა თავად უნდა შერჩიოს მესამე ნიშანი. კარგი? ქ-ნო ს., უკვე მოიფიქრეთ ეს ორი ნიშანი?

ქ-ნი ს.: დიახ, "წითელი ფონი" და "ორნიშნა რიცხვი".

**თერაპევტი:** გმადლობთ, თქვენ ყველაფერი სწრაფად გააკეთეთ. ქ-ნო რ., შეგიძლიათ დაეალება კიდევ ერთხელ გაიმეორეთ?

ქნი რ.: ჩვენ ყველა ის ბარათი უნდა ამოვარჩიოთ, რომელთაც წითელი ფონი აქვთ და ორნიშნა რიცხვი აწერიათ.

თერაპევტი: დიახ, ეს სწორეა, ქნი რ. და როგორი იყო დაეალებების მეორე ნაწილი ბ-ნო ლ.?

ბ-ნი ლ.: მესამე ნიშანს ყველა თვითონ შეარჩევს.

თერაპევტი: დიახ, ეს სწორეა, ბ-ნო ლ. ბ-ნო ა., მაშასადამე სულ რამდენი ნიშნის მიხედვით უნდა მოვახდინოთ დაჯგუფება?

ბ-ნი ა.: კმმ, წითელი ფონი.

თერაპევტი: დიახ, წითელი ფონი და კიდევ რა?

ბ-ნი ა.: (დუმს)

თერაპევტი: ბ-ნო კ., ბ-ნო ვ., შეგიძლიათ, ბ-ნ ა-ს ნათქვამს რაიმე დაუმატოთ?

ბ-ნი კ.: და კიდევ ორნიშნა რიცხვი, მესამე ნიშანს ყველა თვითონ ირჩევს.

თერაპევტი: ეს სწორია, ბ-ნო ვ.?

ბ-ნი ვ.: დიახ, ეს სწორია.

თერაპევტი: კარგი, ეს სწორი იყო. ესე იგი, ჩვენ სამი ნიშნის მიხედვით უნდა დავაჯგუფოთ. შეგიძლიათ კიდევ ერთხელ გაიმეოროთ ყველა სამი ნიშანი ბ-ნო ა.?

(ბ-ნი ა. ყველა სამ ნიშანს სწორად იმეორებს).

თერაპევტი: კარგი, მაშინ თითოეულმა თავისი ბარათები დააღაგოს.

როგორც მაგალითი აჩვენებს, თერაპევტი ყოველთვის უნდა დარწმუნდეს, რომ დაეალება ყველა პაციენტმა გაიგო. მხოლოდ ამის შემდეგ დაიწყება დაეალების შესრულება.

ყველა მონაწილე ბარათებს დებს იატაკზე, თავის წინ.

თერაპევტი: ბ-ნო ლ., თუ შეიძლება, ჩაიხედეთ თქვენი მეზობლის ბარათებში, შესრულებული აქვს თუ არა მას დაეალება და დაგვისახელებთ მესამე ნიშანი?

ბ-ნი ლ.: დიახ, დაეალება შესრულებულია.

თერაპევტი: სწორია, შეგიძლიათ, კიდევ ერთხელ გვითხრათ ორივე წინასწარ მოცემული ნიშანი?

ბ-ნი ლ.: წითელი ფონი და ორნიშნა რიცხვი.

თერაპევტი: დიახ, ეს სწორია. და როგორ ფიქრობთ, რა არის მესამე საერთო ნიშანი?

ბ-ნი ლ.: სწორკუთხედი.

თერაპევტი: კარგია, ბ-ნო ლ., ორივე ბარათზე გვაქვს სწორკუთხედი. ბ-ნო ვ., ეს იყო მესამე ნიშანი?

ბ-ნი ვ.: არა, ეს კი არაა, არამედ. . .

თერაპევტი: ერთი წუთით, ბ-ნო ვ.! ჯერ ნუ გპეტყვით თქვენს მესამე ნიშანს! ჯერ გვინდა ისევ ჯგუფს შევეკითხოთ. ვინ ამჩნევს სხვა ნიშანს?

ქ-ნი ს.: ყველა სამივე ბარათს აწერია "შაბათი".

ბ-ნი ე.: დიახ, ესაა.

თერაპევტი: კარგი, ესე იგი ჩვენ ბ-ნ ვ-სთან ოთხი საერთო ნიშანი ვიპოვეთ: წითელი ფონი, ორნიშნა რიცხვი, შაბათი და სწორკუთხედი.

ბ-ნო ე., შეგიძლიათ ჩახედოთ თქვენი მეზობლის, ქ-ნი ს-ის ბარათებს?

(და ასე გრძელდება)

თერაპევტი მონაწილეთა დაეაღებაზე ორიენტირებულ ყველა შენატანს ინფორმაციულად ამბავებს. იგი ყოველთვის იძლევა უკუკავშირს, ანუ ჯგუფის არცერთ წევრს არ სტოვებს გაურკვეველობაში.

შეიძლება ისეც მოხდეს, რომ ჯგუფის რომელიმე წევრმა ვერ იპოვოს ერთ-ნაირნიშნიანი ორი ბარათი. ასეთ შემთხვევებში ჯგუფის ეს წევრი იღებს დამატებით ბარათებს, ან კიდევ მას "კონტროლის" დროს გამოსტოვებენ. თუ ჯგუფი ძალიან სუსტად მუშაობს (მაგალითად, ღრმა აშლილობა ყურადღების სფეროში), მაშინ შეიძლება დაეაღებების შესრულების წინ შერჩეული ნიშნები თითოეული მონაწილისათვის თვალსაჩინოდ ჩამოიწეროს, რათა გაადვილდეს მათი დამახსოვრება.

## საფეხური 2: ვერბალურ ცნებათა სისტემა

### 1. ცნებათა იერარქიები

თერაპიული მასალა შედგება ცალკეული სიტყვებისგან ან წინადადებათა ნაწილებისგან. თერაპევტი ერთ სიტყვას ან წინადადების ერთ ნაწილს წერს დაფაზე (მგ; ჩემოდნის ჩალაგება არდადეგებისათვის). ჯგუფის წევრები სხედან ნახევარწრეში. მათ მოეთხოვებათ, ნათქვამის გარშემო ის მთავარი სიტყვები დაასახელონ, რაც თავში მოუვათ. ამ ყველაფერს კოთერაპევტი ან რომელიმე პაციენტი დაფაზე წერს. დასაწყისში სასურველია, რომ დასახელებულ სიტყვათა რაოდენობა შემოისაზღვროს 25-30-ით. ასე თავიდან ავიცილებთ ინფორმაციის გადაძაბვების მოცულობის გადატვირთვას. მოგვიანებით უკვე შეიძლება დასახელდეს 50-დან 60 სიტყვამდე. ყველა დასახელებული სიტყვა შეფასების გარეშე (მგ: ასეთი თვალსაზრისით "აქ შესაფერისია / არ შეეფერება") უნდა ჩამოიწეროს დაფაზე. თუ, მაგალითად, უკვე 30 სიტყვაა ჩამოწერილი ( ჯგუფის წევრებს უნდა დაეათვლეინოთ სიტყვები), მაშინ თერაპევტი ჯგუფის რომელიმე წევრს სთხოვს, ყველა სიტყვა კიდევ ერთხელ ხმაშეღება წაიკითხოს. შემდეგ თერაპევტი სთხოვს, დაასახელონ მსგავსი სიტყვები, ნათქვამი დაასაბუთონ და იპოვნონ ამ სიტყვების გამაერთიანებელი "ზეცნება". სხვა დაფაზე (ან ფურცელზე) ეს გამაერთიანებელი ცნება (მგ: ტუალეტის საგნები) დაიწერება ერთი განსაზღვრული ფერით მასთან მიკუთვნებულ დასახელებულ სიტყვებთან ერთად ( მგ: ჯაგრისი, ფრხილების ხერხი, კბილის პასტა). შემდგომში გრძელდება ზეცნებების ძებნა, ეიდრე თავდაპირველად დასახელებულ სიტყვათა უმრავლესობა რომელიმე ზოგადი ცნების ქვეშ არ მოხვდება. წარმატებულ ჯგუფებში შეიძლება ზოგადი ცნების ქვეშ დაჯგუფებული სიტყვები კიდევ შეივსოს შესაბამისი სიტყვებით (მგ: ტუალეტის საგნებს დაემატოს საპარსი სითხე და საპონი).

ცალკეული ცნებითი იერარქიების დროს ეძლევათ "საშინაო დაეაღება". ამ

დროს აქ მოყვანილი მაგალითის ("ჩემოდნის ჩალაგება არდადეგებისათვის") შემთხვევაში შეიძლებოდა ერთ ან ორ პაციენტს კოტერაპეუტთან ერთად შეედგინა ჩემოდნის ჩალაგებისთვის საჭირო ნივთების ჩამონათვალი, იგი გაემრავლებინა და სხვა პაციენტებისთვისაც დაერიგებინა. თუ საშინაო დაეალება მიცემული იყო, აუცილებელია მომდევნო თერაპიული სეანსის დასწყისში მოხდეს მის გარშემო საუბარი.

## 2. სინონიმები

თერაპიული მასალა შედგება ცალკეული სიტყვებისაგან. მეთოდური მიდგომა ამ ჯგუფში პირველ რიგში ახსნილ უნდა იქნას მაგალითის საშუალებით.

აღფრედ ს. იყო თერაპეუტი, სილკე ბ. კი კოთერაპეუტი. ჯგუფს აკლდა ორი პაციენტი, ბ-ნი ლ. და ქ-ნი რ.

თერაპეუტი: ჩვენ დღეს ისევ უნდა მოვებნოთ ერთი სიტყვის მსგავსი სიტყვები, ისე, როგორც ეს ბოლო ჯერზე გავაკეთეთ. გაახსენდათ, ბ-ნო ვ?

ბ-ნი ვ.: დიახ, ჩვენ უნდა ჩამოგვეწერა "გადაწყვეტილება"-ს მსგავსი სიტყვები.

თერაპეუტი: სწორია. თითოეულს უნდა ჩამოეწერა "გადაწყვეტილება"-ს მსგავსი სიტყვები. ამის შემდეგ რას ვაკეთებდით ჯგუფში, ქ-ნო ს.?

ქ-ნი ს.: შემდეგ ჩვენ სიტყვებით წინადადებები შევადგინეთ და დაეუფიქრდით, იყო თუ არა განსხვავება.

თერაპეუტი: კარგი, ამჯერად თქვენ ყველაფერი ზუსტად გაიხსენეთ. დღეს მე დაფაზე ვწერ სიტყვას "სამუშაო". ახლა ყოველმა თქვენგანმა თავის ფურცელზე უნდა აღნიშნოს, თუ კიდევ რა მიმართებები არსებობს სამუშაოსთან დაკავშირებით. ბ-ნო ა. და ბ-ნო კ., ესე იგი, ჩვენ რა უნდა გავაკეთოთ?

ბ-ნი ა.: ჩვენ ვწერთ "სამუშაო"-ს მსგავსი სიტყვებს.

ბ-ნი კ.: და რამდენს?

თერაპეუტი: კარგია, რომ კითხვა დასვით, ბ-ნო კ. ალბათ თავიდან თითოეული მხოლოდ ერთ სიტყვას დაწერს. მას შემდეგ, რაც ბატონმა ა.-მ დაეალება სწორად გაიმეორა, შეგვიძლია დავიწყოთ.

(პაუზა)

ასე, ახლა შეგვიძლია ყველამ ჩვენი სიტყვა წაეკითხოთ? ქ-ნო ს., დაიწყებთ?

ქ-ნი ს.: სამსახური.

თერაპეუტი: დიახ, გავაგრძელოთ წრეში რიგის მიხედვით, ბ-ნო ა.?

ბ-ნი ა.: მოღვაწეობა.

თერაპეუტი: დიახ, ბ-ნო კ.

ბ-ნი კ.: დაკავებულობა.

კოთერაპეუტი: მეც, როგორც ქ-ნი ს.-ს, სამსახური მიწერია.

თერაპეუტი: მაშინ ახლა ბ-ნი ვ.

ბ-ნი ვ.: შრომა.

თერაპეუტი: სწორია. სილკე, შეგიძლია ყველა ჩამოთვლილი სიტყვა დაფაზე



ჩამოწერო? თითოეულმა მაგალითისათვის მხოლოდ ერთი წინადადება უნდა შედგინოს, სადაც გამოიყენებს თავის დაწერილ სიტყვას.

როგორც მაგალითიდან კარგად ჩანს, ჯგუფის ყველა მონაწილეს მოეთხოვება, წინასწარმოცემული სიტყვის მსგავსი სიტყვები მოძებნოს და იგი ფურცელზე ჩაინიშნოს. შემდეგ თითოეული ხმამაღლა კითხულობს თავის დაწერილ სიტყვას და ამ სიტყვით მაგალითისათვის შეადგენს წინადადებას (მანამდე სიტყვები დაფაზე ჩამოიწერება). შემდეგში, მაგალითის მიზნით შედგენილ წინადადებაში ეს სიტყვა უნდა ჩანაცვლდეს თავდაპირველი სიტყვით ("სამუშაო"), და ჯგუფმა გადაწყვიტოს, თუ რომელი სინონიმი ყველაზე უფრო ზუსტი, ეს მოსაზრება დასაბუთებულ უნდა იქნას.

### 3. ანტონიმები

თერაპიული მასალა კვლავ ცალკეული სიტყვებისგან შედგება. თავდაპირველად თერაპიული მიდგომის ხერხი "სინონიმები"-ს ანალოგიურია. (წინასწარ მოცემულია სიტყვა – თითოეული საკუთარ ფურცელზე ჩაინიშნავს სიტყვას, რომელსაც წინასწარმოცემული სიტყვის საპირისპირო მნიშვნელობა აქვს – თითოეული ხმამაღლა წაიკითხავს ამ სიტყვას – ყველა სიტყვა ჩამოიწერება დაფაზე).

შემდგომში ჯგუფის წევრები მსჯელობენ ყოველი მოძებნილი სიტყვის გარშემო, არიან თუ არა ისინი მართლაც თავდაპირველი სიტყვის საპირისპირო მნიშვნელობისა. აქაც სასურველია მუშაობა ნაწილობრივ მაგალითების მოყვანით, რათა თითოეული მონაწილისათვის სიტყვის ინდივიდუალური მნიშვნელობა უკეთ იქნას ახსნილი.

პრაქტიკამ აჩვენა, რომ თერაპევტები ხშირად იძულებულნი არიან, მოახდინონ სტრუქტურირება და განმარტება. ვთქვათ, მაგალითად, სიტყვა "კაცი"-ს ანტონიმი უნდა მოინახოს. მონაწილეები სხვა სიტყვებთან ერთად ასახელებენ ისეთ სიტყვებს, როგორცაა "ყმაწვილი, ბაეში, ქალი". აქ თერაპევტის ამოცანა იმაში მდგომარეობს, რომ ჯგუფის წევრებისათვის გასაგები გახადოს, რომ აქ ლაპარაკია საპირისპიროს მოძებნის სხვადასხვა განმსაზღვრელზე:

კაცი – ყმაწვილი;

განმსაზღვრელი: ასაკი, სიმაღლე

კაცი – ქალი

განმსაზღვრელი: სქესი

კაცი – ბაეში;

განმსაზღვრელი: განვითარება, სიმაღლე

ჯგუფი დაცულ უნდა იქნას ზედმეტად ძნელი დავალებისაგან. თერაპევტები წინასწარი მოსამზადებელი საუბრის დროს კარგად უნდა დაფიქრდნენ, თუ ჯგუფის ამუშავებელი დონე როგორი დავალებისთვისაა შესაფერისი.

### 4. სიტყვათა დეფინიცია

ამ საეარჯიშოს აქვს შემოფარგლული როლური თამაშის ხასიათი. მუშაობა მიმდინარეობს ცალკეულ სიტყვებზე, რომლებიც ერთმანეთისგან განსხვავებულიან უკვე ცნობილი ისეთი კატეგორიებით, როგორცაა "საგნობრივად ხაზგასმუ-

ლი“ და “აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთაეი“, ასევე “საგნობრიობა“ და “აბსტრაქტულობა“ (შეადარე ასევე თავი 4.1). მონაწილეებს ყოველთვის უფრო უადვილდებათ საეარჯიშოები საგნების აღნიშვნელი სიტყვებით, ამიტომაც დასაწყისში მუდამ ასეთი საეარჯიშოები გამოიყენება. მაგალითად, ქვემოთ მოყვანილი საეარჯიშო ეხება სიტყვა “კარი“-ს განმარტებას. ჯგუფს წარუდგენენ კოთერაპევტის ისე, თითქოს იგი არის “ვინმე, ვინც სხვა ცივილიზაციის წარმომადგენელია და წარმოდგენა არა აქვს, თუ რა არის კარი“. მთელი ჯგუფი, თერაპევტის ჩათვლით, მის გარშემო ნახეარწრედ ჯდება. თერაპევტი სთხოვს ჯგუფის წევრებს, რომ მათ “კოთერაპევტს“ შეძლებისდაგეარად დაწერილებით, ზუსტად და გასაგებად აუხსნან, თუ რა არის “კარი.“ როგორც დახმარება, შეიძლება ჯგუფთან ერთად წინასწარ დამუშავდეს, თუ რომელი მონაცემებია მნიშვნელოვანი რაიმე საგნის აღწერისათვის; ეს დამხმარე საშუალებები დაიწერება დაფაზე (მე: მასალა, ადგილმდებარეობა, ზომა, ფერი, ფუნქცია, ფორმა). შემდეგ საგანი (“კარი“) აღიწერება მოცემული დამხმარე მასალის გათვალისწინებით.

მაგალითი: “კარი არის ხის, პლასტმასის, მინის ან მეტალისგან გაკეთებული ბრტყელი რამ.“ (მასალა)

“ყველა ოთახის კედელში დატანებულია დიდი ღიობი, რომლის საშუალებითაც შეიძლება ოთახში შესვლა ან იქიდან გამოსვლა. ბრტყელი საგნის საშუალებით აღებენ და კეტავენ ამ ღიობს.“ (ფუნქცია)

“კოთერაპევტს“ უფლება აქვს, ჯგუფის წევრებს გამიზნულად კითხვები დაუსვას ან დამატებით შეეკითხოს, თუ “იგი რაღაცას ვერ მიხვდა“ (მაგალითად, თუ აღწერა არასაკმარისად ზუსტია). იგი ასევე ყოველი სხდომის შემდეგ იმეორებს (როცა ჯგუფის თითოეულ წევრს უკვე მიცემული აქვს ახსნა), “თუ აქამდე რა იცის მან კარის შესახებ“. წარმატებული ჯგუფის შემთხვევაში კოთერაპევტის როლი შეიძლება რომელიმე პაციენტმა აიღოს.

კონკრეტული ცნებების გამოყენების დროს ეს საეარჯიშო პაციენტებს შედარებით უადვილდებათ. აბსტრაქტული ცნებების შემოტანის შედეგად შეიძლება წარმოიქმნას მნიშვნელოვანი სიძნელებები.

### 5. ბარათები სიტყვებით

თერაპიული მასალა შედგება ბარათებისგან. თითოეულ მათგანზე სწერია ორი სიტყვა, რომელთაგანაც ერთ-ერთი ხაზგასმულია (მაგალითი: “კალამი – მელანი“). პაციენტი ა. მიიღებს ორი სიტყვის შემცველ ერთ-ერთ ბარათს და თერაპევტის თხოვნით მას ხმამაღლა კითხულობს (მაგრამ არ უმიხვლს ჯგუფს, თუ რომელი სიტყვაა ხაზგასმული!). მან უნდა დამხმარე სიტყვა მოიფიქროს, რომელსაც ხაზგასმულ სიტყვასთან ისეთი დამოკიდებულება აქვს, რომ ჯგუფის წევრები მიხვდნენ, თუ რომელი სიტყვაა ხაზგასმული. დამხმარე სიტყვა უნდა ძირითადი სიტყვა იყოს და თავად არ უნდა შეიცავდეს ხაზგასმულ სიტყვას. მაგალითად, ამ შემთხვევაში, არ შეიძლება დამხმარე სიტყვა იყოს “სამელნე.“ თითოეული მონაწილე თავის ფურცელზე წერს იმ სიტყვას, რომელიც პგონია, რომ ხაზგასმულია. სიტყვის ჩანიშვნის შემდეგ თითოეული ხმამაღლა კითხულობს თავის ვარიანტს და მას ასაბუთებს.

მაგალითი: პაციენტმა ა-მ დამხმარე სიტყვად დაასახელა “ლაქა“.

ჯგუფის ერთ-ერთმა წევრმა, ბ.-მ ჩაინიშნა სიტყვა "მელანი" და დაასაბუთა, რომ ლაქა შეიძლება გაჩნდეს მელნისაგან და ისეთი კალმისაგან, რომლის შიგთავსიც მელანიაა.

თუ ჯგუფის წევრთა უმრავლესობამ ერთი და იგივე სიტყვა მონიშნა, მაშინ ეკითხებიან პაციენტ ა-ს, მართლაც ეს სიტყვა არის თუ არა ხაზგასმული.

თუ ჩაინიშნული სიტყვები ძალიან განსხვავდება ერთმანეთისგან, მაშინ სთხოვენ პაციენტ ა-ს, სხვა დამხმარე სიტყვა დაასახელოს, და თითოეული მონაწილე ხელახლა ჩაინიშნავს თავის ვარიანტს.

ეს მიმდინარეობა შეიძლება განმეორდეს და მესამე ან მეოთხე დამხმარე სიტყვაც იყოს მოძებნილი.

თუ ხაზგასმული სიტყვა უკვე მოიძებნა, შემდეგში ჯგუფს შეუძლია მოიფიქროს სხვა შესაფერისი დამხმარე სიტყვები.

თუ ჯგუფს მნიშვნელოვანი პრობლემები აქვს ყურადღების კონცენტრაციის მხრივ, მაშინ სასურველია, რომ ორივე სიტყვა დაფაზე დაიწეროს (რა თქმა უნდა, იმ სიტყვას, რომელსაც დამხმარე სიტყვა უნდა მოეძებნოს, ხაზი არ უნდა ქონდეს გასმული).

#### 6. ცნებები სხვადასხვა მნიშვნელობით, კონტექსტის მიხედვით

თერაპიული მასალა შედგება, რამდენადაც ეს შესაძლებელია, კონკრეტული საგნებისგან ან ასევე ცალკეული სიტყვებისგან. მაგალითად, მიმდინარეობის დროს საჭიროა განიმარტოს "ლომი". ამ სავარჯიშოს მიზანია, დამუშავებულ იქნას ერთი და იგივე სიტყვის სხვადასხვა მნიშვნელობა, თუ იგი გამოიყენება სხვადასხვა შინაარსობლივი მიმართებით. მაგალითად, სიტყვა "ლომი" მეტყველებაში გამოიყენება ორი მნიშვნელობით, როგორც ცხოველის აღმნიშვნელი და როგორც სამუშაო იარაღი. ამ სავარჯიშოს ჯგუფში დაწყებისას, პირველი საათების განმავლობაში, თერაპევტები მუშაობენ კონკრეტულ საგნებზე, რათა მონაწილეთათვის შემცირდეს აბსტრაქტულობის ხარისხი.

საგანთა დემონსტრირება ყოველთვის როდია შესაძლებელი (მაგალითად, ლომს ვერ მოიყვან). ამ შემთხვევაში სასურველია გამოყენებულ იქნას ფოტოსურათი, ნახატი და ა.შ.

ჯგუფი ზის ნახევარწრეში. საგნები ალავია იატაკზე. თითოეულ წევრს მოეთხოვება, შეადგინოს ერთი წინადადება სიტყვა "ლომი"-ს გამოყენებით. შემდეგ უნდა ითქვას, თუ რომელი "ლომი" იყო ნაგულისხმები.

მაგალითი: "ლომი აფრიკის კონტინენტზე ბინადრობს". (ცხოველი)

"ლომით კედლის დანგრევა შეიძლება". (სამუშაო იარაღი)

ბოლოს ჯგუფი წერს, თუ რითი განსხვავდება და რა აქვს საერთო "ლომი"-ს ორ მნიშვნელობას. ეს შეიძლება გაკეთდეს, მაგალითად, ცხრილის სახით. აქ შეიძლება კვლავ გამოყენებულ იქნას ადრე ნასწავლი სავარჯიშოები, თუნდაც, მაგალითად, გამაერთიანებელი ცნებების შემუშავების სავარჯიშო.

ა. განსხვავება:

ლომი – (ცხოველი)

წარმოშობა:

ცოცხალი არსება

ფორმა:

ოთხფეხა ცხოველის

ფიზიკური შემადგენლობა:

ორგანული ქსოვილები

დანიშნულება:

ველური, მტაცებელი ცხოველი

ლომი – (იარალი)

წარმოშობა:

ინდუსტრიის პროდუქტი

ფორმა:

ცილინდრისებრი

ფიზიკური შემადგენლობა:

მეტალი, რკინა

დანიშნულება:

მყარი, მტკიცე საგნების დასანგრევად

ბ. საერთო ნიშან-თვისებები:

ლომი – ლომი

ორივე ძლიერია

ორივე მიიმეა

და ა. შ.

თუ ჯგუფი წარმატებულია, საჭირო აღარ ხდება კონკრეტული საგნების გამოყენება. თერაპეტი მხოლოდ წერს სიტყვას დაფაზე (მგ: “ლომი”), და სთხოვს ჯგუფის წევრებს, შეადგინონ მაგალითის მიზნით წინადადებები. კონტექსტიდან გამომდინარე სიტყვის სხვადასხვა მნიშვნელობები, შედგენილი წინადადებების მიხედვით, მონაწილეებმა თვითონ უნდა განსაზღვრონ. აქ, მდგომარეობისდა მიხედვით, კოთერაპეტი მისახმარებლად მზად უნდა იყოს. ჯგუფის შემდგომი მსვლელობა ანალოგიურია პირველად მოყვანილი მაგალითისა.

**საფეხური 3: ძებნის სტრატეგიები**

პაციენტი ა. და კოთერაპეტი ქმნიან ერთ “გუნდს“, რომელიც ოთახში არსებული საგნებიდან რომელიმეს ჩაიფიქრებს. კონტროლის მიზნით, არჩეული საგნის ჩანიშვნა ხდება ფურცელზე – მაგრამ მისი წაკითხვა დანარჩენმა ჯგუფმა ვერ უნდა შეძლოს. ჯგუფს ეძლევა დავალება, რომ ეს საგანი მიზანმიმართული კითხვების დასმის საშუალებით გამოიცნოს. მონაწილეები რიგ-რიგობით უსვამენ კითხვებს ა-ს, რომელმაც მათ მხოლოდ “დიახ” ან “არა” უნდა უპასუხოს. კოთერაპეტი, თუ ეს საჭიროა, ეხმარება ა-ს. თითოეულ მონაწილეს შეუძლია მაქსიმუმი ორი კითხვა დაუსვას ა-ს (სხვა მონაწილეებში ყურადღების კონცენტრაციის გაძნელების რეღუქცია). თუ მონაწილე თავის პირველ კითხვაზე პასუხად მიიღებს “არა“, მაშინ მის მეზობელს სთხოვენ, ა-ს შემდეგი კითხვა დაუსვას. ის მონაწილე, რომელიც თავისი კითხვით საგნის გამოცნობას ხელს შეუწყობს, შემდგომში ახალ საგანს ჩაიფიქრებს და ახლა მას შეეკითხებიან

მონაწილეები.

დასაწყისში ისე ხდება, რომ პაციენტები კონკრეტულ კითხვებს სვამენ (მაგ: "ეს ყვეთელი ფესვსაცმელია?", "ეს წითელი ფარდაა?"). ზოგად კითხვებს დასაწყისში შედარებით იშვიათად სვამენ ( მაგ: "დევს ეს საგანი იატაკზე?"). როგორც კი მონაწილე ზოგად კითხვას დასვამს, ეს მაშინვე განსაკუთრებულად უნდა იქნას წახალისებული თერაპევტის მხრიდან. მან შეიძლება ჯგუფს იმაზეც მიუთითოს, რომ ზოგად კითხვაზე არა"-ს მიღების ალბათობა მნიშვნელოვნად მცირეა და ასე საგნის დასახელებამ შეიძლება სისტემატურად წრეში იტრიალოს. მოგვიანებით, სავარჯიშოების შესრულებისას, თერაპევტი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს იმას, რომ ძირითადად ზოგადი კითხვები იქნას დასმული. ერთი თერაპიული საათი შეიძლება, მაგალითად, იმას დაეთმოს, რომ შეგროვებულ და ჩამოწერილ იქნას ზოგადი კითხვები. მიმდინარეობის ეს ხერხი განსაკუთრებით მაშინაა მნიშვნელოვანი, როცა სვერო, რომელსაც მოსაძებნი საგანი მიეკუთვნება, თერაპიის ოთახის გარეთ მდებარეობს.

ზოგადი კითხვების დასმას ჯგუფში ხელი შეიძლება იმითაც შეეწყოს, რომ თერაპევტი პერიოდულად აწყობს პატარა "შეჯიბრს": მონაწილეს ეძლევა უფლება, დასვას კითხვების შეუზღუდავი რაოდენობა, მანამდე, სანამ პასუხად "არა"-ს არ მიიღებს. მოხდება აღნიშვნა, თუ ვინ შეძლო ზედიზედ ყველაზე მეტი კითხვების ფორმულირება.

როგორც უკვე აღნიშნული იყო, დავალების სირთულე გარკვეული თერაპიული დროის გასვლასთან ერთად იზრდება იმ გზით, რომ სიერცხე, სადაც შეიძლება მოსაძებნი საგანი იმყოფებოდეს, ფართოვდება ( მაგალითად, თერაპიის ოთახი, განყოფილება, კლინიკა, ქალაქი...).

ზოგიერთ ჯგუფში ისეც ხდება, რომ პაციენტები როგორც "საგანს", ასახელებენ "ჰაერს", "სულს", და მსგავსი. ასეთ შემთხვევებში, ცხადია, კოთერაპევტი არ უნდა დაეთანხმოს. გარემოებისდა მიხედვით, ზოგჯერ ასევე აუცილებელია ცნება "საგანი"-ს დეფინიციაც მოხდეს ჯგუფში.

### 5.3 სოციალური აღქმა

ქვეპროგრამის აღწერა ორ ნაწილადაა დაყოფილი. ნაწილში 5.3.1 ქვეპროგრამის ჩატარების შინაარსობლივი და ფორმალური წინაპირობებია აღწერილი. 5.3.2 მაგალითებზე დაყრდნობით თვალსაჩინოს ხდის ქვეპროგრამის სამივე საფეხურის თერაპიულ მიმდინარეობას. თერაპიული მასალა წარმოდგენილია თავში 8. 2.

#### 5. 3. 1 ქვეპროგრამის გაძღოლა

ქვეპროგრამის გაძღოლისა და დასაბუთებისათვის მნიშვნელოვანია პაციენტებისა და მათი აშლილობების, ასევე მათი ბიოგრაფიების კარგი ცოდნა. მაგალითად, თუ პაციენტი უჩივის დამახინჯებულ, დიფუზურ აღქმას, მაშინ მისთვის თერაპიულ ჯგუფში მონაწილეობის აუცილებლობა შეიძლება დამაჯერებლად დავასაბუთოთ მის მიერვე განცდილ, საკუთარ ჩივილებზე დაყრდნობით. დამახასიათებელ ჩივილებზე მორაცემების კარგად მოპოვება ფრანკფურტის ჩივილების კითხვარის გამოყენებით ხდება (მაგ: "შე იძულებული ვარ ჩემი მხერვა ძალიან მტკიცედ ერთ წერტილზე მიემართო, სხვაგვარად ყველაფერი ქრება." "ზოგჯერ

რადიკალს ეხება. მაგრამ დარწმუნებული არა ვარ მის არსებობაში, იქნებ ეს მხოლოდ წარმოდგენაა.“).

ხშირად, უკვე პირველივე სლაიდის ჩვენება მოტივაციის შექმნაზე ზეგავლენას ახდენს, მითუმეტეს, თუ პაციენტები სურათის ისეთ დეტალებს შეამჩნევენ, რაც სხვა შემთხვევაში მხედველობიდან გამორჩეულია.

აუცილებელი წინაპირობა თერაპევტების მხრიდან არის თერაპიის დაწყებამდე სურათების შინაარსის გაცნობა. აქ მოგვეხმარება წინასწარი ფიქტიური როლური თამაში თერაპევტსა და კოთერაპევტს შორის, რათა საჭირო სლაიდების ყველა დეტალი თერაპიის დაწყებამდე მათთვის უკვე ნაცნობი იყოს.

ამ ქვეპროგრამის ჩატარებისას კოთერაპევტის მონაწილეობა ერთმნიშვნელოვნად აუცილებელი არ არის, მაგრამ მაინც ძალიან სასურველია (კოთერაპევტის ფუნქციები: შეადარე ზემოთ 5. 1 ). წამყვანი თერაპევტი მეტწილად დაეალებაზე ორიენტირებულად მუშაობს, ეს ნიშნავს, მაგალითად, რომ ის ყურადღებას აქცევს საფეხურების – “ინფორმაციის შეგროვება“, “ინტერპრეტაცია და დისკუსია“, “სათაურის მოძებნა“- თანმიმდევრულ მონაცვლეობას.

სლაიდების სერია ერთმანეთს შეედარება და ემპირიულად შემოწმდება შემდეგი თვალთახედვის “კონკრეტული კომპლექსურობა, შესაბამისად სტიმულთა რაოდენობა“ და “ემოციური დატვირთვა“ კუთხით. ძირითადი წესია, რომ თერაპევტებმა დასაწყისში რამდენადაც შესაძლებელია მარტივი სლაიდი (არ უნდა იყოს კონკრეტულად კომპლექსური და ემოციურად დამტვირთავი) უნდა შეარჩიონ. მოგვიანებით მოთხოვნები ჯგუფის მიმართ იზრდება. ამის გათვალისწინებით, თითოეულ სლაიდს მიცემული აქვს შესაბამისი სტატისტიკური შეფასება (პროცენტული რაოდენობა). დამატებით, თითოეულ სლაიდს ეძლევა სათაური (წარწერა). თერაპევტებს ურჩევენ, რომ ორიენტირება მოახდინონ ამ სტატისტიკურ შეფასებაზე.

თერაპიის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია შემდეგი წინასწარი მომზადება: სლაიდებთან ერთად აუცილებელია პროექტორის და პროექციისათვის გამოსადეგი სიბრტყის არსებობა. სეანსის დაწყებამდე ყველა საჭირო ხელსაწყო უნდა შემოწმდეს მათ გამართულ მუშაობაზე და წინასწარ ცნობილი უნდა იყოს, თუ რა აპარატურა გეაქვს ხელთ.

არა მარტო აპარატურა, განათებაც კი სიტუაციის შესაბამისი უნდა იყოს (ჩაბნელებს ოთახი).

ჯდომის ფორმა მნიშვნელობის მქონეა. თითოეულ პაციენტს უნდა ჰქონდეს მზერიითი კონტაქტი ყველა სხვა პაციენტთან, თერაპევტთან და კოთერაპევტთან. თერაპევტმა პაციენტები უნდა დასვას ნახევარწრედ, პროექცირებული სურათის გარშემო. უკეთესია, თუ თავად იგი დაჯდება ამ ნახევარწრის შუაში. მან უპრობლემოდ უნდა შეძლოს თითოეული პაციენტის და ეკრანის დანახვა.

თითოეული სეანსი დაახლოებით 60 წუთს გრძელდება. ქვეპროგრამის დასაწყისში ერთი სლაიდის აღწერა იკავებს ერთ ან ორ სეანსს, მოგვიანებით ( დაახლოებით ექვსი, შვიდი სლაიდის შემდეგ), ერთი სეანსი შეიძლება საკმარისი აღმოჩნდეს ერთი, ან სულაც ორი სლაიდისათვის. თუ თერაპევტები პარალელურად ორ ქვეპროგრამას ატარებენ ( მგ: “კონკრეტული დიფერენციაცია“ და “სოციალური აღქმა“), მაშინ უკეთესია, რომ ყოველთვის თერაპია დაიწყოს “სო-

ციალური აღქმით“, ვინაიდან წინასწარ ძნელია იმის თქმა, თუ ჯგუფს რამდენი დრო დასჭირდება ერთი სლაიდისათვის, 20 თუ 40 წუთი.

თითოეული სლაიდის საფეხურებრივ აღწერას ინფორმაციის შეგროვებიდან ინტერპრეტაციების შესახებ მსჯელობამდე და სათაურის მოძებნამდე მინაწილებები, გამოცდილების მიხედვით, საკმაოდ სწრაფად ითვისებენ და მიჰყვებიან. თერაპევტებს შეუძლიათ, მაგრამ ვალდებულნი არ არიან, მიუთითონ საფეხურებრივი მიმდინარეობაზე. სლაიდების სერიის პირველი სურათებისათვის ინფორმაციის შეგროვებას, მეტწილად, უფრო მეტი დრო სჭირდება

### 5.3.2 ქვეპროგრამის ცალკეული საფეხურების აღწერა

ქვეპროგრამა “სოციალური აღქმა“ ხასიათდება სტრუქტურირების მაღალი ხაინსხით. ეს განაპირობებს იმას, რომ თერაპევტის ქცევის სტილი არის დირექტიული (არა ავტორიტატორული!). სამი საფეხურის ზუსტი დაცვა ინფორმაციის შეგროვებიდან სათაურის მოძებნამდე მნიშვნელოვანია, რადგან, მაგალითად, ნაკლები და არასრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვების შემთხვევაში, პაციენტებს დისკუსიის დროს დააკლდებათ არგუმენტები. ასეთ შემთხვევებში, პაციენტების მხრიდან, გამოიყენებულ იქნება და შეიძლება სულაც გააძლიერდეს აღქმის ძველი მეთოდები, იმის მაგივრად, რომ შეიქმნას ახალი ინტერპრეტაციის შესაძლებლობები. თუ ინტერპრეტაციის ფაზა დროზე ადრე დაიწყება, მაშინ ხშირად ზოგიერთი პაციენტი დარჩება იმ დეტალებზე ფიქსირებული, რომლებიც ჯგუფის მიერ ნახსენები არ იქნა, მაგრამ მათ მიერ იქნა შემჩნეული. მათ აზროვნებაში ეს არხსენებული დეტალები დაიჭერენ დომინანტურ ადგილს და ამის გამო მათი ყურადღება სურათის სხვა შინაარსების მიმართ თავიდანვე მთლიანად დაიკარგება.

#### საფეხური 1: ინფორმაციის შეგროვება

ჯგუფს აჩვენებენ ერთ-ერთ სლაიდს, რის შემდეგაც თერაპევტი მოუწოდებს მათ, შეაგროვონ დეტალები – ჯერ რიგის მიხედვით – ყურადღებას გაამახვილებს დაეიწყებულზე, მოითხოვს სურათის მნიშვნელოვანი სტიმულების განსაკუთრებულად დამუშავებას, ასევე, უკვე ხსენებული დეტალების შეჯამებას. შემდგომში მან უნდა წაახალისოს პაციენტთა გამონათქვამები და შესაძლო გაურკვეველობა განმარტოს.

კომპლექსურ სლაიდზე მუშაობისას თერაპევტი მას რამდენიმე მონაკვეთად ყოფს, ისე რომ, მაგალითად, პაციენტები ჯერ კონცენტრაციას ახდენენ მხოლოდ მარცხენა ნახევარზე ( ფოკუსირების მომდევნო შესაძლებლობანი: წინა- და უკანა პლანი, პიროვნებები, ტანსაცმელი). აღქმის ეს ფოკუსირება გეგმარება, რომ სტიმულები პაციენტებისათვის შესაძინევი იყოს.

შემდგომში მიმდინარეობა წარმოდგენილია ცალკეული მაგალითებით, ასევე თერაპიული სეანსების ერთმანეთთან დაკავშირებული მონაკვეთებით. აქ მოყვანილი მაგალითი წარმოდგენს ამ ქვეპროგრამის მნიშვნელოვანი პირველ სეანსს. ჯგუფი შედგება 6 პაციენტისგან ( ბ-ნი ს., ბ-ნი ფ., ქ-ნი ა., ბ-ნი სა., ბ-ნი ე., ბ-ნი სტ. ) და ერთი თერაპევტისგან. პროეცირებულ სურათზე გამოხატულია ახალგაზრდა ქალი, რომელიც ფანჯარასთან დგას და შემინებული გასკურებს ქუჩას.

თერაპევტის მიერ გამოყენებული ტექნიკების დემონსტრირება ხდება შემდეგი ცალკეული გამონათქვამებით:

- ფოკუსირება: "ახლა ჩვენ აღვიწერთ მხოლოდ სურათის შუა ნაწილს."

- დაიწყოებულზე მითითება: "ახლა ვინმეს შეუძლია, სახე უფრო დაწვრილებით აღწეროს?"

- სურათის მნიშვნელოვანი ნაწილების დაბრუნება: "შეუძლია ვინმეს აღწეროს, თუ როგორ ალეს გოგონა პირს?"

- წახალისება: "თქვენ პირის ფორმა ძალიან ზუსტად შენიშნეთ, ბ-ნო სა. თქვენ ზუსტად ახლა ძალიან მნიშვნელოვანი რამ აღგვიწერეთ."

- შეჯამება: "ქ-ნო პ., თქვენ უკვე საკმაოდ ბევრი რამ აღმოაჩინეთ. ქალი გრძელი ყავისფერი თმით, მუქი თაფლისფერი თვალებით, ის ატარებს ძეწკეს, რომელიც ან ვერცხლისაა, ან შეიძლება სხვა მეტალის იყოს. მისი კაბა იასამნის ფერისაა."

მთლიანობაში ამ თერაპიული საფეხურის სტრუქტურირებული მიმდინარეობა შემდეგი მაგალითით ჩანს:

თერაპევტი: ახლა ჩვენ მხოლოდ სურათის შუა ნაწილს აღვიწერთ.

ბ-ნი ვ: ეს ნიშნავს, რომ ჩვენ მხოლოდ სახეს უნდა შევხედოთ?

თერაპევტი: დიახ, ბ-ნო ვ, აბსოლუტურად მართალი ბრძანდებით, მხოლოდ სახეს. (პაუზა) ვის შეუძლია სახე დაწვრილებით აღწეროს? თქვენ, ბ-ნო სტ?

ბ-ნი სტ: დიახ, მაშასადამე, არა, მე ამის გაკეთებას ვერ შევძლებ.

თერაპევტი: ბ-ნო ს., შეგიძლიათ, მივხმაროთ ბ-ნ სტ.-ს?

ბ-ნი ს.: ყავისფერი თმები, მას აქვს ყავისფერი სახის ფერი, მუქი ყავისფერი თმები აქვს მას, დიახ, მთლად მუქი ყავისფერი თმები.

თერაპევტი: კმ, კარგით, ბ-ნო ს.

ბ-ნი ს.: დიახ, ვიცი, მე სკოლაში ყოველთვის კარგად ვსწავლობდი. მას კიდევ ბოლოკაბა აცვია. მორჩა, მე უკვე ყველაფერი ვთქვი.

თერაპევტი: კარგი, ბ-ნო ს., თქვენ ჩვენ რაღაც მნიშვნელოვანი გეითხართ.

