

ფსიქოთერაპიული სკოლა „მენტარი“

გივი მერაბიშვილი

# ფსიქოთერაპია

- იოგა
- ძენ-ბუდიზმი
- ბიჰევიორისტული ფსიქოთერაპია
- ჯგუფური ფსიქოთერაპია
- ჰუმანისტური ფსიქოთერაპია
- კოგნიტური ფსიქოთერაპია
- ფსიქოანალიზი
- სუგესტოთერაპია
- ექსისტენციალიზი
- აუტოტრენინგი
- ართთერაპია
- შრომათერაპია

• მ ე ნ ც ა რ ი



თბილისი  
1999

წიგნში განხილულია სხვადასხვა ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობა მათი თეორიული წინამძღვრების, აღმოცენების მიზეზების, მკურნალობის მეთოდისა და პრაქტიკული გამოყენების ჩვენებით.

საკვანძო მნიშვნელობა ენიჭება ქართული ფსიქოთერაპიული სკოლის — „მენტარის“ — მიერ განხორციელებულ კვლევას, რის საფუძველზეც მიღებულ იქნა ფსიქიკური აშლილობის გამომწვევი პირველმიზეზი და მისი განკურნების რეალური გზა. მკურნალობას ექვემდებარება როგორც ნეუროზი, ფსიქოზი, ნარკომანია, ეპილეფსია, ალკოჰოლიზმი, სექსუალური მოშლილობები და ა. შ., ისე მრავალი სომატური დაავადება და ანტისოციალური ქმედება.

# სარჩევი

წინასიტყვაობა . . . .	4
-----------------------	---

## ნაწილი I

თანამედროვე ფსიქოთერაპიის წანამძღვრები	5
--	---

1. იოგა	5
---------	---

2. ძენ-ბუდიზმი . . . . .	19
--------------------------	----

3. შთაგონება	29
--------------	----

## ნაწილი II

თანამედროვე ფსიქოთერაპია . . . . .	37
------------------------------------	----

1. სუვეესტოთერაპია . . . . .	37
------------------------------	----

2. ჯგუფური ფსიქოთერაპია . . . . .	61
-----------------------------------	----

3. ჰუმანისტური ფსიქოთერაპია . . . . .	74
---------------------------------------	----

4. ბიპევიორისტული ფსიქოთერაპია . . . . .	81
--	----

5. ექსისტენციალიზმი . . . . .	90
-------------------------------	----

6. კოგნიტური ფსიქოთერაპია . . . . .	115
-------------------------------------	-----

7. ართოთერაპია . . . . .	130
--------------------------	-----

8. შრომათერაპია	140
-----------------	-----

9. ფსიქოანალიზი	146
-----------------	-----

## ნაწილი III

მენცარი — ჰემმარიტი მკურნალი . . . . .	183
--	-----

## წინასიტყვაობა

ადამიანზე სიტყვით ზემოქმედების ფაქტი უძველესი დროიდანაც ცნობილი. ყოველთვის არსებობდნენ ადამიანები, რომელთა ჩარევითაც შესაძლებელი ხდებოდა ავადმყოფი სულის განკურნება. ისინი სხვადასხვანაირად იწოდებოდნენ — ბრძენი და მისანი, მკითხავი და ექიმბაში, გრძნეული და სხვა.

ფსიქოთერაპიის მეცნიერულად ორგანიზებული და მიზანმიმართული კონცეფცია XX საუკუნის დასაწყისში ჩამოაყალიბა ზ. ფროიდმა. მის მიხედვით, მედიცინის, ფსიქოლოგიის და მომიჯნავე დარგების ცოდნით აღჭურვილი ადამიანი სიტყვის, ეესტის და პაუზის საშუალებით ცდილობს შეცვალოს მეორე ადამიანის ავადმყოფური მსოფლალქმა და ქცევა, რათა დაუბრუნოს მას სულიერი სიმშვიდე და გაუუმჯობესოს შრომის უნარიანობა.

ზ. ფროიდის მიერ ჩამოყალიბებული ფსიქოანალიზური მიდგომა ისტორიულადაც პირველია და დღესაც მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ფსიქოთერაპიაში, თუმცა მოწინააღმდეგეებიც მოუპრაუღდა. მიუხედავად გენიალური მიგნებებისა, ზ. ფროიდმა ბოლომდე ვერ გადაწყვიტა ზოგი მნიშვნელოვანი პრობლემა, რაც ძირითადად დაკავშირებულია დაავადების გამომწვევ მიზეზებთან, რის გამოც მკურნალობა აღარ იყო მაღალეფექტური. აღნიშნულმა ვითარებამ როგორც მის მომხრეებს, ისე სხვა თეორიული მიმდინარეობის წარმომადგენლებს უბიძგა ახალი გზების ძიებისაკენ და მივიღეთ მრავალი მიდგომა — ბიპვეიორისტული, ჰუმანისტური, ექსისტენციალური და ა. შ.

ჩვენ არ ვაპირებთ ყველას გადმოცემას, მაგრამ ძირითად მიმდინარეობათა პრინციპების და პრაქტიკული საქმიანობის განხილვამდე ინტერესმოკლებული არ იქნება გავეცნოთ იმ წინამძღვრებს, რომელთაც მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინეს თანამედროვე მეცნიერული ფსიქოთერაპიის ჩამოყალიბებაზე.

ჩვენ ვგრძნობთ პრობლემის სიძნელეს და სიმწვავეს. იქნება აზრთა სხვადასხვაობა. ეს, ალბათ, უფრო „მენტარის“ მოწოდებულ მნიშვნელოვან სიახლეებს შეეხება. საქმიანი შენიშვნები და წინადადებები შეწყნარებული იქნება.

დაინტერესებულ პირებთან და ორგანიზაციებთან მზად ვართ ვითანამშრომლოთ მეცნიერული კვლევის, მკურნალობის და სპეციალისტთა მომზადების სფეროში.



# ნანილი I

თანამედროვე ფსიქოთერაპიის წინამძღვრები

## I იოგა

იგი უძველესი სისტემაა, რომელიც ჩამოყალიბებულ იქნა ინდოელი პატანჯალის მიერ ძვ. წ. II საუკუნეში. „იოგა“ სანსკრიტული სიტყვაა და შეერთებას, ფართო მნიშვნელობით კი სხეულისა და გონების გაერთიანებას, აზრთა თავმოყრას, განჭვრეტას ნიშნავს. ამ რელიგიურ-ფილოსოფიური მოძღვრების მიხედვით, ადამიანს ძალუძს თვითჭვრეტის, თვითგვემის, თვითიწავლომის გზით შეუერთდეს ბუნებრივ ძალებს, ღვთაებას, გაიკაუოს სხეული და მიაღწიოს სულიერი ძალების რეგულაციის უმაღლეს დონეს.

ინდოეთში ეს სისტემა საუკუნეების განმავლობაში იხვეწებოდა. იოგას ერთიან სისტემაში ყალიბდებოდა ახალი მიმდინარეობები, სკოლები, რომლებიც უკეთ პასუხობდნენ დროთა მოთხოვნებს. დღეისათვის ექვსი მიმდინარეობაა ცნობილი: „ჰათჰა-იოგა“, „რაჯა-იოგა“, „ბჰატი-იოგა“, „ჯნანი-იოგა“, „კარმა-იოგა“, „ლაია-იოგა“. პატანჯალის მიხედვით, იოგას უმაღლესი მიზნის მიღწევა ნელა, თანდათანობით ხდება. ამისათვის საჭიროა რვასაფეხურიანი კიბის გავლა, რომლის თითოეულ საფეხურს განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვს. ეს საფეხურებია: თავის შეკავება (იამა), კვების, შრომის და დასვენების კულტურა (ნიამა), სხეულის მდგომარეობა (ასანა), სუნთქვითი ვარჯიშები (პრანაიამა), გრძნობებისაგან განთავისუფლება (პრატიაჰარა), ყურადღება (დჰარანა), ჭკრეტა (დჰიანა), გონების კონცენტრირება რაიმეზე (სამადჰა).

თუ ვარჯიშთა პირველი ოთხი კომპლექსი მიმართულია ძირითადად საფუძვლიანი ფიზიკური და ფიზიოლოგიური მომზადებისაკენ (იოგთა სპეციფიკური ეთიკის ელემენტებით), შემდეგი ოთხი მთლიანად განეკუთვნება ფსიქიკურ სფეროს. ამასთან ამ ვარჯიშების სტრუქტურა და შინაარსი მიმართულია აშკარად გამოკვეთილი ინდივიდუალიზმის აღზრდისაკენ.

აღნიშნული რვა საფეხურის ათვისების კვალობაზე შემდგომი სრულყოფას მდგომარეობს საკუთარ თავზე განუსაზღვრელი უფლებების განვითარებაში, მიწიერ ცხოვრებაში ადამიანის მოვალეობის და ბედისწერის შეცნობაში, დასასრულ ღმერთისადმი ყოვლისმომცველი სიყვარულის არეალში შესვლაში.

იოგას სკოლებიდან მსოფლიოში დღეს ყველაზე მეტი პოპულარობით სარგებლობს „პათჰა-იოგა“, რომელშიც პატანჯალის რვავე საფეხურის ელემენტებს ეხედებით, მაგრამ ძირითადში იგი პირველ ოთხ საფეხურზეა ორიენტირებული.

როგორც იოგები მიიჩნევენ, ადამიანის სხეული დამუხტულია დადებითი და უარყოფითი დენით, რომელთა წონასწორობაზეა დამოკიდებული ადამიანის ჯანმრთელობა.<sup>1</sup> ძველ აღმოსავლეთში დადებით დენს აღნიშნავდნენ ბგერა „ჰა“-თი, რაც მზეს ნიშნავს, უარყოფითს კი — „თჰა“-თი, რაც ნიშნავს მთვარეს. „იოგას“ ორმაგი მნიშვნელობა აქვს: ერთი მხრივ, ნიშნავს შერწყმას, შეერთებას, მეორე მხრივ, წონასწორობას. ამდენად, პათჰა-იოგა დადებითი და უარყოფითი მუხტების სრულყოფილი ცოდნაა. მათი შეერთება და სრული წონასწორობა, ამასთან ერთად, სრული კონტროლი სრულყოფილს ხდის ადამიანის ორგანიზმს, რაც ნიშნავს ამ დენების სრულ დაქვემდებარებას ადამიანის ნებისადმი.

იოგას მიმდევრები არა მარტო ივითარებენ საკუთარი სხეულის სრული დაუფლების უნარს, არამედ ავლენენ ორგანიზმში არსებულ ფარულ ძალასა და შესაძლებლობებს, რასაც აღწევენ სუნთქვის ვარჯიშებით, ასანებით, მედიტაციით და ა.შ.

პირველი ამოცანა ჯანმრთელად ყოფნის ხელოვნებაა. აუცილებელია გავეცნოთ ჩვენი სხეულის არა მარტო ანატომიას, არამედ რაღაც უფრო მეტს. იოგას მიხედვით, როცა ვიცი სადა მაქვს გული, შემიძლია ჩაეწედე მასში, ვგრძობდე არა მარტო გულის ცემას, არამედ მის ფორმას, ყოველ მის ნაწილაკს ისე მკვეთრად და გარკვეულად, რომ ეს მდგომარეობა გამოვხატო ასეთნაირად: „მე თვითონ ვარ ჩემი გული“ ზუსტად ასევე უნდა იგრძნობოდეს კუჭი, ღვიძლი და სხეულის თითქმის ყველა უჯრედი.

ამის მიღწევის შემდეგ ხდება შეგნების მიმართვა სხეულის ნებისმიერი ნაწილისკენ, რათა მოხდეს მისი დაქვემდებარება ცნობიერებისადმი. მაგალითად, ხორციელდება ასეთი მტკიცება: „ჩემი გული ექვემდე-

---

1. აქ საინტერესოდ გვეჩვენება პარალელის გავლება ისეთ ცნობილ კონცეფციასთან, როგორიცაა ი. პავლოვის ფიზიოლოგიური მოძღვრება. მასში მნიშვნელოვანია აგზნების და შეკავების მდგომარეობები. ერთ-ერთი მხარის გაძლიერება უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და იდეალურ ვითარებად ითვლება მათ შორის ბალანსური მდგომარეობის დამყარება.

ბარება გონებას ისე, რომ შემიძლია ვუბრძანო მას გადაუშვას სისხლი უფრო სწრაფად ან უფრო ნელა, როგორც მე მსურს, და ეს სავსებით შესაძლებელია“

იოგების სისტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სუნთქვის ვარჯიშებს, რომელსაც მივყავართ არა მხოლოდ ფილტვების ვენტილაციის გაუმჯობესებასთან და სისხლის ქანგბადით გაჯერებასთან, არამედ ღიაფრაგმის გადიდებასთან, შინაგანი ორგანოების თვითმასაჟთან და მათში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებასთან.

იოგების მოძღვრების თანახმად, სუნთქვის ვარჯიშების საშუალებით გამოძევა ვადება „პრანა“. იგი მიჩნეულია სასიცოცხლო ძალად. „პრანა“ ნიშნავს სიცოცხლეს, სიცოცხლე კი სუნთქვაა: ჩვენ ვცოცხლობთ მანამდე, სანამ ვსუნთქავთ, და ვსუნთქავთ მანამდე, სანამ ვცოცხლობთ.

თუ საკმლის გარეშე ადამიანმა შეიძლება იცოცხლოს ორ თვემდე, უწყლოდ — 7 დღე, ძილის გარეშე 10 დღე, უჰაეროდ — მხოლოდ რამდენიმე წუთი. უძველეს ინდურ ფილოსოფიურ ტრაქტატებში პრანას შესახებ ნათქვამია: არც მხედველობა, არც სმენა, არც მეტყველება და არც აზროვნება არ აცოცხლებს ადამიანს, სუნთქვის გარეშე კი მისი არსებობა შეუძლებელია. საკითხი ისმება არა უბრალოდ სუნთქვის, არამედ მისი საშუალებით სასიცოცხლო ძალის, პრანას გამოძევაების და მისი ფუნქციური გამოყენების შესახებ. იოგების მიხედვით, პრანას საშუალება აქვს გადაინაცვლოს მთელ ორგანიზმში, შეაღწიოს სხვადასხვა ორგანოში. იგი სხვადასხვა დროს ორგანოებში შეიძლება განაწილდეს განსხვავებულად, რაზეც დამოკიდებულია მათი ეფექტური ფუნქციონირება. სწორი სუნთქვით, სხვადასხვა ასანის (პოზის) დახმარებით შეიძლება პრანის მოძრაობის შეცვლა ორგანიზმში. იოგები ამას მიზანმიმართულად ახორციელებენ, უფრო ხშირად ტრავმირებული ან დაავადებული ორგანოებისაკენ, რითაც გაჯანსაღების ეფექტს აღწევენ. ამასთანავე იოგები ხაზგასმით აღნიშნავენ სუნთქვითი ვარჯიშების და ასანების დადებით გავლენას ემოციური განცდების და გონებრივი მოქმედების ცენტრებს შორის პირდაპირი და უკუკავშირების გაუმჯობესებაზე. რამდენადაც სუნთქვითი და კუნთური სისტემები უფრო ადვილად ემორჩილება ნებისყოფის კონტროლს, მათი გამოყენებით იოგები ახორციელებენ ზემოქმედებას მუსკულატურის ტონუსზე, მიმიკაზე, ემოციურ-ვეგეტაციურ სფეროზე, ყურადღებაზე, მეხსიერებაზე, აზროვნებაზე და ა. შ. მაგალითად, დამამშვიდებელი პოზა „სავასანა“ დაკავშირებულია კუნთების სრულ მოდუნებასთან, „პადმასანა“ —

ქვერეტასთან და ა.შ. როცა ამას ემატება პრანას მიზანმიმართული წარმართვა, საჭირო ეფექტი მეტად ძლიერია.

ამ ვარჯიშების საფუძველზე იოგები ცდილობენ მიიღწიონ სპეციფიკური ძილის მდგომარეობას, რომელიც უახლოვდება ჰიპნოზურ ტრანსს. ამ დროს ადამიანი ხანგრძლივად იმყოფება განსაზღვრულ მდგომარეობაში, ახორციელებს ყურადღების კონცენტრაციას ან მხედველობის ფიქსაციას, რითაც აღწევს „სამადჰას“ — გონებრივი პროცესების გამარტივება მისი ცნობიერების აღკვეთამდე. „იოგების ძილი“ წარმოადგენს აუტოჰიპნოზურ მდგომარეობას, როცა სუნთქვის, სისხლის მიმოქცევის და ორგანიზმში გაცვლითი პროცესები არსებითად შენელებულია. ასეთი გზებით იოგები აღწევენ არა მხოლოდ ორგანიზმის ავტონომიური ფუნქციების ძლიერ კონტროლს, ნებისყოფის გამოუმუშავებას, ინფორმაციის მიღებისა და გადამუშავების მაღალ დონეს, არამედ მნიშვნელოვან ფსიქოთერაპიულ ეფექტსაც. ყოველივე ეს ფართო გამოყენებას პოულობს თანამედროვე პროგრესული რელაქსაციის, აუტოგენური წვრთნის და სხვა ფსიქოთერაპიულ სისტემებში. ამიტომაც შეგვიძლია იოგების სისტემა ჩავთვალოთ თანამედროვე ფსიქოთერაპიის მნიშვნელოვან წინამძღვრად.

თუ „ჰათა-იოგა“ ძირითადად სხეულებრივი სისტემის ფლობაზეა ორიენტირებული, ფსიქიკური მხარის გავარჯიშებაზე აკეთებს აქცენტს „რაჯა-იოგა“. ამ სისტემის ყურადღების ცენტრშია „მე“, მისი ნამდვილი არსის შეცნობა, გაკლენის სფეროს გაფართოება, გაძლიერება და ა.შ. ამის მიღწევა იმაში მდგომარეობს, რომ ადამიანი წმინდა გონებრივი სიბრტყიდან გადადის სულიერზე. ამასთან ის განიცდის, რომ მისი „მე“ იმყოფება სხეულსა და გონებაზე მაღლა და ძალუძს გამოიყენოს ისინი, როგორც რაიმე ნივთი, იარაღი, მოწყობილობა. ამ ცოდნის მიღწევა შეუძლებელია წმინდა ინტელექტუალური ოპერაციებით, თუმცა არც უმაგისობაა, რასაც იოგები უთმობენ სათანადო აღგილს. მაგრამ ჰემმარიტი ცოდნა წარმოადგენს ცნობიერების განსაკუთრებულ ფორმას. ადამიანი უცებ თავის თავში მიაგნებს ჰემმარიტ „მეს“ და ამით შედის განდობილთა რიცხვში. ამას მოსდევს საკუთარი „მეს“ გაფართოება, რაც მიუთითებს სრულყოფილი ცოდნის მიღების გზაზე ყოფნას.

ადამიანი ჯერ უნდა გახდეს საკუთარი თავის ბატონი, სანამ ის შესძლებს გაკლენა მოახდინოს სხვებზე და საერთოდ სამყაროზე. ყოველმა ადამიანმა ეს გზა უნდა გაიაროს ნაბიჯ-ნაბიჯ, საკუთარი ძალისხმევით. მას ამ გზაზე შეიძლება დაეხმაროს მხოლოდ ის, ვისაც უკვე გავლილი აქვს იგი.

„რაჯა-იოგა“ გვაწვდის წესებსა და მითითებებს, თუ როგორ უნდა განხორციელდეს ნაჩვენები გზის გავლა. პირველი წესი ეხება მედიტაციის მდგომარეობის შექმნას. ამისათვის ადამიანი უნდა განმარტოვდეს მშვიდ ადგილას, ან ცალკე ოთახში, რათა მაქსიმალურად განერიდოს ყურადღების მიმქცევ შთაბეჭდილებებს. სასურველია იგი ჩაჯდეს რბილ სავარძელში, ან დაჯდეს რაიმე რბილ დასაჯდომზე, რომ ჰქონდეს შესაძლებლობა მაქსიმალურად მოადუნოს ყველა კუნთი და განთავისუფლდეს ნერვული დაძაბულობისაგან. იგი უნდა განიცდიდეს როგორც გონებრივ, ისე ფიზიკურ სიმშვიდეს. ასეთ ვითარებაში ადამიანი ფრთხილად უნდა იყოს არ გადავიდეს ძილის მდგომარეობაში. მედიტაცია ნების კონტროლს უნდა ექვემდებარებოდეს და ამ მდგომარეობაში გადასვლა უნდა ხდებოდეს საჭირო მომენტში. ამ გზაზე შემდგარი ადამიანი არ უნდა იყოს ოცნებებში ჩაძირული, პირიქით, სრულად უნდა აკონტროლებდეს საკუთარ აზრებს, გრძნობებს, განწყობილებებს.

მედიტაციისა და კონცენტრაციის საფუძველზე განხორციელებული „მეს“ შეცნობა მალე ცნობიერების მუდმივი შემადგენელი ნაწილი ხდება და ამ დროს ნებისყოფას შეუძლია ექვემდებარება გაჩენის მომენტში ადვილად განდევნოს შფოთვის მდგომარეობა.

ქეშმარიტი „მეს“ შეცნობა იწყება მედიტაციის მდგომარეობაში გადასვლით, როცა ყურადღება კონცენტრირდება საკუთარ ინდივიდუალობაზე და განიდევენება ყოველგვარი აზრი გარემოსა და სხვა ადამიანების შესახებ. გონებაში იქმნება საკუთარი თავის ხატი, როგორც რეალური მოვლენა, ინდივიდუალური ცენტრი, მზე, რომლის ირგვლივაც ბრუნავს სამყარო. სწორედ ასეთ ცენტრად უნდა წარმოიდგინებოდეს საკუთარი თავი და არ უნდა გვაწუხებდეს არავითარი მოჩვენებითი თავმდაბლობა ან საკუთარი არასრულფასოვნების განცდა. ამ იდეაში არაფერია ისეთი, რაც სხვა ადამიანებთან დაგვაპირისპირებდა. არც მათ უშლის ვინმე, ჰქონდეთ ასეთივე წარმოდგენები. იოგების აზრით, ადამიანი ასეთად შექმნა ღმერთმა და ახლა ვარჯიშის გზით ხდება ამ ფაქტის გააზრება. არ არის არავითარი აუცილებლობა თავი შევადაროთ სხვას და წარმოვიდგინოთ მათზე მალლა ან დაბლა მდგომად. მედიტაციის დროს მოცილებულ უნდა იქნას ფარდობითი თვისებები და შეიქმნას განცდა, რომ ხარ შემეცნების, ძალის, შემოქმედების, გონების ცენტრი, რომლის ირგვლივ მოძრაობს სამყარო. სულაც არ არის იმის აუცილებლობა ედავოთ საკუთარ თავს ან სხვას ამის შესახებ, ან უმტკიცოთ თქვენს თავს ეს ქეშმარიტება ინტელექტუალური განსჯის დო-

ნეზე. რეალური ცოდნა არ მოდისო ამ გზით. იგი მოდის ქეშმარიტების შინაგანი განცდის ფორმაში, რომელიც თანდათან იკავებს ადგილს ცნობიერებაში.

საკუთარი თავის სამყაროს ცენტრად წარმოდგენა ოკულტური ქეშმარიტებაა და „მეს“ შეცნობის გზაზე მდგომი ადამიანისათვის გონებაში ამის შთაბეჭდვა პირველი რიგის ამოცანაა. ამასთან „მეს“ გონებაში უნდა ხდებოდეს ისეთი სურათის დახატვა, როცა თქვენს გადაადგილებასთან ერთად გადაადგილდება ირგვლივ მოძრავი სამყარო.

იოგები გვასწავლიან, რომ „მეს“, როგორც ცენტრის, გაცნობიერება დაჩქარდება თუ მედიტაციის მდგომარეობაში საათობით ნელა ვიმეორებთ საკუთარ სახელს. ამ შემთხვევაში გონებას ვაიძულებთ მოახდინოს კონცენტრაცია „მეზე“. ასე ხდება საკუთარი პიროვნების გააზრება, საკუთარი ბუნების და უკვდავობის გაცნობიერება. ამ ვითარებას კარგად გამოხატავს ძველი ინდური გამოხატულება: როცა სული ხედავს საკუთარ თავს როგორც ცენტრს, გარშემორტყმულს საგნებით და მოვლენებით, ისევე როგორც მზე, მაშინ იგი მზადაა სიბრძნისა და ძალის აღსაქმელად.

„რაჯა-იოგა“ დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს სხეულისგან „მეს“ დამოუკიდებლობის განცდას. ამის მიღწევა ხდება ვარჯიშით კვლავ მედიტაციის ვითარებაში, როცა სხეული წარმოსდგება გარსის ან იარაღის სახით, რომლის დატოვებაც შეუძლია „მეს“ ისე, რომ შეინარჩუნოს თავისთავადობა. წარმოიდგინეთ როგორ აკეთებთ ამას, და უყურებთ სხეულს თითქოს ზემოდან. იფიქრეთ, რომ საკუთარი სხეულის დატოვებით „მეს“ არავითარი საშიშროება არ ემუქრება. წარმოიდგინეთ, რომ თქვენ იმორჩილებთ და იქვემდებარებთ სხეულს, რომელსაც იყენებთ საუკეთესო მიზნებისათვის. ამასთან მას ხდით ჯანმრთელს, ძლიერს, ფხიზელს, მაგრამ არც ერთი წუთით არ დაივიწყოთ, რომ იგი თქვენი „მეს“ მხოლოდ ნაქუქია.

წარმოიდგინეთ, რომ სხეული შესდგება ატომებისა და მოლეკულებისაგან, რომლებიც იცვლება და არის ერთად მხოლოდ თქვენი შინაგანი „მეს“ ძალისხმევით, და ნუ დაივიწყებთ, რომ შეგიძლიათ განამტკიცოთ ეს ძალა თქვენი ნებისყოფის ზემოქმედებით. შეეცადეთ განიმსჭვალეთ იდეით, რომ თქვენ უბრალოდ ცხოვრობთ სხეულში და იყენებთ მას ისევე, როგორც ბინას.

შემდგომში შეეცადეთ ისე მიივიწყოთ სხეული, რომ თქვენი აზრები ყოველთვის მოდიოდეს „მედან“ ამ გამოცალკეების მიღწევის კვალო-

ბაზე „ჩემი სხეულის“ წარმოთქმისას, მას განსხვავებული მნიშვნელობა მიენიჭება, მაგრამ ამან არ უნდა გამოიწვიოს სხეულის მიმართ აგდებულ-ლი დამოკიდებულება. იგი წარმოდგენილ უნდა იქნას, როგორც სუ-ლის ტაძარი, რომელზედაც ვზრუნავთ. იგი უნდა მოეწყოს, როგორც „მეს“ საუკეთესო ადგილსამყოფელი. მართალია განვითარებულ „მეს“ შეუძლია ილივილივოს სხეულისათვის მიუწვდომელ სივრცეებში, მაგ-რამ მათ შორის კავშირი არასოდეს არ წყდება. „მე“ ისევ უბრუნდება სხეულს, როგორც ჩვენ ვბრუნდებით ბინაში.

„მეს“ გაფართოების და ზრდის გზაზე დიდი როლი ეკუთვნის მისი უკვდავების და დაუმარცხებლობის შეცნობის აუცილებლობას. იოგე-ბის აზრით, სული თვითონ ატარებს თავის თავში უკვდავების მოწმო-ბას, რასაც მაგალითით ადასტურებენ. ადამიანს მედიტაციის მდგომარეობაში ავალებენ თავი წარმოიდგინოს მკვდრად. აღმოჩნდა, რომ ეს შეუძლებელი რამაა, რამდენადაც შინაგანი „მე“ აბსოლუტურად უარ-ყოფს მხარი დაუჭიროს ასეთ ვარაუდს. მართალია ადამიანი წარმოიდ-გენს საკუთარ სხეულს მშვიდად, უძრავად და უსიცოცხლოდ მწოლარეს, მაგრამ ამავე დროს აღმოაჩენს, რომ თვითონ იქვე იმყოფება და უყურებს საკუთარ სხეულს. ამგვარად, ის ხედავს, რომ სულაც არაა მკვდარი, წარმოდგენაშიც კი. როცა ის ახერხებს გამოეყოს სხეულს და ეს უკანსკნელი მკვდრად წარმოიდგინოს, ის მაინც ვერ აღწევს თავისი სიკვდილის ხილვას. ამგვარად, „მე“ თავის თავში შეიცავს საკუთარ უკ-ვდავებაში დაჭერებულობის განცდას. ეს შესანიშნავი მოვლენაა და ადამიანმა იგი თავის სასარგებლოდ უნდა გამოიყენოს. მისი „მეს“ შემ-დგომ განვითარებას სწორედ იმის გაცნობიერებამ უნდა მიანიჭოს ძა-ლა, რომ არ შეიძლება მისი მოსპობა.

„მეს“ დაუმარცხებლობის და სხვა ელემენტებზე მისი უპირატესო-ბის შეგნების გამომუშავებისათვის იოგები გვთავაზობენ შემდეგ ვარ-ჯიშს: მედიტაციის მდგომარეობაში წარმოიდგინეთ, რომ იგი ტოვებს სხეულს და ყოველგვარი ზიანის მიუყენებლად განვლის ჰაერის, წყლის და ცეცხლის გამოცდას. ეს ბუნებრივია, რამდენადაც მათ შეუძლიათ ზემოქმედება მოახდინონ ფიზიკურ სხეულზე და არა სულზე.

ამ გზით მოიპოვებთ ძალას და უპირატესობის განცდას, რამდენა-დაც ხართ „მე“, სული და არა სხეული. ასეთი ძალაუფლება განდევნის ყოველგვარ კმუნვასა და შიშს, რაც განგაცდევინებთ დიდ სიამოვნებას. იქმნება იმის შეგნება, რომ ვერავითარი ძალა ვერ დააზიანებს და დათ-რგუნავს „მეს“, იგი ისევე გაუძლებს ყველაფერს, როგორც კლდე უძ-

ლებს ქარიშხალს. „მეს“ ცნობიერებაში ჩაღრმავებისას ადამიანი ღიმილით ხედება ყოველგვარ განსაცდელს და გრძნობს თავის დაუმარცხებლობას და უკვდავებას.

იოგების მიხედვით, ჰეშმარიტი „მეს“ შეცნობის გზაზე თუ პირველი ნაბიჯი მიმართულია მისი სხეულებრივი გარსიდან გამოცალკევებისაკენ, შემდგომი ძალისხმევა წარიმართება გონებასთან ურთიერთობის გარკვევისაკენ. ამის მიღწევა უფრო ძნელად ითვლება, რამდენადაც „მეს“ კავშირი გონებასთან უფრო მჭიდროდ განიცდება, ვიდრე სხეულთან. „მესა“ და გონებას შორის ხშირად იგივეობის ნიშანსაც სვამენ<sup>1</sup>, რაც დიდი შეცდომაა. სინამდვილეში გონება თავისი გამოვლენის ყველა ფაზაში და ყველა სიბრტყეზე არის მხოლოდ ჰეშმარიტი „მეს“ იარაღი და არა თვითონ იგი.

გონების ვარჯიში მიიმართება „მესა“ და „არა-მეს“ შორის ნათლად განსხვავებისაკენ, რაც ხორციელდება ისევ და ისევ მედიტაციის მდგომარეობაში. დასაწყისში განიხილება სხეულებრივთან ახლოს მდებარე განცდები, როგორცაა შიმშილის, წყურვილის და სხვა შეგრძნებები. რაც უფრო იზრდება შინაგანად ადამიანი, მით უფრო კარგად აცნობიერებს, რომ ეს შეგრძნებები მიეწერება „არა-მეს“ იმის მაგივრად, რომ განიცადოს „მე მშია“, გრძნობს, რომ შიმშილს განიცდის მისი სხეული, ისევე როგორც მოშიებულია მისი ცხენი ან ძაღლი.

შემდგომი ნაბიჯის გადადგმამდე ადამიანმა უნდა წარმოიდგინოს სხეულებრივი შეგრძნებები, შექმნას მასზე გარკვეული ხატი და გააცნობიეროს, რომ ისინი მხოლოდ შემთხვევით არის დაკავშირებული „მესთან“ და არ წარმოადგენს მის ნაწილს. ისინი განიხილება როგორც გარეგანი მოვლენები.

ამის შემდეგ ადამიანმა უნდა განიხილოს საკუთარი ემოციები: რისხვა, სიძულვილი, სიყვარული, ექვიანობა, სიამაყე და ა. შ. გარკვეული ვარჯიშის შემდეგ იგი მოახერხებს, რომ დაშალოს, გააანალიზოს ისინი და იფიქროს მათზე, როგორც რაიმე გარეგანზე და განცალკევებულზე. ადამიანს ამით ეძლევა საშუალება ჩაწვდეს ამ განცდების წარმოშობას, განვითარებას და ჩაქრობას; იგი დაინახავს, რომ ყველა მისი განცდილი გრძნობა მოთავსებულია მეხსიერების ამა თუ იმ კუნჭულში. მხოლოდ ის ფაქტი, რომ ადამიანს შეუძლია ამ ემოციების გარეგანის სახით წარ-

---

1. შეად. რ. დეკარტის მტკიცება — „ვაზროვნებ, მაშასადამე ვარსებობ“, სადაც გონებრივი მოქმედება ადამიანური არსების უმთავრეს ნიშნადაა გამოცხადებული.



მოდგენა, ამტკიცებს მათ კუთვნილებას „არა-მეს“ სამყაროსადმი. ამგვარად, ამ უკანასკნელში გადადის ყველა სასურველი თუ არასასურველი ემოცია და ეს სფერო თანდათან იზრდება. ამ შემთხვევაში სულაც არ ხდება განსხვავება სასიამოვნო და უსიამოვნო ემოციებს შორის, არამედ ფიქსირდება ფაქტი, რომ „მე“ დგას ყოველ მათგანზე მაღლა და არ არის მათზე დამოკიდებული. თუ ადრე ადამიანი ამ განცდების მონა იყო, ახლა, პირიქით, შეუძლია მათი ნებისმიერი წარმართვა.

შემდგომ, ინტელექტუალურ სფეროზე გადასვლისას, ასევე ხდება გონებრივი პროცესების და პრინციპების გაანალიზება და „არა-მეს“ კატეგორიისათვის მიკუთვნება. ამ საფუძველზე ინტელექტუალური ძალებიც განიხილება როგორც გამოსაყენებელი იარაღი.

ამ შემთხვევაში ადამიანის წინაშე დგება მნიშვნელოვანი საკითხი — რა არ მიეკუთვნება „არა-მეს“ სფეროს? ეს არის მხოლოდ „მე“, რომელიც შეუძლებელია მოვწყვიტოთ საკუთარ თავს. იგი ყველას და ყველადგან, საკუთარ სხეულსაც, განცდებსა და ინტელექტუალურ ოპერაციებსაც განიხილავს მის გარეთ არსებულ საგნებად და მოვლენებად. „მე“ ვერ განიხილავს მხოლოდ საკუთარ თავს. ის არ არის ერთდროულად განმსჯელიც და განსასჯელი საგანიც, ისევე როგორც მზეს არ შეუძლია ესროლოს სხივები საკუთარ თავს. თავად „მეს“ არსებობას კი ის ამტკიცებს, რომ თქვენ ყოველთვის განიცდით თავს როგორც განმსჯელს და მკვლევარს. რაც მთავარია, გვაქვს თვითშემეცნება — „მე ვარ“. მხოლოდ ამას შეიცნობს „მე“ საკუთარი თავის შესახებ, დანარჩენი კი მის გარეთ არსებულა. ეს „მე“ არის მუდმივი და უცვლელი, შეუძლებელია მისი მკვდრად წარმოდგენა და საკუთარი თავიდან გამოცალკეება.

რაჯა-იოგას სისტემის ძირითადი პრინციპია გონებაზე გაბატონება, მისი სასურველი მართვა. ადამიანი, სანამ გადავა გარემოს მართვაზე, უნდა მივიდეს საკუთარი შინაგანი სამყაროს, კერძოდ გონების ფლობამდე. ამას ახორციელებს „მე“, რომელიც ვლინდება ნებისყოფაში. კონცენტრირებით ხორციელდება გონების ნებისყოფასთან სრულ ჰარმონიაში მოყვანა, მისი ფოკუსირება, რის საფუძველზეც იზრდება მისი ძალა და პროდუქტიულობა. როცა კონცენტრირებული გონება მიიშორება იდეაზე ან საგანზე, ნათდება მათი რეალური ბუნება და შინაგანი არსი. ამ დროს საგანში შეღწევა ისე ხდება, როგორც რენტგენის სხივის საშუალებით.

სანამ გონებას ვაიძულებთ იმუშაოს ჩვენთვის სასურველ ასპექტში,

მანამდე საჭიროა მისი დამორჩილება ნებისყოფისადმი და გაძლიერება. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი ჰგავს განებიერებულ ბავშვს ან გაუწვრთნელ ცხოველს, რომლებიც უშვებენ უამრავ შეცდომას და დიდ უსიამოვნებას აყენებენ პატრონს. იმისათვის, რომ „მე“ მართავდეს გონებას და არა პირიქით, რაჯა-იოგა გვთავაზობს სპეციალურ ვარჯიშებს. პირველს ეწოდება პრატიპარა, რომლის დროსაც გონება წყდება გარემოს და მიიმართება შინაგანი სამყაროსაკენ. ვარჯიში, როგორც ყოველთვის, იწყება მოხერხებულ პოზაში მოკალათებით. და გარეგამლიზიანებელთა გავლენისაგან მაქსიმალური მოწყვეტით. ვარჯიში შესდგება რამდენიმე სტადიისაგან:

1. თავიდან ნუ მოახდენთ დიდ ძალისხმევას მართოთ გონება. პირიქით, მიეცით მას საშუალება იბოხოქროს, „იხეტილოს“ დროის გარკვეულ მონაკვეთში, რათა დახარჯოს დაძაბულობის მარაგი. ეს მოხდება ისევე, როგორც ჯაჭვიდან აშვებული ძაღლი დარბის იქით-აქეთ, სანამ არ დამშვიდდება და არ შეისმენს პატრონის ბრძანებებს. გონების მოთოკვა დასაწყისში ძნელად ხორციელდება, მაგრამ ხანგრძლივი ვარჯიშის შედეგად სიმშვიდის მიღწევა კარგ საჩუქრად განიცდება.

2. როცა გონება მთლიანად დამშვიდდება, კონცენტრაცია მოახდინეთ იღეაზე „მე ვარ“ დახატეთ „მე“ როგორც სხეულისგან დამოუკიდებელი, უკვდავი, რეალური, უვნებელი. იფიქრეთ ასე რამდენიმე ხნის განმავლობაში და შემდეგ აზრი თანდათან წარმართეთ იმ იღეის აღქმისაკენ, რომ „მე“ დამოუკიდებელია გონებისაგან, იგი მასზე მალლა დგას და აქვს მისი მართვის უნარი. ამ საფუძველზე გონება ხდება მშვიდი და მას ვეღარ აღიზიანებს გარეგანი ფაქტორები.

3. ყველაზე უფრო რთულია ვარჯიში, როცა განიღვენება ყოველგვარი აზრი და წარმოდგენა გარე სამყაროზე, სხეულზე და თვით გონებრივ პროცესებზე. ამ დროს ხდება ფოკუსირება იღეაზე „მე ვარ“. ეს ხდება არა იმ გაგებით, რომ „მე ვარ ეს“, „მე ვარ ის“, „მე ვაკეთებ ამას“ ან „მე ასე ვფიქრობ“, არამედ უბრალოდ „მე ვარ“

დასაწყისში გონება ჩერდება „მე“ სიტყვაზე, რომელიც გაიგივებულია საკუთარ არსთან, ხოლო შემდეგ თანდათან ხდება გადასვლა სიტყვაზე „ვარ“, რომელიც გამოხატავს რეალობას, ანუ ყოფიერებას. შემდგომში ხდება ორივეს გაერთიანება ერთ მნიშვნელობაში, რაც იძლევა უძლიერეს საშუალებას წარემართოთ კონცენტრირებული აზრი შიგნით და მივალწიოთ თვითდამტკიცების უმაღლეს დონეს. რელაქსაციის მდგომარეობაში განხორციელებულ ამ ვარჯიშის საფუძველზე მიიღ-

წევა არა მხოლოდ კონცენტრაციის და განსჯის გაადვილება, არამედ დადლილ სხეულზე, ნერვებზე და გონებაზე „დასვენებით მკურნალობის“ ეფექტი.

ვარჯიშების მეორე სტადიას რაჯა-იოგა უწოდებს „დჰარანას“ ანუ ყურადღებიანობას. ეს ყველაზე მნიშვნელოვანი მომენტია გონებრივი ძალების ფოკუსირების თვალსაზრისით. მართალია მისი მიღწევა დიდ დროსა და მოთმინებას მოითხოვს, მაგრამ შედეგად ვიღებთ განვითარების უდიდეს შესაძლებლობას. კონცენტრაცია მდგომარეობს საგანზე მთელი გონებრივი ძალის მიმართვაში და გარკვეული დროის განმავლობაში მასზე შეჩერებაში. იგი რამდენიმე საფეხურიანი ვარჯიშით მიიღწევა.

1. მიმართეთ ყურადღება რომელიმე ნაცნობ საგანზე, მაგალითად, ფანქარზე. იმსჯელეთ მასზე ისე, რომ გონებიდან განდევნოთ ყველაფერი. განიხილეთ ფანქრის სიდიდე, ფერი, ფორმა, მნიშვნელობა, გამოყენების არეები, შემადგენელი ნაწილები, მისი დამზადების ხერხი და ა.შ. ერთი სიტყვით, იფიქრეთ ფანქრის შესახებ რაც შეიძლება ამომწურავად. ეს სიტუაცია წააგავს უბრალო ვარჯიშით კუნთის განვითარების პროცესს. ორივე შემთხვევაში უნდა დავივიწყოთ ვარჯიშის უინტერესობა და პრიმატი მივიანიჭოთ დასმულ ამოცანას. გონებრივი ვარჯიშის დროს მთავარია ნებისყოფის და ყურადღების კონცენტრაციის განვითარება.

2. მიმართეთ ყურადღება თქვენი სხეულის რომელიმე ნაწილზე, მაგალითად, ხელზე. განიხილეთ იგი იმავე პრინციპით, როგორც ეს ხდებოდა ფანქრის შემთხვევაში. გონებაზე მოქმედების გარდა, ეს ვარჯიში გააძლიერებს სხეულის მოცემული ნაწილის აქტივობას, გამოიწვევს გაჯანსაღებას დაავადების შემთხვევაში. შემდგომში ცვალებით კონცენტრირების ობიექტი, რითაც შესძენთ გონებას მრავალმხრივობას ვარჯიშებში, ხოლო სხეულს აუმაღლებთ ქმედითობას.

3. ვარჯიშის ეს პრინციპი შეიძლება გავრცელდეს ირგვლივ არსებულ ყველა საგანზე ან მოვლენაზე. აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ თავისთავად საგანს არა აქვს მნიშვნელობა, ხოლო მიზანი ერთია — გონება ნებისყოფას ისე დაემორჩილოს, რომ საჭირო მომენტში მისი ძალები წარმართულ იქნას სასურველი მიმართულებით.

4. წარმართეთ გონება განყენებულ თემებზე. განიხილეთ საკითხი ყველა ფაზაში და ფორმაში; ამისათვის გამოიყენეთ სხვადასხვა გზა, სანამ არ იგრძნობთ, რომ იცით ამ საკითხის ირგვლივ ყველაფერი, რასაც

შეიძლება გონება მიწვდეს. ეს ვარჯიში არა მხოლოდ ინტელექტუალურ ძალებს გაგივითარებთ, არამედ გაგიძლიერებთ მენსიერებას, გაგიფართოებთ გონებრივ სფეროს და აგიმალღებთ თვითდაჯერებულობის განცდას.

5. მიმართეთ გონება უინტერესო საგნებზე და მოვლენებზე. შეაჩერეთ მანამ, სანამ არ გაჩნდება ინტერესი. ეს არის ნებისყოფის ხელმძღვანელობით ყურადღების გავარჯიშების ყველაზე კარგი ხერხი. ამით არა მხოლოდ გონებას ვაჩვევთ დაემორჩილოს ნებისყოფას, არამედ ნებისყოფას ვასწავლით მართოს გონება. იოგებისათვის ეს მნიშვნელოვანი პრინციპია.

6. ყურადღების ფოკუსში მოაქციეთ უსიამოვნო საგნები და მოვლენები; შეეცადეთ გააკეთოთ ის, რასაც ადრე გაუბრძოდით როგორც უსიამოვნოს. ეს მოგვკრით ყოვლისშემძლეობის განცდას.

უსიამოვნო საგნებზე და მოვლენებზე აქცენტირება ხდება მტკიცე ხასიათის ფორმირებისათვის სპეციალური ვარჯიშების დროსაც. წინასწარ ხდება ყურადღების გამახვილება ისეთ სიტყვებზე, როგორიცაა „ვაჟაკობა“, „დაჯერებულობა“, „სიმტკიცე“, „თანასწორობა“, „ღირსება“ და სხვა. იოგები გვასწავლიან, რომ შთავიბეჭდოთ ეს სიტყვები მენსიერებაში, შემდეგ შეეცადოთ დავამყაროთ გონების კავშირი თითოეული მათგანის მნიშვნელობასთან ისე, რომ მათი წარმოთქმისას ხდებოდეს ცოცხლად წარმოდგენა. ხშირი განმეორების შემდეგ მიხვდებით, რომ ისინი ახლენ მატონიზირებელ ზემოქმედებას, ალაგზნებს და აძლიერებს ენერჯიას. თანდათან მიალწევთ იმას, რომ თქვენ ხართ ამ თვისებების მქონე ადამიანი. ახლა წარმოიდგინეთ, რომ იმყოფებით ურთულეს სიტუაციაში, სადაც უნდა მოახდინოთ სასურველი თვისებების რეალიზება. თქვენ ბრწყინვალედ ასრულებთ დაკისრებულ როლს მოცემული თვისებების საშუალებით. ნუ შეგრცხვებათ ასეთი ფანტაზიორობა, ეს რეპეტიციაა რეალური ცხოვრებისათვის. ჩვენ შემდგომში ვნახავთ, რომ მსგავს მეთოდს წარმატებით იყენებენ თანამედროვე ფსოქოთერაპიაშიც.

იოგები დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ აღქმის თვისების განვითარებას, არაცნობიერ სფეროს, ცნობიერების არის გაფართოებას, ჩვევების, ჩვეულებების შემუშავებას. მათთან განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა სიტყვა. შეუძლებლად მიაჩნიათ რაიმე იდეური შენობის აგება სიტყვებში გამოსატყვის გარეშე. სიტყვა არის იდეის ცენტრი, ისევე როგორც იდეა არის გონებრივი ხატის ცენტრი. ამიტომ იოგები ყოველთვის დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ სიტყვას ამა თუ იმ მდგომარეობის გამოსაწვე-

ვად, რაიმე თვისების გამომჟღავნებისას, შთაგონების, თვითშთაგონების დროს და ა.შ. ყოველივე აღნიშნული შემდგომ გამოყენებას და განვითარებას ნახულობს ბევრ ფსიქოთერაპიულ მიმდინარეობაში, ჩვენ კი იმის ჩვენება გვინდა, რომ მისი საწყისები იოგების სისტემიდან მოდის.

დაბოლოს, გვინდა მოკლედ წარმოგიდგინოთ თვითშთაგონებისათვის განკუთვნილი „რაჯა-იოგას“ ძირითადი პოსტულატები და „ჰათჰა-იოგას“ ცნობილი გარსისაგან სხეულის განთავისუფლების ანუ რელაქსაციის ვარჯიში.

— „მე“ არის ცენტრი, რომლის ირგვლივ მოძრაობს ჩემი სამყარო.

— „მე“ გავლენისა და ძალის ცენტრია.

— „მე“ აზრის და ცნობიერების ცენტრია.

— „მე“ არ ემორჩილება სხეულს.

— „მე“ ურღვევი და უკვდავია.

— „მე“ დაუმარცხებელია და ვერაფერი ვერ მიაყენებს ვნებას.

— „მე“ გონებისაგან დამოუკიდებელი არსებაა.

— გონება მხოლოდ იარაღია, რომელსაც „მე“ იყენებს თავისი მიზნებისათვის. იგი გონების მბრძანებელია.

— „მე“ საკუთარ გრძნობებს, ვნებებს, ემოციებს, სურვილებს, გონებრივ უნარებს განიცდის როგორც „არა-მეს“, მხოლოდ როგორც სულის იარაღს.

— მე მაქვს ნებისყოფა, რომელიც ჩემი განუყოფელი საკუთრებაა. ჩემი ნებისყოფა — ენერჯის და ძალაუფლების წყაროა. მე ძლიერი ვარ. მე სავსე ვარ ენერჯით და სიცოცხლით. მე ვარ ცნობიერების, ენერჯის და ძალაუფლების ცენტრი. მე მოვითხოვ იმას, რაც კანონიერად მეკუთვნის.

— მე ვსარგებლობ საკუთარი ყურადღებით გონებრივი უნარების განვითარებისათვის, რათა მივცე „მეს“ სრულყოფილი ინსტრუმენტი მუშაობისათვის.

— გონება — ჩემი სამუშაო ინსტრუმენტია და მომყავს იგი სასურველ დონეზე მოქმედების მდგომარეობაში.

— მე ვარ სული, რომელიც ფლობს გარე სამყაროსთან ურთიერთობის უნარს. მე ვისარგებლებ ამ უნარებით, რათა შევიძინო ცოდნა ჩემი გონებრივი განვითარებისათვის. მე ვარ ცნობიერი და ღია სინამდვილის შესაცნობად.

— მე ბევრად უფრო დიდებული ვარ, ვიდრე ადრე მეგონა. მე ნელ-ნელა, მაგრამ სწორად ვვითარდები, ვიპყრობ ცნობიერების ახალ დონე-

ებს. ჩემი მიზანია ჰეშმარიტი „მეს“ შეცნობა.

— მე ვარ ჩემი სულის მბრძანებელი.

— ჩემი გონება მემორჩილება მე. იგი მეგობრულადაა განწყობილი ჩემს მიმართ და ასრულებს ჩემს თხოვნასა და ბრძანებას. ის მუშაობს ჩემთვის და გამოირჩევა მუდმივობით, დაუცხრომლობით და ერგულებით. ეს მაძლევს ძალას ჩამოვიცილო გაურკვევლობის და ეჭვების შიში.

— „მე“ თავისი ავტორიტეტით ბატონობს სხეულზე, გონებაზე, ცნობიერებაზე, ქვეცნობიერზე. მე ვარ „მე“ — ცოდნისა და ძალის ცენტრი. „მე“ არის სული.

— მე ვარ ჩემი ჩვეულებების გამგებელი.

— მე ვაკონტროლებ ჩემს ხასიათს.

„პათჰა-იოგას“ მიერ მოწოდებული რელაქსაციის მდგომარეობა ანუ სავასანა დასკვნითი პოზაა, ამიტომ იგი სხვა ვარჯიშების შემდეგ ხორციელდება. ამ პოზის დანიშნულება სხეულის ყველა ნერვისა და კუნთის განთავისუფლება, მოდუნებაა, რამდენადაც მას წინ უსწრებდა მნიშვნელოვანი დაძაბულობით აღსაყვ სტატიკური ვარჯიშები.

ვარჯიში იწყება ყველა კუნთის დაჭიმვით, შემდეგ კი მთლიანად მოდუნებით. ამ დროს ხელები თავისუფლად დააწყეთ გვერდებზე, ფეხები კი მთლიანად გაშალეთ. ქუსლები ერთად უნდა ეწყოს, ფეხის თითები კი ოდნავ განზე. დახუჭეთ თვალები და ნელა ისუნთქეთ. მოაღუნეთ ყველა კუნთი, ნერვი, ორგანო. წარმოდგენით გადახედეთ ყველა მათგანს ქვემოდან ზემოთ. ჯერ მოაღუნეთ ფეხის თითები, შემდეგ ფეხის, ტანის, ხელების ქვედა და ზედა ნაწილების კუნთები, კისრისა და სახის კუნთები. ასევე თანდათან მოაღუნეთ მუცლის ღრუს ორგანოები, გული, ფილტვები და ა.შ. მოაღუნეთ ნერვული წნულები და მშვიდად იაზროვნეთ დაახლოებით 15 წუთის განმავლობაში. არ დაგეძინოთ! სრულიად დაწყნარებულ და მოდუნებულ მდგომარეობაში იქნებით. ეს პოზა ყველას დიდ სიამოვნებას გვრის. იგი რეკომენდებულია იმათთვისაც, ვინც ძნელად იძინებს. ლოგინში, ძილის წინ შესრულებისას ჯერ რამდენჯერმე ღრმად ჩაისუნთქეთ, შემდეგ სუნთქვა თანდათან შეასუსტეთ და ნორმალურ სუნთქვაზე გადადით.

განთავისუფლების პოზა ყურადღებასთან კომბინაციაში განიხილება, რის გამოც იგი არა მარტო სხეულს ანიჭებს სრულ სიმშვიდეს, არამედ სულიერადაც ასვენებს ადამიანს.

ეს სავარჯიშო იმითაცაა მნიშვნელოვანი, რომ წარმოადგენს პირველ ფსიქოთერაპიულ რეკომენდაციას, რომლის მრავალ ნაირსახეობასაც დღეს ბევრი მეცნიერული მიმართულება იყენებს.

## 2. ქენ-ბუდიზმი

აღმოსავლეთის ქვეყნებში ფართოდაა გავრცელებული იოგას მსგავსი ვარჯიშების სისტემა, რომელიც ძენის კომპლექსის სახელითაა ცნობილი. ბევრის აზრით იგი იოგას ნაირსახეობას წარმოადგენს.

ქენ-ბუდიზმი წარმოიშვა ჩინეთში მე-6 საუკუნეში. მან იმდენად მნიშვნელოვანი გავრცელება და განვითარება ჰპოვა იაპონიაში, რომ მას ხშირად იაპონურ სისტემას უწოდებენ. ქენ-ბუდიზმი როგორც ბუდიზმის ერთ-ერთი მიმართულება, ბუნებრივია, განიცდის ამ რელიგიურ-ფილოსოფიური მოძღვრების გავლენას. ბუდიზმი ჩაისახა მე-6-5 ს.ს. ძველი წელთაღრიცხვით ინდოეთში. იგი იყო პროტესტი ბრაჰმანული რელიგიის წინააღმდეგ და ეძებდა ტანჯვებისაგან განთავისუფლებას არა სოციალურ გარდაქმნებსა და ბუნების ძალებთან ბრძოლაში, არამედ ზნეობრივ სრულყოფაში, რომელიც მიიღწევა ამ ცხოვრებიდან განდგომით, ნირვანაში ჩაძირვით.

იაპონური „ძენი“ მომდინარეობს სანსკრიტული „დჰანადან“ (თვითჩაღრმავება, მედიტაცია, ყურადღების მოკრება). თავის დროზე მან ჩინური ტრანსკრიპციით „ჩან“ ფორმა მიიღო, რის შემდეგაც იაპონური ენის ფონეტიკური კანონების წყალობით იქცა ძენად.

ძენის თანამედროვე დოქტრინა, რომელიც იაპონელთა საქმიანობის მრავალხრივობით არის გამსჭვალული, ოდნავდა თუ ჰგავს კლასიკურ ბუდიზმს. მართალია, ქენ-ბუდიზმის მიმართულება ნასესხებია, მაგრამ მასში ჩინურისაგან ძალიან ცოტა რამ დარჩა. ძენის არსი იაპონური ცივილიზაციის პირმშოა. მისი შინაარსი ისე ღრმად ჩაეზარდა იაპონელთა გრძნობებსა და ჩვევებს, რომ იგი აღიქმება როგორც თავისთავად არსებული.

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ძენის მოძღვრება უფრო მეტად დაუახლოვდა ფსიქიატრიას, გამოყენებით ფსიქოლოგიას და ფსიქოთერაპიას. მის სტრუქტურაში კარგად ჩანს რელიგიის საფუძვლებიც, ცხოვრების ფილოსოფიაც და ფსიქოლოგიური დანაშრეგებიც. ბოლო ხანებში რელიგიური იდეები ხშირად უკანა პლანზე ინაცვლებს და ადგილს უთმობს ადამიანთა ქცევისა და გონებრივი აქტივობის სტერეოტიპებს.

იაპონიაში ქენ-ბუდიზმის სამ სექტას — სოტოს, რინძაის და ობაკუს — ეკუთვნის მოსახლეობის ათი პროცენტი, მაგრამ მისი გავლენა

მცხოვრებთა უფრო მნიშვნელოვან ნაწილზე ვრცელდება.

ისტორიულად იაპონიაში ძენ-ბუდიზმის გავრცელება დაკავშირებულია XII-XIII საუკუნეების მიჯნაზე მოღვაწე ეისაისა და დოგენის სახელებთან. პირველმა ჩამოაყალიბა რინძაის, მეორემ კი სოტოს სკოლა.

რინძაის სკოლისათვის მთავარია უცაბედი გაცისკროვნების — „სატორის“ მიღწევა, რისთვისაც ისინი წვრთნის სისტემაში იყენებდნენ სხვადასხვა სტიმულს. მათ შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია კოანებს, რაც ძენის სწავლებაში აღნიშნავს სპეციფიკურ კითხვა-გამოცანებს, რომელთაც მასწავლებელი ამოსაცნობად აძლევს თავის მოსწავლეს. მაგალითად, „ვის ჰგავდი დაბადებამდე?“

მიაჩნიათ, რომ თუ მოსწავლე მეტისმეტად მოიკრებს ყურადღებას, მთელი არსებით მოიწადინებს კითხვის შინაგანი აზრის ამოცნობას, ის უეჭველად იპოვის პასუხს. ამისათვის მას მოუხდება უარი თქვას ლოგიკურ-ფორმალურ აზროვნებაზე და უნდა მიმართოს ქვეცნობიერ-ასოციაციურ განსჯას. მას გონებით ვერ შეიცნობ, იგი უნდა შეიგრძნო, განიცადო.

როგორც რინძაის სკოლის მესვეურნი აღნიშნავენ, სწორედ ასეთი გზით შეიძლება შინაგანი გაცისკროვნების ანუ არსის უცაბედი შეცნობის მიღწევა. თვით ამ პროცედურაში იმალება რაღაც მოუხელთებელი მოვლენა, რომლის ახსნა უჭირთ ძენის მოძღვართაც კი.

სოტოს სკოლა უარყოფს კოანების სისტემას, რომ იგი იწვევსო ეგოიზმის განვითარებას. შემუშავებულ იქნა პროცედურა, რომელსაც ეწოდა ძაძენი (ძენი მჯდომარე მდგომარეობაში). დოგენი ამტკიცებდა, რომ მხოლოდ მშვიდად ჯდომაც კი, როცა ადამიანი მოკლებულია რაიმეს განსჯის სურვილს და საგანგებოდ დასახულ მიზანს, ჯდომა, როდესაც იგი ეთიშება ყოველგვარ ყოფით საზრუნავსა და მორალურ დევას, თანდათან იწვევს განსაკუთრებულ მდგომარეობას, რასაც იაპონურად სატორი ჰქვია. ფართო მნიშვნელობით იგი აღნიშნავს სულიერ სიმშვიდეს, წონასწორობას, შინაგან განათებას.

იაპონიაში ძენის აყვავება იწყება XIV-XV საუკუნეებში. იგი დაეფუძლა მთელ იაპონურ სინამდვილეს. მის საფუძველზე მოხდა ჩაის ცერემონიის კულტივირება, ყვავილთა შეხამების მეთოდის შექმნა. მან უზიდავს ფერწერის, პოეზიის, დრამატურგიის და საომარი ხელოვნების ისეთი დარგების დამუშავებას, როგორიცაა კარატე, კენდო, ძიუდო და სხვა. ყველა შემთხვევაში მთავარია აიძულო ადამიანური ენერჯის მობილიზება, კონცენტრირება მოახდინოს რაიმე მოვლენაზე თუ იარაღ-



ზე — მახვილზე, სამაგრზე, ჩაქუჩზე, ფუნჯზე და ა. შ.

ძენის შესწავლა არსებითად ცხოვრების განსაკუთრებული სტილის ფორმირებას წარმოადგენს. იგი წარმოადგენს ფიზიკური და სულიერი ვარჯიშების სისტემას. პირველის დანიშნულებაა სხეულის საჭიროებისამებრ მომართვა (ნებისმიერი პოზის ფლობა და სუნთქვით ვარჯიშებში დახელოვნება), მეორეს ამოცანაა ფსიქიკური სრულყოფა (შინაგან სამყაროში ჩაღრმავება მისი რაობის შეცნობის, განვითარების და ზნეობრივი განსპეტაქების მიზნით). სწავლება აგებულია სპეციალურ ვარჯიშებზე, რომელთაც გამოკვეთილი ფსიქოთერაპიული მნიშვნელობაც აქვს, რამდენადაც მიზნად ისახავს სომატური და ფსიქიკური დაავადებებისაგან თავის დაღწევას, თავის თავში გარკვეული თვისებების გამოწრობას და ა. შ.

როგორც უკვე იქნა აღნიშნული, ძენის სკოლებში დამკვიდრებული წვრთნის მეთოდიკა ერთმანეთისაგან განსხვავებულია. რინძაის სკოლის მიერ ტრადიციულად მოწოდებული ამოცანა — თავსატეხების — კოანების — ამოხსნა წარმოადგენს აზრობრივი ბარიერის ერთგვარ გადალახვას, რომლის მერეც ადამიანი სხვანაირად აზროვნებს. ეს ყოფიერების საიდუმლოს შეცნობისა და მოვლენათა ახალი ასპექტების აღმოჩენის საშუალებას იძლევა. კოანის ამოხსნისას სასჭიროა ჩვეულებრივი მიდგომის უარყოფა, ყურადღების მოკრება და პრობლემის არსში ჩახედვა. მიჩნეულია, რომ არსებობს დაახლოებით 1700 კოანი. აი კლასიკური კოანის მაგალითები:

1. „კაცმა ბოთლში პატარა ბატის ქუეცი დაამწყვდია. გაიზარდა იგი და ველარ გამოეცა ბოთლის ყელიდან. საჭიროა ბოთლის გაუტეხავად ბატის გამოშვება. როგორ უნდა მოიქცე?“

პრობლემის ირგვლივ აზრის გაძლიერებული მოკრების საფუძველზე უნდა დადგეს შინაგანი განათების მომენტი და ამოცანაც თავისთავად გადაწყდება. ადამიანი უცებ მიხვდება, რომ ბატი არის „მე“, ხოლო ბოთლი სამყარო, რომელიც მან თავის ირგვლივ შექმნა. როცა იგი ბოთლს ირგვლივ მომცველ სამყაროდ დაინახავს, ათავისუფლებს მისგან ბატს.

2. „როგორ უნდა დააღწიო თავი შობისა და სიკვდილის წრეს?“

ადამიანი ამახვილებს ყურადღებას, იძირება ღრმა მედიტაციაში და პასუხიც შესაძლებელი ხდება. იგი სვამს საპირისპირო კითხვას — „ვინ მომაქცია ამ წრეში?“

3. „შენ გამოგიგზავნეს სარკე და იგი ხელთა გაქვს. ვისია სარკე — შე-

ნი თუ მისი, ვინც გამოგიგზავნა?“

თუ ადამიანი იტყვის, რომ სარკე თავისია, მაშინ როგორღა შეიძლება მისი გამოგზავნა? თუ იტყვის, რომ სარკე გამოგზავნისაა, მაშინ რატომ უპყრია ამგვრად მას იგი ხელთ? კითხვის პასუხი იბადება მას შემდეგ, რაც ადამიანი კარგავს საკუთარ „მეს“.

ძენის კლასიკოსები კოანს იხილავენ როგორც სულიერ დინამიტს, რომელიც აფეთქებსო ქვეცნობიერს. ამ ეფექტამდე შეგირდის მისვლას მასწავლებელი ახორციელებს. იგი მოწაფეს რიგრიგობით სთავაზობს კოანებს მათი გადაწყვეტის კვალობაზე. მოწაფე მედიტაციის მდგომარეობაში ერთიმეორის მიყოლებით წყვეტს კოანებს, რითაც არსებითად შეიცნობს ძენის მთელ დოქტრინას და ეუფლება აზრობრივი ბარიერების გადალახვის სისტემას. ყოველივე ეს ხდება მოძღვრისა და შეგირდის ურთიერთობის პროცესში, რასაც კარგად აღწერს ძენის პრაქტიკის ერთი მაგალითი.

პატარა შეგირდი სთხოვს მასწავლებელს ჩართოს იგი წვრთნის პროცესში. მოძღვარმა ტაში შემოჰკრა და მიმართა: „გესმის როგორ ვუყარავ ტაშს ორივე ხელისგულით. ახლა მიპასუხე, როგორ ხმას გამოსცემს ერთი ხელისგულით ტაშის დაკვრა?“

შეგირდი თავის ოთახში განმარტოვდა პასუხის მოსაფიქრებლად. ფანჯრიდან გვიშების სიმღერის ხმა გაიგონა. „აი, ის, რაც მჭირდება“ — გაიფიქრა მან და მეორე დღეს ეს სიმღერა გაიმეორა მასწავლებელთან. „არა, შენ ჯერ ვერ იპოვე ის ხმა“ — უთხრა მოძღვარმა.

შემდეგ დღეებში მოსწავლემ საძიებელი ხმა მიამგვანა წყლის რაკ-რაკს, ქარის ხმაურს, ჭოტის კივილს და ა.შ., მაგრამ მასწავლებელმა ყველთვის უარყო მისი პასუხები.

ამის შემდეგ იგი მთელი წლის განმავლობაში მონდომებით ეძებდა კოანის პასუხს და ბოლოს მიაღწია სატორის — „ეს ხომ სიჩუმის ხმაა!“

ძენ-ბუდისტები ვარაუდობდნენ, რომ ნებისმიერი კოანის გადაწყვეტის მომენტში ადამიანის შემეცნებაში ყალიბდება განსაკუთრებული იმპულსები, ხდება ფსიქიკური ენერჯის აფეთქება, ზემგრძნობელობის მოძალება, იღება „სულიერი გაციისკროვნების სარკმელი“ ეს არის სატორი, რომლის აღმნიშვნელი იეროგლიფი ორი ნაწილისაგან შედგება: „გონება“ და „მე თვითონ“ სატორის პროცესში ადამიანი გრძნობს, რომ მისი „მე“ (მეობა) სადღაც იკარგება, განიბნევა და მის ადგილზე ჩნდება სამყაროსთან შერწყმის განცდა. ასეთი მდგომარეობა შთაგონებას ჰგავს. იგი ნაცნობია მხატვრისთვის, როცა ის ფუნჯის მოსმას დაა-

პირებს; მხედრისთვის, რომელიც ცდილობს დარტყმა დაასწროს მოწინააღმდეგეს; მეცნიერისთვის, როცა იგი ამოცანას სწყვეტს და ა.შ.

სატორი არის ადამიანში ქეშმარიტი „მეს“ გამოღვიძება. იგი ფსიქოლოგიური წვრთნით მიიღწევა და ფსიქიკური სფეროს რეგულაციაზეა ორიენტირებული.

თუ რინძაის სკოლა კოანების მეთოდს იყენებს, სოტოს მიმდინარეობა მთავარ აქცენტს ძენზე აკეთებს, რომელიც მჭდომარე პოზაში მედიტაციის მიღწევაში გამოიხატება. ამგვარი პროცედურა დამახასიათებელია იოგებისათვისაც, მაგრამ უფრო ემყარება ტრადიციულ იკონოგრაფიას, რომლის მიხედვითაც ბუდა მუხლმორთხმული ზის და განქვრეტას ცდილობს. ასევე იქცევიან მისი მიმდევრებიც — იქერენ გარკვეულ პოზას — ლოტოსის ან ნახევრადლოტოსის — და იწესრიგებენ სუნთქვას. ამის შემდეგ ხორციელდება თვითჩაღრმავება.

ვარჯიშის წარმატება განსაზღვრულ პირობებზეა დამოკიდებული: არ უნდა იყოს დიდი ხმაური, სიცხე ან სიცივე; არც სიბნელე უნდა იყოს და არც ქარბი სინათლე სჭრიდეს თვალს. სასურველია ზომიერი დიეტის დაცვა — სიმძლრე და შიმშილი გამორიცხულია. ძაძენის აუცილებელი ატრიბუტია ბალიშებზე დაჯდომა.

ყურადღება ექცევა იმას, რომ ხერხემალი არ მოიხაროს. ამისათვის საჭიროა გულმკერდის ოდნავ წინ წამოწევა, რაც გამოიწვევს მუცლის ქვედა ნაწილის წინ წამოწევასაც. ეს კი იმისათვის კეთდება, რომ სხეულის ძირითადი წონის კონცენტრირება მის ქვედა ნაწილში მოხდეს. ამასთან მხრები დაშვებული უნდა იყოს, კისრის კუნთები მოდუნებული, ხელები მუხლებზე დაწყობილი, თვალები კი ან დახუჭულია, ან ოდნავ გახელილი. ეს პოზა, თავის მხრივ, სუნთქვაზეც მოქმედებს.

ძენის სისტემაში სუნთქვის დაყენება ხელოვნების დონეზეა აყვანილი. მისი ოსტატები ახერხებენ წუთში 3-5-ჯერ ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვას, მაშინ როცა ადამიანი ჩვეულებრივ ამას 15-17-ჯერ აკეთებს. ისინი ისე სუნთქავენ, რომ შეუძლებელია ამ ფაქტის დაფიქსირება. ასეთ დროს მის ცხვირთან მიტანილი ჩიტის ბუმბული ოდნავადაც კი არ ირხევა. გამოცდილ ოსტატს გარკვეული დროით პირისა და ცხვირის ახვევაც კი არ აწუხებს. იგი ამტკიცებს, რომ კანით ვსუნთქავო.

სუნთქვის ჩვევების შემუშავებისას ძენის ოსტატები მოვარჯიშეებს ურჩევენ განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციონ მუცლის ქვედა ნაწილის კუნთების მუშაობას. ეს ტრადიცია იოგებიდან მიმდინარეობს, რომლებიც მას სხეულისა და სულის კოორდინაციის ცენტრად

მიიჩნევენ. ძენის კლასიკოსებიც და თანამედროვე მკვლევარებიც მიიჩნევენ, რომ ადამიანის სულიერი ძალა სწორედ ამ სფეროდან მოდის.

ძნელია დაიჯერო ასეთი ადგილსამყოფელის შესახებ, მაგრამ, როგორც მიუთითებენ, მუცლის კუნთების დაძაბვის დროს ხდება ძვრები ნერვულ სისტემაში, რასაც მოსდევს რაციონალური ცნობიერების ერთგვარი გამოთიშვა და ცნობიერების ქვეცნობიერთან შერწყმის უნარის გამომჟღავნება. სულიერ ძალაზე, როგორც ადამიანის გონებრივ და ზნეობრივ თვისებათა სისტემაზე, რა თქმა უნდა, აქ არაა ლაპარაკი.

შესწავლის პროცესში მოწაფე ძაძენის პოზაში ჯდება პირით კედლისკენ, მარცხნივ კი მიუჯდება ოსტატი. საოცარ სიღუმეში ჯგუფს დასტრიალებს საგანგებო პირი, რომელსაც ამაყად უპყრია ხელკეტი. თუ შენიშნა, რომ რომელიმეს არასწორი პოზა აქვს, მსუბუქად დაარტყამს ჯობს მარჯვენა მხარზე და თავაზიანად დაუკრავს თავს. შემჩნეული ხელებს მლოცველივით დაიკავენ და გასწორდება. როცა რომელიმეს ჯაბნის უცხო აზრები ან გრძნობს, რომ ძილი ერევა, იგი მალღა ასწევს ცალ მხარს და დაელოდება გამომათხიზლებელ დარტყმას.

რიგ შემთხვევაში ძაძენის ნაცვლად გამოიყენება კინჰინი, ე.ი. მედიტაცია სიარულის დროს. გადაადგილებისას მოწაფეებს ხელები დაკრეფილი აქვთ გულმკერდზე და რიტუალურ ნაბიჯებს დგამენ: ერთ ნაბიჯს გადადგამენ ნახევარი ტერფით წინ მეორეზე და ჩაისუნთქავენ, შემდეგ მეორე ტერფი გაიწევს წინ სანახევროდ და ხდება ამოსუნთქვა და ა.შ. კინჰინის გამოყენებას ის დადებითი მნიშვნელობაც აქვს, რომ ხდება ძაძენის სტატიკურ პოზაში დაძაბული კუნთების გათავისუფლება და სამოძრაო კუნთების ჩართვა ვარჯიშში. თვით კინჰინის პროცედურა და სხვა რიტუალური მოძრაობები ახანგრძლივებს მედიტაციის სეანსებს, რაც ხელს უწყობს სამადპის მიღწევას.

ძენის ოსტატთა აზრით, სამადპის მდგომარეობა ძალიან ჰგავს სანახაობით გატაცებული კაცის განწყობას. მაგალითად, როცა იგი უყურებს საინტერესო სურათს, ჰვრეტს ბუნებას და ა.შ. სამადპის მდგომარეობაში ცნობიერება თითქოს გამოითიშება და ადამიანი შინაგანად შეუერთდება თავისი ყურადღების ობიექტს. სწორედ ასეთი მდგომარეობა ხელოვნურად მიიღწევა ძაძენის პირობებში, როცა კოანის ამოხსნისას ან სხვა ამოცანის გადაწყვეტისას ყურადღება თავს იყრის რომელიმე ერთი ობიექტის თუ მოქმედების გარშემო. ამგვარ მდგომარეობას აღწევენ რეალურ ცხოვრებაში კარატისტები, როცა მოწინააღმდეგის პირისპირ აღმოჩნდებიან, თეატრ ნოს მსახიობები, როცა პირველი რი-

ტუალური მოძრაობის შესრულებას დააპირებენ და სხვა.

მედიტაციის თანამედროვე გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ადამიანში ხდება მნიშვნელოვანი ფსიქოფიზიოლოგიური ცვლილებები. იგი ხელს უწყობს ადამიანებს შორის განსაკუთრებული ფსიქოლოგიური ატმოსფეროს შექმნასაც. ამდენად, იგი ყოველთვის და ყველასთვის სასარგებლოდ ითვლება.

ქენის პრობლემებით განსაკუთრებული დაინტერესება იაპონელმა ფსიქოლოგებმა გამოამჟღავნეს XX საუკუნის დასაწყისიდან. ისინი ეწეოდნენ პროპაგანდისტულ მუშაობას, აწარმოებდნენ მეცნიერულ კვლევა-ძიებას და ახალი მიმართულებებიც კი შექმნეს. ამ მხრივ საყურადღებოა 20-იან წლებში მორიტას მიერ შექმნილი ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობა, რომელიც ცნობილია მორიტა-თერაპიის სახელწოდებით. მისი ზემოქმედება ძირითადად მიმართული იყო იპოქონდრიის და ფობიების (ადამიანებთან ურთიერთობის შიში, ნოზოფობია, აგორაფობია, კლაუსტროფობია და ა.შ.) წინააღმდეგ და მათი დაძლევის კვალობაზე პიროვნების შეცვლისაკენ. ამ ცვლილებების მიღწევა გათვალისწინებული იყო მოქმედების პროცესში უშუალო გამოცდილების გამოყენებით.

მორიტა-თერაპია მოიცავს 4 ეტაპს ანუ სტადიას სტაციონარულ პირობებში. პირველი სტადია — 4-8 დღე. ეს არის აბსოლუტური სიმშვიდის, დასვენების, იზოლაციის პერიოდი წოლითი რეჟიმით. ავადმყოფი წევს ოთახში მარტო და დგება მხოლოდ ქამისა და ტუალეტში გასვლისათვის. აკრძალულია ლაპარაკი (ექიმთანაც კი), კითხვა, წერა, მოწევა, სიმღერა და ა.შ. დასაწყისში ავადმყოფი გრძნობს გარკვეულ გაუმჯობესებას, ვინაიდან იმყოფება ექიმის ყურადღების ქვეშ და გამლიზიანებელი სიტუაციის გარეთ. მაგრამ მალე (2-3 დღის შემდეგ) მისი სიმპტომები იფეთქებს ახალი ძალით. სპეციფიკური „პაციენტის სიტუაციაში“ მას ერთადერთი არჩევანი აქვს — თავისი ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური დარღვევები მიიღოს როგორც რეალობა, რომელსაც ვერსად გაექცევა და იცხოვროს ამით. ეს განცდა მისთვის ახალია, რადგან ადრე ავადმყოფობის სიმპტომებთან ასე ხანგრძლივი შეხვედრა მას არ უხდებოდა, იგი ხომ გაუარბოდა მათ. სიახლეა ისიც, რომ საკუთარ სიმპტომებთან ბრძოლისას ავადმყოფი აღმოაჩენს მათი გავლენის შემეცირებას. ავადმყოფი ამ გამოცდილების საფუძველზე აცნობიერებს, რომ უმჯობესია ნერვული აშლილობის გამოვლინებები მიიჩნიოს საკუთარი სიცოცხლის ნაწილად და არ ეცადოს მათ უარყოფას და გან-

დვენას. აღდგება ძალები, რომელთაც იგი ხარჯავდა სიმპტომებისაგან გაქცევისათვის. ამ სტადიაზე პაციენტი განიცდის სულიერი ძალების გაციკროვნებას. იგი ჰგავს ძენისათვის დამახასიათებელი სატორის მდგომარეობას. პაციენტი ხვდება, თუ რა ხანგრძლივად იმყოფებოდა პასიურ მდგომარეობაში, უჩნდება მოქმედების სურვილი და ექიმი მზად უნდა იყოს დაეხმაროს მას ამ მოთხოვნების რეალიზაციაში.

მეორე სტადია — 5-10 დღე. ამ დროს მთავარი აქცენტი კეთდება მსუბუქ მუშაობაზე — ოთახის, ბაღის დაგვა-დასუფთავება და სხვა. ვითარების შეცვლა ოთახში გამოკეტილობის შემდეგ სასიამოვნოდ განიცდება. იგი მუშაობს შეუსვენებლივ, რომ განიცადოს მუშა „მე“ შესასრულებელი სამუშაო მთელ მის ყურადღებას ითხოვს. იგი კვლავ არავის არ ელაპარაკება, მას მხოლოდ ექიმი მიმართავს შემდეგი სიტყვებით: სიამოვნება არის სიამოვნება, ტკივილი არის ტკივილი, სინამდვილე უნდა მივიღოთ როგორც ის არის, როგორც რეალობა. ამ პერიოდში შეიმჩნევა პაციენტში ინტროსპექტული ტენდენციების და მორიდებულობის შემცირება.

მესამე სტადია — 5-14 დღის განმავლობაში საკმაოდ მძიმე სამუშაო, რომელიც პაციენტისაგან მოითხოვს მეტ ძალას და მოთმინებას. უმტკიცდება ფიზიკური და ფსიქიკური ძალები, უჩნდება დაჭერებულობის განცდა და საქმის მაქსიმალურად კარგად გაკეთების განწყობა.

მეოთხე სტადია — 14-21 დღე. პაციენტი იწყებს ყოველდღიურ ცხოვრებასთან შეხვედრას. მას ეძლევა უფლება დაელაპარაკოს სხვა ავადმყოფებს, მაგრამ არა დაავადების შესახებ. თუ წინა ეტაპზე თერაპია მიმართული იყო საკუთარი სიმპტომების მიმართ ახალი დამოკიდებულების გამომუშავებისაკენ და საქმიანობისადმი სპონტანური ინტერესის გაჩენისაკენ, უკანასკნელი ეტაპის მიზანია მისი ცხოვრებისათვის მომზადება და საზოგადოებაში დაბრუნება. მას ეძლევა დავალებები, რომელთა შესრულებაზეც პასუხისმგებელია. დავალება უნდა შესრულდეს, მიუხედავად მისადმი პაციენტის დამოკიდებულებისა. უკვე ეძლევა კითხვის უფლება, მაგრამ ცოტა და ისიც პრაქტიკულ საქმიანობასთან დაკავშირებული ტექსტების. ამ პერიოდში პაციენტის დღიური ივსება დადებითი ემოციის გამოხატველი სიტყვებით.

აღნიშნული ეტაპის გავლის შემდეგ, მორიტას მიმდევართა აზრით, პაციენტი სძლევს იპოქონდრიას, შიშებს, აკვიატებებს და უმუშავდება ცხოვრებისადმი უფრო რეალისტური დამოკიდებულება. იგი უარყოფს მაქსიმალიზმისკენ მისწრაფებას და გარდაიქმნება დინამიკურ,

პროდუქტულ პიროვნებად.

მორიტა-თერაპიის ღრმა ანალიზის გარეშეც შეიძლება მისი სუსტი მხარეების დანახვა. პირველი, რასაც მისი მიმდევრებიც აღნიშნავენ, ესაა მეთოდის ნაციონალური ხასიათი, რის გამოც მისი გამოყენება სხვა კულტურაში დიდ წინააღმდეგობასთანაა დაკავშირებული. მეორე, ამ მეთოდით შეუძლებლად ითვლება ისტერიული და ზოგიერთი სხვა ნევროზის მკურნალობა. მთავარი მაინც ისაა, რომ ეს მიმართულება საერთოდ არ ეხება ნერვული აშლილობის უფრო მაღალ ფორმას — ფსიქოზებს.

ახალ დროში ძენის ეფექტებით ძალზე დაინტერესდნენ ევროპელი და ამერიკელი სწავლულები. კ. იუნგის ინტერესი მიმართული იყო ძენის როლზე აღმოსავლეთის ხალხთა ფსიქოლოგიაში. მან დაწვრილებით შეისწავლა, თუ როგორ ვლინდება ძენის თავისებურებანი მათ ქცევაში და შეეცადა გარკვეულიყო იმ დაბრკოლებათა არსში, რაც აღმოსავლეთსა და დასავლეთს შორის ურთიერთგაგების სფეროში არსებობს. ძენის ფსიქოლოგიისადმი დიდი ყურადღება გამოიჩინეს ცნობილმა ფსიქოანალიტიკოსებმა კ. პორნიმ და ე. ფრომმა. ამ უკანასკნელმა დ. სუძუკისთან თანაავტორობით გამოაქვეყნა წიგნი „ძენ-ბუდიზმი და ფსიქოლოგია“ ამ და სხვა ნაწარმოებში („გაქცევა თავისუფლებიდან“, 1971) ფრომი უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებს ძენს ადამიანური ექსისტენციის პრობლემის გადაწყვეტაში. იგი შემოთავაზებით უყურებს დასავლეთის ცივილიზაციის პირმშოს — ფსიქიკაში არსებულ ამბივალენტურ ფენომენებს: სიყვარული და სიძულვილი, მეგობრობა და მტრობა, დესტრუქტივიზმი და კონფორმიზმი და ა.შ., რაც იწვევს კონფლიქტებს ადამიანებს შორის და თვით ადამიანში. ამას ემატებაო ექსისტენციალური წინააღმდეგობა ადამინსა და ბუნებას შორის, ყოველივე ეს კი ხელს უშლის მას ზრდა-განვითარებაში და ჰარმონიის განცდაში. ე. ფრომის მიხედვით, თანამედროვე კულტურის შეცდომა ის კი არაა, რომ ადამიანები ზედმეტად არიან დაკავებული საკუთარი ინტერესებით, არამედ ის, რომ ისინი ძალზე მცირე ინტერესს ავლენენ რეალური „მეს“ მიმართ. მათ არ უყვართ საკუთარი თავი და ამიტომ იმუშავენ „გაქცევის მექანიზმებს“ იმის მაგივრად, რომ მეტი ყურადღება მიაქციონ ჭეშმარიტ თვითრეალიზაციას.

ე. ფრომის აზრით, საუკეთესო გამოსავალი ასეთ შემთხვევაში არის აღმოსავლური მოძღვრებები, და განსაკუთრებით „ძენ-ბუდიზმი“. მხოლოდ ამ გზით შეიძლებაო ჯანმრთელი ადამიანის და ჯანსაღი საზოგა-

დოების ჩამოყალიბება, სადაც არაა საჭირო რეალობის დამახინჯება და იდეალების შექმნა. რამდენადაც „ქენში“ არ არის დუალისტური იდეები, არც არის კონფლიქტის მიზეზები.

ე. ფრომმა და ბევრმა დასავლელმა სწავლულმა მაღალი შეფასება მისცა ქენის ფსიქოთერაპიულ პრაქტიკაში გამოყენებას, რასაც დიდი ამაგი დასდო 20-იანი წლებიდან დაწყებულმა პროფესორ ს. მორიტას მოღვაწეობამ. მის მიერ ჩამოყალიბებული მეთოდი სამ ძირითად ელემენტს შეიცავს: ბუნებასთან კონტაქტი, შრომათერაპია და ქენმედიტაცია.

მართალია ბუდისტური ფილოსოფია ქენის ვარჯიშებიდან, კერძოდ მედიტაციიდან მიღებულ ეფექტს მისტიკური ტერმინებით გვიხსნის, მაგრამ თანამედროვე მკვლევართა აზრით, ამაში ზებუნებრივი არაფერია. მედიტაცია რეალურ ფსიქოლოგიურ ძვრებს იწვევს, რომელთა მართვაც ადამიანმა უნდა ისწავლოს. ამ მოვლენის მიწიერ საფუძველზე მიუთითებს 60-იანი წლების ერთი გამოკვლევის შედეგი, რომ მედიტაციური მდგომარეობა ჰგავს იმ განცდებს, რასაც იწვევს ადამიანში ნარკოტიკი ლსდ.

ავითარებდნენ რა საუკუნეების განმავლობაში ქენის ვარჯიშებს, იაპონელებმა დააფიქსირეს ყოველივე მნიშვნელოვანი და დანერგეს საქმიანობის სხვადასხვა სფეროში. გამოყოფენ ამ ვარჯიშების დადებითი ფსიქოთერაპიული ეფექტის შემდეგ მხარეებს:

1. სასიცოცხლო ტონუსის აწევა, რომელიც თავის მხრივ ხელს უწყობს ქრონიკული დაავადებებისაგან განკურნებას.
2. ნერვული პროცესების სტაბილიზაცია და ნევროზებისაგან განკურნება.
3. ნებისყოფის ჩამოყალიბება.
4. შრომის მაღალი ნაყოფიერების უზრუნველყოფა.
5. ადამიანთა ურთიერთობებისას კონფლიქტების თავიდან აცილება.
6. პიროვნული ფაქტორების აქტივიზაცია და რეგულირება.
7. ინტელექტუალური უნარების ამაღლება და შემოქმედებით შესაძლებლობათა განვითარება.



### 3. შთაგონება

შთაგონება როგორც მკურნალობა, ისე ჩვეულებრივი ადამიანური ურთიერთობის უძველესი და დღესაც კულტივირებული ფორმაა. მას შემდეგ კატეგორიებად ყოფენ: სხვისი შთაგონება და თვითშთაგონება, პირდაპირი (ღია) და ირიბი (დახურული), კონტაქტური და დისტანციური შთაგონება და ა.შ. თანამედროვე მედიცინასა და ფსიქოთერაპიაში გამოყოფენ ასეთ ფორმებსაც — შთაგონება ლეიძილისას, ჰიპნოზური და ნარკოტიკული ძილის ვითარებაში.

კაცობრიობისათვის შთაგონება, განსაკუთრებით ჰიპნოზი, ცნობილია უხსოვარი დროიდან. იგი ყოველთვის იწვევდა ინტერესს და იყო კამათის ობიექტი, რამდენადაც დაკავშირებული იყო მისტიკასთან, სულებთან, სასწაულმოქმედ ადამიანებთან, ქვებთან, ბალახებთან, მაცოცხლებელ წყაროებთან და სხვა.

მხოლოდ XIX საუკუნის შუა წლებიდან გახდა მეცნიერულად საჩინო, რომ განკურნების მრავალი შემთხვევა იყო არა „სასწაული“, არამედ ჰიპნოზის და საერთოდ სიტყვიერი შთაგონების შედეგი. მაგრამ თვით ამ ფენომენტა მოქმედების მექანიზმი დღესაც არაა ბოლომდე გახსნილი და ამდენად არცაა გასაკვირი ის, რომ ძველად მათ ახლდა ზებუნებრიობის ორეალი. შთაგონება დაკავშირებული იყო რელიგიურ კატეგორიებთან, რაც მეტ ძალმოსილებას მატებდა მას. დამახასიათებელია, რომ თვით ე.წ. ჯადოქრები, ექიმბაშები თუ მისნები თავიანთი მკურნალობის ეფექტებს არ ხსნიდნენ საკუთარი ძალების მოქმედებით. მათ მიაჩნდათ, რომ თავიანთ წარმატებებს უნდა უმადლოდნენ კეთილ სულებს, რომლებმაც ისინი აირჩიეს სიკეთის მქმნელებად, შუამავლებად ადამიანებსა და ზებუნებრივ ძალებს შორის.

მრავალ აფრიკელ ტომში გავრცელებული იყო აზრი, რომ ყოველი მოვლენა არის ერთი სულის მეორეზე ზემოქმედების შედეგი. მაგალითად, როცა ექიმი აძლევს ავადმყოფს წამალს, მათი აზრით, წამლის სული მოქმედებს ავადმყოფის სულზე. ფილიპინელი ზანგები დარწმუნებული იყვნენ, რომ განკურნება შეუძლია მხოლოდ ჯადოქრის მიერ შელოცვილ ბალახებს. მისი სიტყვები წარმართავს ბალახის სულს ავადმყოფობის სულთან საბრძოლველად.

როცა ამგვარი წამალი და შელოცვა უძლური აღმოჩნდებოდა, მიმართავდნენ „სულების განდევნის“ ხერხს. ავადმყოფთა და სხვა მცხოვ-

რებთა თანდასწრებით რიტუალურ ტანსაცმელში გამოწყობილი მისანი ერთი და იგივე სიტყვებისა და ფრაზების განმეორებით დახმარებისათვის უხმობს კეთილ სულებს, რათა წარმართოს ისინი ბოროტი სულების წინააღმდეგ. მის შელოცვას ახლდა თავისებური ცეკვა და გამუდმებული რიტმული დარტყმები დაირაზე, რომელსაც მიეწერება ჯადოსნური თვისებები. თანდათან მეტი დაჟინებით გაისმის მოწოდება სულებისადმი, უფრო ხმამაღლა ჟღარუნობს დაირა და ჩქარდება მოძრაობები. ხშირად მისნები ისეთ ექსტაზში შედიან, რომ ხელში იღებენ გავარვარებულ ნაკვერჩხლებს ან დანით იყენებენ ქრილობებს, თანაც არ ამჟღავნებენ ტკივილის არავითარ ნიშნებს. თანდათან მისი სიტყვები დაუკავშირებელი ხდება, გამომეტყველება უაზრო, იგი ბორძიკობს და ბოლოს ძალაგამოცლილი ეცემა მიწაზე.

დამსწრენი აქტიურ მონაწილეობას იღებენ პროცედურაში. ისინი ტაშს უკრავენ და მოძრაობენ მისნის მოქმედების ტაქტში და თანდათან ექცევიან მისი გავლენის ქვეშ.

რა თქმა უნდა, განსაკუთრებული ყურადღებით და იმედით შეჰყურებს მისნის მოქმედებას თვით ავადმყოფი, თანდათან იგი ისეთ მდგომარეობამდე მიდის, რომ მის ცნობიერებამდე აღწევს მხოლოდ მისნის სიტყვები, რომლებიც ძალზე მწვავედ აღიქმება და იბეჭდება ნახევრადმიძინებულ გონებაში. მისნის წამოძახილები კეთილი სულების გამარჯვებაზე და ბოროტი სულების გაქცევაზე სასურველი ცნობაა ავადმყოფისათვის, რაც ძალებს მატებს მას, და ხშირად სეანსის ბოლოს მართლაც ადგილი აქვს ავადმყოფის გაუმჯობესებას.

დღეს მეცნიერება ასეთ მოვლენებს ხსნის იმ პირობების შექმნით, რაც ხელს უწყობს ჰიპნოზური მდგომარეობის აღმოცენებას. ეს ვითარება ამაღლებს ადამიანის მგრძობელობას სიტყვიერი ზემოქმედების მიმართ, რასაც შეიძლება მოჰყვეს დადებითი ეფექტი.

შესალოცი სიტყვების ყოველშემძღვე ძალას უხსოვარი დროიდან ენიჭება განსაკუთრებული მნიშვნელობა. ძველ ეგვიპტეში არა თუ სულიერი, სხეულებრივი დაავადებების მკურნალობის დროსაც აუცილებლად იყენებდნენ შელოცვას. ამის მაუწყებელი ერთ-ერთი უძველესი წყარო არის ებერსის პაპირუსი, რომელიც განეკუთვნება ჩვენს ერამდე XVI საუკუნეს. მასში ხაზგასმითაა აღნიშნული სიტყვის მნიშვნელობა და მოცემულია რჩევა, რომ სხეულის დაავადებულ ნაწილზე წამლის დადებისას აუცილებელია შესალოცი სიტყვები წარმოთქმულ იქნას გარკვევით და განმეორდეს რამდენადაც შესაძლებელია ხშირად.

შთაგონების და თვითშთაგონების როლი ნათლად ჩანდა ისტერიული დაავადებების შემთხვევაში, რისი აშკარა გამოვლენის ბევრი მაგალითი იყო შუა საუკუნეების ინკვიზიციის პერიოდში. იგი ყველაზე მეტად გამოვლინდა ე.წ. დემონომანიაში.

როგორც ცნობილია, ინკვიზიციის დევნამ XIV-XVII საუკუნეებში ევროპაში 9 მილიონამდე ადამიანი შეიწირა. ეს ვითარება შიშის ზარს სცემდა ხალხს და სულაც არ არის გასაკვირი, რომ მას მასობრივი ისტერია გამოეწვია. ადამიანებს უჩნდებოდათ დანაშაულის განცდა, რასაც შედეგად მოჰყვებოდა ის, თითქოს მათ სხეულში ჩასახლდა დემონური სული. ნიშანდობლივია, რომ ეს მოვლენა დაიწყო მონასტრებში მონაზვნებს შორის და შემდეგ გავრცელდა მის მიმდებარე დასახლებულ პუნქტებში.

ისტერიის სურათი ძალზე შთამბეჭდავი იყო. ავადმყოფები, საკუთარი ნების გარეშე გაჰყვიროდნენ ერესულ სიტყვებს, ჰქონდათ კრუნჩხვები და გულყრები, უარს ამბობდნენ ჭამაზე, იჩენდნენ აგრესიას ზოგიერთი ადამიანის მიმართ, იგლეჯდნენ ტანსაცმელსა და თმებს. ყოველივე ეს მიმდინარეობდა არაჩვეულებრივი შიშის ფონზე. ძალზე საინტერესოა, რომ ეს მოვლენები ავადმყოფებს უფრო ხშირად აღმოუცენდებოდათ ღვთისმსახურების პროცესში.

თვითშთაგონების შედეგად მიღებული დაავადების განკურნების გზად მიჩნეული იყო ბოროტი სულების განდევნა ორგანიზმიდან, რისთვისაც იყენებდნენ სპეციალურ შელოცვას: „შენ, სულის შემხუთველო ეშმაკო, უწმინდურო სულო, მაცდურო, მატყუარა, ერეტიკო, ლოთო, შეშლილო! ღმერთის სახელით გიბრძანებ დაუყოვნებლივ დატოვო ამ ადამიანის სხეული, დაიკარგე ზღვაში ან უნაყოფო ხეებში.“ ზოგჯერ, რა თქმა უნდა, ასეთი შთაგონება შველოდა, უმრავლეს შემთხვევაში კი ისტერიის შესუსტებას ხელს უწყობდა ძლიერი ღონემიხდილობა.

ფსიქოთერაპიის ისტორიაში საკმაოზე მეტია შემთხვევები, როცა მკურნალი ძალა მიეწერებოდა „წმინდა“ ადგილებს, წყალს, ხატებს, ჯვარს და ა.შ. მათი ზემოქმედებით განკურნებულია ბევრი ავადმყოფური სიმპტომი, მაგრამ განკურნება ეხებოდა მხოლოდ ნერვულ ნიადაგზე აღმოცენებულ დაავადებებს და არა ორგანულ დარღვევებს, რაც შთაგონების ეფექტს უნდა მიეწეროს.

როცა მეცნიერება დაინტერესდა სასწაულებრივი განკურნების ფაქტებით, მოხდა კიდევ ვარაუდის წამოყენება მათი ჰიპნოზთან და შთა-

გონებასთან კავშირის შესახებ. მაგრამ თვით ჰიპნოზის ფენომენს ყოველთვის თან ახლდა გამოცანის ორეალი.

მართლაც, ჰიპნოზი თითქოს ღრმა ძილია, მაგრამ, მეორე მხრივ, ეს მდგომარეობა არ ეხება დაჰიპნოზებულის მოქმედების სხვა თავისებურებებს.

დაჰიპნოზებული ადამიანი უძრავადაა, თვალები დახუჭული აქვს, სუნთქავს ნელა და თანაბრად, მას ვერ აღვიძებს ვერც ხმაური და ხელით შეხება და ვერც ტკივილის მიუხედავად. ეს ვითარება შემდგომში ქირურგიული ოპერაციების დროსაც კი იქნა გამოყენებული როგორც ანესთეზიური საშუალება. ერთი მხრივ, დაჰიპნოზებული არ რეაგირებს გარე გაღიზიანებაზე, მაგრამ მეორე მხრივ, იგი მუდმივ კონტაქტში, რაპორტში, იმყოფება ჰიპნოტიზიორთან. ამ უკანასკნელის სიტყვიერი ზემოქმედებით იგი ასრულებს სხვადასხვა მოქმედებას: დგება, დადის, აწყობს საგნებს, ახდენს ამა თუ იმ მოძრაობის იმიტირებას; მას აღმოუტყენდება სმენითი, მხედველობითი, გემოს, ყნოსვის შეგრძნებები, თითქოს ისმენს მუსიკას, გრძნობს ვარდის სუნს ან ვაშლის გემოს და ა.შ., მას ეცვლება შინაგანი ორგანოების მოქმედება — უძლიერდება ოფლის გამოყოფა, უჩქარდება ან უნელდება სუნთქვა, გულისცემა, უძლიერდება კუნთური მოქმედება და სხვა.

ჰიპნოტიზიორის სიტყვას იმდენად დიდი ძალა აქვს, რომ შეუძლია საპირისპირო მუხტად გარდაქმნას ჰიპნოზის ქვეშ მყოფი ადამიანის რეაქცია. მაგალითად, ხელზე ყინულის დადებისას ეუბნებიან, რომ განიცადის სითბოს, რამდენადაც თითქოს მას ეხებიან ცხელი საგნით.

ამგვარად, ჰიპნოზის საშუალებით ზდება ზემოქმედება ადამიანის ფსიქიკაზე, მისი საშუალებით კი სხეულებრივ ტრავმებზე, რასაც ხშირად სამკურნალო ეფექტიც აქვს. ამიტომ როგორც ძველად, იგი ახლაც გამოიყენება როგორც სამკურნალო საშუალება.

უძველესი წერილობითი ცნობებიდან ჩანს, რომ ჰიპნოზური მოქმედებების ფაქტები ცნობილი იყო ძველი ინდოელებისა და ეგვიპტელებისათვის. ჩვენს ერამდე X-VIII საუკუნეების ინდურ ეპოსში „მაჰაბჰარატა“ მოტანილია ჰიპნოზური მდგომარეობის მაგალითი: სხვა ადამიანში მისი გამოწვევის მსურველი ჯდება მის პირდაპირ, დაჯინებით უცქერის მას თვალებში და ცდილობს შთაუწეროს რაიმე სურვილი ან აზრი.

ჰიპნოზური მოვლენების მეცნიერული ახსნის ცდა ეკუთვნის XVIII საუკუნის ვენელ ექიმს ფ. მესმერს, რომელმაც შექმნა მოძღვრება ცხოველურ მაგნეტიზმზე. მაგნიტის ზემოქმედების ფარულ ძალას მასზე

რამდენიმე საუკუნით ადრე მიაქციეს ყურადღება, თუ როგორ იზიდავდა იგი რკინის ნაქერს. მესმერის უშუალო წინამორბედად უნდა ჩაითვალოს XVI საუკუნის დასაწყისის გერმანელი ექიმი და ბუნებათმცოდნე თ. პარაცელსი. მკურნალობის ახალი გზების ძიებისას მას აღმოუცენდა იდეა, ხომ არ გამოსწოვს დაავადებას ორგანიზმიდან მაგნიტი, ისევე როგორც იგი იზიდავს რკინას? მან დაიწყო ამ იდეის პრაქტიკული განხორციელება და რიგ შემთხვევაში დადებით შედეგსაც მიაღწია: მაგნიტის დადებით ალაპარაკდა მუნჯი, ფეხზე დადგა პარალიზებული და ა.შ.

ამ გზას გაჰყვა თავისი მოღვაწეობის დასაწყისში ფ. მესმერიც და გარკვეულ წარმატებებსაც მიაღწია. მაგრამ მალე იგი იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ განმკურნებელი ძალა აქვს არა მაგნიტს, არამედ თვითონ მას: მკურნალობას წარმატება მოჰქონდა მაშინაც კი, როცა იგი ავადმყოფის სხეულს ეხებოდა არა მაგნიტით, არამედ მხოლოდ საკუთარი ხელით. ამ ვითარებამ იგი დასაწყისში საგონებელში ჩააგდო, მაგრამ შემდეგ დაასკვნა, რომ მაგნიტის მსგავსი თვისება შეიძლება დაგროვდეს ცოცხალ არსებებში, კერძოდ ადამიანში. ამ აზრის განვითარებით ფ. მესმერი იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ სასწაულმოქმედი ძალა ზოგიერთ ადამიანთან განსაკუთრებით დიდი რაოდენობით გროვდება და შესაძლებელია მათი სამკურნალოდ გამოყენება. მისი აზრით, ამ მხრივ თვითონ წარმოადგენდა ყველაზე უხვი ენერჯის მქონეს. ამ ძალას მან უწოდა მაგნიტური ფლუიდი. ფ. მესმერი აქ ეყრდნობოდა შუა საუკუნეების ასტროლოგთა ნააზრევს და ავითარებდა თეზისს, რომ მთელი სამყარო სავსეა უცნობი ეთერული ფლუიდებით, რომლებიც გადადის ცოცხალ ორგანიზმში.

იზრდებოდა მესმერის პოპულარობა და იგი ვეღარ აუდიოდა მოზღვავებულ პაციენტებს. ამ ვითარებამ განსაზღვრა ახალი იდეის დაბადება. თუ მაგნიტური ფლუიდი სითხეა, მაშინ შეიძლება მისი ერთი ქურქლიდან მეორეში გადასხმა და მესმერმაც გადაწყვიტა თავის თავში მოცემული ფლუიდი გადაეცა სხვა სხეულებისათვის, რომლებიც შეიძენდა მკურნავ ძალას და მკურნალობის პროცესში აღარ იქნებოდა საჭირო თვით მისი ჩარევა. მესმერმა დაადგმევინა რკინის ნაქლიბით სავსე ავზები, „დაამაგნიტა“ ისინი. მოდიოდა ხალხი, შეახებდა მათ ხელს და „იკურნებოდა“ ამას გარდა, მან „დაამაგნიტა“ სახლის წინ მდებარე დიდი ხე, რომლის ჩრდილქვეშ ერთდროულად ასამდე ადამიანი მკურნალობდა.

თავისი სასწაულებრივი ქმედებებით ფ. მესმერი ცნობილი გახდა

მთელს ევროპაში. მას ავადმყოფები აღმერთებდნენ, მაგრამ მისთვის ეს დიდება საკმარისი არ აღმოჩნდა და შეეცადა აღიარების მოპოვებას ოფიციალური მეცნიერებისაგან. 1774 წელს მესმერმა ცხოველური მაგნეტიზმის შესახებ მოხსენება წარადგინა პარიზის სამედიცინო ფაკულტეტზე. კომისია, რომლის შემადგენლობაშიც იყვნენ გამოჩენილი მეცნიერები ფრანკლინი და ლავუაზიე, აშკარა უარყოფით დასკვნამდე მივიდა. კერძოდ მასში ნათქვამია, რომ სასიცოცხლო მაგნეტიზმის ფლუიდს ვერ შეიგრძნობს ვერცერთი გრძნობის ორგანო; წარმოსახვას მაგნეტიზმის გარეშეც შეუძლია გამოიწვიოს კრუნჩხვები, ხოლო მაგნეტიზმს წარმოსახვის გარეშე არაფრის გამოწვევა არ შეუძლია. ამდენად, ცხადია, რომ არაფრით არ მტკიცდება მაგნიტური ფლუიდის არსებობა.