ბ-ნი ს.: დიახ, მეტი სათქმელი უკვე აღარ მაქვს.

ბ-ნი სა.: ასე არაა, მას კიდევ გრძელი თმები აქვს.

ბ-ნი ვ: დიახ, ყავისფერი, გრძელი თმები.

ქ-ნი პ.: ისევე, როგორც მე მქონდა ადრე.

თერაპევტი: კარგი, აქამდე. . . ( ბ-ნი სტ. თერაპევტს სიტყვას აწყვეტინებს).

ბ-ნი სტ: თმები შეიძლება ყავისფერი იყოს, მაგრამ ასევე თავისუფლად შეიძლება, რომ ისინი შავი იყოს. მე თავად უფიქრობ, რომ ალბათ უფრო ყავისფერია, ვინაიდან მას კიდევ აქვს ჭორჭლი თუ რაღაც ამდაგვარი ლოყებზე. ყელის ირგვლივ მას კიდევ ჯაჭვი აქვს, არა, პატარა ძეწკვი.

თერაპევტი: კარგი, ბ-ნო სტ. თქვენ ზუსტად შეამჩნიეთ. აბსოლუტურად სწორია.

ბ-ნი ვ: დიახ, ზუსტად როგორც ხისგან გაკეთებული ან რაღაც მსგავსისგან, რაღაც ყავისფერისგან. მას კიდევ აქვს მეორე ჯაჭვიც, მაგრამ იგი ვერცხლისაა.



ქ-ნი პ.: დიახ, ბოლოკაბა, იგი მთლად ყავისფერია.

თერაპევტი: დიახ, ქ-ნო პ., თქვენ უკვე რაღაც მნიშვნელოვანზე მიუთითეთ, მაგრამ ეხლა ჩვენ ჯერ ცოტა ხანს კიდევ სახეზე გვინდა გაეამახვილოთ ყურადღება. ბ-ნმა სტ-მ, ბ-ნმა ს-მ, ბ-ნმა სა-მ და ბ-ნმა ვ-მ უკვე ძალიან ბევრი რამ აღმოაჩინეს ამ სურათზე. ეს არის ქალი ყავისფერი, გრძელი თმებით, მუქი ყავისფერი თვალებით, მას აქვს ყავისფერი სახის ფერი, ლოყებზე აქვს მცირე-ოდენი ჭორფლი ან რაღაც ამდაგვარი, და იგი ატარებს ორ ჯაჭვს. ერთი მათგანი მეორეზე გრძელია, ერთი მათგანი ალბათ ხისგანაა, მეორე კი ვერცხლისაა.

ქ-ნი პ.: ოჰ, მას საერთოდ არა აქვს კბილები.

ბ-ნი სა.: დიახ, კბილები საერთოდ არ ჩანს.

თერაპევტი: კარგით, ქ-ნო პ. და ბ-ნო სა., თქვენ ახლა ჩვენ რაღაც მნიშვნელოვანი გეითხარით, რაც აქამდე ჯერ არ თქმულა.

ბ-ნი ს.: დიახ, მაგრამ შეიძლება ისეც იყოს, რომ კბილები არ ჩანდეს, მაგრამ მას მაინც აქვს კბილები.

ბ-ნი ვ.: თუ შენ პირი ღია გაქვს, მაშინ მეც ვერ ვხედავ კბილებს, ვინაიდან ტუჩები ფარავენ კბილებს.

თერაპევტი: შესანიშნავია, ბ-ნო ვ., თქვენ ახლა ჩვენი ყურადღება იმაზე გამახვილეთ, რომ როცა პირი ღიაა, ზოგიერთ შემთხვევაში კბილები არ ჩანს ხოლმე. (პაუზა)

შეუძლია ვინმეს აღწეროს, თუ როგორ აქვს გოგონას პირი დაღებული?

ბ-ნი ს.: დიახ, ვფიქრობ, ასე, ნახევრად ღია აქვს.

ბ-ნი ფ.: ჩანს ტუჩები, რომლებიც პირის გარშემო განლაგებული და კიდევ ჩანს შიგნითა, რომელიც მუქია.

ქ-ნი პ.: დიახ, პირი ღიაა, სხვაგვარად ვერ დავინახავდით პირის შიდა ნაწილს.

თერაპევტი: თქვენ ეს ძალიან ზუსტად შენიშნეთ, ქ-ნო პ. და ბ-ნო ფ.

ბ-ნი ფ.: დიახ, ასეა, ქ-ნი პ. სწორია, თუ პირი დახურული იქნებოდა, ანუ პირმოკუმული იქნებოდა, მაშინ სიმუქე შესამჩნევი არ იქნებოდა.

დიახ, ქალს თუ გოგოს პირი ნახევრად ღია აქვს, ისევე, როგორც ეხლა მე ამას ვაკეთებ (იგი ამას აჩვენებს), ნახევრად ღია, მაგრამ მეტი არც არაფერი.

თერაპევტი: კარგი, ბ-ნო ფ., თქვენ ამწუთას გვიჩვენეთ, თუ როგორ აქვს მას პირი ღია. . . (პაუზა) და თქვენ, ბ-ნო სა., როგორ ფიქრობთ?

ბ-ნი სა.: დიახ, აქ არაფერი განსაკუთრებული არ ხდება, უბრალოდ, რომ მას პირი ღია აქვს.

ქ-ნი პ.: ქალს პირი აქვს გაღებული, ამას ყველა ხედავს, რადგან ტუჩები პირის გარშემო განლაგებული და ჩანს პირის ღრუს სიმუქე.

შემდეგი ორი მაგალითი იმას ემსახურება, რომ ყურადღება იქნას გამახვილებული თერაპიული მოქმედების შეცდომებზე.

თერაპევტი: ასე, მოდით, ახლა დაეიწყეთ. რას ხედავთ? (დუმილი) ბ-ნო ა., რას ხედავთ?

ბ-ნი ა.: წითელ შალს.

თერაპევტი: ბ-ნო ბ.?

ბ-ნი ბ.: დიახ, წითელ შალს.

თერაპევტი: ბ-ნო გ.? დიახ, დიახ, მეც იგივეს ვხედავ.

წოდების უნარი აღქმის დარღვევების მქონე პაციენტებში ძალიან არაზუსტია. მათი აღქმის სტრუქტურირების მაგიერ ( მაგალითად, სურათის გარკვეულ შინაარსებზე ყურადღების ფოკუსირების გზით ), ასეთი დასაწყისი დაბნეულობას იწვევს. თერაპევტი პაციენტთა შენატანებზე უკუკავშირსაც არ იძლევა.

იმის გამო, რომ ასეთ პაციენტებს არა აქვთ უნარი, ერთმანეთისგან განასხვავონ არსებითი და არაარსებითი გამლიზიანებლები და გაძლიერებული აქვთ თავიდან არიდების რეაქცია, თერაპიული პროცესის ასეთი მიმდინარეობისას ხდება მათი ადვილად გადაღლა. ისინი ან დუმილით რეაგირებენ, როცა ვერ ახერხებენ გაერკენენ სტიმულთა მრავალრიცხოვნებაში, ან აჩვენებენ დაუინტერესებლობას, ანდა შესაძლოა წინააღმდეგობასაც კი თერაპევტის მოთხოვნების მიმართ. თერაპიის ასეთ მიმდინარეობაზე პაციენტთა სხვაგვარი რეაქცია გამოიხატება უკვე ნათქვამის გამოვლენაში, რაც აქ სტიმულთა მრავალრიცხოვნებით გამოწვეული დაურწმუნებლობის გადალახვაში დუზის როლს ასრულებს. ამგვარი მიდგომით ყურადღების ფუნქციების გაუმჯობესების მაგიერ, რიგ შემთხვევებში, სრულიად საპირისპირო რამ მიიღწევა, სახელდობრ, დარღვეული ვიზუალური აღქმის კიდევ უფრო გაუარესება.

შემდეგი მაგალითი აჩვენებს სხვა, ხშირად დაშვებულ შეცდომას:

თერაპევტი: რომელ ცალკეულ ნაწილებს ანსხვავებთ თქვენ ქალის სახეზე?

ბ-ნი ა.: ქალი უბედურია.

თერაპევტი: მაგრამ, ბ-ნო ა., თქვენ ახლა ინტერპრეტაცია გააკეთეთ. თქვენ ხომ იცით, ახლა ჩვენ მხოლოდ დეტალებს ვაგროვებთ.

ამ მეორე მაგალითის დასაწყისი ნათელი და მკაფიოა. მაგრამ თერაპევტის რეაქცია ბ-ნო ა-ზე დემოტივაციურად მოქმედებს. თუ ინტერპრეტაციები უკვე პირველ ეტაპზევე გაკეთდება, მაშინ ასეთ პაციენტებს მითითებები არ უნდა მიეცეთ. ასეთმა მითითებებმა შეიძლება მტკივნეულად იმოქმედონ. უკეთესი იქნებოდა შემდეგი რეაქცია:

თერაპევტი: ეს მნიშვნელოვანი შენიშვნაა, ბ-ნო ა. მაგრამ ეს უკვე ინტერპრეტაციაა და ამიტომ მას უფრო დაწვრილებით მოგვიანებით, ანუ ინტერპრეტაციის ფაზის დროს შეეცხებით. ახლა ჩვენ მხოლოდ ცალკეულ დეტალებს ვაგროვებთ. თანახმა ხართ, ბ-ნო ა., რომ თქვენეული ინტერპრეტაცია მოგვიანებით კიდევ ერთხელ განვიხილოთ?

## საფეხური 2: ინტერპრეტაცია და დისკუსია

სურათის შინაარსების ინტერპრეტაცია და ცალკეულ ინტერპრეტაციათა შესახებ დისკუსია, პრაქტიკაში, გამოცდილების თანახმად, ერთმანეთისგან ძნელად გასამიჯნია. გააშართლა ისეთმა მიდგომამ, როცა ინფორმაციის შეგროვების დამთავრე

ბის შემდეგ (საფეხური 1), თანმიმდევრობით იმართება დისკუსიები აქტუალური ინტერპრეტაციების გარშემო. როგორც წესი, ყოველთვის შესაძლებელია, რომ ჯგუფში ერთი სლაიდისთვის ერთი ან ორი (გამონაკლის შემთხვევაში, ძალიან რთული, მრავალმნიშვნელოვანი სურათებისათვის მაქსიმალურდ სამი ), განსხვავებული ინტერპრეტაცია იქნას მონახული და ამასთან დაკავშირებით ერთიანობა იყოს მიღწეული. ამ ფაზის მიმდინარეობისას თერაპევტმა მზრუნველობით უნდა ადევნოს თვალი, რომ ჯგუფის ცალკეულმა წევრმა სხვის მიერ გამოთქმული "სწორი" აზრი (ინტერპრეტაცია) უბრალოდ კი არ მიიღოს, არამედ აზრისეულად მიყოლა და გაგება შეძლოს. ეს მხოლოდ მაშინაა შესაძლებელი, როცა პირველ საფეხურზე აღწერილი დეტალები მუდმივად მოიხმობა განსხვავებულ მოსაზრებათა დასასაბუთებლად და ხდება მათი არგუმენტირებული გადამუშავება. კოგნიტური დისონანსები, რომლებიც თავს იჩენს ცალკეულ მონაწილეში, ამ გზით შეიძლება გადაიჭრას. შემდგომი მიმდინარეობისას თერაპევტი განსხვავებულ ინტერპრეტაციებს და დასაბუთებებს ერთმანეთთან აკავშირებს, აჯამებს, სვამს კითხვებს და პაციენტებს ხელახლა ასაბუთებინებს, ან კიდევ ერთხელ ჩამოათვლევინებს სურათის ცალკეულ დეტალებს.

საფეხურ 2-ს ჩატარება მანამდე გრძელდება, ვიდრე ერთი ან ორი (მაქსიმუმ 3) დასაბუთებული (= "სწორი") ინტერპრეტაცია ჯგუფის ყველა მონაწილის მიერ აღიარებული და გაგებული არ იქნება.

იგივე სლაიდის გამოყენებით, რომელიც მაგალითად მოვიტანეთ ინფორმაციის შეგროვებისას, ცალკეულ გამონათქვამთა მაგალითზე ნაჩვენები იქნება თერაპევტის მიერ გამოყენებული მნიშვნელოვანი ტექნიკები და თერაპიის მიმდინარეობის შედარებით მოზრდილი მონაკვეთის დემონსტრირებით გასაგები გახდება ინტერპრეტაციის და დისკუსიის სტრუქტურირებული მიმდინარეობა.

**ინტერპრეტაციის სტიმულირება:** "ძალიან კარგი, ბ-ნო სა., შეიძლება თქმა, თუ როგორი გამომეტყველება აქვს თვალებს?"

**ინტერპრეტაციის დასაბუთება:** "კარგით, ბ-ნო სა., როგორ აღმოაჩინეთ ეს?"

**ჯგუფური დისკუსიის სტიმულირება:** "სხვები რას იტყვიან ამის შესახებ?"

შემდგომი მაგალითი გვიჩვენებს თერაპევტის ქცევას ამ საფეხურთან დაკავშირებით.

**თერაპევტი:** შეგიძლიათ თქვათ, რა გამომეტყველება აქვს თვალებს?

**ბატონი სტ.:** დიახ, შეიძლება ითქვას, რომ მას ამწუთას სურს, ვიღაცას რაღაც დაუძახოს.

**თერაპევტი:** კარგი, ბ-ნო სტ. როგორ აღმოაჩინეთ ეს?

**ბ-ნი სტ.:** დიახ, შეიძლება იყოს, რომ იგი ვიღაცას უძახის, რადგან მას პირი ღია აქვს, რადგან ის ჩვენგან მიბრუნებულია და მისი პირის ღრუს სიმუქე ჩანს.

**ბ-ნი სა.:** აჰ, არა, მე ასე არ ვფიქრობ.

**თერაპევტი:** კი მაგრამ რატომ, ბ-ნო სა.?

**ბ-ნი სა.:** თვალების გამო.

**ბ-ნი სტ.:** ხო, მაგრამ, ერთი ფანჯარას შეხედე, მას ალბათ სურს, თავის

შვილს დაუძახოს.

ბ-ნი ე.: დიახ, რომ ის ბავშვისკენაა შებრუნებული და მას რაღაცას ეძახის.

თერაპევტი: თქვენ ბევრს ფიქრობთ, ბ-ნო სტ. და ბ-ნო ე. მაგრამ ჩვენ შვეკვიძლია საერთოდ სურათზე ბავშვის დანახვა?

ბ-ნი ე.: კმ. . .

თერაპევტი: ეს ჩვენ არ შვეკვიძლია, ჩვენ მხოლოდ ფანჯარასთან მდგომ ქალს ვხედავთ. კიდევ ერთხელ შევხედოთ სახეს, როგორია სახე, ბ-ნო ს.?

ბ-ნი ს.: დიახ, მას რაღაცის ეშინია.

ბ-ნი სტ.: დიახ, დიახ, მეც ვფიქრობ, რომ იგი შეშინებულია. ერთი თვალეზს შეხედვ, თვალეზების თეთრი გარსი ჩანს.

თერაპევტი: თქვენ რას ფიქრობთ, ბ-ნო სა.?

ბ-ნი სა.: მეც ვფიქრობ, რომ იგი იძახის, ფანჯრიდან იძახის, ის ხომ პირდაპირ ფანჯარასთან დგას და ამასთან ერთად პირი ღია აქვს.

თერაპევტი: მანამდე ქ-მა კ-მა თქვა, რომ თვალეზს უფრო უკეთ უნდა დავაკვირდეთ, ეს ძალიან კარგი წინადადებაა. ქ-ნო კ., ვხედავთ თვალეზის თეთრ გარსს. არის რამე განსაზღვრული, ამასთან დაკავშირებულია რაიმე განსაზღვრული გამოხატულება?

ბ-ნი ე.: დიახ, თუ თეთრი გარსი ჩანს, ეს არის შეშინებულის გამოხატულება.

თერაპევტი: თქვენ რას ფიქრობთ, ბ-ნო ე. და ბ-ნო ფ.? როგორ აფსებთ თქვენ თვალეზს და ბ-ნ სტ-ს და ბ-ნ სა-ს ინტერპრეტაციას 'ძახილი'-ს შესახებ?

ბ-ნი ს.: არა, ეს არ მიუდგება, მე არ მჯერა, არა, ის ალბათ რაღაცას ხედავს ქუჩაზე და ამიტომაც არის შეშინებული.

თერაპევტი: რომელი დეტალებიდან გამომდინარე ფიქრობთ, რომ ქალი შეშინებულია, რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი იმ გამომეტყველებასთან დაკავშირებით, რომელიც თქვენ ესლახან მოიხსენიეთ?

ბ-ნი ს.: დიახ, თვალეზი, ერთის მხრივ, ისინი ძალიან ფართოდაა გახეილი და მეორეს მხრივ, ჩანს მათი თეთრი გარსი.

ბ-ნი სა.: დიახ, ეხლა ამას მეც ვხედავ. ის რომ იძახოდეს, ასეთი დიდი თვალეზი არ ექნებოდა, და თვალის თეთრი გარსიც ასე ძალიან არ გამოჩნდებოდა.

თერაპევტი: კარგით, ბ-ნო სა., თქვენ ეს ნამდვილად კარგად დაასაბუთეთ. სხვები რას ფიქრობენ ამის შესახებ?

ბ-ნი ფ.: მეც ვფიქრობ, რომ ქალი კი არ იძახის, არამედ შეშინებულია, უნაიდან როცა მე ვიძახი, თვალეზს ასე ძალიან არ ვაჭყეტ ხოლმე. მისი ლოყებიც ასევე ძალიან დაჭიმულია. მე ვფიქრობ, რომ ძახილისას პირსაც ასე ფართოდ არ აღებენ, რომ ლოყები დაიჭიმოს. როცა ძალიან ხმაძალიან იძახიან, მაშინაც კი.

თერაპევტი: ესეც ძალიან კარგი და დაწერილებითი დასაბუთებაა. ქ-ნო კ., თქვენ რას ფიქრობთ?

ქნი პ.: ბ-ნი ფ. მართალია. ქალი რომ მართლაც ხმამაღლა იძახოდეს, მაშინ მას ორივე ხელის მტევანი პირის ირგვლივ ექნებოდა მიტანილი, როგორც ძაბრი. ჩემთვისაც თვალები ძალიან ფართოდაა გახელილი და წარბები ძალიან მაღლა აწეული. შეშინების დროს წარბები, სრულიად აეტომატურად, მაღლა იწვეიან. ძახილისას ასე მაღლა არ იწვეიან.

თერაპევტი: ქ-ნო პ., თქვენ ეს ძალიან თვალსაჩინოდ ახსენით. თქვენ რას ფიქრობთ, ბ-ნო სტ.?

ბ-ნი სტ.: დიახ, კმ, სხვები მართლები არიან. ყვირილთან თვალეები, წარბები და ასევე დაჭიმული ლოყები შესაბამისობაში არ მოდიან.

თერაპევტი: როგორც ვხედავ, სახის გამომეტყველებას ყველა აფასებს, როგორც შიშს, ფართოდ გახელილი თვალების გამო. ამასთან, თვალის სითეთრეც გარკვევით ჩანს. ასევე პირიც დიდზეა დაღებული. და მაღლა აწეული წარბები და დაჭიმული ლოყები.

( თერაპევტი თვალს მოაველებს ჯგუფს, ყველა თავს უქნევს).

შემდეგი მაგალითიც იმას ემსახურება, რომ ყურადღება გამახვილდეს თერაპევტის შეცდომებზე.

მაგალითი 1:

თერაპევტი: აქამდე ჩვენ ცალკეულ დეტალებს ვაგროვებდით. რადგან ჩვენ სურათი უკვე მთლიანად აღვწერეთ, ახლა გადავიდეთ ინტერპრეტაციის ფაზაზე. ჩემთვის ამ სურათზე ნაჩვენებია გაკეირვებული ანდა შეშინებული ქალი, ვინაიდან პირი ღია აქვს და თვალებიც ასევე ძალიანაა გახელილი. ჩანს თვალის კაკლის თეთრი ნაწილი. ბ-ნო ა., ეთანხმებით ამ აზრს?

მაგალითი 2:

ბ-ნი ბ.: იგი ვილაცას რალაცას უძახის, პირი ხომ ღია აქვს.

ქ-ნი გ.: არა, ეს მართალი არ არის. ძახილისას თვალეები ასე არ არის გახელილი.

თერაპევტი: დიახ, ბ-ნო ბ., მეც ქ-ნ გ-ს ვეთანხმები. თქვენ თვალებს უმნიშვნელო ყურადღება მიაქციეთ.

ინტერპრეტაციების გაკეთების უფლება თერაპევტს არა აქვს. ასევე არასწორია თერაპევტის მხრიდან რომელიმე მხარეზე გადახრა. თერაპევტი კი არ პოულობს ინტერპრეტაციას, არამედ პაციენტი. ეს მიმდინარეობა თუ არ იქნება დაცული, მაშინ პაციენტი ვერ შეძლებს აქტიურად გაემიჯნოს კოგნიტურ დისონანსებს ცალკეულ დეტალებში, ინტერპრეტაციებში და დასაბუთებებში. ამით ხელი შეეშლება მიზანს – ინტერპრეტაციის სქემის აქტიურ, ხელახალ აშენებას.

ბოლო მაგალითი გვიჩვენებს აღნიშნული თერაპიული საფეხურის ტიპურ პრობლემას.

ბ-ნი ბ.: ქალი შეშინებულია, ვინაიდან ის ხედავს მოულოდნელ სტუმარს.

ქ-ნი გ.: არა, ის შეშინებულია იმიტომ, რომ კანარის ჩიტს ხედავს.

ბ-ნი ბ.: არა, შენ მართალი არა ხარ. ის მოულოდნელ სტუმარს ხედავს.

ასეთი დისკუსიები ნაკლებპროდუქტულია. ისინი ემყარებიან ისეთ საგნობრივ მიმართებებს, რომლებიც წარმოდგენილი სურათის საშუალებით ვერ განიმარტება. სურათის ანალიზის ყველა საფეხურისთვის საედიტებულაა, რომ მონაწილე განიხილავდეს მხოლოდ იმ შინაარსებს, რომელთა დანახვაც შესაძლებელია. თუ, როგორც მაგალითშია ნაჩვენები, სპეკულაციას ექნება ადგილი, მაშინ თერაპევტი უნდა ჩაერიოს. ასეთ შემთხვევებში ურჩევენ შემდეგ მიდგომას:

**თერაპევტი:** ქნი გ. და ბ-ნი ბ. კამათობდნენ შეშინების მიზეზის შესახებ. მაგრამ ჩვენ ხომ აქ ერთი სლაიდი გვაქვს. შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, თუ რა მიზეზმა შეაშინა ქალი? თქვენ როგორ ხედავთ ამას, ბ-ნი ო.?

**ბ-ნი ო.:** არა, რადგან ჩვენ ამას საერთოდ ვერ ვხედავთ.

**ბ-ნი უ.:** დიახ, ეს ხომ მხოლოდ ერთი სლაიდი. ეს ხომ ფილმი არ არის, რომელსაც გაგრძელება აქვს.

**ქნი გ.:** ცხადია, ჩვენ ამას ვერ შევაფასებთ. მაგრამ ისიც შესაძლებელია, რომ მის წინ კანარის ჩიტს ჩაექროლა.

**ბ-ნი ბ.:** ნამდვილად, მაგრამ ზუსტად ასევე შესაძლებელია, რომ მას სტუმარი სწევოდა.

**თერაპევტი:** როგორც ეხლა შევნიშნე, ყველანი ერთნხმებით იმ აზრს, რომ ჩვენ ახლა მიზეზის პოვნა არ შეგვიძლია. ეს ხომ, ბოლოსდაბოლოს, მხოლოდ სლაიდი. ბ-ნ ბ-ს და ქ-ნ გ-ს მიერ დასახელებულ მიზეზებს შეიძლებოდა ადგილი ჰქონოდა, მაგრამ მათ აქ საბოლოოდ ვერ დაეადასტურებთ.

### საფეხური 3: სათაურის მოძებნა

მას შემდეგ, რაც საფეხური 1 და 2 საკმარისად დამუშავდება, თერაპევტი დამამთავრებელ ეტაპზე სთხოვს ჯგუფს, იპოვიონ სურათისათვის წარწერა (სათაური). ჯგუფის თითოეულმა წევრმა უნდა დაასახელოს წარწერის საკუთარი ვარიანტი. თუ აღნიშნულში კოთევაპეტიც მონაწილეობს, მაშინ იგი თავის ვარიანტს ყველა სხვა მონაწილის შემდეგ ასახელებს, რათა ზეგავლენა არ მოახდინოს პაციენტებზე. შეიძლება ყველა სათაური დაფაზე დაიწეროს. სათაურში უნდა გადმოიცეს ის, რაც ყველაზე არსებითია სურათში (მეტწილად პიროვნებათა შორის ინტერაქცია). ჯგუფმა კიდევ ერთხელ უნდა იმსჯელოს შესაფერისი სათაურის შესახებ. თუ სრულიად შეუფერებელი სათაური იქნება დასახელებული, მაშინ თერაპევტი იმ მონაწილეს, რომელმაც იგი დაასახელა, დამატებით კითხვებს უსვამს და ნათქვამს ასაბუთებინებს. განახლებული ჯგუფური დისკუსია (საფეხური 2) გარემოებისდა მიხედვით შეიძლება დასრულდეს.

მაგალითი ( იგივე ჯგუფი და იგივე სლაიდი, როგორც ზემოთ):

**თერაპევტი:** კარგი, შეგიძლიათ, საბოლოოდ თითოეულმა თქვენგანმა ერთი ისეთი სათაური დაასახელოს, რომელიც შეიძლებოდა ამ სლაიდს რქმეოდა?

**ბ-ნი ფ.:** ვილაც შეშინებული ქალი.

**ბ-ნი ს.:** დიახ, ალბათ, უკეთესია – შეშინებული ქალი.

**ბ-ნი ქნი პ., სტ. (ერთდროულად):** დიახ, შეშინებული ქალი.

**ბ-ნი ე.:** ეს მეც მომწონს.

ბ-ნი სა.: მაგრამ ეს პრინციპში ერთი და იგივეა, ვილაც შეშინებული თუ შეშინებული. მე ორივე შესაფერისად მიმანინია.

თერაპევტი: მეც იგივე აზრი მაქვს. კარგით, ჩვენ შეგვიძლია ამით დღევანდელი სენსი დავამთავროთ.

ამ მონაკვეთის ბოლოს საჭიროა თერაპიის მიმდინარეობის შესახებ რამდენიმე ზოგადი მითითების გაკეთება, რომლებსაც მნიშვნელობა აქვთ ამ ქვეპროგრამისათვის, თუმცა, ნაწილობრივ, ისინი ძალაში არიან სხვა ქვეპროგრამების მიმართაც.

მონაწილეებს ყოველთვის უნდა მიემართოთ მათი სახელებით. უპიროვნო "თქვენი" -თ მიმართვისას არეინ იღებს მიმართვას თავისთავზე.

როცა ხდება პაციენტის მოსაზრების მოკლედ განმეორება, ასევე უნდა მოხდეს სახელობითი მითითება იმ პაციენტზე, ვინც ეს აზრი გამოთქვა. ამით, ერთის მხრივ, ხაზი ესმება მოსაზრების მნიშვნელობას, ხოლო მეორეს მხრივ, განსაკუთრებული პატივისცემა გამოიხატება პაციენტის მიმართ ("წახალისება").

ქრონიკული პაციენტები ქვეპროგრამის დასაწყისში მეტწილად საჭიროებენ თერაპევტის მხრიდან უფრო მეტ სოციალურ წახალისებას. ხშირად მათ დახმარება უნდა გაეწიოთ გაბედულების მოკრეფაშიც კი, რათა გამოთქვან საკუთარი მოსაზრება.

თერაპევტმა და კოთერაპევტმა უნდა ყურადღება მიაქციონ, რომ ჯგუფის წევრები არც ზედმეტად დომინირებდნენ და არც ზედმეტად ჩაკეტილნი რჩებოდნენ. უფრო უნარიანმა პაციენტებმა, შეიძლება, მაგალითად, დაეალებინ რაღაც ნაწილს თავის თავზე აიღონ (თუნდაც შეჯამება), რათა ისინი დაუკმაყოფილებლნი არ დარჩნენ.

თერაპევტმა და კოთერაპევტმა ყურადღება უნდა მიაქციონ სხეულის თავისუფლად დაჭერას. სხეულის დაძაბულობა ნიშანია დაურწმუნებლობისა და შიშისა, რაც ჯგუფის გაძლოლას ამძიმებს.

ინტერპრეტაციის დროს ( განსაკუთრებით სახის გამომეტყველებასთან დაკავშირებით) მიხედრის მხრივ სიძნელეები ხშირად შესამჩნევი ხდება ხოლმე მოკლე როლური თამაშებისას (მგ: კოთერაპევტის საშუალებით). როლური თამაშში გარკვეულ მონაკვეთში გულისხმობს განსაზღვრულ სახის გამომეტყველებას.

სურათის ეკრანზე ვადატანისას და დეტალების ჩვენებისას, მცირდება სიძნელეები ცალკეული დეტალების შემჩნევის მხრივ ინფორმაციის შეგროვების პროცესში და ამას თავისი წვლილი შეაქვს გააქტივებასა და ჯგუფურ ინტერაქციაში ( პაციენტები ითხოვენ "გთხოვთ, მაჩვენეთ ის, ბ-ნო ზ.").

"არასწორი" ან არაადექვატური ინტერპრეტაციები არ შეიძლება თერაპევტის მხრიდან უარყოფითი შეფასების მიზეზი გახდეს.

თუ პაციენტები (ხშირად ერთი და იგივენი) რომელიმე მონაწილის მიმართ მეტკენეულად რეაგირებენ, აქ თერაპევტის ან კოთერაპევტის ჩარევა აუცილებელია (მაგალითად: "ყოველი ინტერპრეტაცია გვეხმარება, რათა ჩვენი აღქმა შევამოწმოთ. ამიტომაც უნდა მოვეუსმინოთ ყველა ინტერპრეტაციას.").

სტრუქტურირება ან ასევე დირექტიული გაძლოლა აქარებას არ ნიშნავს. შეუსვენებლივი მოთხოვნების წაყენებამ პაციენტებისადმი, შესაძლებელია, რომ ხელი შეუშალოს მოფიქრებას. პაციენტთა ნაწილს გარკვეული დრო სჭირდება, ვიდრე საკუთარ პასუხს მოიფიქრებდეს. მათ უნდა მიეცეთ ეს მოსაფიქრებელი დრო.

ყველა ფაზის შემთხვევაში ძალზედ მნიშვნელოვანია შეჯამება. მნიშვნელოვანი ინფორმაციის გამორება ეხმარება ვიზუალური ყურადღების აშლილობის და სენსორული ინფორმაციის გადამუშავების დეფიციტის მქონე პაციენტებს, უკეთეს ვიზუალურ ორიენტაციასა და უკვე ხსენებული დეტალების უკეთ დამახსოვრებაში.

გამოუცდელი თერაპევტები ადვილად ეჯაჭვებიან სურათის იმ განსაზღვრულ შინაარსებს, რომელსაც ჯგუფის წევრები ასახელებენ ( მგ: პირველი საფეხურის დროს, როცა ცალკეული დეტალები, იმის გამო, რომ არამკვეთრი არიან, მრავალმნიშვნელოვანი ხდებიან). აქ სასურველია, რომ გაურკვეველობა ერთხელაც “ისე დაეტოვოთ, როგორც არის“ და მონაწილეთა ყურადღება სურათის სხვა ნაწილებისკენ მიემართოს.

ყოველი სლაიდის დამუშავებისას მთავარი თერაპიული მიზანია მასზე გამოსახული პიროვნებების შესაბამისი აღქმა (ემოციები და აფექტები, ინტერაქციები). საბოლოოდ, ყველა თერაპიული ინტერვენცია ამ მიზანს უნდა ემსახურებოდეს. მაგალითად, ზოგჯერ მნიშვნელობას მოკლებულია, რომელიმე სლაიდის უკანა პლანი ბოლო დეტალამდე აღიწეროს (ბუნდოვანების მიუხედავად), თუ ეს დეტალები მთლიანი სურათის (პიროვნებების) 'სწორი' აღქმისათვის მნიშვნელოვანი არ არის.

ცალკეული სლაიდების აღწერა (საფეხური 1) შეიძლება ასევე დავიწყოთ “უმნიშვნელო“ შინაარსებით (მაგალითად ფონი, ბუნება, უსიცოცხლო საგნები, ტანსაცმელი), ვინაიდან ეს ყველაფერი ხშირად წინაპირობას ქმნის პიროვნებების ადეკვატური აღქმისათვის.



## 5. 4 ვერბალური კომუნიკაცია

ამ ქვეპროგრამის აღწერა ორ მონაკვეთადაა დაყოფილი. მონაკვეთში 5.4.1 წარმოდგენილია მაგალითები, თუ როგორ უნდა მომზადდეს პაციენტთა ჯგუფი ახალი ქვეპროგრამისათვის, რათა შეიქმნას მისი ჩატარებისათვის საჭირო მოტივაცია. მონაკვეთი 5.4.2 დაწერილებით, ცალ-ცალკე წარმოგვიდგენს ხუთივე თერაპიულ საფეხურს. სრული თერაპიული მასალა მოწოდებულია თავში 8. 3.

### 5. 4. 1 ქვეპროგრამის ჩატარება

ენიდან ეს ქვეპროგრამა გვევლინება “შემავრთებელ ნაწილად” კოგნიტური ელემენტარული ფუნქციების დასწავლასა და სოციალური კომპეტენტურობის კომპლექსურ უნარ-ჩვევებს შორის, ამიტომაც აუცილებელია, რომ პირველი ორი ქვეპროგრამის გაელის დროს პაციენტებში შექმნილ იქნას მისთვის საჭირო წინაპირობები. შემდგომში, ამ ქვეპროგრამის მიმდინარეობისას, თერაპიული მასალის მაღალი სტრუქტურირება თანდათანობით ნაკლებ მნიშვნელობს იძენს. დასაწყისში, შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში, სწორედ ასეთი სტრუქტურირების წყალობით ხდება ჯგუფური სიტუაციის შენარჩუნება. პრაქტიკაში ეს ნიშნავს, რომ მონაწილეებმა შესაბამისი ინტერაქციების დროს უფრო მეტ დატვირთვას უნდა გაუძლონ, ვიდრე ამის მოთხოვნილება იყო თერაპიის დასაწყისში.

როგორც წინა ქვეპროგრამების შემთხვევაში, აქაც შეიძლება, პარალელურად, ერთი სეანსის დროს, ორი თერაპიული პროგრამის ჩატარება ( მაგ: 30 წუთი “სოციალური აღქმა“, 30 წუთი “ვერბალური კომუნიკაცია“).

*ვიზუალური დამხმარე საშუალება* ( როგორც მგ: პროექტორი, დაფა, ინდივიდუალური საწერი მოწყობილობა თითოეული პაციენტისათვის) თერაპევტმა შეძლებისდაგვარად ხშირად უნდა გამოიყენოს ამ ქვეპროგრამის ჩატარების დროს, რათა შესაძლებელი გახდეს დამატებითი სტრუქტურირება ყურადღების ერთდროულ ფოკუსირებასთან ერთად.

ვიდრე ჯგუფში “ვერბალური კომუნიკაციის“ პირველი სავარჯიშოები ჩატარდება, მანამდე პაციენტებისათვის მოტივაციის შექმნის მიზნით შემდეგი მიდგომის ხერხებია რეკომენდირებული.

თერაპევტი უხსნის ჯგუფს, რომ კოთერაპევტის ნათქვამი თითოეულმა პაციენტმა გვერდით მჯდომს ჩურჩულით უნდა გადასცეს რიგის მიხედვით, წრეში (ჯგუფი წრიულად ზის). პაციენტი, რომელსაც სულ ბოლოს გადასცემენ ნათქვამს, გაგონილს დაფაზე დაწერს (ან პროექტორის ქალაქზე).

*თერაპევტი:* დავალება ყველამ გაიგო? რეაქციას არავენ იძლევა?

ქ-ნო ქ. და ბ-ნო ი. (შედარებით სუსტი პაციენტები ყურადღების აშლილობით), თქვენც გაიგეთ დავალება? (ორივე დადებითად პასუხობს).

ბ-ნო ი., შეგიძლიათ კიდევ ერთხელ გაიმეოროთ დავალება, რათა ჩვენთვის ყველასათვის ნათელი გახდეს, თუ რა უნდა გავაკეთოთ?

ბ-ნი ი.: წინადადება უნდა ჩურჩულით გადაეცეთ.

*თერაპევტი:* დიახ, თქვენ წინადადება ჩურჩულით უნდა გადასცეთ, და შემდეგ რა უნდა ქნას ბ-ნმა ზ-მ (წრეში უკანასკნელი), ქ-ნო ქ?

ქნი ქ.: წინადადება უნდა დაწეროს დაფაზე.

თერაპევტი: დიახ, სწორია.

პანს (იგი კოთერაპევტია), თუ შეიძლება ჩასწორებულეთ წინადადება ქნ-ო-ს.

(კოთერაპევტი ქნ-ო-ს კურში ჩასწორებულებს, მაგალითად, ასეთ წინადადებას: "თევზები თბილისის თევზსაშენში დღეს საღამოს ექვს საათზე გამოიკვებენ".

ქნი ო. თავის მხრივ წინადადებას ჩასწორებულებს ბ-ნ უ-ს და ასე გრძელდება მანამდე, ვიდრე წინადადება არ მიაღწევს ბ-ნ ზ-მდე, რომელიც შემდეგ მას დაფაზე წერს).

თერაპევტი: დიდი მადლობა, ბ-ნო ზ., პანს, ახლა, გთხოვთ, დაგვიწეროთ წინადადების თავდაპირველი ვარიანტი ( როგორც წესი, მასსა და ბ-ნ ზ-ს წინადადებას შორის განსხვავება მნიშვნელოვანია).

(თერაპევტი ჯგუფს განუმარტავს, რომ ცნობები, მოსაზრებები და ა. შ. მეტწილად არაზუსტად გადაიცემა, ისე, რომ საბოლოოდ პიროვნებამდე სულ სხვა ინფორმაცია მიდის, ვიდრე ეს თავიდან იყო განზრახული; იგი ეყრდნობა მოყვანილ მაგალითს).

ჩვენ ჯგუფის მომდევნო სხდომების დროს ვივარჯიშებთ იმაში, რომ წინადადებები, ცნობები და მოსაზრებები სწორად გავიგოთ და ისინი სხვებს სწორად გადაეცეთ.

ამ განმარტების შემდეგ შეიძლება "ვერბალური კომუნიკაციის" საფეხური I დასრულად ჩაითვალოს.

როგორც მაგალითი გვიჩვენებს, თერაპევტი არ კმაყოფილდება მხოლოდ დიახ/ არა პასუხებით. იგი დამატებით კითხვებს სვამს, რათა დარწმუნდეს, რომ პაციენტებმა დაეალება ნამდვილად გაიგეს. ჯგუფში ხშირად თვალშისაცემია ის, რომ "მოხერხებული" პაციენტები – ვერგაგების მიუხედავად – მაინც "დიახ"-ს (გაიგე) პასუხობენ. ამ მიზეზის გამო უმჯობესია, რომ ჯგუფში დასმულ იქნას ღია კითხვები, რომლებზეც ერთი სიტყვით პასუხის გაცემა შეუძლებელია. ბ-ნ ი-ს სიტუაციის შემდეგ თერაპევტი დაახლოებით ასე მიმართავს ბ-ნ ქ-ს:

თერაპევტი: ბ-ნო ქ., რას ფიქრობთ თქვენ ბ-ნ ი-ს ნათქვამის შესახებ? (ღია კითხვა)

ამის საპირისპიროდ, მოუხერხებელი იქნებოდა ასეთი კითხვა:

თერაპევტი: ბ-ნო ქ., თქვენც ეთანხმებით ბ-ნ ი-ს აზრს? (კითხვა, რომელზეც შეიძლება პასუხად გაიცეს მხოლოდ "დიახ" ან "არა").

მოტივაციის საფუძვლების შესაქმნელად თერაპევტმა შეიძლება გამოიყენოს ისეთი ადრინდელი ჯგუფური მუშაობის გამოცდილება, სადაც კომუნიკაციის დროს სიმძლეები წრმოიშობოდა, და ამით შეუქმნას მოტივაცია მომდევნო სავარჯიშოებს.

თუ საერთოდ, რამდენად ღრმად გახდება საჭირო ჯგუფის სპეციალურად ამ ქვეპროგრამისთვის მოტივირება, ეს ძალიან მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული წინამდებარე ორი ქვეპროგრამის მიმდინარეობაზე. თუმცა, ისიც შესაძლებელია, რომ ჯგუფი აქამომდე ძლიერ მოტივირებული იყო ერთად ემუშავა და ამიტომაც განსაკუთრებული მოტივაცია საჭირო აღარ გახდეს (ზემოთაღწერილი შესავა-

ლი საეარჯიშო ამისგან დამოუკიდებლად მაინც სასურველია, რომ ჩატარდეს, ენაიდან იგი პაციენტებს ყოველთვის ძალიან მოსწონთ). ისეთი ცვლადები, როგორცაა ჯგუფის შექაქმირება, ორმხრივი სიმპატიები და ჯგუფის, როგორც სოციალური სტიმულატორის მნიშვნელობა, ამ დროს გადამწყვეტ როლს თამაშობენ.

**5.4. 2 ქვეპროგრამის ცალკეული საფეხურების აღწერა**

შემდგომში წარმოდგენილი თერაპიული საფეხურების აღწერა ეყრდნობა ერთერთი ჯგუფის თერაპიულ სეანსებს, რომელშიც მონაწილეობას იღებდა 5 პაციენტი (ბ-ნი უ, ბ-ნი ვ, ქ-ნი ე, ბ-ნი ქ, ქ-ნი ზ) და სამი თერაპევტი (პორსტ კ, მიაი ო., რაღფ ა.).

**საფეხური 1: წინასწარმოცემული წინადადებების სიტყვასიტყვითი გამოვრება**

თერაპიული მასალა შედგება პატარა ბარათებისგან, სადაც თითოეულ მათგანზე ერთი წინადადებაა დაწერილი და რომლებიც სირთულის ხარისხის მიხედვით იცვლებიან. დამატებით, ეს წინადადებები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან "საგნობრივად ხაზგასმული"-ს და "აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთაი"-ს მიხედვით. ამ განსხვავებათა თეორიულ საფუძველზე ზემოთ უკვე იყო ლაპარაკი. დასაწყისში თერაპევტები შეარჩევენ შედარებით მოკლე წინადადებებს კატეგორიიდან "საგნობრივად დატვირთული".

ამ მაგალითში ჯგუფს ყველა პაციენტი ესწრებოდა, პორსტ კ. იყო წამყვანი თერაპევტი, მიაი ო., კოთერაპევტი, რაღფ ა. არ მონაწილეობდა. ჯგუფმა დაამთავრა "ეკრბალური კომუნიკაციის" პირველი სეანსი, მას წინა სეანსზე უკვე გავლილი ქქონდა მონაკვეთ 5.4.1-ში აღწერილი "ჩურჩულის საეარჯიშო".

**თერაპევტი:** ყველას გულითადად მოგესალმებით. ჩვენ ბოლო შეკრებისას გაგაკეთეთ "ჩურჩული წრეში", კიდევ გახსოვთ ეს? ( ყველა მონაწილისაგან თანხმობას იღებს).

დღეს ჩვენ – იმის მსგავსად, როგორც ბოლო შეხვედრისას – ვივარჯიშებთ იმაში, რომ წინადადებები სწორად გადავცეთ. ბ-ნო უ., შეიძლება, ეს ბარათი მოგცეთ? მასზედ წინადადებაა დაწერილი (ბ-ნი უ. თავს უქნევს). ესლა თქვენი დავალებაა, ჯგუფს ეს წინადადება აუჩქარებლად, ხმადალლა წაუკითხოთ. ქ-ნმა ო.-მ (კოთერაპევტი) იგი შემდეგში სიტყვასიტყვით უნდა გაიმეოროს. თქვენ და ჯგუფის სხვა წევრები დიდი ყურადღებით უნდა იყვეთ, რათა განსაზღვროთ, იმეორებს თუ არა ქ-ნი ო. წინადადებას სიტყვასიტყვით, შეეთანხმდით?

პორსტ კ. მიუბრუნდება ქ-ნ ზ-ს, რომელიც გარიყულივით გამოიყურება.)

**თერაპევტი:** ქ-ნო ზ., დღეს ჩვენ ახალი საეარჯიშო უნდა გავაკეთოთ. შეგიძლიათ, ყველა ჩვენგანისთვის კიდევ ერთხელ გაიმეოროთ დავალება?

ქ-ნი ზ.: ( იმშუშნება, ხდება დაძაბული): ბ-ნმა უ-მ ხმადალლა უნდა წაიკითხოს წინადადება. (იმშუშნება, აშკარად აკლია თავდაჯერება)

**თერაპევტი:** დიახ, სწორია; ბ-ნი უ. ხმადალლა კითხულობს იმ წინადადებას, რომელიც მის ბარათზე სწერია. შემდეგ რა უნდა გააკეთოთ, ბ-ნო უ.?

ბ-ნი უ.: მე უნდა ყურადღება მივაქციო, გაიმეორებს თუ არა ქ-ნი ო. ჩემს

წინადადებას სიტყვასიტყვით.

თერაპევტი: დიახ, ქნი ო. სიტყვასიტყვით იმეორებს წინადადებას. და დანარ-  
ინმა ჯგუფმა რა უნდა გააკეთოს, ქნო ე?

ქნი ე: ჩვენ უნდა ყურადღება მივაქციოთ, რომ ქნმა ო.-მ წინადადება სიტყ-  
ვასიტყვით გაიმეოროს.

თერაპევტი: სწორია ეს, ბნო ქ. და ბნო ვ? (ორივენი თანხმობის ნიშნად თავს  
უქნევენ)

დიახ, ეს სწორია. დავალემა ნათელია თქვენთვის, ქნო ზ.? (იგი თავს უქნევს,  
აშკარა თანხმობას გამოხატავს)

ბნი უ: "სასტუმრო ბაზალეთს თბილისში დღეს დასვენება აქვს."

თერაპევტი: შეგიძლია ახლა ეს წინადადება გაიმეორო? (მაია ო. წინადადე-  
ბას სიტყვასიტყვით იმეორებს)

ბნო ვ, ქნო ე, ბნო ქ, ქნო ზ., სიტყვასიტყვით გაიმეორა წინადადება ქნმა  
ო.-მ?

(ყველანი თავს უქნევენ)

ბნო უ, თუ შეიძლება, შეადარეთ წინადადება თქვენს ბარათს, სწორად იყო  
გამეორებული?

ბნი უ: დიახ, სიტყვასიტყვით.

თერაპევტი: კარგი, მაშასადამე, ეს დავალემა შესრულებულია. მაია, თუ  
შეგიძლება ახალი წინადადება წაუკითხეთ ბნ ე-ს (იგი მაია ო.-ს მეზობელია).  
შემდეგ, ბნო ე, თუ შეიძლება, ეს წინადადება სიტყვასიტყვით გაიმეორეთ (პორსტ  
კ. მაია ო.-ს აძლევს ერთ ბარათს).

ყველა სავარჯიშოსათვის – ეს ეხება მომდევნოებსაც – ინფორმაციული უკუ-  
კავშირი თერაპევტების მხრიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. პაციენტი არ  
უნდა დარჩეს "პაერში გამოკიდებული"; ყველა ვერბალური შენატანი მაშინვე  
უნდა იყოს წახალისებული (გამონაკლისი: ცნობიერად ხელის შეშლა, რომელ-  
იც სავარაუდოდ იგნორირებულ უნდა იქნას).

აღნიშნული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მძიმე ქრონიკული, გაუბედავი  
პაციენტებისათვის. როდესაც ჯგუფისთვის დავალების ფორმულირებას თერაპე-  
ვტი აკეთებს, მაშინ მან აუცილებლად უნდა მიაქციოს ყურადღება იმას, რომ  
დავალემა ჯგუფის ყველა წევრმა გაიგოს (ნახე მაგალითი). სუსტები ( დაურწ-  
მუნებელი, შეშინებული პაციენტები) თერაპევტმა არ უნდა "აჩქაროს". თუმცა  
იგი აუცილებლად უნდა დარწმუნდეს, რომ დავალემა მათაც გაიგეს ( ქნ ზ.-ს  
მაგალითი ). შემდგომში შეიძლება თერაპევტმა მათ ჯერ ანახვოს, თუ როგორ  
ასრულებენ სხვა მონაწილეები დავალებას ( მოდელის დასწავლა).

თუ ჯგუფის წევრებს უკვე შეუძლიათ მოკლე წინადადეგების ადექვატურად  
გამეორება კატეგორიიდან "საგნობრივად ხაზგასმული", მაშინ უკვე შეიძლება  
უფრო გრძელი წინადადეგების გამოყენება; თერაპიის მოგვიანებით ფაზაში, დასას-  
რულისკენ, გამოიყენება "აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთავი" წინადადეგე-  
ბი.

თერაპიული მასალა არის შექმნილი დაგვირად რელევანტური და ამასთან, რეალობასთან ახლოს მდგომი. თავში 8. 3 მოყვანილია მაგალითები, რომლებიც, გარემოებისდამიხედვით, უნდა მოდიფიცირებულ იქნას ადგილობრივი პირობების შესაბამისად. ეს ეხება მომდევნო თერაპიულ საფეხურებსაც.

**საფეხური 2: თვითფორმულირებული წინადადებების აზრობრივი გადმოცემა**

ეს საფეხური ტარდება წინამდებარეს მსგავსად. ამ შემთხვევაში ბარათზე სწვრია მხოლოდ ერთი სიტყვა—სტიმული; მოგვიანებით, როცა საჭიროა ჯგუფის მიმართ წაყენებული მოთხოვნების გაზრდა, გამოიყენება უკვე ორსიტყვიანი ბარათები. აქაც თერაპევტები თავდაპირველად იყენებენ “საგნობრივად ხაზგასმულ” მასალას. ჯგუფის ერთ-ერთი წევრი ამ სიტყვა-სტიმულის გამოყენებით შეადგენს ერთ ან ორ წინადადებას, რომელიც ჯგუფის სხვა წევრმა აზრობრივად უნდა გაიმეოროს. დანარჩები, ანუ ჯგუფი და ის წევრი, რომელმაც წინადადება შეადგინა, ასრულებენ ისევ — როგორც პირველი საფეხურის დროს — მაკონტროლებელ ფუნქციას, თუ რამდენად სწორად იქნება წინადადება აზრის მიხედვით გადმოცემული.

მომდევნო მაგალითშიც იგივე ჯგუფი მონაწილეობს, რომელიც წინამდებარე შემთხვევაში იყო. ჯგუფური სეანსისთვის განკუთვნილი 60 წუთიდან 50 წუთი მოხმარდა “სოციალური აღქმის” ერთ-ერთი სლაიდის განხილვას და ასევე “ეერბალური კომუნიკაციის” ქვეპროგრამის საფეხური 1 და 2-ს სავარჯიშოებს. ამ შემთხვევაში მიაა ო. იყო თერაპევტი, ხოლო პორსტ კ. კოთერაპევტი.

**თერაპევტი:** ქ-ნო ე., გაძღვეთ ამ ბარათს, შეგიძლიათ სიტყვა, რომელიც ამ ბარათზე სწვრია, ჯგუფს ხმამაღლა წაუკითხოთ?

**ქ-ნი ე.:** “ზაფხული”.

**თერაპევტი:** “ზაფხული”, დიახ. შეგიძლიათ შეადგინოთ ერთი ან ორი ისეთი წინადადება, სადაც გამოყენებული იქნება სიტყვა “ზაფხული”? თქვენმა მეზობელმა, ბ-ნმა უ.—მ შემდეგ ეს წინადადება აზრობრივად უნდა გაიმეოროს.

**ქ-ნი ე.:** ზაფხულში ჩემთვის ძალიან ცხელა. მე იძულებული ვარ, განყოფილებაში დავრჩე, ვინაიდან გარეთ გასვლა არ მსიამოვნებს.

**თერაპევტი:** აბა, ბ-ნო უ., შეგიძლიათ ქ-ნ ე.-ს წინადადებები აზრობრივად გადმოგეცეთ?

**ბ-ნი უ.:** ზაფხულში ჩემთვის ძალიან ცხელა. მე იძულებული ვარ, განყოფილებაში დავრჩე, ვინაიდან გარეთ გასვლა არ მსიამოვნებს.

**თერაპევტი:** გმადლობთ, ბ-ნო უ. ქ-ნო ე., სწორი იყო!

**ქ-ნი ე.:** დიახ, სიტყვასიტყვით.

**თერაპევტი:** ამ აზრს სხვებიც ეთანხმებიან? (თავს უქნევენ)

ბ-ნო უ., თქვენ განსაკუთრებული სიზუსტით დაიმახსოვრეთ. წინადადება სიტყვასიტყვით გადმოცემით, თუმცა თქვენ წინადადების მხოლოდ აზრობრივი გადმოცემა გევალებოდათ.

ამ მაგალითზე დაყრდნობით, შეიძლება განმარტებულ იქნას ზოგიერთი თერაპიული ნაბიჯი: სიტყვა-სტიმული ჯგუფს ხმამაღლა უნდა წაუკითხოს. თვით-

ფორმულირებულ წინადადებაში იგი შეუცვლელად უნდა იქნას ჩასმული (მგ: არსებითი სახელი ან ზმნა). თერაპევტი ან ამისთვის დანიშნული ჯგუფის რომელიმე წევრი აღნიშნული წყის დაცვას აკონტროლებს. საფეხური 2-ს პირველ სხლომებზე – როგორც ამ მაგალითიდანაც ჩანს – მონაწილეები ცდილობენ, წინადადებები სიტყვასიტყვით გაიმეორონ. მაშინ, როცა თერაპევტი მოითხოვს, რომ უფრო გრძელი წინადადებები იქნას ფორმულირებული, მათი სიტყვასიტყვითი გაშორება, თუმცა ესც სწორ პასუხად ფასდება, ადვილად შეიძლება ითვიდნენ ავიცილოთ.

თუ საფეხური 1 ან 2 არ ან ნაწილობრივ შესრულდება, მაშინ შეიძლება შესწორებების შეტანას ჯერ ჯგუფი შეეცადოს, ანდა დაეალება საერთო ჯამში ისევ განმეორდეს.

თუ ჯგუფი ამ სავარჯიშოებით ( საფეხური 1 ან 2 ) ზედმეტად იღლება, მაშინ თერაპევტები სთავაზობენ ვიზუალურ დახმარებას (პროექტორი, დაფა). საფეხური 2-ს დროს ყველა შემთხვევაში სასურველია, რომ კოთერაპევტმა ჯგუფში შედგენილი წინადადებები თავისთვისაც ჩაინიშნოს ( კონტროლის უკეთესი საშუალება).

როგორც მოყვანილი მაგალითიდან ჩანს, ჯგუფი ამუშავებდა პარალელურად 2 ქვეპროგრამას (“სოციალური აღქმა“ და “ვერბალური კომუნიკაცია“) და 2 საფეხურს (საფეხური 1 და 2 ). ასეთი ფორმა იმისთვისაა სასურველი, რომ, პირველ რიგში, უკვე გაეღილი პროგრამების სწავლების ეფექტი ხანგრძლივი დროის მანძილზე შენარჩუნებულ იქნას, და მეორეს მხრივ, ხელი შეეწყოს სხვა სფეროებზე მის გაგრძელებას. პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ მასალის გამოვრება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პაციენტთა წახალისების საქმეში. ისინი გარკვეულ სავარჯიშოებს საკმაოდ კარგად იცნობენ და შეუძლიათ ჯგუფში მათი საკმაოდ სწრაფად და წარმატებულად ჩატარება. განმეორება განსაკუთრებით მაშინაა სასურველი, როცა ჯგუფში ახლად შემოტანილ სავარჯიშოებს პაციენტები დიდი შიშით და გაუბედობით ხედებიან.

და ბოლოს, რამდენიმე მოსაზრება საფეხური 1 და 2-ს პასუხების სტრუქტურის შესახებ. ყველაზე ნაკლებ შიშს იწვევს ისეთი სტრუქტურა, როცა დაეალება-ზე პასუხის გაცემა ხდება მეზობლის მიერ (მგ: საათის ისრის მიმართულებით). ასეთი სტრუქტურის დროს თერაპევტსაც უკეთ შეუძლია თვალყურის დევნება (“ვინ მიიღო უკვე მონაწილეობა, ვინ ჯერ არა“). ასევე არის საშუალება, რომ ჯერ დასახელდეს მათი სახელები, ვინც დაეალებას უნდა უპასუხოს, და მხოლოდ შემდეგ მოხდეს დაეალების ფორმულირება. შებრუნებითი თანამიმდევრობაც დასაშვებია (დაეალების ფორმულირება / პიროვნებათა დასახელება), მაგრამ იგი მოითხოვს ყურადღების მეტ კონცენტრაციას.

თუ თერაპევტი კარგად ფლობს ჯგუფს და ჯგუფიც იმდენად კარგად არის გარკვეული აქვამინდელ დაეალებაში, რომ აღარ უნდდება დიდი შიში მის მიმართ, მაშინ სასურველია, ბოლო ორი მიდგომის ხერხის გამოყენება; ძალიან მაღალი სტრუქტურირება შეიძლება მალე მოსაწყენი გახდეს და მოტივაციის შემცირებას შეეწყოს ხელი. თუ ჯგუფი “ქაოსურად“ ილაპარაკებს, ანუ რამდენიმე მონაწილე მუდმივად ერთდროულად ლაპარაკობს, მაშინ უფრო მაღალი სტრუქტურირების შემოტანის შედეგად (დაეალებას პასუხობს მეზობელი), შეიძლება მუშაობა გაეხადოს კელაე დაეალებაზე ორიენტირებული და მართვადი.

საფეხური 3-ზე გადასვლა მხოლოდ მაშინაა სასურველი, როცა საფეხური 1 და 2-ს საეარჯიშოები ჯგუფის ყველა წევრის მიერ დამაკმაყოფილებლად იქნა აღიქმული. შემდგომი საფეხურები ისეა ერთმანეთზე აშენებული, რომ თერაპევტს შეუძლია კვლავ ადრინდელ საფეხურს დაუბრუნდეს, თუკი მას რჩება შთაბეჭდილება, რომ განსაზღვრული საეარჯიშოები ჯგუფისთვის ჯერ კიდევ ძნელად ასათვისებელია.

**საფეხური 3: თვითფორმულირებული კითხვითი სიტყვები პასუხებით**

ჯგუფში ხდება რაღაც თემის შემოტანა, რომლის გარშემოც საჭიროა კითხვების დასმა და პასუხების გაცემა. აქ მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული თემა ჯგუფის ყველა წევრს აინტერესებდეს, სხვაგვარად თანამონაწილეობა და მოტივაცია შედარებით დაბალი იქნება. სტრუქტურირებაში დახმარების მიზნით ჯგუფი მუშაობაში იყენებს კითხვით სიტყვებს და ბარათებს (საფეხური 2-ს მსგავსად), რომლებზეც წერია ერთი ან ორი სიტყვა არჩეული თემიდან. კითხვითი სიტყვები ჩამოწერილია დაფაზე ან კიდევ არჩეუბენ პროექტორის ეკრანზე. ცალკეული ბარათების სიტყვა-სიტყვები შეიძლება ცნებათა იერარქიების სახით თავად ჯგუფის წევრებმა დაამუშაონ, ან კიდევ ეს თავად თერაპევტებმა მოამზადონ წინასწარი განხილვის დროს. ამ თერაპიული საფეხურის დროსაც ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ პირველად განხილულ იქნას “საგნობრივად ხაზგასმული” და მხოლოდ მოგვიანებით “აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთავი” თემები.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კომუნიკაციის აღქმატურ მიმდინარეობას. კითხვები თემას უნდა შეესაბამებოდეს, პასუხები კი კითხვიდან გამომდინარეობდეს. თავდაპირველად შესაბამისი შეფასების გაკეთებაში ორივე კოთერაპევტი (ერთი კოთერაპევტი ყურადღებას აქცევს კითხვებს, მეორე კი პასუხებს) მონაწილეობს. მოგვიანებით ეს ფუნქცია შეიძლება შეასრულონ შედარებით უნარიანმა პაციენტებმა.

ქვემოთ მოყვანილ მაგალითში ჯგუფი საეარჯიშოს იცნობდა უკვე ადრინდელი სუანსებიდან. ჯგუფს ესწრებოდა ყველა პაციენტი და სამივე თერაპევტი. ჯგუფს ხელმძღვანელობდა რაღაც ა.

**თერაპევტი:** მოგესალმებით ყველას. ჩვენ გუშინწინ, ბოლო საათის დამთავრებისას შევეთანხმდით, რომ დღეს ვილაპარაკებდით თემის “გარემოს დაბინძურება” გარეშემო. რა გახსენდებათ “გარემოს დაბინძურება”-ს გაგონებისას? თითოეულმა თქვენგანმა, რიგის მიხედვით, ერთი ან ორი სიტყვა უნდა დაასახელოს. მაია, შეგიძლიათ, ეს სიტყვები დაფზე დაგიწეროთ? საერთო ჯამში, ალბათ, მათი რაოდენობა ოცდაათზე მეტი არ უნდა იყოს. ბ-ნო ქ, თუ შეიძლება, დაიწყეთ.

(პაციენტები გაუჩერებლად ასახელებენ იმ სიტყვებს, რაც ახსენდებათ: წყალი, ჰაერი, ნათობი, ხეების კედომა, რადიოაქტიურობა. . . , მანამდე, ვიდრე კოთერაპევტი არ გააფრთხილებს, რომ უკვე შეგროვილია 30 სიტყვა.)

ასე, ახლა თითოეული თქვენთაგანი მიიღებს 4 ბარათს. თითოეულ მათგანზე უნდა დაიწეროს ერთი ან ორი სიტყვა იმ სიტყვებიდან, რომლებიც დაფაზეა დაწერილი. მათი საშუალებით შეადგინეთ ერთი კითხვითისიტყვიანი კითხვა, როგორც ეს ჩვენ ადრეც გაგვიკეთებია. ყველამ გაიგო, რაც არის გასაკეთებელი?

ბ-ნო ვ. შეგიძლიათ კიდევ ერთხელ გაიმეოროთ, თუ რა არის გასაკეთებელი?  
ბ-ნი ვ: მე მივიღე ოთხი ბარათი და თითოეულზე უნდა დავწერო ერთი სიტყვა - დაფიდან.

თერაპევტი: ასეა, და შემდეგ, რა ხდება შემდეგ ბ-ნო ქ?

ბ-ნი ქ: შემდეგ ჩვენ ჩენი ბარათებით, ჩენი სიტყვებით, კითხვები უნდა შეკადგინოთ.

თერაპევტი: კარგი, დავიწყოთ.

(ყველა ინიშნავს სიტყვას საკუთარ ბარათზე)

მაია, გთხოვ, ყურადღება მიაქციე, შეესაბამება თუ არა კითხვები თემას; შენ კი, პორსტ, ვთხოვ, შეხედო, არის თუ არა პასუხი კითხვის შესაბამისი. (პროტესტი შეიძლება გამოხატულ იქნას ან ხელის აწევით, ან კიდევ კომენტარის გაკეთებით.)

ქ-ნო ზ., გთხოვთ, ხმამაღლა წაგვიკითხოთ თქვენი პირველი სიტყვა და დაუსვათ მას კითხვითსიტყვიანი კითხვა (კითხვითი სიტყვები პროეცირებულია ეკრანზე). შემდეგ კი გვითხარით, ვინ უნდა უპასუხოს კითხვაზე.

ქ-ნი ზ.: წყალი - (დიდხანს ყოყმანობს) როგორ გაჩნდა წყალი დედამიწაზე?

კოთერაპევტი: შეჩერდი, კითხვა თემასთან მაინცდამაინც შესაბამისობაში არ არის.

თერაპევტი: ქ-ნო ზ., იქნებ მოკლედ აგვიხსნათ, როგორ შესაბამისობაშია ეს კითხვა თემასთან.

(პასუხი არ არის)

კი მაგრამ რა ჰქვია თემას, ქ-ნო ზ.?

ქ-ნი ზ.: ოჰ, სულ დამავიწყდა.

თერაპევტი: ბ-ნო ვ., იცით, რა ჰქვია თემას?

ბ-ნი ვ.: გარემოს დაბინძურება.

თერაპევტი: დიახ, სწორია. მაშასადამე, ქ-ნო ზ., სიტყვა "წყალი"-ს და კითხვითი სიტყვის გამოყენებით უნდა შეადგინოთ კითხვა თემაზე "გარემოს დაბინძურება".

(ქ-ნი ზ. თანხმობის ნიშნად თავს იქნევს)

ქ-ნი ზ.: რითი ბინძურდება წყალი?

თერაპევტი: სწორია, ვინ უნდა უპასუხოს თქვენს კითხვას, ქ-ნო ზ.?

ქ-ნი ზ.: ქ-მა ე-მ.

ქ-ნი ე.: ზღვას, მაგალითად, აბინძურებს ნავთობი, რომელიც გემებიდან იღვრება.

თერაპევტი: კარგი, კითხვა შეესაბამებოდა თემას, ხოლო პასუხი კი კითხვას. ბ-ნო ქ., შეგიძლიათ დასვათ შემდეგი კითხვა?

თერაპევტი უნდა შეეცადოს, არ წარმოთქვას გრძელი მონოლოგი და ნათლად და გასაგებად გამოხატოს სათქმელი. მისი მეტყველება უბრალო უნდა იყოს



(“ილაპარაკოს პაციენტის ენით”). უცხი სიტყვები ყველა შემთხვევაში არ უნდა იქნას გამოყენებული. დაეალება შეიძლება, ნაწილობრივ, უშუალოდ საეარჯიშოს შესრულების პროცესში იქნას განმარტებული (იხილეთ მაგალითი).

ზოგიერთ ჯგუფს უჭირს გადასვლა საფეხური 2-დან საფეხურ 3-ზე. ხშირად მიუხედავად პაციენტები გრძნობენ იმ დაეალების გამო, რომ უნდა შეადგინონ კითხვა სიტყვა-სტიმულის და კითხვითი სიტყვის გამოყენებით, ამ დროს საჭირო ხდება დახმარება კოთერაპეუტის მხრიდან. აქ სხვა შესაძლებლობა კიდევ ისაა, რომ ყოველთვის ორ-ორმა პაციენტმა იმუშაოს ერთობლივად ერთ დაეალებაზე. თუ ჯგუფი წარმატებით დაუფლა კითხვების შედგენას, მაშინ უკვე შეიძლება გადასვლა თერაპიულ საფეხურ 4-ზე.

**საფეხური 4: ჯგუფი გამოკითხავს ჯგუფის ერთ ან ორ წევრს გასაზღვრული თემის შესახებ**

ამ საფეხურზე მუშაობა მიმდინარეობს დამხმარე-მასალების (ბარათები, კითხვითი სიტყვები) გარეშე. საეარჯიშოთა ყოველდღიურობასთან კავშირი და ამავედროულად ჯგუფის წევრთა მიმართ მოთხოვნილებათა მატება აქ ძალიან აღინიშნება. დასაწყისში უფრო მოსახერხებელია, თუ პაციენტთა გამოკითხება რომელიმე კოთერაპეუტთან ერთად. აქამდე ჩვეულ წრიულ ჯგომისგან განსხვავებით, ამ შემთხვევაში მონაწილეები სხედან ნახევარწრედ, პაციენტისა და კოთერაპეუტის ირგვლივ. დაეალება იმაში მდგომარეობს, რომ ჯგუფის რომელიმე წევრი ორივეს ერთ კითხვას უსვამს, რომელზეც პასუხი უნდა იქნეს გაცემული. როგორც საფეხური 3-ს დროს, აქაც თემა ჯგუფის მიერ წინასწარ კარგად უნდა იქნას შეთანხმებული. შეუასება ხდება საფეხური 3-ს ანალოგიურად. თავდაპირველად შეუასებას ორივე ფუნქცია (კითხვის თემასთან შესაბამისობა, პასუხის კითხვასთან შესაბამისობა) მეორე კოთერაპეუტმა უნდა აიღოს თავის თავზე. მოგვიანებით შედარებით უნარიან პაციენტებსაც შეუძლიათ ამ ფუნქციების შესრულება.

გამოსაკითხი პაციენტი და თერაპეუტი წინასწარ მოამზადდებიან, მაგალითად, რომელიმე საგაზეთო სტატიას, ჯგუფს კი ეტყვიან ამ სტატიის მხოლოდ სათაურს. ჯგუფის დანარჩენი წევრების ამოცანაა, შეძლებისდაგვარად ბევრი ინფორმაცია მოიპოონ ამ სტატიის შესახებ. სხვა შესაძლებელი გამოსაკითხი თემებია: კვირის ბოლოს დასვენება; სამუშაო ადგილის ძებნა; ექსკურსია და სხვა მსგავსი. თერაპეუტები თემის არჩევისას ყოველთვის ყურადღებით იცავენ ისეთ პრინციპს, როგორცაა “საგნობრივად ხაზგასმული”, “აფექტურად ხაზგასმული, დამტკიერთაგი”. ამ დროს ჯგუფს წაეყენება მოთხოვნები, მაგრამ არ უნდა მოხდეს მისი მოთხოვნილებებით გადატვირთვა! თუ ჯგუფს ან ჯგუფის რომელიმე წევრს რაიმე განსაზღვრული თემის შესახებ საუბარი არ სურს, მაშინ, როგორც უკვე ითქვა, “აჩქარებაზე” უარის თქმაა საჭირო.

მომდევნო მაგალითი გეაცნობს 25 წუთის ხანგრძლივობის საეარჯიშოს ერთ მოკლე მონაკვეთს, რომლის დროსაც ჯგუფი კოთერაპეუტს (მიაი ო.) და პაციენტს (ბ-ნი ქ.) კითხვებს უსვამს იმ საგაზეთო სტატიის გარშემო, რომლის სათაურიცაა “მასობრივი ავტოაერია მიუნხენ-ნიურნბერგის ავტოსტრადაზე.” პაციენტს და კოთერაპეუტს მოჰზადების მიზნით აღნიშნული სტატია სხდომის დაწყებამდე უკვე წაკითხული აქვთ და მის შესახებ ერთმანეთთან მოკლედ უკვე ისაუბრეს. სხდომას ესწრება ყველა პაციენტი და სამივე თერაპეუტი, სეანსი მიჰყავს პორსტ კ.-ს.

15 წუთი უკვე გამოყენებულა:

**თერაპევტი:** ქ-ნო ე., ჩვენ უკვე რაღაცა მოვისმინეთ კატასტროფის შესახებ. შეგიძლიათ, კიდევ ერთხელ შეაჯამოთ, თუ ჩვენ ყველამ რა ვიცით ამასზე?

**ქ-ნი ე.:** ეს მოხდა საღამოს 19. 00–ზე. ეს იყო საშვებულებო პერიოდის მოგზაურობათა ბოლო პარასკევი. ძალიან ძლიერად წვიმდა. ერთმანეთს 31 სატრანსპორტო საშუალება შეეჯახა. (პაციენტი ყოყმანობს)

**თერაპევტი:** გმადლობთ, ქ-ნო ე., უკვე საკმაოდ ბევრი იყო თქმული. ბ-ნო ე. და ბ-ნო უ., კიდევ რა ვიცით ჩვენ?

**ბ-ნი ე.:** მანქანებს შორის მანძილი არასაკმარისი იყო. ზარალი დაახლოებით 35000 გერმანულ მარკას შეადგენს.

**ბ-ნი უ.:** ასევე ცხრა ადამიანი მსუბუქად დაშავდა.

**თერაპევტი:** კარგი, ყველაფერი ძალიან ზუსტად გაიხსენეთ, ეს ყველაფერი ასე იყო. კიდევ რამე ხომ არ დაგვაუიწყდა? (კითხვით მოათვალისწინებს ჯგუფს)

**ქ-ნი ზ.:** საცობის სიგრძე 30 კმ-ს აღწევდა.

**თერაპევტი:** შესანიშნავია, რომ ეს გაიხსენეთ, მაშასადამე, თქვენ განსაკუთრებული გულისყურით უსმენდით. ქ-ნო ზ., შეგიძლიათ, შემდეგი კითხვა თქვენ დაუსვით ორივეს?

**ქ-ნი ზ.:** ავტოსტრადა გადაკეტილი იყო?

**თერაპევტი:** ბ-ნო ქ., კითხვა თქვენ გეხებათ.

**ბ-ნი ქ.:** კმმ, მე მგონი კი, მაგრამ დარწმუნებული არა ვარ.

**კოთერაპევტი:** (ეხმარება) ავტოსტრადა ნიურნბერგის მიმართულეებით მთლიანად გადაკეტილი იყო.

**თერაპევტი:** ბ-ნო უ., რიგში შემდეგი თქვენ ხართ, გთხოვთ, შემდეგი კითხვა.

**ბ-ნი უ.:** რამდენ ხანს გრძელდება გადაკეტვა?

**ბ-ნი ქ.:** მე ეს უკვე აღრ ვიცი.

**კოთერაპევტი:** 4 1/2საათი.

**თერაპევტი:** კარგი; ბ-ნო ე., დასვით, გეთაყვა, შემდეგი კითხვა.

როგორც მაგალითიდან ჩანს, პასუხი პირველად ყოველთვის გამოსაკითხმა პაციენტმა უნდა გასცეს. კოთერაპევტი მხოლოდ იმ შემთხვევაში ეხმარება, თუ იგი ვერ პასუხობს. თუ ორივე გამოსაკითხი პაციენტია, მაშინ მათ შეუძლიათ მონაცვლეობით უპასუხონ. შიგადაშიგ სასურველია, რომ მოხდეს აქამდე დაგროვილი ინფორმაციის შეჯამება. რიგრიგობით კითხვების დასმა შეიძლება ძალაში დაეტოვოს. თუ მონაწილეებს სიძნელეები შეექმნათ საფეხური 4-ს გაეღისას (მაგალითად, შეჯამების ან კითხვების დასმის დროს), მაშინ თერაპევტებს შეუძლიათ დაუბრუნდნენ წინა საფეხურების დამხმარე საშუალებებს (მგ: კითხვითი სიტყვები; შეჯამებისათვის დაფის, როგორც ჩანინშენის საშუალების გამოყენება, ბარათები სიტყვა-სტიმულებით).

უმინწინელოვნეს და უკანასკნელ საფეხურზე მხოლოდ მაშინ ხდება გადასვლა, როდესაც ჯგუფმა საფეხური 4 დამხმარე საშუალებების გარეშე გარკვეულ-

წილად დაძლია.

**საფეხური 5: თავისუფალი კომუნიკაციები**

ეს არის დამამთავრებელი საფეხური ქვეპროგრამისა “ვერბალური კომუნიკაცია”. მისი მიზანია წინასწარ მოცემული თემის გარშემო ადექვატური კომუნიკაცია. ცენტრალური ადგილი უკავია კომუნიკაციის პროცესის შეფასებას. უკვე გამოყენებული კრიტერიუმების გარდა (შენატანების თემასთან შესაბამისობა; შენატანები გასაგებია ყველა მონაწილისათვის და შედგება მათზე ადექვატური მსჯელობა ხდება), თერაპევტებს უფლება აქვთ, შემოიტანონ სხვა აქცენტებიც (გამოიყოს თემის ძირითადი პუნქტები და მოხდეს მათი გაღრმავებულად განხილვა; თუ “წითელი ძაფი” ნაპოვნია, მაშინ შენატანები ლოგიკურად მოხდენენ ერთმანეთს). ქვეპროგრამა “სოციალური უნარ-ჩვევები”-სათვის წინასწარი მომზადების მიზნით, შეიძლება შედარებით უნარიან ჯგუფში პერიოდულად დაკვირვება ხდებოდეს ისეთ კატეგორიებზეც, როგორიცაა გამოთქმის სიძლიერე, ტონალობა, მეტყველების თანმიმდევრობა ან მზერითი კონტაქტი. შეფასების უფრო რთული კრიტერიუმების გამოყენება მთლიანად იმაზეა დამოკიდებული, თუ რამდენად კარგად მიმდინარეობს კომუნიკაციის პროცესი. უმეტეს ჯგუფებში თერაპევტები იძულებულნი არიან შეფასებისას შემოიფარგლონ შედარებით მარტივი ფუნქციებით (საფეხური 1-4-ის ანალოგიურად).

ამ საფეხურზე წამყვან თერაპევტს განსაკუთრებით ბევრი მოეთხოვება. მან, მოთხოვნილების დამიხედვით, უნდა შეძლოს საჭირო სტრუქტურირების შექმნა (მგ: თემის ძირითადი პუნქტები). მაგრამ, ამასთან, ეს განსაკუთრებულად ფორსირებულად არ უნდა გააკეთოს, რათა მონაწილეებს არ გაუქრეთ მოტივაცია (შესაძლებელია მოხდეს ზედმეტი დატვირთვა). შიგადაშიგ უნდა ხდებოდეს შეჯამება. კოთერაპევტები (შეიძლება შედარებით უნარიანი პაციენტებიც) აკეთებენ შეფასებებს.

მომდევნო მაგალითში ჯგუფს ესწრებოდა ყველა წევრი და სამივე თერაპევტი. ჯგუფს ხელმძღვანელობდა მიაა ო. სავარჯიშო 40 წუთს გრძელდებოდა, მისი თემა იყო რადიაქტიური დაბინძურება ჩერნობილის ატომური სადგურის ავარიასთან დაკავშირებით. ჯგუფში წინა სეანსების დროს უკვე წაკითხული იყო სხვადასხვა საგაზეთო სტატია ამ თემის შესახებ. პორსტ კ. ყურადღებას აქცევდა იმას, რომ შენატანები თემის შესაბამისი ყოფილიყო.

**თერაპევტი:** ჩვენ უკვე 10 წუთია, ამ თემის გარშემო ვსაუბრობთ. მე დასაწყისში დავსვი კითხვა, თუ რას მოიმოქმედებდა თითოეული თქვენთაგანი, თუ ჩერნობილის მსგავსი კატასტროფა მოხდებოდა თქვენი საცხოვრებელი ადგილიდან 40 ან 50 კილომეტრის მოშორებით. ყოველმა თქვენგანმა უკვე უპასუხა; იყო მრავალი წინადადება, კარგი იქნებოდა, თუ ჯერ თქვენს წინადადებას, ქ-ნო ე, უფრო დაწვრილებით განვიხილავდით. მოგვიანებით შეგვეძლო სხვა შენატანებზეც გვესაუბრა. ქ-ნო ე, შეგიძლიათ თქვენი წინადადება კიდევ ერთხელ გაიმეოროთ?

**ქ-ნი ე:** მე ძირითადად საკვებთან დაკავშირებით გამოვიჩენდი სიფრთხილეს.

**თერაპევტი:** დიახ, ეს იყო თქვენი წინადადება. რას ფიქრობენ ჯგუფის სხვა წევრები ამასთან დაკავშირებით?

**ქ-ნი ზ:** ატომური სადგურები ძალიან საშიშია.

**კოთერაპევტი:** შენერდი, შენატანი არ შეესაბამება “საკვებს”.

თერაპევტი ქნო ზ., თქვენი შენატანი ჩვენს თემას კი შეესაბამებოდა, მაგრამ ჩვენ ახლა ვსაუბრობთ მხოლოდ საკვებთან დაკავშირებულ სიფრთხილის ზომებზე (ქნო ზ. გაურკვეველობაში რჩება).

ქნო ე. შეგიძლიათ კიდევ ერთხელ განუმარტოთ მთელ ჯგუფს, თუ რას გულისხმობდით თქვენი წინადადებით?

როგორც მაგალითი გვიჩვენებს, თერაპევტი ხშირად იძულებული ხდება, ჯგუფების უმრავლესობას შესთავაზოს სტრუქტურირებაში დახმარება და წახალისება, რის შემდეგაც ისევე შესაძლებელია თემის განხილვის გაგრძელება

მაგალითის გაგრძელება მომდევნო 15 წუთის მანძილზე, რომლის დროსაც ჯგუფი ამომწურავად განიხილავდა საკვებთან დაკავშირებულ სიფრთხილის ზომებს:

თერაპევტი ვფიქრობ, უკვე ამომწურავად ვისაუბრეთ ამ სფეროს შესახებ. რომელი წინადადების გარშემო ვისაუბროთ სამომავლოდ? ბ-ნმა ა.-მ ყველა წინადადება დაფაზე დაწერა.

(ხმას არავინ იღებს)

შეგიძლიათ, ბ-ნო ქ., ყველა წინადადება კიდევ ერთხელ წაგვიკითხოთ?

ბ-ნი ქ.: (ყველა წინადადებას ხმამაღლა კითხულობს)

თერაპევტი: გამაღობთ ბ-ნო ქ., მაშასადამე, რომელი წინადადების გარშემო გესურს ახლა საუბარი?

(ისევე დუმან)

როგორ უნდა გავიგოთ თქვენი დუმილი? არსებობს კიდევ ამ წინადადებების შესახებ საუბრის გაგრძელების ინტერესი? ალბათ ყოველი თქვენგანი გამოთქვამს საკუთარ აზრს.

ბ-ნი ქ.: დღეისთვის ჩემთვის ცოტა გაგრძელდა; მე იმის ცოდნა უფრო მინტერესებს, ამჟამად ვინ რა ღონეს ხმარობს რადიოაქტიურობასთან დაკავშირებით და რას იზამენ ამ მხრივ მომავალში.

თერაპევტი: თქვენ გულისხმობთ ჩერნობილის რადიოაქტიურობას, რომელიც ღრუბლებმა ჩვენი მიმართულებით გადმოიტანა?

ბ-ნი ქ.: დიახ.

თერაპევტი: მე მომწონს ეს წინადადება იმასთან დაკავშირებით, თუ შემდგომში რომელი თემა შეგიძლია განვიხილოთ. არის კიდევ სხვა წინადადებები, თუ ყველანი ეთანხმებით ბ-ნ ქ-ს?

(ჯგუფი თანახმაა)

შეგიძლიათ, ბ-ნო ქ., ალბათ ბ-ნ ე.-სთან ერთად, ყურადღება მიექციოთ იმას, რომ საუბარი მიმდინარეობდეს მხოლოდ თქვენს მიერ შემოთავაზებული სფეროს გარშემო? თუ არა, მაშინ, გეთაყვა, ხელი მაღლა ასწიეთ.

(ბ-ნი ქ. და ბ-ნი ე. თანხმობის ნიშნად თავს უქნევენ)

თემა ყველასთვის ნათელია? (თანხმობა ჯგუფისგან)

კარგი, ვის უნდა რაიმე თქვას ამასთან დაკავშირებით?

თუ თერაპევტი გამოკოფოს ძირითად თემას, იგი ჯგუფის მიერ მიღებულ უნდა იქნას (მაგალითი). თუ ჯგუფი კონსტრუქციულად, ე.ი. დაეალებაზე ორიენტირებულია მუშაობს, მაშინ თერაპევტები, დაეალების გათვალისწინებით, ყველა შემთხვევაში ჯგუფს უნდა მოერგნენ. ამ დროს მათი ამოცანაა “მხოლოდ” ფორმალური სტრუქტურირება და კომუნიკაციის პროცესის შეფასება. თერაპევტებმა ყოველი სეანსი უნდა დაიწონ დაწერილებითი წინასწარი დაგეგმვით; თუ ამისაგან რა გამოვლა, ამას მეტწილად თავად ჯგუფი განსაზღვრავს (დაეალებაში შესაბამისი ჩართვისას).

ამ საფეხურის დროს მასალად შეიძლება გამოყენებულ იქნას საგახეთო სტატია, მოკლე ისტორია, ანდაზა ან გამოთქმა. ასევე შესაძლებელია, რომ თავად თემის მოძებნა იქცეს ამ საფეხურის პირველი სეანსის თემად. ამ ხერხის გამოყენების შედეგად, თერაპევტებს ხშირად ხელთ აქვთ თემათა გრძელი ჩამონათვალი, რომლებიც შეიძლება თანმიმდევრობით იქნან განხილული.

## 5.5 სოციალური უნარ-ჩვევები

პირველ რიგში თავში 5. 5. 1 გადმოცემულია ინტერვეციის ასეთი ფორმით თერაპიული მუშაობის შესახებ რამდენიმე ძირითადი მოსაზრება. მონაკვეთში 5. 5. 2 წარმოდგენილი იქნება ქვეპროგრამა “სოციალური უნარ-ჩვევები” – ს პრაქტიკასთან მიახლოებული ახსნა და მოყვანილი იქნება მაგალითი.

### 5.5.1 ქვეპროგრამის ჩატარება

“სოციალური უნარ-ჩვევები” უმჯობესია ჩატარდეს დაახლოებით 4–5 პაციენტისგან შემდგარ, შედარებით პატარა ჯგუფში. შედარებით დიდ ჯგუფებში არსებობს საშიშროება, რომ ვერ მოხდება ყველა პაციენტის საკმარისი გაჯარჯიშება, მაშინ როცა პატარა ჯგუფები ამ მხრივ პრობლემას არ ქმნიან. შესაბამისი მოდიფიკაციის შემთხვევაში “სოციალური უნარ-ჩვევები”, ისევე როგორც IPT –ს სხვა ქვეპროგრამები, გამოსადეგია ასევე დამოუკიდებელი თერაპიული გამოყენებისათვის.

იდეალურ შემთხვევაში ეს ქვეპროგრამა მიჰყავს სამ თერაპევტს, მათგან ერთი წამყვანი თერაპევტია, ორი კი კოთერაპევტი. ვინაიდან ასეთი პირობების შექმნა ძნელად ხერხდება, ამიტომ საჭირო ხდება ერთ-ერთ კოთერაპევტზე უარის თქმა. ამ შემთხვევაში წამყვანი თერაპევტი ნაკლები კოთერაპევტის ფუნქციებსაც თავის თავზე იღებს. გამოცდილების მიხედვით, “აქტიური” კოთერაპევტის ფუნქცია აადვილებს წამყვანი თერაპევტისათვის ჯგუფის გაძღოლასთან ერთად “პასიური” კოთერაპევტის როლში ყოფნასაც.