რა თქმა უნდა, დასკვნის ის ნაწილი, რომელიც „მაგნიტურ ფლუიდს“ ეხება, სწორია, მაგრამ მეცნიერების მაშინდელი დონით ვერ იქნა გაშიფრული „წარმოსახვა“. თუ მასში მოვაქცევთ შთაგონების და თვითშთაგონების ცნებებს, მაშინ ნათელი გახდება მესმერის ეფექტი.

მეცნიერთა ასეთმა დასკვნამ უარყოფითი გავლენა მოახდინა მესმერის ავტორიტეტზე, მაგრამ მას მაინც ბევრი მიმდევარი დარჩა, რომლებიც ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში მოგზაურობდნენ და საჯაროდ აჩვენებდნენ მაგნეტიზმის სასწაულებს.

1841 წ. ინგლისის ქალაქ მანჩესტერში ერთი ასეთი მოხეტიალე მესმერისტის სეანსზე დასასწრებად მივიდა ქირურგი ჯ. ბრედი, რომლის სახელთანაც შემდგომში დაკავშირდა ჰიპნოზის მეცნიერული გამოკვლევის და სამკურნალო გამოყენების ახალი ეტაპი.

იგი სეანსზე მივიდა იმ გზნებით, რომ ემხილებინა ჰიპნოტიზიორის შარალატანობა, მაგრამ მოხდა პირიქით. მან აღმოაჩინა რაციონალური ელემენტები, რომელთა ექსპერიმენტულ შესწავლასაც მრავალი წელი დაუთმო.

აღსანიშნავია, რომ სწორედ ჯ. ბრედმა უწოდა პირველად ამ მდგომარეობას „ჰიპნოზი“, რაც ძველბერძნულ ენაზე ნიშნავს ძილს. იგი ძალზე მიუახლოვდა რეალობას, როცა ჰიპნოზი დაახასიათა როგორც ნერვული ძილი. ამ ვითარებამ მნიშვნელოვნად განსაზღვრა პრობლემის მომავალი გადაწყვეტის გზა. ჯ. ბრედის სახელთანვეა დაკავშირებული სამკურნალო მიზნებისათვის ჰიპნოზის რაციონალური ხერხების მოძებნის ცდებიც. მან დაიწყო მისი გამოყენება ანესთეზიის მიზნით ქირურგიული ოპერაციების დროს. ეს ხდებოდა ნარკოზის გამოყენებამ-

დე რამდენიმე წლით ადრე.

შემდგომში ჰიპნოზის შესწავლის ცენტრმა საფრანგეთში გადაინაცვლა. აქ გაფორმდა ორი მიმართულება — პარიზის ანუ სალპეტრიერის, რომელსაც შარკოს სკოლას უწოდებდნენ და ნანსის სკოლა ბერნჰაიმის მეთაურობით. ეს სკოლები განსხვავებულ პოზიციებზე იდგა და ერთმანეთში გაცხარებული დისკუსიაც ჰქონდათ ჰიპნოზის ბუნების შესახებ.

შარკო ექსპერიმენტებს ატარებდა ისტერიით დაავადებულებზე და მივიდა მცდარ დასკვნამდე, რომ თითქოს ჰიპნოზი სხვა არაფერია თუ არა ხელოვნურად გამოწვეული ისტერიული შეტევა. აქედან წარმოსდგება შარკოს შეხედულება ჰიპნოზზე, რომ იგი მავნეა ორგანიზმისათვის და ასუსტებს ნერვულ სისტემას.

ამ დებულებებს აკრიტიკებენ ნანსის სკოლის წარმომადგენლები, მაგრამ თავის მხრივ მათაც დაუშვეს შეცდომა, როცა უარყვეს ჰიპნოზური მდგომარეობის შექმნის შესაძლებლობა. ბერნჰაიმმა წამოაყენა დებულება, რომ არ არის ჰიპნოზი — არის მხოლოდ შთაგონება. მისი აზრით, ადამიანი ვარდება ჰიპნოტიზიორის შთაგონების გავლენის ქვეშ, როცა იგი ვერ ამქლავნებს კრიტიკულ დამოკიდებულებას შთაგონებით ზემოქმედებაზე.

აქ მოხდა ჰიპნოზის და შთაგონების გაიგივება. მართალია, ჰიპნოზის დროს დიდია შთაგონების მნიშვნელობა (თუნდაც ის რად ღირს, რომ მისი გამოწვევა ძირითადად სიტყვიერი შთაგონებით ხდება), მაგრამ მას აქვს დამოუკიდებელი მნიშვნელობაც, რამდენადაც მისი გამოწვევა შეუძლია ერთგვაროვან სუსტ ფიზიკურ გამღიზიანებლებს.

ამ მხრივ საინტერესო მასალას იძლევა ჰიპნოზის გამოყენება ცხოველებზე. პირველად ასეთი მოვლენა აღწერილ იქნა 1646 წელს ა. კირხერის მიერ. ჭათამს ცალ გვერდზე აწვენდნენ მაგიდაზე და ასეთ მდგომარეობაში აჩერებდნენ დამშვიდებამდე. შემდეგ თავის წინ გაუხაზავდნენ ცარცით და ჭათამი მშვიდად იწვა ამ არაბუნებრივ პოზაში მას შემდეგაც კი, როცა მას ხელს უშვებდნენ.

შემდეგში მრავალი ასეთი გამოკვლევა ჩატარდა, რითაც დამტკიცდა, რომ დაჰიპნოზებული ცხოველი შეიძლება გავაჩეროთ არაბუნებრივ პოზაში რამოდენიმე საათიც კი. ამ დროს მას მკვეთრად უქვეითდება კანის მგრძობელობა. იგი არ რეაგირებს მტკივნეულ გამღიზიანებელზეც. გაირკვა, რომ ადგილი აქვს ფიქსაციის ეფექტს — რაც უფრო ხშირად ვაჰიპნოზებთ ცხოველს, მით უფრო ადვილად და ჩქარა

შეგვიძლია შემდგომში მასში ამ მდგომარეობის გამოწვევა.

მეცნიერების განვითარებასთან ერთად ჰიპნოზის და საერთოდ შთაგონების ფენომენმა მისტიკური სამყაროდან თანდათან გადმოინაცვლა კვლევით ლაბორატორიებსა და სამკურნალო კლინიკებში. გაფართოვდა გამოყენების არე და დაიხვეწა მეთოდები. შთაგონების სხვადასხვა ფორმა ყველა თანამედროვე ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობის ორგანულ ნაწილად გვევლინება, რის გამოც ამ საკითხს შემდგომშიც ფართოდ განვიხილავთ.



# ნანილი II

## თანამედროვე ფსიქოთერაპია

„თანამედროვე“ ნიშნავს არა მხოლოდ ქრონოლოგიურად ახლო პერიოდს — XXსაუკუნეს, არამედ მკაცრ მეცნიერულ საფუძველზე დგომასაც. ახალ დროში მკურნალობის სფეროში მედიცინასთან ერთად ჩართულ იქნა სხვადასხვა დარგის ფსიქოლოგია, ფიზიოლოგია, პედაგოგია, სოციოლოგია, რომლებიც ზუსტი მეცნიერების და ტექნიკის გამოყენებით ცდილობდნენ ღრმად ჩასწვდომოდნენ დაავადების მიზეზებს და შეემუშაებინათ მკურნალობის ეფექტური საშუალებები. ზოგი მიზეზებს ეძებდა ადამიანის ბიოლოგიურ, გენეტიკურ სფეროში, ზოგი კი სოციალურ, სწავლა-აღზრდის გარემოში. ამ ვითარებამ განაპირობა მრავალი ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობის აღმოცენება, სადაც ახალ მიღწევებთან ერთად ხდებოდა წარსული გამოცდილების გამოყენება. ეს კავშირი ყველაზე ნათლად აისახა შთაგონებასა და თვით-შთაგონებასთან დაკავშირებულ მიმართულებაში, რომელიც სუგესტოთერაპიის სახელითაა ცნობილი. გავეცნოთ მის ნაირსახეობებს, ზემოქმედების ფარგლებს და გამოყენების მეთოდებს.

### 1. სუგესტოთერაპია

სუგესტიის, შთაგონების ფენომენი სამკურნალო მნიშვნელობით სხვადასხვა ხარისხით გვხვდება ექიმისა და ავადმყოფის ყოველი საუბრისას და ურთიერთმიმართებისას. იგი მკიდრად უკავშირდება განმარტებას და დარწმუნებას და წარმოადგენს ფსიქოთერაპიული ზემოქმედების უცვლელ ელემენტს.

შთაგონების ძირითადი საშუალებაა სუგესტორის სიტყვა. აქვე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ეესტები, მიმიკა, მოქმედებები და სხვა.

სუგესტიის ფართოდ გავრცელებული ფორმაა ზემოქმედება ცხადად, სიფხიზლის მდგომარეობაში. მას პრაქტიკულად ადგილი აქვს მკურნალისა და პაციენტის ყოველი კონტაქტისას. შთაგონების ფორმულები წარმოითქმება ბრძანებითი ტონით, დამაჯერებლად. გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მკურნალის ავტორიტეტს და ავადმყოფის

პიროვნულ მახასიათებლებს, მის რწმენას, მზაობას, შთაგონებადობას.

**შთაბრძნება ნარკოტიკული ძილის პირობებში.** მას უფრო ხშირად იყენებენ იმ პირებზე, ვინც ნაკლებად ექვემდებარება ცხადად შთაგონებას და ჰიპნოზურ ზემოქმედებას. მას იწვევენ ხელოვნურად ნარკოტიკული ნივთიერების ორგანიზმში შეყვანით. უფრო ხშირად ამ მიზნით იყენებენ ბარბამილს, რომელიც, კლინიკისტთა აზრით, არ იწვევს დამატებით გართულებებს. მკურნალობის ეს ხერხი გამოიყენება სხვადასხვა ნევროზის დროს. მკურნალობის კურსი აღწევს 10-20სეანსს, რომლებიც ტარდება ყოველდღე ან დღეგამოშვებით.

ნარკოფსიქოთერაპიაში იყენებენ ასევე გაზის ნაერთს: ჟანგბადსა და აზოტის ქვეყანგს. ამით მიღწეული ეიფორიული მდგომარეობა ზრდის პაციენტის სომატურ და ფსიქიკურ კომფორტს, რაც აღიდებს სუბსტიის ეფექტურობას. გაზის ნაერთში აზოტის ქვეყანგის კონცენტრაცია ვარიირებს 15-75%-ის ფარგლებში, შესუნთქვის ხანგრძლივობა — 10-15 წუთია, ხოლო სეანსების რაოდენობა — 4-10. მეთოდის ეფექტურადაა მიჩნეული შიშების, იპოქონდრიული და დეპრესიული სიმპტომების დროს.

**ირიბი შთაბრძნება.** პაციენტის დარწმუნებულობა მკურნალობის ეფექტში აქტიური ფაქტორია, რომელიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ყველა სახის თერაპიაში. ამ ვითარებას აძლიერებს სამკურნალო გარემო და სამედიცინო პერსონალის მოქმედება. მაგრამ არცთუ იშვიათია შემთხვევები, როცა ამა თუ იმ მიზეზის გამო ექვი ეპარებათ მკურნალობის ეფექტურობაში და შედეგიც არ დააყოვნებს ხოლმე. ამ დროს აუცილებელი ხდება ირიბი მეთოდის, როგორც ე. შარკო იტყოდა „შეიარაღებული შთაგონების“ მექანიზმის გამოყენება, რისთვისაც მიმართავენ სხვადასხვა სახის „ნიღბებს“. ავადმყოფს წინასწარ ამზადებენ პროცედურისათვის, თითქოს უნდა გამოიყენონ მისთვის სპეციალურად შეკვეთილი ახალი, ძალზე ეფექტური წამალი, რომელსაც განსაკუთრებულ პირობებში მიმართავენ. პაციენტს აწვენენ საოპერაციო მაგიდაზე, ადებენ სახეზე მისთვის უცნობი სუნის მქონე სითხეში დასველებულ ნარკოზის ნიღბს, და როცა იწყებს შესუნთქვას, იწყებენ შთაგონებას დარღვეული ფუნქციის აღდგენის მიმართულებით. ეს უფრო ხშირად ეხება ისტერიული ხასიათის დარღვევებს.

ალბათ ირიბი შთაგონების გამოყენების შესანიშნავ მაგალითად შეიძლება ჩაითვალოს 1924 წ. ლაიფციგში ჩატარებული „ოპერაცია“. გოგონა დარწმუნებული იყო, რომ ჰქონდა შინის საჯდომი, რადგან ეში-

ნოდა მისი გატეხვის, ამიტომ იგი არ ჯდებოდა და არც წვებოდა ზურ-  
გზე. ფსიქოთერაპევტი შეპირდა პაციენტს, რომ მოაცილებდა მინის ნა-  
წილებს ოპერაციული ჩარევით. ავადმყოფი დააწვინეს მაგიდაზე, დაა-  
დეს სახეზე ეთერის ნიღაბი, ერთმა ასისტენტმა მის თავთან დაამსხვრია  
მინის ჭურჭელი, პროფესორმა ჩაუტარა შესატყვისი შთაგონება, რის  
შემდეგაც იგი ადგა, თავისუფლად დაჯდა შეთავაზებულ სკამზე და გა-  
ნაცხადა, რომ სავსებით გამოჩანმრთელებულად გრძნობდა თავს.

კლაცებო(მ)ირაპიპი. ფსიქოფარმაკოლოგიის განვითარებასთან და  
ახალ-ახალი ფსიქოტროპული საშუალებების სამკურნალო პრაქტიკა-  
ში დანერგვასთან ერთად გამრავლდა ისეთი ფაქტები, როცა ამა თუ იმ  
პრეპარატის მიღებას თან ახლდა მოსალოდნელ მოქმედებასთან შესატ-  
ყვისი დადებითი ან უარყოფითი ეფექტი. ამასთან დაკავშირებით გაჩნდა  
იდეა გამოეყენებინათ სამკურნალწამლო ფორმა, რომელმაც მიიღო  
დასახელება „პლაცებო“. ეს არის ნეიტრალური შემადგენლობის მქო-  
ნე პრეპარატი, რომელიც ფერის, გემოს, სუნის მიხედვით ახდენს რო-  
მელიმე წამლის იმიტაციას. მას ხშირად მიმართავენ ირიბი შთაგონე-  
ბის, მედიკამენტოზური ფსიქოთერაპიის, სხივური და ფიზიოთერაპიის  
დროს.

მკურნალობის პრაქტიკაში მრავალჯერ იქნა აღნიშნული პლაცებო-  
ეფექტი, რომლის გაძლიერებასაც ხელს უწყობს შემდეგი ფაქტორები:  
პრეპარატის სიახლე, მისი მიღწევის სიძნელე, რეკლამა, შეფუთვა,  
მკურნალის ავტორიტეტი, წამლის რეპუტაცია სხვების თვალში, პრე-  
პარატისადმი ოჯახის დამოკიდებულება და ა.შ.

პლაცებო-ეფექტი გამოიყენება როგორც თერაპიული, ისე დიაგ-  
ნოსტიკური მიზნით. ეს უკანასკნელი ეხება როგორც ავადმყოფს,  
ისე სამკურნალო საშუალებას. ერთი მხრივ, მოწმდება რომელიმე  
პლაცებო-პრეპარატის გავლენა, მეორე მხრივ, ვლინდება დადებითი,  
უარყოფითი თუ ნეიტრალური პლაცებო-ეფექტის მქონე პირები,  
რასაც მნიშვნელობა აქვს მათი მკურნალობის შემდგომი გზის გან-  
საზღვრისათვის.

ჰიპნო(მ)ირაპიპი. სუგესტოთერაპიის ერთ-ერთი ყველაზე უფრო  
ფართოდ გამოყენებული და ეფექტური საშუალება არის ჰიპნოზი.  
შთაგონება და ჰიპნოზი იმდენად მკვიდროდაა ურთიერთდაკავშირებუ-  
ლი, რომ ზოგი გვთავაზობს ტერმინს „ჰიპნოსუგესტური ფსიქოთერა-  
პია“, ზოგი აიგივებს ამ ცნებებს. უფრო ზუსტად თუ განვსაზღვრავთ,  
უნდა მივიჩნიოთ, რომ ჰიპნოზი არის სუგესტიის (შთაგონების) ერთ-  
ერთი ფორმა.

ჰიპნოზის მნიშვნელობასთან დაკავშირებით ორი მიმართულება შეინიშნება — „მორწმუნეები“ და „სკეპტიკოსები“. პირველნი, ბუნებრივია, ჰიპნოზს მნიშვნელოვან მოვლენად თვლიდნენ და ყოველმხრივ ცდილობდნენ ხელი შეეწყობთ მისი პრაქტიკული რეალიზაციისათვის. სკეპტიკოსები ეჭვქვეშ აყენებდნენ ჰიპნოზური მდგომარეობის სპეციფიკურობას, თითქოს იგი არ განსხვავდება არაჰიპნოზური შთაგონებით მიღწეული ვითარებისაგან. ისინი ავითარებდნენ „როლის“ კონცეფციას, თითქოს მსახიობის როლში შესვლა ისეთივე კატეგორიისაა, როგორც ჰიპნოზური ტრანსი.

როლისაგან განსხვავებით, ჰიპნოზში ყოფნისას ბევრად უფრო შესუსტებულია თვითკონტროლი და მეორე, რომ იგი ჰგავს ღრმა ძილს, რომლის დროსაც კარგად ისვენებს ორგანიზმი. ორივე ეს ფაქტორი ძალზე მნიშვნელოვანია სამკურნალო ეფექტის მისაღწევად.

ჰიპნოთერაპია ფართოდ გამოიყენება როგორც ნევროზების, ალკოჰოლიზმის და ნარკომანიის, ისე სომატური დაავადებების დროს. არსებობს ამ მეთოდის მრავალი ვარიანტი. ზოგი მათგანი ეხება უფრო ღრმა ძილის მიღწევას, ზოგი ტრანსის გახანგრძლივებას, სხვები მკურნალობის სხვა ხერხებთან კომბინირებას და ა.შ.

ხანგრძლივი ჰიპნოზი — დასვენების მეთოდიკა რეალიზაციას უკეთებს სამკურნალო დაცვითი რეჟიმის მოთხოვნებს, რაც ესაქიროება ზოგიერთი ჯგუფის პაციენტებს. როცა პაციენტს ძილის დრო მოუწევს, იგი წინასწარ გადაყავთ ჰიპნოზურ ძილში, რაც სპონტანურად გადაიზრდება ბუნებრივში. ეს მდგომარეობა საჭიროების შემთხვევაში გრძელდება დღე-ღამეში 15-20 საათის განმავლობაში, რისთვისაც დილით აღსდგება რაპორტი და ბუნებრივი ძილი გადადის ისევ ჰიპნოზურში სასურველი დროით. ეს მეთოდიკა მთლიანად ეთანხმება არამედიაკემენტური ძილის თერაპიის მოთხოვნებს, როცა ხანგრძლივი დასვენება ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას.

მოწოდებული იყო ე. წ. ფრაქციული ჰიპნოზის მეთოდი, რომლის დროსაც მიიღწევა უფრო ღრმა ძილი.

20-იან წლებში ცნობილი ჭარტველი ფსიქიატრი მ. ასათიანი იყენებდა რეპროდუქციული განცდის მეთოდს. მისი არსი მდგომარეობდა ნევროზის გამომწვევი ფსიქიკური ტრავმის აღდგენასა და განმეორებით განცდაში, რაც ხორციელდებოდა ჰიპნოზურ მდგომარეობაში შესატყვისი შთაგონების გზით.

ჰიპნოთერაპია ხორციელდება როგორც ინდივიდუალურად, ისე

ჯგუფურად. ბევრი თვლის, რომ კოლექტიური ჰიპნოზისას ჯგუფის სიდიდე უნდა იყოს 8-20 ადამიანის ფარგლებში. მათი აზრით, უფრო პატარა ჯგუფი კარგავს ურთიერთინდუქციის გამოწვევის უპირატესობას, ძალზე დიდი კი აძნელებს ინდივიდუალიზაციის განხორციელების საშუალებას. ამ აზრს, ალბათ, ბევრი ჰიპნოტიზიორი არ ეთანხმება. მაგალითად, ვ. კაშპიროვსკისათვის პრაქტიკულად არა აქვს მნიშვნელობა ჯგუფის სიდიდე. მისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობის არც უშუალო კონტაქტია. მან ტელევიზიის საშუალებით ანესთეზია გაუკეთა საოპერაციო მაგიდაზე მყოფ ორ ქალს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ვ. კაშპიროვსკის მიერ მოხდენილი ზემოქმედება რიგ შემთხვევაში ძალზე უარყოფით რეაქციას იწვევდა ადამიანებში. ალბათ, ყველა შემთხვევაში აუცილებელია გათვალისწინებულ იქნას ავადმყოფის და ავადმყოფობის ხასიათი.

ჰიპნოზური მდგომარეობა ყოველთვის ერთი სიღრმის არ არის. ასხვავებენ სამი დონის ჰიპნოზს: ძილბურანი, ჰიპოტაქსია და სომნამბულიზმი.

ძილბურანისას შეინიშნება მსუბუქი თვლემა და კუნთების საერთო მოდუნება. ჰიპოტაქსიის დროს ადამიანს აღარ შეუძლია ნებისმიერი მოძრაობის შესრულება. ხშირად მას უვითარდება კატალეფსია — კუნთების და სახსრების ცვილისებრი მოქნილობა. ამ შემთხვევაში დაჰიპნოზებულის თავს, ხელებს, ფეხებს და მთელ სხეულს დიდხანს შეუძლია ხელოვნურად მიღებული მდგომარეობის შენარჩუნება.

ჰიპნოზის ყველაზე ღრმა სტადიაა სომნამბულიზმი (ნიშნავს ძილის დროს ავტომატურ მოქმედებას, რაც ახლოსაა მთვარეულთან). ასეთ მდგომარეობაში მყოფს შეიძლება შთაფუნერგოთ სხვადასხვა მხედველობითი, სმენითი, სუნის და სხვა ჰალუცინაცია და ის ხედავს შთაგონებულ საგნებს, ესმის ხმა და სუნი. ჰიპნოტიზიორის სიტყვიერ ბრძანებაზე იგი დგება, იწყებს სიარულს და ასრულებს ამა თუ იმ დავალებას.

ჰიპნოზურ მდგომარეობაში მეტ-ნაკლებად ყველა ადამიანის გადაყვანა შეიძლება, მაგრამ სხვადასხვა დონეზე. ვინც მეტი შთაგონებადობით გამოირჩევა, იგი ვარდება უფრო ღრმა სტადიაში — სომნამბულიზმში. ამ დროს იხსნება ფართო შესაძლებლობა არარეალური წარმოდგენების შთანერგვისა და ნაბრძანები მოქმედებების შესასრულებლად. საინტერესოა, რომ დაჰიპნოზებულს ამ შემთხვევაში არ ესმის არავითარი გარეგანი ხმაური, ვერ გრძნობს მიყენებულ ტკივილსაც კი, მხოლოდ ესმის ჰიპნოტიზიორის სიტყვები და კიდევაც რეაგირებს მასზე.

თვით ჰიპნოზური მდგომარეობის გამოწვევისათვის გარკვეული პირობებია საჭირო — მშვიდი გარემო, რბილ სავარძელში ჯდომა ან საწოლზე წამოწოლა. ასეთ პირობებში იწვევენ რელაქსაციის მდგომარეობას, რომელიც ხელს უწყობს თვლემის გამოწვევას. სიტყვიერ შთაგონებას ხშირად თან ახლავს შუბლზე რიტმულად ხელის გადასმა. თვით სიტყვები წარმოითქმის ხმადაბლა, მონოტონურად; ცალკეული სიტყვები და ფრაზები მრავალჯერ მეორდება. შთაგონებისადმი მიდრეკილთათვის ეს საესებით საკმარისია, რომ აღმოჩნდეს ღრმა ჰიპნოზური მდგომარეობაში.

როცა დგება ჰიპნოზური ძილი, გადადიან სიტყვიერ სამკურნალო შთაგონებაზე, რომლის შინაარსი დამოკიდებულია ავადმყოფობის ხასიათზე და დაავადების მიმდინარეობაზე.

რა სახის დაავადებებს კურნავენ ჰიპნოთერაპიით? ეს არის ძირითადად ნევროზები და მათ შორის ისტერიული რეაქციები. ეს რეაქციები ხშირად გამოიხატება ხმის, სმენის, მხედველობის უცაბედ დაკარგვაში და დამბლაშიც კი. მას ასევე წარმატებით იყენებენ ნერვული წარმოშობის კანის დაავადების, გულისრევის დროს და ა.შ. მაშასადამე, მისი ზემოქმედების არე განსაზღვრულია და ამ ფარგლებში წარმატების მოპოვება არ უნდა ჩაითვალოს სასწაულად. მართლა სასწაული იქნებოდა ჰიპნოზის საშუალებით მყისიერად განკურნებულიყო ინფექციური დაავადება ან მოხერხებულები სხეულის დაკარგული ნაწილის აღდგენა. რეალურად ჰიპნოთერაპიის საშუალებით ხორციელდება ნერვული რეგულაციის დარღვევებთან დაკავშირებული აშლილობების მკურნალობა და ისიც მხოლოდ განსაზღვრულ ფარგლებში.

ჰიპნოზის გამოყენებას აქვს როგორც სამკურნალო და პროფილაქტიკური, ისე სამართლებრივი და ეთიკური მხარეები. იგი საკმაოდ მძლავრი იარაღია და უღირსმა ადამიანმა შეიძლება ბოროტად გამოიყენოს. როცა მის ეთიკურ მხარეზე ვლაპარაკობთ, ეს ეხება როგორც ჰიპნოტიზორის, ისე პაციენტის ზნეობრივ დონეს. ამ დებულების ნათელსაყოფად მრავალი მაგალითი არსებობს, რომელთაგან აქ ორს განვიხილავთ.

ახალგაზრდა ქალმა მატარებლის ვაგონში შემთხვევით გაცნობილ მამაკაცს უთხრა, რომ მიდიოდა ექიმთან სამკურნალოდ. მამაკაცმა თავი გააცნო ექიმად და მკურნალობა შესთავაზა, რისთვისაც წინასწარ გამოართვა საკმაო თანხა. შემდეგ მან ქალი გადაიყვანა ჰიპნოზური ტრანსში და შთაუწერა, რათა იგი გადამხტარიყო მატარებლიდან.

ქალმა ეს დაეაღება არ შეასრულა, ისევე როგორც შემდგომი ბრძანება ქმრის მოკვლის შესახებ. მომხდარის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ჰიპნოტიზიორ-დამნაშავეის ბრძანებების შეუსრულებლობა დაკავშირებული იყო ქალის ზნეობრივ ნორმასთან და უსაფრთხოების მოთხოვნილებასთან.

მეორე შემთხვევა: ჰიპნოტიზიორი ორ დაჰიპნოზებულს ავალებს პორტფელიდან ფულის ამოღებას, რომელთაგან ერთი ყოფილი ქურდი იყო, მეორე კი — პატიოსანი. პირველმა ბრძანება შეასრულა როგორც ქურდმა, განსაზღვრული სიფრთხილის დაცვით. მეორემ ფული ამოიღო ყველას თვალწინ, დაუფარავად, ქურდული ელემენტების გარეშე.

ეს მაგალითები ნათლად აჩვენებს, რომ ჰიპნოზურ მდგომარეობაშიც კი შეუძლებელია ადამიანს შთავეუნერგოთ მისთვის ამორალური საქციელის განხორციელების მოთხოვნილება. მეორე მხრივ, დანაშაულებრივი ქცევის განხორციელებაზე ადვილად მიდის ზნეობრივ სიმტკიცეს მოკლებული პირი.

**თვითშთაბნევა.** იგი სუგესტიის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი და პოპულარული ფორმაა. მას ხშირად უწოდებენ თვითჰიპნოზს, თვითრეგულაციას და სხვა. 30-იანი წლებიდან კი ყველაზე უფრო მეტად გავრცელდა ცნება „აუტოტრენინგი“. წარსულშიც ბევრი ფსიქოთერაპევტი იყენებდა აუტოტრენინგში გამოყენებულ საშუალებებს, მაგრამ თანამედროვე მწყობრი სისტემის შემქმნელად ითვლება ავსტრიელი ფსიქიატრი ი. შულცი. ჰიპნოზზე მუშაობისას მან შენიშნა, რომ სათანადო განსწავლის შემდეგ პაციენტებს თვითზემოქმედებით ისეთივე მდგომარეობები და განცდები შეუძლიათ გამოიწვიონ, რასაც ადგილი აქვს ჰიპნოზისას. მან საესებით სწორად ივარაუდა, რომ ასეთი თვითშთაგონება ხშირად ჰიპნოზზე ღირებული უნდა ყოფილიყო, რამდენადაც ადამიანს თვითონვე უპყრია ხელთ საკუთარი ორგანიზმისა და ფსიქიკის მართვის იარაღი.

აუტოტრენინგის შესახებ ი. შულცის პირველი პუბლიკაცია 1932 წ. განეკუთვნება, 50-იანი წლებიდან კი ამ მეთოდისადმი მეცნიერული და პრაგმატული ინტერესი ძალზე გაიზარდა და მრავალ სფეროს შეეხო. სულ უფრო ხშირად იყენებდნენ მას არა მხოლოდ ნევროზების მკურნალობისას, არამედ სტენოკარდიის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადების, ბრონქიალური ასთმის, წყლულების, პოსტინფარქტული რეაბილიტაციის დროს და ა.შ.

მეტად თუ არა, ნაკლებმნიშვნელოვნად არ შეიძლება მივიჩნიოთ ის

ფაქტი, რომ აუტორტრენინგი წარმატებით გამოიყენება პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანების მიერ. იგი აუცილებელი და სასარგებლოა როგორც ფსიქიკური კონტროლისა და თვითსრულქმნის, გონებრივი და სხეულებრივი დაძაბულობის მოხსნის, ემოციური სფეროს უფრო სრულყოფილი მართვის და სხვა საშუალება. მას ხშირად მიმართავენ ავიაციასა და კოსმონავტიკაში, ექსტრემალურ პირობებში მომუშავე ოპერატორებთან, სპორტში, აქტიორულ საქმიანობაში და უცხო ენების შესწავლის პროცესშიც კი.

აუტორტრენინგის პოპულარობას მნიშვნელოვნად განაპირობებს მისი ხერხების შესწავლისა და გამოყენების სიმარტივე, რომელსაც თან ახლავს მნიშვნელოვანი ფსიქოთერაპიული ეფექტი. იგი ხასიათდება გავარჯიშების მაღალი დონით და მისი შესრულება შეუძლია ნებისმიერი ასაკის ადამიანს.

აუტორტრენინგი სინთეზური მეთოდია, რომელიც ეყრდნობა ჩვენ მიერ უკვე განხილულ იოგას, ძენ-ბუდიზმს, სუგესტიის სხვადასხვა ფორმას და აგრეთვე კუნთური ტონუსის აქტიური რეგულაციის მოძღვრებას, რაციონალურ ფსიქოთერაპიას, პირობითრეფლექტორულ თერაპიას და კოლექტიურ ფსიქოთერაპიას.

შულცის მეთოდი ყველაზე უფრო მეტად დაკავშირებულია ფრანგი სპეციალისტების ე. კუეს და შ. ბოდუენის თვითშთაგონების სისტემასთან. ე. კუე ასევე ითვლება ქცევითი (ბიჰევიორისტული) თერაპიის ერთერთ წინამორბედად.

სამართლიანობა მოითხოვს აღინიშნოს, რომ ამ მიმართულებით მეცნიერული გამოკვლევა უფრო ადრე გამოაქვეყნა ი. თარხანოვმა (თარხანიშვილი), 1884 წ. მაშინ როცა ე. კუეს მოღვაწეობა იწყება XX საუკუნის დამდეგიდან. კუეს სისტემა ძალზე პოპულარული გახდა 20-იან წლებში, რაც მხატვრულ ლიტერატურაშიც კი აისახა, კერძოდ ჯ. გოლსუორთის „ფორსაიტების საგაში“, როცა უბედურებით შეძრწუნებული მისი მთავარი გმირი სამკურნალოდ იყენებდა ამ მეთოდს.

ე. კუეს აზრით, ავადმყოფობის ძირითადი მიზეზია ადამიანის წარმოსახვა, ხოლო მკურნალობის მიზანი — სწორი, ჯანსაღი წარმოდგენების შემუშავება. აქედან გამომდინარე, იგი ავადმყოფებს ურჩევდა მოხერხებულ პოზაში ყოფნისას გონებაში ან ჩურჩულით 20-30-ჯერ გაემეორებინათ თვითშთაგონების ფორმულები. მაგალითად ასეთი: „ჩემი მხედველობა (სმენა) უმჯობესდება. მე უფრო და უფრო უკეთესად



ვგრძნობ თავს“ და ა.შ. მათი ჩატარება უნდა მომხდარიყო დღეში 3-4-ჯერ, განსაკუთრებით ძილის წინ და გაღვიძებისთანავე. მკურნალობის კურსი განისაზღვრებოდა 2-3 თვიდან ერთ წლამდე. ფსიქოლოგიურად მნიშვნელოვანი იყო ის ფაქტიც, რომ შთამაგონებელ ფორმულას ჰქონდა პოზიტიური და არა ნეგატიური შინაარსი. მაგალითად, „მე ჯანმრთელი ვარ“ და არა — „მე არა ვარ ავად“

ე. კუე ხაზგასმით აღნიშნავდა რომ თვითშთაგონება უნდა ხორციელდებოდეს ნებისყოფის რაიმე ძალისხმევის გარეშე, რომელიც ხელისშემშლელ ფაქტორად იყო დასახული. ეს დებულება შემდგომ ფართოდ გამოიყენა ი. შულცმა.

შულცმა ყურადღებით შეისწავლა იოგების რელაქსაციის ეფექტი, სადაც მთავარია სიმძიმისა და სითბოს განცდა, რაც ძალზე ახლოსაა ჰიპნოზის საწყის ფაზასთან. აუტოტრენინგის დროს სწორედ ამ მდგომარეობის მიღწევა ხდება სხვისი ზემოქმედებისგან დამოუკიდებლად, რის გამოც ი. შულცმა დასაწყისში მას უწოდა „კონცენტრირებული თვითმოდუნება“ ან „თვითჰიპნოზი“

აუტოტრენინგური წვრთნის სისტემაში წამყვანი როლი ენიჭება კუნთური ტონუსის აქტიურ რეგულაციას, რომლის პრინციპებიც ი. შულცზე 10 წლით ადრე შემოგვთავაზა ე. ჯეიკობსონმა. მას კიდევაც ჰქონდა დავა აუტოტრენინგზე პრიორიტეტის საკითხში. ემოციური მდგომარეობის ობიექტური რეგისტრაციისას ჯეიკობსონმა დაადგინა, რომ უარყოფით ემოციას თან ახლავს ჩონჩხის კუნთების დაჭიმვა და შესაბამისად ცვლილებები ვეგეტატიურ და სისხლძარღვოვან სისტემაში. ამასთან დაკავშირებით მან შეიმუშავა თერაპიული საშუალება, რომელიც აშშ-ში ფართოდ გახდა ცნობილი როგორც „პროგრესირებადი (თანამიმდევარი) რელაქსაციის მეთოდი“ მისი ეფექტი იმაში მდგომარეობდა, რომ კუნთების შეგნებული მოდუნება იწვევს ნერვულ-ემოციური დაძაბულობის შემცირებას.

ე. ჯეიკობსონის მეთოდის დაუფლება 3 ეტაპად ზოგადი ეფექტი უნდა იქონიებდეს. პირველ ეტაპზე ზურგზე მწოლარე მდგომარეობაში ძლიერ ჰიმნავენ ხელის კუნთებს და ასრულებენ იდაყვის სახსრებში მოხრა-გაშლის მოძრაობებს, რასაც მოყვება მყისიერი მოდუნება — ხელები მოწყვეტილად ეცემა საწოლზე. ვარჯიში მეორდება რამდენჯერმე. პირველი ეტაპის ამოცანაა — პაციენტმა ისწავლოს უმცირესი კუნთური დაძაბულობის შეცნობაც კი და მომხრელი კუნთების მიზანმიმართული მოდუნება. ამის შემდეგ გრძელდება ვარჯიშები სხვა კუნთების მოდუნებაზე: კის-

რის, ზურგის, მხრის, ფეხის და ბოლოს — სახის, თვალების, ენის, ხორხის. მეორე ეტაპი ეხება დიფერენცირებულ რელაქსაციას. მჭდომარე მდგომარეობაში აღუნებენ კუნთებს, რომლებიც არ მონაწილეობს ვერტიკალური პოზის უზრუნველყოფაში. ანალოგიურად ხორციელდება კუნთების მოდუნება წერის, კითხვის და სხვა საქმიანობის დროს. მესამე ეტაპზე ისმება ამოცანა — ყოველდღიურად დეაკვირდეთ თუ რა კუნთები იჭიმება ნერვიულობის, შიშის, სიმორცხვის და სხვა დროს. ამ შემთხვევაში საჭიროა კუნთების ლოკალური დაძაბულობის მიზანმიმართული შემცირება და შემდგომში სრული მოხსნა. დაკვირვება აჩვენებდა, რომ ასეთ ვარჯიშს თან ახლდა სუბიექტური ნერვულ-ემოციური რეაქციების გამოვლინებათა მნიშვნელოვანი შემცირება. ამ მეთოდით 6-8 თვის სისტემატური ვარჯიში ხელს უწყობს დეპრესიული მდგომარეობის და შფოთვის დაქვეითებას, არტერიული წნევის რეგულირებას და. შ.

აუტოტრენინგის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენს რაციონალური ფსიქოთერაპია, რომლის დამფუძნებელია შვეიცარიელი ნერვოპათოლოგი რ. დიუბუა. მის მიხედვით, ნევროზის აღმოცენებას განაპირობებს ინტელექტის სისუსტე და შემცდარი მსჯელობები. ეს დებულება არ არის ჭეშმარიტი, მაგრამ ამის მიუხედავად რ. დიუბუას მოღვაწეობას ჰქონდა დიდი პრაქტიკული ღირებულება. ავილოთ თუნდაც მისი ასეთი რჩევა ძილის წინ: ნუ ფიქრობთ მასზე, თორემ იგი გაგიფრინდებთ როგორც ჩიტი, რომლის დაქერასაც ცდილობთ. საღი გონებით მოიცილეთ თქვენი საზრუნავები და დღე დაასრულეთ რაიმე უბრალო ფიქრზე, რომელიც მოგცემთ მშვიდად ჩაძინების საშუალებას.

რაციონალური თერაპიის არსი მდგომარეობს ინტელექტუალურ მრავალსაფეხურიან ფსიქოკორექციაში, რომელიც მიმართულია მოვლენებისა და სიტუაციებისადმი ავადმყოფის არაადეკვატური დამოკიდებულების შესაცვლელად. მისი განხორციელება ყველაზე უფრო ხშირად ხდება ავადმყოფისა და მკურნალის დიალოგში. ამ ურთიერთობისას მთავარია ავადმყოფისადმი თანაგრძნობა, ყურადღება, მოთმინება. ამ დროს ძალზე დიდ მნიშვნელობას იძენს დებულება — „მივცეთ ავადმყოფს გამოთქმის საშუალება“. როგორც ვნახავთ, ეს პრინციპი ძალზე მნიშვნელოვანია ბევრი ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობისათვის, განსაკუთრებით ფსიქოანალიზისათვის. აქვე საყურადღებოა, რომ პაციენტის მცდარი წარმოდგენები თავის ავადმყოფობაზე და ცხოვრებაზე

უნდა გავაკრიტიკოთ ძალზე დელიკატურად და პარალელურად შევუქმოთ სწორი მსჯელობები.

განმარტებისა და დარწმუნების თერაპიას ყველა შემთხვევაში დიდი როლი ენიჭება და ბუნებრივია, მას მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია აუტოტრენინგის დროსაც. ამ შემთხვევაში პაციენტს უხსნიან ავადმყოფობის მიზეზებს და არწმუნებენ, რომ დაძაბულობის მოხსნისათვის საჭიროა აუტოტრენინგი. ასეთ ახსნა-განმარტებას მოყვება თვითშთაგონების ფორმულები, რომლებიც არ უნდა იწვევდეს ყურადღების ზედმეტ კონცენტრაციას და ემოციურ დაძაბულობას.

აუტოგენურ წვრთნასთან ახლომდგომ მეთოდებს შორის ერთ-ერთი პირველია კოლექტიური ფსიქოთერაპია. არსებობს მისი მრავალი სახეობა, რომელთაგან ყველაზე უფრო გავრცელებულია „ფსიქოთერაპია მცირე ჯგუფში“, „კომბინირებული ჯგუფური ფსიქოთერაპია“, „კოლექტიური ფსიქოთერაპია ერთობლივი საქმიანობის პირობებში“, „ოჯახური ფსიქოთერაპია“, „ინტერპერსონალური კორექციები“, „ყავა და...“, „თამაშის ფსიქოთერაპია და ფსიქოდრამა“, „ჯგუფური ფსიქოანალიზი“ და ა.შ. ამ მიმართულებით ერთ-ერთ ფორმას წარმოადგენს აუტოტრენინგის ჯგუფური ვარიანტი.

ეს მეთოდები გამოყენების სტილით და მიმართულებით ხშირად ერთმანეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება, მაგრამ მათ აქვთ ბევრი საერთოც. მათ საფუძველში ძვეს ჯგუფზე ფსიქოთერაპევტის ზემოქმედების პრინციპი, რომელიც იღებს დირექტიული ან არადირექტიული ლიდერის როლს. კოლექტიური მეთოდების მეორე მნიშვნელოვანი კომპონენტია ურთიერთობა ჯგუფის წევრებს შორის, რომლებიც შეიძლება გაერთიანებულ იქნენ საქმიანობის, ინტერესების ან ჯანმრთელობის მდგომარეობაში მსგავსი გადახრების მიხედვით. ამ შემთხვევაში ფსიქოთერაპიულ ეფექტს იწვევს როგორც დაავადების სიმპტომების და სამკურნალო ხერხების განხილვა ჯგუფის წევრების მიერ, ისე მათ შორის პიროვნული ურთიერთობებიც. დადებითი ეფექტის გამოწვევის უნარი ახასიათებს ჯგუფის წევრებს შორის წარმოშობილ თანაგანცდას, თანაგრძნობას, თანაზიარობას.

ჯგუფური ფსიქოთერაპიის იდეის მნიშვნელოვან კომპონენტს შეადგენს მისი გამოყენების ფართო მასშტაბი.

აუტოტრენინგში ფართოდ გამოიყენება ასევე პირობითრეფლექსური თერაპია. ამ მიმართულების ჩამოყალიბება დაკავშირებულია ვ. ბეხ-

ტერევის სახელთან, რომელიც ეყრდნობოდა პავლოვის მოძღვრებას პირობითი რეფლექსების შესახებ. ამასთან ვ. ბებტერევი აღნიშნავდა მე-  
თოდის „მექანიკურ ხასიათს“ და ამიტომ საჭიროდ თვლიდა მისთვის  
რაციონალური ფსიქოთერაპიის ელემენტების დამატებას. ცნობილია,  
რომ თვით ი. პავლოვიც წინააღმდეგი იყო ადამიანთა სწავლების პი-  
რობითრეფლექტორული თერაპიის პრინციპების გამარტივებული გა-  
მოყენების და ამის გამო აკრიტიკებდა კიდევ ბიპევიორიზმს. მექანი-  
სტური პრინციპის გადატანა მოხდა ფსიქოთერაპიაშიც, სადაც ეფექტის  
მისაღწევად გამოყენებულ იქნა წახალისების და დასჯის მეთოდები. ამ  
უკანასკნელი მიზნით ხშირად იყენებენ ელექტროდენის საკმაოდ საგრ-  
ძნობ დარტყმებს.

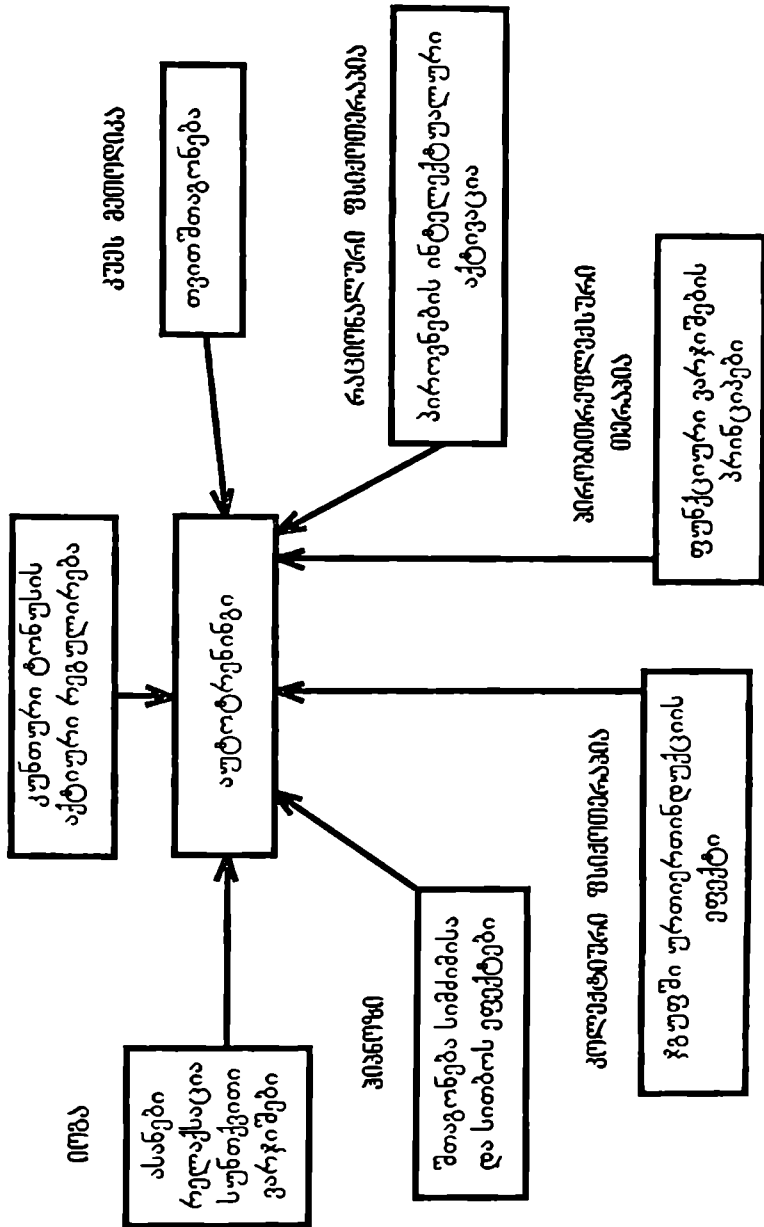
ამ მიმართულების ერთ-ერთ ნაირსახეობას წარმოადგენს ფსიქოთე-  
რაპიული ვარჯიშები, რომლის ხერხებიც მიმართულია პათოგენური  
პირობითი კავშირების შეკავებისა და ქცევის სასურველი ფორმების შე-  
მუშავებისაკენ.

პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება ფუნქციური ეტაპობრივი ვარჯი-  
შების მეთოდი, რომელიც გამოიხატება ფსიქოტრავმული სიტუაციი-  
სადმი თანდათანობით შეგუებაში. მაგალითად, აგორათობიის (ფართო  
ქუჩებისა და მოედნების შიში) მკურნალობისას პაციენტს აიძულებენ  
გაიაროს მოკლე მანძილზე მკურნალის ან ახლობლის თანხლებით, შემ-  
დეგ კი თანდათან ზრდიან დისტანციას. ამას თან ახლავს სუბგესტური  
ზემოქმედება.

ფუნქციური ვარჯიშების სასწავლო ხასიათი და ეტაპურობა, მისი  
მიმართულობა პაციენტის აქტივობის ამადლებზე ამ მეთოდს აახლო-  
ებს ინდივიდუალურ აუტოტრენინგთან.

ამგვარად, აუტოგენური წვრთნა თავისი წარმოშობის, სტრუქტურ-  
ის და მოქმედების მექანიზმების მიხედვით კომპლექსურ მეთოდს წარ-  
მოადგენს, რომელშიც წარმატებითაა შერწყმული ზემოთ განხილუ-  
ლი მიმართულებების ფსიქოთერაპიული ხერხები. ასეთი სინთეზის შე-  
დეგად მიღებულ იქნა თვისობრივად ახალი კომპლექსური მეთოდიკა,  
რომელსაც შეუძლია ადამიანის აქტივიზაცია, პიროვნებისა და ორგა-  
ნიზმის სარეზერვო შესაძლებლობათა სტიმულაცია მათი ოპტიმალუ-  
რად გამოყენების მიზნით. მეთოდის სინთეზურ ხასიათს, ვფიქრობთ,  
კარგად გამოხატავს მოცემული სქემა.

ჯეოპოზიციონის მათოდ



სამკურნალო ფაქტორების კომპლექსის გამოყენებისადმი სწრაფვა თანამედროვე ფსიქოთერაპიის საერთო ტენდენციას წარმოადგენს, რომელთა შორის მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს ფსიქიკური და ფიზიოლოგიური ფუნქციების გავარჯიშების და თვითრეგულაციის უნარის ამაღლება. ასეთი ტენდენციის ნაყოფია შულციის აუტოგენური წერტა.

ი. შულცი ასხვავებდა აუტოტრენინგის „დაბალ“ და „მაღალ“ საფეხურებს, რომელთაც შესაბამისად უწოდებდა ატ-1 და ატ-2. მისი ატ-1-ის კლასიკური ვარიანტი 6 სტანდარტული ვარჯიშისაგან შედგება, რომლის მოსამზადებელი ფრაზაა „მე სახვებით მშვიდად ვარ“

I ვარჯიში — სიმძიმის შეგრძნების გამოწვევა. პაციენტი ფსიქოთერაპევტთან ერთად თავისთვის იმეორებს: „ჩემი მარჯვენა (მარცხენა) ხელი (ფეხი) მძიმეა. 4-6 დღის განმავლობაში მისი გამეორება ხდება 3-4-ჯერ დღეში. შემდეგ: „ჩემი ორივე ხელი (ფეხი) მძიმეა. მთელი სხეული დამძიმებულია“. ვარჯიშის დაუფლება ხდება 10-14 დღის განმავლობაში.

II ვარჯიში — სითბოს შეგრძნების გამოწვევა. I ვარჯიშის შესრულების შემდეგ პაციენტი მკურნალთან ერთად იმეორებს: „ჩემი მარჯვენა (მარცხენა) ხელი (ფეხი) თბილია. შემდეგ ში I და II ვარჯიში ერთიანდებდა ერთ ფორმულაში: „ჩემი ხელები და ფეხები მძიმე და თბილია“

III ვარჯიში — გულის მოქმედების რიტმის რეგულაცია. პაციენტი იმეორებს დებულებას: „ჩემი გული ძვერს ძლიერად და თანაბრად“

IV ვარჯიში — სუნთქვის რეგულაცია. პაციენტი თავისთვის 5-6-ჯერ იმეორებს: „ჩემი სუნთქვა მშვიდია“

V ვარჯიში — ზემოქმედება მუცლის ღრუს ორგანოებზე. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მზისწნულს. ფორმულა ასე ეღერს: „ჩემი მზისწნული აფრქვევს სითბოს“.

VI ვარჯიში — ზემოქმედება თავის სისხლძარღვებზე. პაციენტი 5-6-ჯერ იმეორებს: „ჩემი შუბლი ოდნავ გრილია“.

ი. შულცი დაუშვებლად თვლიდა ვარჯიშების დადგენილი პერიოდულობის და თანმიმდევრობის შეცვლას, ამასთან ხაზს უსვამდა, რომ შემდგომ ვარჯიშზე გადასვლა უნდა ხდებოდეს მხოლოდ წინას ათვისების კვალობაზე. ატ-1-ის მთელი კურსის ათვისებისათვის იგი გამოყოფდა 3-4 თვეს. ვარჯიშების ათვისების პროცესში თვითშთაგონების ფორმულები მოკლდება და, საბოლოო ჯამში, დადის საკვანძო სიტყვაბრძანებებზე: „დამშვიდება“, „სიმძიმე“, „სითბო“ და ა. შ.

ვარჯიშების შესრულების შემდეგ პაციენტი 1 წუთის განმავლობაში უნდა იწვეს (ან იჯდეს) მშვიდად და მხოლოდ ამის შემდეგ გამოდის აუტოტრენინგის ტრანსიდან შემდეგი ბრძანებით: „მოხარეთ ხელები (სრულდება 2-3 მოძრაობა), ღრმად შეისუნთქეთ, ამოსუნთქვისას გაახილეთ თვალები“

დასაწყისში აუტოტრენინგის სეანსები გრძელდება 1-2 წუთს, შემდეგ ხანგრძლივდება 5 წუთამდე, ხოლო ვარჯიშის ათვისების შემდეგ კვლავ მცირდება 1-2 წუთამდე. პირველი ვარჯიშები ტარდება გაღვიძებისთანავე და ძილის წინ მწოლარე პოზაში. პაციენტი წევს ზურგზე, თავი უდევს ოდნავ ამალღებულ ბალიშზე, ხელები თავისუფლად უდევს ტანის გასწვრივ ხელისგულებით ქვევით; ფეხები გაშლილია და ოდნავ ერთმანეთს დაცილებული. გარდა ამისა იყენებენ მჭდომარე მდგომარეობას, რომელსაც ყოფენ ორ სახეობად — „მეტლეს პოზა“ და „პასიური პოზა“.

მეტლეს დასვენების პოზაში პაციენტი ზის სკამზე, თავი ოდნავ აქვს დახრილი, წინამხრები თავისუფლად აქვს დაწყობილი ფეხებზე, მტევნები მოდუნებული და ჩამოკიდებულია, ფეხები მოხერხებულად განზე გადგმული.

„პასიური პოზა“ ითვალისწინებს ოდნავ გადახრილი, მაღალი საზურგის მქონე სავარძელში ჯდომას. კეფა და ზურგი მოხერხებულად ეყრდნობა საზურგეს, ხელები მოდუნებულია და ეყრდნობა სახელურებს, ფეხები განზეა გადგმული.

ყველა შემთხვევაში ვარჯიშები სრულდება თვალდახუჭული. ი. შულცი აუტოტრენინგს ატარებდა როგორც ინდივიდუალურად, ისე ჯგუფურად. ჯგუფში ერთიანდებოდა 30-70 ადამიანი.

რამდენადაც სტანდარტული ვარჯიშები მოიცავდა კუნთურ სფეროს, გულსისხლძარღვთა და სუნთქვის სისტემას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს და თავის ტვინს, ი. შულცი მიიჩნევდა, რომ სისტემატური ტრენირებით ხდება ნერვული სისტემის ფუნქციების გაწონასწორება. ამ საფუძველზე ხდება ავადმყოფური სიმპტომატიკის შესუსტება და რიგ შემთხვევებში მისი საერთოდ მოცილება. ავტორის აზრით, აუტოტრენინგი მეტად ან ნაკლებად ეფექტურია სხვადასხვა დაავადების შემთხვევაში, მაგრამ იგი არასოდეს არ იწვევს უარყოფით ეფექტს. იგი ამით აყვანილ იქნა უნივერსალური მეთოდების რანგში.

ავტორის ბევრი დებულება შემდგომში დადასტურებულ ან დაწუნებულ იქნა. მრავალმა გამოკვლევამ აჩვენა აუტოტრენინგის როგორც

ნაკლებფექტურობა, ისე უარყოფითი შედეგებიც. მაგალითად, Vვარჯიში, რომელიც ორიენტირებულია მუცლის ღრუში სითბოს გამოწვევაზე, იწვევს კუჭის კედლებზე სისხლის მიმოქცევის გაძლიერებას და კუჭის წვენის სიმჟავის მომატებას. ამიტომ გასტრიტის დროს მისი გამოყენება არაა რეკომენდებული. იგი ასევე მიუღებელია მწვავე სომატური და ვეგეტატიური კრიზების დროს.

ი. შულცის აუტოტრენინგი ძალზე პოპულარული გახდა, რომელსაც ბევრი მიმდევარი გამოუჩნდა. ზოგი მათგანი ორთოდოქსი იყო, ზოგმა კი გარკვეული კორექტივები შეიტანა სისტემაში. ამ უკანასკნელთაგან საკმაოდ ცნობილი გახდა პ. კლაინზორგე — გ. კლუმბიესის „ორგანოთა მიმართული ვარჯიშის“ მეთოდი. იგი მიმართული იყო ცალკეული ორგანოების და სისტემების მოქმედების ფუნქციური დარღვევების თერაპიაზე. აქ მოდიფიკაციებს შორის ყურადღებას იქცევს სენსორული რეპროდუქციის ფართო გამოყენება ემოციურად შეფერილი ხატოვანი წარმოდგენების სახით; აგრეთვე სპეციალური სამკურნალო ჯგუფების გამოყოფა მსგავსი სინდრომების მიხედვით.

ავტორები გამოყოფენ შემდეგ კომპლექსებს:

— „სხეულის სიმშვიდე“. აქ მოხდა შულცის I ვარჯიშის და ჯეიკობსონის მეთოდის ერთგვარი შერწყმა, ხატოვანი წარმოდგენები კი უპირატესად ბუნების სურათებთან იყო დაკავშირებული. ვარჯიში მიმართული იყო ემოციური დარღვევების და ძილის მოშლის წინააღმდეგ.

— „სისხლძარღვები“ ამ შემთხვევაში მოხდა შულცის I და II ვარჯიშის და ჯეიკობსონის რელაქსაციის გაერთიანება. ხატოვან წარმოდგენებში აქცენტირებული იყო სითბოს შეგრძნება.

— „გული“ წარმოადგენს II და III ვარჯიშების მოდიფიკაციას. ყურადღება გადატანილია მარცხენა ხელზე, რომლის კანის სისხლძარღვების გაფართოება დიდ გავლენას ახდენს კორონარული სისხლის მიმოქცევის მდგომარეობაზე.

— „ფილტვები“. იგი შეიცავს სუნთქვითი ვარჯიშების ელემენტებს. სუნთქვის რიტმულობის უზრუნველყოფა ხდება ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის ფაზებს შორის დროითი ინტერვალის გუნებაში დათვლით. მას იყენებენ ბრონქიალური ასთმის, ქრონიკული პნევმონიის დროს. ვარჯიშისას გამოიყენება ფორმულები: „მე სრულიად მშვიდად ვარ, სრულიად მშვიდად ვარ. სავსებით მოწესრიგებულია ჩემი სუნთქვა. ვსუნთქავ თავისუფლად, ჩემი ძალისხმევის გარეშე, სპონტანურად.“



რა მშვენიერად ვსუნთქავ ჰაერს, თავისუფლად, თავისუფლად, მსუბუქად. მე სავსებით მშვიდად ვარ, სავსებით მშვიდად.”

— „მუცელი“ ი. შულცის V სტანდარტული ვარჯიშისაგან განსხვავებით, რომელიც დაკავშირებული იყო საერთოდ მუცლის ღრუში სითბოს გენერალიზებული შეგრძნებების გამოწვევასთან, თვითშთაგონების ფორმულები მიმართულია ცალკეულ ორგანოებზე — კუჭზე, ღვიძლზე და ა.შ.

— „თავი“ საგრძნობლადაა გაფართოებული VI სტანდარტული ვარჯიშის სიტყვიერი ფორმულირება. მაგალითად: „მე სრულიად დამშვიდებული ვარ. ჩემი თავი თავისუფალი და მსუბუქია. შუბლი სასიამოვნოდ გრილია. თავი ხდება ნათელი და თავისუფალი. მე შემოძლია კონცენტრირება ყოველგვარ აზრზე“ და ა.შ.

ავტორები აღნიშნავენ, რომ პაციენტთა 10%-თან შეინიშნება თავის ტკივილები, რაც აიხსნება სისხლძარღვთა ზედმეტი შევიწროვებით. ამ დროს რეკომენდებულია სითბოს შეგრძნების გამოწვევა შუბლის არეში.

აღნიშნული ვარჯიში გამოიყენება შაკიკის, მენიერის, თავის ტკივილის სხვა ფორმების, ტინიში სისხლის მიმოქცევის და ყურადღების ფუნქციის დარღვევის დროს.

საინტერესო სიახლეებს შეიცავს ე. კრეჩმერის „საფეხურებრივი აქტიური ჰიპნოზი“. ავტორი ამოდის საყურადღებო დებულებიდან, რომ ავადმყოფმა მკურნალობა არ უნდა მიიღოს საჩუქრის სახით. ამის გამო ფსიქოთერაპიის პროცესში მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცევა მკურნალ-პაციენტის ერთობლივ მოქმედებას უკანასკნელის თანდათანობით გააქტივებით. დასაწყისში პაციენტი ითვისებს სიმძიმისა და სითბოს შეგრძნების ვარჯიშებს, შემდეგ გადადის კუნთებისა და სისხლძარღვების ტრენირებაზე. ვარჯიშების ათვისება მიმდინარეობს სუგესტიის ზემოქმედების გამოყენებით, რომელსაც ე. კრეჩმერი უწოდებს „სიტყვიერ თანხლებას“ მეთოდის წარმატებით ათვისებისათვის იყენებდა სუნთქვით ვარჯიშებს და ზოგჯერ ხატოვან წარმოდგენებსაც. ძირითადად ეს მეთოდი მიმართულია ჰიპნოტიზაციის გაიოლებისა და თვითჰიპნოზის ჩვევის დაუფლებისაკენ. ამ მიზანს ემსახურება, კერძოდ, „ფიქსაციის“ ვარჯიში, რაც შემდეგნაირად ხორციელდება: სითბოსა და სიმძიმის შეგრძნების ვარჯიშის შემდეგ პაციენტი მხედველობას აფიქსირებს მკურნალის საჩვენებელ თითზე, რომელიც იმყოფება ავადმყოფის სახიდან 20სმ-ზე. ფიქსაცია გრძელდებოდა თვალების უნებლიე დახუჭვამდე, რომელსაც მოყვება ჰიპნოზური ტრანსი. ამ მდგომარეობაში ფსიქო-

თერაპია გრძელდება 1 სთ-ს. სეანსი მთავრდება გაღვიძებით „ვერბალური მართვის“ პრინციპით.

არ შევცდებით თუ ვიტყვით, რომ ე. კრეჩმერის მეთოდი მხოლოდ პირობითად შეიძლება მივაკუთვნოთ აუტოტრენინგის კატეგორიას. იგი ფაქტიურად აუტოტრენინგის და ჰიპნოთერაპიის ნაერთია.

მალალი საფეხური აუტოტრენინგი. თუ აუტოგენური წვრთნის „დაბალი“ საფეხური (ატ-1) ძირითადად მიმართულია ვეგეტატიური-სომატურ სფეროზე, მაღალის (ატ-2) მიზანი ი. შულცს წარმოდგენილი ჰქონდა როგორც უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციების ოპტიმიზაცია და პიროვნული დარღვევების კორექცია. ეს სისტემა უფრო მეტად დაკავშირებულია „რაჯა-იოგას“ პრაქტიკასთან და მისი ცალკეული ელემენტები შედის აუტოტრენინგის ბევრ თანამედროვე მოდიფიკაციაში.

ი. შულცის ატ-2-ის საფუძველია მედიტაცია. მისი არსი მდგომარეობს წარმოსახვის თანმიმდევრულ გავარჯიშებაში, რომლის საფუძველზეც ხორციელდება ხატოვანი წარმოდგენა და აფექტური განცდების ნეიტრალიზება. ავტორის მიხედვით, ამის დაწყება შეიძლება მხოლოდ საბაზო ვარჯიშების მაღალ დონეზე ათვისების შემდეგ, რის კრიტერიუმადაც ითვლება აუტოგენურ მდგომარეობაში სწრაფი გადასვლა (20-30 წამში) და მისი შენარჩუნება 1 საათით და მეტი ხნით. აუტოგენური მდგომარეობა აქტივობის სპეციფიკური სახეა, რომლის მიმდინარეობა ცნობიერად გადადის გარეგანიდან შინაგან სფეროზე. ამ მდგომარეობას ხშირად აღარებენ ჰიპნოზურ ტრანსს და ბუნებრივ ძილს. შეინიშნება მსგავსება ბევრი სომატური და ნეიროფიზიოლოგიური კომპონენტის მიხედვით, მაგრამ მათ შორის მნიშვნელოვანია სხვაობა ცნობიერების მდგომარეობის თვალსაზრისით. თუ ბუნებრივი ძილისას ცნობიერება „გამოთიშულია“ და ჰიპნოზური ტრანსისას დათრგუნული, აუტოგენური მდგომარეობისას იგი აქტიურია.

პასიური კონცენტრაციის მდგომარეობაში პაციენტებს აღმოუცენდებათ სხვადასხვა სახის სენსორული შეგრძნებები, რომელთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ვიზუალურ ფენომენებს. ეს არის ღრუბლისებური, მეტ-ნაკლებად სტრუქტურირებული, ფერადი და შავ-თეთრი, სტატიკური და დინამიკური მხედველობითი ხატები, რომლებიც სპონტანურად აღმოცენდება თვალდახუჭულ მდგომარეობაში. ვარჯიშები პასიურ კონცენტრაციაში წარმოადგენს მოსამზადებელ ეტაპს აუტოგენური მედიტაციისათვის და, ი. შულცის მიხედ-

ვით, უნდა გაგრძელდეს დაახლოებით 8 თვის განმავლობაში.

ამის შემდეგ შემსწავლელი შეუდგებიან მედიტაციის პირველი ვარჯიშის შესრულებას, რომლის მიზანია სპონტანურად აღმოცენებული ხატოვანი წარმოდგენის, მაგალითად, ფერის, ფიქსაცია. 2-4 კვირის შემდეგ შესაძლებელი ხდება მეორე ვარჯიშზე გადასვლა, რომლის მოცანაა გარკვეული ფერითი წარმოდგენის მიზანდასახული გამოწვევა. იმედროულად სტიმულირდება განსაზღვრული მიმართულების ასოციაციური პროცესები — „ფერი — ემოციური განცდები“. მაგალითად, ნარინჯისფერი — სითბოს განცდა, შავი — საერთო შფოთვა და ა.შ. მეორე ვარჯიშის ათვისების ხანგრძლივობა 4 თვემდეა.

მესამე ვარჯიშის დროს დასაწყისში ხდება იზოლირებული საგნის წარმოდგენა განზოგადებული სახით. (მაგალითად, სკამი საერთოდ), შემდეგ კონკრეტული საგნის განმასხვავებელი ნიშნებით (მაგალითად, დამტვრეული სკამი, ძველებური სავარძელი). ეს ვარჯიშები გრძელდება 4-6 თვეს, რომლის ბოლოსაც ზოგი წარმოდგენილ სიტუაციაში ხედავს საკუთარ თავსაც, რაც წარმატების ერთ-ერთ კრიტერიუმად ითვლება.

ამ ვარჯიშების კარგად ათვისების შემდეგ გადადიან მეოთხე ვარჯიშზე, რომლის დროსაც ხორციელდება აბსტრაქტული ცნებების („ბედნიერება“, „თავისუფლება“, „ქვემარტება“ და სხვა) ხატოვანი ეკვივალენტების გამოწვევა. შულცს აინტერესებდა ამ ეკვივალენტების ინდივიდუალური მხარე, რასაც იგი უკავშირებდა კონკრეტული პაციენტის არაცნობიერის შინაარსის გამოვლენას. მართლაც, „თავისუფლება“ ერთთან ასოცირდება „მჭროლავ თეთრ ცხენთან“, მეორესთან — „პაერში მოლივლივე არწივთან“ და ა. შ. მედიტაციის მეოთხე ეტაპის ათვისება გრძელდება 1-1,5 თვეს.

მეხუთე ვარჯიშის პროცესში ხდება თანდათანობითი გადასვლა ვიზუალური ხატების საკუთარ თავზე პროექციაზე, რაც ხორციელდება პირად განცდებზე კონცენტრაციის გზით.

მეექვსე ეტაპზე ხდება სხვა ადამიანთა სახეების მიზანმიმართული წარმოდგენა. დასაწყისში იგი ეხება უპიროვნო, ნეიტრალურ ხატებს (მაგალითად, მხატვარი, ვაჭარი და სხვა), შემდეგ კი ისეთ ადამიანთა სახეებს, რომლებთანაც პაციენტს ემოციური დამოკიდებულება აქვს. ვარჯიშის დასაწყისში ვლინდება წარმოსახული პირებისადმი უკიდურესი ემოციური დამოკიდებულებები: სიმპათია-ანტიპათია. ვარჯიშის კვალობაზე ხდება ასეთი დამოკიდებულებების ნეიტრალიზაცია, რაც

წარმოადგენს ამ ეტაპის ძირითად მიზანს.

აუტოგენური მედიტაციის დამამთავრებელი ეტაპია მეშვიდე ვარჯიში — „არაცნობიერის პასუხი“. წარმოდგენების ვიზუალიზაციის უნარის ათვისების შემდეგ პაციენტი საკუთარ თავს უსვამს კითხვებს, რომლებსაც პასუხობს „არა თვითონ“ აზრების ვერბალიზაციის სახით, არამედ ამას „კარანახობს“ სპონტანურად აღმოცენებული წარმოდგენები, რომელთა ვერბალური ინტერპრეტაცია ხდება შემდეგ. უფრო ხშირად (პასიური კონცენტრაციის პირობებში) ისმება კითხვები: „ვინ ვარ მე?“, „რა მინდა მე?“, „რა არის ჩემი უმთავრესი პრობლემა?“ და ა.შ. ავტორის მტკიცებით, მედიტაციის მდგომარეობაში ეს ხატები საოცარი გზით ფორმირდება ჭეშმარიტ წარმოდგენად.

მოცემული მეთოდის გაცნობისას დაკვირვებულ მკითხველს არ გაუჭირდება პარალელის გავლება იოგასა და ძენ-ბუდიზმთან.

აუტოგენური თერაპია (ვ. ლუთეს მოდლიფიკაცია). ამ ცნებაში თავის დროზე ი. შულცის თანაავტორმა ექვტომიან სახელმძღვანელოში ვ. ლუთემ გააერთიანა კლასიკური და მის მიერ შემოთავაზებული ხერხები. ი. შულცისაგან განსხვავებით მან სისტემის სტრუქტურა შემდეგი სახით წარმოადგინა: 1) სტანდარტული აუტოგენური ვარჯიშები (შეესატყვისება შულცის დაბალ საფეხურს); 2) აუტოგენური მედიტაცია (შულცის ატ-2); 3) აუტოგენური მოდიფიკაცია, რომელიც მოიცავს სპეციალურ ვარჯიშებს ორგანოებისათვის და ფორმულა-განზრახვებს (ანალოგიურია შულცის და კლაინზორგე-კლუმბიესის ხერხების); 4) აუტოგენური ნეიტრალიზაცია, რომელშიც გამოიყოფა ა) აუტოგენური რეაგირება და ბ) აუტოგენური ვერბალიზაცია. სწორედ სისტემის სტრუქტურის ეს მეოთხე ელემენტი წარმოადგენს ვ. ლუთეს მიერ შემოთავაზებულ სიახლეს.

ასევე სიახლეს წარმოადგენს ფორმულა-განზრახვების კლასიფიკაციის ლუთესეული ვარიანტი. იგი მათ 5 ტიპად ყოფს: 1) გამანეიტრალე-ბელი — „სულერთიას“ ტიპის: „სულერთია იქნება თუ არა ყვავილის მტვერი“ (მაგალითად, ალერგიის დროს); 2) გამამძლიერებელი. მაგ, „ჩემი ტვინი ლაპარაკობს ავტომატურად“ — ენაბრგვილობისას; 3) აბსტინენციურად მიმართული. მაგალითად, „მე ვიცი, რომ არ მივიღებ არც ერთ წვეთ ალკოჰოლს, არავითარ ფორმაში, არანაირ გარემოებაში; 4) პარადოქსული. მაგალითად, „მე მინდა ვწერო რაც შეიძლება ცუდად“ — წერითი სპაზმის დროს; 5) მხარდამჭერი. მაგალითად, „მე ვიცი, რომ არა ვარ წამლებზე დამოკიდებული“ — ასთმის დროს.

ახლა თვით აუტოგენური ნეიტრალიზაციის შესახებ. მის პირველ ელემენტს წარმოადგენს რეაგირება. ამ ეფექტის მიღწევისათვის ვ. ლუთე იყენებს ფსიქიკური ტრავმის გამომწვევი (ან ანალოგიური) სიტუაციის „გამეორებას“ ხდება წარმოდგენაში მისი აღდგენა, რომელზეც პაციენტი ახდენს სპეციფიკურ რეაგირებას. ისევე როგორც ფსიქოანალიზური სეანსისას, აუტოგენური რეაგირების დროსაც ფსიქოთერაპევტი ერთგვარ ნეიტრალიზაციას იჩენს, რომ ხელი არ შეუშალოს პაციენტის თავისუფალ ვერბალიზაციას, რასაც კათარზისის ფორმა აქვს.

აუტოგენური ნეიტრალიზაციის მეორე ხერხია ვერბალიზაცია, რომელიც მნიშვნელოვნად ახლოსაა უკვე განხილულ აუტოგენურ რეაგირებასთან, მაგრამ იგი ხორციელდება წარმოდგენების ვიზუალიზაციის გარეშე. ვერბალიზაცია ხორციელდება იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფური განცდები ექვემდებარება ზუსტ აღწერას. განსაზღვრული თემის (მაგალითად, „აგრესია“, „სურვილი“, „შიში“ და სხვა) ვერბალიზაცია ხორციელდება აუტოგენური რელაქსაციის პირობებში და გრძელდება მანამ, სანამ პაციენტი არ განაცხადებს, რომ მას უკვე აღარაფერი აქვს სათქმელი.

აუტოგენურ ვერბალიზაციას, ავტორის აზრით, უნდა მიემართოს მაშინ, როცა არ ხერხდება აუტოგენური რეაგირება. ორთავე შემთხვევაში ფსიქოთერაპევტი მთელი სეანსის განმავლობაში ინარჩუნებს ნეიტრალობას.

როგორც ი. შულცის აუტოგენურ მედიტაციაში, ისე ვ. ლუთეს ნეიტრალიზაციაში ბევრი რამაა საკამათო, განსაკუთრებით „მენცარის“ პოზიციიდან, მაგრამ ამ საკითხებს აქ არ შეეხებით. როგორც ჩანს, ამ მიდგომებში არსებულმა მეთოდურმა სიძნელეებმა განაპირობა, რომ მათ არ მიეცა ფართო გავრცელება ფსიქოთერაპიულ პრაქტიკაში.

აუტოტრენინგი, რა თქმა უნდა, არ არის პანაცეა, მაგრამ მას დიდი სარგებლის მოტანა შეუძლია როგორც მკურნალობის და პროფილაქტიკის, ისე გარკვეული საქმიანობის უკეთ შესრულების დროს. არ არსებობს აბსოლუტური გარანტიები, მაგრამ მისი დაუფლებით გეძლევათ შანსი:

გაიძლიეროთ თავდაუნჯების უნარი და მოიწესრიგოთ ყურადღება; ისწავლოთ სრულფასოვანი დასვენება და ენერჯის აღდგენა; გაიუმჯობესოთ ძილი;

უფრო ოპერატიულად და ეფექტურად განეწყოთ ყოველგვარი ქმე-

დებისათვის და მიაღწიოთ ფიზიკურ და ფსიქიკურ ძალთა მაქსიმალურ მობილიზაციას საჭირო მომენტებში და საჭირო მიმართულებით;

უფრო მოქნილი გახადოთ საკუთარი ფსიქიკა.

გაიწონასწოროთ თქვენთვის ნიშანდობლივ უარყოფით ემოციათა სიკვარბე, რაშიც არ უნდა შედგებოდეს იგი (ფხუკიანობა, გადამეტებული ლელვა, შიშები, სიმორცხვე და ა.შ.).

ფსიქიკური ზემოქმედებით გაიწონასწოროთ თქვენი ორგანიზმის „პერიფერია“: კუნთების ტონუსი, გულისა და სხვა შინაგანი ორგანოების მოქმედება და შეიძინოთ დამატებითი შინაგანი დამცველი ყველა არახელსაყრელი გარე თუ შიდა ზემოქმედებისგან და ა.შ.

როგორც ვნახეთ, აუტოტრენინგის მრავალი ვარიანტი არსებობს, რომლებიც ერთმანეთისაგან მიზანდასახულობითაც გამოირჩევა. ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს ვარჯიშის ინდივიდუალურ ხასიათს, სხეულის სხვადასხვა ნაწილებზე აქცენტირებას და სხვა, მაგრამ არის ზოგადი სახის კომპლექსებიც. მისი გამოყენება პრაქტიკულად ყველას შეუძლია. ახლა გთავაზობთ ასეთი სრული კომპლექსის ერთ ვარიანტს.

მე ვმშვიდდები;

ჩემი სხეული მოდუნდა და ისვენებს;

ჩემი შინაგანი ორგანოები მოდუნდა;

ჩემი ფეხის დიდი თითები მოდუნდა;

ჩემი ფეხის ყველა თითი მოდუნდა;

ჩემი ტერფები მოდუნდა;

ჩემი წვივები მოდუნდა;

ჩემი მუხლები მოდუნდა;

ჩემი ბარძაყის კუნთები მოდუნდა;

ჩემს ფეხებში სითბო ჩაიღვარა;

ჩემი ფეხები დამძიმდა;

ჩემი საჯდომი კუნთები მოდუნდა;

ჩემი ანუსი (უკანა ხვრელი) მოდუნდა;

ჩემი სასქესო ორგანოები მოდუნდა;

ჩემი მუცლის კუნთები მოდუნდა;

ჩემი წელის კუნთები მოდუნდა;

ჩემი მზისწული გათბა და მოეშვა;

ჩემი ზურგის კუნთები მოდუნდა;

ჩემი მკერდის კუნთები მოდუნდა;

ჩემი ხელის თითები მოდუნდა;

ჩემი ხელის მტევნები მოდუნდა;  
ჩემი წინამხრები მოდუნდა;  
ჩემი იდაყვები მოდუნდა;  
ჩემი მხრის კუნთები მოდუნდა;  
ჩემი ხელები ისე დამძიმდა, რომ ვერ ავწევ;  
ჩემი ხელები გათბა;  
ჩემი მხრები მოდუნდა;  
ჩემი ბეჭები მოდუნდა;  
ჩემი კისრის კუნთები მოდუნდა;  
ჩემი თავის კუნთები მოდუნდა;  
ჩემი სახე მოდუნდა;  
ჩემი სახე დამშვიდებულია და უმოძრაო;  
ჩემი გული მშვიდია და მოძრაობს რიტმულად;  
ჩემი გული ისვენებს;  
მთელ სხეულში სასიამოვნო სითბოს და სიმშვიდეს ვგრძნობ;  
მთელი ჩემი ორგანიზმი ისვენებს.

ამ ფორმულირების შემდეგ უფრო ხშირად იყენებენ ორ დამამთავრებელ ვარიანტს: დამაძინებელს და გამააქტიურებელს. პირველ შემთხვევაში მიმართავენ შემდეგ ფორმულებს:

მე მეძინება;  
ძილისკენ მისწრაფება ძლიერდება;  
ეს მისწრაფება სულ უფრო და უფრო ღრმავდება;  
ქუთუთოები მძიმდება;  
ვიძინებ.

გამააქტიურებელი ვარიანტი ასე წარიმართება:

მე დავისვენებ და ვიკრებ ძალებს;

ჩემი ხელებიდან, ფეხებიდან, მთელი სხეულიდან სიმძიმის და მოდუნების განცდა ქრება;

ჩემი ყველა კუნთი ხდება მსუბუქი და ელასტიური;

სიმხნევე სძლევეს ძილს;

სულ უფრო და უფრო მხნედ ვარ;

ჩემი თავი დასვენებულია და ნათელი;

ჩემი გუნება-განწყობა კარგია;

მე ენერჯით ვარ აღსავსე;

მე მზად ვარ ვიმოქმედო;

აღეჟ!

ენერჯის სწრაფ მოზღვავებას ხელს უწყობს ბოლოს ერთი-ორჯერ გაერქოლება. პრაქტიკაში ხშირად გამოიყენება ე. წ. მიკროაუტოტრენინგი, რომელსაც მიმართავენ წამიერი განტვირთვის მიზნით. ამ ხერხით სარგებლობა უფრო ხდება რიგ ში დგომისას, მოსაცდელში ლოდინისას, ტრანსპორტით მგზავრობის დროს და ა.შ. იგი ხორციელდება 1-2-ჯერ ღრმად ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვისას, რომელსაც თან ახლავს დაღლილობის და დაძაბულობის ორგანიზმიდან გამოდევნის განცდა. იგივე მიზნით გამოიყენება ამოოხვრაც. ალბათ, შემთხვევით არ უთქვამს ნ. ბარათაშვილს: „ოხვრა არის შვება უბედურისა“. ოხვრა მართლაც შვების მომგვრელად განიცდება როგორც უბედურებით გატანჯული ადამიანისათვის, ისე დაღლილისა და განერვიულებულისთვისაც. იგი ფიზიკური და ფსიქიკური განტვირთვის კარგი საშუალებაა.



## 2. ჯგუფური ფსიქოთერაპია

მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებს შორის ჯგუფურ მიდგომას მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა. მისი ფართოდ გავრცელება გაპირობებულია შემდეგი პრინციპებით: ეკონომიკურობა, თერაპიული ეფექტი ჯგუფის წევრებს შორის აღმოცენებული ურთიერთინდუქციის გამო და მკურნალობის სისტემაში აქცენტის გადატანა ნოზოცენტრული მიდგომიდან ანთროპო და სოციოცენტრულ მოდელზე. ამ შემთხვევაში პრიმატი ეკუთვნის ინდუქციის პრინციპს, თორემ, როგორც ამას კარგად დავინახავთ, ჯგუფური მიდგომა ძალზე ხშირად იყენებს სხვა ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობების მიერ შემუშავებულ მეთოდებს.

თვითშემეცნების მიზნით მცირე ჯგუფის გამოყენება ნაცადი იქნა მეორე მსოფლიო ომის დროს, როცა ფსიქოთერაპევტთა სიმკირის გამო არმიაში ნერვულ ავადმყოფებს მკურნალობდნენ არა ინდივიდუალურად, არამედ კოლექტიურად.

ჯგუფური ფსიქოთერაპიის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა კ. ლევისის მიერ 1940 წ. წამოყენებულმა იდეამ ესწავლებინა კოლექტივის ხელმძღვანელთათვის თანამშრომლებთან სწორი ურთიერთობა. ეს იდეა მისმა თანამშრომლებმა განახორციელეს მასაჩუსეტის ტექნოლოგიური ინსტიტუტის ბაზაზე, როცა შექმნეს სავარჯიშო ჯგუფები. შემდგომში მათ მუშაობა გააგრძელეს მიჩიგანის უნივერსიტეტში. ხელმძღვანელთა მომზადებიდან ეს პრინციპი გადატანილ იქნა სხვა სფეროებშიც და დადგინდა საინტერესო ზოგადი კანონზომიერება: ახალი ურთიერთობების შედეგად, რაც ეფუძნება ჯგუფის შიგნით აღმოცენებულ ნდობას და მეგობრულ ზრუნვას, მონაწილეებს არცთუ იშვიათად ეცვლებოდათ ხასიათის ნიშნები. ეს ვითარება გაითვალისწინეს ფსიქოთერაპევტებმა და მალე იგი თავიანთ შეიარაღებაზე აიყვანეს. ფსიქიკური აშლილობის ჯგუფური მკურნალობისას მთლიანადაა შეცვლილი სამიზნე, როცა შიდაპიროვნული კონფლიქტებიდან აქცენტი გადადის პიროვნებათშორისი ურთიერთობების შეცვლაზე. სხვადასხვა დონის ურთიერთობების დროს თითოეული არკვევს და თერაპევტთან ერთად აანალიზებს საკუთარ და სხვის მტკივნეულ, სუსტ ადგილებს და სწავლობს მათდამი ლოიალობას. ურთიერთობები განიხილება უაღრესად ინტიმურ დეტალებში, წახალისებულია გულახდილობა და გულწრფელი აღიარება. თერაპევტი მიზნად ისახავს პაციენტებს ასეთ ვითა-

რებაში ურთიერთობის მიუღებელი ფორმები შეაცვლევინოს უფრო ადეკვატურით.

ჯგუფური ფსიქოთერაპიის განვითარებაში მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის კ. როჯერსს, რომელიც ჰუმანისტური ფსიქოლოგიის პრინციპებზე დაყრდნობით ცდილობს პაციენტებს შეუქმნას თვითდამტკიცების, თვითრეალიზაციის შესაძლებლობები. ამისათვის იგი ფართოდ მონაწილეობდა ჯგუფური შეხვედრების და სულიერი ზრდის ცენტრების საქმიანობაში. მისი აზრით, ასეთი გაერთიანებები ხელს უწყობს საზოგადოებრივი კონტაქტების განმტკიცებას და სულიერი სიახლოვის განცდის ამალვებას.

ჯბუფური ფსიქოთერაპიის ზოგადი პრინციპები. იგი შეგნებულად და მიზანდასახულად მიმართავს ჯგუფის წევრებს შორის აღმოცენებულ ურთიერთმიმართების სისტემას, ე.ი. ჯგუფურ დინამიკას, რომლის დროსაც თითოეულ მონაწილეს ექნება საკუთარი თავის სრული გამოვლენის საშუალება და აგრეთვე შეიქმნება ეფექტური უკუკავშირის მექანიზმი. ამის შედეგად პაციენტი აღწევს პიროვნებათშორისი ურთიერთობების კანონზომიერებათა უფრო ღრმა გაგებას. ამ გამოვლენებაში საკუთარი როლის გააზრებას; აქვე მას ეძლევა ემოციურ განცდათა კორეგირების საშუალება. ეს მომენტები აუცილებელია ძირითადი მიზნის რეალიზაციისათვის — პაციენტის დამოკიდებულებათა სისტემის გარდაქმნა. ჯგუფმა რომ ეფექტურად განახორციელოს ეს მიზნები, იგი უნდა აკმაყოფილებდეს გარკვეულ პირობებს.

პირველ რიგში, იგი უნდა იყოს პაციენტის „ბუნებრივი“ ჯგუფის (ოჯახური, საწარმოო და სხვა) ერთგვარი მოდელი, რათა ხელი შეუწყოს მისი ქცევის სტერეოტიპების და განცდების უფრო ფართო დიაპაზონში გამოვლენას; ასევე უნდა იყოს საშუალება შეუფერხებლად იცვლებოდეს ჯგუფის მონაწილეებს შორის ფორმირებადი დამოკიდებულებები.

ეს მოთხოვნები გამოხატავს „ფსიქოთერაპიული ატმოსფეროს“ არსს. იგი, ბუნებრივია, არ შეიძლება აღმოცენდეს სპონტანურად, და მის ჩამოყალიბებაში გადაწყვეტია ფსიქოთერაპევტის მიზანმიმართული პროფესიული აქტივობა. მისი მეცადინეობით პაციენტების ჯგუფი უნდა გადაიქცეს ეფექტურ ფუნქციურ ფსიქოთერაპიულ ჯგუფად, რომელშიც ავადმყოფი ეცნობა სხვების წინაშე მდგარ სიძნელებს; იგი აღმოაჩენს, რომ მრავალი განზომილების მიხედვით ისინი ემთხვევა მის სიძნელებს. ეს მას ეხმარება გადალახოს იზოლირებულობის განცდა,

უადვილდება სხვების და საკუთარი მდგომარეობის შეპირისპირება და მათზე მსჯელობა. ემოციური „მიღების“ და გაგების მზაობის ატმოსფეროში პაციენტს ეძლევა იმ განცდების (პირველ რიგში, ემოციური დამოკიდებულებების) უფრო ღიად გამოხატვის საშუალება, რომელთაც აქამდე უარყოფდა (ხშირად არ უმხელდა საკუთარ თავსაც).

ამას მოყვება ჯგუფის წევრების შესატყვისი რეაგირება. ისინი პაციენტს აწვდიან ინფორმაციას მისი საქციელის აკვარაგიანობის, მიღებამიუღებლობის შესახებ.

პაციენტი იწყებს ჯგუფში განსაზღვრული როლის თამაშს, იგი სწავლობს სოლიდარობას, პარტნიორობას, თანამშრომლობას, საკუთარი განცდების და ქცევის სხვებთან შეპირისპირებას. ამასთან იგი ერთეუბა იმ ნორმებში, რომელიც იქმნება ჯგუფში, ეს კი ხელს უწყობს ქცევის გარკვეული ნორმების განმტკიცებას, განსაკუთრებით იმის წყალობით, რომ პაციენტი იწყებს საკუთარი თავის ხედვას „სხვისი თვალით“.

ისევე როგორც ინდივიდუალურ ფსიქოთერაპიაში, აქაც ურთიერთობის ძირითად საშუალებას წარმოადგენს ჯგუფის წევრებს შორის (ფსიქოთერაპევტის ჩათვლით) ვერბალური კომუნიკაცია. ამასთან უნდა აღინიშნოს ჯგუფური დინამიკის მნიშვნელობა, რომელსაც შემდეგი ფაქტორები განაპირობებს:

1) ჯგუფის მიზნები, ამოცანები და ნორმები, მათი ფორმირება და ცვლილება, გავლენა ჯგუფის წევრებზე;

2) ჯგუფში ლიდერობის სტრუქტურა, მასთან დაკავშირებული ხელმძღვანელობის, დამოკიდებულების და დაპირისპირების პრობლემები;

3) „ჯგუფური როლების“ — „ლიდერი“, „ექსპერტი“, „ვარსკვლავი“ და ა.შ. — ურთიერთმიმართება;

4) ჯგუფის სიმჭიდროვე — ჯგუფისადმი მისი წევრების სიმპათია, ჯგუფის ცხოვრებაში მონაწილეობის მოთხოვნილება და საერთო ამოცანების რეალიზაციაში თანამშრომლობა;

5) დაძაბულობა ჯგუფში — მტრობის და ანტიპათიის გამოვლენა;

6) ძველი ემოციური გამოცდილების და ურთიერთობის სტერეოტიპების აქტუალიზაცია;

7) ქვეჯგუფების ფორმირება, მისი ზეგავლენა ჯგუფის ფუნქციონირებაზე.

კოლექტიური ფსიქოთერაპიის პრინციპების ეფექტური განხორცი-

ელებისათვის ყველაზე უფრო მოსახერხებლად ითვლება „მცირე ჯგუფი“ — 8-12 წევრი. ამ პირობებში იქმნება პაციენტთა ინდივიდუალური თავისებურებების და პრობლემების გამოვლენის და თითოეული წევრისათვის ლიმიტირებული დროის სრული გამოყენების ოპტიმალური პირობები. ჯგუფი შეიძლება იყოს ამბულატორიული ან სტაციონარული, მოკლევადიანი (1-6 თვე) ან გრძელვადიანი (რამოდენიმე წელი). არჩევენ ასევე დახურულ (რომელშიც ყველა პაციენტი ერთდროულად იწეებს და ასრულებს მკურნალობას) და ღია (როცა მკურნალობადამთავრებული პაციენტების ადგილს ახლები იკავებენ და ფაქტიურად ჯგუფი შეუზღუდავი ვადით ფუნქციონირებს) ჯგუფებს. უფრო მიზანშეწონილად ითვლება ჰომოგენური ჯგუფები — დაავადების მსგავსი დიაგნოზით. არის მისი საპირისპირო — ჰეტეროგენული ჯგუფები. სასურველად ითვლება ასაკობრივი ცენზის შეზღუდვა 18-50 წლით. ამ დიაპაზონს გარეთ მყოფი პირები სასურველია ცალკე ჯგუფებად იქნან გაერთიანებული. ასევე სასურველადაა მიჩნეული ჯგუფში ქალების და მამაკაცების თანაბარი რიცხვის გაერთიანება. გარკვეულ შემთხვევაში მხედველობაში იღებენ ინტელექტის დონეს, ფიზიკურ დეფექტებს, სიმპტომატიკის განსაკუთრებულობას და ა.შ. აბსოლუტურად დაუშვებლად ითვლება ერთ და იგივე ჯგუფში სამსახურებრივ და სხვა ურთიერთობაში მყოფი ადამიანების ჩართვა.

ჯგუფური მეცადინეობების სიხშირეს და ხანგრძლივობას განსაზღვრავს სამკურნალო დაწესებულებების ხასიათი, თერაპიის მიზნები, მისი ჩატარების პირობები და სხვა. სტაციონარულ პირობებში ეფექტურად ითვლება კვირაში 3-4 მეცადინეობა თითოეული 80-90 წუთის განმავლობაში. ზოგჯერ მიმართავენ დღეში 3-4 საათიან მუშაობას კვირაში ერთი დასვენების დღით, 1-2 თვის განმავლობაში.

ხდება პაციენტების წინასწარი მომზადება ჯგუფური მეცადინეობის წინ. ფსიქოთერაპევტი აცნობს მათ ინსტრუქციის ტექსტს, რომელშიც ახსნილია თერაპიის პირობები. ამავე მიზნით ზორციელდება ინდივიდუალური ან ჯგუფური საუბრები. ზოგჯერ ახალ პაციენტს აძლევენ მოკმედ ჯგუფში მუშაობაზე დასწრების საშუალებას დამკვირვებლის სტატუსით. არის შემთხვევები, როცა მათ ახვედრებენ ყოფილ პაციენტებს.

ფსიქოთერაპიული მეცადინეობები სასურველია მიმდინეობდეს მკაცრად განსაზღვრულ დროს ერთ და იგივე შენობაში მოხერხებული სავარძლებით, რომლებიც წრიულად იქნება განლაგებული. ოთახი იზოლირებული უნდა იყოს გარეშე ხმაურისაგან. ინდივიდუალური

თერაპიისაგან განსხვავებით, არასასურველია ფსიქოთერაპევტი გამოიჩინოს ჩვეულებრივი სხვა წევრებისაგან პროფესიული ატრიბუტით — თეთრი ხალათით.

მიუხედავად მოცემულ დაწესებულებაში არსებული ფორმებისა და მეთოდებისა და ფსიქოთერაპევტის ინდივიდუალური სტილისა, იგი პირველსავე მეცადინეობაზე ვალდებულია გააცნოს პაციენტებს ძირითადი მოთხოვნები, რომელთა შესრულება სავალდებულოა:

- მეცადინეობათა განრიგის მკაცრი დაცვა;
- ილაპარკონ ყველაფერზე ღიად და გულწრფელად;
- არ გაიტანონ ჩვეულებრივი გარეთ არავითარი ინფორმაცია იქ მომხდარი მოვლენების შესახებ;
- დაეხმაროს ამხანაგს ჩვეულებრივად ადაპტაციაში;
- არ უნდა დაკარგოს დრო ზოგადი თემების განხილვაში; ჩვეულებრივი წევრების და საკუთარ პრობლემებზე იმსჯელოს კონკრეტულად;
- ყურადღებით მოისმინოს სხვათა აზრები, რჩევები, გააანალიზოს ისინი, მაგრამ გადაწყვეტილება მიიღოს დამოუკიდებლად.

მრავალი სპეციალისტის მიხედვით, გამოიყოფა ფსიქოთერაპიული ჩვეულების ფორმირების და ფუნქციონირების სამი ძირითადი ფაზა.

I ფაზა ხასიათდება დაძაბულობის მაღალი ხარისხით, რაც განპირობებულია როგორც თითოეული პაციენტის, ისე ჩვეულების მიმართ არსებული პრობლემებით. კონკრეტულად იგი გამოწვეული შეიძლება იყოს რეალური სიტუაციების მოთხოვნებთან და ფსიქოთერაპევტის სტილთან პაციენტთა მოლოდინის, განწყობის არდამთხვევით.

II ფაზაც ხასიათდება დაძაბულობის მაღალი დონით. მაგრამ თუ I ფაზაში ადგილი აქვს პასიურ მოქმედებას, ახლა დაძაბულობას იწვევს უფრო აქტიური, აფექტურად დამუხტული ქცევა, რომელიც გამოიხატება ფსიქოთერაპევტის მიმართ ნეგატიურ ტენდენციებში. ამ შემთხვევაში გამოსავალი უნდა მოიხაზოს ყოველგვარი კონფლიქტური სიტუაციის დეტალურ ანალიზში, აზრთა გულში ურთიერთგაზიარებაში. ამ ფაზაში უნდა მოხდეს ჩვეულების სტრუქტურირება, მისი წევრების აქტიურობის, პასუხისმგებლობის ამაღლება და შემქმნელობა, აღნიშნული პირობების დადებითად გადაჭრის შემთხვევაში ყალიბდება პაციენტთა პრობლემების გახსნისათვის სასურველი ემოციური ატმოსფერო.

III ფაზა წარმოადგენს აქტიურად მომუშავე ფსიქოთერაპიული ჩვეულების სიტუაციას. წინა ფაზაში შექმნილი დაინტერესების, გულახდილო-

ბის და სპონტანურობის გარემო ქმნის ძირითადი ამოცანის გადაწყვეტის პირობას — შეიცვალოს პაციენტის დარღვეული ურთიერთობების სისტემა, მოხდეს არაადეკვატური ქცევის ფორმებისა და რეაქციების კორექცია.

**ჯბუფშრი დისკუსია.** იგი კოლექტიური ფსიქოთერაპიის ღერძია. სადისკუსიო თემატიკა შემდეგ ძირითად კატეგორიად იყოფა: კონკრეტული პაციენტის ბიოგრაფია, მათი ქცევა განყოფილებაში (სტაციონარული მკურნალობის შემთხვევაში), მოცემულ მომენტში მათი ცხოვრებისეული სიტუაციები და პრობლემები, მოქმედება და განცდები ჩგუფში მეცადინეობის დროს. ასევე განიხილება ჩგუფში კონფლიქტები და ა.შ.

ძნელია ილაპარაკო დისკუსიის სტაბილურ სქემაზე. ყოველ სადისკუსიო მეცადინეობას საკუთარი სტრუქტურა აქვს, რომელიც მოცემულ მომენტში რაიმე საკითხის აქტუალობითაა ნაკარნახევი. თუ ჩგუფის წევრები აქტიურობენ და დისკუსიაც სასურველ კალაპოტში მიდის, ფსიქოთერაპევტი განზე დგომას არჩევს; ხოლო ჩგუფის პასიურობის და აზრთა ქაოტური გაცვლისას იგი ცდილობს მათ ამოქმედებას და მსჯელობის საინტერესო მიმართულებით წარმართვას. საჭირო შემთხვევაში ფსიქოთერაპევტი თვითონ სთავაზობს ჩგუფს წინასწარ მომზადებულ თემას.

ჩგუფური ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთ ნორმას წარმოადგენს პაციენტების ბიოგრაფიის ან პრობლემატიკის ე.წ. ფოკუსირებული განხილვა. მათი გადმოცემისას პაციენტი არ არის შეზღუდული არც ფორმის და არც შინაარსის თვალსაზრისით. ბოლოს იგი პასუხობს კითხვებზე და იძლევა დამატებით ინფორმაციას. ამ დროს ფსიქოვერაპევტის ამოცანა მდგომარეობს ინფორმაციის შეგროვებისათვის ჩგუფის გააქტიურებაში. საჭირო შემთხვევაში იგი შეკითხვებსაც კი უსვამს როგორც პაციენტს, ასევე ჩგუფს მონათხრობით გამოწვეული განცდებისა და შთაბეჭდილებების შესახებ. ერთი ბიოგრაფიის განხილვა შეიძლება გაგრძელდეს 1-3 სეანსის განმავლობაში. ფსიქოთერაპევტი მიისწრაფვის შეაპირისპიროს ეს მონათხრობი სხვა პაციენტების პრობლემებთან, რომლებიც უკვე იყო განხილული. ასევე ხდება შედარება პაციენტის წარსულ და მკურნალობის პერიოდის დამოკიდებულებებს, განწყობებსა და ქცევას შორის. უკანასკნელად პაციენტის პრობლემატიკის განხილვა ხდება ჩგუფიდან მისი წასვლის წინ, როცა მკურნალობა დამთავრებულად ითვლება. აქაც ხდება ორმხრივი აზრის გამოთქმა. ზოგ-

ჯერ ჯგუფი იხილავს პაციენტის მომავალი ცხოვრების გეგმებს და აძლევს მას რჩევებს.

რამდენადაც ერთ პაციენტზე ყურადღების ხანგრძლივ შეჩერებას უარყოფითი ეფექტი აქვს, ფსიქოთერაპევტი ცდილობს თავი აარილოს მონოთემატურ დისკუსიას.

საერთოდ ჯგუფთან ფსიქოთერაპევტის მუშაობისას ორგვარი ზემოქმედება გამოიყენება: ვერბალური და არავერბალური. პირველი შედარებით ადვილად ემორჩილება რეგისტრაციას და ანალიზს. მეორის გამოყოფა და კლასიფიცირება გაძნელებულია, მაგრამ ხშირად სწორედ ეს კატეგორია განსაზღვრავს ჯგუფში ატმოსფეროს. ზემოქმედების ამ ტიპს მიკუთვნება ფსიქოთერაპევტის მიმიკა, ვესტიკულაცია, ინტონაცია და ა.შ., რაც მოქმედებს პაციენტის აქტივობის ხარისხზე და გარკვეული ფორმის ქცევების განმტკიცებაზე თუ უარყოფაზე. ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სპეციალურ არავერბალურ ფორმებს განეკუთვნება ფსიქოტანვარჯიში, პროექციული ნახატი და მუსიკათერაპია.

ჯგუფის მუშაობისას თავს იჩენს სხვადასხვა სახის სიძნელე. გაძნელებული სამუშაო სიტუაცია შეიძლება შექმნას, მაგალითად, აგრესიულმა პაციენტმა, რომელიც თავისი ქცევით ბლოკირებას უკეთებს სხვების მოქმედებას. ასეთ შემთხვევაში ეფექტურად ითვლება სპეციფიკური ხერხი, როცა ეს პაციენტი ჯდება წრის გარეთ, ზურგშექცევით ჯგუფისაკენ და პასიურად ისმენს მსჯელობას მის შესახებ. ეს ვითარება მისთვისაც და ჯგუფის წევრებისთვისაც ქმნის არდასწრების ილუზიას, რაც ანელებს ეთიკურ პრობლემებს. ხშირად ეს ერთადერთი ეფექტური საშუალებაა ვაჩვენოთ პაციენტს, თუ როგორ აღიქმება იგი გარეშეთა მიერ.

სიძნელეს ქმნიან ის პაციენტები, ვინც ეჭიშვებიან და ცდილობენ ზეწოლა მოახდინონ ფსიქოთერაპევტზე. ეს ხელს უშლის შემჭიდროებული ჯგუფის ფორმირებას და, ამდენად, დასახული ამოცანების შესრულებას. ამ დროს ეფექტურ საშუალებად მიჩნეულია პაციენტის ქცევის და არათერაპიული გამონათქვამების თანდათანობითი იგნორირება, ასევე მათი „მოულოდნელი“ განხილვა ჯგუფის მიერ.

მესამე სახის სიძნელეს ქმნის ჯგუფში პასიური პაციენტების მნიშვნელოვანი რიცხვი. ეს იწვევს ხანგრძლივი პერიოდით მდუმარების სიტუაციას. ამ დროს ფსიქოთერაპევტი ორ გზას ირჩევს: იგი ან რაიმე პრობლემის წამოჭრით აღწევს ჯგუფის გააქტიურებას, ანდა თვით დუმილს ხდის განსჯის ობიექტად.

როგორც გამოცდილება აჩვენებს, დაძაბულობის გარკვეული დონე ჩვეულებრივ ხელს უწყობს პრობლემებზე უკეთ კონცენტრაციას და ამუხრუქებს „გართობითი“ ხასიათის აქტივობის გამოვლენას.

კიდევ ერთი სიძნელე იქმნება იმ პაციენტების მხრიდან, ვინც თავს იკავებს საკუთარ თავზე ლაპარაკისაგან. ეს ყველაზე მნიშვნელოვანი მომენტი, რამდენადაც საქმე ეხება ეთიკურ პრობლემებს. ხშირად ისინი ექვის ქვეშ აყენებენ საკუთარი განცდების და მისწრაფებების ჩვეულების წინაშე გამოვლენას. ასეთი სიძნელის წარმოჩენას ხელს უწყობს პაციენტთა ორიენტაცია ჩვეულებრივ მისვლამდე, როცა ისინი აქცენტს აკეთებენ მხოლოდ ფარმაცოთერაპიაზე, ჰიპნოზზე, ფიზიოთერაპიაზე და სხვა. ეს მეთოდები პაციენტისაგან არ მოითხოვს აქტიურ მოქმედებას და ასეთი განწყობის მქონე პირებს უჭირთ ჩვეულებრივ აქტივობა.