ჩვეულებრივ, ეს პროგრამაც კვირაში ორჯერ ან სამჯერ ტარდება. შეხვედრის დროის დაგეგმვისას ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ პაციენტებს სეანსებს შორის საკმარისი დრო და საშუალება დარჩეთ ინ-ვიუო სავარჯიშოების ჩასატარებლად.

ამ ქვეპროგრამით თერაპიული მუშაობა მეტწილად ითხოვს უფრო ხანგრძლივ ცალკეულ თერაპიულ სეანსებს. საათნახევრიანი ჯგუფური თერაპია იშვიათობას არ წარმოადგენს. ამიტომაც სასურველია, რომ პაციენტების მოთხოვნათა შესაბამისად, დაიგეგმოს პაუზების გაკეთება.

“სოციალური უნარ-ჩვევების” საფეხურზეც მეტად მნიშვნელოვანია იმის ხაზ-

კასმა, რომ ემოციურად დამტვირთავი თერაპიული შინაარსების შემოტანა უნდა მოხდეს თანდათანობით, სიფრთხილით. ამ ქვეპროგრამით თერაპიული მუშაობაც იწყება ემოციურად სრულიად ნეიტრალური, “არასარისკო” სტანდარტული სიტუაციებით, მხოლოდ ამის შემდეგ ხდება გადასვლა ემოციურად უფრო მძიმე ნაწილებზე. პაციენტთა რეალური ცხოვრებიდან აღებული სიტუაციების (მაგალითად, სხვა პაციენტებთან ადეკვატური ურთიერთობა) ქცევითანალიზური, თერაპიული დამუშავება როლური თამაშის გზით უნდა მოხდეს მხოლოდ შედარებით წარმატებულ “თავდაჯერებულ” ჯგუფებში. პაციენტებისათვის “სოციალური უნარ-ჩვევების” ქვეპროგრამის არსის და მიზნის დასაწყისშივე განმარტება იწყებს მოლოდინის შიშის მნიშვნელოვან შემცირებას და მოტივაციის ამაღლებას.

“სოციალური უნარ-ჩვევები“-ს ქვეპროგრამით მუშობის პროცესში უმნიშვნელოვანე და მხარე საშუალებას წარმოადგენს ვიდეოკამერის გამოყენება თერაპიის პროცესის ცალკეული მონაკვეთების გადაღებისა და ხელახლა ჩვენების მიზნით. პირდაპირი “ვიდეო-უკუკავშირი” ხანგრძლივად განამტკიცებს თერაპევტის ქცევის მაფორმირებელ მუშაობას და მცდელობას. პაციენტები ხშირად ბევრად უკეთესად იგებენ მათთვის ვერბალურად გადაცემულ ცნობებს, როცა მათ შეუძლიათ კავშირი დაამყარონ საკუთარი ქცევების მონაკვეთების ვიზუალურ მასალასა და ამ ცნობებს შორის. იმისათვის, რომ ასეთი მნიშვნელოვანი დამხმარე მასალის გამოყენება საიმედო იყოს, თავად თერაპევტებს არ უნდა შეექმნათ პრობლემები “ვიდეოს” გამო. რაც უფრო ბუნებრივად იყენებს თერაპევტი მისთვის მეტად თუ ნაკლებად ცნობილ ტექნიკურ დამხმარე საშუალებებს, მით ნაკლებია მოლოდინი იმისა, რომ პაციენტებს ამის გამო შიში გაუჩნდეთ. გაზიზიანებადი პაციენტები შეიძლება გამიზნული, პირდაპირი კითხვებით კვლავ დაბრუნებულ იქნენ დავალების შინაარსისკენ. მომდევნო მონაკვეთის შესავალი, რომელიც ნაწილობრივ წარმოგვიდგენს ამ ქვეპროგრამის ჩატარების თერაპიულ ნაბიჯებს და ხერხებს, გვიჩვენებს ამგვარ თერაპიულ მიდგომას. ვიდეოს გამოყენება პირველად მხოლოდ მაშინ არის სასურველი, როცა პაციენტები ამ ქვეპროგრამაში გარკვეულწილად უკვე გარკვეულნი არიან ( მაშასადამე, დაახლოებით მეხუთე სეანსიდან).

### 5.5.2 ქვეპროგრამის ჩატარებისას ცალკეული საფეხურების აღწერა

ჩატარების აღწერა ორიენტირებულია ერთ თერაპიულ სეანსზე, რომელიც “სოციალური უნარ-ჩვევების” ქვეპროგრამის შედარებით ადრეულ ეტაპზე იქნა გაედილი. თერაპიულ ჯგუფში შედიოდნენ რაინერ ე. (წამყვანი თერაპევტი), სილკე ბ. (აქტიური კოთერაპევტი), ბერბელ მ. (პასიური კოთერაპევტი) და ასევე პაციენტები ქანი ა., ქანი უ., ბ-ნი ე., ბ-ნი ბ., ბ-ნი მ.

თერაპიული სეანსი ყოველთვის უნდა დაიწყოს მოკლე მიმოხილვით, რომლის საშუალებითაც პაციენტები ბოლო თერაპიული საათის უმნიშვნელოვანეს შინაარსებს და სტრუქტურულ მომენტებს მიახლოებითი ფორმით კვლავ გაიხსენებენ. მომდევნო მაგალითი გვიჩვენებს, თუ როგორ შეუძლია წამყვან თერაპევტს, უშუალოდ თერაპიული სეანსის დაწყებისთანავე, პირდაპირ ასეთი მიმოხილვის გამოწვევა მოახდინოს. ეს მაგალითი ამასთან ერთად გვიჩვენებს ერთდროულად მიმდინარე “ვიდეოს” გამოყენებასაც:

*თერაპევტი:* პირველ რიგში მინდა ყველას გულითადად მოგესალმოდ. ჩვენ

დღეს ისევე ვიდეოს ოთახში შევიკრიბეთ, რადგან თერაპიული სეანსის გადაღებას ვაპირებთ. თქვენ ყველამ ეს უკვე იცით. უკვე შეამჩნიეთ, რომ გადაღება მიმდინარეობს. ბ-ნო ე. . .

ბ-ნი ე. : დიახ, კამერის წითელი ნათურით.

თერაპევტი: სწორედაც. თქვენი კარგი დამკვირვებელი ხართ. მაშასადამე, კამერა უკვე იღებს. ამიტომაც უმჯობესია, პირდაპირ დაეწყოთ. ქ-ნო ა., მოკლედ მომიყევით, თუ რა გაეაკეთეთ ბოლო თერაპიულ საათზე, ანუ ერთი კვირის წინ.

ქ-ნი ა.: როლური თამაში. თავიდან თქვენ ჩვენ რაღაც გვიჩვენეთ, ხოლო შემდეგ ამაში ჩვენც ვივარჯიშეთ.

თერაპევტი: სწორია. ვინ იცის, თუ რისი გადმოცემა გვინდოდა როლური თამაშით?

ამ მაგალითში მთელი სეანსი ვიდეოთი იქნა გადაღებული. “სოციალური უნარ-ჩვევების“ ქვეპროგრამისთვის ვიდეოს დამატება მხოლოდ პაციენტთა როლური თამაშის შესაბამისი უკუკავშირის მიზნისათვის არის მიზანშეწონილი (გადაღებული იქნება მხოლოდ ცალკეული მონაკვეთები).

პაციენტთა მოსალოდნელი ქცევების წინასწარი სტრუქტურირებისათვის საკმარისია, ბოლო თერაპიული საათის ცენტრალური ასპექტები (ტექნიკა, შინაარსები, მიზანი, მიზნის დასახევა და ა. შ.) გაეხსენოთ. მოგვიანებით თერაპიული სეანსების დროს უკვე განვლილი სეანსების გახსენება კი არ არის იმდენად მნიშვნელოვანი, რამდენადაც უფრო ყურადსაღებია ის გამოცდილება, რომელსაც პაციენტები იღებენ იმ ინ-ვიუო სავარჯიშოსაგან, რომელიც საშინაო დავალების სახით ეძლევათ ყოველი სეანსის ბოლოს. რათა თავიდან ავიცილოთ პაციენტთა გადაძაბვა, სასურველია, პირველ რიგში კი ეს ეხება ნაკლებუნარიან ჯგუფს, ასეთი სავარჯიშოები მიცემულ იქნას დიდი სიფრთხილით და დროირებულად.

### საფეხური I: კოგნიტური დამუშავება

განვლილი მასალის გადახედვის შემდეგ სავარჯიშო სიტუაციის წინასწარგანხილვით ხდება ახალი თერაპიული შინაარსის კოგნიტური დამუშავების დაწყება. ერთი პაციენტი ჯგუფს ხმამაღლა უკითხავს ამჟამინდელ სიტუაციას იმ ბარათიდან, რომელიც მან რომელიმე თერაპევტიდან მიიღო, – აქ წარმოდგენილ მაგალითში:

“ერთ-ერთი პაციენტი, რომელიც ბევრს ხტავს, თავის ახალ ტილოს ჰკიდებს საერთო საცხოვრებლის კედელზე. აქ მცხოვრებთ ეს ნამუშევარი ძალიან მოსწონთ.“

მოცემულ შემთხვევაში განიხილება სიტუაცია თემაზე “შექების, აღიარების გამოხატვა; კომპლიმენტის გაკეთება“. თემა შერჩეულია “ნაკლებად სარისკო“ სავარჯიშოთა ჯგუფიდან (ნახე 8. 4) და გართულებულია იმ გზით, რომ ინტერაქციის მიზანი არ არის დასახელებული. სტანდარტული წესის მიხედვით, ამის საპირისპიროდ, ინტერაქციის მიზანი ნათლად უნდა იყოს ფორმულირებული. ამაზე მეტყველებს აქ გამოყენებული მაგალითის დამატება:

“თქვენ თანაპაციენტს უნდა უთხრათ, რომ მისი სურათი ძალიან მოგწონთ და ამის გამო გამოელაპარაკოთ.“

ინტერაქციის მიზნის წინასწარ დასახელებაზე მაშინ შეიძლება, მაგალითად, უარის თქმა, როდესაც იგივე თემატიკის სხვა სავარჯიშო სიტუაციები უკვე დაქუშავებულია წინა თერაპიულ სესიებზე. ასეთ შემთხვევებში პაციენტებმა თავად უნდა დაამუშაონ სიტუაციიდან გამომდინარე მოთხოვნილების ხასიათი, როგორც მიზნის განსაზღვრა.

რათა შესაძლებელი გახდეს პაციენტებთან სავარჯიშოს ფორმის შესახებ ლაპარაკი, სასურველია (სულ ცოტა, შედარებით “სუსტ” პაციენტებთან მაინც), სიტუაცია – როგორც ეს ხდება აქ აღწერილი თერაპიული საათის დროსაც – ყველასათვის თვალსაჩინოდ დაფაზე დაიწეროს. მოცემული სიტუაცია შემდეგში პაციენტების მიერ შექმლებისდაგვარად თვალსაჩინოდ უნდა იყოს აღწერილი.

**თერაპევტი:** შეგიძლიათ გაიმეოროთ, გეთაყვა, ქ-ნო ა., თუ რა სიტუაცია უნდა წარმოიდგინოთ?

**ქ-ნო ა.:** დიახ, მაშასადამე, ერთი პაციენტი ჰკიდებს სურათს კედელზე, ლამაზ სურათს.

**თერაპევტი:** სრულიად სწორეა. და რა სურათია ეს?

**ქ-ნო ა.:** სურათი, რომელიც მან თვითონ დახატა.

**ბ-ნი ე.:** მაგრამ ჩვენ არ ვიცით, თუ რა დახატა მან.

**თერაპევტი:** ეს მართალია. ჩვენ მხოლოდ ის ვიცით, რომ მან ლამაზი სურათი დახატა. მაგრამ ჩვენ შეგვიძლია უბრალოდ თუნდაც ის წარმოვიდგინოთ, რომ მასზედ ლამაზი ლანდშაფტია დახატული. მაშასადამე, პაციენტი ახლა ამ სურათს ჰკიდებს. სად ჰკიდებს იგი მას, ბ-ნო ბ.?

**ბ-ნი ბ.:** საერთო საცხოვრებლის ოთახის კედელზე.

**თერაპევტი:** ზუსტად ასეა. მაშასადამე, იგი სურათს პირდაპირ საერთო საცხოვრებლის ოთახში ჰკიდებს. ბ-ნო ე., შეგიძლიათ სცენა სწორად წარმოიდგინოთ?

**ბ-ნი ე.:** დიახ.

**თერაპევტი:** გეთაყვა, იქნებ სცადოთ, რომ ეს სიტუაცია ჩვენ თქვენი სიტყვებით კიდევ ერთხელ აგვიწეროთ?

მცდელობა, სავარჯიშო სიტუაცია პაციენტებს შეძლებისდაგვარად ნათლად დაუწყენოთ თვალწინ, შეიცავს დამახასიათებელ რისკს თერაპიის ფორმირებისათვის. ზოგიერთ ჯგუფს ამ ფაზის დროს ემუქრება საშიშროება, რომ ჩაიკარგოს უმნიშვნელო დეტალებში, რომელთა გარშემოც მხოლოდ სპეკულაციაა შესაძლებელი. ზემოთმოყვანილი თერაპიის მონაკვეთი ასახავს ამ საშიშროებას სურათის შინაარსის საკითხთან დაკავშირებით. წინადადება, წარმოვიდგინათ, რომ თითქოს ლანდშაფტი იყო დახატული, იმ ფაქტით აიხსნება, რომ თერაპევტებს ხელთ ჰქონდათ ლანდშაფტის ამსახველი პლაკატი, რათა როლური თამაშის მიმდინარეობა შექმლებისდაგვარად რეალურის მსგავსი ყოფილიყო. მოცემულ შემთხვევაში, დასმული კითხვა სურათის შინაარსის შესახებ ნაპასუხებ იქნა. მიოვნიანებით, დისკუსია მცირე ხნით მხატვრის პიროვნების გარშემო მიმდინარეობდა. ჯგუფი ვარაუდობდა, რომ შეიძლებოდა აქ ლაპარაკი ყოფილიყო ერთ ყველასათვის ნაცნობ თანაპაციენტზე, რომელიც მართლაც ბევრს ხატავდა. იმის



გამო, რომ მოხდა პიროვნების დაკონკრეტება ისეთ პაციენტზე, რომელიც თავისი უხეში, მოურიდებელი ხასიათის გამო სხვა თანაპაციენტებს დიდად არ ესაბუთებოდათ გულზე, ამან, თერაპევტთა შეფასების თანახმად, გამოიწვია საერაჯიშო სიტუაციის ისეთი მკვეთრი ცვლილება, რომ მათ ირჩიეს, საკითხი მხატვარი თანაპაციენტის შესახებ ღიად დაეტოვებინათ. ამის მაგივრად თერაპევტებმა ჯგუფს მოსთხოვეს, არავითარი განსაზღვრული პიროვნება არ წარმოედგინათ. ზღვარს გადასული დისკუსია პერიფერიული სიტუაციური ნიშნების გარშემო, თერაპევტების მხრიდან მართლაც დირექტიულად უნდა იქნეს შეჩერებული, რათა საკმარისი დრო დარჩეს განსახილველი თემის როლური გათამაშებისათვის.

თუ ინტერაქციის მიზანი წინასწარ არ არის მოცემული, მაშინ თერაპევტებმა ყურადღება უნდა მიაქციონ, რომ ეს მიზანი პაციენტებმა თვითონ შეიმუშავეს და გასაგებად დაასახელონ. ამის გარდა, უნდა მოხდეს ინტერაქციის მიზნის რეალიზაციისათვის საჭირო ქცევების განვითარება და შეძლებისდაგვარად მათი კვალიფიკაცია რომელიმე აბსტრაქტული გეგმის ქვეშ (მგ: "ალიარების გამოხატვა", "კომპლიმენტის გაკეთება"). ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან, სავარაუდოდ, ქცევათა აბსტრაქტული ცოდნა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს გენერალიზაციის პროცესებში. სხვა შემთხვევაში, 'კრიტიკულ' ინფორმაციის გადამუშავების პროცესებს, როგორცაა 'კონცეფციის შექმნა' და 'აბსტრაქციის შესაძლებლობა' ამგვარ წინწასულ ქვეპროგრამებშიც ითვალისწინებენ.

თერაპიული სეანსის ერთი მონაკვეთის დემონსტრაციით გეინდა სეანსის მიმდინარეობის მაგალითი ვაჩვენოთ:

**თერაპევტი:** მოცემულ სიტუაციაში ვინ იმყოფება საერთო საცხოვრებლის ოთახში?

**ქ-ნი ა.:** მხატვარი.

**ქ-ნი უ.:** და ერთ-ერთი ჩვენთაგანი. ჩვენ ხომ უნდა წარმოვიდგინოთ, რომ იქ ვართ, რომ ჩვენ ვხედავთ, თუ როგორ კიდებს იგი სურათს.

**თერაპევტი:** დიახ, თქვენ ორივენი მართალი ხართ. მხატვარი, რომელიც ამწუთას თავის სურათს კიდებს, საერთო საცხოვრებლის ოთახში იმყოფება, და შემდეგ – და ეს მეტად მნიშვნელოვანია – ერთი თქვენთაგანიც ხომ იქაა! ეხლა წარმოვიდგინოთ, რომ აკვირდებით, თუ როგორ ჰკიდებს სხვა პაციენტი სურათს. როგორ მოიქცეოდით ასეთ სიტუაციაში ბ-ნო მ.?

**ბ-ნი მ.:** მე სურათს ვათვალიერებ.

**თერაპევტი:** აჰა. თქვენ ათვალიერებთ სურათს და თქვენ იგი მოგწონთ, ჩვენ ასე გადავწვიტეთ. და შემდეგ რას აკეთებთ?

**ბ-ნი ბ.:** სურათის დაკიდებაში მიხმარება შეიძლებოდა.

**თერაპევტი:** დიახ. მაგრამ ეხლა წარმოვიდგინოთ, რომ მან სურათი თითქმის უკვე დაკიდა და ამას მარტოც კარგად ახერხებს, ისე რომ, მას ჩვენი დახმარება საერთოდ არცკი სჭირდება.

**ქ-ნი უ.:** მე ვეტყვოდი, რომ მისი ნახატი მომწონს.

თერაპევტი: ძალიან კარგი იდეაა. მაშასადამე თქვენ მას – რა დაეარქვით ჩვენ მას ბოლო ჯერზე? ბ-ნო ე.?

ბ-ნი ე.: კომპლიმენტის გაკეთება?

თერაპევტი: სწორია. ზუსტად. “კომპლიმენტის გაკეთება” ან “ალიარების გამოხატვა” ვთქვით ჩვენ ბოლო ჯერზე ამასთან დაკავშირებით. შეგიძლიათ ისიც წარმოიდგინოთ, რომ თქვენ მხატვარს რაღაც ალიარების მსგავსს ეუბნებით, ბ-ნო მ.?

შემდეგი თერაპიული ნაბიჯი მდგომარეობს შესაძლებელ, მიზნის რეალიზაციისათვის გამოხადვად დიალოგის ერთობლივ დამუშავებაში. ამასთან, პაციენტებს შეუძლიათ დაამუშაონ როგორც მთლიანი დიალოგი, ასევე, მხოლოდ “საკუთარი” ნაწილი მასში. უკანასკნელი ვარიანტის დროს, ამის მომდევნო როლური გათამაშებისას, ინტერაქციის პარტნიორის როლის შემსრულებელი კოთერაპეტი (= “პასიური” კოთერაპეტი, “მხატვარი”) წინასწარ იძლევა პასუხებს. მოყვანილ მაგალითში თერაპევტები ამ ვარიანტს მიმართავენ – როგორც ეს ხშირად ხდება მოცემული ქვეპროგრამით მუშაობის საწყის ფაზაზე.

თერაპევტი: და მაშინ როგორ დაიწყებთ საუბარს “მხატვართან”?

ქ-ნი უ.: მე თავიდან მას ეკითხავდი, მართლა მისია თუ არა სურათი. მაშასადამე, მან თვითონ დახატა თუ არა იგი.

თერაპევტი: კარგი. აბა, კითხეთ. წარმოიდგინეთ, რომ ბერბელ მ. ის მხატვარი თანაპაციენტია.

ქ-ნი უ.: ეს შენ თვითონ დახატე?

“პასიური” კოთერაპეტი: დიახ, ეს მე თვითონ დაეხატე.

თერაპევტი: დიდი მადლობა. სხვებსაც შეგიძლიათ, ასეთი დასაწყისი წარმოიდგინოთ? კი? კარგი, მაშინ ჩვენ ქ-ნ უ.-ს წინადადება დაფაზე დაეწეროთ.

“აქტიური” კოთერაპეტი: მე ამას ისევე ვწერ, როგორც ყოველთვის: “ა” ეს თქვენ ხართ, ანუ ამას თქვენ ამბობთ, და “ბ”, ეს ის პაციენტია, რომელიც ამწუთას სურათს ჰკიდებს, მხატვარი. კარგი. მოდი, დაეწყოთ “ა”–თი. შეგიძლიათ, ქ-ნ უ.–ს ფრაზა კიდევ ერთხელ გაიმეოროთ, ბ-ნო მ.?

ბ-ნი მ.: დიახ. “ამ სურათის ავტორი შენ ხარ?”

“აქტიური” კოთერაპეტი: სწორია, ქ-ნო უ.?

ქ-ნი უ.: არა, მე ვთქვი: „ეს შენ თვითონ დახატე“,

“აქტიური” კოთერაპეტი: კარგი. მაგრამ მნიშვნელობის მიხედვით ეს იგივეა, თუ თქვენ როგორ ფიქრობთ, ბ-ნო ბ.?

ბ-ნი ბ.: ეს იგივეა.

“აქტიური” კოთერაპეტი: მოდით, ორივე ვარიანტი დაფაზე დაეწეროთ.

(წერს:

ა: „ეს შენ თვითონ დახატე“,

ა: „ამ სურათის ავტორი შენ ხარ?“,)

და საუბრის მონაწილე თანაპაციენტი, მხატვარი, აქ ამბობს: „დიახ, ეს მე დაეხატე.“

(სწერს ა-ს შეკითხვის ქვეშ:

ბ: „დიახ, ეს მე დაეხატე.“)

დიალოგის დამუშავების პროცესი ყოველთვის როდი მიმდინარეობს ასე, ზედმეტი პრობლემების გარეშე, როგორც მოცემულ მაგალითში. თუ პაციენტები ძალიან განსხვავებულ წარმოდგენებს გამოხატავენ ინტერაქციის დასაწყისისა და მისი მიმდინარეობის შესახებ, მაშინ თერაპევტები უნდა ეცადონ, რამდენადაც ინტერაქციის მიზნის მიხედვით შედარებით ადექვატურ წინადადებებზე დააპარაკო, პარალელურად, მაქსიმუმ 2 წინადადებაზე იმუშაონ. გადაწყვეტილება იმის შესახებ, თუ რომელს დარჩება საბოლოოდ უპირატესობა ინტერაქციის ფორმირებისათვის, მიიღება როლური თამაშის პროცესში, თავად მონაწილე პაციენტების მიერ.

თერაპიის ამ ფაზაზეც პაციენტები რეაგირებენ ისე და ისე მოუსვენრობით და “წინააღმდეგობად“ ინტერპრეტირებული ქცევებით, ალბათ ეს იმის გამოა, რომ აქ ხდება კოგნიტური დონიდან პოტენციურად საშიშ ქცევის დონეზე გადასასვლელად მომზადება. ამიტომაც, დიალოგის დამუშავება თერაპევტების მხრიდან მოითხოვს განსაკუთრებით დიდ ყურადღებას და ემპათიის გამოხატვას.

ხშირად დიალოგის დამუშავების პროცესში მოდის მრავალი წინადადება, – როგორც ეს შეიძლება მომხდარიყო ჩვენს მაგალითში „კომპლიმენტის გაკეთება, აღიარების გამოხატვა, – ინტერაქციის მიზანზე საუბრისას. ისინი ხომ შინაარსობლივად მეტწილად იდენტურები არიან, ისე რომ, მათი გაერთიანება დიალოგის გაგრძელების მიზნით სიძნელეს არ წარმოადგენს. ჩვენს მაგალითში:

ა: ეს მე ძალიან მომწონს!

ბ: ხო, მართლა?

ა: ხო, ჩემი აზრით, შენ ეს ძალიან კარგად დახატე.

ბ: ძალიან მიხარია, რომ ასე მოგეწონა.

თუ მოტიანი დიალოგი დაფაზე ყველასათვის ადვილად წასაკითხად და დასანახად სწვრია, მაშინ პაციენტებს უკვე შეუძლიათ, ამ სცენას სათაური მოუძებნონ. ეს მეთოდი, ჩვეულებრივ, მათთვის უკვე ცნობილია თერაპიული სეანსის “სოციალური აღქმა“ დასკენითი ეტაპიდან. მოცემულ მაგალითში გაერთიანება მოახდინეს სათაურით: “მე ვაქებ მხატვარს და მის სურათს.“ სუბიექტი (მსახიობი) ამ სათაურში სასურველია იყოს პაციენტი, რომელიც ახდენს ინტერაქციის ინიციაციას.

სათაურების შერჩევაზე ასეთი მუშაობა თერაპევტებს კიდევ ერთხელ აძლევს საშუალებას, როლური გათამაშების დაწყების წინ დარწმუნდნენ, გაიგო და წარმოიდგინა თუ არა ყველა პაციენტმა სავარჯიშო სიტუაციის ძირითადი შინაარსი. ამიტომაც თერაპევტებმა იმ პაციენტებს, რომლებიც სათაურის შინაარსს მხოლოდ მშრალად ეთანხმებიან, უნდა ყოველთვის მოსთხოვონ პასუხის დასაბუთება, მითუმეტეს, თუ აქვთ ეჭვი, რომ რომელიმე მათგანი ვერ ჩაწვდა წინადადების აზრს.

მომდევნო თერაპიული ნაბიჯისას, რომელსაც ქვედა საუბარი კონკრეტულად მოხალისებულ სიძნელეებზე. პაციენტთა შიშების დაკონკრეტება ძირითადად იმსჯელებს, რომ მათი ინტერაქციასთან დაკავშირებული შიშები აღარ იყოს მტკიცებლად დიფუზური ხასიათისა. შიშოფრენით დაავადებული პაციენტები, "ნეუროზული" პაციენტებისაგან განსხვავებით, ამ ფაზაში ყოველთვის ასახელებენ ისეთ პოტენციურ "სიძნელეებს", რომლებიც მთლიანად მიეკუთვნებიან ბაზისურ დარღვევებს, მაგალითად, ასეთს:

"მე მეშინია, რომ უცხად ვერაფერს გავიხსენებ, რომ ტექსტი დამავიწყდება."

"აღბათ მე უცხად ისევ დამეწყება სახის კუნთების სპაზმი."

"წინადადება (დიალოგი) ისეთი გრძელია, რომ მე წამდვილად რაღაც წამომცდება."

ჩვენს მაგალითში პაციენტებს, რომლებმაც საეარჯიშო სიტუაცია შეაფასეს, როგორც "საშუალო სიმძიმის", ეშინოდათ, რომ უცხად გაწითლდებოდნენ ან სიცილს დაიწყებდნენ. მსგავსი შიშები ხშირად შეიმჩნევა "სოციალური უნარ-ჩვევების" პროგრამით მუშაობის დასაწყისში. შესაძენეა, რომ ამის მიზეზს სათამაშო სცენის პრეტენზიული გარემო ნაკლებად წარმოადგენს. იგი უფრო გამოწვეულია "როლური თამაშის" ტექნიკის შედარებითი სიახლით და მასთან დაკავშირებული "თავის წარდგენით".

პაციენტების მიერ დასახელებული შიშების გათვალისწინება შექმნის დაგეგმვად ხდება ამის მომდევნო დაკვირვების ფუნქციების განაწილების დროს. თერაპევტებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ ინტერაქციის იმ ასპექტებს, რომლებიც უშუალო დაკვირვებისთვისაა მისაწვდომი. თერაპევტებმა, ამდენად, პაციენტების მიერ გამოთქმულნი შიშები უნდა "გადაიყვანონ" დაკვირვებისათვის მისაწვდომ ქცევებში. ჩვენს მაგალითში ერთ-ერთი პაციენტი განსაკუთრებულად უნდა დაკვირვებოდა "ხმის სიძლიერეს", "საუბრის ტემპს" და "განწყობის გამოხატვის ემოციურობას" ("გთხოვთ, ყურადღება მიაქციოთ იმას, რომ ის, ვინც ა.-ს თამაშობს, ლაპარაკობს თუ არა მეგობრული ქების ტონით, თუ მისი ხმა ბუზღუნა ან სულაც გააყვებული ტონისაა.")

ზოგადად ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმაზე, მოთამაშები ვარდებიან თუ არა როლიდან და იწყებენ თუ არა სიცილს. "გაწითლება", როგორც ნებელობის აქტისადმი დაუქვემდებარებელი ქცევის ასპექტი, არ უნდა იქნეს გათვალისწინებული.

ბოლოს თერაპევტები აფასებენ საეარჯიშო სიტუაციის სიმძიმეს. აქ პაციენტებმა სიმძიმის დონე უნდა შეაფასონ ხუთსაფეხურიან შეფასების სკალაზე ქულებით 1 = "ძალიან ადვილი" და 5 = "ძალიან მძიმე". ჩვეულებრივ, როლური გათამაშებისას პირველ რიგში მონაწილეობას იმ პაციენტებს აღებინებენ, რომლებსთვისაც საეარჯიშო სიტუაცია სუბიექტურად ნაკლებად საშიშია. "მშიშარა" პაციენტები ამ გზით იღებენ დამატებითი მოდელის ნახვის საშუალებას.

ზემოთ მოყვანილ მაგალითში ყველა პაციენტმა, ერთის გამოკლებით – ქნმა უ.-ში საეარჯიშო სიტუაცია შეაფასა, როგორც "ძალიან ადვილი" – შეაფასა, როგორც საშუალო სიმძიმის, 3. დაახლოებით ერთნაირი მონაცემების გამო, ეს შეფასებები ვერ დაგვეხმარა, რათა განსაზღვრულიყო პაციენტების მიერ როლების თამაშის თანმიმდევრობა. ასეთ შემთხვევებში გადაწყვეტილებას იღებენ პაციენ-

ტები თერაპევტებთან ერთად.

სიმძიმის ხარისხის შეფასება დროის ამ მონაკვეთში სხვა მიზეზებითაცაა მნიშვნელოვანი: ჯერ ერთი, როლური თამაშის ჩატარების შემდეგ გაკეთებული შემდგომი შეფასებები მეტწილად აჩვენებენ, რომ პაციენტებს საეარჯიშო სიტუაციები ახლა უფრო ეადვილებათ, ვიდრე ეს თავიდან იყო – ფაქტი, რომელიც შეიძლება გამოდგეს აწეული შიშების კორექციისათვის კოგნიტიური თერაპიით. თუ, ამის საპირისპიროდ, როლური თამაშის შემდეგ სიტუაცია შეფასდება, როგორც უფრო მძიმე, ვიდრე მანამდე, ეს იქნება სერიოზული მაჩვენებელი იმისა, რომ მოხდა პაციენტების გადატვირთვა.

### საფეხური 2: მიმდინარეობა

ახლა უნდა მოხდეს პატარა “სცენის” მომზადება როლური თამაშისათვის. ჯგუფის წრე გაიხსნება, პაციენტები და თერაპევტები ისე სხდებიან, რომ ვიდუოკამერას საკმარისი მხედველობის ველი შეექმნას როლური თამაშის გადასაღებად. წარმოდგენილ მაგალითში “პასიური”, მხატვარი თანაპაციენტის როლის შემსრულებელი კოთერაპევტი, შეიარაღებული იყო ლანდშაფტის გამომსახველი სურათით და რეალობასთან მიმსგავსებული სხვა საკანცელარო საგნებით და იდგა “საერთო საცხოვრებლის” კედელთან, რადგან ეს იყო როლის გათამაშების ადგილი.

ამის მომდევნო სამოდულო-როლურ თამაშში ორივე კოთერაპევტი თამაშობს – აქ “აქტიური” კოთერაპევტი ასრულებს იმ როლს, რომელიც შემდეგ პაციენტმა უნდა შეასრულოს – ერთობლივად დამუშავებულ სცენას, როგორც მოდელს. ამასთან, ჩვენს მაგალითში, სილკე ბ. შეგნებულად ლაპარაკობდა შედარებით ხმადაბლა, რაც მის მომდევნო უკუკავშირის სხდომის დროს დამსწრე დამკვირვებლის მიერ გაკრიტიკებულ იქნა. აქ გამართლებულია უკუკავშირის სხდომის შემდეგი თანმიმდევრობა: თავდაპირველად უკუკავშირი “აქტიური” კოთერაპევტისგან (კათარზისის ეფექტი მისი როლური საეარჯიშოს შემდეგ), შემდეგ სხვა პაციენტების კომენტარები (დამკვირვებლები); ამას მოჰყვება უკუკავშირი “პასიური” კოთერაპევტისგან და ბოლოს თერაპევტისგან (შემაჯამებელი სახის). თერაპევტი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს იმას, რომ ყველა უკუკავშირის პოზიტიური ფორმა ჰქონდეს.

ამ “სადემონსტრაციო სხდომის” შემდეგ (= სამოდულო-როლური თამაში + უკუკავშირის სხდომა) იწყება უშუალოდ პაციენტთა როლური თამაში. მისი მიმდინარეობა ილუსტრირებულია შედარებით ხანგრძლივი თერაპიული სეანსის მონაკვეთით:

**თერაპევტი:** ასე, თქვენ ახლა უკვე რიგში დგახართ. ქნო უ., მზად ხართ იმისათვის, რომ პირველმა შეასრულოთ როლი?

**ქნი უ.:** დიახ.

**თერაპევტი:** ძალიან კარგი. თქვენ რისი დამკვირვებელი ხართ?

**ქნი უ.:** მეტყველების ტემპის.

**თერაპევტი:** როდესაც ქნი უ. თვითონ მიიღებს მონაწილეობას როლურ თამაშში, იგი, ბუნებრივია, ვეღარ შეიძლება ერთდროულად მეტყველების ტემპზეც დაკვირვებას. ვის შეუძლია მოცემულ შემთხვევაში ამ როლის თავის თავზე აღება?

ბ-ნი ბ.: მე შემძლია ამის გაკეთება.

თერაპევტი: ხო? აქამდე არაფერს არ დაკვირვებიახართ?

ბ-ნი ბ.: არა.

თერაპევტი: კარგი. მაშინ ესეა თქვენ დააკვირდებით მეტყველების ტემპს. და სხვა დამკვირვებლები ვინ არიან?

ბ-ნი მ.: მე დაეაკვირდები ხმის სიძლიერეს.

ქ-ნი ა.: მეც დამკვირვებელი ვარ. მე ყურადღებას მივაქცევ, ჟღერს თუ არა ნათქვამი მეგობრულად.

თერაპევტი: შესანიშნავია. კიდევ ერთი თხოვნა დამკვირვებლებს. გთხოვთ, კარგად დაინახსოვროთ თქვენი დაკვირვება. ის, რაც თვალში მოგხედებათ, უშუალოდ როლური თამაშის დროს კი არ უნდა აღნიშნოთ, არამედ მხოლოდ მისი დამთავრების შემდეგ.

ქ-ნი ა.: როლური თამაშის შემდეგ?

თერაპევტი: სწორედაც. კარგი, ქ-ნო უ, შეგიძლიათ, ახლა აქ დადგეთ? ამ ადგილიდან შეგიძლიათ დაფასაც უყუროთ.

ქ-ნი უ.: მე დაფა არ მჭირდება, მე ისედაც შემძლია დამახსოვრება.

თერაპევტი: მით უკეთესი. კიდევ ერთი მითითება ყველასათვის: დაფაზე დაწერილი ტექსტი დახმარებას გაგიწევთ იმ შემთხვევაში, თუ გაგრძელება დაგაიწივდათ. მაგრამ ეცადეთ, რაც შეიძლება იშვიათად შეხედოთ დაფას. ასევე ვალდებულები არა ხართ, სიტყვა-სიტყვით გაიმეოროთ ის, რაც დაფაზე სწერია. ალბათ უკეთესი იქნება, თუ სრულიად თავისუფლად ილაპარაკებთ, ანდა სხვა რამის თქმა მოგიწევთ. თქვენ თავისუფლად შეგიძლიათ ამის მოსინჯვა. კარგი. კიდევ გაქვთ კითხვები? არა? მაშინ გთხოვთ, ქ-ნო უ.

ამ მითითებების შემდეგ იწყება უშუალოდ როლური თამაში. ჩვენს მაგალითში ბერბელ მ. დგას კედლისკენ მიბრუნებული და ამაგრებს ლანდშაფტის გამოხატველ სურათს კედელზე.

ქ-ნი უ.: (თავიდან გარკვეული მანძილით დაშორებული აკვირდება, ხელები თქოვებზე აქვს შემოწყობილი) საღამო. ეს სურათი თვითონ დახატე?

“პასიური“ კოთერაპევტი: (მისკენ შებრუნდება) დიახ, ეს მე თვითონ დაეხატე.

ქ-ნი უ.: (ცვრად მისჩერებია თავის წინ იატაკს) ვფიქრობ, რომ ეს ძალიან ლამაზი სურათია.

“პასიური“ კოთერაპევტი: (ღიმილით) მართლაც?

ქ-ნი უ.: (ეხლა ცოტა მოღუშული შეპყურებს კოთერაპევტს) დიახ, მართლაც, სურათი ძალიან მომწონს.

“პასიური“ კოთერაპევტი: (მეგობრულად) მოხარული ვარ, რომ ეს შენ მოგეწონა.

როლური თამაშის შემდეგ მოთამაშეები და “პასიური“ კოთერაპევტი რჩებიან თავიანთ სათამაშო ადგილზე. იწყება უკუკავშირის სხდომა.

თერაპევტი: დიდი მადლობა, ქ-ნო უ! მოდით, ახლა უკუკავშირის სხდომა

დაეიწყოთ. როგორი იყო ეს თქვენთვის, ქ-ნო უ?

ქ-ნი უ: ეს მართლაც კარგი იყო, ასე მგონია.

თერაპევტი: ეს მძიმე იყო თქვენთვის?

ქ-ნი უ: დიახ, მაშასადამე – ეს იმაზე უფრო ადვილი იყო, ვიდრე თავიდან მეგონა.

თერაპევტი: ხომ ხედავთ, ეს თქვენთვის სიძნელეს არ წარმოადგენდა. მოდით ახლა სხვებსაც ვეითხოვთ, თუ მათ რაღა დაინახეს. მოგხედათ თქვენ რამე თვალში, ბ-ნო ბ.?

ბ-ნი ბ: მე მიმაჩნია, რომ იგი ნორმალური ტემპით ლაპარაკობდა. მისი აღქმა ადვილი იყო. მე მომეწონა, როგორც მან ეს გააკეთა.

თერაპევტი: აჰა. თქვენ რას აკვირდებოდით, ბ-ნო მ.?

ბ-ნი მ: ხმის სიძლიერეს.

თერაპევტი: და როგორი იყო ხმის სიძლიერე?

ბ-ნი მ: იგი საკმარისად ხმამაღალი იყო.

თერაპევტი: კარგი. თქვენთვის რა იყო თვალშისაცემი, ქ-ნო ა.?

ქ-ნი ა: მე ამას ცოტა უფრო მეგობრული ტონით ვიტყვოდი. ეს ადვილი გასგები იყო, მაგრამ შეიძლებოდა ნათქვამი უფრო კეთილმოსურნე ტონის ყოფილიყო.

თერაპევტი: ეს როგორ ხდება?

ქ-ნი ა: რა, რომ ეს უფრო კეთილმოსურნედ ვღერდეს?

თერაპევტი: დიახ.

ქ-ნი ა: მეც არ ვიცი. ალბათ შეიძლებოდა ლაპარაკის დროს მას ცოტა გაეღიმა.

თერაპევტი: ოჰ, ეს მართლაც კარგი იდეაა. ესე იგი, თქვენ ქ-ნ უ-ს სთავაზობთ, რომ ლაპარაკის დროს ცოტა უფრო მეტად გაიღიმოს.

ქ-ნი ა: დიახ.

თერაპევტი: კარგი. თქვენ, ბ-ნო ე, თქვენთვის იყო რაიმე თვალშისაცემი?

პაციენტების შემდეგ თერაპევტებიც აკეთებენ მიმოხილვას. ისინი აშკარად პოზიტიურ, განმამტკიცებელ უკუკავშირს აკავშირებენ წინადადებასთან ცელილეტების შესახებ, რომელიც ქცევაზეა ორიენტირებული და უპირველეს ყოვლისა, გამომდინარეობს სხვა პაციენტების დაკვირვებებიდან. პაციენტების მიერ უკუკავშირის დროს გამოთქმული კრიტიკული შენიშვნები არ არის საჭირო ყოველთვის უცვლელად იქნას მიღებული. თერაპევტებს შეუძლიათ მათი შეცვლა პოზიტიური ფორმულირებით. ზოგადად, თერაპევტების უკუკავშირმა ორი მთავარი ფუნქცია უნდა შეასრულოს: ეს არის, პოზიტიური განმტკიცება ერთის მხრივ და კონსტრუქციული, გამათვალისწინებელი და ყოველივეს გათვალისწინებით წამოყენებული წინადადება ქცევის შეცვლის შესახებ მეორეს მხრივ. ამ ორივე ტექნიკის გამოყენებით ხშირად შესაძლებელი ხდება, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში, ხანგძლივი დროისათვის მიღწეულ იქნას მკვეთრად გამოსაბრუნებელი შედეგები.

ლი ნეგატიური თვითგაზიარებისა და საკუთარი თავის მიმართ ეჭვების წარმატებით დაშუქება.

იმისათვის, რომ მონაწილეებს მიეცეთ საშუალება, შეამოწმონ უკუკავშირის დროს გამოიქმნილი საკუთარი მოსაზრება, მათ სთავაზობენ დამამთავრებელ ეიდუო-ფიტბეს. ეს საშუალება, ზოგადად, ბუნებრივად, გამოყენებულ უნდა იქნას მხოლოდ პაციენტების სურვილით. მაგრამ თერაპევტებსაც არ უნდა შეეზღუდოს, რომ პაციენტებს შესაბამისი შეთავაზებით მიმართონ. ეიდუო-ფიტბე არის, ამ სიტყვის ჰეშმარიტი გაგებით, ბევრად უფრო “თვალსაჩინო”, ვიდრე სუფთა ვერბალური უკუკავშირი. ჩვენს მაგალითში ქ-ნმა უ.-მ ეს შეთავაზება გამოიყენა. მის მიერ ნათამაშები როლი ჯგუფმა კიდევ ერთხელ ნახა ეიდუოში. ამის შემდეგ მან უფრო ადვილად მიიღო თერაპევტის მიერ შეთავაზებული წინადადება ცვლილებაზე და გადაწყვიტა, რომ ეს გაეთვალისწინებინა შემდეგში, მობდევნო როლური თამაშის დროს. ამ მეორე როლურ თამაშზე, როგორც წესი (დროითი და ჯგუფურდინამიური მიზეზის გამო), მხოლოდ წამყვანი თერაპევტი იძლევა გამოჩვენებად პოზიტიურ უკუკავშირს.