განსაზღვრულ სიძნელეს ქმნის პაციენტთა მცირე ქვეჯგუფების შექმნა, რომლებიც გვერდგვერდ სხდებიან და ინფორმაციის ურთიერთგაცვლით იფარგლებიან. ეს არღვევს ჩვეულების სიმჭიდროვეს. ამ დროს ფსიქოთერაპევტი ცდილობს ამ ქვეჯგუფის დაშლას: მოაწყობს მისი რომელიმე წევრის ბიოგრაფიის განხილვას.

როლური სიტუაციების ბათამაშება. ამ ფსიქოთერაპიული კომპონენტის ფუნქციაა უკეთ გამოვლინდეს ცალკეული პაციენტის პრობლემატიკა. იგი განსაკუთრებით სასარგებლოა, როცა შეიმჩნევა რეალური პრობლემებიდან გაქცევის ტენდენცია, მათი ზედმეტი აბსტრაგირება და ინტელექტუალიზება. იგი ასევე კარგი საშუალებაა, როცა პაციენტს უჭირს საკუთარი განცდების ვერბალიზაცია. როლური სიტუაციების გათამაშება შეიძლება გამოყენებულ იქნას დისკუსიის მსვლელობაში. პირველ შემთხვევაში ყველა პაციენტს ეძლევა ერთი თემა, რომელსაც რიგრიგობით გაითამაშებენ, რისთვისაც ირჩევენ პარტნიორს ჩვეულებრივად. ამასთან თემა შეიძლება იყოს სულ სხვადასხვა ხასიათის.

მაგალითად, თემა 1 — „მძიმე საუბარი“. პაციენტი ჩვეულების წინაშე გაითამაშებს მოსაუბრის როლს, რომელიც მისთვის მძიმეა ორი გარემოების გამო: იგი რთული თემა ან ეხება ამა თუ იმ სუბიექტთან გაძნელებულ ურთიერთობას, რის გამოც მასთან საუბარი უსიამოვნოა.

თემა 2 — „თხოვნა“ პაციენტმა რაიმე მნიშვნელოვანი უნდა სთხოვოს ადამიანს, რომელსაც არ ექნება მისი თხოვნის დაკმაყოფილების დიდი სურვილი.

თემა 3 — „მოთხოვნა“ უნდა მოვთხოვოთ რაიმე ადამიანს, რომ-



ელსაც არა აქვს ამის შესრულების სურვილი.

თემა 4 — „შერიგება“ უნდა შეუჩრიგდე ადამიანს, რომლის წინაშეც თავს დამნაშავედ თვლი.

თემა 5 — „უკმაყოფილება“ უნდა გამოიხატოს უკმაყოფილება ახლობელი ადამიანის მოქმედებისადმი, რომელიც თავის ქცევას სწორად მიიჩნევს.

თემა 6 — „წყენა“ უნდა გამოითქვას წყენა სხვა ადამიანისადმი, რომელიც ამას იმსახურებს.

სიტუაციის გათამაშების შემდეგ ჯგუფის წევრები იხილავენ ნანახს, ანალიზებენ და ადგენენ მიღწევებსა და ჩავარდნებს. იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტი გამოირჩევა დაურწმუნებლობით და მორიდებულობით, როლური სიტუაციის გათამაშებას მისთვის შეიძლება ჰქონდეს ქცევითი ტრენინგის ფუნქცია. მას ავალეებენ გაითამაშოს ის სცენები, სადაც განსაკუთრებით შებოჭილად გრძნობს თავს, თანაც გაითამაშოს რამდენჯერმე — სანამ თავს არ იგრძნობს მეტ-ნაკლებად თავისუფლად. ზოგჯერ პაციენტს ავალდებულებენ გაითამაშოს მისთვის დაპირისპირებული პირის როლი. მაგალითად, ცოლის, რომლის ქცევის და ხასიათის მიმართ აქვს პრეტენზიები. ამ დროს თვით მის როლს თამაშობს ჯგუფის რომელიმე წევრი ან ფსიქოთერაპევტი. ამ შემთხვევაში უკეთ ვლინდება „სხვისი თვალით“ ყურების ფენომენი.

ჯგუფზე ზემოქმედების დროს ფსიქოთერაპია იწყებს აგრეთვე ისეთ ვერბალურ ხერხებს, როგორცაა ინტეპრეტაცია, დარწმუნება და გადარწმუნება, ინფორმაციის მიწოდება და დამუშავება, განსაზღვრული ამოცანების დასმა და სხვა, რომელთაც საჭიროების შემთხვევაში მიმართავს ფსიქოთერაპევტი.

ფსიქოტანტანტარჯნიზი. იგი წარმოადგენს არავერბალური ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთ ფორმას, რომლის დროსაც კომუნიკაციის მთავარ საშუალებას წარმოადგენს მოძრაობითი ექსპრესია. იგი ჯგუფის წევრებისგან მოითხოვს ემოციის გამოხატვას მიმიკის და პანტომიმიკის საშუალებით. ეს ვარჯიშები ორი ნაწილისგან შედგება: მოსამზადებელი და პანტომიმიკური. პირველის მიზანს წარმოადგენს დაძაბულობის შესუსტება, ჯგუფის წევრებს შორის ემოციური დისტანციის შემცირება, სიტყვის გარეშე განცდების, აზრების გამოხატვის და გაგების უნარის გამომუშავება. როგორც წესი, ფსიქოტანტანტარჯნიზი იწყება ყურადღების განვითარების ვარჯიშებით. ტარდება ვარჯიშების სერია.

1. „დაგვიანება“ მთელი ჯგუფი იმეორებს ერთი მონაწილის მიერ

შესრულებულ ჩვეულებრივ ტანვარჯიშულ ილეთებს, ოღონდ წამყვანისაგან ჩამორჩებიან ერთი მოძრაობით. ვარჯიში იწყება ნელ ტემპში, შემდეგ კი თანდათან იზრდება.

2. „რიტმის გადაცემა წრეზე“. ჭგუფის წევრები რიგრიგობით იმეორებენ მოცემულ რიტმს ტაშის დაკვრაში.

3. „მოძრაობის გადაცემა წრეზე“. ჭგუფის ერთი წევრი იწყებს მოქმედებას წარმოდგენილი საგნით, შემდეგ მას აგრძელებს მისი მეზობელი ისე, რომ წარმოდგენილი საგანი შემოვივლის მთელ წრეს.

4. „სარკე“ ჭგუფის წევრები წყვილდებიან და რიგრიგობით სარკისებურად იმეორებენ პარტნიორის მოძრაობებს.

ვარჯიშების სხვა ჭგუფი მიმართულია ძირითადად დაძაბულობის მოსახსნელად და შედგება მარტივი მოძრაობებისაგან. ასეთია, მაგალითად, მე მივაბიჯებ წყალზე, ცხელ ქვიშაზე, მივიჩქარი სამუშაოზე, ვბრუნდები სამსახურიდან სახლში, მივიღივარ ექიმთან, ასევე ვარჯიში „მესამე ზედმეტი“

ვარჯიშების შემდეგი კატეგორია მიმართულია ჭგუფის წევრებს შორის ემოციური დისტანციის შემცირებისაკენ. აქ გამოიყენება უშუალო კონტაქტის მიღწევის ვარჯიშები: ვიწრო ადგილზე პარტნიორისათვის გვერდის ავლა, სხვის მიერ დაკავებულ სკამზე დაჯდომა, ნაწყენი ადამიანის დამშვიდება, შეხებით სხვა ადამიანისადმი თავისი დამოკიდებულების გამოხატვა, „გრძნობების გადაცემა წრეზე“ და ა.შ.

დაბოლოს, ხდება გაევარჯიშება სხვების არავერბალური ქცევის გაგებაში და სხვისთვის საკუთარი განცდების და აზრების უსიტყვო გადაცემაში. ეს ხდება შემდეგი ფორმით:

1. ექსტრემის საშუალებით სხვა ადამიანთან რაიმეს შესახებ შეთანხმება („საუბარი მინის მიღმა“).

2. ამა თუ იმ მდგომარეობის, განცდის (სიხარული, გაღიზიანება, რისხვა, წყენა, თანაგრძნობა) გამოხატვა.

3. რისი გამოხატვა უნდოდა სხვა ადამიანს?

4. ჭგუფის ყურადღების მიპყრობა.

ეს ვარჯიშები დამხმარე ხასიათისაა, თუმცა ამან შეიძლება დაიკავოს მსგავსი მეცადინეობისათვის გამოყოფილი დროის ნახევარიც. ეს დამოკიდებულია ჭგუფის შიგნით არსებულ სიტუაციაზე და მისი განვითარების ფაზაზე.

ვარჯიშების შემდგომ ეტაპზე იზრდება საკუთრივ პანტომიმური ამოცანების ხვედრითი წილი. აქ ფსიქოთერაპევტი აყენებს თემებს,

რომლებიც შეიძლება ეხებოდეს როგორც ცალკეულ პაციენტს, ისე ჯგუფში წამოჭრილ პრობლემებს.

1. „წინააღმდეგობათა დაძლევა.“ პაციენტები რიგრიგობით გამოხატავენ ცხოვრებისეული სიძნელეების დაძლევის სიტუაციას (სიმბოლურად „სიძნელეს“ შეიძლება ნებისმიერი საგანი გამოხატავდეს).

2. „აკრძალული ხილი“ პაციენტები გამოხატავენ ვითარებას, თუ როგორ იქცევიან სიტუაციაში, როცა მათი მისწრაფება არ შეესიტყვისება გარეგან ან შინაგან ნორმებს.

3. „ჩემი ოჯახი“. პაციენტი არჩევს ჯგუფის რამოდენიმე წევრს და განლაგებს მათ იმის მიხედვით, თუ როგორი ემოციური სიახლოვე აქვს ოჯახის წევრებთან.

4. „მოქანდაკე“ ერთი პაციენტი ასრულებს მოქანდაკის როლს და ჯგუფის წევრებს აძლევს იმ პოზას, რაც გამოხატავს მათ თავისებურებებს.

5. „ჩემი ჯგუფი“ მისი წევრების განლაგება უნდა შეესატყვისებოდეს ემოციური სიახლოვის ხარისხს. შეიძლება ასევე მოხდეს განლაგება სხვა ნიშნის მიხედვითაც.

ასეთი თემა მრავალი შეიძლება შეირჩეს ჯგუფის წევრების ინტერესების მიხედვით. ყოველი მათგანის შესრულების შემდეგ ხდება აღმოცენებული განცდების ანალიზი. შემდგომში მასალა გამოიყენება ჯგუფის დისკუსიაში.

**პროექციული სურათი.** მისი ფუნქციაც დისკუსიისათვის დამატებითი მასალის წარმოდგენაა. როგორც რეალური სიტუაციის გათამაშების და ფსიქოტანვარჯიშის მეთოდის, ისე პროექციული სურათის გამოყენება ხელს უწყობს ძნელად ვერბალიზებადი განცდების და პრობლემების გამოვლენას და გაგებას. მეცადინეობა ამ მიმართულებით შემდეგ ხასიათს ატარებს: თითოეული პაციენტი იღებს ფურცელს და იწყებს ხატვას მიცემული თემის მიხედვით. ეს თემები შეიძლება ეხებოდეს როგორც ინდივიდუალურ, ისე ჯგუფის შიდა პრობლემებს: როგორი ვარ მე, როგორი მსურს ვიყო, როგორი ვეჩვენები სხვებს, ჩემი ოჯახი, მე სხვა ადამიანებს შორის, ჩემი წარმოდგენა ნევროზიანი ავადმყოფის და ჯანმრთელის შესახებ, ყველაზე დიდი სიძნელე, ყველაზე სასიამოვნო და ყველაზე უსიამოვნო მოგონება, ჩემი მთავარი პრობლემა, სამი სურვილი, „ბედნიერების კუნძული“, ჩემი საყვარელი გმირი, ჩემი ჯგუფი და ა.შ.

ხატვისათვის გამოიყოფა 30 წუთი. შემდეგ მას აკრავენ დაფაზე და ჭგუფი იწეხს მის განხილვას. მის შესახებ აზრს გამოთქვამენ ჭგუფის წევრები, შემდეგ კი ავტორი. განხილვის საგანი ხდება მათ შეხედულე-ბაში არსებული განსხვავებაც.

იყენებენ მეცადინეობის სხვა ფორმასაც, როცა მთელი ჭგუფი ხა-ტავს ერთ სურათს. ამ დროს განხილდება თითოეული წევრის მონაწი-ლეობა, მისი წვლილი ნახატის შექმნაში და ფორმირებული ურთიერ-თობები.

ჭგუფური ფსიქოთერაპიის არავერბალურ ფორმებს განეკუთვნება მუსიკით მკურნალობის ერთ-ერთი ვარიანტი, რომელიც ცნობილია რეცეფციული მუსიკოთერაპიის სახელწოდებით. ამ საკითხს ჩვენ ქვე-მოთ განვიხილავთ, როცა შევეხებით ხელოვნების სამკურნალო ეფექ-ტებს. ცალკე განვიხილავთ აგრეთვე შრომათერაპიას, რომელიც გან-საზღვრული ფორმით ასევე შეიძლება მივაკუთვნოთ კოლექტიური ფსიქოთერაპიის სახეს.

ოჯახური ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი. იგი ჭგუფური ფსიქოთერაპიის თავი-სებურ ფორმას წარმოადგენს. მას დღეს თითქმის ყველა თანამედროვე ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობა მიმართავს. მის მიმართ ინტერესი კარგად გამოხატავს ოჯახის ფაქტორის როლის აღიარებას კონფლიქტე-ბის, ნევროზების და სხვა დაავადებების გენეზისში და მის პროფილაქ-ტიკაში.

ოჯახის წევრებს შორის ხდება ემოციური და მიმართებითი დარღვე-ვები, რაც შეიძლება გახდეს კონფლიქტების მიზეზი. ეს კონფლიქტები შეიძლება აღმოცენდეს მშობლებსა და შვილებს, მეუღლეებს, ბავშვებს შორის.

ფსიქოთერაპიის პროცესში თითოეული კონფლიქტი ანალიზდება ოჯახის ისტორიის, მისი წარსული გამოცდილების, თითოეული წევ-რის ფსიქოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით და ა.შ.

ოჯახური თერაპიის ჩატარების ფორმა და ტექნიკა მრავალმხრივია. იგი შეიძლება ტარდებოდეს ერთი ან ორი ფსიქოთერაპევტის მიერ ერ-თი ოჯახის წევრებზე, მათ წყვილებზე, სხვადასხვა ოჯახური წყვილები-საგან შემდგარ ჭგუფზე და სხვა. მკურნალობა შეიძლება ტარდებოდეს ამბულატორიულად და სტაციონარულად.

მკურნალობის ამ ტიპს განსაკუთრებით ხშირად მიმართავენ ალკო-ჰოლიზმის, ნარკომანიის, სხვადასხვა სექსუალური დარღვევების დროს. ოჯახური ფსიქოთერაპია მჭიდრო კავშირშია მედიცინასთან, სოციო-

ლოგიასთან, პედაგოგიკასთან და სხვა დისციპლინებთან, რაც ხშირად ორგანიზაციულადაცაა გაფორმებული, რამდენადაც არსებობს ოჯახისა და ქორწინების, ოჯახური მედიკო — ფსიქოლოგიური კონსულტაციის, ფსიქოპიგიენის და ოჯახური ურთიერთობების და სხვა კაბინეტები.

საერთოდ, ჯგუფური ფსიქოთერაპიის მიმართ გამოთქმულია როგორც საქმედარი, ისე კრიტიკული შეფასებები, რომელთაგან ბევრი სწორად გამოხატავს საქმის ვითარებას. ჩვენ ყურადღებას შემდეგ მხარეებზე გავამახვილებთ: ჯგუფური ფსიქოთერაპიის ხერხებით შესაძლებელია ეფექტურად ვიმოქმედოთ მსუბუქ ნევროზულ ფორმებზე. იგი ასევე წარმატებით შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც სოციალურ-ფსიქოლოგიური ტრენინგი, რაც 40-იანი წლებიდან ინტენსიურად ხორციელდება ხელმძღვანელ მუშაკთა მომზადების სფეროში. ორივე შემთხვევაში, ძირითადად, მსგავსი ამოცანები დგას: დაეხმაროს ადამიანს სოციალური ნორმების შეთვისებაში, ურთიერთობის კანონზომიერებათა გაცნობაში, საკუთარი დათრგუნული უნარების და მოთხოვნილებების გამოვლენაში, საკუთარი პოზიციების გამოხატვაში და ა.შ. ასეთი გამოხატვა და გამოვლენა ნევროტიკისათვის შვების მომგვრელია. ამასთან, თუ ჯგუფში იგი ადამიანებთან ურთიერთობასაც ისწავლის, მისი მდგომარეობა უმჯობესდება და ცხოვრებაც მეტნაკლებად ასატანი ხდება. მაგრამ სერიოზული ნევროტული (არაფერს ვამბობ ფსიქოზებზე) დაავადების განკურნება ამ გზით არ ხდება. ამას თუნდაც ისიც გვიჩვენებს, რომ ე.წ. ღია ფსიქოთერაპიულ ჯგუფებში წლობით მკურნალობენ. ამას ორი ძირითადი მიზეზი აქვს. ჯერ ერთი, არ ხდება ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზის მონახვა, და ამიტომ მკურნალობენ სიმპტომებს. მეორე, რომ ჯგუფში პაციენტს ძალზე უჭირს ღრმად ინტიმური განცდების გამოვლენა. როგორც ფსიქოანალიზური და მენცარის პრაქტიკა აჩვენებს, ავადმყოფს უშუალოდ ფსიქოთერაპევტის წინაშეც კი უჭირს ისეთი ფიქრების გამხელა, რომლებიც ინცესტსა და მამათმავლობას ეხება. ბუნებრივია, ჯგუფის წინაშე ასეთი „გაშიშვლება“ მისთვის დამატებით ფრუსტრაციას ნიშნავს. არადა, მათი სწორი ანალიზის გარეშე რაიმე გაუსჯობესებაზე სერიოზული ლაპარაკი ზედმეტია.

### 3. ჰუმანისტური ფსიქოთერაპია

XX საუკუნის 30-იანი წლებიდან დაიწყო და განვითარების მაღალ დონეს მიაღწია 50-იან-60-იან წლებში ახალმა მიმართულებამ, რომელიც იწოდება როგორც „მესამე გზა“ ან უფრო ხშირად — „ჰუმანისტური ფსიქოლოგია“. იგი იმთავითვე დაუპირისპირდა ორივე ძირითად მიმართულებას — ფსიქოანალიზს და ბიჰევიორიზმს. თუ ბიჰევიორიზმს ისინი აკრიტიკებენ ზედმეტად უპიროვნო და მექანიკური მიდგომისათვის, როცა ავადმყოფის „დეჰუმანიზაცია“ ხდება, პრეტენზიები ფსიქოანალიზის მიმართ უფრო არსებითია, თუმცა ვერ ვიტყვით, რომ კარგად დასაბუთებული. ჰუმანისტებს მიუღებლად მიაჩნიათ ფროიდისტების მტკიცება ინსტინქტებისა და ლტოლვების იმთავითვე ანტი-სოციალურობის შესახებ, როცა სოციალიზაცია განიხილება როგორც მრისხანე და უცხო დაწოლა ადამიანის ფსიქიკაზე. ფსიქოანალიზური პოსტულატის საპირისპიროდ, თითქოს ცხოველური ადამიანში აუცილებლად ცუდი ცხოველურია, თითქოს ბუნებრივი იმპულსები ეგოისტური და საზოგადოების მიმართ მტრულია, ჰუმანისტების ერთ-ერთი ლიდერი ა. მასლოუ აყენებს თეზისს, რომ სოციალურობა ძვეს ადამიანის თვით ბუნებაში. მათ აქვთ სიყვარულის, სიმპათიის, ურთიერთანაზიარობის და სხვა ჰუმანური მოთხოვნები. ა. მასლოუს მთავარ ამოცანად მიაჩნია ამ მოთხოვნებთანაა აქტუალიზაცია, ხოლო ანტიჰუმანური საზოგადოებრივი მოთხოვნების აღმოფხვრა, როცა ადამიანის აქტივობა მიმართული იქნება არა ვიწრო ეგოისტური ინტერესებისაკენ, არამედ ფართო სოციალური მიზნებისაკენ. ფსიქიკურად ჯანსაღი ადამიანი, მისი აზრით, ისწრაფვის არა უსაფრთხოებისა და თვითდაცვისაკენ, არამედ საკუთარი ტალანტისა და პოტენციის სრული გამოვლენისა და გამოყენებისაკენ. ჰუმანისტებს ამ ამოცანების გადაწყვეტისათვის მნიშვნელოვან იარაღად მიაჩნიათ ფსიქოთერაპიის გამოყენება, რომლის დახმარებითაც ადამიანმა უნდა შესძლოს დაძლიოს წინააღმდეგობები და მიაღწიოს ძირითადის განხორციელებას — თვითაქტუალიზაციას. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი დეტალი: თუ ფროიდისათვის ნევროზი არის ბავშვობის პერიოდში მიღებული ტრავმის შედეგი, ჰუმანისტებისათვის იგი გამოწვეულია წინსვლაში წარუმატებლობით, როცა იქმნება ბარიერი თვითაქტუალიზაციის გზაზე.

თუ ფსიქოანალიზი და ბიჰევიორიზმი ისწრაფვიან შეუმსუბუქონ

ავადმყოფს სულიერი სატანჯველი ან შეუცვალონ სპეციფიკური ანომა-  
ლური ქცევა, ჰუმანისტური ფსიქოთერაპია ადამიანს ჰპირდება შეუქ-  
მნას თვითრეალიზაციის შესაძლებლობა სოციალურ, სულიერ და ემო-  
ციურ სფეროებში. ამ მიზანს ემსახურება „გზუფური შეხვედრები“ და  
„სულიერი ზრდის ცენტრები“, სადაც უნდა მოხდეს ადამიანის ცენტ-  
რალური ბირთვის „მე — სისტემის“ გახსნა, საკუთარ თავზე სწორი  
წარმდგენების შემუშავება.

ამდენად, ჰუმანისტების მეთოდი გზუფური ფსიქოთერაპიაა, მაგრამ  
აქცენტით ადამიანის თვითშემეცნებასა და თვითრეალიზაციაზე.

ჰუმანისტების მნიშვნელოვანი თეორიული პრინციპია ადამიანის  
შინაგანი სტრუქტურის წვდომა და თვითაქტუალიზაცია. ა. მასლოუს  
მიხედვით, ეს უკანასკნელი ნიშნავს: ადამიანი ვალდებულია გახდეს ის,  
რაც მას შეუძლია გახდეს; იგი ვალდებულია შეასრულოს თავისი მისია  
მთელი საკუთარი უნარებისა და შესაძლებლობების გამოყენებით. თვი-  
თაქტუალიზაციის მაღალი ჰუმანოიდური მოთხოვნილება აღმოუცენ-  
დებათ მხოლოდ ჯანსაღ ადამიანებს. ნევროტიკებს ასეთი მოთხოვნილე-  
ბა არა აქვთ. თვით ნევროზი, ა. მასლოუს აზრით, სწორედ იმ ადამიან-  
ებს აღმოუცენდებათ, რომელთაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო არა აქვთ  
თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილება. ეს ვითარება ქმნის ადამიანში  
კონფლიქტურ მდგომარეობას, რაც იწვევს ნევროზს. აქედან გამომდი-  
ნარე, ადამიანის (და საერთოდ საზოგადოების) გაჯანსაღების მექანიზ-  
მად მიჩნეულია არა სოციალური რევილუცია, არამედ ფსიქოთერაპია,  
რომელიც შესაბამისობაში მოიყვანს ადამიანის მოთხოვნილებასა და  
სოციალურ სიტუაციას.

ამ მიმართულების მნიშვნელოვანი წარმომადგენელია გ. ოლპორტი.  
მის მიხედვით, ადამიანი წარმოადგენს „ღია სისტემას“, რაც იმას  
ნიშნავს, რომ მისი განვითარება მიმდინარეობს სხვებთან ურთიერთო-  
ბაში. ღია სისტემა ნიშნავს არაანტიგონისტურ დამოკიდებულებას სუ-  
ბიექტსა და გარემოს შორის, რაც ადამიანს საშუალებას აძლევს განა-  
ვითაროს მიკრო და მაკროსოციალური სამყარო. ღიაობის პრინციპში  
ის აზრიცაა გატარებული, რომ ადამიანსა და გარემოს შორის არ არის  
წონასწორობა. ამიტომ ადამიანი სულ მუდამ უნდა ისწრაფვოდეს ახა-  
ლი ურთიერთობის ფორმირების და განვითარებისათვის. არც თვით  
ადამიანს აქვს მყარი პარამეტრები. სწორედ მათი მუდმივი ფორმირება  
წარმოადგენს არსებობის ძირითად ფორმას.

პიროვნების განვითარების მექანიზმად გ. ოლპორტი მიიჩნევს ნიშ-

ნებს, თვისებებს. ეს არ არის ხასიათის ნიშნები, თვისებები. ეს არის „თვისება-მოტივი“ ან „თვისება-ინტერესი“.

ამ პრინციპზე დაყრდნობით გ. ოლპორტი გამოყოფს ნიშან-თვისებებს, რომლებიც ახასიათებს ჯანსაღ პიროვნებებს: 1) აქტიური პოზიცია სინამდვილის მიმართ; 2) გამოცდილების მისაწვდომობა ცნობიერებისათვის (ანუ არ უნდა მიმართავდეს დაცვით მექანიზმს); 3) თვითშემეცნება; 4) აბსტრაგირების უნარი; 5) ინდივიდუალიზაციის მუდმივი პროცესი; 6) ნიშან-თვისებათა ფუნქციური ავტონომია; 7) ფრუსტრაციისადმი მდგრადობა.

პიროვნების უმნიშვნელოვანეს პირობად გ. ოლპორტი მიიჩნევს „წონასწორობისადმი წინააღმდეგობის“ შესაძლებლობას. დაძაბულობა კი არ უნდა აღმოიფხვრას, არამედ შენარჩუნებულ იქნას. ამ დებულების დასამტკიცებლად ავტორი მიმართავს გამოჩენილ ადამიანთა ცხოვრებას, რომელიც არის წინააღმდეგობათა გადალახვის უწყვეტი პროცესი. უფრო მეტიც, გამოჩენილი ადამიანები მუდმივად მისწრაფვიან აქეთვე.

ნევროტიკებისათვის დამახასიათებელ ნიშან-თვისებად გ. ოლპორტი მიიჩნევს შემდეგს: 1) სამყაროს მიმართ პასიური პოზიცია; 2) ყოველგვარი დაცვითი საშუალებები (განდევნა, სუბლიმაცია, პროექცია, ჩანაცვლება); 3) ქეშმარიტი ვითარების გამრუდება; 4) აზროვნების შეზღუდულობა; 5) მოუქნელობა, გახევება განვითარებაში.

გ. ოლპორტის აზრით, ადამიანის ქცევის მოტივი შეიძლება იყოს არა მხოლოდ რეალური ობიექტი, არსებული სიტუაცია, არამედ ფანტაზია, წარმოდგენა იმის შესახებ, რაც შეიძლება მოხდეს. არ არის აუცილებელი, რომ ეს წარმოდგენა იყოს ცნობიერი, იგი უფრო ხშირად გაუცნობიერებელია. ეს ვითარება კარგად ვლინდება მრავალი ფსიქოპათიური მოქმედების ანალიზისას, როცა წარმოსახულ მიზანს ისეთივე აღმძვრელი ფუნქცია აქვს, როგორც რეალურს.

ჰუმანისტური ფსიქოლოგიის თვალსაჩინო წარმომადგენელია კ. როჯერსი, რომელმაც ყველაზე მეტი კვალი დააჩნია ამ მიმართულების ფსიქოთერაპიას. კ. როჯერსი შეეცადა თავისი ფსიქოლოგიური შეხედულებებისათვის ახალი თეორიული საფუძველი მოემზადებინა, რომელიც, მისი აზრით, უფრო ნაყოფიერი და ჰუმანურია, ვიდრე სხვა თანამედროვე ფილოსოფიური თეორიები. ამ მიზნით იგი კრიტიკულად აანალიზებს ბიჰევიორიზმის და ფსიქოანალიზის ბაზისურ პოსტულატებს და ამ საფუძველზე გამოკვეთს საკუთარ პოზიციას. იგი სამართ-



ლიანად აღნიშნავს, რომ ყოველი ფსიქოლოგიური მიმართულება გულისხმობს ადამიანზე გარკვეულ ფილოსოფიურ შეხედულებას, რაც აუცილებელ ზეგავლენას ახდენს მასზე. ბიჰევიორისტიკისათვის ადამიანი წარმოადგენს რთულ, მაგრამ შესწავლად მანქანას, რომელსაც შეიძლება ვასწავლოთ სწორი აზროვნება, გარკვეული მიმართულებით მოძრაობა, გარემოების შესატყვისი მოქმედება. ფროიდისათვის ადამიანი ირაციონალური არსებაა, რომლის ქცევა განსაზღვრულია მისი წარსულით და ამ წარსულის პროდუქტით — არაცნობიერით. მათგან განსხვავებით ჰუმანიტურ-ექსისტენციალური მიმდინარეობა ადამიანს განიხილავს ისეთ არსებად, რომელიც მუდმივად აყალიბებს თავის თავს, აცნობიერებს ცხოვრებაში საკუთარ დანიშნულებას, არეგულირებს სუბიექტური თავისუფლების საზღვრებს. ადამიანი შეიძლება მარტოსულად გრძნობდეს თავს რთულ გარემოში, შეიძლება იყოს ამ გარემოს შემადგენელი ნაწილი, ამასთან ჰქონდეს უნარი საკუთარ შინაგან სამყაროში გარდაქმნას მატერიალური სივრცე, მისცეს შევსება თავის ცხოვრებას.

კ. როჯერსის აზრით, ამ გაგების თანახმად ადამიანი უარს ამბობს „არათავისუფლების კომფორტზე“. ის ირჩევს თვითონ, ცდილობს რთულ სამყაროში მიაღწიოს თავისთავადობას. იგი თავს აღწევს მანქანის, მარიონეტის მდგომარეობას და იმუშაავებს ინდივიდუალურ „მეს“

ფსიქოთერაპიულმა პრაქტიკამ მკვლევარი დაარწმუნა, რომ „მე“ თითოეული ადამიანისათვის უდიდესი მნიშვნელობის ობიექტია. კლიენტები საკუთარ განცდებს ძალზე ხშირად გამოხატავენ ასეთ ღებულებებში: „მე ვგრძნობ, რომ არა ვარ მე“, „მე არ მსურს, რომ ვინმემ შეიცნოს ჩემი რეალური მე“, „მე ვფიქრობ, რომ ყოველგვარი ზერელობისაგან განწმენდის შემდეგ გამოჩნდება მტკიცე, რეალური „მე“ და ა.შ. ასევე თერაპიის პროცესში ცვლილებებს კლიენტები მჭიდროდ უკავშირებენ საკუთარ „მეს“

კ. როჯერსისათვის სწორედ „მე“ (სელფი და არა ეგო) არის პიროვნების ცენტრი. მის მიხედვით, არსებობს ქცევის რეგულაციის ორი სისტემა — „მე“ და ორგანიზმი. ორგანიზმის ძირითადი ტენდენცია არის თავისი თავის აქტუალიზაცია, შენარჩუნება და გაძლიერება. ორგანიზმის ქცევები უთანხმდება „მეს“. ეს უკანასკნელი ფორმირდება სხვა ადამიანებთან ურთიერთობაში და ორგანიზმისა და გარემოს ურთიერთქმედებისას. ამ საფუძველზე ფორმირდება „მე — კონცეფცია“, რომელიც წარმოადგენს ადამიანის თვითრეგულაციის ინტეგრალურ მექა-

ნიზმს. ამ სისტემაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია ადამიანის მიერ საკუთარი ნიშან-თვისებების და გარე სამყაროსადმი დამოკიდებულებების აღქმას და შეფასებას. ამდენად, ცენტრალური მნიშვნელობის ხდება თვითშეფასების კატეგორია. თვითშეფასება შეიძლება იყოს როგორც უშუალო, ისე გადმოღებული, ნასესხები სხვა ადამიანებისაგან. ამასთან იგი შეიძლება იყოს შემცდარი, რამდენადაც თავს არიდებს რეალურ ვითარებაში შემოწმებას და მხოლოდ შინაგანი თვითთანხმობისაკენ მიისწრაფვის. ამდენად, თვითშეფასების ფორმირება არ მიმდინარეობს უკონფლიქტოდ.

როცა გარემოს და გარემომყოფთა შეფასება არ შეესიტყვისება თვითშეფასებას, ადამიანი ღვება დილემის წინაშე, მიიღოს სხვების შეფასება თუ დარჩეს საკუთარ აზრზე, ანუ გააუფასუროს თავისი თავი თუ სხვები. ხორციელდება „აწონვის“ რთული პროცესი, რომელსაც კ. როჯერსი „ორგანულ შეფასებით პროცესს“ უწოდებს. მას საილუსტრაციოდ მოაქვს ბავშვის განვითარების მაგალითი, როცა დასაწყისში შეფასების წყარო თვით მის ორგანიზმშია. ასეთ შემთხვევაში ერთი და იგივე საკვებს ბავშვი იღებს ან უარყოფს ორგანიზმის მდგომარეობის შესაბამისად. არჩევანს ამ დროს არ განაპირობებს მშობლების, აღმზრდელების აზრი, რეკლამა და ა.შ. შემდგომში ბავშვი ღალატობს თავისი „ორგანიზმის სიძნელეს“, ხელს იღებს ინდივიდუალურ შეფასებაზე და თავის ქცევას უქვემდებარებს სხვების შეფასებას, რომ არ დაკარგოს მათი სიყვარული. ბავშვი სწავლობს უნდობლად მოეკიდოს საკუთარ განცდებს, სურვილებს. ბევრი ადამიანი სწორედ ამ გზით იყალიბებს ღირებულებით ხატებს, რაც ხშირად უკიდურესად წინააღმდეგობრივია. ასეთ ვითარებაში ადამიანი სულ უფრო სცილდება რეალურ თვითშეფასებას, რის გამოც იგი აგებს დაცვით სისტემებს საშიშროების წინააღმდეგ. ამ საფუძველზე იგი იძენს ცხოვრებისეულ გამოცდილებას.

საკუთარ გამოცდილებაზე დაყრდნობით ადამიანი აყალიბებს შინაგან ჰიპოთეზებს. შინაგან გამოცდილებაზე დაყრდნობით ჩვენ ვამოწმებთ, ვაზუსტებთ, ვადიფერენცირებთ მოწოდებულ ჰიპოთეზებს, რომლებიც ხშირად ფორმირდება არცთუ ნათლად გამოხატული განცდების ბაზაზე.

როცა „მე-სისტემა“ რიგიდულია, მაშინ მასთან შეუსაბამო გამოცდილება და გარემო აღიქმება როგორც მუქარა, რის გამოც ხდება მისი ან დამახინჯება ან საერთოდ უარყოფა. მაგრამ ფსიქოლოგიურად არ ხდება მისი არსებობის შეწყვეტა. როცა ადამიანი ცდილობს რაღაც არ

უნდა დაუჯდეს შეინარჩუნოს ასეთი არაადეკვატური წარმოდგენები, იგი იძულებული ხდება მას მისცეს მეტი სიმკაცრე. ეს კიდევ უფრო მეტად იწვევს მძიმე ფსიქიკურ აშლილობას, რომლის დროსაც აუცილებელი ხდება ფსიქოთერაპევტის ჩარევა. ფსიქოთერაპიამ უნდა მოახდინოს უფსკრულის ლიკვიდირება „მე-კონცეფციასა“ და უარყოფილ რეალურ გამოცდილებას შორის, მიუახლოვოს ადამიანი საკუთარ შინაგან გამოცდილებას. ეს ხდება ისეთ სიტუაციაში, რომელიც არ შეიცავს მუქარას, როცა კლიენტი მთლიანად ენდობა თერაპევტს. შედეგად ფორმირდება ახალი, უფრო მოქნილი „მე - კონცეფცია“, რომელიც ორიენტირებულია შინაგან შეფასებით პროცესებზე. ქცევის შეცვლა ხდებაო ავტომატურად, როგორც საკუთარი წარმოდგენების გარდაქმნის შედეგი. სისტემის მოქნილობა, როგერსის მიხედვით, ნიშნავს თანხმობას საკუთარ თავთან, ორგანიზმისა — „მესთან“, რაც მას გზას უხსნის სწორი გამოცდილების დაგროვების და შემდგომი განვითარებისაკენ. მოქნილობა ცხოვრების ცვლად პირობებთან ურთიერთობისას წარმოადგენს ფსიქიკური სიჯანსაღის ერთ-ერთ ძირითად პირობას.

სწორედ „მეს“ სტრუქტურის გარდაქმნის, მისთვის მოქნილობის მიწიჭების მიზანს ისახავს კ. როგერსის მიერ მოწოდებული თეორია და ფსიქოთერაპიული მეთოდი, რომელიც ცნობილია როგორც ინდივიდუალური, არამიმართული, კლიენტზე ცენტრირებული. მკურნალობა განიხილება როგორც პროცესი, რომლის საშუალებითაც პიროვნება ხდება „ღია“ მთელი რეალური ცხოვრებისეული გამოცდილების მიმართ და თითქოს ხელახლა პოულობს საკუთარ თავს.

როგერსის მეთოდის მიხედვით ფსიქოთერაპევტი არ უნდა ახდენდეს პაციენტზე შთაგონებით ზემოქმედებას. მათ შორის კონტაქტი უნდა ეფუძნებოდეს ურთიერთპატივისცემას. ორთავე არიან საუბრის თანაბარუფლებოვანი მონაწილენი. ეს იმდენად მნიშვნელოვანი პრინციპია, რომ როგერსი პაციენტის ან ავადმყოფის მაგივრად იყენებს კლიენტის ცნებას. თერაპევტის ფუნქცია მდგომარეობს ისეთი სიტუაციის შექმნაში, როცა იგი გამოდის კლიენტის მეორე „მეს“ როლში და გაგებით ხვდება მის შინაგან სამყაროს. ინდივიდუალური პოზიციისადმი ღრმა პატივისცემის სიტუაციაში კლიენტი იხსნება და ზოგჯერ პირველად შეიცნობს ამა თუ იმ განცდის მნიშვნელობას. საინტერესოა, რომ შემდგომში როგერსის იდეა თერაპიის სფეროდან გადაიზარდა არამიმართული ქცევის ზოგად ფსიქოლოგიურ მიმართულებაში — ჯანსაღი ადამიანების ურთიერთობაც უნდა იყოს ინდივიდუალური.

აქტუალურად ჟღერს კ. როჯერსის მოთხოვნა ფსიქოთერაპევტიკისადმი: არ უნდა მიუღდეთ კლიენტს მზა სქემით, გაითვალისწინეთ ის, თუ რას ფიქრობს თვითონ საკუთარი სიმძნელებების შესახებ. მაგრამ არ იქნება ამ დროს ადეკვატური ამის შესახებ კლიენტს პირდაპირ ვკითხოთ. უკეთესია შესწავლილ იქნას ავადმყოფის ქესტები, სიტყვები, ხმის მოდულაცია, მაგრამ მეთოდის ძირითადი არსი იმაში მდგომარეობს, რომ ფსიქოთერაპიული სეანსის დროს შეიქმნას ატმოსფერო, როცა დახვეწილად და დანდობით მოხდება ორიენტაციების შინაგანი სისტემის გახსნა. სეანსის მიმდინარეობისას კლიენტი ხვდება, რომ შეუძლია ფსიქოთერაპევტზე გადაიტანოს საკუთარი არარეალიზებული სურვილები, ზიზლი საკუთარი თავისადმი, შერყული რწმენის სისტემა თუ პირადი სამყაროს სხვა ასპექტები. ყოველივე ეს უნდა მიმდინარეობდეს კლიენტისადმი დიდი ემპათიის გამოხატვის ფონზე, რაც საფუძვლად ედება მის პიროვნულ ცვლილებებს. სპეციალური ექსპერიმენტებით იქნა დადასტურებული ამ ორი ცვლადის (თერაპევტის ემპათია და კლიენტის შინაგანი ცვლილებები) კანონზომიერი კორელაცია ფსიქოთერაპიის პროცესში.

ჰუმანისტური მიმართულების დამსახურებად შეიძლება ჩაითვალოს თვითშეფასების, „ღია სისტემის“, თვითაქტუალიზაციის, ღირებულებითი ორიენტაციების, პიროვნების გარემოსთან ურთიერთობის პრობლემათა წინ წამოწევა. ძალზე მნიშვნელოვანია აგრეთვე ფსიქოთერაპევტის ფუნქციათა განსაზღვრა. ამ მოძღვრებისადმი ჩვენი პოზიცია თითქმის იგივე დებულებით შეიძლება გამოიხატოს, რაც მოცემული გვაქვს „გუფური ფსიქოთერაპიის“ დასკვნით ნაწილში. აქ დამატებით შევნიშნავთ, რომ არამართებულია კ. როჯერსის პოზიცია, როცა იგი ზ. ფროიდის დებულებებს ფსევდომეცნიერულს უწოდებს. მეორე მხრივ, იგი სამართლიანად აკრიტიკებს ბიჰევიორიზმის პოზიციებს, თუმცა ფსიქოთერაპიული ეფექტის თვალსაზრისით ვერც თვითონ დააღწია თავი ძირითად ნაკლს: მკურნალობენ არა დაავადების გამომწვევ ძირითად მიზეზს, არამედ ამა თუ იმ სიმპტომს.

#### 4. ბიჰევიორისტული ფსიქოთერაპია

ეს მიმართულება სხვადასხვა სახელწოდებითაა ხოლმე წარმოდგენილი: „პირობითრეფლექსური ფსიქოთერაპია“, „ქცევითი ფსიქოთერაპია“ და „ვარჯიშის ფსიქოთერაპია“, თუმცა ამით მისი ძირითადი პოსტულატი არ იცვლება. ეს პოსტულატი მოცემული დასახელებებიდანაც კი გამოიყვანება: ვარჯიშის შედეგად ხდება არაადეკვატური პირობითი კავშირების გაწყვეტა და უფრო მისაღების შემუშავება. მათი სწავლებისა და განმტკიცების მეოხებით ხდება ქცევის ახალ მოდელზე გადასვლა.

ბიჰევიორისტული თერაპია, ბუნებრივია, ეყრდნობა ქცევით (ბიჰევიორისტულ) ფსიქოლოგიურ მიმდინარეობას, რომელიც XX საუკუნის დასაწყისში ჩამოყალიბდა ამერიკაში. ამ პერიოდისათვის გაცნობიერებულ იქნა, რომ ინტროსპექციული ფსიქოლოგია უძლურია ბევრი პრობლემის გადაწყვეტის დროს, მათ შორის აზროვნების და მოტივაციის. ექსპერიმენტულად იქნა დადგენილი ისეთი ფსიქიკური პროცესების არსებობა, რომლებიც არ ცნობიერდება და ამდენად მიუწვდომელია ინტროსპექციისათვის (თვითდაკვირვებისათვის). მაგალითად, ე. თორნდაიკის ლაბირინთში მოთავსებული ცხოველები პრობლემების გადაწყვეტას აღწევდნენ „ცდის და შეცდომის“ მეთოდით, ე.ი. რაიმე მოძრაობების ბრმა არჩევით. შემდგომმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ხდება წარმატების მომტანი მოძრაობების განმტკიცება, დაფიქსირება, სხვების კი — უარყოფა. ბიჰევიორისტების აზრით, ამ საფუძველზე ხდება მიზანშეწონილი ქცევის შესწავლა, დაუფლება.

ბიჰევიორიზმზე დიდი გავლენა მოახდინა ი. პავლოვის მოძღვრებამ პირობითი რეფლექსების შესახებ, მისმა და ვ. ბებტერევის მიერ შემუშავებულმა ცხოველის და ადამიანის ობიექტური ექსპერიმენტული შესწავლის მეთოდებმა. ბიჰევიორიზმის მამამთავარმა ჯ. უოტსონმა ჩათვალა, რომ ცნობიერება არ ექვემდებარება ობიექტურ შესწავლას და ამიტომ აქცენტი გადაიტანა სტიმულისა და რეაქციის კავშირზე. შემუშავებულ იქნა „მოქმედების“ კატეგორია, მისი ფორმირების და შეცვლის სისტემა, რაც დაკავშირებულ იქნა სწავლის პრინციპებთან. შემდგომ ნეობიჰევიორიზმმა მეტი ყურადღება მიაქცია შინაგან ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ პროცესებს, რის გამოც ძირითად სტემაში სტიმულსა და რეაქციას შორის სხვადასხვა შუალედური ცვლადებიც

იქნა მოთავსებული, მაგრამ ბიჰევიორისტულ თერაპიაზე ამას დიდი გავლენა არ მოუხდენია.

ბიჰევიორისტული თერაპია ავადმყოფურ მოვლენებს განიხილავს როგორც არასასურველ ჩვევებს და ისწრაფვის დაეხმაროს ადამიანს თავი დააღწიოს სტრესზე მავნე რეაქციებს და შეცვალოს ისინი ახალი, უფრო ჯანსაღით. მაგალითად, როცა დათრგუნულ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანი უნდობლად უყურებს საკუთარ უნარებს და პესიმიტურად მომავალს, ამ შემთხვევაში ბიჰევიორისტული თერაპია აყენებს ამოცანას შეაცვლევინოს პაციენტს თვით აზროვნების წესი. რამდენადაც ასეთი ავადმყოფისათვის ტიპიურია თვითგვემა, მკურნალი ეხმარება მას რაც შეიძლება ხშირად განიცადოს კმაყოფილება თუნდაც უბრალო ამოცანების გადაწყვეტისას. ამით ნევროტიკი სწავლობს თვითგანადგურების ინსტინქტური მოწოდებების შეკავებას და თავს აღწევს განცდას ხედავდეს საკუთარ თავში მუდმივი წარუმატებლობისათვის განწირულ ადამიანს.

სხვადასხვა სახის ვარჯიში მიმართულია იქით, რომ გაუცნობიეროს პაციენტს საკუთარი აქტიურობის მნიშვნელობა, რის საფუძველზეც შესაძლებელი ხდება ავადმყოფური გამოვლინებების დათრგუნვა და თვითრეგულაციის დონის ამაღლება. მაგალითად, აგორათობიის დროს, როცა ადამიანს აქვს ქუჩაში გამოსვლის შიში, თითქოს გული გაუხდება ცუდად, მას თანდათან უზრდიან სეირნობის მარშრუტს. აქვე თერაპევტი აძლევს განმტკიცებას, რომ მისი გული გაუძლებს უფრო ხანგრძლივ მოძრაობას და ასევე დადებითად უფასებს უკვე განხორციელებულ სეირნობას. ასეთი ქმედების შესახებ რეკომენდაციას ჯერ კიდევ 1911 წ. იძლეოდა ოპენჰაიმი.

ქვევითი ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთ პიონერად ითვლება ვ. ბებტერევი, რომელმაც 1915-1918 წ.წ. შეიმუშავა ნერვულ-ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობის ახალი მეთოდი. ავტორმა მას უწოდა „შეთანხმებით-რეფლექტორული თერაპია“, რომელსაც იყენებდნენ ისტერიული დამბლის, სიყრუის, სიბრმავის, შარდშეუკავებლობის, სქესობრივი გაუჯუღმარებების და სხვა სახის დარღვევების სამკურნალოდ.

50-60-იანი წლებიდან ბიჰევიორალური ფსიქოთერაპიის მეთოდების ფართო გამოყენება დაიწყო განსაკუთრებით ჯ. უოლპის და ჰ. აიზენკის გავლენით.

უოლპი თავის მეთოდს აფუძნებს რეციპროკული (თანაზიარი) შეკავების პრინციპზე. იგი ამოღის მოსაზრებებიდან: თუ შიშის გამომწვევი

ობიექტის არსებობისას, ეს რეაქცია ნაწილობრივ ან მთლიანად იქნება შეკავებული, ამით შესუსტდება კავშირი მასა და შიშის განცდას შორის. მეთოდი შეიცავს ორ ელემენტს. ახალი რეაქციის ფორმირება, რომელსაც არაერთი სავსე არა აქვს შიშთან და ამავე დროს — შიშის პირობითი შეკავება. ამ პრინციპზე აგებული პრაქტიკული ხერხი იმაში მდგომარეობს, რომ სრული რელაქსაციის მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს თანმიმდევრულად ვაჩვენოთ შიშის გამომწვევი გარემოებების იერარქია. ავტორმა მას უწოდა სისტემატური დესენსიბილიზაციის მეთოდი, რაც ნიშნავს რაიმე ზემოქმედებაზე ორგანიზმის გაძლიერებული მგრძობელობის შემცირებას ან აღკვეთას. არსებობს ამ პრინციპზე აგებული სხვადასხვა ხერხი. მათგან ყველაზე მარტივში შიშის ეტაპობრივი აღკვეთა ხორციელდება ავადმყოფის წარმოდგენაში, მაგალითად, ფობიურ სიტუაციაში წარმოსახული ჩაღრმავების გზით. ისეთ შემთხვევებში, როგორცაა ცხოველების ან ტრანსპორტით გადაადგილების შიში, იქმნება 20 სიტუაციისაგან შემდგარი „იერარქიული სკალა“, რომელთაც პაციენტი აღადგენს თანმიმდევრულად — დაწყებული ყველაზე მარტივით და მეტად ამაღლელებლით და შემაშფლთებლით დამთავრებული. პირველ სიტუაციას პაციენტი წარმოიდგენს 15-40 წამის განმავლობაში, შემდეგ წარმოსახავს დამამშვიდებელი ხასიათის სიტუაციას რელაქსაციის მდგომარეობაში, რომელსაც აღწევს ჭეიკობსონის მეთოდის გამოყენებით. პირველი სიტუაციის აღდგენა ხდება რამოდენიმეჯერ, რასაც მოყვება მეორეზე გადასვლა და ა.შ. თუ პაციენტი ფლობს სიტუაციას, ის აღმართავს მარჯვენა ხელის თითს, ხოლო შიშის ან მღელვარებისას — მარცხენა ხელის თითს. თითოეულ შემთხვევაში სიტუაციის ფლობის კვალობაზე ფსიქოთერაპევტი ხელმძღვანელობს გადასვლას შემდგომი სირთულის სიტუაციაზე. თითოეული სეანსი გრძელდება 20-30 წუთს. ჯ. უოლპი ეყრდნობა მოსაზრებას, რომ სტიმული, რომელიც არ იწვევს შიშს წარმოსახულ სიტუაციაში, არ იქნება შიშის აღმძვრელი არც რეალურ სინამდვილეში.

ამავე სტილით ზემოქმედებენ ადამიანზე, რომელიც განიცდის ხალხმრავალი შეკრებისადმი შიშს. აქაც თერაპევტი — ბიჰევიორსტი ცდილობს პაციენტს შეუმუშაოს შესაბამისი პირობითი რეფლექსები, რომ გახადოს იგი თავშეყრილი ხალხისადმი ნაკლებმგრძობიარე. ამ შემთხვევაში დგება პაციენტის დადებითი ემოციების გამოწვევის ამოცანა, რისთვისაც მას აიძულებენ ვარჯიშების სერიის შესრულებას. მან ჯერ უნდა მოახდინოს აზრების კონცენტრაცია რაიმე სასიამოვნოზე და მო-

აღუნოს კუნთები, რათა მიაღწიოს შინაგანი სიმშვიდის განცდას. როცა პაციენტი ისწავლის ამ მდგომარეობის მიღწევას, მას სთავაზობენ წარმოიდგინოს რამდენიმე ხალხმრავალი სცენა. ზოგჯერ ამ ვითარების გამომხატველ ფოტოსურათსაც აჩვენებენ: დასაწყისში ის შეიძლება ასახავდეს მცირე ჯგუფს, შემდგომ კი უფრო და უფრო ხალხმრავლობას. თუ მათი ჩვენებისას პაციენტი რომელიმეზე უარყოფით რეაქციას გამოავლენს, მას მაშინვე მოაშორებენ და ავადმყოფს აბრუნებენ რელაქსაციის მდგომარეობაში. შემდეგ სეანსებში ისევ აჩვენებენ მღელვარების გამომწვევ სცენას, რითაც ასწავლიან მის „მიღებას“. როცა ნევროტიკი აღარ ამჟღავნებს შფოთვის მძაფრი მასობრივი სცენების მიმართ, იგი განკურნებულად ითვლება.

აღნიშნული მეთოდის ზოგიერთ ვარიანტში იყენებენ დიაპოზიტებს, სპეციალურ კინოფილმებს და წამლებსაც რელაქსაციის გადვილებისათვის. ფილმის დემონსტრაციის შემთხვევაში მას თან ახლავს ფსიქოთერაპიული ინსტრუქციაც. რელაქსაციის ადვილად მიღწევის მიზნით კი ზოგი იყენებს ნატრიუმის ტიოპენტალის შეყვანას ვენაში. როგორც სპეციალისტები აღნიშნავენ, ასეთ კონდიციამდე მიყვანილი მეთოდის გამოყენება შეუძლია საშუალო სამედიცინო პერსონალსაც.

სხვა ვარიანტში სისტემატური დესენსიტილიზაცია ხორციელდება არა წარმოდგენით, არამედ რეალურ სინამდვილეში, მაგალითად, პაციენტის შეყვანით მისთვის საშიშ სიტუაციაში. ეს ვარიანტი მეტ სიმწელებებთანაა დაკავშირებული, მაგრამ, როგორც ფიქრობენ, უფრო ეფექტურია, განსაკუთრებით იმ პაციენტებისათვის, ვისაც დაქვეითებული აქვს წარმოსახვის უნარი.

ამასთან, ზოგმა მკვლევარმა ექვევეშ დააყენა ჯ. უოლპის მეთოდში რელაქსაციის გამოყენების აუცილებლობა. მათ ექსპერიმენტულად დაამტკიცეს, რომ შიშის ობიექტის პირდაპირი ხანგრძლივი ჩვენებით შესაძლოა ჩაქრობის ეფექტის მიღწევა. ეს შედეგი კარგად ეხმაურება ი. პავლოვის პრინციპს, რომლის თანახმად პირობითი სტიმულის დემონსტრაცია განმტკიცების გარეშე იწვევს პირობითი პასუხის გაქრობას.

„მოზღვავეების“ მეთოდის გამოყენებისას პაციენტი ფსიქოთერაპევტთან ერთად იმყოფება შიშის გამომწვევ სიტუაციაში მანამ, სანამ შიშის სიმპტომები არ შემცირდება. სეანსი გრძელდება 1 — 1,5 საათს. მთელი ამ დროის განმავლობაში პაციენტი არ უნდა გაექცეს ფიქრებით ამ სიტუაციას, არ უნდა გადაიტანოს ყურადღება სხვა რაიმეზე. ასე ტარდება დაახლოებით 10 სეანსი, რის შედეგადაც ავადმყოფი აგრძე-



ლებს ვარჯიშს დამოუკიდებლად. ეს მეთოდი ტარდება ასევე ჯგუფურადაც. მაგალითად, აგორაფობიით შეპყრობილთა ჯგუფური მეცადინეობა იწყება 45 წუთიანი საუბრით, რომლის დროსაც მკურნალი მათ აცნობს დაავადების არსსა და გამოვლენის თავისებურებებს, რომლის შემდეგ იწყება მოქმედება რეალურ საშიშ სიტუაციებში — ქუჩის ან მოედნის გადაჭრა დამოუკიდებლად თუ სხვისი დახმარებით.

დაახლოებით იგივე ვითარებასთან გვაქვს საქმე სხვა მეთოდიკის გამოყენებისას, როცა ტანატოფობიისას (აკვიატებული სიკვდილის შიში) ავადმყოფი უსმენს თხრობას საკუთარი სიკვდილის შესახებ. აქ ხშირად უსაზღვროა ფსიქოთერაპევტის ფანტაზიის სიმკაცრე. მაგალითად, გველის შიშით შეპყრობილ პაციენტს აიძულებენ წარმოიდგინოს ჯერ გველი. როცა ჩაქრება შეფთვის განცდა ამ სცენის წარმოდგენაზე, პაციენტს სთხოვენ წარმოიდგინოს, თუ როგორ იყვანს ხელში გველს. შემდეგ სიტუაცია თანდათან მძაფრდება: პაციენტი წარმოიდგენს თუ როგორ კბენს მას გველი თითზე, თვალზე, ცხვირზე და ა.შ. წარმოსახული გველი შეიძლება ჩაუძვრეს მას პირში და აქედან კუჭში. სეანსების მიხედვით სცენები შეიძლება განმეორდეს სხვადასხვა ვარიანტში ისე, რომ შეიძლება შეეხოს კიდევ პაციენტის შიშის ღრმად მდებარე საწყისებს. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს ქცევითი ფსიქოთერაპიის შეერთებას ფსიქოანალიზის ელემენტებთან, რომელიც ითვალისწინებს ბავშვურ ტრავმულ გამოცდილებას.

გარკვეულწილად ამავე სისტემას ეკუთვნის ვ. ფრანკლის მიერ შემუშავებული „პარადოქსული ინტენციის“ მეთოდი. მართალია, იგი ბივიორისტი კი არა, ექსისტენციალისტია, მაგრამ მისი მეთოდიც ითვალისწინებს ავადმყოფური ქცევის კორექციას. ამ მეთოდის მიხედვით, ავადმყოფს აიძულებენ შეინარჩუნოს სწორედ ის მოთხოვნილება, რისაც მას ეშინოდა. აქ მთავარია საკუთარი ფობიის მიმართ დამოკიდებულებების „გადაბრუნება“, მისი გაძლიერება და არა მისგან გაქცევა. მაგალითად, ავადმყოფს ჰქონდა შიში, რომ გაძლიერებული გულისცემა გამოიწვევდა გონების დაკარგვას და დაცემას. ფსიქოთერაპევტმა მას ურჩია შემდეგი ფორმულის გამოყენება: „ჩემი გულისცემა უფრო და უფრო გაძლიერდება და მე ცნობიერებას დაკარგავ პირდაპირ ქუჩაში“. ამასთან პაციენტს მიეცა წინადადება სპეციალურად ევლო იმ ადგილებში, სადაც მას შეიძლებოდა აღმოცენებოდა გულისცემა და გონების დაკარგვა. ორი კვირის შემდეგ შიშმა გაიარა. ვ. ფრანკლის მიხედვით, ამ მეთოდის გამოყენება 75% შემთხვევაში იძლევა სხვადასხვა ხა-

რისხით გაუმჯობესებას.

ქვევითი თერაპიის მეთოდებიდან ყურადღებას იქცევს „ჟეტონური სისტემა“. როცა პაციენტები აღწევენ ფსიქოთერაპევტისთვის მისაღებ ქცევის ფორმას, მათ შეუძლიათ ჟეტონები გაცვალონ მათთვის საინტერესო საგნებზე ან შეღავათებზე. ერთ შემთხვევაში მისი გამოყენება მოხდა მოზარდთა ჯგუფზე. 9-14 წლიანების 28 ბავშვიანი ჯგუფი შედგენილი იყო ემოციური დარღვევების კლინიკური სურათის მიხედვით. ფსიქოთერაპევტსა და პაციენტებს შორის ურთიერთობის პრინციპი ფორმულირებული იყო როგორც „რაიმე რაიმეზე“ გარკვეული ტიპის ქცევაზე ისინი იღებდნენ ბალებს, რომლებიც შემდგომ ფულის გარკვეულ ოდენობაში ჰპოვებდა ასახვას. ასეთ შემთხვევაში ითვლება, რომ წარმატებას მოყვება განმტკიცება და, შესაბამისად, ქცევის შეცვლა.

ბიჰევიორალური თერაპიის მეთოდურად გამდიდრების საქმეში მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ცნობილმა ინგლისელმა ფსიქოლოგმა ჰ. აიზენკმა. აქ აღვნიშნავთ ერთ მათგანს, რომელიც ცნობილია „შეზიზღების“ სახელით. ხელის ფსიქოგენური კანკალის დროს სპეციალური ხელსაწყოს მეშვეობით პაციენტი იღებს მსუბუქ, მაგრამ უსიამოვნო ელექტრულ დარტყმას ხელზე.

თუ კლასიკური სქემის მიხედვით, ბიჰევიორისტული ფსიქოთერაპია ცდილობს უმკურონალოს ქცევას ისე, რომ გვერდი აუაროს პაციენტის პიროვნებას და მის განცდებს, ბოლო ათწლეულებში სხვა მეთოდებთან შეხების გავლენით ამ მიმდინარეობამ მეტი ყურადღება მიაქცია ავადმყოფთა ინდივიდუალურ თავისებურებებს, გარემოს, პიროვნებათშორის ურთიერთობებს, ავადმყოფობის ხასიათს და ა.შ. მიუხედავად ამისა, მთავარი აქცენტი მაინც არაადეკვატური ქცევის შეცვლაზე კეთდება და არა დაავადების გამომწვევი მიზეზების გამოვლენაზე, რასაც ადასტურებს მრავალი კლინიკური შემთხვევა.

მკურნალმა გაარკვია, რომ პაციენტის ენაბრგვილობას გარკვეული ხასიათი აქვს. კერძოდ, იგი თავს იჩენს საპასუხისმგებლო სიტუაციაში, როცა ზედმეტ ყურადღებას აქცევს თვით სიტყვების გამოთქმას. ასეთი ანალიზის შემდეგ იქნა შედგენილი ვარჯიშის ფორმა. რამდენადაც პაციენტი დამატებით ყურადღებას უთმობს თვით მეტყველებას, მას წინადადებას აძლევენ აქცენტი გააკეთოს მეტყველების შინაარსზე, რითაც მოხდა თვით სიტყვების წარმოთქმის კონტროლის მოხსნა.

სხვა შემთხვევაში, როცა ავადმყოფი აკვიატებულ მოქმედებას ავტო-

მატურად ასრულებს, პირიქით ვარჯიში თვითკონტროლის გამოუმუშავებაში იწვევს დადებით ეფექტს. ავადმყოფს აწუხებდა ჩვევა იატაკიდან ან მიწიდან აეკრიფა ქალაღის ნაგლეჯები. ამ შემთხვევაში პაციენტს მიეცა რჩევა აუცილებლად დაეთვალა თუ დღეში რამდენჯერ განახორციელებდა აკვიატებულ მოქმედებას, ამასთან იგი უნდა ცდილიყო მათი რიცხვის შემცირებას. თვლას ჰქონდა თვითკონტროლის ამოღების ამოცანა. მეორე მხრივ, კი არ ხდებოდა ყურადღების მოწვევა აკვიატებული მოქმედებიდან, არამედ, პირიქით, უფრო მეტად მასზე მიიმართებოდა. ამან თავისი დადებითი ეფექტი გამოიღო.

ლოგონევროზების შემთხვევაში მეტყველების ფუნქციური ვარჯიშების საინტერესო სისტემა შეიმუშავეს ნ. ასათიანმა და მისმა კოლეგებმა. მთავარი ყურადღება ექცევა პაციენტის თანდათანობით, ეტაპობრივ ჩართვას მეტყველების სულ უფრო ფართო კომუნიკაციაში. იგი იწვება მეტყველების შემამსუბუქებელი აუტოტრენინგით და მკურნალთა კეთილგანწყობილ კოლექტივთან ურთიერთობით, შემდეგ კი ხდება გადასვლა უფრო რთულ ცხოვრებისეულ საკომუნიკაციო სიტუაციებში — ქუჩაში, ტრანსპორტში, მაღაზიაში, ტელეფონზე საუბრისას და საჯარო გამოსვლისას.

ფუნქციური ვარჯიშები ბიჰევიორისტული ფსიქოთერაპიის ფარგლებში, ბუნებრივია, გარკვეული პროგრამით ტარდება, რომელსაც ერთგვარი სტანდარტული ხასიათი აქვს. ჯგუფურად ჩატარებული ვარჯიშის ერთი პროგრამა ასეთი ხასიათისაა: დასაწყისში მკურნალი აცნობს პაციენტებს სიტუაციას, სვამს კითხვებს და სთხოვს მათ ჩაწერონ ფურცელზე სწორი, დარწმუნებული პასუხი. ამის შემდეგ მკურნალი და ერთი პაციენტი გაითამაშებენ ამ სიტუაციას, ამასთან ფსიქოთერაპევტი თავის თავზე იღებს დაჯერებული ადამიანის როლს. ამით იგი ჯგუფს უჩვენებს მოცემულ სიტუაციაში შესაძლო ადეკვატური მოქმედების მოდელს. შემდეგ ორ პაციენტს ევალება განმეორებით გაითამაშოს სიტუაცია, სადაც თითოეული მათგანი ერთხელ მაინც გამოვა თავდაჯერებული ადამიანის როლში. ფსიქოთერაპევტი განამტკიცებს წარმატებულ რეაქციას, ხოლო წარუმატებლობის შემთხვევაში ვარჯიში მეორდება. მას შემდეგ, რაც ყველა პაციენტი ასე თუ ისე წარმატებით გაივლის აღნიშნულ ვარჯიშს, ხდება გადასვლა შემდეგ ეტაპზე. მეცადინეობა გრძელდება მაქსიმუმ 90 წუთს. შემდეგ პაციენტებს ეძლევა 3 დავალება, რომლებიც მათ უნდა შეასრულონ სახლში, სამსახურში, ქუჩაში და ა.შ. პაციენტებმა უნდა დააფიქსირონ, როდის, სად, ვისთან

და რა შედეგით იყო შესრულებული დავალება და რამდენად დამაჯერებლად მოქმედებდნენ ისინი. ანალოგიურად იგება სხვა მეცადინეობებიც. ვარჯიშების სერიის ნახევრის გავლის შემდეგ ტარდება გასაუბრება, რომელზედაც პაციენტები გამოთქვამენ საკუთარ აზრს, ლაპარაკობენ პრობლემებზე და ერთმანეთს უზიარებენ გამოცდილებას. ამ დროს ფსიქოთერაპევტის ამოცანაა შეუნარჩუნოს პაციენტებს ვარჯიშების გაგრძელების მოტივაცია. მეცადინეობის მთლიანი ციკლის დამთავრებისას კვლავ ტარდება შემაჯამებელი გასაუბრება. ამ დროს ფსიქოთერაპევტი ვალდებულია გამოხატოს თავისი რწმენა ფუნქციური ვარჯიშების სასიკეთო შედეგებით დამთავრების შესახებ, რამაც უნდა გაზარდოს პაციენტთა თვითრწმენა.

როცა ბიპვეიორალური ფსიქოთერაპია სწავლობს პაციენტის კავშირს სოციალურ გარემოსთან, აქაც ანალიზი ხორციელდება მხოლოდ ქცევის დონეზე. ამის კარგი მაგალითია ა. ლეიკის შრომა თავის ტკივილის მკურნალობაზე. ავტორმა ყურადღება მიაქცია იმას, რომ ახალგაზრდა ქალი თავის ტკივილს იყენებს როგორც საკუთარი ოჯახის წევრებზე მანიპულირების საშუალებას. მისი ცელქი ბავშვი ჩერდება, როგორც კი ავადმყოფი იწყებს ჩივილს თავის ტკივილის შესახებ. იგივე მიზეზის გამო ქმარი აცდენს ხოლმე სამსახურს და უფრო ხანგრძლივად იმყოფება ოჯახში. აქვე განიხილება თავის ტკივილის წინმსწრებ სიტუაციებზე ემოციური რეაქციები და ა.შ. ჩატარებულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ თავის ტკივილის ინტენსივობა დამოკიდებული იყო რამდენიმე გაუთვალისწინებელ შემთხვევითობაზე, რომელთაგან თითოეული მოითხოვდა ყურადღებას, ამიტომ მკურნალობის სისტემაში შეტანილ იქნა შემდეგი ქცევითი სტრატეგიები:

1) ავადმყოფს ისე უნდა ეხელმძღვანელა ბავშვებისათვის, რომ გამოემუშავებინა მათი ურთიერთდაპტაციის მექანიზმი, რათა არ დასჭირვებოდა ხმის აწევა, კარის მიჯახუნება და ჩივილი თავის ტკივილის შესახებ;

2) პრობლემის გადაჭრა ქმართან, რომ გაუმჯობესდეს ცოლქმრული ურთიერთობა, აღარ იყოს დრამატული მისი დასწრება ძლიერი შეტევის დროს.

3) ტრენინგი და რელაქსაცია თვითკრიტიკის და საკუთარი თავის მიმართ რისხვის მაგივრად;

4) სოციალური ტრენინგი, რომლის მიზანია პაციენტის ცხოვრების იმგვარი მოწყობა, რომლის დროსაც მეტად მოხდება მისი წახალისება.

მკურნალობის დაწყებიდან ხუთი თვის შემდეგ პაციენტმა განაცხა-

და, რომ თავის ტკივილები შემცირდა 90%-ით. თავის მხრივ ქმარმა მკურნალს აცნობა თავის ტკივილების დროს პაციენტის ქცევის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების შესახებ. მისივე აზრით, პაციენტს გაეზარდა სტრესულ სიტუაციებში თავის ფლობის უნარი.

ბიჰევიორისტული მეთოდების განხილვისას ბუნებრივად იზადება კითხვა — ახერხებენ თუ არა ავადმყოფები ფსიქოთერაპევტის კაბინეტში შექმნილი ახალი ჩვევების ცხოვრებაში გადატანას ან გარემოში დაფიქსირებული ქცევების ხანგრძლივად შენარჩუნებას? ბიჰევიორისტები ამტკიცებენ, რომ უმრავლეს შემთხვევაში ეს მიიღწევა, მაგრამ არ არისო დაზუსტებული თუ რამდენად მტკიცეა შემუშავებული ჩვევები და ქცევის ახალი მოდელები. ამ მეთოდით მკურნალობისას პაციენტები ძალზე იშვიათად ხედებიან ავადმყოფობის გამომწვევ მიზეზს, მაგრამ მათ უუმჯობესდებათო გუნება-განწყობილება და ქცევა. ფსიქოანალიტიკოსებისაგან განსხვავებით, ბიჰევიორისტები, არსებითად, მხოლოდ ამისკენ ისწრაფვიან.

მკურნალობის ასეთი გზა რომ ნაკლებეფექტურია, ამას ქვემოთ უკეთ დავინახავთ, აქ კი მოკლედ მოგახსნებთ მეთოდოლოგიური პრინციპის უზუსტობაზე. ბიჰევიორისტების აზრით, ნევროზული სიმპტომები — შიშები, აგრესიულობა და სხვა — არასწორი ქცევის გამოვლინებაა. რამდენადაც, მათი აზრით, არაადეკვატური ქცევის შედეგია და ავადება, ამდენად მისი კორექციაა განკურნების პირობა. რეალურად საქმის ვითარება სულ სხვანაირია. შიშებიც, აგრესიულობაც, ფსიქოგენური სომატური ტკივილებიც და მათი შესატყვისი ქცევებიც, ყველა სიმპტომია დაავადებისა, რომელსაც თავისი გამომწვევი მიზეზი აქვს. როგორც ვნახეთ, ბიჰევიორიზმი არც ისახავს მიზნად ამ მიზეზის ძიებას. მან უბრალოდ ერთი სახის სიმპტომი — ქცევა — სხვა სიმპტომების მიზეზად გამოაცხადა, ხოლო განკურნების აუცილებელ და საკმარის პირობად — მისი კორექტირება.

როგორც ბევრი მკვლევარი და პრაქტიკოსი სამართლიანად მიუთითებს, ბიჰევიორისტული ფსიქოთერაპიის ხერხები არ წარმოადგენს მკურნალობის რადიკალურ საშუალებას, თუმცა ზოგჯერ მათ ახლავს კარგად გამოხატული სამკურნალო ეფექტი. ჩვენი მხრივ დავამატებთ, რომ ეს ეფექტი ნამდვილად შეინიშნება, ოღონდ სპეციფიკურ, საკმაოდ შემოფარგლულ სიტუაციებში. ამდენად, ეს მეთოდები არ არის უნივერსალური, მაგრამ შესატყვის პირობებში მათი გამოყენება საკმაოდ წარმატებით შეიძლება.

## 5. ექსისტენციალიზმი

ეს ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობა ძირითადად ეყრდნობა დღეს მეტად პოპულარულ ექსისტენციალურ ფილოსოფიას, რომელიც თავის მხრივ, აერთიანებს სხვადასხვა მიმართულებას. განასხვავებენ რელიგიურს (მარსელი, იასპერსი, ბერდიაევი, ბუბერი და სხვ.) და ათეისტურს (პაიდეგერი, სარტრი, კამიუ, ბოეუარი და სხვ.) მისი იდეური წყაროებია სიცოცხლის ფილოსოფია, ჰუსერლის ფენომენოლოგია, კირკეგორის მოძღვრება, ბერგსონის ინტიუიტივიზმი და სხვა.

ფსიქოთერაპიაში ექსისტენციალური მიმდინარეობის მნიშვნელოვან წარმომადგენლებად ითვლებიან ბინსვანგერი, იასპერსი, ფრანკლი, ლეონარდი, ფრიდმანი და სხვები:

ბინსვანგერი მიიჩნევს, რომ ექსისტენციალიზმი განსაკუთრებული მეთოდია, რომელიც მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვა კლინიკური მეთოდებისაგან. მისი თქმით, ეს მეთოდი ფსიქოანალიზისაგან განსხვავდება როგორც დღე და ღამე. მას ადამიანურ არსებობაში ანუ ექსისტენციაში ესმის გაუცნობიერებელი, შინაგანი ყოფიერება, რომელიც არსებობს ობიექტური გარემოსგან დამოუკიდებლად. მისი აზრით, ექსისტენციალიზმი არ ცდილობს დასვას საკითხები ავადმყოფობის დიაგნოზის, პროგნოზის შესახებ, არამედ იფარგლება ექსისტენციის სტრუქტურის განხილვით და მისი შეცვლით.

იასპერსი, ბინსვანგერი და სხვები ფსიქოთერაპიას განმარტავენ როგორც მკურნალის ავადმყოფთან „ექსისტენციურ კომუნიკაციას“, რომელიც არ ექვემდებარებაო მეცნიერულ ანალიზს. მათ მიხედვით, ფსიქოთერაპია უნდა დაეხმაროს ავადმყოფს რეალიზაცია უყოს საკუთარ ექსისტენციას, თავის სუბიექტურ არსებობას, ეს ფენომენი შეარიგოს ობიექტურ გარემოსთან, შექმნას ექსისტენციური პროცესის შეცვლის პირობები.

ექსისტენციალური ანალიზის თეორია და პრაქტიკული გამოყენება ყველაზე უფრო მეტად დაკავშირებულია ავსტრიელი ფსიქოლოგის და ფსიქიატრის ვიქტორ ფრანკლის სახელთან. იგი მას ლოგოთერაპიასაც უწოდებს. ამ კონცეფციის ფორმირებაზე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა პერსონალიზმმა, ექსისტენციალიზმმა და ფსიქოანალიზმა.

ვ. ფრანკლი ითვლება ვენის მესამე ფსიქოთერაპიული სკოლის ფუძემდებლად, რომელმაც გაიარა პირველი ორი სკოლა — ზ. ფროიდის

ფსიქონალიზური და ა. აღლერის ინდივიდუალურფსიქოლოგიური. მისი იდეის ძირითადი მონახაზები უკვე ჩანს 30-იანი წლების ბოლოდან, რომელიც სპეციალური გამოკვლევების სახით გამოიცა 40-იანი წლების მეორე ნახევარში. 60-იან წლებში ვ. ფრანკლის შრომების გადათრგმნამ ინგლისურ ენაზე მას მსოფლიო სახელი მოუტანა და მისი პოპულარობა დღესაც გრძელდება. ამიტომ საჭიროდ მიგვაჩნია ამ გახმაურებული მიმართულების საფუძვლიანი ანალიზი.

ვ. ფრანკლის მოძღვრება წარმოადგენს ფილოსოფიური, სამედიცინო და ფსიქოლოგიური ნააზრევის რთულ სისტემას ადამიანის ბუნების, ნორმასა და პათოლოგიაში მისი განვითარების მექანიზმების და ანომალიათა კორექციის საშუალებათა შესახებ. მის თეორიაში სამი ძირითადი ნაწილი გამოიყოფა: სწრაფვა საზრისისაკენ, ცხოვრების არსის გარკვევა და ნების თავისუფლება.

ვ. ფრანკლი თავის შეხედულებას მნიშვნელოვნად აკავშირებს ობიექტურ გარემოსთან და კონკრეტულ დროსთან. მისი აზრით, ყველა დროს თავისი ნევროზი ახასიათებს — და ყველა დროს თავისი ფსიქოთერაპია ესაჭიროება. არსებითად დღეს საქმე გვაქვს არა სექსუალურ მოთხოვნილებათა ფრუსტრაციასთან, როგორც ეს იყო ზ. ფროიდის დროს, არამედ ექსისტენციურ მოთხოვნილებათა ფრუსტრაციასთან. დღევანდელი პაციენტი იტანჯება არა ა. აღლერის დროინდელი არასრულფასოვნების კომპლექსისაგან, არამედ საზრისის დაკარგვის ღრმა გრძნობისაგან, რაც ჰგავს სიცარიელის განცდას. სწორედ ამას უწოდებს ვ. ფრანკლი ექსისტენციურ ვაკუუმს. ამ ფენომენის აღმოცენების მიზეზს იგი ასეთ ახსნას უძებნის: ცხოველისაგან განსხვავებით, ინსტინქტი არ კარნახობს ადამიანს თუ რა უნდა მას. მეორე მხრივ, არც ტრადიცია ეუბნება დღევანდელ ადამიანს თუ რა ევალება მას. ამის გამო მას დაკარგული აქვს ნათელი წარმოდგენა საკუთარ შესაძლო ქმედებაზე და ამიტომ მას ან სურს იგივე, რაც სხვებს (კონფორმიზმი), ან აკეთებს იმას, რასაც სხვები ითხოვენ მისგან (ტოტალიტარიზმი).

ამ ორი შედეგის გვერდით არც თუ იშვიათად ვხედავთ მესამეს — სპეციფიკურ ნევროტულ დაავადებებს, რომელსაც ავტორი „ნოოგენურ ნევროზებს“ უწოდებს. ფსიქოგენური ნევროზებისაგან განსხვავებით მათ განმპაპირობებელ მიზეზებად მიჩნეულია არა კომპლექსები და კონფლიქტები ტრადიციული გაგებით, არამედ სინდისის ქენჯნა, ფასეულობათა კონფლიქტები, ექსისტენციური ფრუსტრაცია. იგი გონითი სფეროს ნევროზია.

ნოოგენური და ფსიქოგენური ნევროზების ერთმანეთისაგან განსხვავების მიზნით აშშ-ში შემუშავებულ იქნა სპეციალური ტესტი (ავტორი ჯ. კრამბო), რის საშუალებითაც დადგენილ იქნა, რომ ნევროზების 20% ნოოგენურთა კატეგორიას მიეკუთვნება.

ამერიკელ სტუდენტთა სიკვდილიანობის სტატისტიკა გვამცნობს, რომ სიხშირის მიხედვით თვითმკვლელობა დგას მეორე ადგილზე საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევების შემდეგ. ამასთან თვითმკვლელობის მცდელობა, რომელიც არ დამთავრდა სიკვდილით 15-ჯერ მეტია. ამ ქმედების მოტივის გამოკვლევისას აღმოჩნდა, რომ 85% შემთხვევაში ისინი ვერ ხედავენ თავის ცხოვრებაში ვერავითარ აზრს. ამასთან მათი 93% იყო ფიზიკურად და ფსიქიკურად ჯანმრთელი, ცხოვრობდნენ კარგ პირობებში და ჰქონდათ კარგი აკადემიური მოსწრება. ამ ვითარებას ეხმანება აშშ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული გამოკითხვა. 48 უმაღლეს სასწავლებელში 8000-მდე გამოკითხულის 78%-მა გამოთქვა სურვილი, რომ „მისი ცხოვრება იყოს აზრიანი“. ექსისტენციალური ფრუსტრაციის მაღალი დონე შეიმჩნევა ალკოპოლიკებთან, ნარკომანებთან, დამნაშავეებთან.

ცნობილია ა. მასლოუს მოძღვრება მოთხოვნილებათა იერარქიის შესახებ. იგი წარმოდგენილია პირამიდის სახით, რომლის საძირკველში ძვეს ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები (მომშლილი, წყურვილი და ა.შ.)

შემდეგი დონეა — უსაფრთხოების მოთხოვნილება. მას ეფუძნება — აღმიანთა რაიმე გაერთიანებისადმი მიკუთვნებულობის მოთხოვნილება, შემდეგ — შემეცნების მოთხოვნილება, დაბოლოს — თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილება. დაბალი დონის მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების კვალობაზე აღმოცენდება და დაკმაყოფილება მაღალი დონის მოთხოვნილებები.

ვ. ფრანკლმა ამ შეხედულებას ყურადღება მიაქცია იმის გამოც, რომ მისთვის ადამიანის თვითრეალიზაცია, თვითდამტკიცება მნიშვნელოვანი კატეგორიებია, ხოლო ამ პროცესში წამოჭრილი წინააღმდეგობები — ფსიქოთერაპიის სფეროა. მას გამოცდილებამ აჩვენა, რომ მაღალი კატეგორიის მოთხოვნილებები, მაგალითად, შემეცნების, საზრისის გარკვევის მოთხოვნილება ჩნდება დაბალთა დაუკმაყოფილებლობის პირობებშიც. ამის მაგალითად მოაქვს ნევროტიკების და საკონცენტრაციო ბანაკის ტყვეთა ცხოვრების ეპიზოდები. მეორე მხრივ, ექსისტენციალურ ფრუსტრაციას იწვევს დაბალი დონის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, რასაც ხშირად ვხვდებით განვითარებული ქვეყნების



„სიუხვის საზოგადოებაში“.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ფენომენტან, რომელსაც ვ. ფრანკლი ფუნდამენტურად თვლის ადამიანის გაგებისათვის: ადამიანური არსებობის თვითტრანსცენდენცია. ამ ცნებაში გამოხატულია ის ფაქტი, რომ ადამიანური ყოფიერება ყოველთვის ორიენტირებულია რაიმეზე გარეთ: აზრზე, რომელიც უნდა განხორციელდეს, ან ადამიანზე, რომლისკენაც გვიზიდავს სიყვარული. საქმის სამსახურში ან სხვის სიყვარულში ახორციელებს ადამიანი თავის თავს. ამდენად, ადამიანი საკუთარი თავის რეალიზაციას ახდენს იმის კვალობაზე, რამდენადაც იგი ნაკლებ ყურადღებას აქცევს თავის თავს. ამ საფუძველზე იქნეს მისი ცხოვრება აზრს, რაც იმას ნიშნავს, რომ იგი დაკავებულია საქმეებით. წინააღმდეგ შემთხვევაში ადამიანს უვითარდება ნოოგენური ნევროზი.

ცხოვრების აზრი არ შეიძლება შეიქმნას, იგი უნდა მოიძებნოს გარემოში. ამ მიმართულებით ადამიანს წარმართავს მისი სინდისი. ფრანკლის აზრით, სინდისი აზრის ორგანოა, რომელსაც ძალა შესწევს აღმოაჩინოს ის ერთადერთი და უნიკალური არსი, რომელიც იმალება ნებისმიერ სიტუაციაში. ეს საზრისი, არსი, აზრი ყოველთვის კონკრეტული და უნიკალურია სხვადასხვა ადამიანთან და სხვადასხვა სიტუაციაში.

როდესაც ადამიანს უჭირს ცხოვრების საზრისის მოძებნა, მას ესაქიროება ფსიქოთერაპიული დახმარება. ფსიქოანალიზური თერაპიის ამოცანაა გააცნობიეროს სულიერი ცხოვრების სიღრმისეული მოვლენები. ეს მიმდინარეობა ცნობილია როგორც „სიღრმის ფსიქოლოგია“. მის საპირისპიროდ ვ. ფრანკლი თავის მოძღვრებას უწოდებს „მწვერვალის ფსიქოლოგიას“, რის საფუძველზეც ლოგოთერაპია მიისწრაფვის ცნობიერება მიმართოს ნამდვილი გონითი არსისაკენ. იგი ადამიანს მიმართავს საკუთარი პასუხისმგებლობის გაცნობიერებისაკენ, რამდენადაც პასუხისმგებლობა მიჩნეულია ადამიანური არსებობის საფუძველთა საფუძველად. მეორე მხრივ, ლოგოთერაპევტს, ისევე როგორც სხვა მიმართულების ფსიქოთერაპევტს, არა აქვს უფლება მიუთითოს ავადმყოფს, თუ რას წარმოადგენს ცხოვრების საზრისი. იგი უნდა ამტკიცებდეს, რომ ცხოვრებას ყოველთვის აქვს აზრი და ადამიანი ვალდებულია ყველაფერს იყენებდეს მის მოსანახად, თუნდაც ტანჯვის დროსაც.

ადამიანი ხშირად საგონებელში ჩავარდნილი ცხოვრების პრობლემატურობის გამო და ეჭვიც უჩნდება საკუთარი არსებობის მნიშვნელობის გამო და ეჭვიც უჩნდება საკუთარი არსებობის მნიშვნელობის გამო.

ხელობაში. ვ. ფრანკლის აზრით, ეს უნარი უფრო მეტად გამოყოფს ადამიანს ცხოველთა სამყაროსაგან, ვიდრე გამართული სიარული, ენა და აზროვნება. იგი აქვე უმატებს, რომ ასეთი სულიერი მღელვარება სულაც არ არის პათოლოგიური კლინიკური გაგებით. ლოგოთერაპიის მიზანი სწორედ ისეთი სულიერი აშლილობის წინააღმდეგ ბრძოლაა, რომელიც გამოწვეულია ცხოვრების მიერ დასმული ფილოსოფიური პრობლემებით. მაგრამ, როგორც შემდეგში ვნახავთ, ლოგოთერაპიამ არ დაიცვა ეს ფარგლები და ხელი მოჰკიდა ფსიქოგენური ნევროზების განკურნებასაც, სადაც შედეგები არ არის შთამბეჭდავი.

ამგვარად, ლოგოთერაპიის ამოცანაა მოაქებინოს ადამიანს საკუთარი არსებობის მნიშვნელობა, საზრისი. საზრისის როლს თამაშობს ღირებულებები — აზრობრივი უნივერსალიები, რომლებშიც განზოგადებულია კაცობრიობის გამოცდილება. ეს ღირებულებები ანიჭებს ადამიანს ცხოვრებას აზრს. ფრანკლი გამოყოფს მათ სამ კლასს: შემოქმედებითი, განცდითი და დამოკიდებულების, მიმართების ღირებულებები. პირველი კატეგორიის ღირებულებებიდან განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება შრომას, მეორედან — სიყვარულს, მესამე შემთხვევაში კი ცნობიერად მუშავდება პოზიცია ცხოვრების კრიტიკულ პირობებში, როცა ადამიანი იძულებულია შეეგუოს თავის ხვედრს, რამდენადაც მას ამ ვითარების შეცვლა არ შეუძლია.

როცა ადამიანი უაზროდ მიიჩნევს თავის საქმიანობას, ლოგოთერაპეუტი მას უხსნის, რომ მნიშვნელობა აქვს არა პროფესიას და თანამდებობას, ან მოღვაწეობის რადიუსს, არამედ სამუშაოს შესრულების ხარისხს. თავის თუნდაც „პატარა“ საქმის კარგად შესრულებელი ადამიანი უფრო „დიდა“, ვიდრე „დიდი“ სახელმწიფო მოღვაწე, რომლის უზნეო გადაწყვეტილებას შეუძლია დიდი ზიანი მიაყენოს საზოგადოებას.

ყოველ კონკრეტულ მომენტში ადამიანის არსებობის უმაღლეს აზრს განაპირობებს მისი განცდის ინტენსივობა. ეს მაღალი ხარისხი ყველაზე მეტად სიყვარულის განცდაში იჩენს თავს, მაგრამ არანაკლები ძალით ვლინდება იგი ბუნების სილამაზის ან ხელოვნების ნაწარმოების აღქმისას. ასეთ დროს ხშირად უთქვამს ადამიანს, რომ მართო ამის ხილვისათვის ღირდა ცხოვრებაო. სწორედ ამაში ჩანს ცხოვრების საზრისი.

არის მომენტები ადამიანის ცხოვრებაში, როცა იგი უნაყოფოა შემოქმედებითი თვალსაზრისით და ღარიბია განცდებით. ამ დროს მომქმედ შემზღულველ ფაქტორებს შეუძლია ადამიანს აღმოაჩინოს ახა-

ლი ტიპის ღირებულებები, რომლებიც ასევე უმაღლეს კატეგორიას განეკუთვნება. ეს არის მიმართების ღირებულებები. მათთან დამოკიდებულებაში, ბედისწერასთან ბრძოლაში გამოჩენილ ღირსებაში ყველაზე მეტად ჩანს ადამიანური საწყისი. ღირებულებათა ეს კატეგორია ყველაზე ნათლად აჩვენებს, რომ ადამიანების არსებობა არასოდეს არაა უაზრო. ადამიანს სიცოცხლის უკანასკნელ წუთამდე, უკიდურეს პირობებშიც კი აქვს ღირებულებათა რეალიზაციის საშუალება. აქ მისთვის მთავარია შეგნება და პასუხისმგებლობა.

ლოგოთერაპიის ამოცანა მის ავტორს ესახება იმაში, რომ დაეხმაროს ადამიანს გარკვეული ღირებულებების მოძებნაში. როგორც ფ.ნიცშე იტყოდა, თუ ადამიანს აქვს საფუძველი ცხოვრებისათვის, იგი გაუძლებს ყოველგვარ პირობებს. სამაგალითოდ ვ. ფრანკლი განიხილავს ეპიზოდებს საკონცენტრაციო ბანაკის ცხოვრებიდან, რომლის ტყვე 1942-45 წ.წ. თვითონაც იყო. ორმა ტყვემ გადაწყვიტა თავის მოკვლა, რამდენადაც არაფერს სასიკეთოს აღარ მოელოდნენ ცხოვრებისაგან. ფრანკლმა თავისი მეთოდით განიზრახა მათთვის მოეძებნინებინა რაიმე ხელჩასაქიდი. მართლაც აღმოჩნდა, რომ მათ მომავალ ცხოვრებაში ელოდა სრულიად კონკრეტული ამოცანები. თურმე ერთს გამოსაცემი ჰქონია უნიკალური გამოკვლევების სერია, მეორეს კი საზღვარგარეთ ელოდებოდა საყვარელი შვილი. ამდენად ორივე უნიკალური და შეუცვლელი ყოფილა. ამდენად მათი ცხოვრების მიზანიც ნათლად გამოიკვეთა. ფრანკლის აზრით, სწორედ ცხოვრების საზრისი! არსებობამ გადაატანინა ათასობით ადამიანს საკონცენტრაციო ბანაკების საშინელებები — შიმშილი, სიცივე, უძილობა, დამცირება და ა.შ ასეთი პირობების მიუხედავად შედარებით მცირე იყო თვითმკვლელობათა რიცხვი. მაგალითად, ტერეზიენშტადტის ბანაკში სამნახევარწლის განმავლობაში 32647 სიკვდილიანობის შემთხვევიდან მხოლოდ 259 მოხდა თვითმკვლელობის შედეგად.

ადამიანს ხშირად უჭირს ცხოვრების კონკრეტული მიზნების მონახვა. ეს ვითარება განსაკუთრებით გაძნელებულია ნევროზებით შეპყრობილთათვის, რომლებიც, როგორც წესი, მცდარად განსაზღვრავენ საკუთარ ამოცანებს. ლოგოთერაპია ცდილობს სწორი მიმართულება მისცეს ამ ადამიანთა მოქმედებას.

ექსისტენციალიზმის ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპი ასეთი სახით ფორმულირებული: ნებისმიერ სიტუაციას უნდა მიეუღგეთ ისე, თითქოს ვცხოვრობთ მეორეჯერ და წინა ცხოვრებაში დაშვებული გვექონდ.

ის შეცდომა, რომლის ჩადენასაც ახლა ვაპირებთ. ამ სიტუაციაში ხდებოდა საკუთარი პასუხისმგებლობის მთელი სიღრმით გაცნობიერება, რაც ხელს უწყობს მცდარი მოქმედების აღკვეთას. ასევე მნიშვნელოვანი ასპექტია პაციენტს გავაგებინოთ, რომ ცხოვრება ფასობს არა „სიგრძით“ — ბიოლოგიური ხანგრძლივობით, არამედ „სიმაღლით“ — ღირებულებათა რეალიზაციის გზით და „სიგანით“ — საზოგადოებაზე მოქმედების თვალსაზრისით. რამდენადაც თითოეული ადამიანისთვის ცხოვრების მიზანს კონკრეტული ხასიათი აქვს, ამდენად ვ. ფრანკლი დიდ ყურადღებას აქცევს პიროვნების უნიკალობის საკითხს. მისთვის „იყო — ნიშნავს განსხვავებულად“. ადამიანი განსხვავდება სხვებისაგან. ეს განუმეორებლობა გადახრაა ნორმებიდან და სტანდარტებიდან. ადამიანს არ უნდა აწინებდეს ეს განსხვავება, განსაკუთრებით განსხვავება მასისა და ბრბოსაგან. პირიქით, ეს საამაყოა, თუმცა ამას ბევრი ცხოვრებისეული უსიამოვნება ახლავს თან; მაგრამ მისი გაცნობიერება უნდა იწვევდეს ღირსების განცდას და არა ნევროზს.

ერთი საქმეა ცხოვრების საზრისის მონახვა, მაგრამ არანაკლები სიძნელე ახლავს მის განხორციელებას. რამდენადაც ფრანკლისათვის ადამიანი თვითრეალიზებადი არსებაა, მან თვითაღზრდით უნდა მიადწიოს ნებისყოფის განვითარებას. ეს უნდა იყოს თავისუფალი ნება, რომელსაც არჩევანის უნარი აქვს. მისი აზრით, ავადმყოფს იმდენადა აქვს შეზღუდული თავისუფლება, რომ მისი ფილოსოფიური პოზიციაც კი ბედისწერითაა განსაზღვრული. ეს ვითარება კარგად ეხმიანება ჩვენს სიტუაციას: დღეს ბევრი კომპარულად იხსენებს კომუნისტურ რეჟიმს, რომლის დროსაც შეუძლებელი იყო თავისუფალი მოღვაწეობა. ამის გამო ბევრმა რეალიზაცია ვერ გაუკეთა თავის შემოქმედებით ჩანაფიქრს. ეს მართლაც ასე იყო, მაგრამ გაუმართლებელია იმ ადამიანთა ჩივილი, რომლებიც თურმე „სხვანაირად“ ფიქრსაც კი იკრძალავდნენ. ეს ლოგოთერაპიის ენაზე თუ ვიტყვით, ნოვგენური ნევროზებისაგან გაქცევის მცდელობას ჰგავს, მაგრამ მასში სიმბდალე და კონფორმიზმი უფრო ჩანს.

იმის მიხედვით, აქვს თუ არა ადამიანს თავისუფალი არჩევანის უნარი, ფრანკლი განასხვავებს ჯანმრთელ და ნევროტულ პიროვნებებს. ამ ვითარებას ნათელყოფს უმუშევრობის მაგალითზე, რომლის დროსაც თითოეული ადამიანი ირჩევს მოქმედების შესაძლო ვარიანტს — ზოგი ინარჩუნებს სულის სიმხნევეს; ზოგი კი ვარდება აპათიაში. ამას იგი უწოდებს „უმუშევრობის ნევროზს“. ფრანკლის აზრით, ეს უკანასკნე-

ლი არ არის უმუშევრობის უშუალო შედეგი. აქვე სამართლიანად მიუთითებს, რომ სამუშაოს მიღებისათვის კონკურენტულ ბრძოლაში ნევროტიკებს გაცილებით ნაკლები შანსი აქვთ.

უმუშევრობის ნევროზს შეუძლია გამოიწვიოს არა მხოლოდ უარყოფითი სოციალური შედეგები, არამედ ფიზიკური განადგურებაც კი. მსგავს ვითარებასთან გვაქვს საქმე ადამიანის პენსიაზე გასვლის დროსაც, როცა ხდება მისი აქტივობის დეზორგანიზაცია, რასაც მიყვავართ ორგანიზმის ფიზიკური ცვეთის გაძლიერებასთან. ამ დროს ძალზე სწრაფად ვლინდება დაბერების და ავადმყოფობის ტიპური სიმპტომები. ანალოგიური ფენომენი შეინიშნება ცხოველებთანაც. ცირკის გაწვრთნილი მხეცები, რომლებიც იძულებული არიან მუდმივად ასრულონ ადამიანთა დავალებები, უფრო ხანგრძლივად ცოცხლობენ, ვიდრე მათი თანამოძმენი, რომლებიც ზოოპარკში იმყოფებიან და არ არიან დაკავებული რაიმე „საქმით“

რამდენადაც უმუშევრობის ნევროზი ფატალურად არაა დაკავშირებული სამუშაოს არქონასთან, მას შეიძლება ვერძოლოთ ფსიქოთერაპიის საშუალებით. ეს განსაკუთრებით ეხება სუიციდური განზრახვების პროფილაქტიკას. ასეთი ნევროზების მკურნალობისას ექსისტენციურ ანალიზს მართლაც მეტი დახმარების გაწევა შეუძლია, ვიდრე სიღრმის ფსიქოლოგიას, რომელიც ფსიქოგენურ ნევროზებზეა ორიენტირებული. სამკურნალო ეფექტი ამ შემთხვევაში გამოიხატება პაციენტის პასუხისმგებლობის გაცნობიერებაში, რომლის საფუძველზე იგი მოახდენს თავისი ცხოვრების შინაარსის გააზრებას და სამოქმედო გეგმის შემუშავებას.

ნევროტული სიმპტომები შეიძლება აღმოჩნდეს ასევე მომუშავე ადამიანს, რომელსაც არ უყვარს თავისი საქმიანობა, ვერ იღებს მისგან სიამოვნებას. ამასთან დაკავშირებით ცნობილი გერმანელი მწერალი ალისა ლიტკენსი ამბობს — სადაც არ არის სიყვარული, მას ცვლის მუშაობა; სადაც არ არის მუშაობა, ნარკოტიკის როლს ასრულებს სიყვარული. აქ აქცენტი გაკეთებულია მუშაობაზე და არა შრომაზე, რომელშიც დიდი ოდენობითაა მოცემული შემოქმედებითი ელემენტებიც და სიყვარულიც, რასთანაც პირდაპირაა დაკავშირებული სიამოვნების მიღება. ეს კომპონენტები ანიჭებს სამუშაოს ნამდვილ აზრს, ხოლო მის შემსრულებელს სიამაყსა და ღირსებას.

განცდითი ღირებულების — სიყვარულის როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ადამიანთა ინტიმურ ურთიერთობაში. მისი მცდარი

მიმართულობა სექსთან დაკავშირებული მრავალი ნევროზის მიზეზია, რასთანაც ბრძოლა უხდება ფსიქოთერაპიას. სიყვარული ვ. ფრანკლისათვის არის საკუთარი განცდის ხარჯზე სხვის „მე“-ში შეღწევის საშუალება. ეს პროცესი არაა ერთგანზომილებიანი. ერთმანეთისაგან მკვეთრად განსხვავდება სექსი, ეროტიკა და თვით სიყვარული. სექსი ურთიერთობის დაბალ ფენას წარმოადგენს, როცა აგზნებას იწვევს პარტნიორის ფიზიკური მომხიბლაობა. მასზე ერთი საფეხურით მაღლა დგას ეროტიკული დამოკიდებულება. მისი საშუალებით ხდება შეღწევა უკვე სხვა ადამიანის ფსიქიკურ სფეროში. ეს ის მდგომარეობაა, რასაც ჩვეულებრივ „ძლიერ გატაცებას“ უწოდებენ. ეს ისეთი ემოციური მდგომარეობაა, როცა აგზნება ხდება სხვისი ხასიათის კონკრეტული თვისებებით. ინტიმური ურთიერთობის მესამე, უმაღლესი საფეხურია საკუთრივ სიყვარული. იგი წარმოადგენს ურთიერთობას სხვა ადამიანთან როგორც გონით არსებასთან. სიახლოვე გონებრივ დონეზე პარტნიორობის უმაღლესი შესაძლო ფორმაა.

გონითი ბირთვი თავის თავში მოიცავს ფსიქიკურ და სხეულებრივ მახასიათებლებს — ეროტიკას და სექსუალობას. ყველა ადამიანი ვერ აღწევს სიყვარულის დონეს, რის გამოც ექსისტენციურ ვაკუუმს განიცდის. სექსი ითვლება სიყვარულის მნიშვნელოვან, მაგრამ არა ერთადერთ კომპონენტად. იგი სულიერი კავშირის ფიზიკური მანიფესტაციაა. მაგრამ თუ ადამიანი მიეჩვია სექსს როგორც თვითმიზანს და არა როგორც გამოხატვის საშუალებას, იგი მრავალ ფსიქოლოგიურ წინააღმდეგობას წააწყდება. ამის ნაყოფი შეიძლება იყოს ფსიქოგენური იმპორტენცია მამაკაცებში, ფრიგიდულობა ქალებში, წინმსწრები შიში, სექსუალური ინფლაცია და ა.შ.

ადამიანის დონეზე სექსუალობა უფრო მეტია, ვიდრე მხოლოდ სქესობრივი ლტოლვა და ეს მეტი ატარებს არა სექსუალურ, პიროვნულ ურთიერთობებს. იგი შეიცავს სიყვარულის ნიშნებს. ამ ფუნქციის ფარგლების გაფართოება შეინიშნება ცხოველებთანაც, ხოლო ადამიანთან მას ხშირად გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. სექსს ბედნიერება მოაქვს მაშინ, თუ იგი სიყვარულთან წილნაყარია. ამერიკელი ჟურნალის „ფსიქოლოგია დღეს“ გამოკითხვამ აჩვენა, რომ, რესპოდენტთა აზრით, პორტენციას და ორგაზმს ყველაზე მეტად ასტიმულირებს „რომანტიზმი“, ე.ი. თუ არა სიყვარული, შეყვარებულობა მაინც. ამ ფენომენის უქონლობიდან სექსუალურ ინფლაციამდე მოკლე მანძილია.

წინმსწრები უფოთვის მექანიზმი იმაში მდგომარეობს, რომ ცნობი-

ერება ცდილობს დაარეგულიროს ის მოქმედება, რომელიც ჩვეულებრივ ავტომატურად ხორციელდება. ეს ძალიან გავს უძილობის წინაშე შიშს.

როცა ადამიანი წუხს თავისი სექსუალური მდგომარეობის გამო, მისი თვითდაკვირვება მწვავედება, ჩნდება ექვი და შემდეგ შიში, რომ მას რაღაც არ გამოუვა. ეს შფოთვა თავისთავად იწვევს იმპოტენციის განვითარებას. ამ შემთხვევაში მთავარი შეცდომა ისაა, რომ სექსუალური ნევროტიკი თავის ყურადღებას აფიქსირებს არა პარტნიორზე, როგორც ამას აკეთებს ნებისმიერი ნორმალური საყვარელი, არამედ თვით სექსუალურ აქტზე. შედეგად აქტი არ ხორციელდება და ეს არცაა გასაკვირი, რამდენადაც იგი არ მიმდინარეობდა ბუნებრივად. იგი ძალდატანებით ხდებოდა. როგორც წესი, რაც უფრო ძლიერად ისწრაფვის ადამიანი სიამოვნების მიღებას, მით უფრო ხელიდან უსხლტება იგი. ასეთ დროს ფსიქოთერაპიის ამოცანაა მოუხსნას პაციენტს თვით სექსუალურ აქტზე ფიქსაცია. უნდა დავარწმუნოთ იგი, რომ არასოდეს არ გრძნობდეს თავს ვალდებულად განახორციელოს სექსუალური აქტი. უნდა გამოირიცხოს ყოველივე ის, რასაც პაციენტი აფასებს როგორც ძალდატანებას ან წაქეზებას სექსუალობისადმი. იგი შეიძლება მომდინარეობდეს იმპულსური, მომთხოვნი პარტნიორისაგან, ან საკუთარი „მესაგან“, როცა, მაგალითად, იღებს გადაწყვეტილებას აქტი განახორციელოს განსაზღვრულ დღეს ან განსაზღვრულ პირობებში, ან სიტუაციისაგან, რომელიც რაღაც ასპექტით მისთვის მიუღებელია. ასეთი პირობების აღკვეთასთან ერთად პაციენტმა უნდა ისწავლოს ძალდაუტანებელი ქცევა, მაგრამ მანამდე მას აუცილებლად უნდა განემარტოს, რომ მისი წარუმატებლობა ფსიქოლოგიური ხასიათისაა და არაა გამოწვეული სომატური პათოლოგიით.