შემდეგში სხვა პაციენტებიც ანალოგიური სახით თამაშობენ ერთობლივად დაგეგმილ როლური თამაშის სცენას.

როლური თამაშების შემდეგ თერაპევტებს შეუძლიათ სთხოონ პაციენტებს, რომ მათ მოახდინონ ნათამაშები სცენის სიმძიმის შეფასება, ზემოთ აღწერილი ხუთსაფეხურიანი სიმძიმის სკალის მიხედვით. ამან ჩვენი მაგალითის შემთხვევაში სასიამოვნო შედეგი გვიჩვენა: ქ-ნი უ. დარჩა თავის თავდაპირველ თვალსაზრისზე, დანარჩენმა პაციენტებმა კი სავარჯიშო სიტუაცია შეაფასეს, როგორც უფრო ადვილი, ვიდრე ეს მიაჩნდათ საწყისი შეფასებისას.

ყოველი თერაპიული სეანსი, ჩვეულებისამებრ, მთავრდება “საშინაო დავალებით” – თერაპიული ეფექტის გენერალიზაციისათვის აშკარად მნიშვნელოვანი ღონისძიებით. ამასთანავე, წინა პლანზეა აბსტრაქტულ, და არა კონკრეტულ თერაპიულ შინაარსებთან დაკავშირებული საშინაო დავალებები (მაგალითად, “ქების, აღიარების გამოსატყევა”; “კომპლიმენტის გაკეთება”; “შე ეაქებ მხატვარს და მის სურათს“). ისინი არა მარტო პრაქტიკულია და შესასრულებლად ადვილია, არამედ მოქმედების იმ თავისუფლებით გამო, რასაც ისინი პაციენტებს სთავაზობენ, იწვევენ მათ უფრო მეტ მოტივაციას, ვიდრე ძალიან კონკრეტულად ფორმულირებული და თავიანთი ხასიათით ხელოვნური ინ-ვივო სავარჯიშოები.

ის გამოცდილება, რომელსაც პაციენტები იღებენ “საშინაო დავალებების” შესრულებისას, აუცილებლად განხილულ უნდა იქნას მომავალი თერაპიული სეანსის დასაწყისისას. თერაპევტები ამ დროს მუდმივად უნდა ცდილობდნენ, რომ ჰქონდეთ მაქებარი, მაღიარებელი, პოზიტიურად განმამტკიცებელი პოზიცია, რადგან ხელი შეუწყონ როლური თამაშის დროს დასწავლილის პრაქტიკაში გადატანის თითოეულ მცდელობას.

“განზე მდგომარეობა” თანაპაციენტები მუდმივად იღებენ გამამხნეებელ მიმართებას, “საშინაო დავალების უარყოფილებით” შეიძლება, გარემოებისა და მიხედვით, შესაბამისი ოპერატიული ღონისძიებებით – მაგალითად, განმტკიცების ინდივიდუალური პროგრამის ფარგლებში – დამატებით გამიზნულად იქნენ მოტივირებულნი.

ამ ქვეპროგრამის წარმატებული მიმდინარეობის დროს შეიძლება პასიური კოთერაპევტის როლი რომელიმე პაციენტმა შეასრულოს.

და ბოლოს, კიდევ ერთხელ უნდა გავსვას ხაზი იმას, რომ განმტკიცება, პირდაპირ ორ ქვეპროგრამასთან შედარებით, “ყოველდღიურიობასთან მიახლოებულად” უნდა გაკეთდეს: განმტკიცების შემოტანა ხდება ინტერმითირებულად და თანდათან მატებადი მოტივაციით.



## 5. 6 ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა

ქვეპროგრამა "ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა" შინაარსობლივი წინასწარგანსაზღვრულობის კუთხით, ყველაზე ნაკლებად სტანდარტიზირებულია. ესე იგი, აქ წარმოდგენილ თერაპიულ პროგრამათა შორის ყველაზე ღიაა. თერაპიული საფეხურისა და მისი შედეგის მიხედვით, ასევე ვარიანტულია კონკრეტული მეთოდოლოგიებიც. მონაკვეთში 5.6.1 წინა პლანზეა წამოწეული რამდენიმე ძირითადი მოსახერხებელი ამ ქვეპროგრამაზე მუშაობასთან დაკავშირებით, უფრო კი მონაკვეთი 5.6.2 წარმოგვიდგენს აქამდე მოყვანილი აღწერის ხერხებიდან შედარებით განსხვავებული ფორმით, რამდენიმე სენსის განმავლობაში მიმდინარე თერაპიული მონაკვეთის დეტალურ აღწერას, რომელიც გვიჩვენებს თავში 4.6 წარმოდგენილი საფეხურების შესაძლო რეალიზაციის ხერხებს. ამ თერაპიულმა მაგალითმა მკითხველს უნდა გააბედინოს და შეაძლებინოს მსგავსი, მაგრამ არა საეაღდებულოდ იდენტური (=სტანდარტული) ფორმით სხვა, მაგალითში მოყვანილ თემისგან განსხვავებულ, პაციენტთა პრობლემებზეც იმუშაოს. თერაპიული მიმართულებები მაგალითის მიზნით წარმოდგენილია თავში 8.5.

### 5.6.1 ქვეპროგრამის ჩატარება

ქვეპროგრამაში "ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა" უფრო მოსახერხებელია პაციენტთა პატარა ჯგუფთან მუშაობა. მეტ-ნაკლებად პიროვნული პრობლემების დამუშავებისათვის საჭირო ნდობის განწყობა უფრო ადვილად შეიქმნება მცირერიცხოვან ჯგუფში. ღია, შიშისგან თავისუფალი ატმოსფერო განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი წინაპირობაა ისეთი თერაპიული მუშაობისათვის, სადაც პრობლემების დასმა ხდება ბიპეიორისტული ანალიზის მიხედვით. აქაც ყოველთვის საჭიროა, რომ პრობლემის გადაჭრის შემუშავებული გზა პრაქტიკაში გადატანამდე ჯერ გამოცდილ იქნას როლური თამაშის საშუალებით - რაც "სოციალური უნარ-ჩვევების" ქვეპროგრამის მსგავსად - ყველა პაციენტს საკმარისად გავარჯიშების შესაძლებლობას აძლევს.

ვინაიდან "ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა" შედარებით მცირედ სტრუქტურირებული ქვეპროგრამაა, ამიტომ იგი უნდა ჩატარდეს გამოცდილმა, ბიპეიორისტული თერაპიის მცოდნე სპეციალისტმა. იმის გამო, რომ ამ ქვეპროგრამის თერაპიული პროცესი ყოველთვის ადვილად თვალყურის სადევნებელი არ არის, ამიტომ სასურველია, რომ იგი წაიყვანოს ორმა თერაპევტმა, რომლებიც ერთობლივად მუშაობის პროცესში ზუსტი ურთიერთშეთანხმებით მოქმედებენ.

"ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრაც" კვირაში ორ-სამჯერ უნდა ჩატარდეს. პაციენტთა ზედმეტად გადატვირთვის თავიდან აცილების მიზნით, აქაც ერთი თერაპიული სენსის მაქსიმალური ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 90 წუთს (პაუზების ჩათვლით).

"ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა" ქვეპროგრამით მუშაობის დროს ძირითადია ბიპეიორისტულანალიზური, მონაწილე პაციენტთა მიერ დასმული კონკრეტული პრობლემებიდან და მათი ინდივიდუალური სიძნელეებიდან გამომდინარე მიდგომის ფორმა. ამდენად მოსალოდნელია, რომ გაუმჯობესდება პრობლემის დაძლევისათვის საჭირო, ამ პრობლემისთვის არსებითი და ინდივიდუ-

ალურ-სპეციფიკური ქცევის ტიპები. გარდა ამისა, პაციენტის მოთხოვნილებაზე მორგებული მიდგომა აშკარად უფრო ეკონომიურია და ასევე, თანამედროვე ცოდნის გათვალისწინებით, უფრო ეფექტურია, ვიდრე მალალსტრუქტურირებულ მიდგომის გამოყენება. იმისათვის, რომ ამ ქვეპროგრამაშიც უზრუნველყოფილი იყოს *ემოციური დატვირთვის თანდათანობითი ზრდა*, რეკომენდირებულია, თავიდან იმუშაოს ისეთ პრობლემებზე, რომლებიც ნაკლებად იწვევენ აფექტის პროუოცირებას, არიან ნაკლებ დამტვირთავნი. "ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრით" მუშაობის დაწყებისას დასაშვებია, ჯერ დამუშავებულ იქნას ის პრობლემები, რომლებიც თავად თერაპევტმა შეარჩია და რომლებსაც კონკრეტული მიმართება არ გააჩნიათ პაციენტთა სიტუაციებთან, რათა ამ გზით პაციენტები ჯერ გაერკვნენ მოცემული ქვეპროგრამის ტექნიკასა და მიმდინარეობის ფორმაში. ემოციურად ძლიერ დატვირთული პრობლემების დასმა უნდა მოხდეს მხოლოდ "წარმატებული", ან სტაბილური პაციენტების შემთხვევაში. რეაბილიტაციის მნიშვნელოვანი ფაზები განაწილდება, როგორც პრობლემური მონაკვეთები და ამგვარად მზადდება *ბიჟეიორისტულ-ანალიზური და -თერაპიული* მიდგომა. ამიტომაც ბევრგან ცდილობენ, თუმცა აქამდე ეს მეტწილად ანგლო-ამერიკულ სიერცეში ხდება, რომ შეიქმნას სტანდარტიზირებული მასალები, როგორც საფუძველი ამგვარ პრობლემებზე თერაპიული მუშაობისთვის. *სტანდარტიზირებული "პრობლემათა სია"* შეიძლება პრაქტიკაში გამოყენებულ იქნას სხვადასხვა ფორმით; ერთის მხრივ, ის გამოდგება, როგორც "საყრდენი გახსენებისათვის", რომელიც თერაპევტს ყურადღებას გაამახვილებინებს იმაზე, თუ განსაზღვრულ რეაბილიტაციურ ღონისძიებასთან დაკავშირებით, გარემოებისდა მიხედვით, რომელი პრობლემა შეარჩიოს. მეორეს მხრივ, იგი ეხმარება თერაპევტს გადაწყვიტოს, თუ რომელ პრობლემაზე იმუშაოს ან არ იმუშაოს თავის პაციენტებთან ერთად. თავში 4.5 "ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრის" მასალების ნაწილში, მაგალითის სახით, მოყვანილია ამდგვარ "პრობლემათა სია" რეაბილიტაციის ფაზისათვის, რომლის სახელწოდებაცაა "კლინიკის გარეთ მდებარე საერთო საცხოვრებელში ცხოვრებისათვის მომზადება".

### 5.6.2 ქვეპროგრამის ჩატარების ხერხის აღწერა

"ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრის" ქვეპროგრამის ჩატარება განმარტებულ იქნა რამდენიმე თერაპიული სეანსის მომცველ თერაპიული მონაკვეთების მაგალითზე. სეანსს ატარებდნენ თერაპევტები რაინერ ე. და ბერბელ მ., მონაწილეობდნენ პაციენტები ქანი უ., ბ-ნი პ. და ბ-ნი დ. ისინი უნდა მომზადებულიყვნენ კლინიკის გარეთ საერთო საცხოვრებელში გადასასვლელად.

ამ წინასწარი მომზადების პერიოდში გამწვავდა სამივე პაციენტისთვის უკვე დიდი ხნის მანძილზე ცნობილი პრობლემა: გახშირდა ჩივილები თანდათან მატებდა სისუსტესა და დაღლილობაზე. ეს სუბიექტური ჩივილები ქცევის დონეზე თავს იჩენდნენ თანდათან მზარდ არაპუნქტუალობასა და არსებულ თერაპიებში სულ უფრო ნაკლები მონაწილეობით.

*პრობლემათა სფეროს ანალიზმა* მოგვცა დამატებითი ინფორმაცია პრობლემის შესახებ. პაციენტებთან დაახლოებული პირები ამჩნევდნენ მოტივაციის გაქრობას მანამდე მათთვის სასიამოვნო პერსპექტივით, "კლინიკის გარეთა საერთო საცხოვრებელი," მიმართ. ინდივიდუალური გასაუბრების დროს ყველა პაციენტი ამჟღავნებდა გახშირებულ ფიქრებს ზედმეტი გადატვირთვის გამო და შიშს, რომ აღმოჩნდებოდა უუნარო. უნარების შემცირება თავს იჩენდა ასევე სხვა,

სტაციონარის გარეთა სფეროებშიც, მაგალითად, შრომათერაპიაში. მოძრაობითი თერაპიის ხელმძღვანელმა აღნიშნა სიძნელეთა მატება ამ საში პაციენტებიდან ორი მათგანის შემთხვევაში.

მოცემულ სიტუაციაზე რეაგირება მოეხდინეთ თველი რიგი ინტერვენციების საშუალებით. ინდივიდუალური შიშების შემატიზირებას ვახდენდით “საყრდენი” პირადი გასაუბრების დროს, ვაქებდით მათ პუნქტუალობას და მონაწილეობას ინდივიდუალურ პროგრამებში. საერთო საცხოვრებლისთვის მომზადება ჩაერთეთ ძირითადი პრობლემის – “სისუსტე” დამუშავებაში (პრობლემათა სფეროს იდენტიფიკაცია).

იმისათვის, რომ მოგვეზადებინა ამ პრობლემაზე თერაპიული მუშაობა, პირველ რიგში შეექმენით თვითდაკვირვების და თვითშეფასების კითხვარი, რომელსაც საათობრივი გეგმის მაგვარი ფორმა ჰქონდა. პაციენტებს ერთი კვირის განმავლობაში, ყოველ საათში ერთხელ (7.00 – 19.00 სთ-მდე), მის მიხედვით უნდა შეეფასებინათ საკუთარი, სუბიექტურად განცდილი ენერგიულობის დონე. მათ არჩევანი უნდა გაეკეთებინათ შეფასების სამ საფეხურს შორის.

0 = “ამ საათის განმავლობაში მე ძალიან დაღლილი და ძალიან შენელებული ვიყავი.”

1 = “ამ საათის განმავლობაში მე ცოტა დაღლილი და ცოტა შენელებული ვიყავი.”

2 = “ამ საათის მანძილზე მე დაღლილი არ ვყოფილვარ. მე შრომისუნარიანი ვიყავი.”

ეს ინსტრუმენტი საშუალებას იძლევა დაითვალოს როგორც “დღიური ჯამი”, ასევე “კვირის ჯამი”, რომლებიც წარმოადგენენ დროის იმ მონაკვეთში არსებულ ენერგიულობის სუბიექტური დონის გამოხატულებას.

ჩვენ თვითშეფასების და თვითდაკვირვების ამ კითხვარის გამოყენებით სხვადასხვა მიზანს ვისახავდით: ერთის მხრივ, მოველოდით “დიაგნოსტიკურ” შეფასებას ენერგეტიკის შემცირებასა და სპეციფიკურ სიტუაციებზე საეარაუდო დამოკიდებულების შესახებ, სტიმულთა კონტროლის აზრით. ამის გარდა, პაციენტთა მხრიდან მოველოდით ენერგიულობის დონის სუბიექტური აღქმის დიფერენციაციას და არსებულ აშლილობებზე ზეგავლენის კოგნიტური გზების დამუშავებისათვის უფრო ხელსაყრელი წინაპირობების შექმნას, რათა მეტი ყოფილიყო წარმატების მიღწევის ალბათობა. და ბოლოს, ვიმედოვნებდით, რომ მხროლად “თვითდაღლვის” კვლევის მონაცემების გამოყენებითაც შეიძლებოდა პოზიტიური ზეგავლენის მოხდენა სუბიექტურ თვითშეგრძნებაზე. მომავალში ეს ინსტრუმენტი გამოყენებული უნდა ყოფილიყო თერაპიის მიმდინარეობის საკონტროლოდ.

თემაზე “სისუსტე” თერაპიული მუშაობის დაწყებამდე ერთი კვირით ადრე თითოეულ პაციენტს გადაეცა “ფიტნეს-კითხვარი” მარტივი, მაგრამ მკაფიო და დაწვრილებითი ინსტრუქციით. ასე რომ, პრობლემების კოგნიტური მომზადება შეიძლებოდა დაწყებულიყო სუბიექტური ენერგიულობის დონის და მისი ინტრაინდივიდუალური მერყეობის დაწვრილებითი დაკვირვების საფუძველზე.

თერაპევტები შეთანხმდნენ, რომ პაციენტთა თვითგრძნობის დარღვევების აღსანიშნავად გამოყენებინათ “სპორტული” ტერმინები, როგორიცაა, მგ: “ფიტ-

ნესი“ (მხნეობა), “ძალა“, “შრომისუნარიანობა“, “სისუსტე“, “გამოფიტვა“, რათა ამ გზით პრობლემათა გადაჭრისას საუარაუდო სტრატეგიები დასახულიყო. პირველ რიგში პაციენტები კარგად უნდა გაერკვნენ “ფიტნეს-კითხვარის“ შესაძლებლობებში და მნიშვნელობაში.

**თერაპევტი:** მაშასადამე, თქვენ უკვე დათვლილი გაქვთ თქვენი დღიური ჯამი. რას გვეუბნებიან ეს ციფრები?

**ქ-ნი უ.:** თუ რამდენად მხნედ იყავი დღის მანძილზე.

**ბ-ნი პ.:** და თუ რომელ დღეს გრძნობდი თავს განსაკუთრებით ცუდად.

**თერაპევტი:** სწორია. თქვენ ორივემ რაღაც ძალზედ მნიშვნელოვანი თქვით. თქვენ, ქ-ნი უ., თქვით, რომ “დღის ჯამი“ აჩვენებს, თუ რომელიმე განსაზღვრულ დღეს რამდენად მხნედ იყავით, და თქვენ კი, ბ-ნი პ., აღნიშნეთ, “დღის ჯამი“ ცალკეულ დღეებს განასხვავებს.

თქვენ შეგეძლოთ დაგენახათ, თუ საერთო ჯამში რომელ დღეს იყავით ყველაზე უფრო ძალაგამოცლილი და ყველაზე ნაკლებად შრომისუნარიანი.

**ბ-ნი დ.:** ასევე შეიძლება დაინახოთ, თუ როდის გექონდა ყველაზე მეტი ენერჯია.

**თერაპევტი:** აბსოლუტურად სწორია, ბ-ნი დ. ახლა მინდა ყველა თქვენგანს ერთი პატარა დავალება მიეცე. მოძებნეთ ის დღე, როდესაც თქვენ ყველაზე სუსტად გრძნობდით თავს.

ამ ფორმით, დისკუსიების საშუალებით, თანდათანობით ხდება “ფიტნეს-კითხვარის“ პროგნოზის უნარის მიმართ ნდობის გამომუშავება. მას შემდეგ, რაც ერთმანეთს შეეადარებდით სხვადასხვა “დღის ჯამს“, ვიწყებდით ერთი რომელიმე დღის განმელოებაში “ფიტნეს“-მერყეობების განხილვას. იმის დადგენამ, რომ საკუთარი ენერჯიულობის დონე ზოგჯერ არაარსებით განსხვავებას აჩვენებდა, დაინტერესა პაციენტები, მოეძებნათ აღნიშნულის საფუძველი. გაირკვა, რომ ეს ერთმნიშვნელოვნად არ არის დამოკიდებული სიტუაციურ ზეგავლენებზე, თუმცა გამოიკვეთა, რომ “კარგი ფიტნეს-შეფასება“ ზოგადად კავშირშია სასიამოვნო განცდებთან და კარგ თვითგრძნობასთან. თერაპიული კუთხით მნიშვნელოვნად მიგვაჩინა პაციენტების მიერ გამოთქმული მოსაზრებები, რომ მათი თვითგრძნობის აშლილობანი ძნელად თუ აიხსნება მხოლოდ მედიკამენტების ზეგავლენით: მისი გამოხატული მერყეობა არ შეესაბამება დეპონეიროლექტიკების მუდმივ ზემოქმედებას. სუბიექტური ენერჯიულობის დონის განცდის მხრივ სხვაობებს ჩვენ ეხსნით, როგორც საკუთარ შრომისუნარიანობაზე ზეგავლენის მოხდენის შესაძლებლობის (და ამასთან, “თერაპიისადმი დამორჩილების“) და დასტურებას.

**თერაპევტი:** ოდესმე გიფიქრიათ, რომ შეიძლებოდა ის, თუ თავს როგორ გრძნობთ ხოლმე, ერთმანეთისგან ასე განსხვავებული ყოფილიყო? თქვენ ხომ, როგორც გახსოვთ, ბ-ნი დ., “დღის ჯამი“ ერთხელ 11 გქონდათ, ხოლო ერთხელ 19.

**ბ-ნი დ.:** ხო. . . ეს საკმაოდ განსხვავებულია.

**კოთერაპევტი:** ამას ელოდებოდით?

ბ-ნი დ.: მაშასადამე, ეს რომ ასეთი განსხვავებული იქნებოდა, არ მიფიქრია.  
თერაპევტი: მდა. . . და როგორ არის ეს სხვებთან?

ქ-ნი უ.: ჩემთან სხვაობა ასეთი დიდი არ არის. მე მთელი კვირის მანძილზე საკმაოდ მაღალი ქულები მაქვს.

თერაპევტი: ესე იგი, თქვენთვის მთელი კვირა საკმაოდ კარგი იყო!

ქ-ნი უ.: დიახ, იგი საკმაოდ კარგი იყო ჩემთვის.

ბ-ნი პ.: ჩემს შემთხვევაში კი იგი საკმაოდ მერყეობს. . . თუმცა მე ერთი მართლაც კარგი დღე მქონდა. ამ დღეს მე 18 ქულა მაქვს.

თერაპევტი: ეს იყო ხუთშაბათი.

ბ-ნი პ.: დიახ.

თერაპევტი: მანამდე აღნიშნეთ, რომ სხვა დროს ალბათ ვერც კი შეამჩნევდით, რომ ხუთშაბათი თქვენთვის ასეთი კარგი დღე იყო.

ბ-ნი პ.: დიახ, მართალია.

თერაპევტი: თქვენ მართლაც გაკვირებული ჩანხართ, რომ ასეთი კარგი “დღის ჯამი” გაქვთ.

ბ-ნი პ.: მაშასადამე, მე ამას არ მოველოდი. . .

კოთერაპევტი: თქვენ ეს მოგწონთ?

ბ-ნი პ.: 18 ქულა?

კოთერაპევტი: დიახ.

ბ-ნი პ.: დიახ, ეს კარგია.

კოთერაპევტი: მე ვფიქრობ, თქვენი მონაცემები მიუთითებენ, რომ დაღლილობა და სისუსტე მუდმივი არ არის. აშკარაა, რომ არსებობს დიდი განსხვავებები. შეგიძლიათ, თავადაც შეიტანოთ წელიწადი იმაში, ქ-ნი უ., რომ ღონიერად და მხნედ იგრძნოთ თავი?

დისკუსიამ გამოაჩინა შესაძლებლობათა მთელი რიგი, რომელთა დახმარებითაც შეიძლება შევეცადოთ პოზიტიური ზეგავლენა მოვახდინოთ სისუსტესა და მოშვებულობაზე. საკმარისი ძილი, ყავის დაღვევა, ერთობლივი საქმიანობები, როგორცაა მგ: “ერთმანეთთან საუბარი”, შხაპის მიღება, სასიამოვნო საქმეების კეთება (მგ: “მუსიკის მოსმენა”), სპორტი და ჯანმრთელი საკვები (“სალათის და ბევრი ბოსტნეულის მიღება”) არის ის საშუალებანი, რომლებიც დასახელდა საკუთარი ენერჯის დეფიციტის წინააღმდეგ საბრძოლველად.

ყოველ შემთხვევაში ჩვენ ეხედავდით, რომ დასახლებული სტრატეგიები პაციენტებისთვის იყო მხოლოდ “ცოდნა დაძლევისათვის” და ეს მათთვის პრაქტიკულად არ წარმოადგენდა “ქცევას დაძლევისათვის”.

ეს არასისტემატური, ზოგადად გამოთქმული დაძლევის იდეები ჩვენ გამოვიყენეთ, როგორც საფუძველი, რომლის დახმარებითაც მოვაშზადეთ შემდგომი თერაპიული ნაბიჯი – გადაჭრის ალტერნატიული გზების დამუშავება.

დასასრულ, ამ სეანსზე პაციენტებთან ერთად მოვახდინეთ თერაპიის მიზნებ-

ის თემატიზირება.

*თერაპევტი:* დღევანდელი საათის ბოლოს ჩვენ ასევე უნდა ვილაპარაკოთ თქვენს მოლოდინზე ამ თერაპიასთან დაკავშირებით. ჩვენ გვესიამოვნებოდა იმის ცოდნა, თუ იმისგან, რასაც ჩვენ მომდევნო კვირების განმავლობაში ერთობლივად გაგაკეთებთ, თქვენი საკუთარი თავისთვის რას ელოდებით?

*ბ-ნი დ.:* მე იმედი მაქვს, რომ კელაინდებურად უფრო მეტი ძალა მექნება.

*ბ-ნი პ.:* და მე, რომ მე აღარ ვიქნები ასე ხშირად მოთენთილი.

*თერაპევტი:* შეიძლება ითქვას, რომ თქვენ გსურთ, ცოცხლად იგრძნოთ თავი, რომ გინდათ საკუთარი მდგომარეობის გაუმჯობესება?

*ბ-ნი დ.:* დიახ, სწორედაც.

*ქ-ნი უ.:* მე ვეფიქრობ, რომ თუ ცოტა წონაში მოვიკლებდი, მაშინ თავს უფრო მხნედ ვიგრძნობდი.

*თერაპევტი:* მაშასადამე, თქვენ საკუთარ თავს იმასაც ჰპირდებით, რომ მომავალში მეტი ენერჯია გექნებათ?

*ბ-ნი დ.:* დიახ, უბრალოდ, თავი იგრძნო უფრო ღონიერად, რომ მეტად აღარ გრძნობდე ასეთ სისიუსტეს.

*თერაპევტი:* შეეცადეთ, ეს უფრო ზუსტად თქვათ. თუ უფრო ღონიერად იქნებით, რას გააკეთებდით უფრო უკეთ ან უფრო მეტად?

*ბ-ნი პ.:* მაგალითად, შრომათერაპიაზე ვივილიდი.

*თერაპევტი:* ამას ამჟამად არ აკეთებთ?

*ბ-ნი პ.:* ვაკეთებ, მაგრამ ბოლო ხანებში ხშირად საკმაოდ გვიან მივიღივარ და ბოლომდე გაძლებაც ძალიან მიჭირს.

*თერაპევტი:* აჰ, დიახ. მაშასადამე, საკუთარ თავს ჰპირდებით მეტ პუნქტუალობას და შრომათერაპიაზე გაძლების მეტ უნარს, სწორია ეს?

*ბ-ნი პ.:* დიახ, ასეც შეიძლება ითქვას.

*ბ-ნი დ.:* მე რომ უფრო ღონიერად ვგრძნობდე თავს, მაშინ მოძრაობით თერაპიაში უკეთ მონაწილეობას შევძლებდი.

*თერაპევტი:* თვლით, რომ უფრო მოძრავი გახდებოდით?

*ბ-ნი დ.:* დიახ.

*თერაპევტი:* გამოდის, რომ ამ თერაპიის დახმარებით თქვენ იმის მიღწევა გინდათ, რომ თქვენს სხეულს ისევე კარგად დაეუფლოთ?

*ბ-ნი დ.:* დიახ, რომ უბრალოდ, არ ვიყო ყოველთვის ასეთი მოშეშებული.

*თერაპევტი:* კარგი. ქ-ნი უ., თქვენ ჯერ თითქმის არაფერი გითქვამთ.

*ქ-ნი უ.:* თქვენ უკვე იცით, რომ ძალიან გამიხარდებოდა, უფრო ნაკლებს რომ ვიწინიდე. მე ხომ ბოლო წლებში საკმაოდ მოვიმატე წონაში.

*თერაპევტი:* ე. ი. თქვენთვის "უფრო მხნედ ყოფნა" პირველ რიგში ნიშნავს "წონის დაკარგვას"?

ქ-ნი უ.: ეს ჩემთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი იქნებოდა.

თერაპევტი: პმ. კიდევ ერთხელ დაფიქრდეთ, რამე ხომ არ გახსენდებათ, რაც თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში შეიძლება გაუმჯობესდეს იმ შემთხვევაში, თუ თქვენ უფრო მხნედ იქნებით?

დისკუსიის განმავლობაში ჩვენ ვცდილობთ, პაციენტებს ჩამოეუყალიბოთ შეძლებისდაგვარად კონკრეტული, ქცევის დონეზე საანალიზოდ ვარგისი ცვლილებების მოლოდინი. პირველი თერაპიული სეანსი დამთავრდა ახალი "ფიტნეს-კითხვარის" და "საშინაო დავალები" განაწილებით, რომლის მიხედვითაც თითოეულ მათგანს უნდა მოეფიქრებინა, თუ რისი გაკეთება შეეძლო, რათა დასახული მიზნისათვის მიეღწია.

შემდგომი თერაპიული ნაბიჯის მომზადება განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონეა. მისი საშუალებით მცირდება არაპროდუქტული (მგ: "მედიკამენტების დოზის შემცირება") ან არაპრაქტიკული (მგ: "გახედ ვევეტარიანელი") წინადადებების ალბათობა. თერაპიული მიმდინარეობისადმი სრულ პასუხისმგებლობაზე უარის თქმამ – ამის საფუძველი არაიშვიათად არის ცრუ წარმოდგენა თვითპასუხისმგებლობასა და არადირექტიულ მეთოდთაგან – ადვილი შესაძლებელია იქამდე მიგვიყვანოს, რომ საერთოდ ვერ მოინახოს პრობლემის გადაჭრის პრაქტიკული გზები – საშიშროება, რომელიც მეტწილად წარმოიშობა ადვილად დაღლად, ქრონიკულ, შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებთან მუშაობისას.

ამგვარმა თავის არიდებამ ზოგჯერ შეიძლება თერაპიული პრობლემის გადაჭრისადმი შემოქმედებითი მიდგომა საერთოდაც კითხვის ნიშნის ქვეშ დააყენოს. ამის საპირისპიროდ, საფუძელიანი დაგეგმვის ბაზაზე შერჩეული გადაჭრის ხელსაყრელი ალტერნატივები უფრო ხელს უწყობს და შესაბამის რეალურ ცვლილებათა შესაძლებლობებს აკონსერვებს. მაგრამ, ამასთან, თერაპიული მოქმედების შემდგომმა წინასწარმა დაგეგმვამ თერაპიის რეალური მიმდინარეობა ზედმეტად ვიწრო საზღვრებში არ უნდა ჩასვას. ზედმეტად რიგიდულმა, ყველა გადაწყვეტილებისადმი გზის ჩამკეტმა დაგეგმვამ შეიძლება პაციენტის მოლაპარაკების და გადაწყვეტილებათა მიღების სიერცე ძალიან შეზღუდოს. "ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა" ამ შემთხვევაში დავიდოდა დიდი ხნის მოწონებული დასკვნების საშუააველო ინსტრუმენტამდე. ამას, გარემოებისადა მიხედვით, შეეძლო პაციენტთა მოტივაცია პრობლემის პრაქტიკულად გადაჭრისადმი დიდი ხნის მანძილზე შეემცირებინა.

აქ წარმოდგენილ მაგალითში, შემდეგი თერაპიული ნაბიჯის მომზადების პროცესში, ჩვენ ვმსჯელობთ პაციენტებთან დაახლოებულ პირებთან ერთად პაციენტების მიერ აქამდე შემოთავაზებულ დაძლევის იდეებისა და შემდგომი გაგრძელების გარშემო. ჩვენ გადავწყვეტეთ, რომ "ფიტნეს-კითხვარი", რომელიც პაციენტთა მხრიდან მოულოდნელად პოზიტიურად იქნა მიღებული, შემდგომშიც გამოგვეყენებინა. დისკუსიის შედეგად გაკეთდა დასკვნა, რომ ჩვენი მხრიდან სამომავლო თერაპიული ფაზებისას, აშკარად მხარდაჭერილი იქნებოდა გადაჭრის ისეთი წინადადებები, რომლებიც გულისხმობდნენ სპორტით დაკავებას. პაციენტთა მოსაზრებები შეძლებისდაგვარად უნდა წაყვანილიყო აბსტრაქტული დაძლევის იდეიდან – "სპორტი" დაკონკრეტების მიმართულებისკენ. ამის გარდა, ნათელი უნდა გამხდარიყო ის აზრი, რომ მხოლოდ რეალურ, თანმიმდევრულ მცდელობას, რომელიც ხანგრძლივ დროზე გათვლილი (იგულისხმებო-

და ნახევარი წელი), მიყვაროთ მიზნამდე (უნდა—მდგომარეობა: საგრძნობი და ხანგაძლივი გაუმჯობესება სუბიექტურად განცდილი ენერგიულობისა). ამ მიზნისათვის ჩვენ გადავწყვიტეთ, პაციენტებთან ჩაგვეტარებინა წარმოდგენის საეარჯიშო, რომელსაც დავარქვით “საეარჯიშო თამაში”. ქვემოთ უფრო დაწერილებით მოგვყავს მისი მომდევნო თერაპიული სეანსი:

*თერაპევტი:* დილა მშვიდობისა! მშვენიერია, რომ დღეს ყველანი დაუგვიანებლად მოხვედით.

*კოთერაპევტი:* ალბათ შეიძლება დავიწყოთ იმით, რომ თქვენ, ქ-ნო უ., შევეცდებით მოკლედ შეაჯამოთ, თუ რა გაეაკეთეთ ჩვენ ბოლო შეხვედრისას.

*ქ-ნი უ.:* ჩვენ გადავხედეთ “ფიტნეს-კითხვარს” და დღის ჯამი დაეთვალება. და კვირის ჯამი, ჩვენ ისიც გამოეთვალება.

*კოთერაპევტი:* ძალიან კარგი. თქვენ აბსოლუტურად ზუსტად გაიხსენეთ. შეგიძლიათ, ბ-ნო პ., კიდევ რაიმე დაუმატოთ?

*ბ-ნი პ.:* დიახ. ჩვენ ძალიან ზუსტად დავინახეთ, თუ როდის იყო ვიღაც მთლად კარგად და როდის იყო ცუდად, რომელ დღეს. . .

*კოთერაპევტი:* სწორია. ჩვენ მოვძებნეთ ის დღეები, როცა თქვენ მართლაც მხნედ გრძნობდით თავს და დღეები, როდესაც თქვენ ნაკლებად მხნედ იყავით.

*ბ-ნი დ.:* და მე დილაობით, ადგომის წინ და სადილის შემდეგ განსაკუთრებულად დაღლილი ვარ.

*კოთერაპევტი:* აჰ, დიახ. თქვენ გაიხსენეთ, რომ ჩვენ ასევე ვნახეთ ფიტნეს-სხეობები ერთი დღის მანძილზეც.

*ბ-ნი დ.:* დიახ.

*კოთერაპევტი:* ბოლო თერაპიული საათის დასასრულისას ჩვენ დაგირიგეთ ახალი ფიტნეს-კითხვარები, რომელიც შემდგომში, ანუ ერთი კვირის გაელის შემდეგ, ჩვენ დაწერილებით უნდა გაეარჩიოთ. ესლა ამ თემის გარშემო მხოლოდ ის მინდა გკითხოთ, გაერკვა თუ არა ყველა თქვენგანი მის შეესებაში?

*ყველა:* დიახ.

*თერაპევტი:* კარგი. ჩვენ კიდევ იმის შესახებ ვისაუბრეთ, თუ რას ელოდება ყოველი თქვენგანი ამ თერაპიისაგან, რა მიზანს ისახავს თითოეული თქვენგანი. გახსოვთ ეს, ბ-ნო პ.?

მსგავსი სახით ვსაუბრობთ ბოლო თერაპიული სეანსის ყველა ცენტრალურ თერაპიულ შინაარსზე. ასეთი სახის უკუხედავ ძირითადად იმიტომაა აზრიანი, რომ ქრონიკულ შიზოფრენიულ პაციენტებს მუდმივად ავიწყლებათ ადრინდელი თერაპიული ნაბიჯები, ან კიდევ მათი გამოყენება არ ძალუძთ.

მრავალი სეანსის მანძილზე გაჭიმული თერაპიის ლოგიკური ურთიერთდამოკიდებულება ამ პაციენტებისათვის გასაგები ხდება მხოლოდ ასეთი უკანდახევის საშუალებით.

ყოველ შემთხვევაში, წესად უნდა იქცეს, რომ უკვე განვლილი თერაპიული მასალის გამოერებას შეძლებისდაგვარად დაეთმოს განკარგულებაში მყოფი თერაპიული დროის მაქსიმუმ ერთი მეექვსედი.



უკუხედვის დამთავრების შემდეგ ეიწყებთ “საშინაო დავალების“ განხილვას – და ამით გადავდივართ გადაჭრის ალტერნატივების დამუშავებაზე.

**თერაპევტი:** მოდით, უბრალოდ, თავი მოეუყაროთ ყველაფერს, რაც თითოეულ თქვენგანს თავში მოუყა. ხომ ნათქვამი იყო, რომ ყველაფერი, რაც ასე თუ ისე აზრიან გადაჭრის გზად მოგეჩეენებოდათ, ჩაგეწერათ ან დაგემახსოვრებინათ.

**ბ-ნი პ.:** მაშასადამე, მე აზრად მომივიდა: “სისტემატური ძილი“. ე.ი. საღამოობით უფრო ადრე დაწოლა.

**კოთერაპევტი:** მე ეწერ დაფაზე: “საღამოობით ადრიანად ძილი“, თანახმა ხართ?

**ბ-ნი პ.:** დიახ. და ალბათ კიდევ შუადღის ძილიც.

**კოთერაპევტი:** შუადღის ძილი. (წერს ამას დაფაზე).

**თერაპევტი:** კარგი. შემდეგი იღებები.

**ბ-ნი უ.:** როდესაც ჩვენ მალე საერთო საცხოვრებელში გადავალთ, იქ ხომ ჩვენ თვითონ უნდა მოვიმზადოთ საჭმელი. ჩვენ შეგვიძლია ბევრი საღატი და ბოსტნეული ვჭამოთ.

**თერაპევტი:** ჰმმ. მოდი დაწეროთ: “ბევრი საღატი და ბოსტნეულის ჭამა“.

**ბ-ნი დ.:** მაგრამ არა მხოლოდ.

**თერაპევტი:** შენიშვნა ბ-ნი დ-სგან. ბ-ნი დ., შემდგომში ჩვენ ყოველ ცალკეულ წინადადებას ძალიან დაწერილებით განვიხილავთ, მაგრამ აბა, გაიხსენეთ, თავიდან გესურდა, უბრალოდ ყველაფრისთვის თავი მოგეყარა, რაც აზრად მოგევიდოდა.

**ბ-ნი დ.:** სპორტით დაკავება! ალბათ იმიტომაც ვართ ასე ხშირად დაღლილები, რომ მთელი ზამთარი სპორტით არ დაკავებულვართ. ჩვენ პრაქტიკულად გარეთაც კი არ გავედიოდით.

**კოთერაპევტი:** და როცა ჩვენ ერთად გესურდა გარეთ გასვლა, მაშინ თქვენ თითქმის ყოველთვის ძალიან დაღლილები იყავით და ამის ხალისი არ გქონდათ.

**ბ-ნი დ.:** ეს მართალია. მაგრამ თუ არაფერს აკეთებ, მაშინ კიდევ უფრო მოშებებული და ზარმაცი ხდები.

**თერაპევტი:** ახლა თქვენ, ჩემი აზრით, რაღაც ძალზედ მნიშვნელოვანი თქვით. მე თქვენ სრულიად გეთანხმებით. კარგი, მოდი დაეწეროთ ბ-ნი დ-ს წინადადება: “სპორტით დაკავება“.

**ბ-ნი პ.:** მე კიდევ აზრად მომივიდა: “ბევრი ხილის წვენის დაღევა“, ეს ხომ უფრო ჯანმრთელია, ვიდრე ყავა.

**თერაპევტი:** ძალიან კარგი. მე აღნიშვნის ნიშნად მიმანჩნია, რომ თქვენ ამ იღვამდე მიხვედით, თქვენ ხომ სხვა დროს პრაქტიკულად მხოლოდ ყავას სვამთ.

**ბ-ნი უ.:** მე ყოველთვის ძალიან მშველის ის, რომ დილაობით, ადგომისთანავე შხაპს ვიღებ. მხოლოდ მაშინ ვფხიზლდები ნამდვილად. ამის გარდა, მე ყოველთვის იმწამსვე ვეღებები, როგორც კი მადვიძარა დარეკავს, და მუდმივად საწოლში მწოლიარე არ ერჩები.

თერაპევტი: ამა, ეს არის, თუ მე სწორად მიეხედი, ორი შემდგომი წინადადება. ერთი: "შალვიძარას დარეკვის შემდეგ მაქსიმალურად სწრაფად ადგომა" და მეორე: "წამოდგომისთანავე შესაის მიღება".

ქნი უ: დიახ.

კოთერაპეტი პაციენტების მიერ გამოთქმულ ყოველ წინადადებას წერდა დაფაზე ისე, რომ ყველას ადვილად შეძლებოდა დანახვა და წაკითხვა. ზოგჯერ შეიძლება საჭირო გახდეს, რომ პოტენციურ გადაწყვეტის წინადადებების სიას დაემატოს თერაპევტის მიერ მოწოდებული გადაწყვეტის ალტერნატივა. განხილულ შემთხვევაში ჩვენ ეს არ დაგვჭირებია, ვინაიდან ჩვენს მიერ უპირატესობა იცემული წინადადება – "სპორტით დაკავება" – დასახელდა თავად პაციენტების მხრიდან.

დისკუსია გადაჭრის ალტერნატივების შესახებ დაიწყო. ვინაიდან ცალკეულ წინადადებასთან დაკავშირებით დისკუსიის თანმიმდევრობის განსაზღვრა თერაპევტის მოვალეობაა, ამიტომაც ჩვენ გადაწყვიტეთ, გადაჭრის ალტერნატივა "სპორტით დაკავება" სულ ბოლოს განგვეხილა – არა მხოლოდ იმიტომ, რომ ჩვენთვის ეს იდეა გამორჩეულად მნიშვნელოვანი იყო, არამედ, პირველ რიგში იმიტომ, რომ ჩვენ ამისათვის უკვე მომზადებული გეგმონდა ხსენებულ სავარჯიშო ("სავარჯიშო თამაში"), რომლითაც გვსურდა თერაპიული სეანსი დაგვემთავრებინა. დასაწყისში უნდა მომხდარიყო პაციენტების მიერ დასახელებული გადაჭრის თითოეული ალტერნატივის უპირატესობის და ნაკლის შეფასება.

წინადადება "საღამოობით ადრე დაძინება" ყველას თანხმობა გამოიწვია, რადგან საკმარის ძილს და ნაკლებ დაღლილობას უარის ურთიერთდამოკიდებულება აშკარად თვალსაჩინოა. დადგინდა, რომ ტელევიზორის გადაცემების დამთავრებამდე გადაჭარბებული ყურება აქამომდე ამ იდეის რეალიზაციის ხელისშემშლელი იყო. ამიტომაც პაციენტებთან შეეთანხმდით, რომ სატელევიზიო პროგრამიდან გამომდინარე, ყველასათვის წინასწარ ყოფილიყო განსაზღვრული, თუ ვინ, როდის და რომელ გადაცემას ნახავდა. 23 სთ-დან უნდა დაწყებულიყო ღამის შესვენება – გამონაკლისი იქნებოდა მხოლოდ ერთი დღე კვირაში. ეს წესები შეტანილ იქნა თერაპიულ ხელშეკრულებაში და მომდევნო პერიოდში ახლობლები დახმარებით პრაქტიკაში გადატანილი.

ამის საპირისპიროდ "შუადღის ძილი", როგორც გადაჭრის იდეა, უარყოფილ იქნა. ყველა პაციენტს ჰქონდა იმის გამოცდილება, რომ შუადღის ძილის მერე თავს გაცილებით უფრო დაღლილად გრძნობდნენ, ვიდრე მანამდე. ამის გარდა, შუადღის ძილის გამო, ასე მოახდინეს ამის არგუმენტაცია, ხშირად აგვიანდებოდათ შუადღის შემდგომ შრომათერაპიაზე.

ქნ უ-ს წინადადებას, "ბევრი სალათის და ბოსტნეულის ჭამა" ორივე მამაკაცი პაციენტის მხრიდან დიდი წინააღმდეგობა შეხვედა. მათ არ სურდათ უარის თქმა ხორცის, გარნირის, მაკარონის და შემწვარის მიღებაზე. ჩვენც არ დაგვიჭერია მხარი ამ წინადადებისათვის, როგორც მთელი ჯგუფისათვის გამიზნული სათვის, ვინაიდან თითქმის ვერ ვხედავდით მისი პრაქტიკული რეალიზაციის შანსებს. თუმცა მაინც მივედით იმ თვალსაზრისამდე, რომ შედარებით მოგვიანებით, საერთო საცხოვრებელში ერთობლივად საჭმლის მომზადების წესების განხილვისას, ამ საკითხზე კიდევ ერთხელ ვიმსჯელებდით. ამასთან, ჩვენ წვაახ

აღისეთ ქ-ნი უ., რომ ეს წინადადება თავადვე შეეცრულებინა.

წინადადებამ “ბევრი ხილის წვენი დაღვევა” მოიპოვა საყოველთაო მოწონება. ერთობლივად გადაწყდა, რომ მომავალში პაციენტები, ყოველ დღით, დილ-ის შეკრების შემდეგ, თითო ჭიქა წვენს დალევდნენ.

“ღილით სწრაფ წამოდგომას და მაშინვე შხაპის მიღებას” პაციენტები, როგორც მოსალოდნელი იყო, სკეპტიკურად შეხედნენ. ბოლოს შესაძლებელი გახდა, ყველასთვის მისაღები წამოდგომის და შხაპის მიღების დრო დაწესებულიყო, რომელიც, მის პრაქტიკულობაზე შესაბამისობადად, სულ ცოტა, ერთხელ მაინც, ‘ინვიო’ უნდა გამოცდილიყო (და მოგვიანებით, იქ ასევე შეფასებულიყო).

მაგალითებიდან ჩანს, რომ ‘გადაჭრის ალტერნატივების დისკუსია’-ს ყოველთვის მიეყვართ უშუალო, დამავიწყებელი გადაწყვეტილებამდე გადაჭრის ალტერნატივების მიმართ. სხვა შემთხვევებში შეიძლება საჭირო გახდეს, რომ თავდაპირველად მოხდეს ყველა გადაჭრის წინადადების შეფასება, ვიდრე ამ საფუძველზე მიღებული იქნება გადაწყვეტილება რომელიმე ცალკეული წინადადებების სასარგებლოდ თუ საპირისპიროდ. ცალკეული გადაჭრის წინადადების მიმართ გამორჩეული გადაწყვეტილება – ჯგუფური დისკუსიის შედეგად – შეიძლება გამოსადეგი იყოს როგორც ჯგუფის ყველა წევრისთვის, ასევე შეიძლება მხოლოდ ინდივიდუალურად მარტო ერთ წევრს გამოადგეს. ეს დამოკიდებულია ერთი რომელიმე პაციენტის გადაწყვეტილების მიღების საჭიროებაზე და მის მოტივაციაზე.

აქ წარმოდგენილი მეთოდის თავისებურება მდგომარეობს გადაჭრის ალტერნატივის “სპორტით დაკავება” განხილვის წინასწარ გამოტოვებაში. მხოლოდ სხვა დანარჩენი გადაჭრის ალტერნატივების შესახებ დისკუსიის დამთავრების შემდეგ მიმართეთ ამ წინადადებას. “საეარჯიშო თამაში”, ანუ ვარჯიში ფანტაზიაში – რომლის დროსაც პაციენტებს უნდა დაეწოდებინათ, რომ ვითომდა მათ ევალებოდათ, მათი საყვარელი სპორტსმენის ნახევარი წლის მანძილზე მომზადება რაიმე მნიშვნელოვანი ჩემპიონატისათვის, – კიდევ ერთხელ მოითხოვდა დაბრუნებას “პრობლემების კოგნიტური მომზადება”-სკენ. ამ ფანტაზიებიდან გამომდინარე, პაციენტებს უნდა დაენახათ, რომ “სპორტით დაკავება” მხოლოდ მაშინ არის აზრის მქონე გადაჭრის ალტერნატივა, როცა ვარჯიში მიმდინარეობს მუდმივად და სისტემატურად, ხანგძლივი დროის მანძილზე. პაციენტებისთვის ნათელი ხდება, რომ საკუთარ უღონობას და დაღლილობას მხოლოდ პერიოდული გააქტიურებით და დროდადრო სპორტულ ღონისძიებებში ჩართვით ვერ უშველიან. ამ თვალსაზრისზე დაყრდნობით, თერაპიული საათის ბოლოს პაციენტები იღებენ დავალებას, შეადგინონ ინდივიდუალური, პირადი ნახევარწლიანი საეარჯიშო პროგრამა, როგორც საკუთარი თავის მწვრთნელებმა.

შემდგომი თერაპიული სეანსი დაიწყო “ფიტნეს-კითხვარის” დაწერილებითი განხილვით. ორივე მამაკაცი პაციენტმა, ბ-ნმა დ-მ და ბ-ნმა კ-მ უკვე აჩვენეს თვითშეფასების აშკარა მომატება. სუბიექტური თვითშეგრძნების ეს გაუმჯობესება აშკარად ხელშემწყობ ზეგავლენას ახდენდა მათ გაერთიანებაზე. ქ-ნი უ. ინარჩუნებდა თავის თავიდანვე მაღალ “ფიტნეს-ღონეს”. ყველა პაციენტმა მხარი დაუჭირა წინადადებას, რომ “ფიტნეს-კითხვარი” შემდგომშიც გაეგრძელებინათ. ეს მოხდა მას შემდეგ, რაც ჩვენ მის გამარტივებას დავთანხმდით. კერძოდ, მომავალში, შეფასებები უნდა გაკეთებულიყო მხოლოდ დღეში ორჯერ, წინასწარ

განსაზღვრულ დროს.

თვითდაკვირვების მრუდის განხილვის შემდეგ ვისაუბრეთ პაციენტთა მოსაზრებებზე ინდივიდუალური სპორტული სავარჯიშო პროგრამის შედგენის შესახებ. ყველა პაციენტმა, განვილილი 'სავარჯიშო თამაშის' აშკარა ანალოგიით, საკუთარი წინადადებისათვის ნახევარი წლის ვადა მოითხოვა. პირადი სავარჯიშო პროგრამის კომპონენტებად დასახელდა 'რეგულარული დილის ვარჯიში' (ყველა პაციენტი), "ფეხით სიარული" და "კლინიკის შიდა სპორტულ ჯგუფებში მონაწილეობა" (ქნი უ), "ბანაობა და ცურვა" (ბ-ნი დ.), "რეგულარული ფეხით გასეირნება" (ბ-ნი დ. და ბ-ნი პ.), ასევე "რეგულარული ნიჩბოსნობა" (ბ-ნი პ.). ქნი უ-ს წინადადება შეიცავს მოთხოვნათა თანდათანობით მატების იდეას. თავიდან მას სურდა ხანგრძლივი, ინდივიდუალური ფეხით სიარული და მხოლოდ ამის შემდეგ აპირებდა სპორტულ ჯგუფში ჩართვას. დანარჩენი ორი პაციენტიც ამ მაგალითის შემდეგ, დისკუსიის განმავლობაში, მსგავს იდეამდე მივიდა.

ამ თერაპიული სუბსტრუქტის დარჩენილი დრო მოხმარდა წინადადებათა შეძლებისდაგვარად ზუსტ კონკრეტიზაციას და მათი რეალიზაციისათვის საორგანიზაციო ჩარჩოების დადგენას. იმისათვის, რომ დაგეგმილი ღონისძიებებისათვის პაციენტის დღის განრიგში მყარი ადგილი მოგვეძებნა, გადაეწყვიტეთ, დაგვეწყობინა მყარი დრო, რომელიც პაციენტებს ინდივიდუალურ დღის განრიგში უნდა შეეტანათ. გარდა ამისა, მიზანშეწონილად მოგვეჩვენა სატრენინგო ღონისძიებების საწყის ეტაპზე პაციენტთა ახლობლების თანამონაწილეობაც, რათა შეგვემცირებინა "სასტარტო სიმძლევები". დასასრულ, პაციენტებთან შეთანხმდა ცალკეული ვადები. ეს იმისათვის იყო საჭირო, რომ ინდივიდუალური შეთანხმებები, როლებიც თერაპიული ხელშეკრულების სახით წერილობით და დეტალურად იყო გაფორმებული, საბოლოოდ დაფიქსირებულიყო. მისი პრაქტიკაში გადატანა უნდა მომზადებულიყო რაც შეიძლება რეალობასთან დაახლოებული სახით, (დასაწყისში) მოხდა საჭირო დახმარების საშუალებების განსაზღვრა.

ამით დასრულდა "ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა"—ს თემა "სისუსტე", თერაპია კვლავ მიუბრუნდა კლინიკის გარეთა საერთო საცხოვრებლისთვის მომზადებას მისი უფრო ვიწრო გარემოთ. მიუხედავად ამისა ჩვენ, ერთკვირიანი შუალედებით, კვლავაც ვაგრძელებდით პაციენტთა "ფიტნეს-კითხვარის" განხილვას და ამით, რამდენადაც შესაძლებელი იყო, ხელს ვუწყობდით მათ წარმატებებს. ყოველ ოთხ კვირაში ერთხელ ტარდებოდა ვრცელი ფიტნეს-სესიები, სადაც განიხილებოდა ყველა გამოცდილება "პრობლემების გადაჭრასთან" დაკავშირებით და დგინდებოდა შემდგომი მეთოდოლოგია.

### 5.7 შემდგომი განვითარება: ცალკეული ქვეპროგრამების ჩატარება და მოსაზრებები ჯგუფის დინამიკაზე

აქ თანმიმდევრობით აღწერილ და დასაბუთებული იქნება ქვეპროგრამების, "სოციალური აღქმა" და 'ინტერპერსონალურ პრობლემების გადაჭრა' შემდგომი განვითარება. მომდევნო მონაკვეთი ეძღვნება "მოსაზრებებს ჯგუფის დინამიკაზე".

ჯგუფში დინამიკური პროცესები განსაკუთრებით მნიშვნელობის მქონეა ორი ქვეპროგრამის "სოციალური უნარ-ჩვევები" და "ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა" დროს. აქამდე ამ პროცესების ნათლად აღწერა არ მოგვიცია.

ქვეპროგრამების “კოგნიტური დიფერენციაცია“ და “ვერბალური კომუნიკაცია“ შემდგომი განვითარება ჯერ მხოლოდ ახლა იწყება, რის გამოც აქ მათი აღწერა არ მოხდება. სამაგიეროდ, ქვეპროგრამა “სოციალური უნარ-ჩვევების“ შემდგომი განვითარება უკვე საკმაოდ წინწასულია. კერძოდ, მოხდა ამ თერაპიის გაფართოება ზოგადი სოციალური უნარ-ჩვევებიდან “საცხოვრებელი“, სამუშაო- და თავისუფალი დროის რეაბილიტაცია“-დ, რომლისთვისაც არსებობს დაწერილებითი თერაპიული სახელმძღვანელო.

### 5. 7. 1. სოციალური აღქმა

ლიტერატურაში დიდი ხანია აღიწერება ის ინტერვენციები, რომლებიც ემსახურებიან შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში ემოციურ აშლილობაზე ზეგავლენას. ისინი თვითინსტრუქციების გამოყენებით, რომლებიც ითვალისწინებენ სპეციფიკურ აზროვნების დამუხრუჭებას ან ემოციურობის შემცირებას, მიმართულნი არიან სიტუაციასთან დაკავშირებულ დაძლევის უნარების გაუმჯობესებისაკენ. ამის საპირისპიროდ, ჩვენი მიზანი არ არის პრევენციული დაძლევის სტრატეგიების ფორმირება. კოგნიტური ანალიზის საშუალებით საჭიროა, ერთის მხრივ, ცალკეული ემოციის, ასევე მისი ადგილის შეცნობა და სიტუაციურ კონტექსტთან მისი დამოკიდებულების ადექვატურად გაგება, მეორეს მხრივ კი, დაძლევის სტრატეგიების საშუალებით უნდა ჩამოყალიბდეს ინტერფერირებული ემოციების საპირისპირო ქცევითი კომპეტენტურობა.

“სოციალური აღქმის“ სლაიდების სერიის გამოყენებით ხდება დამატებითი ინტერვენციების დამუშავება “ემოციებთან ურთიერთობის“ მიზნით. მაგრამ ამან არ უნდა დაიკავოს ქვეპროგრამა “სოციალური აღქმის“ ადგილი. ეს იმისთვისაა ჩაფიქრებული, რომ “ემოციებთან ურთიერთობის“ ახალი ინტერვენციები შემდგომი ემპირიული გადამოწმებისა და დადასტურების შემდეგ, პრეტენზიული ქვეპროგრამების “სოციალური უნარ-ჩვევები“ და “ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრის“ ფარგლებში იქნას გამოყენებული და შესაბამისად ინტეგრირებული.

#### თერაპიული მეთოდი

ქვეპროგრამა “სოციალური აღქმის“ ემოციურად დამტვირთავად შეფასებული სლაიდების სერიის თითოეული სლაიდი იყოფა შემდეგ რვა თერაპიულ საფეხურად:

1. ნაბიჯი: ემოციების აღწერა და ანალიზი
2. ნაბიჯი: პირადად განცდილი ემოციების გახსენება
3. ნაბიჯი: ემოციებთან ურთიერთობის საკუთარი გამოცდილების გახსენება
4. ნაბიჯი: ალტერნატიული დაძლევის სტრატეგიების დამუშავება
5. ნაბიჯი: დაძლევის სტრატეგიებიდან იმ სტრატეგიის ამორჩევა, რომელიც ცნობილ იქნება კონსტრუქციულად.
6. ნაბიჯი: არჩეული დაძლევის სტრატეგიის მიხედვით როლური თამაში
7. ნაბიჯი: როლური თამაშისას გათამაშებული დაძლევის სტრატეგიის შეფასება ჩანაცვლების უნარის მიხედვით ისეთი ემოციების დროს, სადაც ხდება ქცევის ბლოკირება.

8. ნაბიჯი: ყველაზე ქმედითად ცნობილ დაძლევის სტრატეგიებში გაეარჯიშება როლური თამაშების საშუალებით.

პირველი ნაბიჯის დროს ხდება წარმოდგენილი ემოციისა და სლაიდზე ასახული გამომიხიანებლის აღწერა (როგორია ემოცია: ემოციის ხარისხი, ინტენსიურობა, ხანგრძლივობა, რა გამოიწვია მან: მისი შინაარსი, დრო და სიტუაციის ადგილის აღწერა და ა. შ.). მეორე ნაბიჯის დროს პაციენტებს მიერ ანალიზირდება და დისკუსიის საგანი ხდება თემატურად მსგავსი ემოციები საკუთარი გამოცდილების სფეროდან, მათი ხარისხის, ინტენსიურობის, ხანგრძლივობის, ასევე გამოწვეული გალიზიანების და ა. შ. მიხედვით. მესამე ნაბიჯის დროს პაციენტებს მოეთხოვებათ მოყვნენ ამ ემოციებთან მათი სპონტანური ურთიერთობის შესახებ და ჯგუფმა იმსჯელოს ამის თაობაზე (რა საქციელი გამოიწვია ამ ემოციამ; როგორ ხდება ემოციის რედუცირება ან გახანგრძლივება; რა გამოიწვია რედუცირებამ ან გახანგრძლივებამ; რა პერსონალური შეფასება აქვს ამ რედუქციას ან გახანგრძლივებას). მეოთხე ნაბიჯის დროს ხდება პაციენტების მიერ აღწერილი, მათი ემოციებთან ურთიერთობის გამოცდილების შეჯამება, რათა ამით შესაძლებელი გახდეს, ცალკეულ პაციენტებს დაეანახოთ ალტერნატიული დაძლევის სტრატეგიები. მეხუთე ნაბიჯის დროს ხდება ჯგუფური დისკუსიის მეშვეობით იმ გამოცდილებათა, ანუ დაძლევის სტრატეგიათა შერჩევა, რომლებიც შესაბამებიან კრიტერიუმებს 'კონსტრუქციული' და 'გამოყენებადი'. ქვეპროგრამის მეექვსე ნაბიჯის დროს ხდება შერჩეული დაძლევის სტრატეგიების როლური თამაშით მოსინჯვა თითოეული ცალკეული პაციენტის მიერ. სხვადასხვა როლური თამაში უცვლელ სიტუაციურ მონაცემებთან (მონაცემები მოუღლებინ შესახებ, ადგილის, დროის შესახებ და ა. შ.) და ხარისხის, ინტენსიურობის და ხანგრძლივობის კრიტერიუმების მიხედვით დეფინირებულ ემოციურ ფონთან ერთად შეიცავს საჭიროებისდა მიხედვით შერჩეულ დაძლევის სტრატეგიასაც. მეშვიდე ნაბიჯის დროს ხდება ცალკეული, როლური თამაშის დროს გამოცდილი დაძლევის სტრატეგიების შეფასება. ამასთან ერთად, მონაწილე პაციენტები ყვებიან, თუ როლური თამაშის დროს როგორ გრძნობდნენ თავს, რათა ჯგუფში შესაძლებელი გახდეს დისკუსია იმის შესახებ, თუ დაძლევის სტრატეგიებიდან რომელი იყო მათთვის ყველაზე ქმედითი ინტერფერირებული ემოციების საპირისპიროდ. საბოლოოდ შერჩეულ იქნება დაძლევის ის სტრატეგია, რომელიც შეფასდა, როგორც ყველაზე ქმედითი. მერვე ნაბიჯის დროს ხდება სხვა პაციენტების მიერ ამ შერჩეული დაძლევის სტრატეგიების როლური გათამაშება.

ტრანსფერისთვის ხელშეწყობის მიზნით პაციენტებს ეძლევათ რეკომენდაცია, რომ ყოველდღიურ ცხოვრებაში გამოიყენონ დაძლევის ის სტრატეგიები, რომლებიც გამოიკვეთნენ სლაიდების აღწერის და როლური თამაშების დროს. ეს შეიძლება გადავიღებულ იქნას სიტუაციის, დაძლევის სტრატეგიების, ასევე როლური თამაშისას პოზიტიურად განცდილი თვითგრძნობის ჩაწერით. მომდევნო სეანსების დროს ისმება კითხვა, შესაძლებელია თუ არა და როგორ არის შესაძლებელი ამ ყოველივეს პრაქტიკაში გადატანა.

დაძლევის ახალ სტრატეგიებთან დაკავშირებული წარმატებაც და წარუმატებლობაც გაანალიზდება, რათა შესაძლებელი გახდეს, რომ გაცნობიერდეს დაძლევის სტრატეგიების ცალკეული ნაბიჯები ემოციურად დატვირთულ ინ ეიო სიტუაციებში. წარუმატებლობის განცდის შემთხვევაში პაციენტებთან ერთად

გაგრძელდება ძებნა სხვა დაძლევის სტრატეგიებისა, რომლებიც ზემოთ აღწერილი ნაბიჯების მიხედვით თავიდან გამოიცდება და დაისწავლება.

### 5. 7. 2. ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა

#### თერაპიული მეთოდის შეცვლის დასაბუთება

ბოლო ქვეპროგრამის პრაქტიკულ ჩატარებას თან ახლდა შემდეგი სირთულეები:

1. ცალკეული თერაპიული ნაბიჯის ძლიერი კოგნიტიური დატვირთვა, რომელიც მონაწილეებს წაუყენებს მაღალ მოთხოვნებს აბსტრაქციის უნართან, ლოგიკურ აზროვნებასთან, ყურადღებასთან და კონცენტრაციასთან დაკავშირებით. ამის გამო აღმოცენდებოდა – შიზოფრენიის დროს ცნობილი ბაზისური დარღვევების გამო, განსაკუთრებით კო ინფორმაციის გადამუშავების სფეროში – მულმივი გადატვირთვა.

2. ჯგუფში დამუშავებულ პრობლემის გადაჭრის გზებს ხშირად პაციენტები საკუთარ ყოველდღიურ ცხოვრებაში ვერ იყენებდნენ (თერაპიული ეფექტის გენერალიზაციის და შენარჩუნების შემოფარგლულობა თერაპიული გარემოს გარეთ). ასევე თერაპიული სეანსების განმავლობაში კოგნიტიურად დამუშავებული პრობლემის გადაჭრის გადატანას ყოველდღიურობაში (ქცევების დონეზე) უმნიშვნელო დრო ეთმობოდა.

3. პაციენტები ყოველთვის ეწინააღმდეგებოდნენ იმას, რომ საერთოდ პრობლემის შესახებ ჯგუფში ელაპარაკათ, ან მონაწილეობა მიეღოთ როდესაც თამაშებში (შიში). ამიტომაც პაციენტების ემოციურ პროცესებს და რეაქციებს მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს და მოხდეს მათი თერაპიული დამუშავება (ჯგუფის დინამიკა).

ჩვენ შევეცადეთ ეს გამოცდილება გაგვეთვალისწინებინა მოდიფიცირებული "ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა"-ს შემთხვევაში. ამჯერად ჩვენ გაცილებით მეტი მნიშვნელობა მივანიჭეთ პრობლემასთან დაკავშირებულ – ქცევაზე ორიენტირებულ თერაპიულ მეთოდს, რომლის დროსაც თერაპევტთა მოსაზრებები ჯგუფის დინამიკისა და მასთან დაკავშირებულ სიღრმისეულ ფსიქოლოგიის (მგ: ფსიქოდრამიდან, ლოიტცი 1974) შესახებ განსაკუთრებულად ანგარიშს უწევდნენ ემოციურ პროცესებს.

კომპლექსური თემები, როგორცაა, მაგალითად, მომზადება კლინიკის გარეთა საერთო საცხოვრებლისათვის, მეტად აღარ განიხილებოდა ამ ქვეპროგრამის ჩარჩოებში. ამის მსგავსი, მთელი ჯგუფისთვის აქტუალური თემის დამუშავება ხდება – როგორც ზემოთ მოვიხსენიეთ – გაფართოებული ქვეპროგრამის "სოციალური უნარ-ჩვევების" ფარგლებში. "ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრის" მოდიფიცირებულ ვარიანტში განიხილება მხოლოდ ცალკეულ პაციენტთა ინდივიდუალური პრობლემები.

#### თერაპიული მეთოდი

ამ ქვეპროგრამის საწყისი თერაპიული სეანსების დროს ჯერ ტარდება მოსამზადებელი ტექნიკები, რათა ხელი შეეწყოს ნდობის, გახსნილობის და ჯგუფის ერთიანობის აღმოცენებას. დამატებით, თერაპევტი ხსნის ჯგუფის წესებს და ნორმებს (მგ: დუმილის ვალდებულება თითოეული წევრის მხრიდან ჯგუფს

გარეთ; ერთმანეთისადმი პატივისცემა), რათა ამით ხელი შეუწყოს ჯგუფის შიშის უფრო შემცირებას.

*მოდიფიცირებული ქვეპროგრამის ჩატარება:*

თერაპიული საათის დასაწყისი:

- მონაწილეთა მოხსენება მათი საშინაო სავარჯიშოების შესახებ (ან ასახელებენ ახალ პრობლემებს).

- თერაპევტის ამორჩეული ერთ-ერთ ინდივიდუალურად დასახელებულ პრობლემაზე ფოკუსირება. თერაპევტი პრობლემის შერჩევისას და ამასთან, ამ პერიოდისათვის მონაწილეთა შერჩევისას უნდა ხელმძღვანელობდეს ჰიპოთეზით (მგ: პაციენტთა ინდივიდუალური დინამიკა; სასწრაფოდ დამუშავების საჭიროება მონაწილისათვის; მთლიან ჯგუფში მომენტალურ დინამიკაზე ყურადღების გამახვილება).

შერჩეული პრობლემის დამუშავება:

- თერაპევტთან დიალოგის დროს პაციენტი ყვება თავისი პრობლემის შესახებ.

- გამოკითხვის საშუალებით ("ვისთვისაა ნაცნობი მსგავსი პრობლემა?") ჯგუფში შეიქმნება სოლიდარობა.

- პაციენტსა და თერაპევტს შორის დიალოგის პროცესში ხდება ამ პრობლემის შესაძლო გადაჭრის გზების დამუშავება. ჯგუფის დანარჩენ წევრებს შეუძლიათ ამ პროცესში ნაწილობრივი მონაწილეობის მიღება.

- პაციენტი თავად იღებს გადაწყვეტილებას გადაჭრის შესაძლო გზის შესახებ.

- ჩატარდება საცდელი როლური თამაში პრობლემის გადაჭრასთან დაკავშირებით, შესაბამის კოგნიტურ წინასწარ სტრუქტურირებასთან ერთად (კოთერაპევტები, საჭიროების შემთხვევაში, მოდელის როლს ასრულებენ).

- თერაპევტი, ჯგუფთან ერთად, როლური თამაშის შესახებ იძლევა უკუკავშირის და გამოთქვამს კონკრეტულ რეკომენდაციებს გაუმჯობესების მიზნით.

- შესაძლებელია, საცდელი როლური თამაში მეორედაც ჩატარდეს (მიმდინარეობა იგივეა, რაც პირველ შემთხვევაში).

თერაპევტი პაციენტებს საშინაო სავარჯიშოს აძლევს. ამით პაციენტმა დამუშავებული გადაჭრის შესაძლებლობა კიდევ ერთხელ უნდა გამოსცადოს თერაპიული გარემოს ფარგლებს გარეთ.

შემდგომში ამას მოსდევს ჯგუფის სხვა წევრების მეორე ან შეძლებისდაგვარად მესამე პრობლემის დამუშავებაც, რომელიც ანალოგიური გზით ხდება. არჩევანს, როგორც უკვე ნათქვამი იყო, ჰიპოთეზურად თავად თერაპევტები აკეთებენ.

პრობლემის დამუშავებისას თერაპევტი ყურადღებას უნდა აქცევდეს იმას, რომ პრობლემაზე, რომელიც პაციენტმა წამოაყენა, უნდა მიმდინარეობდეს მუშაობა მხოლოდამხოლოდ "აქ და ამჟამად" პრინციპის მიხედვით (მაგალითად, არ უნდა დაუბრუნდნენ პაციენტის ბავშვობის პერიოდს, მაშინ როცა პაციენტი



ყვება სამსახურში საკუთარ უფროსთან კონფლიქტის შესახებ). ამით თერაპევტი არ დაუშვებს ფსიქოზიან პაციენტებთან უკუჩვენების მქონე ამხსნელი მეთოდების და ინტერპრეტაციების გამოყენებას.

წესისამებრ, პრობლემის პირველად დასახელების დროს არ უნდა ველოდოთ, რომ პაციენტი ჯგუფის წინაშე მაშინვე ყველაფერს იტყვის ამ პრობლემის გარშემო. ამიტომაც, “პრობლემის გადაწყვეტა” უნდა წარმოვიდგინოთ, როგორც ხანგძლივი პროცესი, რომელიც კვირეები და თვეები გრძელდება. ამ დროს თერაპევტი ცდილობს, ფრთხილი დახმარება გაუწიოს პრობლემის გაცნობიერების და გადაჭრის პროცესს. პაციენტებს, მიდგომის ასეთი წესის გამოყენებით, ნაბიჯ-ნაბიჯ განვითარების საშუალება ეძლევათ, რაც აუმიჯობესებს მათ რეალობასთან დამოკიდებულებას და მათი ცხოვრების ხარისხს.

### 5.7.3 მოსაზრებები ჯგუფის დინამიკასთან დაკავშირებით

შინოფრენიით დააეადებულ პაციენტებისგან შემდგარ ჯგუფში თერაპევტებს დასაძლევია აქეთ ორი მთავარი სირთულე (ეს ყველაზე მეტად ეხება ქვეპროგრამებს “სოციალური უნარ-ჩვევები” და “ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა”):

1. დიდი წინააღმდეგობა მონაწილეთა მხრიდან, აქტიური მონაწილეობა მიიღონ ჯგუფში (მგ: როლური თამაშის ჩატარება; პერსონალური პრობლემის დასახელება).

2. ოპტიმალურ მდგომარეობაში შენარჩუნდეს ჯგუფის შფოთვის-, მოტივაციის- და აქტიურობის დონე.

დაეახსახელებთ ოჯახური თერაპიის და სიღრმისეული ფსიქოლოგიის – ნაწილობრივ მოდიფიცირებულ – ფსიქოთერაპიულ ტექნიკებს, რომლებიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს დასახელებულ სირთულეთა საპირისპიროდ.

*Joining* (“კავშირი”): ჯგუფის დასაწყისში სასურველია, ჯგუფის თითოეულ წევრს მოკლედ, ინდივიდუალურად – არა პრობლემასთან ან დაეალებასთან კავშირში – გაეხსაუბროთ, რათა დაეამყაროთ კარგი ემოციური კონტაქტი (მაგალითი: აბა, როგორ მოგეწონათ სადილი; ბ-ნო ფ. და ქ-ნო ზ.? (ორივენი ერთ განყოფილებაში იმყოფებიან).

*Sharing* (“გაზიარება”): თუ მონაწილის შფოთვის დონე ჯგუფში პრობლემის დასახელების შემდეგ ისეე მაღალი რჩება (ყურადღება ექცევა სხეულის პოზას, მხერით კონტაქტს, სონტანურ რეაქციებს და ა.შ.), მაშინ თერაპევტი ჯგუფის დანარჩენ წევრებს ეკითხება, ჰქონიათ თუ არა მათაც მსგავსი პრობლემა. ამით ერთდროულად ხდება ჯგუფის გაერთიანების ხელშეწყობა.

*დამხმარე* – მგ: როლური თამაშის დროს შესაძლოა საჭირო გახდეს დამხმარე მეს გამოყენება. პაციენტის დამხმარე მეს ფუნქციას თავის თავზე იღებს კოთერაპევტი, რომელიც როლური თამაშის დროს მოთამაშე პაციენტს თანხლებას უწყვეს [მგ: საკუთარი სხეულის პოზას მიუსადაგებს პაციენტისას; ეხმარება პაციენტს საუბრის გაგრძელებაში (“სიტყვას ჩაურთავს”) და ა.შ.] ამით მოთამაშე პაციენტი თავს მიტოვებულად არ გრძნობს; მისი შიში, საკუთარი თავის წარმოჩენასთან დაკავშირებით, მცირდება.

*მოდელირება*: თუ ჯგუფის რომელიმე წევრი დიდ წინააღმდეგობას ავლენს

ჯგუფში განხილული პრობლემის როლური გათამაშების მიმართ (შესაძლოა, შიშის გამო) და დამხმარე-მეს გამოყენება საკმარისი არ არის, მაშინ საჭიროა, რომ პირველი როლური თამაშის დროს პაციენტის როლი კოთერაპევტმა შეასრულოს. ამ დროს ეს პაციენტი კოთერაპევტს აძლევს შესატყვის “სარევისორო მითითებებს”. განმეორებითი როლური თამაშის დროს უკვე პაციენტი ასრულებს კოთერაპევტის როლს (შესაძლებელია დამატებით დამხმარე-მე).

**როლების გაცვლა:** როლების გაცვლა ფსიქოზის მქონეთა ჯგუფში შეიძლება მხოლოდ საჭიროების დროს (პაციენტებს ხშირად ძალიან უჭირთ სხვისი როლის შესრულება). თუ, მაგალითად, პაციენტს აღენიშნება ამბივალენტური კონფლიქტი (მგ: როცა პაციენტი ვერ ირჩევს, თავისი პრობლემის გადასაწყვეტად ა ვარიანტი ურჩევნია თუ ბ ვარიანტი), მაშინ თერაპევტმა შეიძლება მას სთხოვოს, რომ კოთერაპევტს როლი გაუცვალოს. ამასთან ერთად იგი კოთერაპევტს ადგილს უცვლის ჯგუფში და თერაპევტი “ახალ” კოთერაპევტს (პაციენტს) მოკლედ გაესაუბრება, რათა იგი თავის როლში შეიყვანოს (მგ: “თქვენ ახლა კოთერაპევტი ხართ. თქვენ ჩემთან ერთად ჯგუფის შექმნის დღიდან მუშაობთ” და ა.შ.). და ბოლოს, “ახალმა” კოთერაპევტმა (პაციენტი) “ახალ” პაციენტს (კოთერაპევტი) რჩევა უნდა მისცეს “სწორ” გადაწყვეტილებასთან დაკავშირებით. საკუთარი როლისაგან დისტანცირებული ეს მოცემული პაციენტი ხშირად ამულანებს უნარს, გრძნობს რა თავს საკუთარი პიროვნებისაგან “არაპირდაპირ” დამოკიდებულებაში, მიხედვს, თუ რომელი გადაწყვეტილებაა მისთვის ყველაზე საუკეთესო. როლის გაცვლა პაციენტისათვის პრინციპულად მით უფრო მძიმდება, რაც უფრო ემოციურად დამტვირთავია ის როლი, რომელსაც იგი ასრულებს. როლების ასეთი გაცვლა მხოლოდ “კარგ” ჯგუფებშია შესაძლებელი, სადაც არიან კოგნიტურად შედარებით მოქნილი და ინტელექტუალური პაციენტები.

**ორმაგი ამბივალენტობა:** ხშირად ჯგუფის ცალკეულ წევრებში აღმოცენდება ამბივალენტური კონფლიქტი გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით. წინასწარ, “კარგ” ჯგუფებში (მცირეოდენი შიში ან საერთოდ შიშის არარსებობა ჯგუფის წინაშე; კარგად შეკრული ჯგუფი; ჯგუფი მუშაობს თემაზე კონცენტრირებულად) შეიძლება ამბივალენტური კონფლიქტი ორი კოთერაპევტის მიერ იქნას ასარკული, რომლებიც წარმოადგენენ დამთანხმებელ – (ეთანხმება განსაზღვრულ გადაწყვეტილებას) და დაპირისპირებულ (არ ეთანხმება განსაზღვრულ გადაწყვეტილებას) მხარეებს. ორივენი დგანან პაციენტის გვერდით, დამთანხმებელი მხარე დგას, მაგალითად, პაციენტისგან მარცხნივ, დაპირისპირებული კი მარჯვნივ. თითოეულ მხარეს მორიგეობით მოჰყავს ერთი არგუმენტი მოცემული წინადადების სასარგებლოდ/საწინააღმდეგოდ, რომლის დროსაც, თითოეული არგუმენტის დასახელების შემდეგ, პაციენტმა უნდა ახსნას ისინი (არ უნდა იქნას დაშვებული ჭარბი გამღიზიანებლობა).

**რეფერენცი და მოზიტიური ცნების შინაარსი:** პაციენტები ხშირად საკუთარ პრობლემას ჭარბად გენერალიზებულად ნეგატიური კუთხით წარმოადგენენ. აქ თერაპევტი უნდა შეეცადოს, პრობლემა ახალი კუთხით წარმოადგინოს, რომელსაც მოზიტიური ცნებით შინაარსი ექნება [მგ. პაციენტი: “მე განყოფილებაში ვერაფერ ვერ მიტანას”. თერაპევტის მხრიდან კითხვების დასმის შემდეგ ირკვევა, რომ პაციენტი ბოლო ხანებში ბევრს ჩხუბობს თავისი ოთახის მეზობელთან, ვინაიდან მას საღამოობით ძილი უნდა, მისი მეზობელი კი ამ

დროს ხმაბლად მუსიკას უსმენს. თერაპევტი (პაციენტს დიდი ხანია იცნობს): “თქვენ ცდილობთ, მიჰყევთ დასახულ თერაპიულ მიზანს და გსურთ, დამით გეძინოთ, რათა დღის მანძილზე მხნედ იგრძნოთ თავი. ამას შეიძლება, თქვენი ოთახის მეზობელი ვერ ხედება, რადგან ადრე თქვენ აღამაობით ხშირად ერთად რაღაცას აკეთებდით. ჩვენ უნდა თქვენი გაუგებრობა ერთხელაც აქ (თერაპიულ სესიაზე) უფრო დაწვრილებით განვიხილოთ, რათა თქვენს მეზობელთან უკეთესად და ჩხუბის გარეშე მორიგდეთ“.

**სტრუქტურის მიცემა:** შიში, მოტივაცია და აქტივაცია დანახულ უნდა იქნას მჭიდრო ურთიერთკავშირში იმ სტრუქტურასთან (დამოუკიდებელი ცვლადი), რომელიც იმუამად ჯგუფში არსებობს. კლინიკური გამოცდილების საფუძველზე, შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა ჯგუფისათვის დადგინდა შემდეგი ურთიერთდამოკიდებულება:

თუ შიშის დონე ჯგუფში მაღალია, მაშინ წესისამებრ, დაეალებაზე ორიენტაცია ნაკლებია, არა გვაქვს აქტიურობის და გამღიზიანებლობის მაღალი დონე. ჯგუფში მონაწილეობის (მოტივაცია) მიმართ წინააღმდეგობა მონაწილეთა მხრიდან მკვეთრადაა გამოხატული. სტრუქტურა არ არის სახეზე, ან ის ძალიან მცირეა.

ყველაზე ოპტიმალურად მუშაობს შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტებისაგან შემდგარი ჯგუფი (დაეალებაზე და თემაზე ორიენტაციის აზრით; ყველაზე დიდი მოტივაცია) მაშინ, როცა აქ შიშის დონე ძალიან დაბალია და აქტიურობის და გამღიზიანებლობის დონე კი საშუალოა. სტრუქტურა ადექვატურ შესაბამისობაშია (სტრუქტურირება ოპტიმალურია) ჯგუფის მოთხოვნილებასთან.

თუ ჯგუფის სტრუქტურირების დონე ძალიან მაღალია, მაშინ, წესისამებრ, შიშის დონე ძალიან დაბალი იქნება, მაგრამ აქ შეიძლება თავი იჩინოს წინააღმდეგობამ თანამშრომლობის მიმართ, ვინაიდან ასეთ შემთხვევაში მოტივაცია პრაქტიკულად გამქრალია (არასაკმარისი დატვირთვა). ჯგუფის აქტიურობის დონე ამ დროს ნულს უახლოვდება.

ამის გამო თერაპევტი ეალდება, ჯგუფში მიმდინარე პროცესებზე ზუსტი დაკვირვებისა და მისი სწორად აღქმის გზით შეეცადოს, მუდმივად ზეგაეყენა იქონიოს ამ ოთხ სფეროზე ( მოტივაცია, შიში, აქტიურობის და გამღიზიანებლობის დონე, სტრუქტურა).

მან, იმისათვის, რომ ამაღლდეს ჯგუფის სტრუქტურირება, უნდა შეარჩიოს, მაგალითად, ასეთი მიმდინარეობის ფორმა: წამყვანზე ცენტრირებული კომუნიკაციის სტილი; საუბრის დირექტიული წაყვანა; ჯგუფის წევრებს უნდა მიმართოს სახელებით; არ უნდა დაუშვას ხანგძლივი (სიჩუმე) პაუზები; დაეალებაზე და თემაზე ცენტრირებული მიმდინარეობა; ჯგუფის წესების და ნორმების შესრულება; უკუკავშირი პაციენტთა ყოველ შენატანზე; შეჯამება; ჯგუფის შინაარსი საგანზე ორიენტირებული; არ დაიშვება ინტერპრეტაციები და ორაზროვნება; ჯგუფური პროცესის გათვალადობა.

**ჯგუფის სამი ფაზა:** თითოეული თერაპიული საათი სამ ფაზად იყოფა:

1. საწყისი ფაზა
2. თემის დამუშავების ფაზა

### 3. დასკვნითი ფაზა

პირველ ფაზაში უნდა შეიქმნას დაუძაბვი, შიშისგან თავისუფალი და თბილი ჯგუფური ატმოსფერო, რომელიც ცალკეულ მონაწილეს საშუალებას მისცემს, იმუშაოს დაეაღებაზე და თემაზე ორიენტირებულად (შეად. ზემოთ “კაეშირი“-ს). თემის დამუშავების ფაზის დროს საუბარი უნდა მიმდინარეობდეს იმ თემებზე (მაგ: პრობლემაზე). რომლებიც წარმოადგენენ თერაპიული ჯგუფის რეალურ შინაარსს. დასკვნით ფაზაში ჯგუფს უნდა გაუჩნდეს პოზიტიური განცდა; ჯერ კიდევ არსებული შესაძლო გაუგებრობები, სიმძიმეები ან დაძაბულობა თერაპევტის მიერ მოხსნილ უნდა იქნას.

## თავი 6

# თუხაუიანი ჰიობხამეზის რასახეზის ნინაჰიოზი, ბამოყენაზის შუსაქიბეზობეზი და მანხსინათეზი

### 6.1. ინსტიტუციონალური საზღვრების პირობები

ალეწეროთ თერაპიული პროგრამის განსხვავებულად ჩატარების შესაძლებლობები ისეთ დაწესებულებებში, როგორცაა მაგალითად, ფსიქიატრიული კლინიკა.