ფსიქოსექსუალური განვითარება ხასიათდება სხვადასხვა ტიპის დარღვევებით. ანსხვაებენ სამი სახის ნევროზს, რომლის მიხედვითაც პაციენტის სამ ტიპს გამოყოფენ. ესენია — „განაწყენებული ტიპი“, „შემგუებული ტიპი“ და „უმოქმედო ტიპი“.

პირველი ტიპის შემთხვევაში ახალგაზრდასთან უკვე მოხდა გაუფორმებელი სექსუალური მოტივების ტრანსფორმაცია პერსონიფიცირებულ ეროტიკულ განცდებად. თუ ამ სტადიაზე მოხდა ჩავარდნა რაიმე იმედგაცრუების გამო, მაშინ ეს უიღბლო სიყვარული ბლოკირებას გაუკეთებს მის წინსვლას სიყვარულის დაუფლების გზაზე. ეს ვითარება მას აიძულებს დაეშვას წმინდა სექსუალობის დონეზე, რაც მასში

კერ იწვევს სრულ დაკმაყოფილებას. ეს ნევროზული მდგომარეობა შეიძლება გამოიხატოს სხვადასხვა სექსუალურ გადახრებში და დამახინჯებაში.

„შემგუებელი ტიპი“ ვერასდროს ვერ აღწევს პარტნიორისადმი ეროტიკული დამოკიდებულების დონეს. ისინი თავიდანვე წმინდა სექსუალობით იფარგლებიან, არც ცდილობენ პატივი სცენ პარტნიორს ან უყვარდეთ იგი. ისინი თავის თავს ამ მხრივ უნარმოკლებულად თვლიან და ეგუებიან კიდევაც ამ მდგომარეობას. რამდენადაც არ სწამთ სიყვარულის შესაძლებლობა თავისთვის, მათ არ სჯერათ საერთოდ სიყვარულის არსებობის. ფრანკლის აზრით, ასეთ კატეგორიას მიეკუთვნებიან დონჟუანები. ისინი ვერ ბედავენ განიცადონ ის ქეშმარიტი სიყვარული, რომელიც ცხოვრებას აზრს ანიჭებს. ისინი ამ მხრივ შინაგან სიცარიელეს განიცდიან.

პირველი ორი ტიპის ნევროტიკები ვერ აღწევენ სექსის დონეზე მაღლა. ამ პლანში „უმოქმედო ტიპი“ ვერ აღწევს მათ დონემდეც. იგი საერთოდ პასიურია როგორც სექსუალურად, ისე ეროტიკულად. გაურბის პარტნიორობას და რჩება იზოლაციაში თავის ფიზიოლოგიურ ლტოლვებთან. ამ იზოლაციის გამოხატულებაა მასტურბაცია, როცა სექსუალობა განიცდება არაპირდაპირი გზით. აქ ფრანკლი საესებით სწორად შენიშნავს, რომ მასტურბაცია არ არის არც დაავადება და არც მისი მიზეზი. იგი სასიყვარულო ცხოვრებისადმი დამახინჯებული დამოკიდებულების შედეგია.

მსგავსი ნევროზების თერაპია ვ. ფრანკლს საკმაოდ პრიმიტიულად აქვს წარმოდგენილი. ასეთი ახალგაზრდები უნდა ჩაერთოთ მისი ასაკის შერეულ კომპანიაში. ადრე თუ გვიან იგი აქ ვინმეს შეიყვარებს, ე.ი. გაიჩენს პარტნიორს ეროტიკული და არა სექსუალური თვალსაზრისით. როგორც კი ეს მოხდება, მისი სექსუალური დარღვევები მომენტალურად გაქრება. ამას ხელს უწყობს უხეში სექსუალობის უკანა პლანზე გადაწევა და ეროტიკული ტენდენციების გაძლიერება.

ასეთი რამ მართლაც შეიძლება მოხდეს ცხოვრებაში, რაც „ცდის და შეცდომის“ პრინციპს უფრო გამოხატავს, ვიდრე გვიჩვენებს სერიოზული ფსიქოთერაპიის გავლენას.

ექსისტენციალიზმის ანუ ლოგოთერაპიის როგორც სამკურნალო მეთოდის განსაზღვრისას ვ. ფრანკლი დასაწყისში მიმართავს გამორიცხვის და დაპირისპირების ხერხს. იგი ჯერ განსაზღვრავს არა იმას, თუ რა არის ლოგოთერაპია, არამედ იმას, თუ რა არაა იგი. პირველ რიგში ის



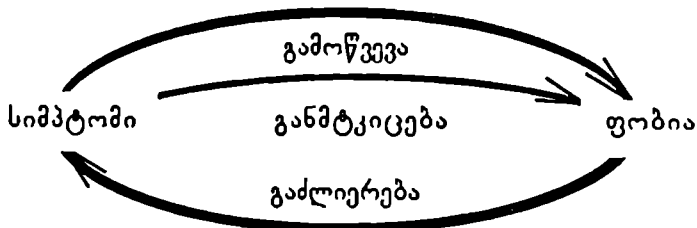
არ არისო პანაცეა.

ვ. ფრანკლს მიაჩნია, რომ ნებისმიერი ფისქოთერაპიული მეთოდის არჩევისას საქმე გვაქვს განტოლებასთან  $K=X+Y$ , სადაც  $X$  — პაციენტის უნიკალობაა, ხოლო  $Y$  — თერაპევტის უნიკალობა. სხვა სიტყვებით, ისე როგორც შეუძლებელია ნებისმიერი მეთოდის ერთნაირი წარმატებით გამოყენება სხვადასხვა შემთხვევაში, ასევე ნებისმიერი თერაპევტი ერთნაირი ეფექტურობით ვერ გამოიყენებს სხვადასხვა მეთოდს. ლოგოთერაპია არ უპირისპირდება სხვა მეთოდებს, მაგრამ მას შეუძლია კონკურენცია გაუწიოს მათ დამატებითი ფაქტორის შემცველობის წყალობით, რაც გამოიხატება ნევროზების საფეხურიდან სპეციფიკურ ადამიანური გამოვლინებების დონემდე ამალლებაში. ამით ლოგოთერაპია ფაქტიურად უპირისპირდება ბიჰევიორისტულ თერაპიას და ფსიქოანალიზს.

ვ. ფრანკლის მიხედვით, ფსიქოანალიზი ნევროზში ხედავს ფსიქოდინამიკური პროცესების შედეგს და მკურნალობისას ცდილობს მოქმედებაში მოიხვედნოს ახალი ფსიქოდინამიკური პროცესები, მაგალითად გადატანა. ბიჰევიორიზმი ნევროზების მიზეზს ხედავს სწავლების პროცესში და ამის შესატყვისად ცდილობს ეს პროცესი ისე მოაწყოს, რომ მავნე ჩვევების ნაცვლად შეათვისებინოს მოქმედების სწორი ნიმუშები. მათ საპირისპიროდ ლოგოთერაპია თავის ინსტრუმენტარიებში რთავს ადამიანური არსებობის ისეთ ფუნდამენტურ — ანთროპოლოგიურ მახასიათებლებს, როგორიცაა თვითგაცლა და თვითტრანსენდენცია. მხოლოდ ასეთ თერაპიას შეუძლია გაერკვეს დროის ნიშნებში და უპასუხოს მის მოთხოვნებს. ამას უწოდებს რეჰუმანიზებულ ფსიქოთერაპიას (ამით უპირისპირდება ჰუმანიტურ მიმდინარეობას), რომელიც არ არის ცენტრირებული საკუთარ სიამოვნებაზე, თვითსიყვარულზე.

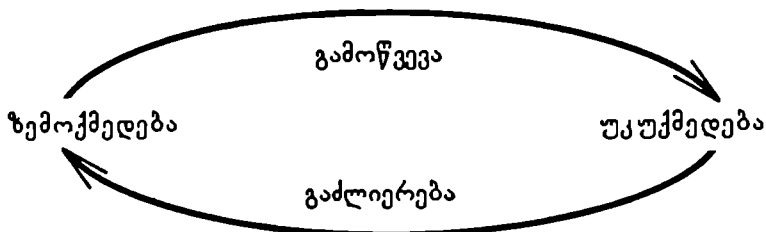
როგორც აღრე აღვნიშნეთ, ლოგოთერაპია ჩამოყალიბდა ექსისტენციური ფრუსტრაციის ნიადაგზე წარმოქმნილი ნოოგენური ნევროზების სამკურნალოდ, მაგრამ იგი უარს არ ამბობს ფსიქოგენური ნევროზების მკურნალობაზეც. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ავტორის დებულებას, რომ ორივე შემთხვევაში ჩვენ ადამიანს უნდა განვიხილავდეთ არსებად, რომელიც მუდმივად იმყოფება საზრისის ძიებაში. ამაში გამოიხატა ლოგოთერაპიის უნივერსალიზაციის ცდა, რომელიც, ჩვენი აზრით, წარუმატებლად დამთავრდა. ეს ვითარება ქვემოთ ნათლად გამოჩნდება კონკრეტული შემთხვევების განხილვისას.

ნევროზების სამკურნალოდ ლოგოთერაპია ძირითადში იყენებს პარადოქსული ინტენციის და დერეფლექსიის მეთოდებს. მათი გაგება ხდება ნევროზების ლოგოთერაპიული თეორიის საშუალებით, რომელიც იხილავს რეაგირების სხვადასხვა პათოგენურ ნიმუშს. პირველის ასახვისათვის გამოიყენება შემდეგი სქემა:



მოცემული სქემის მიხედვით, რაიმე სიმპტომი იწვევს საშიშროებას, რომ იგი შეიძლება კვლავ განმეორდეს, რის საფუძველზეც აღმოცენდება შიშის მოლოდინი (ფობია). ეს ვითარება მართლა იწვევს სიმპტომის კვლავ გამოვლენას და ხდება იმის განმტკიცება, რისიც ასე ეწინოდა პაციენტს. ამდენად, მათ უყალიბდებათ „შიშის შიში“, რომელზეც ყველაზე უფრო მისაღები რეაქცია ხდება გაქცევა. პაციენტი გაურბის სიტუაციას, რომელიც იწვევს შფოთვისას. ამის ნათელ მაგალითად მოხმობილია აგორაფობია, რომლის დროსაც ავადმყოფი გაურბის გასვლას ფართო ქუჩაზე და მოედანზე. საქმის ასეთ ვითარებას სცნობს ბიჰევიორისტული მიმდინარეობაც, რომელთან მიმართებაშიც ლოგოთერაპია ცდილობს თავისი პრიორიტეტის დამტკიცებას. პირველისაგან განსხვავებით, იგი მკურნალობისას იყენებს არა პირდაპირი ზემოქმედების მეთოდს, არამედ პარადოქსული ინტენციის პრინციპს.

პათოგენური რეაგირების მეორე ნიმუშს ვხვდებით არა ფობიების, არამედ აკვიატებული ნევროზების დროს. იგი სქემატურად ასე გამოიყურება:



პაციენტი იმყოფება აკვიატებული წარმოდგენების წნეხის ქვეშ. იგი ცდილობს უკუზემოქმედებით მათ ჩახშობას. რეალურად კი საწინააღმდეგო ეფექტს იღებს — უფრო ძლიერდება საწყისი ზემოქმედება, იკვრება მოჭადლოებული წრე და პაციენტი აღმოჩნდება მის შიგნით გამომწვეული.

თუ ფობიის დროს საქმე გვაქვს გაქცევის რეაქციასთან, აკვიატებისას ვხედავთ გააფთრებულ ბრძოლას ამ წარმოდგენებთან. ეს ბრძოლა პაციენტის მხრიდან წარმართულია, ერთი მხრივ, იმის წინააღმდეგ, რომ ნევროზული მდგომარეობა არ გაძლიერდეს და არ გადაიზარდოს ფსიქოზში, მეორე მხრივ კი, კრიმინალური ხასიათის წარმოდგენებმა არ აიძულოს იგი ვნება მიაყენოს სხვას ან საკუთარ თავს. ეს მდგომარეობა შეიძლება დახასიათდეს არა როგორც შიში საშიშროებაზე, არამედ როგორც საკუთარი თავის შიში.

ამდენად, ფობიის შემთხვევაში პაციენტს ეშინია, რომ მას რაიმე ან ვინმე ავნებს, აკვიატებისას კი ამას ემატება ორივე განცდა, რომ მას შეუძლია სხვას ავნოს. პარადოქსული ინტენციის ამოცანაა დაამსხვრიოს ორივე სახის წრიული მექანიზმი, რომლის დროსაც უნდა ალიკვეთოს საშიშროების განმტკიცება. მაგრამ ბიჰევიორალური თერაპიისაგან განსხვავებით, აქ საქმე გვაქვს ინტენციის ინვერსიასთან, ე.ი. რეაგირების საპირისპირო ნიმუშით ზემოქმედებასთან.

პარადოქსული ინტენციის მეთოდი გამოქვეყნებულ იქნა 1947 წ. ხოლო ავტორის მტკიცებით მისი გამოყენება უკვე 1929 წლიდან ხდებოდა. ამ მეთოდის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრინციპია, რომ პარადოქსული განზრახვა ფორმულირებული იყოს მაქსიმალურად იუმორისტულ ფორმაში, რამდენადაც იუმორი არსებით ადამიანურ გამოვლენებებს განეკუთვნება. იგი ადამიანს საშუალებას აძლევს დაიცვას დისტანცია ნებისმიერი რაიმეს, მათ შორის საკუთარი თავის მიმართ, და ამით მოიპოვოს სრული კონტროლი. ეს ვითარება განსაზღვრავს მეთოდის წარმატებას.

ვ. ფრანკლი აღწერს პარადოქსული ინტენციის მრავალ მაგალითს, რომლებსაც ადგილი ჰქონდა მისი და მიმდევრების სამკურნალო პრაქტიკაში. იგი გამოყენებულ იქნა განსხვავებულ დაავადებათა დროს. ერთ შემთხვევაში ცოლ-ქმარი ძალზე შეწუხებული იყო 9 წლის ბიჭის ქცევით, რომელიც რეგულარულად იფსამდა საწოლში. ისინი ბავშვის მიმართ სხვადასხვა ხერხს მიმართავდნენ: სცემდნენ, არცხვენდნენ, შთააგონებდნენ, იგნორირებას უკეთებდნენ და ა.შ. მაგრამ არაფერი არ

ქრიდა. ამ დროს ექიმმა უთხრა ბავშვს, რომ ყოველ ჩაფსმაზე მიიღებდა 5 ცენტს. ბავშვი იმდენად იყო დარწმუნებული ამ გზით გამდიდრებაში, რომ თანატოლსაც კი შეპირდა დაეპატიეებინა კინოში და შოკოლადზე. ამის შემდეგ მან მხოლოდ 10 ცენტის გამომუშავება მოახერხა, თუმცა, როგორც თვითონ ამბობდა, ყოველნაირად ცდილობდა ჩაფსებით მეტი ფულის შოვნას.

ერთ პაციენტს საზოგადოებაში გამოსვლისას ეწყობოდა ძლიერი ოფლდენა, მასზე დადებული უარყოფითი ემოცია კი პროცესს კიდევ უფრო აძლიერებდა. უნივერსიტეტში სემინარზე გამოსვლისას, როცა მან იგრძნო ოფლის დენის გაძლიერება, გადაწყვიტა პარადოქსული ინტენციის მეთოდის გამოცდა, რომლის მიმართ სექპტიკურად იყო განწყობილი. იგი იწყებს თვითშთაგონებას, რომ უფრო მეტი ოფლი გამოიღინოს და ამით გააკვირვოს კოლეგები. ცოტა ხანში მან შეამჩნია პროცესის ინვერსია — ოფლდენა შეიცვალა კანის გაშრობით.

ამ მეთოდით ცდილობენ განკურნონ უძილობა, ენაბლუობა, ხელის კანკალი და სხვა. შუახნის ქალს აწუხებდა უძილობა, რის გამოც მიეჩვენა საძილე წამლების მიღებას. ერთ საღამოს მან, ჩვეულებრივ, მოიკითხა წამალი ძილის წინ, ექიმმა კი იგი მოატყუა, რომ წამალი გათავდაო. შეწუხებულ პაციენტს მან წინადადება მისცა დაწოლილიყო და ცდილიყო არ დაეძინა. ამ ვითარებაში ქალს არა მხოლოდ ჩაეძინა, არამედ დილასაც მოგვიანებით გაეღვიძა.

ვ. ფრანკლს მოჰყავს მაგალითები, როცა მძიმე და ქრონიკული ნევროზების განკურნებაში უძღური აღმოჩნდა ფსიქოანალიზიც, ჰიპნოთერაპიაც და სხვ., ხოლო პაციენტებს მსხნელად ლოგოთერაპია მოეწონათ.

პაციენტს 15 წლის განმავლობაში აწუხებდა კლავსტროფობია (დაკეტილი კარის აკვიატებული შიში). შესატყვის სიტუაციაში — ოთახში, ლიფტში, რესტორანში; ავტობუსში და ა.შ. — იგი განიცდიდა, თითქოს იხრჩობოდა. მას მიეცა ინსტრუქცია გაძლიერებულად ეფიქრა ავადმყოფობაზე და წარმოედგინა სიტუაციები, სადაც „დაიხრჩობოდა“. ამას დაემატა „პროგრესული რელაქსაციის“ მეთოდიც. განკურნების ეფექტი პაციენტმა უკვე 4 დღეში იგრძნო, ხოლო 15 თვის შემდეგ დააფიქსირა, რომ მოიცილა ყველა ნევროტული გამოვლენა.

მეორე პაციენტს ეშინოდა არ გაგუდულიყო ქამის ან სმის დროს. ექიმმა დაავალა სწორედ იმის გაკეთება, რისაც მას ასე ეშინოდა. მას უნდა ეცადა გაგუდვა წყლის დაღვეის დროს. აქაც ხდებოდა პარადოქ-

სული ინტენციის მეთოდის შეუღლება რელაქსაციასთან. 12 სეანსის შემდეგ პაციენტმა განაცხადა სიმპტომების გაქრობის შესახებ.

ვ. ფრანკლი ისეთი გატაცებით აღწერს პარადოქსული ინტენციით მიღებულ შედეგებს, რომ ზოგჯერ დადებითი ეფექტების ფონზე ვერ ამჩნევს აშკარა შეუსაბამობებს. ამის საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ორ მაგალითს, რომლებსაც აღწერს თვით ფრანკლი. ერთ შემთხვევაში იგი გვაცნობს ვითარებას, როცა ახალზელანდიელმა ფსიქიატრმა რ. მედლიკოტმა მოახერხა ზემოქმედება მოეხდინა არა მხოლოდ ძილზე, არამედ სიზმარზეც. პაციენტი იტანჯებოდა კომპარული სიზმრებისაგან: მას სულ ესიზმრებოდა, რომ სდევნიდნენ და ბოლოს ურჭობდნენ დანას. ამ მომენტში იგი ყვირილით იღვიძებდა, რასაც თან ახლდა ქმრის გამოღვიძებაც. ფსიქიატრმა მას მისცა ინსტრუქცია, ეხილა ბოლომდე ეს საშინელი სიზმარი, სანამ იგი მკვლევლობით არ დასრულდებოდა. შედეგად მიღებულ იქნა ის, რომ, ერთი მხრივ, ქალს შეუწყდა კომპარული სიზმრები, მეორე მხრივ კი, ძილში ყვირილის მაგივრად ისე ხმამალლა იცინოდა, რომ შემდეგ ქმარს დაემართა უძილობა. ეს მაგალითი რამდენიმე მხრივია საინტერესო, მაგრამ მთავარი ისაა, რომ მოხდა არა ნევროზის, არამედ მისი ერთ-ერთი სიმპტომის განკუთრება, რომლის ადგილას სხვა სახის აკვიატებამ იჩინა თავი.

ვ. ფრანკლს თავის შრომებში უყვარს ანეკდოტების მოყვანა. ამ ვითარებამ და ზემოთ განხილულმა „განკუთრების“ შემთხვევამ ჩვენში ასოციაციით ერთი ძველი ანეკდოტის გახსენება გამოიწვია. პაციენტმა ექიმს შესჩივლა ძილში ვიფსამო. ექიმმა სთხოვა ძილის სიტუაციის აღწერა, რაზედაც საინტერესო პასუხი მიიღო: თურმე ყოველ ღამე ნათლად ხედავს კაცს, რომელიც დაჟინებით ითხოვს მისგან ჩაფსმას. ექიმმა ურჩია პაციენს წინააღმდეგობა გაეწია იმ კაცისათვის. ამის შემდეგ პაციენტი სიზმარში ხედავს, რომ ხეზეა ასული, ის კაცი კი ქვემოდან ეძახის ჩამოვაფსამო. კაცის ყოველ დაჟინებულ მოთხოვნას იგი პასუხობდა — არ ჩამოვაფსამო. ბოლოს მას მოებზრდა ამდენი ლაი-ლაი და შესაშინებლად უთხრა კაცს — გაიწიე თორემ ჩამოგაჯვამო. როცა კაცმა თავისი არ მოიშალა, პაციენტმა შეასრულა დანაპირები, რაც შემდგომში უკვე ჩვევად ექცა. რამდენიმე ხნის შემდეგ ექიმმა ჰკითხა, უშველა თუ არა მისმა დარიგებამ. პაციენტმა ირონიულად მიუგო: კი ექიმო, ჩაფსმას გადავეჩვიე, მაგრამ ჩაჯმა დავიწყო.

მართალია, ამ შემთხვევაში ექიმს პარადოქსული ინტენციის მეთოდი არ გამოუყენებია, მაგრამ შედეგი ერთნაირი იქნა მიღებული — ერ-

თი სახის გამოვლენები მეორით შეიცვალა, ხოლო ნევროტული მდგომარეობის განკურნებას ადგილი არ ჰქონია.

მეორე შემთხვევა, ამ მხრივ, უფრო ნიშანდობლივად გვეჩვენება. 48 წლის ქალს ხელის ისეთი კანკალი აწუხებდა, რომ არ შეეძლო წერა, წასაკითხად წიგნის დაქერა, ჭიქით წყლის დაღვევა და ა.შ. მასთან პირისპირ მჯდარმა ექიმმა გადაწყვიტა პარადოქსული ინტენციის ხერხით მოეხსნა დაწყებული კანკალი. მან იუმორით გამოიწვია პაციენტი ხელის კანკალის შეჯიბრში, თუ ვინ უფრო ჩქარა და დიდხანს შესძლებდა ხელის ქნევას. ცოტა ხნის შემდეგ გაისმა ქალის სასოწარკვეთილი მუდარა: „შეჩერდით, მე მეტი აღარ შემიძლია“. ამ დროს იგი გავიდა სამზარეულოში, აიღო ხელში ყავის ფინჯანი და დალია ისე, რომ არ დაუღვრია არცერთი წვეთი.

აქ რომ დასრულებულიყო თხრობა, შეიძლება შექმნილიყო დადებითი ეფექტის ილუზია, მაგრამ, რაც არ უნდა მართლა პარადოქსულად გვეჩვენოს, თვით ავტორი თავისდაუნებურად გვაძეგნობს ჩატარებული მკურნალობის უშედეგობას. ექიმი ამ სიტუაციას ასე ამთავრებს: „ამის შემდეგ ყოველთვის, როცა ვამჩნევდი პაციენტის ხელის კანკალს, საკმარისი იყო მისთვის გამეხსენებინა შეჯიბრის შესახებ, რომ ეს მუდამ ეხმარებოდა მას.“ მართლაც „კარგი“ ეფექტია, თუ მულმივად შეხსენება ესაქიროება.

ამ შემთხვევას კარგად ეხმიანება მარკეტ ტვენის იუმორისტული გამონათქვამი: სულაც არაა ძნელი თავი დაანებო პაპიროსის წევას. მე ასჯერ მაინც მექნება თავი დანებებულიო.

აქვე გვახსენდება ერთი შემთხვევა საკუთარი პრაქტიკიდან. ახალგაზრდა ვაჟს აწუხებდა ფსიქოგენური იმპოტენცია. მან უშედეგოდ იმკურნალა ფსიქიატრთან, ფსიქოლოგთან, სექსოლოგთან, მღვდელთან, სადაც ნაცადი იყო უამრავი ხერხი. ჩვენთან მკურნალობის პერიოდში მეგობარმა ურჩია აუტოტრენინგი: თუ მას კარგად დაეუფლები, იმპოტენცია მოგეხსნებაო. ჩვენც გვკითხა აუტოტრენინგზე, ისე რომ თვით მისი სასწავლებრივი ეფექტის შესახებ არაფერი უთქვამს. ჩვენც აღვნიშნეთ აუტოტრენინგის სიკეთე ზოგად ხაზებში, მაგრამ პაციენტმა მაინც თავისებურად „გადათარგმნა“ და დაიწყო ვარჯიში. რამდენიმე ხანში იგი დანადვლიანებული ამბობს: აუტოტრენინგმა შეიძლება მართლაც მიშველოს, მაგრამ მისი პრაქტიკული გამოყენება ძალზე რთული იქნებაო. აბა წარმოიდგინეთ, ყოველი სექსუალური აქტის წინ აუტოგენური წვრთნის ჩატარება და ისიც პარტნიორის თანდასწრებითო.

როგორ გავს ეს შემთხვევა უკვე აღწერილ ხელის კანკალის მაგალითს. იმ შემთხვევაში დადებით ეფექტს იძლეოდა პაციენტისათვის შეხსენება, ჩვენს ავადმყოფს კი თვითონ უნა შეხსენებინა საკუთარი თავისთვის. პირველ შემთხვევაში არ მომხდარა განკურნება, მეორე მაგალითშიც იგივე ვითარებაა აღნიშნული მომენტისათვის (შემდგომში მონახულ იქნა დაავადების რეალური მიზეზი, რასაც მოჰყვა შესაბამისი საშუალებით განკურნება)..

ასეთ უზუსტობას არ უნდა უშვებდეს მკვლევარი, რომელიც სხვა ადგილას წერს: თუ თქვენ დანაღვლიანებული ხართ და დაღვეთ სასმელს, უგუნებობა გაიფანტება, მაგრამ მისი საფუძველი (მიზეზი) დარჩება. აქვე ფსიქიატრების საპირისპიროდ მართებულად შენიშნავს, რომ არც ტრანკვილიზატორებს შეუძლია ადამიანის ბედის შეცვლა, მისთვის დაკარგულის დაბრუნება.

ზემოთ განხილული იყო პათოგენური რეაგირების ორი ნიმუში, რომლებიც დაკავშირებულია ფობიებთან და აკვიატებულ მდგომარეობებთან. ვ. ფრანკლი გამოყოფს მესამე სახის ნიმუშს, რომელსაც აკავშირებს სექსუალურ ნევროზებთან, როცა დარღვეულია პოტენცია და ორგაზმი. ამ შემთხვევაში ბრძოლა მიმდინარეობს სექსუალური სიამოვნების მიღებისათვის ორგაზმის სახით. მაგრამ, სამწუხაროდ, ეს დაუოკებელი სწრაფვა კრახს განიცდის. ავტორის აზრით, ვინც მიიღტვის სიამოვნებისაკენ როგორც მიზნისაკენ, იგი აყოლილია ცდუნებას იაროს უფრო მოკლე გზით, ამ გზას კი თურმე ჩიხში შევყავართ. ამ შემთხვევაში ადამიანის ცნობიერება ზედმეტადაა დაკავებული ამ პროცესის ანალიზით, ადგილი აქვს ჰიპერინტენციას, რასაც მოჰყვება ფორსირებული ჰიპერარეფლექსია. ერთიც და მეორეც ნევროზის წყარო ხდება. ადამიანი ექცევა მოჩადობებულ წრეში და რაც უფრო მეტს ფიქრობს აქედან გამოსავალზე, მით მეტად იხლართება ავადმყოფური აზრების ბადეში.

ამის მიზეზების გარკვევისას აღმოჩნდა, რომ ნევროტიკისათვის სექსუალურ აქტს აქვს ვალდებულების ხასიათი, თითქოს მას რაღაცის მიღწევას ავალდებენ. მისთვის ეს დაძალება მოდის როგორც „მესგან“, ისე სიტუაციიდან, რომლის ერთ-ერთი კომპონენტი შეიძლება იყოს პარტნიორი. ამ მომენტის მნიშვნელობა ექსპერიმენტულად იქნა დადასტურებული ცხოველებთანაც კი. კ. ლორენცის გამოკვლევაში დედალ თევზს აჩვევენ კი არ გაეკვლუცოს მამალს, არამედ ენერგიულად წაიწიოს მისკენ. მამლის რეაქცია იყო ადამიანური: მას რეფლექსუ-

რად გადაეკეტა გამრავლების აპარატი.

აღამიანთა ჰიპერეფლექსის დროს მსჯელობა შთანთქავს სპონტანურობას. ლოგოთერაპია მას ებრძვის დერეფლექსიის საშუალებით. ამ დროს კვლავ გამოიყენება პარადოქსული ინტენციის ტექნიკა. ამ შემთხვევაში პაციენტს ურჩევენ თავი შეიკავოს სექსუალური აქტისაგან და დაკმაყოფილდეს მოფერებით ორმხრივი წინასწარი სექსუალური თამაშის სტილში. რამდენადაც პაციენტს ეხსნება სექსუალური მოვალეობის ტვირთი, მას უჭირს თავის შეკავება და ზოგჯერ წინასწარ გაფრთხილებული პარტნიორის მხრიდან „უარის“ თქმის მიუხედავად აქტი ხორციელდება. და რაც უფრო მეტად „ეწინააღმდეგება“ პარტნიორი, წარმატება მით უფრო შთამბეჭდავია.

ამ მეთოდით მკურნალობენ დარღვევებს სექსუალური პოტენციის წინმსწრებ შფოთვის, ან ეაკულაციას, ფრიგიდულობას და ა.შ.

პაციენტი 16 წლის განმავლობაში იტანჯებოდა ნაადრევი ეაკულაციით. ექიმმა პაციენტს უთხრა, რომ იგი მაინც ვერაფერს გააწყობს ამასთან და უმჯობესია ეცადოს თვითონ მაინც მიიღოს რაღაც სიამოვნება. შემდეგ პაციენტს ურჩია მაქსიმალურად შეემოკლებინა სქესობრივი აქტი. პარადოქსული ინტენციის ხერხმა გაკრა — კოიტუსის ხანგრძლივობა ოთხჯერ გაიზარდა.

იგივე მეთოდი გამოყენებული იქნა ვაგინიზმის წინააღმდეგ. პაციენტი ქალი გაზრდილი იყო კათოლიკურ მონასტერში და სექსუალობაზე მას დადებული ჰქონდა ტაბუ. ექიმს მან მიმართა კოიტუსის დროს ძლიერი ტკივილების გამო. ექიმმა პაციენტს ურჩია გენიტალიის სფეროს მოდუნების მაგივრად, პირიქით, მაქსიმალური დაძაბვისათვის მიეღწია. ქმარს კი მიეცა წინადადება ყოველმხრივ ეცადა ამ წინააღმდეგობის გადალახვა. მალე მათ ექიმს შეატყობინეს, რომ სექსუალური აქტი პირველად ჩატარდა უმტკივნეულოდ.

მოდუნებისათვის პარადოქსული ინტენციის გამოყენება დადასტურებულ იქნა საინტერესო ლაბორატორიული ექსპერიმენტით. ცდისპირს სთხოვენ სრული მოდუნების მიღწევას, ის კი ამას ვერ აღწევდა, რამდენადაც ძალზე მონდომებული იყო. ამ ვითარებას კარგად აჩვენებდა ცდისპირისათვის მიერთებული ელექტრომიოგრაფი, რომლის ისარიც 50 მიკროამპერს აღემატებოდა. ექსპერიმენტატორმა მას „გაბრაზებით“ უთხრა, რომ შენ ვერასდროს ვერ მოახერხებო მოდუნებას. ამის პასუხად ცდისპირმა იფეთქა: „ეშმაკსაც წაუღია ეს მოდუნება, მიმიფურთხებია მისთვის“ ამას მომენტალურად მოჰყვა ელექტრომიოგ-



რაფის ისრის დაცემა 10 მილიამპერამდე. ეს ისე სწრაფად მოხდა, რომ ექსპერიმენტატორს ეგონა აპარატი გამოირთოო. შემდეგ სერიაში ცდისპირმა ადვილად მოახერხა მოდუნება უკვე პირდაპირი ინტენციით, რამდენადაც ძალიან აღარ ცდილობდა და ბუნებრივად იქცეოდა.

წინასწარი დაძაბული მზაობის უარყოფითი გავლენა კარგად ჩანს საშიშროების მოლოდინის სიმპტომისას. ამ დროს შიში ხელს უწყობს საშიში ქმედების განხორციელებას. ამგვარად, თუ სურვილი აზრის მამად ითვლება, მაშინ შიში — ეს არის მოვლენის დედა, კონკრეტულად ისეთი მოვლენისა, როგორცაა ავადმყოფობა. ზუსტად ისე, როგორც შიში გვაიძულებს განვახორციელოთ საშიში მოქმედება, ასევე ფორსირებული სურვილი შეუძლებელს ხდის იმის განხორციელებას, რაზეც ვართ მიმართული. ამ საფუძველზე დაყრდნობით ლოგოთერაპია ცდილობს პაციენტს აღუძრას სურვილი, ან გააკეთებინოს ის, რისიც მას ასე ეშინია. პაციენტი კი არ უნდა გაურბოდეს საშიშ სიტუაციებს, არამედ, პირიქით, ეძებდეს და მოქმედებდეს მისთვის საშიშ გარემოში. ასეთ ვითარებაში შიში ქრება და პაციენტი ეჩვევა მოქმედებას მის გარეშე. ამ მიზნის მიღწევა ვ. ფრანკლს ფილოსოფიური კატეგორიის დონემდე აპყავს: გეზიზღებოდეს ან უვლიდეთ თავს ნაკლებად მნიშვნელოვანია, ვიდრე შეგეძლოს მთლიანად დაივიწყო იგი. სწორედ დერეფლექსია, საკუთარი „მედან“ აქცენტის გარეთ გადატანა მიაჩნია ვ. ფრანკლს განკურნების უმთავრეს საშუალებად.

ახლა შევაჯამოთ ექსისტენციალიზმის თეორიული წინამძღვრები და პრაქტიკული რეალიზაციის საკითხები. ვ. ფრანკლის მოძღვრება გამოდის იქიდან, რომ ქცევის ძირითად მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენს ადამიანის მისწრაფება საკუთარი ცხოვრების საზრისის ძიებისა და რეალიზაციისაკენ. ცხოვრების საზრისის უქონლობა ან მისი რეალიზაციის შეუძლებლობა ადამიანში იწვევს ექსისტენციურ ვაკუუმს და ექსისტენციურ ფრუსტრაციას, რომლებიც განაპირობებს ნოოგენურ ნევროზებს. ეს ნევროზები, თავის მხრივ, განაპირობებს აპათიას, დეპრესიას და ცხოვრებისადმი ინტერესის დაკარგვას. ცხოვრების უნიკალური საზრისი ანდა იგივე ფუნქციის შემსრულებელი განზოგადებული ღირებულებები ადამიანს შეუძლია მონახოს შემოქმედების, განცდის და მიმართების სფეროებში. საზრისის განხორციელება, ფაქტიურად, ნიშნავს ადამიანის თვითრეალიზაციას.

ვ. ფრანკლი გამოყოფს ადამიანური არსებობის სამ დონეს: ბიოლოგიური, ფსიქიკური, ნოეტური (გონითი). სწორედ ამ უკანასკნელშია

ლოკალიზებული საზრისი და ღირებულებები, რომლებიც განსაზღვრავს ქვეყნის დეტერმინაციას სამივე დონეზე. ადამიანის თვითდეტერმინაცია ხორციელდება თვითტრანსტენდენციის და თვითგაცლის პრინციპით.

ამ თეორიული პრინციპების პრაქტიკული რეალიზაცია ხორციელდება ლოგოთერაპიის საშუალებით, რომელშიც გამოიყენება სოკრატესეული დიალოგის, პარადოქსული ინტენციის და დერეფლექსიის მეთოდები. არჩევენ ამ მეთოდების გამოყენების სპეციფიკურ და არასპეციფიკურ სფეროებს. სპეციფიკურ სფეროს განეკუთვნება ნოოგენური ნევროზები, რასაც იწვევს ცხოვრების აზრის დაკარგვა. ამ დროს გამოიყენება სოკრატეს სტილის დიალოგი მკურნალსა და ავადმყოფს შორის, რომელიც პაციენტს უბიძგებს თავისთვის აღმოაჩინოს ადეკვატური აზრი. ლოგოთერაპიის გამოყენების არასპეციფიკური სფერო — ესაა ისეთი ნევროზული მდგომარეობის მკურნალობა, როგორიცაა ფობიები, აკვიატებები და სექსუალური დარღვევები. ამ დროს გამოიყენება პარადოქსული ინტენციის და დერეფლექსიის ტექნიკა.

ვ. ფრანკლის სისტემის განხილვისას ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები. ახლა ამ თემას უფრო ვაფართოვებთ. ეს სისტემა შეგნებულად და ზოგჯერ უნებლიედაც კი უკავშირდება მრავალ ფილოსოფიურ, ფსიქოლოგიურ, თეოლოგიურ თუ სამედიცინო მიმართულებას. კავშირები კარგად ჩანს ექსისტენციალიზმთან, პერსონალიზმთან, ფსიქონალიზმთან, ინდივიდუალფსიქოლოგიასთან, ბიპვეიორისტულ თერაპიასთან და სხვებთან. ზოგთან ეს მიმართება დადებითია, ზოგთან კი აშკარად დაპირისპირებული. ამას გარდა, დაკვირვებული მკითხველი შეამჩნევს ვ. ფრანკლის მოძღვრების კავშირს მარქსისტულ მიმდინარეობასთან და უზნაძის განწყობის თეორიასთან.

მარქსიზმთან კავშირი განსაკუთრებით ნათლად ჩანს პიროვნების საკითხის განხილვისას. ვ. ფრანკლი პირდაპირ მარქსისტულ სტილში წერს: ადამიანი ყელგან და ყოველთვის სოციალურ კონტექსტშია ჩართული — სხვა ადამიანებთან კავშირში და მოვლენათა ჯაჭვში. პიროვნება საზოგადოებისაგან დეტერმინირებულია ორგვარად: ერთი მხრივ, მისი ქცევა მთლიანად სოციუმითაა განპირობებული და ამავე დროს, მეორე მხრივ, მუდმივადაა მასზე მიმართული. ამავე კავშირზე მიუთითებს ფრანკლის მიერ თავის ერთ გამოკვლევაში ვ. ლენინის ციტირება და დ. ლეონტიევის მიერ გავლებული პარალელები ლ. ვიგოტსკის, ს. რუბინშტეინის და ა. ლეონტიევის მოსაზრებებთან (იხ. შესავალი სტა-

ტია ვ. ფრანკლის წიგნში „ადამიანი საზრისის ძიებაში“). ამ შემთხვევაში საკითხი ეხება „სიღრმის ფსიქოლოგიის“ და „მწვერვალის ფსიქოლოგიის“ დაპირისპირებას, ყოფიერების და ცნობიერების მიმართებას თუ ადამიანის საქმიანობას.

ვ.ფრანკლი ფაქტიურად მარქსისტულ სტილში განიხილავს ადამიანის არსებობის და სიყვარულის საზრისის იერარქიულ საფეხურებს. პირველ შემთხვევაში გამოყოფს ბიოლოგიურ, ფსიქიკურ და გონით დონეებს; მეორე შემთხვევაში საქმე გვაქვს სექსის, ეროტიკის და სიყვარულის საფეხურებთან. თავისთავად ასეთი იერარქია კი არაა მარქსისტული პრინციპის გამომხატველი, არამედ ის, რომ მაღალი მოხსნილი სახით შეიცავს დაბალს და განსაზღვრავს მის მოქმედებას. ზუსტად ასეა ფორმირებული მარქსიზმში მატერიის მოძრაობის ფორმების ურთიერთკავშირი. ამით ორივე კონცეფცია ცდილობს ე.წ. ფსიქოლოგიზმის დაძლევას სპეციფიკურ ადამიანურის უმაღლეს ფორმებში მოქცევით. როგორც ამას ქვემოთ დავინახავთ ჩვენი კონცეფციის განხილვისას, ფსიქიკის სფეროსადმი ასეთი დამოკიდებულება არაა მართებული. ფსიქიკის როლი ადამიანის აქტივობაში გაცილებით უფრო რთული და მნიშვნელოვანია, ვიდრე ზოგჯერ ეს წარმოუდგენიათ. მის გარეშე ხომ არ ხორციელდება არანაირი აქტივობა - არც ფიზიკური, არც ინტელექტუალური და არც ზნეობრივი.

ამ საკითხის პრობლემატურობას გრძნობს ვ. ფრანკლი და კიდევაც „იხვეს უკან“ ნაბიჯ-ნაბიჯ. როცა ეხება სოციალური მიზეზობრიობის და გონითი ღირებულებების განმაპირობებელ ფაქტორებს, იგი შენიშნავს, რომ ეს კანონები ბოლომდე ვერ განსაზღვრავს ინდივიდის ქცევას. მათი ზემოქმედება გაივლის ინდივიდუალური თავისუფლების სპეციალურ ზონაში, რის მიხედვითაც ადამიანს აქვს საკუთარი თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა. შემდეგ ფრანკლი უფრო მეტად ფსიქოლოგიურ სახეს აძლევს თავის „შეხედულებას: ღირებულებათა სამყაროში არსებობს „ინდივიდუალური გამოყენების“ მთელი სფეროები, რომლებიც რეალიზდება საზოგადოების ფარგლებს გარეთ და მისგან დამოუკიდებლად, ამ კატეგორიას მიაკუთვნებს იგი განცდით ღირებულებებს.

ასეთივე ხასიათისაა ვ. ფრანკლის მსჯელობა, როცა იგი ეხება ცხოვრების საზრისის ძიებას და რეალიზებას. მისთვის ეს საზრისი, ერთი მხრივ, ობიექტურ ღირებულებებშია აღმოსაჩენი, მეორე მხრივ კი, ის ძალზე ინდივიდუალურია და არა აქვს მნიშვნელობა იგი დაკავშირებულია მაღალ ფასეულობებთან თუ არა. ეს ვითარება განსაკუთრებით

კარგად ჩანს მიმართების ღირებულებებთან კავშირში, როცა, ფრანკლის აზრით, ადამიანს შეუძლია საზრისი მოძებნოს გამოუვალ მდგომარეობაშიც კი, რომლის დროსაც უძლურია შეცვალოს სიტუაცია. ფრანკლი აქ ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ საქმე ეხება პოზიციას და განწყობას, რომლითაც ადამიანი ხვდება თავის ბედს.

ამ შემთხვევაში ვ. ფრანკლის შეხედულება უნებლიედ დაუკავშირდა დ. უზნაძის განწყობის მოძღვრებას. ამ კავშირს ნათელყოფს ფრანკლის შემდეგი მსჯელობა სხვა ადგილას. მის მიხედვით, ბედი ადამიანს შეიძლება წარმოუდგეს სამ ფორმაში: 1) როგორც მისი ბუნებრივი მიდრეკილება ან საჩუქარი; 2) როგორც სიტუაცია, ე.ი. მისი გარემოს მთლიანობა; 3) როგორც მიდრეკილების და სიტუაციის ურთიერთმიმართება, რომელიც აყალიბებს ადამიანის პოზიციას. მიდრეკილებაში გამოხატულია ბიოლოგიური მხარე, ხოლო სიტუაციაში-მისი სოციალური დეტერმინაცია. გარდა ამისა, არსებობს ადამიანის „ფსიქოლოგიური ბედი“. ადამიანი პოზიციას იკავებს რაიმეს მიმართ. ამით იგი აყალიბებს მისდამი თავის დამოკიდებულებას, რაც თავისუფალ არჩევანში გამოიხატება. ამას ამტკიცებს ის ფაქტი, რომ მას ძალუძს „შეცვალოს საკუთარი პოზიცია“. პოზიციის შეცვლა მოიცავს განათლებას, თვითგანვითარებასა და ფსიქოთერაპიასაც ფართო გაგებით — შინაგანი სამყაროს გადატრიალების აზრით.

ჩანს, რომ ვ. ფრანკლი არ იცნობს დ. უზნაძის შეხედულებას, რის გამოც ბედისწერის აღნიშნულ ფორმებს ალტერნატიულად წარმოგვიდგენს. განწყობის თეორიაში ისინი ერთი მთელის ნაწილებია. შინაგანი (ადამიანის მოთხოვნილებები, მიდრეკილებები) და გარეგანი (სიტუაცია) ფაქტორები ქმნიან მთლიან მდგომარეობას — განწყობას, პოზიციას, რომელიც განსაზღვრავს ადამიანის აქტივობას ნებისმიერი მიმართულებით. მათ შორის შეიძლება მოვათავსოთ ფრანკლის ცხოვრების საზრისის ძიება და მისი რეალიზება. სწორედ ეს შეიძლება ვიგულისხმოთ ფრანკლის „ფსიქოლოგიურ ბედში“, რომელსაც მან კონკრეტული ადგილი ვერ მოუძებნა. განწყობა ის „ბედია“, ის ფსიქიკური მდგომარეობაა, რომელიც განაპირობებს ჯანმრთელი თუ ავადმყოფი ადამიანის ასეთ ან ისეთ ქმედებას. რაც შეიძლება პოზიციის ცვლილებას, ეს შეხედულება დ. უზნაძესთან დიდი მნიშვნელობის მქონეა. მასთან განწყობის შეცვლა პიროვნების შეცვლის დონემდეც კი აღის. ჩვენი აზრით, ფსიქოთერაპიაში სწორედ არაადეკვატური განწყობის ადეკვატურით შეცვლის პროცესი უნდა განხორციელდეს.

მეტად პრობლემატურია ვ. ფრანკლის „მწვერვალის ფსიქოლოგია“, რითაც იგი ცდილობს მკვეთრად გაემიჯნოს „სიღრმის ფსიქოლოგიას“ იგი ლაპარაკობს სპეციფიკურ ადამიანურ ნოეტურ სფეროზე და ნოოგენურ ნევროზებზე, რომლებიც სპეციალური ტესტირების მიხედვით ნერვოზთა საერთო რიცხვის 20%-ს შეადგენს. თუ მართლაც ასე ზუსტად შეიძლება გაემიჯნოთ ფსიქოგენური და ნოოგენური ნევროზები, მაშინ უპრიანი იქნება მათი ფსიქოთერაპია განსხვავებული ხერხებით ვაწარმოოთ. მართლაც, ზედმეტი და ზშირად გამოუსადეგარიც ჩანს ფსიქოანალიზური მიდგომის გამოყენება ისეთ შემთხვევაში, როცა ზრდადასრულებულ ადამიანს აღმოუცენდა ექსისტენციური ვაკუუმიის განცდა. მაგრამ როგორც ვ. ფრანკლის და მისი მიმდევრების სამკურნალო პრაქტიკა გვიჩვენებს, ისინი არ იფარგლებიან ნოოგენური ნევროზებით და, მეორე მხრივ, იგივე ხერხებით ცდილობენ ფსიქოგენური ნევროზების განკურნებას. ეს ვითარება წამგებიან მდგომარეობაში აყენებს მათ, რაც ჩვენ ზემოთ აღვნიშნეთ კიდევ ნაკლოვანად განხორციელებული ფსიქოთერაპიის მაგალითების ჩვენებით.

ამ ვითარების საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ სახლის მაგალითს. იგი შეიძლება გამოყენებული იქნას საცხოვრებლადაც, გასართობათაც, დასასვენებლადაც და სამკურნალოდაც კი. მასში კედელი გაიბზარა და მოითხოვს გამაგრებას. ამ შემთხვევაში შეიძლება შემოვიფარგლოთ ლოკალური რემონტით და ყველაფერი კარგად დამთავრდეს. შესაძლოა, კედლის გაბზარვამ კვლავ იჩინოს თავი. ამ დროს გულმოდგინე შესწავლა აჩვენებს, რომ საქმე გვაქვს სახლის საძირკველის სიმყარის დაჭევიტებასთან, რაც, თავის მხრივ, იწვევს კედლის გაბზარვას. თუ ჩავთვლით, რომ სახლისთვის სპეციფიკური, მთავარი არის ოთახები სართულებზე და არა საძირკველი, მაშინ რემონტიც მხოლოდ ოთახებს უნდა შეეხოს. დაახლოებით ასე გამოიყურება მწვერვალის ფსიქოლოგიის პოზიცია, რომელიც სიღრმის ფსიქოლოგიას უკიჟინებს აქცენტის საძირკველზე გადატანას. შემდგომში ფსიქოანალიზის და განსაკუთრებით „მენცარის“ მოძღვრების განხილვისას კარგად დავინახავთ ამ საძირკველის მნიშვნელობას, რომელიც განსაზღვრავს სართულების არა მხოლოდ სიმყარეს, არამედ მათ მნიშვნელობასაც.

ვ. ფრანკლის ნამოღვაწარში ვხვდებით საინტერესო მიგნებებსაც, რომლებიც მან ბოლომდე ზუსტად ვერ ახსნა, თუმცა ბიძგი მისცა სასარგებლო მსჯელობას. ზოგი მათგანი მნიშვნელოვნად გვეჩვენება, რამდენადაც ეხმაურება ჩვენს პოზიციას და ამ თვალსაზრისით ახსნასაც ნახულობს.

საკონცენტრაციო ბანაკის ტყვეებზე საკუთარი დაკვირვების და სხვების გამოკვლევებიდან ვ. ფრანკლი გამოყოფს ფსიქიკის დარღვევათა შემდეგ მნიშვნელოვან მომენტებს: აბათია, რეაქციების დაქვეითება, ყურადღებისა და მენსიერების კონცენტრაციის შესუსტება, დეზორიენტაცია, რასაც ხსნის ქრონიკული შიმშილით. იგივე მიზეზით ხსნის ლიბიდოს დაქვეითებას: თვალშისაცემი იყო ინტერესის დაკარგვა სექსუალურ თემებზე საუბრისადმი. ასევე იშვიათად შეინიშნებოდა ფობიები და ისტერიული სიმპტომები. ამგვარად, ნევროზები გაქრა და ნევროტიკები თითქოს გამოჩანმრთელდნენ.

აღნიშნული ვითარების ანალიზისას ვ. ფრანკლმა ფსიქიკურ გადახრებთან და ლიბიდოს დაქვეითებასთან მხოლოდ შიმშილი დააკავშირა, რაც არასაკმარისი ფაქტორია. ამ დროს ნევროზების ბლოკირება ლიბიდოს დაქვეითებით ხდება, რომელიც, თავის მხრივ, განსაზღვრული იყო ნაწილობრივ შიმშილით, მაგრამ უფრო მეტად იმ შიშით, რომელიც განსაზღვრავდა პატიმართა ყოველდღიურ ცხოვრებას. თუ როგორი მქიდრო კავშირია სექსს, შიშსა და ნერვულ აშლილობას შორის, ამას კარგად ვნახავთ „მენცარის“ პოზიციის განხილვისას. აქ მოკლედ ვიტყვით, რომ საკონცენტრაციო ბანაკის პირობებში არსებული საშიში სიტუაცია აძლიერებდა სექსუალურთან დაკავშირებულ შიშს, რომლის ფონზეც ლიბიდოზური ლტოლვები უმნიშვნელოდ იჩენდა თავს. ამაზე, თავის მხრივ, მოქმედებდა შიმშილი, უძილობა და ა.შ. აქვე არანაკლებ მნიშვნელოვანი ფაქტორია (რაც ვ. ფრანკლს არც მიუღია მხედველობაში) თვით სექსუალური აქტის განხორციელების სიტუაციის არარსებობა. რამდენადაც ნევროტიკს აფრთხობს მისი განხორციელებისთვის ვალდებულების განცდა, სხვა ფაქტორებთან ერთად ლიბიდოზური გარემოს არარსებობა ამშვიდებს მას. ამ ვითარებათა შეცვლამ საკონცენტრაციო ბანაკიდან დაბრუნებულებთან დროთა განმავლობაში მკვეთრად იჩინა თავი. მათ 78%-ში აღმოჩენილ იქნა ნევროტიული სიმპტომები.