#### 6.1.1. სტაციონარი

##### 1. განყოფილებებში გაერცელება

სხვადასხვა განყოფილების პაციენტები ერთმანეთს ხედებიან ყოველ დღე კლინიკის რომელიმე განსაზღვრულ ოთახში თერაპიაში მონაწილეობის მისაღებად. სხვადასხვა განყოფილებებში პაციენტები შესაბამის მკურნალობას გადიან. ამასთან, აუცილებელია, რომ კარგი კოორდინაცია არსებობდეს პაციენტების მკურნალ განყოფილების ჯგუფსა და "გარეთა" თერაპევტს, ანუ თერაპიული პროგრამის წამყვანს შორის. ეს თერაპევტებს ართმევს დიდ დროს და განყოფილების ჯგუფი ვალდებულია, მზად იყოს კოორდინირების მიზნით ხშირად ჩატაროს გასაუბრება "გარეთა" თერაპევტთან. ჯგუფის დინამიური მოსაზრებები, როგორცაა მაგალითად, "ა" პაციენტის ქცევის გაელენა "ბ" პაციენტზე და პირიქით, აქ თითქმის არ განიხილება, რამდენადაც ეს არის იმ განყოფილების ამოცანა, რომელსაც ეკუთვნის "ა" და "ბ" პაციენტი. თუ თერაპევტი არ შედის განყოფილების ჯგუფში, მაშინ ასევე რთულია, თერაპიული სეანსის მიღმა მოხდეს შემჩნევა თერაპიულ პროგრამაში პაციენტის მიერ მიღწეული ქცევის ცვლილებების, ამ უკანასკნელთა გენერალიზების აზრით. მაგალითად, თერაპიული სეანსის გზით გაუმჯობესებული ყურადღების და კონცენტრაციის შემთხვევაში, თერაპევტს არ შეუძლია განყოფილებაში პრაქტიკული ცხოვრებისული ამოცანების გადაჭრის დროს დააკვირდეს მათ და განამტკიცოს ისინი. იგივე ეხება სხვა სფეროებსაც, მაგალითად, სოციალურ ქცევისაც.

სხვადასხვა განყოფილებაში მყოფი პაციენტებისთვის თერაპიული პროგრამის ჩატარების შემდგომი სირთულეები ეხება პაციენტის ჯგუფში მონაწილეობის მოტივაციას და ჯგუფის კოჰერენტულობას (შეკრულობას). ამას შედეგად შეიძლება მოჰყვეს თერაპიის ხშირი გაცდენები. ასევე, ჯგუფში ერთმანეთისადმი ნდობა მეტად რთულად და ხანგრძლივი დროის მერე მიიღწევა და ამისთვის თერაპევტს დიდი ძალისხმევა დასჭირდება.

##### 2. განყოფილების შინით

ჩამოთვლილი მიზეზების გამო, უფრო ხელსაყრელი იქნება, თუ თერაპიული პროგრამა ცალკეულ განყოფილებაში ჩატარდება, სადაც თერაპევტებიც ამ განყოფილებას ეკუთვნიან. თერაპიის დაგეგმვაში ცენტრალურ როლს ასრულებს თერაპიული ჯგუფი. ამით, უკეთესად არის შესაძლებელი დროის და პერსონალური კონსტანტობის უზრუნველყოფა, რაც შიზოფრენიულ პაციენტთა წარმატებით რეაბილიტაციისთვის აუცილებელია. ასეთ შემთხვევაში, ეს თერაპიული მიდგო-

მა იქნება განყოფილებაში არსებული პროგრამის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილი.

### 3. სპეციალური განყოფილება

იდეალური იქნებოდა პატარა სპეციალური განყოფილების (10-დან 15-მდე საწოლით) შექმნა, რომელიც განკუთვნილი იქნება შიზოფრენიული პაციენტებისთვის და სადაც გამოყენებული იქნება შიზოფრენიის შესახებ გამოკვლევების შედეგად შექმნილი მკურნალობის მულტიმოდალური მიდგომა (Roder & Kienzle 1986). ყველა თერაპევტი და ასევე ყველა პაციენტი მონაწილეობს თერაპიის დაგეგმვაში, რაც უყრდნობა დააუადების მიმდინარეობის დიაგნოსტიკას და ანალიზს. შედეგად, თითოეული პაციენტი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მისდევს ძირითად მიზანს და მონაწილეები ერთი თერაპიული მიმართულებით მიდიან. განყოფილების ძირითად თერაპიებთან ერთად, როგორცაა სოციალური, შრომათერაპია, მოძრაობის თერაპია და ოჯახის წევრებთან მუშაობა, თერაპიული პროგრამაც შეადგენს მის მნიშვნელოვან ნაწილს. თითოეულ პაციენტს გააჩნია ინდივიდუალური, სხვადასხვა საფეხურების პროგრამა. ამასთან, მათდამი მოთხოვნები სუქცესიურად იზრდება მანამ, სანამ პაციენტი შესძლებს მეტ-ნაკლებად დაცულ საერთო საცხოვრებელ ჯგუფში კლინიკის გარეთ ცხოვრებას. განყოფილების სტრუქტურა ორგანიზებულია დასწავლის თეორიულ და ქცევის თერაპიულ საფუძვლებზე. ყოველივე ამის საფუძველზე მიიღწევა თვალსაჩინოება.

ხშირ შემთხვევაში, თერაპიული მიმართულებები (მაგალითად, თერაპიული პროგრამა, საჭმლის მომზადება და დალაგების ჯგუფები, მოძრაობითი თერაპია) ტარდება ოთხი-ხუთი პაციენტისგან შემდგარ პატარ-პატარა ჯგუფებში. ამასთან, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს პაციენტის ტიპურ უკან დახედვის ქცევას (ფრთხილად: ზედმეტი სტიმულაცია ხდება), ასევე შესაძლებელია მიზანმიმართული, მკიდრო ურთიერთობის მქონე სტრუქტურის შექმნა ისე, რომ პაციენტებმა, მაგალითად გამოიმუშაონ უნარი, კლინიკის გარეთ საერთო საცხოვრებელ ჯგუფში ცხოვრებისა. თერაპიულ სეანსებზე მიღწეული შედეგების დაკვირვება შესაძლებელი ხდება განყოფილების სხვა საქმიანობებში, რაც იძლევა მეტად მნიშვნელოვან დასკვნებს შემდგომი თერაპიის დაგეგმვისთვის. ასევე, ასეთ პირობებში უკეთესად ხდება ცალკეული პაციენტის თვალშისაცემი დეფიციტის დამატებით ინდივიდუალურ სეანსებზე განხილვა, ან მათი განყოფილების შიგნითვე მოგვარება (მაგ: სოციალური ქცევის).

#### 6.1.2. ნახევრად სტაციონარი, ამბულატორია

გამართლებულია ასევე თერაპიული პროგრამის ჩატარება დღის კლინიკებში ან ამბულატორიულ პაციენტებთან. გამოცდილება აჩვენებს, რომ ასეთ თერაპიულ ჯგუფებში უმთავრესად ბოლო ორი ქვეპროგრამა ("სოციალური უნარ-ჩვევები", "ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა") ტარდება. ეს შეიძლება იმით აიხსნას, რომ მოცემულ პაციენტებთან არ აღინიშნება მნიშვნელოვანი კოგნიტიური დარღვევები და მათი გავარჯიშება არ არის საჭირო იმისთვის, რომ წარმატებით განხორციელდეს სოციალური უნარ-ჩვევების და პრობლემების გადაჭრის უნარის გაეარჯიშების თერაპია. ამასთან, ამბულატორიულ პაციენტებთან აღინიშნება ყოველდღიური ცხოვრებისეული პრობლემები (მაგალითად, პრობლემები პარტნიორთან, სამუშაო, რომელთა უმრავლესობა მეტად გამაფრე-

ბულია და გადაუდებლად საჭიროებს თერაპიულ ზემოქმედებას. ამასთან, ეს პრობლემები კარგად შეიძლება ჩაისვას პროგრესირებულ ქვეპროგრამებში.

## 6.2. პაციენტები

დიდი გამოცდილება დაგროვდა ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამის ჩატარებისას მეტად განსხვავებულ პაციენტთა ჯგუფებთან, დაწყებული მძიმე ქრონიკული, მრავალი წლის განმავლობაში პოსპიტალიზირებული პაციენტებიდან, დამთავებული პოსტმწვავე მდგომარეობის პაციენტებამდე, რომელთაც რემისიის ფაზა ეწყებოდათ. ამ გამოცდილების მიხედვით, ქრონიკული პაციენტები დაყოფილ იქნა “საშუალო სიმძიმის” და “მძიმე ქრონიკულ” პაციენტებად.

ქრონიკულობის კრიტერიუმად გამოყენებული იყო დაავადების ხანგრძლივობა სრული რემისიის გარეშე ერთ წელზე მეტი დროის განმავლობაში. “საშუალო სიმძიმის” და “მძიმე ქრონიკული”-ს განსხვავებისთვის გამოყენებულ იქნა 5 წლის განმავლობაში დაავადების ხანგრძლივობის კრიტერიუმი, რამდენადაც, სხვადასხვა გამოკვლევებში აღწერილია, რომ ამ დროის განმავლობაში იშვიათად როდი ხდება დაავადების მიმდინარეობის გაუმჯობესება.

მოცემული გამონათქვამების საფუძველად მდებარე გამოცდილება ეხება მეტად თვალსაჩინო განსხვავებებს (მაგალითად პოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა 7-20 წელი ან 1-6 წელი).

### 6.2.1. მძიმე ქრონიკული შიზოფრენიული პაციენტები

მძიმე ქრონიკულ შიზოფრენიულ პაციენტებზე ლაპარაკია მაშინ, როცა მთლიანი პოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა შეიდი წელი და მეტ ხანს გრძელდება.

ასეთ პაციენტებთან თერაპიული მუშაობისას დიდი სირთულეები გვხვდება მათი მოტივაციის ნაკლებობის გამო.

მათ უნდებათ შიში თავიანთ ერთფეროვან ცხოვრებისეულ რიტმში რაიმე ცვლილებების შეტანისას და სპეციალურად რაიმე ჯგუფურ აქტიურობაში მონაწილეობის მიღებისას. გამოხატული პოსპიტალიზმი, რაც მრავალი წლის შედეგად წარმოიშვა, რთული დასაძლევე ხდება. ამიტომაც, აქ თერაპიული ჯგუფის დაწყებამდე მეტად აუცილებელი და ბევრის მომცემია ორ ადამიანს შორის (თერაპევტი-პაციენტი) მოტივაციის ფაზის გაელა.

ამ ფაზის განმავლობაში თერაპევტს შეუძლია – ძირითადად მცირედ მაინც შეეხოს პაციენტების ინტერესებს და ამით კონტაქტი და ნდობა მოიპოვოს. მხოლოდ ასეთი ამტანი ურთიერთობის შექმნის შემდეგ (ხანგრძლივობა კვირიდან თვეების ჩათვლით) ხდება შესაძლებელი პაციენტებს თერაპიულ ჯგუფებში მონაწილეობა მიაღებინონ. დასაწყისში უმჯობესია, სიტყვა “თერაპია” არ იქნას ხსენებული და ლაპარაკი იყოს რაიმე სავარჯიშო ჯგუფზე, საუბრის ჯგუფზე და ა. შ. ხშირად მხოლოდ თვეების შემდეგ ხდება შესაძლებელი, პაციენტებს ინდივიდუალური საუბრის დროს ჯგუფის მიზნებზე და მნიშვნელობაზე ესაუბრონ. ასევე, მნიშვნელოვანია, მეტად ნელა მიმდინარე თერაპია, რომელიც თავიდან, მხოლოდ კვირაში ორჯერ, 30 წუთის განმავლობაში ჩატარდება. ამ საწყისი დროის განმავლობაში პაციენტებს სენანსზე სჭირდებათ მეტად დიდი

რაოდენობის დადებითი შედეგების მიღწევა (დადებით უკუშეტყობინება), რათა მიღწეულ იქნეს ჯგუფში ერთიანობა და ნდობა.

ამასთან, თერაპევტებმა დიდი მოთმინება უნდა გამოიჩინონ, სანამ ძლიერი დამოუკიდებლობა და უკეთეს შემთხვევაში, კლინიკის გარეთ სავრთო საცხ-ოვრებელ ჯგუფებში გადასვლა მიიღწევა, სულ მცირე, ერთიდან სამ წლამდე დრო არის საჭირო. ეს ნიშნავს, რომ ერთი ქვეპროგრამის სრულად ჩატარებას სჭირდება სამიდან ხუთ თვემდე დრო. ნაცნობ საეარჯიშოებს სულ იმეორებენ, რათა თერაპიული ეფექტი დროის განმავლობაში შენარჩუნდეს. ახალი სავარჯი-შოების დროს წარმოშობილი შიში და დაურწმუნებლობა შესაძლებელია უკვე ნაცნობი სავარჯიშოების გამეორებით დაიძლიოს.

ბოლოს, თერაპიის ინტენსივობა იზრდება კვირაში ორჯერ ან სამჯერ 60 წუთიანი (მოგვიანებით ასევე 90 წუთიანი) სესიების სახით.

ასეთი ჯგუფი თერაპევტს დიდ მოთხოვნებს უყენებს: გაძლების უნართან, ფრუსტრაციისადმი ტოლერანტობასთან (რეციდივებთან), ასევე მუდმივად, ინ-ტენსიურად ურთიერთობასთან და სიტბოს გამოვლენასთან დაკავშირებით.

## 6.2.2 საშუალო სიმძიმის ქრონიკული შიზოფრენიული პაციენტები

აქამდე მოყვანილი მოსაზრებები ეხება ასევე საშუალო სიმძიმის შიზოფრენი-ულ პაციენტებსაც (მთლიანი პოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა ერთიდან ექვს წლამდეა, მაგრამ მხოლოდ არსებითად შემსუბუქებული ფორმით. თითოეული პაციენტის პოსპიტალიზმის ხანგრძლივობაზე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდე-ბული, თუ რამდენად და რა რაოდენობით არის საჭირო თერაპიული ჯგუფის დაწყებამდე მოტივაციის ფაზის გაელა. ბევრ პაციენტთან საკმარისია სიმპტომ-ების დადგენისა და ჯგუფში მონაწილეობისთვის ყველა ვარიანტში რეკომენ-დირებული ფსიქოლოგიურ-ფსიქიატრიული გამოკვლევის ჩატარება თერაპიულ ჯგუფში მიღების წინ), თერაპევტთან აუცილებელი კონტაქტის დამყარებისთვის და საჭირო მოტივაციის წარმოქმნისთვის. მრავალი პაციენტისთვის ასეთი, ხშირად სანდო გამოკითხვა ან ფსიქოლოგიური ტესტებით გამოკვლევა პირველივე კონ-ტაქტისთანავე ნაკლებად შიშის მომგერელია, ვიდრე თავისუფალი საუბარი.

თერაპიის ხანგრძლივობა გრძელდება ნახევარი წლიდან ორ წლამდე. როგორც წესი, თერაპიული სესიის ტარდება კვირაში ორჯერ ან სამჯერ 60-90 წუთის განმავლობაში. ცალკეული ქვეპროგრამის დაძლევა ხდება შედარებით სწრაფად, ვიდრე მძიმე ქრონიკულ პაციენტებთან, განსაკუთრებით, აქ არ გამოიყენება წინა სავარჯიშოების ხშირი გამეორებები.

## 6.2.3. პოსტმწვავე შიზოფრენიული პაციენტები

მძიმე და საშუალო სიმძიმის ქრონიკულ შიზოფრენიულ პაციენტებთან შე-დარებით, თერაპიის ხანგრძლივობა პოსტმწვავე შიზოფრენიულ პაციენტებთან, რემისიის დროს, შესამჩნევად ხანმოკლეა. როგორც კი მწვავე ეპიზოდი ჩაცხრე-ბა (პროდუქტული სიმპტომებიცა), პაციენტები შეიძლება თერაპიულ ჯგუფში მიღებულ იქნენ. თუ დაავადების მწვავე ეპიზოდს მოჰყვება კლინიკაში მოთავსე-ბა ოთხიდან ექვსი კვირის განმავლობაში, მწვავე სიმპტომების შემსუბუქების შემდეგ პაციენტს შეუძლია ორიდან ოთხი კვირის განმავლობაში თერაპიული პროგრამის ფარგლებში სტაციონარულად ჩქურნალობას გადმოედეს. დროის ამ პერიოდში შეუძლებელია მთლიანი თერაპიული პროგრამის ჩატარება.



თერაპევტებმა არჩევანი უნდა გააკეთონ არსებული დიფიციტების მიხედვით. სოციალურად პერცეპტული/კოგნიტური საეარჯიშოები კომბინირდება პრობლემების გადაჭრასთან. თერაპიის სისწორე შესაძლებელია კვირაში ორჯერ ან ოთხჯერ 60-დან 90 წუთამდე გრძელდებოდეს. განსაკუთრებით საყურადღებოა, მოხდეს პაციენტის "ოპტიმიზირება" სტიმულირება. სწორედ მწვეფე ეპიზოდების შემდეგ არის შესაძლებელი მსუბუქი სახის ტიპიურ ვეზიკულარულ აქრონდეს ადგილი ზედმეტად ემოციური სტიმულირების გამო. კლინიკიდან გამოსვლის შემდეგ ყველა შემთხვევაში სასარგებლოა, პაციენტები მიღებულ იქნენ ამბულატორიულ თერაპიულ ჯგუფში (იხ. 6.1.2).

### 6.3. ჯგუფის შემადგენლობა

სასურველია ჯგუფში მონაწილეობდეს ოთხიდან რვაამდე პაციენტი. "რთული" პაციენტების დროს უმჯობესია ჯგუფი უფრო პატარა იყოს. ჯგუფის შერჩევა საშუალო და მძიმე ქრონიკულ პაციენტებთან საჭიროებს დიდ ყურადღებას. ყველა ჯგუფში უნდა იქნეს მიღწეული პროგრესურობა, განსაკუთრებით ინტელექტში და გადაამუშავების დიფიციტში: ასაკსა (20-დან 50 წლამდე) და სქესთან დაკავშირებით, უმჯობესია, თუ ჯგუფი პეტეროგენული შემადგენლობის იქნება. ინტელექტის მაჩვენებელი IQ-ს მიხედვით უნდა იყოს 80-სა და 110-ს შორის მოთავსებული. საშუალოზე მაღალი ინტელექტის მქონე პაციენტებისთვის თერაპიის პირველი ნაწილი (კოგნიტური დიფერენცირება, სოციალური აღქმა და ნაწილობრივ ვერბალური კომუნიკაცია) ნაკლებად არის განკუთვნილი. სავარჯიშოების "მარტივი" ხასიათის გამო, ასეთი პაციენტებისთვის მათი საჭიროება და მნიშვნელობა ნაკლებია. მაგრამ "სოციალური უნარ-ჩვევების" და "ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრის" ქვეპროგრამებს ასევე უფრო ინტელექტუალურ პაციენტებთანაც ატარებენ ჯგუფში. საშუალოზე უფრო დაბალი ინტელექტის მქონე პაციენტები ხშირად ვერ უძლებენ პროგრამას.

სხვა პაციენტთა ჯგუფისთვისაც შესაძლებელია ამ მეთოდის გამოყენება (მაგალითად, "კოგნიტური დიფერენციაცია" ტვინის ორგანული დაზიანების მქონეთათვის), მაგრამ ქვეპროგრამების თანმიმდევრობა და შინაარსი, ასევე თერაპევტების ქცევა შექმნილია სპეციალურად შიზოფრენიული პაციენტებისთვის, რაც ეფუძნება შიზოფრენიაზე ემპირიული გამოკვლევების შედეგებს.

იმ პაციენტების მონაწილეობა, რომელთა მშობლიური ენა ქართული არ არის, სავარჯიშოების მრავალი დიფერენცირებული ენობრივი თავისებურებების გამო, არ არის მიზანშეწონილი. პაციენტები, ასეთ შემთხვევებში, ხანმოკლე დროით ჯგუფიდან უნდა გამოიყვანონ.

### 6.4. თერაპევტები

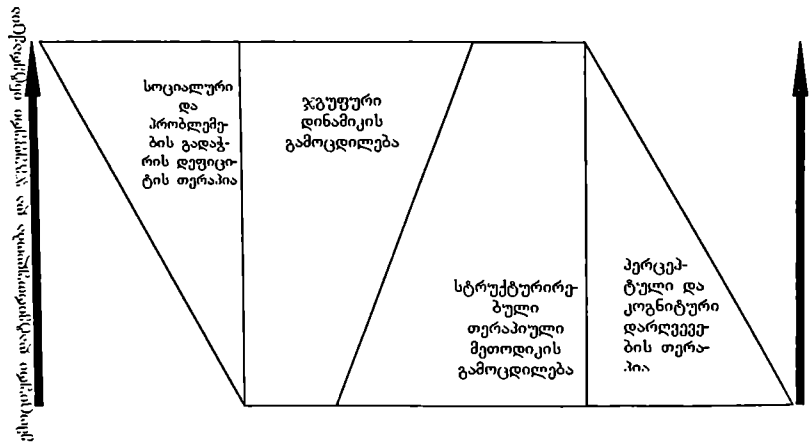
საბოლოოდ შევხვით ძირითადად შენიშვნებს თერაპევტების კვალიფიკაცია-სთან დაკავშირებით. მათ ერუდიცია უნდა აჩვენონ ორ სფეროში: ერთის მხრივ, მათ უნდა იცოდნენ სტრუქტურირებული თერაპიული მეთოდის (დიდაქტიკა) ხუთი ქვეპროგრამა; მეორეს მხრივ, მათ უნდა გააჩნდეთ ცოდნა ჯგუფური პროცესების და ჯგუფური დინამიკის სფეროში.

თერაპიული მეთოდის პირველ ეტაპებს შესაძლებელია ამ წიგნის მეშვეობით გაცნობთ. მაგრამ მათი პრაქტიკაში გამოყენება დამასრულებელი პრაქტიკული განათლების გარეშე რეკომენდირებული არ არის. ჯგუფური პროცესების შესახებ საჭირო ცოდნის მიღებას, შესაძლებელია, მხოლოდ ბაზისური მნიშვნელობა აქონდეს, ხოლო დამატებითი განათლება ამ სფეროში მეტად მნიშვნელოვანია.

როგორც სურათი 3-დან თვალნათლივ ჩანს, სტრუქტურირებულ თერაპიულ მეთოდიკაში პირველ ქვეპროგრამებზე ("კოგნიტური დიფერენცირება", "სოციალური აღქმა" და ნაწილობრივ "ვერბალური კომუნიკაცია") თერაპევტების ცოდნა პირველ პლანზე დგას. მცირე მნიშვნელობა მოდის ჯგუფური დინამიკის და ჯგუფური პროცესების შესახებ ცოდნაზე.

შემდგომ ქვეპროგრამებში (ნაწილობრივ "ვერბალურ კომუნიკაციაში", "სოციალურ უნარ-ჩვევებში", "ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრაში") იცვლება დამოკიდებულება დირექტიული თერაპიული ქცევის შემცირებასთან ერთად.

მნიშვნელოვანია ხაზი გაესვას იმას, რომ ბოლო ქვეპროგრამა, რომელიც შიზოფრენიული პაციენტებისთვის განსაკუთრებით საჭირო სტრუქტურირებულ თერაპიული მეთოდიკაა, შეადგენს ჯგუფური თერაპიის კიდევ ერთ არსებით შემადგენელ ნაწილს.



სურათი 3. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა (IPT): თერაპევტების განათლება.

## 6.5. შემდგომი განვითარება: ფსიქიკური ფუნქციონირების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა IPT-ს ჩატარებისთვის

კლინიკური გამოცდილების და მრავალი ცალკეული შემთხვევების ანალიზის საფუძველად (Roder 1988; Hodel & Brenner 1988), IPT-ს კოგნიტური ქვეპროგრამებიდან შეასძლებელია არ იყოს ყველა პაციენტისთვის აუცილებელი იმ ქვეპროგრამების ჩატარება, რომლებიც გამიზნულია სოციალური და პრობლემების გადაჭრის უნარის გაუმჯობესებაზე (მოდულიზირებული პიპოთეზა იხ. Brenner 1989). ეს თვალსაზრისი უკვე ამ თავში იყო განხილული. ხუთივე ქვეპროგრამა არაა აუცილებელი სქემატურად მიმდინარეობდეს. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, რომელიც მე-6 თავში მოხსენიებული კონტროლის საშუალებებს ეხება და განსაკუთრებით, სპეციალურად ამისთვის განვითარებული პრობლემური ანალიზის გამოცდილების გამოყენებასთან (Roder 1989; იხ. ასევე თავი 7.3) არის დაკავშირებული, მიღებულია ცხრილი 1-ში ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან.

თერაპიული პროგრამის კოგნიტური ნაწილი განსკუთრებით განკუთვნილია ისეთი პაციენტებისთვის, რომლებსაც ერთი ან მეტი შემდეგი ნიშნები აღენიშნებათ: გამოხატული კოგნიტური დარღვევები, ძლიერი სოციალური შიშები, მიწის სიმპტომატიკა, თერაპიისადმი მეტად დაბალი მოტივაცია, ხანგრძლივი პოს-პიტალიზაცია. განსაკუთრებით მაღალი სტრუქტურირება და მინიმალური ემოციური დატვირთულობა IPT-ს პირველ ნაწილში, ასეთ პაციენტებს აძლევს შესაძლებლობას, ჩაერთონ სოციალურ ინტერაქციაში არაძლიერად სტიმულირებული თერაპიის ფარგლებში. თერაპიული პროგრამის პირდაპირ მეორე ნაწილიდან დაწყება განკუთვნილია იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც არ აღენიშნებათ გამოხატული კოგნიტური დარღვევები და ავლენენ შემდეგ ნიშნებს: სოციალურ სიტუაციაში არასაკმარისი Coping უნარ-ჩვევები, შედარებით ახალგაზრდა პაციენტები, თერაპიაზე მოტივირებული, განმეორებადი, ხანმოკლე პოსტალიზაციები.

ამ პაციენტების ჯგუფის წინაშე, რომლებიც ხშირად კლინიკის გარეთ ცხოვრობენ და შესაძლოა მუშაობენ კიდევ, ხშირად წინა პლანზე დგას ყოველდღიური ცხოვრებისეული სიტუაციების დაძლევის პრობლემები და შეკითხვები (მაგალითად, პრობლემების მოგვარება სამუშაოზე ან პარტნიორთან; შეკითხვები საოჯახო ბიუჯეტის წარმართვის შესახებ). ისინი თერაპიული მუშაობისას პირველ რიგში უნდა განიხილებოდეს. IPT-ს მეორე ნაწილის ჩატარებისას დაბატებით, ასევე შესაძლებელია I ნაწილის საეარჯიშოების გამოყენებაც. პრობლემების ანალიზზე მიმართული თერაპიის დაგეგმვა არის განსაკუთრებით ინდივიტუალური. ის პაციენტები, რომლებმაც I ნაწილი წარმატებით გაიარეს, მონაწილეობას იღებენ თერაპიული პროგრამის II ნაწილში.

ცხრილი 1. IPT-ს ჩატარებისთვის პაციენტის მახასიათებლების დიაგნოსტიკა

### 1. კოგნიტური თერაპია

(კოგნიტური დიფერენციაცია, სოციალური აღქმა, ვერბალური კომუნიკაცია)

- გამოხატული კოგნიტური დარღვევები
- მაღალი სოციალური შიშები
- უფრო მინუს სიმპტომატიკა
- ძალიან დაბალი თერაპიული მოტივაცია
- ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზმი

## 2. სოციალური კომპეტენტურობის თერაპია

(ვერბალური კომუნიკაცია, სოციალური უნარ-ჩვევები, ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრა)

- სოციალურ სიტუაციებში არასაკმარისი Coping-უნარ-ჩვევები
- განმეორებადი, ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაციები
- უფრო ახალგაზრდა პაციენტები
- თერაპიისადმი მოტივაცია

დამატებით: პაციენტები, რომლებმაც კოგნიტური თერაპია წარმატებით დაასრულეს.

შეფასება და წარდგენა ეხება:

- პრობლემების ანალიზს
- ტესტებს, რეიტინგის სკალებით შეფასებას

---

## თავი 7

### ენიზმოსტრუქტურული ინსტრუქციები ენოლოგიაში ენიზმოსტრუქტურული და ტექნიკური მიმდინარეობის კონსტრუქციისთვის

#### 7.1 ქვეყნის სფეროში ცალკეული მიღწევების საკონტროლო მეთოდები

შიზოფრენიულ პაციენტებში კოგნიტური და სოციალური დეფიციტის დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებულ სპეციფიკური ლიტერატურის შეჯამებისას, ირკვევა, რომ სუბიექტური ვამოცდილების შეფასების სფეროში *ფრანკფურტის აშლილობების კითხვარის გარდა* (Süllwold & Huber 1986), გერმანულენოვან ლიტერატურაში თითქმის არ მოიპოვება სტანდარტიზირებული გამოკვლევები. ერთადერთ შესაძლებლობას წარმოადგენს, არსებულ ზოგად დიაგნოსტიკაზე დაყრდნობით, ახალი კითხვარების შექმნა.

##### 7.1.1 ინტელექტი

ფსიქიატრიულ პაციენტებთან კარგად გამოიყენება ორი მეთოდი: ზოგადი ინტელექტის შეფასებისთვის გამოიყენება *ვექსლერის ინტელექტის ტესტის შემოკლებული ვარიანტი* (WIP; Dahl 1972), ვერბალური (პრემორბიდული) ინტელექტის შეფასებისთვის კი *სხვადასხვა სფეროში გამოსაყენებელი სიტყვათა მარაგის ინტელექტის ტესტი* (MWT-B; Lehrl 1977).

##### 7.1.2 პერცეპტული და კოგნიტური დარღვევები

ამ სფეროსთვის გამოიყენება შემდეგი სტანდარტული, მაგრამ არა შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებისთვის სპეციფიკური, სტანდარტული ინსტრუმენტები. ესენია:

*რიცხვების დაკავშირების ტესტი* (ZVT; Oswald & Roth 1978); *ყურადღების საკვლევი ტესტი* (D2; Brickemkamp 1978); *კონცენტრაციის საკვლევი ტესტი* (KVT; Abels 1961); *ბენტონის ტესტი* (Benton 1981).

ზოგიერთი მეთოდი გამოიყენება სპეციალურად „კოგნიტური დიფერენცირების“ ქვეპროგრამისთვის, როგორცაა მაგალითად, *გამონათქვამების ტესტი*, *ცნების შედგენის ტესტი*, *სელექციის*, *კლასიფიკაციის* და *ანტონიმების ტესტი*, *ბარათების დაჯგუფების ტესტი* (Roder 1988).

ამ სფეროში დიაგნოსტიკური მიზნებისთვის ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური კვლევებიდან აღსანიშნავია ასევე მოწყულადობის განმსაზღვრელი მეთოდიკა, როგორცაა *რეაქციის საზომი მეთოდი*, *ტაქსტოსკოპურად გამოიზიანების აღმნიშვნელი მეთოდიკა* და ა.შ. ესენი საჭიროებენ სპეციალურ აპარატურას და თეორიულ და მეთოდურ ცოდნას. ამიტომაც, მათ აქ არ განვიხილავთ.

### 7.13 სოციალური ქცევა

თუ კოგნიტურ სფეროში გამოყენებული იქნება შიზოფრენიული პაციენტებისთვის შესაბამისი მეთოდები, მაშინ სოციალურ სფეროში სტანდარტული მეთოდები შესაძლებელია მხოლოდ შეზღუდულად ან მოდიფიცირებულად იქნეს გამოყენებული. ამათგან აღსანიშნავია:

*U-კითხვარი* (Ulrich & Ulrich de Muynck 1977); *ინტენციონალობის სკალა* (INSKA, Mundt et al 1985).

აეტორებმა ციურიხის საუნივერსიტეტო კლინიკის ფსიქიატრებთან ერთად შეიმუშავეს „სოციალური ქცევის, შრომისუნარიანობის და პრაქტიკული ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების საკვლევი მიუნსტერლინგის შეფასების სკალა, რომლის ემპირიული კვლევაც ჯერ არ ჩატარებულა.

### 7.14 ფსიქოპათოლოგია

შემდეგი მეთოდების სელექციური გამოყენება განკუთვნილია ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის სურათის შეფასებისთვის:

*Persent State Examination (PSE; Wing et. al 1982); Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; CIPS, 1981); Frankfurter-Beschwerdefragebogen (FBF; Süllwold & Huber 1986); Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE; CIPS 1981).*

თითქმის ყველა ჩამოთვლილი მეთოდიკა (6.1-ის ფარგლებში) განკუთვნილია თერაპიის მიმდინარეობის კონტროლისთვის.

## 7.2 თერაპიის მიმდინარეობის კონტროლისთვის განკუთვნილი თვითშეფასების და სხვათა შეფასების სისტემა

აეტორებმა თერაპიის მიმდინარეობის კონტროლისთვის შექმნეს სხვათა და თვითშეფასების სისტემა, რაზეც ჯერ კიდევ ემპირიული კვლევა მიმდინარეობს (Roder & Dietz 1986). ამ სისტემამ თერაპევტებისთვის შესაძლებელი უნდა გახადოს პაციენტის კოგნიტური და სოციალური უნარ-ჩვევების სტანდარტიზირება, რითაც შემდგომში პაციენტების შესახებ მოსაზრებები რეალობასთან იქნება მიახლოებული. თერაპიული მიმდინარეობის კონტროლით, შემდგომში შესაძლებელი იქნება, პაციენტების რეაბილიტაციის შესახებ მოსაზრებების გამოთქმა. ამით, თერაპიის მიმდინარეობის კონტროლთან ერთად, ის ასევე ემსახურება მულტიმოდალური მკურნალობის პერიოდში ხანმოკლე და ხანგრძლივ მიზნებთან დაკავშირებულ მთელი თერაპიის დაგეგმვას.

შეფასების სისტემის კონსტრუქტირებისას ითვალისწინებენ შიზოფრენიული პაციენტებისთვის ტიპურ კოგნიტურ და სოციალურ დეფიციტებს; მეორეს მხრივ, ინტეგრაციისთვის ითვალისწინებენ კლინიკის გარეთ საჭირო უნარ-ჩვევებს.

არსებობს შემდეგი სახის შეფასების კითხვარები:

- VW (ქცევის ფორმები თერაპიულ ჯგუფში)
- Ki, Pu (საჭმლის დამზადების და დალაგების ნუსხა)
- BW (მოძრაობითი თერაპია)
- AT (შრომათერაპია)

- GAT (თერაპიული ჯგუფური აქტივობები)
- KG (საჭმლის მომზადების ჯგუფი)
- PF (მოვლა)
- ორი პარალელური ფორმის თვითშეფასების კითხვარი

შეფასებისთვის გამოიყენება:

- თვითშეფასების კითხვარი P1 და P2
- Reha- შეფასება 1 (ინდივიდუალური „არის“ – შეფასება)
- Reha- შეფასება 2 („არის“, „უნდა“-ს პროცენტული შეფასება)
- Reha- მიმოხილვის ფურცელი 1
- Reha- მიმოხილვის ფურცელი 2

თითოეული პაციენტისთვის შეფასებიდან გამომდინარე როგორც წესი გამოიყენება მიმდინარეობის რვა მრუდი, რომლებიც ეხება:

- მონაწილეობას
- პუნქტუალურობას
- დამოუკიდებლობას
- თერაპიის შინაარსს
- სამუშაოს
- საკუთარი თავის მოვლას

ცალკეული ამ ექვსი მრუდისგან საშუალო მაჩვენებლის სახით გამოჰყავთ საერთო მაჩვენებელი. თვითშეფასების კითხვარი ფარავს ყველა ექვს სფეროს; მისი მეშვეობით გამოჰყავთ თვითშეფასების მაჩვენებელი. საერთო და დამოუკიდებლობის მაჩვენებლების შედარება იძლევა პაციენტის რეალობის სურათს (გადაფასებას და ასევე შეუფასებლობას).

### 7.3. შემდგომი განვითარება: პრობლემების ანალიზი და თერაპიის დაგეგმვა

ფსიქიატრიულ პაციენტებთან პრობლემური ანალიზის მიზანია მრავალრიცხოვანი ცალკეული ინფორმაციის (მაგალითად, სოციალური ქცევა; კოგნიტური დარღვევები; განვითარების ისტორია) ინტეგრირება, რათა საბოლოოდ მოხდეს დასწავლის თეორიული პრინციპების მიხედვით შედგენილი ხანმოკლე ან ხანგრძლივადიანი თერაპიული გეგმის განხორციელება. შესაბამისად, ზემოთ ჩამოთვლილი დღემდე არსებული დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტები შესაძლებელია პრობლემური ანალიზის ფარგლებში აზრობრივად ერთმანეთს დაუკავშირდეს.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილი 2 -ში ნაჩვენებია მიმოხილვა „პრობლემების ანალიზის და თერაპიის დაგეგმვის“ შესახებ.

მნიშვნელოვანი ცენტრალური სფერო, რომლითაც ყველა სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაციის დაკავშირება ხდება, არის ქცევის და პრობლემების ანალიზის დეტალური განხორციელება. ამასთან, აქ ადვილი აქვს პაციენტის ამჟამინდ-

ული პრობლემების და სირთულეების დიფერენციალურ გაგებას და აღწერას. მათი შეფასება ხდება სხვადასხვა მოდულებების (ქცევა, კოგნიციები, ემოციები) მიხედვით. ცალკეული პრობლემის ანტიცედეენტების და შედეგების მიხედვით განპირობებული ანალიზის შემთხვევაში, შესაძლებელია ისეთი ჰიპოთეზების მოტანა, რომლებიც ფუნქციონალური ურთიერთკავშირის გარკვევაში დაგვეხმარებინან. ერთის მხრივ, ერთმანეთს უკავშირდება ჩამოთვლილი პრობლემების სფეროში შესაძლო ცვლილების მოხდენის მოტივაციის ანალიზი და მეორეს მხრივ, პაციენტების ძირითადი მისწრაფებები. ქცევის და პრობლემების ანალიზის ბოლოს, აღწერილ იქნება პაციენტებისთვის არაპრობლემატური ქცევა და გამოცდილება, და მოცემულ მომენტში არსებული სოციალური ურთიერთობები.

ცხრილი 2. პრობლემების ანალიზი და თერაპიის დაგეგმვა

<p>ა) ქცევის პრობლემის ანალიზი</p> <p>1. პრობლემური სფეროს აღწერა</p> <p>1.1 ქცევის ინდიკატორები</p> <p>1.2 კოგნიციები</p> <p>1.3 ემოციები</p> <p>1.4 პრობლემების აღწერისას განსაკუთრებული მომენტები</p> <p>2. პრობლემის ანალიზი, რომლებიც განაპტკიცებენ პრობლემურ ქცევას და ჰიპოთეზების ფორმულირება</p> <p>2.1 ანტიცედეენტები</p> <p>2.2 შედეგები</p> <p>2.3 ჰიპოთეზები</p> <p>3. მოტივაციის ანალიზი</p> <p>3.1 პრობლემურ სფეროსთან დაკავშირებით</p> <p>3.1.1 თვითშეფასების და სხვათა შეფასების აღწერისას წინააღმდეგობები</p> <p>3.1.2 პაციენტის მოტივაცია ცვლილებებისადმი</p> <p>3.2 ზოგადად</p> <p>3.2.1 პაციენტის პირადი (რეაბილიტაციური) მიზნები</p> <p>3.2.2 შესაძლო განამტკიცებლები</p> <p>4. არაპრობლემატური ქცევა და გამოცდილება (ქცევაში გამოხატული)</p> <p>5. ამჯამინდელი სოციალური ურთიერთობები</p> <p>5.1 კლინიკაში</p> <p>5.2 კლინიკის გარეო</p>	<p>ბ) სოცოკულტურული თავისებურებები</p> <p>6. განვითარების ანალიზი (თავისებურებები ბავშვობის, მოზარდობის პერიოდში და ოჯახში, რომელთაც რაღაც კავშირი აქვთ პრობლემებთან)</p> <p>7. ცხოვრებისეულ გარემოში ხანმოკლე ცვლილებები (მაგალითად, პარტნიორის დაკარგვა; სამსახურიდან განთავისუფლება)</p> <p>გ) კლასიფიკატორული დიაგნოსტიკა</p> <p>8. ფსიქოდიანგნოსტიკა</p> <p>9. ფსიქოპათოლოგია (DSM III-R-დიაგნოზი და ა.შ.)</p> <p>10. სომატური გამოკვლევები (ორგანული თავისებურებები, რაც შესაძლოა დაკავშირებული იყოს პრობლემებთან)</p> <p>დ) პრობლემების და მკურნალობის პრეისტორია</p> <p>11. ფსიქო და სოცოთერაპიული გამოცდილება</p> <p>12. მედიკამენტოზური მკურნალობა</p> <p>ე) თერაპიის დაგეგმვა</p> <p>13. თერაპიული მეთოდების არჩევა</p> <p>14. დროისა და შინაარსის მიხედვით დაგეგმვა</p>
--	---



გამოცდილების სოციოკულტურული მახასიათებლები პირველ რიგში ემსახურება პაციენტის ცხოვრებისეული ისტორიის და ასევე, ცოტა ხნის წინ მის გარემოში მომხდარი ცვლილებების გათვალისწინებით, მოცემულ მომენტში წარმოშობილი პრობლემების და სირთულეების განსაზღვრას.

ოპტიმალური ცვლილების პროცესის მიღწევის მიზნით, კლასიფიკატორული დიაგნოსტიკის ფარგლებში ეკლექტურად ჩატარებული ფსიქოლოგიური კონსულტაცია ახდენს იმ მნიშვნელოვანი პიროვნული და უნარ-ჩვევების ცვლადების ობიექტივირებას, რომელთა მიხედვითაც განისაზღვრება ჩასატარებელი ფსიქოთერაპიული მეთოდების სახე და დონე. ფსიქოპათოლოგიის აღწერა და DSM III-R კრიტერიუმების მიხედვით დასმული დიაგნოზი, პირველ რიგში ფარმაკოლოგიური ჩარევის თვალსაზრისით, სრულყოფილს ქმნის აქამდე ხელთ არსებულ მონაცემებს. გულდასმით შეგრძობილი სომატური მონაცემები ნათელს ფენს იმას, თუ განსაზღვრული პრობლემური ცხოვრების და ქცევის სტილი რამდენად შეიძლება ასევე აიხსნას ორგანული მიზეზებით.

როგორც წესი, პრეისტორიის მიხედვით, ფსიქიატრიული პაციენტები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მკურნალობენ ფარმაკოლოგიური, ფსიქო- და სოციოთერაპიული მეთოდებით. ამ პრეისტორიების დეტალურად გამოკვლევის შედეგად პაციენტების უმრავლესობაში გამოვლენილ იქნა განსაზღვრული „წესი“, ან „კანონზომიერება“, რითაც შესაძლებელი ხდება, შემდგომში აღარ იქნეს გამოყენებული წარუმატებელი თერაპიული მეთოდები. დამატებით, მკურნალობის მეშვეობით შესაძლებელია მივსდეთ პრობლემების წარმოშობის ისტორიას.

დღემდე ხელთ არსებული მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელი ხდება თერაპიული გეგმის შემუშავება, რომელიც თერაპიული პროცესის მიმდინარეობის განმავლობაში აუცილებელია, რომ მუდმივად გადაამუშავდეს და მოდიფიცირდეს („თერაპია, როგორც პრობლემების გადაჭრის პროცესი“).

თერაპიული გეგმის კონკრეტული შემუშავება ხდება ორი ეტაპის მიხედვით. პირველ ეტაპზე ცალკეული პრობლემური სფეროსთვის განისაზღვრება თერაპიული მეთოდები (დასაბუთებასთან ერთად). რამდენადაც, როგორც წესი, ერთდროულად ყველა პრობლემურ სფეროზე მუშაობა ვერ მოხერხდება, აუცილებელია მოხდეს მათი საჭიროებისდა მიხედვით არჩევა (ფოკუსირება). ეს მიმართულია იმისკენ, რომ გაიზარდოს პაციენტის მოტივაცია გარკვეულ სფეროში ცვლილების მოხდენისადმი, წარმატების მიღწევის და რეაბილიტაციის ყოველდღიური მიმდინარეობის ზოგადი მოთხოვნებისადმი. მეორე ეტაპზე ხდება თერაპიული პროცესის დროისა და შინაარსის მიხედვით საფეხურებად დაგეგმვა. ამასთან, ერთმანეთისგან უნდა განვასხვავოთ მოკლევადიანი და გრძელვადიანი თერაპიული მიზნები. არჩეული პრობლემური სფეროს მიხედვით, თითოეულ თერაპიულ საფეხურზე განისაზღვრება თერაპიული მეთოდები. ყოველ თერაპიულ საფეხურზე მრავალი პრობლემური სფეროსთვის გამოიყენება სხვადასხვა თერაპიული მეთოდები. ერთი პრობლემური სფერო სირთულისდა მიხედვით როგორც წესი, მოიცავს მრავალ თერაპიულ საფეხურს (დაწყებული მარტივიდან და დამთავრებული რთულით).

„პრობლემების ანალიზის და თერაპიის დაგეგმვის“ სფეროთა უმრავლესობისთვის შემუშავებულ იქნა კითხვარები, რომლებიც თერაპევტებისათვის განკუთვნილ დროს მნიშვნელოვნად ამცირებს. წიგნის მოცულობის სიმცირის გამო, დამატებითი მაგალითები და დაწერილებითი აღწერა მოცემულია სხვა ლიტერატურაში.

## თავი 8 მასალის ნახებენა

თერაპიული მასალა, რომელიც ეფუძნება თავდაპირველ კონცეფციას, სხვადასხვა სამუშაო ჯგუფების გამოცდილების გათვალისწინებით, ნაწილობრივ შეცვლილი, გაფართოებული და დიფერენცირებულია. ცალკეული ქვეპროგრამების მოთხოვნილებათა შესაბამისად, მათ აქვთ სტანდარტიზაციის სხვადასხვა ხარისხი. ეს გათვალისწინებული უნდა იყოს მათი შემდგომი წარდგენის დროს. იმის გამო, რომ ის დაწესებულებები, სადაც ეს თერაპიული პროგრამები გამოიყენება, ზოგჯერ ერთმანეთისგან ძლიერ განსხვავდებიან, და რომ თერაპიული მასალა შეძლებისდაგვარად პრაქტიკასთან დაახლოებული უნდა იყოს, ხშირად საჭირო ხდება, რომ მოხდეს ამ მასალის მოდიფიკაცია ან შევსება. აქ წარმოდგენილი მასალა განიხილება, როგორც, "Pool" რომლიდანაც უნდა შეირჩეს შესაფერისი სავარჯიშოები თერაპიის მიზანმიმართული და დაწერილებითი დაგეგმვის საშუალებით.

რაც შეეხება შინაარსს, თერაპიული მასალის შედგენა მოხდა, ერთის მხრივ, მნიშვნელოვანი თერაპიული სფეროების მიხედვით, ხოლო მეორეს მხრივ, სხვადასხვა აფექტური კატეგორიების მიხედვით:

- ცალკეული თერაპიული სფეროები

თავისუფალი დრო, კლინიკა, საცხოვრებელი, მუშაობა, ოჯახი, მეგობრები, ნაცნობები.

- აფექტური კატეგორიები

სიხარული, კმაყოფილება, იმედი, ცნობისმოყვარეობა, დაურწმუნებლობა, გაბრაზება, აგრესია, დარდი, შიში, გაცივება.

მოგვიანებით, ასეთ დაყოფაზე, სიმარტივის მიზეზის გამო, უარი ითქვა. თერაპიული მნიშვნელობა აქვს, როგორც უკვე ხაზგასმული იყო, მასალის ისეთ დაყოფას, როგორცაა "საგნობრივად ხაზგასმული" და "აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთავი".

ამ ორივე კატეგორიაში, იქ სადაც შესაძლებელი იყო, მოხდა თერაპიული მასალის დიფერენციაცია. დაყოფა მოხდა ექსპერტთა შეფასების და პრაქტიკული გამოცდილების გათვალისწინებით. თუ ცალკეულ ჯგუფებში "საგნობრივად ხაზგასმული" მასალის გამოყენებისას ზოგიერთ პაციენტში რამდენად აღმოცენდება აფექტურად შეფერილი კონნოტაცია, ამის შეფასება მხოლოდ იმ თერაპევტს შეუძლია, ვინც მოცემულ პაციენტს კარგად იცნობს. აქ მოყვანილი დაყოფა არ უნდა მივიჩნიოთ საყოველთაოდ მისაღებად. "სწორი" თერაპიული მასალის ფორმა – როგორც უკვე აღინიშნა – ერთი ჯგუფიდან მეორეში გადასვლისას ერთმანეთისგან განსხვავდება.

## 8.1 კოგნიტური დიფერენციაცია

### 8.1.1 საფეხური 1: ბარათებით ვარჯიში

ბარათები ერთმანეთისგან შემდეგი ნიშნებით განსხვავდება:  
რიცხვი, კვირის დღე, ფორმა, ფერი.

### 8.1.2 საფეხური 2: ვერბალურ ცნებათა სისტემა

#### ა) ცნებათა იერარქიები

“საგნობრივად ხაზგასმული“

1. სახლი
2. ტანსაცმელი
3. ხილი
4. ზაფხული
5. ბოსტნეული

“აფექტურად ხაზგასმული, დამტკიერთავე“

1. პროფესიები
2. ფსიქიატრია
3. თერაპიები განყოფილებაში
4. განცდები
5. მედიკამენტები

#### ბ) სინონიმები

“საგნობრივად ხაზგასმული“

1. სახლი:  
თაქ შესაფარი, ბინა, ჭერი, სადგომი...
2. ხელფასი:  
ჯამაგირი, გამომუშაება, პრემია...

3. შეკითხვა:  
მიმართვა, თხოვნა, კონსულტირება, შეტყობა...

“აფექტურად ხაზგასმული, დამტკიერთავე“

1. სიხარული/ბედნიერება  
კმაყოფილება, ნეტარება, აღფრთოვანება, აღტაცება
2. გაბრაზება:  
გაღიზიანება, გაცოფება, აღშფოთება, განერვიულება...
3. წამალი:  
მედიკამენტი, პრეპარატი, მიქსტურა...

გ) ანტონიმები

“საგნობრივად ხაზგასმული”

1. მოკლე – გრძელი
2. დღე – ღამე
3. მაღლა – დაბლა
4. აქტიური – პასიური
5. სუფთა – ჭუჭყიანი
6. მშრალი – სველი
7. თხევადი – მყარი

“აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთავი”

1. სიყვარული – სიძულვილი
2. ოცნება – რეალობა
3. ქება – გაკიცხვა
4. ჯანმრთელი – ავადმყოფი
5. ჭკვიანი – სულელი
6. ტირილი – სიცილი

დ) სიტყვათა დეფინაცია

“საგნობრივად ხაზგასმული”

(საგნობრივი ცნებები)

1. კარი:

§ მასალა: ხის მასალისგან, პლასტიკატისგან, ლითონისგან ან მინისგან გაკეთებული სიბრტყე

§ მდებარეობა: დამაგრებულია კედლის დიდ ღიობში

§ ფუნქცია: კარით შეიძლება ზემოთ დასახელებული ღიობის დახურვა ან გაღება და მისი საშუალებით რაიმე სივრცეში შესვლა ან გამოსვლა

2. სარკე
3. წიგნი
4. ტელეფონი
5. საწოლი
6. ავტომობილი

(აბსტრაქტული ცნებები)

7. ზაფხული: წლის თბილი პერიოდი ივნისიდან სექტემბრამდე
8. წყურვილი: სითხის მიღების ელემენტარული მოთხოვნილება
9. კარი: განსხვავებული სიძლიერის პაერის მასების გადაადგილება

10. დრო: ყოველგვარი მოვლენის მიმდინარეობა: განსხვავება "ეხლა", "შემდეგ" და "მანამდე" შორის

11. პოზი: საკუთარ ინტერესებთან დაკავშირებული, სიაზოვნების და სიმშვიდის მომნიჭებელი საქმიანობა თავისუფალ დროს

"აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთაი"

1. სამუშაო: პროდუქტული საქმიანობა არსებობის საშუალების შესაქმნელად

2. განათლება: წინასწარი მომზადება რაიმე მოღვაწეობისათვის (პროფესიონისთვის)

ე) ბარათები სიტყვებით

"საგნობრივად ხაზგასმული"

1. ასანთი - სანთებელა (მგ: გოგირდიანი თავი)

2. ჟირაფი - მაიმუნი ( მგ: კისერი)

3. წყალი - საპონი (მგ: ქაფი)

4. ყვავილი - ვაზა (მგ: ვარდი)

5. ზაფხული - ზამთარი (მგ: თოვლი)

6. ძილი - დასვენება ( მგ: სიზმარი)

"აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთაი"

1. სიცილი - გაბრაზება (მგ: სიხარული)

2. ოპტიმიზმი - დაეჭვება (მგ: იმედი)

3. ტირილი - სიცილი (მგ: ცრემლები)

4. ეჭვიანობა - სიყვარული (მგ; შური)

ე) განსხვავებული მნიშვნელობის მქონე ცნებები, კონტექსტზე დამოკიდებული

1. მტევანი:

ყურძნის, ხელის.

2. ტომი:

ხალხის ჯგუფი, წიგნთა სერიალის შემადგენელი ერთი წიგნი.

3. ლომი:

ცხოველი, სამუშაო იარაღი.

4. ეელი:

გეოგრაფიული ადგილი, ფიზიკაში გამოყენებული ცნება.

5. ბარი:

დაბლობი ადგილი, სამუშაო იარაღი, გასართობი დაწესებულება.

## 8.2 სოციალური აღქმა

1997 წლიდან მოცემული საფეხურისათვის შეირჩა სლაიდების ახალი სერია. ეს სლაიდები "გაუთითოცნობიერებელი" შემფასებლების მიერ შეფასებულ იქნა ორი ნიშნის, "კოგნიტური კომპლექსურობა" და "ემოციური დატვირთვა" მიხედვით. "კოგნიტური კომპლექსურობა" მიუთითებს დამკვირვებლისათვის ცალკეული სლაიდის აღქმის სირთულის ხარისხზე. "ემოციური დატვირთვა" აღწერს სლაიდზე მუშაობის დროს დამკვირვებელში გამოწვეულ ემოციებს. მოცემული 40 სლაიდი შეირჩა თავდაპირველი 500 სლაიდისგან. საბოლოოდ, თითოეულ სლაიდს მიეცა შესაბამისი დასახელება. "კოგნიტური კომპლექსურობის" და "ემოციური დატვირთვის" მიხედვით, შემფასებლებმა ისინი სამ ხარისხობრივ ჯგუფში გაანაწილეს. (მე: კოგნიტურად არართული, ოდნავ რთული, გამოსატულად რთული. ასევე, ემოციური დატვირთვის მიხედვით, "ემოციურად არადამტვირთვი", "მცირედ დამტვირთვი", "ძლიერ დამტვირთვი"). "სოციალური აღქმის" ქვეპროგრამით მუშაობის დასაწყისში თერაპევტები ჯგუფში სამუშაოდ ირჩევენ შედარებით "შარტივ" სლაიდებს, რომლებიც შემფასებელთა უმრავლესობის მიერ მიჩნეულ იქნა, როგორც "კოგნიტურად არართული" და "ემოციურად არადამტვირთვი". წარმატებულ ჯგუფებში შეიძლება გამოყენებულ იქნას ემოციურად უფრო დამტვირთვი და კოგნიტური აღქმისათვის უფრო რთული სლაიდები.

## 8.3 ვერბალური კომუნიკაცია

### 8.3.1 წინასწარმოცემული წინადადებების სიტყვასიტყვით გადმოცემა "საგნობრივად ხაზგასმული"

#### 5-10 სიტყვა:

2. შაბათს გადაეწვიტეთ სასყიდლებისათვის ბაზრობაზე წასვლა. (5)
3. კვირის ბოლოს სოფელში მივდივარ ბებიის სანახავად. (6)
4. ჩემი მეზობელი გუშინ სასწრაფოდ მოსკოვში გაფრინდა შეილთან. (7)
5. დღეს ჩვენმა მზარეულმა სადილად მოგვიზიხადა პიცა და სალათი. (8)
6. ხვალ საღამოს მე და ჩემი ამხანაგი ახალი ფილმის სანახავად მივდივართ. (10)

#### 11-15 სიტყვა:

1. მე დღეს შრომათერაპიაზე არ წავალ, რადგან ორი საათისათვის კბილის ექიმთან ვარ დაბარებული. (12)
2. გუშინ, როდესაც ჩემი მეგობარი სასაიდლო ოთახს ალაგებდა, მოულოდნელად მაგიდას დაეჯახა და იქიდან ყვავილების ვაზა გადმოავდო. (15)
3. გუშინ დილით ჩემი რადიო ხელოსანს მიუტანე შესაკეთებლად, ვინაიდან აღმოვაჩინე, რომ ხმას აღარ იღებდა. (13)
4. დღეს ჩემი მეგობრის დაბადების დღესე ვარ დაპატივებული და წიგნი

მინდა ვაჩუქო, მაგრამ არ ვიცი, რომელი შევარჩიო. (15)

**16-20 სიტყვა:**

1. ჩვენი კლინიკის სასადილო ოთახში მდგარ ქოთნის ყვეილებს ფოთლები სულ გაუყვითლდა, ვინაიდან დამიღაგებელს მათთვის წყლის დასხმა მუდმივად ავიწყდება. (17)

2. წელს ევროპაში გამუდმებით წვიმდა და მდინარეებში წყლის დონემ ძალიან აიწია. მდინარეების ნაპირზე განლაგებულ დიდ ქალაქებში ამის გამო საგანგებო მდგომარეობა გამოცხადდა. (20)

3. ანამ, ჩემმა თანამშრომელმა, ხეალ სადამოსთვის კაფეში დამპატიუა. ჩვენ გადავწყვიტეთ, ახლად გახსნილ კაფე "დაქარგულ სამოთხეში" დაველიოთ ყავა. (16)

"აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთავი"

**5-10 სიტყვა:**

1. კარგია, რომ შენ დღეს ჩემთვის დრო გამონახე! (7)

2. ეხლავე აქედან დამეკარგე, შენი ატანა მეტი აღარ შემიძლია! (8)

3. დედაჩემი გუშინ გულის მწვავე შეტევის გამო საავადმყოფოში დააწვინეს. (8)

4. იმედია, რომ ჩემი და ცუდი ამინდის მიუხედავად სახლში მშვიდობით მივა. (10)

**11-15 სიტყვა:**

1. დედაშენმა გუშინ აქ დარეკა და გეთხოვა, შენთვის გადმოგვეცა, რომ ჯერჯერობით ჩამოსვლას ვერ ახერხებს. (13)

2. მე სულაც არა მაქვს სურვილი, დაედგე სამზარეულოში და ჭუჭყიანი თეფშების რეცხვა დავიწყო. (12)

3. რატომ გინდა, რომ ყოველთვის რალაცაზე გამაკრიტიკო? მე თვითონ უკეთ ვიცი, თუ რის გაკეთებაა საჭირო! (14)

**16-20 სიტყვა:**

1. შეგიძლია, ბოლოსდაბოლოს გამაგებინო, თუ დღეს რა ბზიკმა ვიკინა? მთელი დღის მანძილზე ერთი ადამიანური სიტყვა არ გითქვამს ჩემთვის! (17)

2. დიდ ბოდის გიხდი, რომ გუშინ ისე ძალიან გაწყენინე. უბრალოდ, მნიშვნელოვანი უსიამოვნება შემხვდა და ჩემს ჭკუაზე არ ვიყავი. (17)

3. რალა მაინცდამაინც ეხლა წვიმს ასე გადაუღებლად! ჩვენ ხომ დიდი ხნის წინათ დავეგმეთ, რომ დღეს ყველანი ერთად მთებში უნდა წავსულიყავით სალაშქროდ! (20)

**222 საფეხური 2: თვითფორმულირებული წინადადებების აზრობრივი გადმოცემა**

"საგნობრივად ხაზგასმული"

1. საფხული

2. სპორტი
3. ხელი
4. მატარებელი
5. გაზეთი
6. ქარი
7. ქვა
8. ზამთარი – გათბობა
9. სახლი – კარი

“აფექტურად ხაზგასმული, დამტვირთავი“

1. კმაყოფილება
2. სიყვარული
3. სასჯელი
4. იმედი
5. ოჯახი
6. მარცხი – ბედნიერება
7. შეხედრა – სიხარული

### 8.3.3 საფეხური 3: თვითფორმულირებული კითხვები პასუხებით

კითხვითი სიტყვები: სირთულის ხარისხი A

1. რა?
2. რატომ?
3. როგორ?
4. როდის?
5. ვინ?
6. სად?

კითხვითი სიტყვები: სირთულის ხარისხი B

1. საით?
2. რატომ?
4. როგორ?
5. ვისთან?
6. რომელი?
7. რამდენი?

საფეხური 4 (ჯგუფი კითხვებს უსვამს ჯგუფის ერთ ან ორ წევრს რაიმე განსასჯერული თემის გარშემო) და 5 (თავისუფალი კომუნიკაცია) თავი 3.4–ს თანახმად, ტარდება წინასწარმოცემული თერაპიული მასალის გარეშე. მათი



შინაარსობლივი მხარე ნაწილობრივ თერაპევტების მიერ წინასწარ მუშავენება, ნაწილობრივ კი ჯგუფთან ერთად მომზადდება.

### 2.3 სოციალური უნარ-ჩვევები

რაც უფრო მნიშვნელოვანი ხდება ჯგუფური პროცესი ცალკეულ ქვეპროგრამაში, მით უფრო კლებულობს წინასწარმოცემული თერაპიული მასალის მნიშვნელობა და მისი სტანდარტულობის ხარისხი. ასევე, ცალკეული თერაპიული სეანსი ერთმანეთისგან განსხვავდება უკვე არა თერაპიული მასალით, არამედ მხოლოდ დამახასიათებელი მიდგომის წესით.

ქვემოთ წარმოდგენილი იქნება “სოციალური უნარ-ჩვევების” ქვეპროგრამის სავარჯიშო სიტუაციის ერთ-ერთი მაგალითი. იგი უნდა განვიხილოთ, არა როგორც სტანდარტიზირებული პროგრამა, არამედ, მხოლოდ როგორც დამხმარე სტიმული. პრაქტიკაში შესაძლებელია აქ მოყვანილი მასალის როგორც განვრცობა, ისე შემცირება.

#### 8.4.1 “ნაკლებსარისკო” სიტუაციები

“ნაკლებსარისკო” სიტუაციები მოითხოვენ ისეთ სოციალურ ინტერაქციას, რომელიც დიდი ალბათობით წარმატებული იქნება, ეინაიდან მისი შედეგი ადრესატთა რეაქციაზე პრაქტიკულად დამოკიდებული არ არის. ანუ, სხვა სიტუაციებთან: ალბათობა იმისა, რომ ადრესატი მოიქცევა გამზახანის ინტერაქციის მიზნის შესაბამისად, მაღალია.

ამ კატეგორიის ფარგლებში სავარჯიშო სიტუაციის სირთულე შემდეგი სახით შეიძლება ცვალებადობდეს:

#### შემსუბუქება:

სტანდარტული მიმდინარეობის ფორმის მაგიერად, წინასწარ მოცემული იქნება დიალოგის ფორმით დმუშავებული ინტერაქციული მონაკვეთი, რომელიც როლური თამაშის დასაყრდენი გახდება.

#### გართულება:

სტანდარტული მიმდინარეობის ფორმის შემთხვევაში ნათლად ფორმულირებული ინტერაქციის მიზანი ამ დროს მიეწოდება მხოლოდ ზოგადად, სიტუაციურად მინიშნებულად.

კატეგორია — “ნაკლებსარისკო” სიტუაციები — მოიცავს სხვადასხვა სოციალური ინტერაქციის შინაარსის მქონე ქცევის სახეებს, მგ:

1. მადლობის გადახდა
2. შექების, აღიარების გამოსატყა; კომპლიმენტის თქმა
3. ინფორმაციის მიღება; შეტყობინების გაგება
4. რაიმე თხოვნაზე უარის თქმა

მოგვეყავს ერთ-ერთი მათგანის მაგალითი:

#### 1. მადლობის გადახდა

1. ნაცნობმა პაციენტმა თქვენს ხალათზე აწვეტილი ლილეები მგაიკერათ.

ეხლა მან ეს ხალათი მოგიტანათ. თქვენ გახარებული ხართ, მადლობას იხდით და პირობებით, რომ შემდგომში მას თქვენც რაიმეთი ასიამოვნებთ.

2. ერთი ნაცნობი პაციენტი თქვენ ისე, რომ მისთვის ეს არ გითხოვიათ, ჭურჭლის რეცხვის დროს დაგეხმარათ. მან მთელი ჭურჭელი დაამშრალა და თქვენი გასაკეთებელი საქმის დიდი ნაწილი თავის თავზე აიღო. თქვენ საქმეს უკვე მორჩით და გინდათ ამ პაციენტს მადლობა გადაუხადოთ. თქვენ გსურთ მას უთხრათ, რომ ამ დახმარებამ ძალიან გასიამოვნათ.

3. შრომათერაპიის სახელოსნოში ერთმა პაციენტმა გითხრათ, რომ დღეს საღამოს ტელევიზიით ძალიან საინტერესო ფილმი იქნება ნაჩვენები. თქვენ მადლობას იხდით ამ ცნობისათვის.

4. თქვენ დაბადების დღეზე ამხანაგმა შესანიშნავი წიგნი გაჩუქათ. ახლა გინდათ მასთან მიხედვით და საჩუქრისათვის დიდი მადლობა გადაუხადოთ.

5. თქვენ სახლში დაგვიანებით მიხვედით და ახლა სინდისი გქუჯნით იმის გამო, რომ ფიქრობთ, ოჯახის წევრები სადილად უთქვენოდ არ დასხდებოდნენ. სახლში მისვლისას ნახეთ, რომ ოჯახის წევრებს სადილობა უკვე მოუთავებიათ და თქვენი წილი სადილი ქურაზე დაუტოვებიათ, რათა თქვენთვის თბილი დაეხვედრებინათ. თქვენ მადლობას უხდით ოჯახის წევრებს თბილი სადილის დახვედრებისათვის.

6. ერთმა ძველმა მეგობარმა მოგინახულათ. თქვენ ერთად წახვედით სასეირნოდ და გზაში ბევრი ისაუბრეთ. ბოლოს მეგობარმა ყავაზე და ნამცხვარზეც დაგპატიჟათ. ეხლა თქვენ მას ემშვიდობებით. თქვენ გინდათ, მას მადლობა უთხრათ მონახულებისათვის და კაფეში დაპატივებისათვის.

#### 8.4. 2 უფრო “სარისკო” სიტუაციები

სარისკო სიტუაციების შემცველ სოციალურ ინტერაქციებს გამგზავნი ყოველთვის არ მიჰყავს “ინ ვივო” ინტერაქციის მიზნის მიღწევამდე, რადგან ინტერაქციის გამოსავალი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ადრესატის რეაქციაზე. მაშასადამე, ამ შემთხვევაში, ინტერაქციის წარმატება ბევრად უფრო ნაკლებმოსალოდნელია, ვიდრე “ნაკლებსარისკო” სიტუაციების დროს.

ამ კატეგორიის ფარგლებშიც არსებობს ცალკეული სავარჯიშოს სირთულის ვარიანტების შესაძლებლობა. უკვე დასახელებულ შესაძლებლობებთან ერთად, შეიძლება წინასწარი დაგეგმვა ისე შეიცვალოს, რომ ადრესატის ქცევა არ შეესაბამებოდეს გამგზავნის ინტერაქციის მიზანს! სავარჯიშო სიტუაციის ასეთი ვართულება, ბუნებრივია, ცვლის თერაპიის მიზანსაც: გავარჯიშებულ და დასწავლილ უნდა იქნას ინტერაქციის “ფრუსტრირებადი” გამოსავლის დაძლევისათვის საჭირო ქცევა!

გართულების ეს ფორმა შეიცავს ფარულ საშიშროებას. საერთო ჯამში, შეიძლება თერაპია განცდილ იქნას წინააღმდეგობრივად, რადგან ინტერაქციის მიზნის წარუმატებლობის გამო შესაძლებელია გამყარდეს “დანაშაულის” ნეგატიური თვითატირებუცია.

ჩვენ ეს ცვლილება თერაპიული ეფექტის გენერალიზაციის თვალსაზრისით ძალიან მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია, ვინაიდან პაციენტები თერაპიის შემდგომ რეალურ, ყოველდღიურ ცხოვრებაში იძულებულნი არიან შეეჯახონ და ანგარი-

ში გაუწიონ სხვადასხვა უსიამოვნო სოციალურ ინტერაქციას.

წინასწარმოცემული სიტუაციის ასეთი დამძიმების უფლება აქვს მხოლოდ გამოცდილ ბიპეიორისტ თერაპევტს, რომელმაც ცივის თერაპიის ამგვარი მიმდინარეობის რისკის შეფასება და მისი მინიმუმამდე დაყვანა, და ამასთან, ასეთი დამძიმება უნდა მოხდეს მხოლოდ სტანდარტული სიტუაციების სრულად დამუშავების შემდეგ.

“სარისკო“ სიტუაციებს მიეკუთვნება შემდეგი, სხვადასხვა შინაარსის მქონე ინტერაქციები:

1. კრიტიკის სწავლა; რეკლამირება; თვითდამკვიდრება
2. მობოდიშება
3. თხოვნის, სურვილის გამოხატვა
4. კონტაქტის დამყარება
5. ერთობლივი ღონისძიების წამოწყება

მოგვეყავს ერთ-ერთი სიტუაციის მაგალითები:

**თხოვნის, სურვილის გამოხატვა**

1. თქვენ თხოვთ თანაპალატელ პაციენტს, კიოსკიდან ერთი ფილა შოკოლადი მოგიტანოთ. პაციენტი ამაზე თანახმაა.

2. ერთ-ერთ პაციენტს თხოვთ, მოგეხმაროთ მაგიდის გაშლისას. პაციენტი ამაზე გთანხმდებათ.

3. თქვენი სამუშაო ადგილი შრომათერაპიის ოთახში ხმაურიანი დაზვის გვერდით მდებარეობს. ხმაური ძალიან გიშლით ხელს საკუთარ სამუშაოზე კონცენტრაციაში. თქვენ შრომით თერაპევტს უყვებით ამის შესახებ და სთხოვთ, შეგიცვალოთ სამუშაო ადგილი. შრომითი თერაპევტი გაირდებათ, რომ ეცდება, თქვენთვის სხვა ადგილი გამოიხატოს. თქვენ წინასწარ კმაყოფილი ხართ ამით.

4. თქვენ საკუთარი განყოფილების სამორიგეო ოთახში შედიხართ და პერსონალს სთხოვთ, გაგიზარდოთ გარეთ ყოფნის დრო, ვინაიდან საცუკეაოდ გინდათ წასვლა. იმის შემდეგ, რაც შეათანხმებთ უკან დაბრუნების ზუსტ დროს, მიიღებთ სასურველ დროის გახანგძლივებას.

5. ახალი მედიკამენტების დანიშნის შემდეგ განგივითარდათ გვერდითი მოვლენები. თქვენ გსურთ, ეს ამბავი ექიმს აცნობოთ. ამისათვის საჭიროა, ექიმს დაურეკოთ და შეხვედრის დროზე შეუთანხმდეთ. სატელეფონო საუბრით მიადწევთ სასურველ შეთანხმებას.

6. 18.00 საათია. თქვენ ავტობუსის გაჩერებაზე დგახართ, სადაც თქვენს გარდა კიდევ ერთი ხნიერი მამაკაცი იმყოფება. ავტობუსის ბილეთი ავტომატიდან უნდა იყიდოთ, მაგრამ ახლომახლო არც რაიმე კიოსკია და არც ფულის დასახურდაეებელი ავტომატი. თქვენ ხურდა არა გაქვთ, ბილეთის საყიდლად კი გესაჭიროებათ ოცთეთრიანი მონეტა. თქვენ ეკითხებით ხნიერ მამაკაცს, თუ შეუძლია, რომ ერთღარიანი დაგიხურდავოთ. მას ეს შეუძლია და გაძლევთ საჭირო ხურდა ფულს.

### 8.4.3 “კომპლექსური” სიტუაციები

კომპლექსური სიტუაციები ინტერაქციაში მონაწილეთა უნარებს განსაკუთრებით მაღალ მოთხოვნებს უყენებს. ეს იმითაა განპირობებული, რომ მისი ყველა მნიშვნელოვანი პარამეტრი (ინტერაქციათა რაოდენობა, მათი ხანგრძლივობა, ინტერაქციის შინაარსი, მისი გამოსავალი და ა.შ.) რეალობაში – და ამის გამო რეალობასთან მიახლოებულ სავარჯიშო სიტუაციაში – მხოლოდ მიახლოებით შეიძლება გათვლილ იქნას.

ამის შესაბამისად, ძნელად შესაძლებელია მართლაც დიდი სირთულის შემცველი ასეთი სიტუაციების ზუსტად დადგენა და მათში ცვლილებების შეტანა.

“კომპლექსურ” სიტუაციებში დეტალური “კონტრული დამუშავება” ძნელად მისაღწევია. ჩვეულებრივ, შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ინტერაქციის ცენტრალური შინაარსის აბსტრაქტული აღწერა. ამგვარი სავარჯიშო სიტუაციის როლური გათამაშებაც ხშირად გამოიყენება მხოლოდ “ინტერპერსონალური პრობლემების გადაჭრის” ფარგლებში, როგორც დამატებითი თერაპიული ტექნიკა.

“კომპლექსურ” სიტუაციებს მიეკუთვნება შემდეგი სავარჯიშოები:

1. თქვენ კაფეში ზიხართ და ანგარიში უნდა გადაიხადოთ. უცბად შეშფოთებულმა აღმოაჩინეთ, რომ ფულის წამოღება დაგვიწყებიათ. კაფეშიც თქვენს ნაცნობთაგან არაეინ იმყოფება. თქვენ ეძახით კაფის პირველსავე თანამშრომელს, რომელსაც კი დაინახავეთ და თქვენს უსიამოვნო მდგომარეობას უხსნით.
2. ერთი თქვენი მეგობარი რაღაც არასაშიში ავადმყოფობის გამო საავადმყოფოში წევს. მას პატარა ოპერაცია გაუკეთეს. დღეს თქვენ მის სანახავედ საავადმყოფოში მიდიხართ. ის ჯერ კიდევ სუსტადაა, მაგრამ თქვენ შეგიძლიათ, მას ცოტა ხანს ესაუბროთ.
3. გაზეთში წაიკითხეთ განცხადება თქვენთვის საინტერესო სამუშაო ადგილის შესახებ. ახლა ტელეფონით ცდილობთ, უფრო სრული ინფორმაცია მიიღოთ ამ სამუშაო ადგილის შესახებ.
4. თქვენ მიხედვით დასაქმების ბიუროში და ექვთ თქვენთვის სამსახურს. ბიუროს მოხელე ინტერესდება თქვენი ბოლო საქმიანობით. თქვენ მას უყვებით საკუთარი დაავადების შესახებ, ეუბნებით, რომ ახლა უკვე სრულიად გამოჯანმრთელდით. ეს შეიძლება დაადასტუროს თქვენმა მეურნელმა ექიმმა კლინიკიდან.

## 8.5 ინტერპერსონალურ პრობლემათა გადაჭრა

აქ მაგალითის სახით მოცემულია “პრობლემათა ჩამონათვალი” რეაბილიტაციის ფაზისათვის, რომელსაც დავარქვით “კლინიკისგარეთა საერთო საცხოვრებელში ცხოვრებისათვის მომზადება”. იგი წარმოადგენს სტიმულს საკუთარ პრობლემათა ჩამონათვალის შედგენისათვის.

მომზადების პროცესი იყოფა შემდეგ ნაწილებად/პრობლემებად:

8.5.1. გარეაქტიურობები და პრაქტიკული ცხოვრებისეული უნარები

ა) სხეულის მოვლა:

არის-მდგომარეობა: საკუთარი თავის მოვლის უნარის ნაკლებობა

**უნდა-მდგომარეობა:** თავის მოვლის უნარი შეესაბამება სოციალურად მიღებული ჰიგიენურ ნორმებს.

**ბ) წესრიგი და სისუფთავე:**

**არის-მდგომარეობა:** მისი პასუხისმგებლობის ქვეშ მყოფ გარემოში (მგ: საკუთარ ოთახში) წესრიგის და სისუფთაის ნაკლებობა.

**უნდა-მდგომარეობა:** დასუფთავება და მილაგება შეესაბამება ადგილობრივ ნორმებს.

**გ) ბიუჯეტი და სასყიდლები:**

**არის-მდგომარეობა:** მცირე თანხების ცუდი მართვა და არაადეკვატური სურვილები.

**უნდა-მდგომარეობა:** მარტივი დათვლის ოპერაციების კორექტული წარმოება, მნიშვნელოვანი საქონლის ფასების ცოდნა. მოთხოვნილებების და შესაძლებლობების შესაბამისობა.

**დ) მზარეულობის უნარი:**

**არის-მდგომარეობა:** მზარეულობის უნარი არ გააჩნია ან ძალიან უმნიშვნელოა და გამოხატული.

**უნდა-მდგომარეობა:** აქვს საჭმლის მომზადებისთვის საჭირო ძირითადი ცოდნა და შესაბამისი უნარი.

**8.5.2 ბინის მოძებნა**

რეაბილიტაციის ამ ფაზით იწყება “კლინიკისგარეთა საერთო საცხოვრებელ-ში ცხოვრებისათვის მომზადება” უფრო ვიწრო გაგებით. ამ დროს არსებული პრობლემები შეიძლება ასე იქნას დასათაურებული:

**ა) ფინანსური საშუალება:**

**არის-მდგომარეობა:** ცალკეული პაციენტის გაურკვეველობა საკუთარ ფინანსურ საშუალებასთან დაკავშირებით.

**უნდა-მდგომარეობა:** ბინის მოძებნის კანდიდატებმა იციან საკუთარი ფინანსური საშუალება და საზღვრები და ამ საფუძველზე საზღვრავენ ქირის საშუალო თანხას.

**ბ) მოსაძებნი ბინის დახასიათება:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა მოსაძებნი ბინის მნიშვნელოვანი მახასიათებლების შესახებ.

**უნდა-მდგომარეობა:** ბინის ისეთი მახასიათებლების განსაზღვრა, როგორცაა “ადგილმდებარეობა”, “ფართობი”, “ოთახთა რაოდენობა” და ა.შ.

**გ) ბინის მოძებნის შესაძლებლობები:**

**არის-მდგომარეობა:** ბინის მოძებნის საშუალებათა შესახებ ცოდნა არასაკმარისია, ამისთვის საჭირო უნარები ნაკლებად აქვს.

**უნდა-მდგომარეობა:** ბინის მოძებნის საშუალებათა შესახებ საკმარისი ცოდნა (მგ: პირადი კონტაქტებით, გაზეთში განცხადებებით, მკაცრის გამოყენებით,

სოც. რეაქციის დახმარებით და მსგავსი), ასევე მისი რეალიზაციისათვის საჭირო ბაზისური უნარ-ჩვევების არსებობა.

**ღ) პრაქტიკულ განხორციელებაში მონაწილეობა:**

**არის-მდგომარეობა:** პაციენტს ჯერ არანაირი პრაქტიკული ნაბიჯი არ გადაუდგამს ბინის მოძებნის მიზნით.

**უნდა-მდგომარეობა:** პირადი მონაწილეობა ბინის მოძებნაში (მგ: განცხადების გამოქვეყნება, გამოქვეყნებულ განცხადებაზე რეაგირება, ტელეფონით დაკავშირება და ა.შ.).

**8.5.3 ბინის ავეჯით გაწყობა**

პრობლემათა მაგალითები:

**ა) დასაქირავებელი ბინის დახასიათება:**

**არის-მდგომარეობა:** დასაქირავებელი ბინის მნიშვნელოვანი მონაცემების შესახებ ბუნდოვანი წარმოდგენა.

**უნდა-მდგომარეობა:** დაწერილებითი ცნობები ბინის ადგილმდებარეობის შესახებ (ქუჩა, სახლის ნომერი, სართული), მისი ფართობის შესახებ, ოთახების განლაგებისა და მათი აღჭურვის შესახებ.

**ბ) ბინის საჭირო მოწყობილობა:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველი წარმოდგენა ბინაში უკვე არსებული და საჭირო ავეჯის შესახებ.

**უნდა-მდგომარეობა:** დაწერილებითი ცოდნა ბინაში უკვე არსებული და შესაძენი ავეჯის შესახებ.

**1. დაფინანსების შესაძლებლობა:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა გადახდის პირად შესაძლებლობაზე.

**უნდა-მდგომარეობა:** ინდივიდუალური 'გადახდის ჩარჩოების' ზუსტი ცოდნა.

**გ) ნაკლული ავეჯის შევსების შესაძლებლობა:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა ნაკლული ავეჯის შევსების შესაძლებელი გზების შესახებ.

**უნდა-მდგომარეობა:** შევსების რეალური გზების განსაზღვრა.

**8.5.4 საერთო საცხოვრებელში თანაცხოვრება და მუშაობა**

პრობლემათა მაგალითები:

**ა) მუშაობის და ამოცანების სფერო:**

**არის-მდგომარეობა:** არასაკმარისია ცოდნა იმ სამუშაოს და ამოცანებისა, რომელიც არსებობს და დაიძლევა საერთო საცხოვრებელში.

**უნდა-მდგომარეობა:** სამუშაო სფეროების კონკრეტული, დეტალური განსაზღვრა, პაციენტების მიერ დამოუკიდებლად შესასრულებელი ამოცანების ზუსტი ცოდნა.

**ბ) შიდა მეურნეობის ორგანიზება:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა წინასწარ დასახული ამოცანების ერთობლივად დაძლევის შესაძლებლობების შესახებ.

**უნდა-მდგომარეობა:** ამოცანათა სფეროს გადანაწილება; ინდივიდუალურ მოვალეობათა ზუსტი განსაზღვრა (მგ: საჭმლის მომზადება, დალაგება, სასუიდელები); საწყისი "პროფესიული" დახმარების დადგენა.

**გ) დღის მიმდინარეობა:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა ინდივიდუალური მოვალეობების დროში განაწილებასა და მათი შესრულების შესაძლებლობების შესახებ.

**უნდა-მდგომარეობა:** ზუსტი, ინდივიდუალური დღის გეგმა დროის ნათელი დეფინიციით, რომელსაც საერთო საცხოვრებლის თითოეულმა მცხოვრებმა შეიმძღვება შეუფარდოს საკუთარი მოვალეობები.

**დ) საერთო საცხოვრებელში ინტეგრაცია:**

**არის-მდგომარეობა:** ცოდნის ნაკლებობა დამჭირავებლის უფლება-მოვალეობების შესახებ ბინის მფლობელისა და სხვა მდგომარეობებთან მიმართებაში.

**უნდა-მდგომარეობა:** უფლება-მოვალეობების ნათელი დეფინიცია "ბინის და შიდა მეურნეობის მოწყობის" კონტექსტში.

**8.5.5 ბინაში გადასვლა**

პრობლემათა მაგალითები:

**ა) ინდივიდუალური ამოცანები:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა ინდივიდუალურ ამოცანებში, რომელიც თითოეულს შეხვედება ახალ ბინაში გადასვლის პროცესში.

**უნდა-მდგომარეობა:** ინდივიდუალურ მოთხოვნათა ნათელი დეფინიცია (მგ: ვინ არის პასუხისმგებელი ცალკეულ ნივთთა შეფუთვაზე).

**ბ) სატრანსპორტო საშუალებები:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა იმაში, თუ რომელი ნივთის როგორი ტრანსპორტით გადატანა სჯობს ახალ ბინაში.

**უნდა-მდგომარეობა:** სატრანსპორტო საშუალებების ზუსტი განსაზღვრა ინდივიდუალური თავისებურებების შესაბამისად.

**გ) დროის დაგეგმვა:**

**არის-მდგომარეობა:** გაურკვეველობა ბინაში გადასვლის პროცესის დროში განაწილებასთან დაკავშირებით.

**უნდა-მდგომარეობა:** დროის კონკრეტულად დაგეგმვა.

**დ) დაგეგმვის პრაქტიკულობა:**

**არის-მდგომარეობა:** დაურწმუნებლობა დაგეგმვის ხარისხსა და პრაქტიკულ გამოსადეგობასთან დაკავშირებით.

**უნდა-მდგომარეობა:** მეტი თავდაჯერებულობა და არსებული დაგეგმვის ნაკლის გამოსწორება.

### 8.5.6 შესახლების შემდეგ

საერთო საცხოვრებელში ცხოვრების დაწყების საწყის ფაზაში შეიძლება აღმოცენდეს პრობლემათა მთელი რიგი, მგ: შიდა მიუზონობაში ინდივიდუალურ ამოცანათა რეალიზაციის პროცესში. აქ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ ეს კონკრეტული სირთულეები დასახელდეს თერაპიის დროს და იქ არა სქემატურად, არამედ მოქნილად, ერთობლივად შემუშავებულ პრობლემათა გადაჭრის ბაზაზე დაყრდნობით, განხილული იქნას. შეიძლება ისეც მოხდეს, რომ ადრე შემუშავებული პრობლემათა გადაჭრის გზების გადახედვა და კორექცია გახდეს საჭირო.



## სარჩევი

### შემთხვევის მართვა ფსიქიატრიაში

თავი1. რატომ შემთხვევის მართვა? რა არის შემთხვევის მართვა? 4

თავი2. ორგანიზაციული საკითხები 23

თავი3. 41

თავი4. შემთხვევის მართვის ამოცანები I - შემთხვევის მართვის საწყისი ეტაპი 49

თავი5. შემთხვევის მართვის ამოცანები II - გარემო ინტერვენციები 72

თავი6. შემთხვევის მართვის ამოცანები III - ინტერვენციები უშუალოდ მომხმარებლის და "მომხმარებელი-გარემოს" სისტემის მიმართ 86

დანართი 96

### ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული პროგრამა (IPT) შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტებისათვის

თავი1. შესავალი 102

თავი2. თერაპიული კელევა 112

თავი3. IPT-ს ქვეპროგრამების თეორიული დასაბუთება. 120

თავი4. თერაპიული პროგრამა და მისი ხუთი ქვეპროგრამა 138

თავი5. თერაპიული პროგრამის ჩატარება 168

თავი6. თერაპიული პროგრამების ჩატარების წინაპირობები, გამოყენების შესაძლებლობები და მახასიათებლები 237

თავი7. დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტები დიფერენციალური დიაგნოსტიკის და თერაპიის მიმდინარეობის კონტროლისათვის 245

თავი8. მასალის წარდგენა 250