ამგვარად, ექსისტენციალიზმი არაა უნივერსალური პრინციპი და ხერხი, თუმცა ზოგი თეორიული დებულება და ფსიქოთერაპიული მეთოდი უეჭველად იმსახურებს ყურადღებას. დიალოგის და პარადოქსული ინტენციის ხერხებს გარკვეული მოდიფიკაციით ჩვენც მივმართავთ მკურნალობის პრაქტიკაში, მაგრამ მას შემდეგ, რაც უკვე აღმოჩენილია დაავადების პირველმიზეზი და ხდება „მე“-ს საზღვრების მნიშვნელოვანი გაფართოება.

## 6. კოგნიტური ფსიქოთერაპია

მეოცე საუკუნის 50-60-იანი წლების მიჯნაზე ჩამოყალიბდა კოგნიტური ფსიქოლოგია, რომელიც იყო რეაქცია ფსიქონალიზმზე და განსაკუთრებით ბიჰევიორიზმზე. ეს უკანასკნელი უარყოფდა ფსიქიკური პროცესების შინაგანი ორგანიზაციის როლს, კოგნიტურმა მიმართულებამ კი მიზნად დაისახა ადამიანის ქცევაში ცოდნის გადამწყვეტი მნიშვნელობის ჩვენება.

კოგნიტური ანუ რაციონალური, ინტელექტუალისტური, შემეცნებითი ფსიქოლოგიის ფორმირება დაკავშირებულია ისეთი ცნობილი ფსიქოლოგების სახელებთან, როგორებიცაა პიაჟე, ნაისერი, ბრუნერი, ბარტლეთი, კელი და სხვ.

უ. ნაისერი ადამიანის მიერ გარემოს შემეცნებას განიხილავს როგორც აქტიურ პროცესს, რომლის აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს სწავლების პროცესში ჩამოყალიბებული ფსიქიკური საშუალებები. უმნიშვნელოვანეს კოგნიტურ საშუალებად ნაისერი და ბარტლეთი თვლიან სქემას. იგი არის შინაგანი სტრუქტურა, რომელიც ყალიბდება გამოცდილების კვალობაზე. სქემის საშუალებით ადამიანი იღებს ინფორმაციას, წარმართავს მოქმედებას და კვლევით აქტივობას. გამოცდილების საფუძველზე იგი განიცდის მოდიფიკაციას.

ბიოლოგიური თვალსაზრისით სქემა ნერვული სისტემის ნაწილია, მაგრამ იგი არაა ტვინში განკერძოებული ცენტრი, არამედ მთელი სისტემაა, რომელიც მოიცავს ფიზიოლოგიური სტრუქტურების და პროცესების სიმრავლეს. სქემა ფუნქციონირებს აგრეთვე როგორც გეგმა და ამ გეგმის განმხორციელებელი.

სამართლიანობა მოითხოვს აღნიშნულ იქნას, რომ სქემის პრინციპი არ წარმოადგენს მნიშვნელოვან სიახლეს. იგი შინაარსობრივად ძალზე ახლოსაა განწყობის (უზნაძე), პროგრამის (ბერნშტეინი), მოქმედების აქცეპტორის (ანოხინი), გეგმის (მილერი, გალანტერი, პრიბრამი) და სხვა მოდელებთან, რომლებიც მოწოდებულია მთლიანობის პრინციპებიდან ახსნას ადამიანის აქტივობა.

კოგნიტივისტების მიხედვით, ადამიანის ზრდასთან ერთად გარემოს აღქმისა და შესატყვისი ქცევის განხორციელებისათვის საჭირო შემეცნებითი აპარატი საფუძვლიან ცვლილებებს განიცდის. მას შემდეგ, რაც მოზარდში არსებული ფსიქიკური სტრუქტურები აღარ იქნება საკმა-

რისი აღქმისა და მოქმედებისათვის, გონებრივი აპარატი უფრო რთული სტრუქტურით იცვლება. ცხოვრების განმავლობაში ასეთ ცვლილებას ადამიანი რამდენიმე სტადიის სახით გადის და, ბუნებრივია, თითოეულ შემთხვევაში გარკვეულ სიძნელებთან გვაქვს საქმე, რომელთა მოგვარება ფსიქოთერაპიული ჩარევით უნდა განხორციელდეს.

კონსულტაციასა და ფსიქოთერაპიაში კოგნიტური მიმართულება ნიშნავს ლოგიკურ, ინტელექტუალურ მიდგომას კლიენტის პრობლემების მიმართ. ფსიქოგენური დაავადების მიზეზად ითვლება მცდარი აზროვნება. კონსულტანტის ანუ თერაპევტის როლი არსებითად მასწავლებლის ფუნქციას უტოლდება, როცა იგი კლიენტს ასწავლის ინფორმაციის, ლოგიკის და განსჯის გამოყენებას მცდარი ინტერპრეტაციებისა და ირაციონალური აზროვნების შეცვლის მიზნით.

ისტორიულად კოგნიტური, რაციონალური ფსიქოთერაპიის ფორმირებას უშუალოდ უკავშირებენ ფსიქოლოგიაში კოგნიტურ მიმართულებას, მაგრამ რეალურად იგი უფრო ადრე წარმოიშვა. როგორც ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ აუტოტრენინგთან მიმართებაში, რაციონალური ფსიქოთერაპიის პრინციპი მის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენს. „რაციონალური ფსიქოთერაპია“ რ. დიუბუას მიერ იქნა შემუშავებული ჰიპნოზის მეთოდის წინააღმდეგ. მან აჩვენა, რომ პაციენტის ჰიპნოზურ მდგომარეობაში გადაყვანის გარეშეც შეუძლია ფსიქოთერაპევტს კარგი პრაქტიკული შედეგების მიღწევა. ამდენად, რ. დიუბუამ მნიშვნელოვნად გაათავართოვა თვით ფსიქოთერაპიის სფერო.

რაციონალური ფსიქოთერაპია მიმართავს შთაგონებას, დარწმუნებას, ლოგიკურ დასაბუთებას, რაც ძირითადად მკურნალისა და პაციენტის დიალოგისას ხორციელდება. ამიტომ ხშირად მცდარადაა გაიგივებული რაციონალურ ფსიქოთერაპიასთან ფხიზელ მდგომარეობაში ავადმყოფზე ნებისმიერი ფსიქოთერაპიული ზემოქმედება.

კოგნიტური მიდგომისას მნიშვნელოვნად დგას რაციოსა და ემოციის ურთიერთმიმართების საკითხი. ჯერ კიდევ ცნობილი ფრანგი ფსიქოლოგი პ. ჟანე აღნიშნავდა დიუბუას მიერ ემოციური მომენტის შეუფასებლობას.

ზოგი თანამედროვე ფსიქოთერაპევტი აზროვნებით შეცდომებს მიიჩნევს ემოციური დარღვევების საფუძვლად. 1984 წ. საერთაშორისო კონგრესის მონაწილენი იმ დასკვნამდე მივიდნენ, რომ ემოციური სფეროს მოუგვარებლობასაც შეუძლია აზროვნების დარღვევა და რომ მათ ძალუძთ ერთდროული აღმოცენება.



ამ ორი სფეროს მჭიდრო კავშირზე მეტყველებს ა. ელისის „რაციონალურ-ემოციური ფსიქოთერაპია“ იგი თანამედროვე კოგნიტიური მიდგომის მნიშვნელოვან ნიმუშს წარმოადგენს, რომელსაც შედარებით ფართოდ განვიხილავთ.

ა. ელისმა თავისი მოღვაწეობა დაიწყო ქორწინების, ოჯახის და სექსუალური პრობლემების კონსულტაციის სფეროში. იგი დასაწყისში, არსებითად, ავტორიტეტული ინფორმაციის მიწოდებით კმაყოფილდებოდა. მოგვიანებით მან შენიშნა, რომ პრობლემა არ შემოიფარგლებოდა ინფორმაციის ან ცოდნის ნაკლებობით. მის კლიენტებს ამავე დროს ლოგიკური და ემოციური დარღვევები ახასიათებდათ. დახმარებისათვის მან ფსიქოანალიზს მიმართა. ორთოდოქსალური ფსიქოანალიზის გამოყენებით გარკვეული წარმატებების მიღწევის მიუხედავად (მისი მტკიცებით ქორწინების სფეროს კლიენტთა 50%-თან და ნევროტიკთა 70%-თან მნიშვნელოვანი შედეგები იქნა მიღებული), ელისი მაინც უკმაყოფილო იყო. იგი მნიშვნელოვან განსვლას ხედავდა ფსიქოანალიზის თეორიასა და პრაქტიკას, ერთი მხრივ, და ფსიქოანალიზის პასიურ ხასიათსა და საკუთარ ტემპერამენტს შორის, მეორეს მხრივ.

ამის შემდეგ ა. ელისი დასწავლის ანუ გაპირობების პრინციპით დაინტერესდა. ამ გზით ცდილობდა იგი პაციენტთა პირობითი ჩვევების მოხსნას, რაც სხვადასხვა სახის აქტივობაში მათი ჩართვით ხორციელდებოდა. ელისი ვერც ამ მიდგომამ დააკმაყოფილა, რის გამოც იწყო საკუთარი რაციონალური მიდგომის ჩამოყალიბება.

ელისი დარწმუნდა, რომ ადრე დასწავლილი ირაციონალური და ნევროტული შინაარსები საკმაოდ მყარია, რის გამოც ისინი წინააღმდეგობას უწევს თერაპიას. ა. ელისი პაციენტებს ასწავლიდა საკუთარი აზროვნების შეცვლას, რათა მათ პრობლემის მიმართ რაციონალური მიდგომა გამოემუშავებინათ. მისი მტკიცებით, აღნიშნული მეთოდით მუშაობისას პაციენტთა 90%-ს დაახლოებით 10 სესიის შემდეგ აშკარა გაუმჯობესება ეტყობოდა.

ა. ელისი არ აცხადებს პრეტენზიას იმ ცნებათა ორიგინალობაზე, რომლებიც მის სისტემას ქმნის. იგი აღიარებს, რომ ისინი თავის დროზე ძველი და თანამედროვე ფილოსოფოსების, ფსიქოლოგების, ფსიქოთერაპევტების და სხვების მიერ იქნა ჩამოყალიბებული.

რაციონალურ-ემოციური ფსიქოთერაპია ამოდის გარკვეული წინამძღვრებიდან, რომლებიც ადამიანის ბუნებას, ემოციური დარღვევების ხასიათს და მათ გენეზისს ეხება. აი, ზოგიერთი მათგანი:

1. ადამიანები რაციონალური არსებებიც არიან და ირაციონალურ-რიც. რაციონალური აზროვნებისა და ქცევის შემთხვევაში ისინი ეფექტურნი, ბედნიერნი და კომპეტენტურნი ხდებიან.

2. ემოცია და აზროვნება ურთიერთგანცალკევებულ ფუნქციებს არ წარმოადგენს. ემოცია თან ახლავს აზროვნებას, ხოლო აზროვნება, როგორც წესი, ალოგიკურობით, ზედმეტი სუბიექტურობით და ირაციონალობით ხასიათდება.

3. ადამიანებს ახასიათებთ ბიოლოგიური მიდრეკილება ირაციონალური აზროვნების მიმართ. სერიოზული აშლილობის მქონე ინდივიდებს აღრეული აზროვნების მიმართ უფრო ძლიერი წინასწარგანწყობა ახასიათებთ.

4. ადამიანი მეტყველი ცხოველია, ამიტომ აზროვნება, ჩვეულებრივ, სიმბოლოების, ენის გამოყენებით წარმოებს. რადგან ემოციებს თან ახლავს აზროვნება, ემოციური დარღვევებისას აუცილებლად თავს იჩენს ირაციონალური აზროვნება. ფსიქოლოგიური დარღვევების მქონე ინდივიდი ინარჩუნებს აღრეულ მდგომარეობას და ლოგიკურ ქცევას საკუთარი ირაციონალური იდეებისა და აზრების შინაგანი ვერბალიზაციის გზით. ასეთი მუდმივი თვითსტიმულაციის გამო დარღვეული ქცევა და ემოციები არ ისპობა, ხოლო დარღვევის მიზეზთა გაგება, რაც ფსიქოანალიზით მიიღწევა, არ კმარა მათ შესასუსტებლად.

5. ემოციური აშლილობის უწყვეტი მდგომარეობა, რომელიც თვითვერბალიზაციითაა გამოწვეული, გაპირობებულია არა გარეგანი ვითარებებით, არამედ მათ მიმართ არსებული დამოკიდებულებებით, რაც მათთან დაკავშირებულ გაშინაგნებულ წინადადებებშია ჩადებული. ადამიანებს აწუხებთ არა საგნები, არამედ შეხედულება ამ საგნების შესახებ. მას აქვე მოაქვს ანალოგიური ფრაზა შექსპირიდან: „არაფერია თავისთავად კარგი ან ცუდი, მხოლოდ აზრი ხდის მას ასეთად“ („ჰამლეტი“).

6. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, „მე“-ს დამანგრეველ უარყოფით აზრებსა და ემოციებს უნდა მოვუაროთ აღქმისა და აზროვნების რეორგანიზაციის გზით, ისე რომ აზროვნება გახდეს ლოგიკური და რაციონალური. კონსულტაციის ან ფსიქოთერაპიის პროცესში თერაპევტის მიზანია აჩვენოს პაციენტს, რომ სწორედ მისი საკუთარი თვითვერბალიზაციაა ემოციური აშლილობის მიზეზი. თერაპევტი ცდილობს პაციენტის აზროვნების კორექტირებას, რათა თვითვერბალიზაცია უფრო ლოგიკური და ეფექტური გახადოს, ასევე შესაბამისად შეასუსტოს მისი კავშირი უარყოფით ემოციებთან და ქცევასთან.

ა. ელისი გამოყოფს 11 ირაციონალურ, „უაზრო“ ღირებულებას ან იღვას, რომლებიც დასავლურ საზოგადოებაშია გაბატონებული და უცილობლივ იწვევს ნევროზის გავრცელებას.

1. პიროვნება უნდა მოსწონდეს და უყვარდეს მის გარშემო მყოფ ყველა ადამიანს. ეს აზრი იმიტომაა ირაციონალური, რომ მასში ნაგულისხმევი მიზანი მიუღწეველია. თუ ადამიანი ამ მიზნისაკენ მიილტვის, მაშინ ის ნაკლებად ახერხებს საკუთარი თავის მართვას. სიყვარულის ობიექტად ყოფნა სასურველი რამაა, მაგრამ რაციონალური პიროვნება კი არ სწირავს საკუთარ ინტერესებსა და სურვილებს ამ მიზანს, არამედ გამოხატავს მას. იგი ცდილობს თვითონ გახდეს მოყვარული, შემოქმედი და პროდუქტიული პიროვნება.

2. ადამიანი უნდა იყოს საკმაოდ კომპეტენტური და ცხოვრებაში ბევრის მიმღწევი იმისათვის, რომ სხვები მას ღირებულ პიროვნებად თვლიდნენ. ეს მიზანიც ასევე განუხორციელებელია. მისკენ იძულებითი სწრაფვა იწვევს ფსიქოგენურ დაავადებას და არასრულფასოვნების განცდას. ადამიანს აღარ შეუძლია იცხოვროს საკუთარი ცხოვრებით და მას მუდმივად ეუფლება მარცხის შიში. რაციონალური ადამიანი ცდილობს, რომ მისი ქცევა თავისთავად იყოს შედეგიანი და არ არის დაინტერესებული იმით, რომ სხვებზე უკეთეს შედეგს მიაღწიოს. იგი თვით ქცევის განხორციელებიდან იღებს სიამოვნებას და არ მოქმედებს სხვებთან შეჯიბრის გამო.

3. ზოგიერთი ადამიანი ბოროტია და უღირსი, რის გამოც იგი უნდა დადანაშაუდდეს და დაისაჯოს. ასეთი იღვის ირაციონალობის მიზეზი ისაა, რომ არ არსებობს ქვეშარტისა და მცდარის აბსოლუტური სტანდარტი, ხოლო თავისუფალი ნებისათვის ცხოვრებაში ცოტა ადგილი რჩება. „მცდარი“, „ამორალური“ აქტები სისულელის, უცოდინარობის და ემოციური აღრევის რეზულტატია. შეცდომის მსხვერპლი ნებისმიერი ადამიანი შეიძლება იყოს; დადანაშაულება და დასჯა, ჩვეულებრივ, არ იწვევს ქცევის გაუმჯობესებას, რადგან მათ შედეგად არ მოჰყვება გონიერების მომატება ან ემოციური მდგომარეობის სტაბილიზაცია. ფაქტიურად დადანაშაულება და დასჯა ქცევის გაუარესებას და კიდევ უფრო ძლიერ ემოციურ დარღვევებს იწვევს. რაციონალური პირები არ ადანაშაულებენ საკუთარ თავს ან სხვა ადამიანს. თუ სხვები სამართლიან შენიშვნას აძლევენ, ისინი ცდილობენ მცდარი მიმართებების გამოსწორებას. როცა რაციონალურ ადამიანს დაუმსახურებლად ადანაშაულებენ, იგი აცნობიერებს, რომ ეს მეორე ადამიანის შინაგანი

მოუგვარებლობის მაჩვენებელია. თუ სხვები მცდარად იქცევიან, რაციონალური ადამიანი ცდილობს მათ გაგებას და შეძლებისდაგვარად ხელს უშლის მათ არაადეკვატურ მოქმედებას.

4. საშინელი კატასტროფაა, თუ მოვლენები ისე არ განვითარდება, როგორც ადამიანს სურს. ამ აზრის ირაციონალობა შემდეგ შია: ფრუსტრირებულ მდგომარეობაში ყოფნა ნორმალური მოვლენაა, მაგრამ ხანგრძლივად მძიმე მდგომარეობაში ყოფნა — ალოგიკურია, რადგან (ა) მძიმე შინაგანი მდგომარეობა იშვიათად ცვლის სიტუაციას და, ჩვეულებრივ, აუარესებს მას; (ბ) თუ სიტუაციის შეცვლა შეუძლებელია, ერთადერთი გზა მისი მიღებაა; (გ) ფრუსტრაცია მაშინ გამოიწვევს ემოციურ დარღვევებს, თუ ადამიანი სიტუაციას მცდარად განსაზღვრავს; თუ ის ჩათვლის, რომ მისი სურვილების დაკმაყოფილება ბედნიერების აუცილებელი პირობაა.

რაციონალური პიროვნება არ აზვიადებს უსიამოვნო სიტუაციებს. ის ცდილობს მათ გამოსწორებას, ან იღებს უკიდურეს შემთხვევაში. უსიამოვნო სიტუაციები შესაძლოა შემაწუხებელი იყოს, მაგრამ ისინი არ იქცევა საშინელებად ან კატასტროფად თუ თვითონ ადამიანი არ ჩათვლის მას ასეთად.

5. უბედურება გარეშე ვითარებითაა გამოწვეული, რაზედაც ადამიანს ზემოქმედების არავითარი ძალა არა აქვს. სინამდვილეში გარეშე მოვლენები და ძალები, ჩვეულებრივ, ფსიქოლოგიური ბუნებისაა. მათ არ მოაქვს ზიანი, თუ ადამიანი საკუთარი რეაქციების და შეხედულებების გამო არ მოექცევა მათი გავლენის ქვეშ. ადამიანი თავს იწუხებს იმით, რომ უმტკიცებს საკუთარ თავს ამა თუ იმ მოვლენის საშინელებას. თუ ის გააცნობიერებს, რომ მისი შინაგანი აშლილობა და ემოციები საკუთარი აღქმის, შეფასების და გაშინაგნებული ვერბალიზაციისაგან შედგება, მისი უსიამოვნო შინაგანი მდგომარეობა შეიცვლება ან მართვადი გახდება. გონიერი ადამიანი მიხედება, რომ მისი უბედურება დიდი ხარისხით მისგანვე მომდინარეობს და გარეშე მოვლენებით გაღიზიანებისას ის აცნობიერებს, რომ მისი რეაქციები შეიძლება შეიცვალოს ამ მოვლენათა ახლებური განსაზღვრისა და ვერბალიზაციის გზით.

6. საშიშ და სახიფათო მოვლენებს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა ექცეოდეს. ადამიანი მუდმივად უნდა ფიქრობდეს ასეთ შესაძლებელ მოვლენებზე. ამ იდეის ირაციონალობა შემდეგ შია: წუხილი და შფოთვა (ა) ხელს გვიშლის საშიში მოვლენების შედგება ობიექტურ

შეფასებაში; (ბ) ხელს უშლის მის ეფექტურ რეგულაციას; (გ) რალაც ხარისხით თავისით იწვევს ასეთ მოვლენას; (დ) აზვიადებს საშიში ფაქტის მოხდენის შესაძლებლობას; (ე) ვერ აარიდებს აღამიანს სახიფათო გარდაუვალ მოვლენებს; (ვ) კიდევ უფრო მუქ ფერებში ხატავს საშიშ მოვლენას.

რაციონალური აღამიანი აღნობიერებს, რომ პოტენციური საშიშროება იმდენად კატასტროფული არ არის, რამდენადაც მას ეჩვენება; შფოთვა კი არ არიდებს მას ასეთ მოვლენებს, არამედ — ხელს უწყობს მას; შფოთვა შეიძლება მეტი ზიანის მომტანი აღმოჩნდეს, ვიდრე მოსალოდნელი საშიშროება.

7. უფრო აღვილია თავი აარიდო გარკვეულ სირთულეებს და პასუხისმგებლობას, ვიდრე პირისპირ შეხვდე მათ. ეს თვალსაზრისი ირაციონალურია იმის გამო, რომ რაიმე საქმისათვის თავის არიდება ხშირად უფრო მტკივნეული და ძნელია, ვიდრე მისი შესრულება. ამგვარ არიდებას შემდგომ დაუკმაყოფილებლობასთან მიყვარათ, ასევე — საკუთარ თავში დაურწმუნებლობასთან. ამას გარდა, იოლი ცხოვრება არ გულისხმობს აუცილებლად ბედნიერ ცხოვრებას. რაციონალური აღამიანი გასაკეთებელ საქმეს პირისპირ ხვდება, თუმცა ის გონივრულად თავს არიდებს არასაჭირო, მტკივნეული ამოცანების შესრულებას. თუ რაციონალური პიროვნება შეამჩნევს, რომ ის თავს არიდებს აუცილებელ პასუხისმგებლობას, იგი ანალიზებს ამის მიზეზებს, ცდილობს საკუთარი თავის მომართვას და შემდეგ აღნობიერებს, რომ რისკის გაწევა, მცდელობა და პრობლემების გადაჭრა ცხოვრებას საინტერესოსა და სასიამოვნოს ხდის.

8. აღამიანი სხვებზე უნდა იყოს დამოკიდებული. მას უნდა ჰყავდეს ვინმე, მასზე უფრო ძლიერი პიროვნება, რომელსაც ის დაეყრდნობა. თუმცა ყოველი ჩვენგანი რალაც ხარისხით სხვაზეა დამოკიდებული, ამ ტენდენციის მაქსიმალიზაცია არ იქნება სწორი, რადგან მას დამოუკიდებლობის, ინდივიდუალიზმის და თვითგამოხატვის დაკარგვასთან მიყვარათ. ეს ვითარება იწვევს დაუცველობას, რადგან აღამიანი სხვისგან მომდინარე მოწყალებაზე ხდება დამოკიდებული. რაციონალური პიროვნება იღწვის დამოუკიდებლობისა და პასუხისმგებლობისათვის, თუმცა ის ასევე ეძიებს სხვისგან დახმარებას და აუცილებლობის შემთხვევაში ღებულობს კიდევ მას. ასეთი აღამიანი აღნობიერებს, რომ რისკი, რომელიც შეიძლება მარცხით დამთავრდეს, თავისთავადი ღირებულების მქონეა და მარცხის განცდა თავისთავად კატასტროფას არ წარმოადგენს.

9. გამოცდილება და წარსულის მოვლენები განსაზღვრავს აწმყო ქცევას. წარსულის გავლენას ვერაფრით ამოძირკვავ. რეალობა არ შეესატყვისება ამ დებულებას. რაც თავის დროზე გარკვეულ პირობებში აუცილებელ ქცევას წარმოადგენდა, აწმყოში შეიძლება ასეთი აუცილებელი აღარ იყოს. პრობლემის ძველებური გადაწყვეტა აწმყოში შეიძლება არ გამოგვადგეს. წარსულის ზეგავლენისადმი აღმატებული მნიშვნელობის მინიჭება შესაძლოა ქცევის შეცვლის უუნარობის ნიშანს წარმოადგენდეს. თუმცა წარსულში დასწავლილის დაძლევა საკმაოდ რთულია, ეს სრულებითაც არ არის შეუძლებელი. რაციონალური პიროვნება აღიარებს წარსულის მნიშვნელობას, მაგრამ იგი იმასაც ხედება, რომ შესაძლებელია აწმყოს შეცვლა წარსულის ზეგავლენის გაანალიზების, შეძენილ საზიანო შეხედულებებში ექვის შეტანის გზით და საკუთარი თავის მომართვით აწმყოში განსხვავებული ქცევების განსახორციელებლად.

10. ადამიანს უნდა აწუხებდეს სხვათა პრობლემები. ეს აზრი იმიტომაც მცდარია, რომ სხვათა პრობლემებს ხშირად არაფერი აქვს საერთო მოცემულ პიროვნებასთან. ამის გამო, ის მათ სერიოზულ მნიშვნელობას არ უნდა ანიჭებდეს. როცა სხვების ქცევა ზემოქმედებს ადამიანზე, მას აწუხებს სწორედ ის შინაარსი, რომელიც მან ამ ქცევაში თვითონ ჩაღო. რაციონალური ადამიანი განსაზღვრავს, თუ რამდენად საჭიროებს სხვისი ქცევა მისგან ჩარევას და დადებითი პასუხის შემთხვევაში ისეთ რაიმეს მოიძიებდეს, რაც დაეხმარება მეორე ადამიანს საკუთარი თავის შეცვლაში. თუ არაფრის გაკეთება არ არის შესაძლებელი, მაშინ რაციონალური პიროვნება იწყნარებს რეალურ ვითარებას და ყველაზე ჯანსაღი პოზიციიდან აფასებს მას.

11. ნებისმიერ პრობლემას მოექმბნება სრულყოფილი საუკეთესო გადაწყვეტა; ასეთი გადაწყვეტა აუცილებლად უნდა ვიპოვოთ, თუ არა და კატასტროფულ შედეგებთან მივალთ. ეს იდეა ირაციონალურია, რადგან (ა) არ არსებობს ასეთი სრულყოფილი საუკეთესო გადაწყვეტილება; (ბ) სრულყოფილი გადაწყვეტილებისაკენ დაუინებელი სწრაფვა შფოთვისა და პანიკის გამომწვევია; (გ) ასეთგვარ ლტოლვას შედეგად მოაქვს უარესი გადაწყვეტილებები, ვიდრე ეს რეალურადაა შესაძლებელი.

რაციონალური პიროვნება გადასინჯავს პრობლემის ყველა შესაძლებელ გადაწყვეტას და აქედან არჩევს საუკეთესოს. ამავე დროს იგი იმასაც აცნობიერებს, რომ მის მიერ მოქმბნილი პასუხი არ შეიძლება იდეალური იყოს.

ზემოხსენებული მცდარი იდეები უნივერსალურია ჩვენი საზოგადოებისათვის. მათ მიღებას და განმტკიცებას თვითდასწავლის გზით ემოციურ აშლილობასთან და ნევროზთან მივყავართ, რადგან შეუძლებელია ამ იდეებით ცხოვრების გატანა. შინაგანად აღრეული ადამიანები იმიტომ არიან უბედურნი, რომ ისინი ვერ ახორციელებენ თავიანთ მცდარ იდეალებს, რომლებიც არარეალისტური „უნდა“-სგან და „საჭირო“-სგან შედგება.

თუ ადამიანი ასეთ იდეებს გაითავისებს, ის გარდაუვალად გახდება შებოჭილი, უნაყოფო, ინერტული და უბედური. იგი გადავა თავდაცვაზე და მას დანაშაულის გრძობა შეიპყრობს. მეორე მხრივ, როცა ადამიანი ახერხებს ფუნდამენტური ალოგიკური აზროვნებისაგან განთავისუფლებას, იგი იშვიათად ვარდება მძიმე ემოციური აშლილობის მდგომარეობაში და არც დიდხანს ინარჩუნებს მას.

თუ ფროიდი მართებულად მიიჩნევდა აღრეული ბავშვობის პერიოდის ემოციური მოუგვარებლობის მნიშვნელობას, ა. ელისის აზრით, ამგვარი ზეგავლენები მეორეხარისხოვანია და ვერ ინარჩუნებს ზემოქმედების უნარს, თუ ადამიანი არ გაითავისებს ზემოხსენებულ ძირეულ ალოგიკურ იდეალებს. შინაგან მოუგვარებლობას იწვევს არა მხოლოდ აღრეული გამოცდილება, არამედ უფრო მეტად მის მიმართ არსებული ამჟამინდელი განწყობები და შეხედულებები, რომლებიც ალოგიკური იდეებიდან მომდინარეობს.

ა. ელისი განიხილავს საკუთარი პოზიციის მიმართებას ფილოსოფიურ სისტემებთან. იგი სიმპათიით უყურებს ნეორაციონალიზმს, რომელიც ეწინააღმდეგება ზენატურალიზმს, მისტიციზმსა და დოგმატიზმს. ელისი აგრეთვე იღებს თანამედროვე ექსისტენციალიზმის მიერ გაცხადებული ცხოვრების მიზნებს და ეთანხმება ბრაატენის შემდეგ მოწოდებებს: (1) ადამიანო, შენ თავისუფალი არსება ხარ! განსაზღვრე საკუთარი თავი; (2) განავითარე საკუთარი ინდივიდუალობა; (3) იცხოვრე დიალოგში სხვა ადამიანებთან; (4) უმაღლესი ავტორიტეტი შენივე საკუთარი გამოცდილებაა; (5) იცხოვრე ყოველი წამით, მთლიანად განახორციელე საკუთარი თავი თვითოეულ წამში; (6) ჭეშმარიტება მხოლოდ და მხოლოდ მოქმედებაშია; (7) შენ შეგიძლია გასცდე საკუთარ თავს უცაბედი ნახტომების განხორციელების გზით; (8) შემოქმედებითად განახორციელე საკუთარი პოტენცია; (9) საკუთარი თავის არჩევისას შენ ირჩევ ადამიანს; (10) შენ უნდა ისწავლო ცხოვრების გარდაუვალობათა მიღება.

თუმცა რაციონალურ-ემოციური თერაპია აღიარებს ადამიანზე გარეგანი მიზეზობრივი ფაქტორების ზემოქმედებას, ის თვლის, რომ ადამიანი არ არის მთლიანად ამით განსაზღვრული. ადამიანს შეუძლია გაცდეს საკუთარ ბიოლოგიურ და სოციალურ განსაზღვრულობას და რაოდენ ძნელიც არ უნდა იყოს ეს, თავისი ქმედებით შეცვალოს და მართოს მომავალი. ადამიანის მიერ საკუთარი ქცევისა და ემოციების განსაზღვრის უნარი A-B-C მოდელითაა წარმოდგენილი. A არის მათქმეობრივი აგენტი ანუ გამოცდილება; B არის რწმენათა სისტემა; C არის შედეგი. ირაციონალური C-ს მაგალითია ემოციური აშლილობა, კერძოდ კი იმის განცდა, რომ ხარ უარყოფილი. ამას გარდა — შფოთვა, არასრულფასოვნების განცდა, დეპრესია, არაადეკვატურობა და ა.შ. A არ არის C-ს უშუალო მიზეზი. რეალურად, C B-ს შედეგია. რწმენა შეიძლება იყოს რაციონალური ან ირაციონალური, რის გამო რეზულტატიც შესაბამისი იქნება.

ა. ელისის მიხედვით, თერაპიის მიზანი ირაციონალური რეზულტატების ანუ ემოციური მოუგვარებლობის შემცირებასა ან მოხსნაში მდგომარეობს. თერაპიას ორი კონკრეტული ამოცანა აქვს: (1) შფოთვის (თვითდადანაშუალების) შესუსტება; (2) მტრული განწყობილების, სიბრაზის (სხვათა ან გარეშე ვითარებათა დადანაშაულება) მინიმუმამდე დაყვანა. ეს კლიენტის შინაგანი მდგომარეობის რაციონალური ანალიზის გზით ხერხდება.

რაციონალურ-ემოციური თერაპია სხვა მიზნების განხორციელებასაც გულისხმობს, კერძოდ: საკუთარი თავისადმი ინტერესის გაღვივება, რასაც თან ახლავს სხვათა უფლებების აღიარება; საკუთარი თავის წარმართვა, დამოუკიდებლობა და პასუხისმგებლობა; ადამიანური შეცდომების შეწყობა; ღიაობა ცვლილებების მიმართ და მოქნილობა; მეცნიერული აზროვნება; რისკის გაწევა და ახლის მოსინჯვის სურვილი და ა.შ. ეს მიზნები მრავალი ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობის მიერაა აღიარებული.

ამგვარი ვითარება ფსიქოთერაპიული პროცესის და კონსულტაციის სპეციფიკურ ხასიათს განაპირობებს. თერაპევტი ეხმარება კლიენტს ალოგიური, ირაციონალური აზრებისა და დამოკიდებულებებისაგან განთავისუფლებაში და მათ ნაცვლად რაციონალური დებულებების და პოზიციების შემუშავებაში.

ფსიქოთერაპიული პროცესის პირველ საფეხურებზე პაციენტს აჩვენებენ მის ალოგიურობას და დახმარებას უწევენ მისი ირაციონალუ-



რი აზროვნების მიზეზების გარკვევაში; აჩვენებენ მისი ირაციონალური იდეების კავშირს მისივე წარუმატებლობასთან და ემოციურ მოუგვარებლობასთან. ელისი აცნობიერებს, რომ თერაპიულ მიდგომათა უმრავლესობა ამასვე აკეთებს, მაგრამ იქ ეს პასიურად, არაპირდაპირი გზით ხდება და თერაპევტის ჩარევაც ამაზე წყდება.

მეორე ეტაპზე პაციენტს აჩვენებენ, რომ იგი ინარჩუნებს შინაგან მოუგვარებლობას ალოგიკურად აზროვნების გამო.

მესამე ეტაპზე დასმული ამოცანა გულისხმობს პაციენტის აზროვნების შეცვლას და ირაციონალური იდეების უკუგდებას. თუ სხვა სახის თერაპია თავად პაციენტს ანდობს ამ ამოცანის განხორციელებას, ა. ელისის მიხედვით, ალოგიკური აზროვნების ღრმად ჩანერგილობის გამო, კლიენტს თვითონ არ ძალუძს მასში რაიმე ცვლილებების შეტანა.

თერაპიის მეოთხე ეტაპზე განიხილება ძირითადი და ზოგადი ირაციონალური იდეები ცხოვრების რაციონალურ ფილოსოფიასთან ერთად. იგულისხმება, რომ ეს კლიენტს აარიდებს სხვა ირაციონალურ იდეებსა და შეხედულებებს.

თერაპიის შედეგად ირაციონალური დამოკიდებულებები და რწმენები ადგილს უთმობს რაციონალურ შეხედულებებს. ამის შედეგად უარყოფითი, შემაწუხებელი ემოციები კლებულობს და მასთან ერთად სუსტდება თვითდამანგრეველი ქცევა.

ამას გარდა, რაციონალურ-ემოციურ თერაპიას საქმე აქვს არასრულფასოვნების პრობლემასთან — პაციენტის მიერ საკუთარი თავის დაბალ თვითშეფასებასთან და თვითღირებულების დაკარგვის განცდასთან. პიროვნული ღირებულების პრობლემა მაშინ აღმოცენდება, როცა ადამიანი აფასებს საკუთარ „მე“-ს თავისი მოქმედების მიხედვით და ხედავს ამ უკანასკნელის სიმცდარეს. ერთ-ერთი ჩვეული მიდგომა ასეთ ვითარებაში შემდეგში მდგომარეობს: თერაპევტი არწმუნებს პაციენტს საკუთარ ღირსებაში მხოლოდ იმის ჩვენებით, რომ იგი არსებობს განურჩევლად მისი ქცევისა და შეხედულებებისა. ასეთი მიდგომა თუმცა წარმატებულია, მაგრამ კიდევ უფრო ეფექტურია კლიენტისათვის იმის ჩვენება, რომ მან საერთოდ არ უნდა შეაფასოს საკუთარი თავი. მან უნდა დაინახოს, რომ ყოველგვარი თვითშეფასების გარეშე ის ცოცხლობს, ირჩევს ცხოვრებით სიამოვნებას. ასეთ შემთხვევაში პაციენტები არ სვამენ კითხვებს „ვინ ვარ მე?“ „რა არის ჩემი იდენტობა?“ „რაშია ჩემი ღირებულება?“ ნაცვლად ამისა ისინი კითხულობენ „რა თვისებების მატარებელი ვარ?“, „რა მომწონს, რისგან ვიღებ სიამოვნე-

ბას და რა არ მომწონს?“ „რანაირად გამოვასწორო ჩემი ზოგიერთი თვისება ისე, რომ ვიცხოვრო ჩემი ნების თანახმად და მაქსიმალურად დამაკმაყოფილებელ არსებობას მივალწიო?“

ელისი რაციონალურ-ემოციურ თერაპიას ფსიქოთერაპიის ერთგვარად უჩვეულო ტექნიკას უწოდებს. იგი არსებითად, ერთი სახის ტექნიკაზე ლაპარაკობს. მისი თქმით, ყველა თერაპევტი, ცნობიერად თუ გაუცნობიერებლად, ერთსა და იმავე რაიმეს აკეთებს: იგი აიძულებს პაციენტს, რომ ახლებურად აღიქვას და მოიაზროს საკუთარი ცხოვრება და შესაბამისად შეიცვალოს ალოგიკური აზრები, უარყოფითი ემოციები და ქცევა, მაგრამ ტექნიკა, რომელსაც სხვები იყენებენ ამ მიზნის მისაღწევად, არაეფექტურია. კატარსიზი, სიზმრების ანალიზი, თავისუფალი ასოციაციები, წინამდევობის ანუ რეზისტენტობის ინტერპრეტირება, გადატანის ფენომენი — ყოველივე ეს მართლაც ეხმარება პაციენტს საკუთარი ალოგიკური აზროვნების გაცნობიერებაში, მაგრამ ასეთი ემოციური მეთოდები მაქსიმალური წარმატებულობის შემთხვევაშიც კი ვერ აღწევს საბოლოო შედეგს.

გამომხატველ-ემოციური, მხარდამჭერი, წვდომითი და ინტერპრეტაციული მეთოდები ასევე გამოიყენება რაციონალურ-ემოციური ფსიქოთერაპიის მიერ, მაგრამ აქ ისინი წინასწარი ტექნიკის როლს ასრულებს. ისინი ეხმარებიან პაციენტს საკუთარი თავის გამოვლენაში და ანგარიშის ჩაბარებაში, ხოლო თერაპევტს — კლიენტისადმი პატივისცემის გამოხატვაში.

რაციონალურ-ემოციური თერაპიის ძირითადი ტექნიკა აქტიურ, წარმმართველ სწავლებას გულისხმობს. საწყისი სტადიის გავლის შემდეგ, თერაპევტი იღებს აქტიური მასწავლებლის როლს, რათა თავიდან, ახლებურად დაიწყოს კლიენტის სწავლება. თერაპევტი ავადმყოფს აჩვენებს მისი პრობლემის ალოგიკურ საფუძველს და მიუთითებს აწმყოშიც ალოგიკური თვითვერბალიზაციის მუდმივ მოქმედებას, რომლის გამოც პაციენტი განაგრძობს მძიმე მდგომარეობაში ყოფნას. ალოგიკური მსჯელობების და თვითდამანგრეველი ვერბალიზაციების ახსნა ხდება (ა) მათზე ყურადღების გამახვილების გზით; (ბ) კლიენტის გაშინაგნებულ წინადადებებში ირაციონალური კავშირების ზუსტი მითითების გზით; (დ) არასწორ ვერბალიზაციებთან ბრძოლის მეთოდების სწავლების გზით, რამაც ალოგიკური უნდა გახადოს მისი გაშინაგნებული აზრები.

რაციონალურ-ემოციური თერაპია კლიენტის ალოგიკურ პოზიცი-

აზე ორი ძირითადი გზით მოქმედებს: (1) თერაპევტი ასრულებს გულახდილი კონტრაპროპაგანდისტის როლს, რომელიც უშუალოდ უპირისპირდება, ეწინააღმდეგება და უარყოფს პაციენტის მიერ წარსულში დასწავლილ თვითდამანგრეველ პროპაგანდას; (2) თერაპევტი აგულიანებს, არწმუნებს და ზოგჯერ აიძულებს პაციენტს, რომ მან გარკვეული ქცევა განახორციელოს (მაგ, ისეთი, რომლის შესრულება შიშს იწვევს). იგულისხმება, რომ ასეთი ქცევების განხორციელება თავისთავად შესრულებს ძლიერი კონტრაპროპაგანდის როლს, რომელიც პაციენტის ირაციონალური რწმენების წინააღმდეგ იქნება მიმართული.

ზშირად პაციენტებს საშინაო დავალებები ეძლევათ. მათ ევალუაბათ გარკვეული მოქმედებების განხორციელება: პაემანის დანიშვნა ან სამუშაო ადგილის თხოვნა. თერაპევტი არწმუნებს და ზოგჯერ პირდაპირ სთხოვს პაციენტს, რომ ასეთი დავალებების შესრულება ჩართულ იქნას თერაპიულ პროცესში, როგორც მისი აუცილებელი ნაწილი.

ამ მეთოდით მომუშავე ფსიქოთერაპევტი მნიშვნელოვანი ხარისხით მიმართავს ვერბალურ აქტივობას. იგი ბევრს ელაპარაკება პაციენტებს და არ კმაყოფილდება მათი საუბრის პასიური მოსმენით. ზოგჯერ პაციენტთან პირველივე შეხვედრაზე მერყობის გარეშე უშუალოდ უპირისპირდება მის ირაციონალურ აზრებსა და ქცევას. აწარმოებს კლიენტის ნათქვამისა და მოქმედების აქტიურ ინტერპრეტაციას და ნაკლებად აქცევს ყურადღებას მისი მხრიდან შესაძლო წინააღმდეგობისა და თავდაცვის გამოვლენას. ცდილობს თანმიმდევრულად, მტკიცედ იმოქმედოს კლიენტის ირაციონალური რწმენების წინააღმდეგ და მერყობის გარეშე შეებრძოლოს ნევროზის გამომწვევ იდეებსა და პოზიციებს. ამას გარდა, თერაპევტი კლიენტს ასწავლის რაციონალურ-ემოციურ თერაპიას შესაფერისი ლიტერატურის გაცნობის გზით.

ამგვარად, თერაპევტის და პაციენტის ურთიერთობა ჰგავს მასწავლებლისა და მოსწავლის მიმართებას, რომელიც კოგნიტურ დონეზე მიმდინარეობს. აქ არის ერთი მნიშვნელოვანი ნიუანსი: თერაპევტი არ არის კლიენტთან საგანგებოდ თბილი და არ ამყარებს მათთან ახლო ურთიერთობას. პაციენტს განუმარტავენ, რომ სხვისი სიყვარულისა და აღიარების გარეშეც კარგად შეუძლიათ ცხოვრება და ნუ ცდილობენ ამის მიღებას.

რაციონალურ-ემოციური თერაპია ინსაიტის (წვდომა, გაგება) გამომწვევია. განიხილება ინსაიტის სამი ფორმა. პირველი გულისხმობს კლიენტის მიერ იმის გაცნობიერებას, რომ მის აწმყო დისფუნქციურ

ქცევას წინმსწრები მიზეზები გააჩნია, რომლებიც წარსულ გამოცდილებას ჩაირთავს. კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია მეორე ინსაიტი: საწყისი მიზეზები განაგრძობს უარყოფით, შემაწუხებელ ზემოქმედებას გამოცდილებასთან დაკავშირებული იმ ალოგოკური რწმენების გამო, რომლებიც მუდმივად კლიენტის ცნობიერებაში. მესამე ინსაიტი გულისხმობს, რომ კლიენტს შეუძლია საკუთარი ემოციური მოუგვარებლობის დაძლევა მხოლოდ და მხოლოდ თავის რწმენათა სისტემაზე მუდმივი დაკვირვების და მისი ექვემდებარების გზით. მან უნდა იმუშაოს საკუთარი რწმენების სისტემის შეცვლაზე გლობალური და მოტორული კონტრაპროპაგანდისტული აქტივობის მეშვეობით.

ეს მიმართულება თუმცა განსჯაზე ამახვილებს ყურადღებას, ის აგრეთვე აღიარებს გამოცდილებით — ემოციური და ქცევითი ფაქტორების მნიშვნელობას. თერაპიის პროცესში წარმოებს ემოციათა გამოხატვის პროვოცირება და განმტკიცება, მაგრამ ეს ხდება არა მხოლოდ კატარზისა და პაციენტის თვითგანცდის გაუმჯობესების მიზნით, არამედ ასევე ემოციათა გაანალიზების და შეცვლის მიზნით. აქცენტი ამჟამად განცდილზე კეთდება. ქცევითი ფაქტორიდან საშინაო დავალებათა გარდა სხვა ბიპევიორისტული ტექნიკაც გამოიყენება, მათ შორის სასურველ ვერბალიზაციათა და მოქმედებათა განმტკიცება, გაპირობების მოხსნა, დესენსიტიზაცია და სხვა.

რაციონალურ-ემოციური თერაპია შეიძლება იყოს ინდივიდუალური და ჯგუფური, ხანმოკლე და ხანგრძლივი. ჩვეულებრივ, ინდივიდუალური მუშაობა 1-დან 20-მდე სესიის საჭიროებს, ჯგუფური კი — 20-80 სესიის. იდეალურ შემთხვევაში სასურველად ითვლება კლიენტს ზედმეტად 2 წლის განმავლობაში და ამ პერიოდში საშუალოდ 20 ინდივიდუალური და 75 ჯგუფური სესიის ჩატარა.

ა. ელისი გვაფრთხილებს, რომ კონსულტაციის და ფსიქოთერაპიის რომელიმე მეთოდს არ დაუჯავშინოთ ზედმეტი მოლოდინები, რამდენადაც ნევროტულ ქცევებს იწვევს როგორც ბიოლოგიური ტენდენციები, ისე სოციალური გარემოს ფაქტორები.

რაციონალურ-ემოციური თერაპია ნაკლებეფექტურია ისეთ ადამიანებთან, ვინც პირისპირ არ ხვდება პრობლემას ან საერთოდ გაურბის თერაპიას. ამ კატეგორიას განეკუთვნება ხასიათობრივი დარღვევების მქონე პაციენტები. თერაპია უფრო ეფექტურია ახალგაზრდა და გონიერ პირებთან. ავტორის აზრით, ამ მეთოდის გამოყენება შეიძლება ფსიქოპათებთან, შიზოფრენიკებთან, ჰომოსექსუალური ნიშნების მქონე

პირებთან და სხვებთან, ვისთანაც, ჩვეულებრივ, ფსიქოთერაპიული მე-  
თოდი არ მუშაობსო.

თერაპიის წარმატებას უშუალოდ უკავშირებენ ფსიქოთერაპევტის  
თვისებებს. ჩვეულებრივ, რაციონალურ-ემოციურ თერაპიაში საუკე-  
თესო შედეგებს აღწევს ენერგიული, აქტიური, სახელმძღვანელო და  
დირექტიული (წარმძარცველი) თერაპევტი, რომელსაც შეუძლია რის-  
კის გაწევა და რომელიც არ აქცევს ყურადღებას პაციენტის შის მი-  
მართ დამოკიდებულებას.

რაციონალურ-ემოციური თერაპიის კრიტიკისას სამართლიანად  
მიუთითებენ პაციენტების ემოციურად დატვირთულ განწყობებზე  
პირდაპირი იერიშის მიტანის არაეფექტურობას, მეთოდის ეკლექტუ-  
რობას, ფსიქოთერაპევტის დირექტიულ მიდგომას, რაც ზღუდავს პა-  
ციენტის თავისუფლებას, განსვლას თეორიულ დებულებებსა და თერა-  
პიულ პრაქტიკას შორის, ჰიპოთეზების ბუნდოვანებას და ა.შ. მართ-  
ლაც, წარმოდგენილია ამ მეთოდის 90%-იანი ეფექტურობა, მითუმე-  
ტეს თუ საქმე ეხება შიზოფრენიით და ფსიქასთენიით დაავადებულთ.  
ასევე ძნელია დაიჯერო, რომ შიზოფრენიკი თავიდანვე მიიღებს დირექ-  
ტიულ ზემოქმედებას ან გაიხსნება გგუფური სენსების დროს. რა თქმა  
უნდა, კოგნიტური თერაპიის პრინციპების გამოყენება მკურნალობის  
პროცესში აუცილებელია, მაგრამ მხოლოდ გარკვეულ ეტაპზე — და-  
ავადების პირველმიზნის გაგების შემდეგ.

## 7. ართთერაპია

ეს არის ხელოვნებასთან, შემოქმედებასთან, ესთეტიკურ ფენომენებთან დაკავშირებული ფსიქოთერაპია. ზოგჯერ მას ესთეტოთერაპიასაც უწოდებენ. მასში გამოყოფენ მუსიკათერაპიას, ბიბლიოთერაპიას, იმაგოთერაპიას და სხვა.

ხელოვნების როგორც ფსიქოთერაპიული ფაქტორის როლი იზრდება თანამედროვე ადამიანის ცხოვრებაში მისი მნიშვნელობის ამაღლებასთან დაკავშირებით. იგი გამოწვეულია ადამიანთა განათლების, კულტურის დონის, საზოგადოებაში ხელოვნების პრესტიჟულობის ამაღლებითა და სხვა.

ზოგჯერ აყენებენ საკითხს იმის შესახებ, ართთერაპია ფსიქოთერაპიას მიეკუთვნება თუ შრომათერაპიას. ვინც სვამს კითხვას, ის მთავარ აქცენტს ართთერაპიაში გამოყენებულ საშუალებებზე აკეთებს. მართლაც, როცა საქმე ეხება მხატვრული შემოქმედების გამოყენების მეთოდებს, აშკარად ჩანს შრომათერაპიის მხარე (მასალების მომზადება, მისი დამუშავება და ა.შ. მას თან ახალვს ბეჭითი შრომა, რომელიც თავისთავად არ წარმოადგენს პაციენტისათვის დიდი ინტერესის საგანს). მეორე მხრივ, ართთერაპიაში მთავარია პაციენტის შემოქმედებითი საქმიანობა, რომლის დროსაც გაითვალისწინება მათი თვითშეფასება, პრეტენზიის დონე და სხვა პიროვნული მახასიათებლები. ამაში ჩანს ფსიქოთერაპიული მხარე, რომელიც განსაზღვრავს სედატიურ (დამამშვიდებელ), გამააქტიურებელ, კათარზისულ თუ სხვა მიმართულებას. პრინციპში შრომათერაპიის ამოცანაც ხომ ამაში მდგომარეობს! ამიტომ უფრო სწორი იქნება თუ ვიტყვით, რომ ართთერაპიაც და შრომათერაპიაც ფსიქოთერაპიის სახეობებია. ამას შეიძლება დავუმატოთ, რომ ისინი დამხმარე საშუალებებია და არა ძირითადი. არჩევნ „ხელოვნებით თერაპიის“ რამდენიმე მიმართულებას: 1) მკურნალობისათვის უკვე არსებული ხელოვნების ნაწარმოებების გამოყენება პაციენტების მიერ მათი ანალიზის და ინტერპრეტაციის გზით, 2) პაციენტებში დამოუკიდებელი შემოქმედებითი საქმიანობისათვის ინტერესის აღძვრა. თვით ეს აქტი განიხილება როგორც ძირითადი სამკურნალო ფაქტორი; 3) პირველი და მეორე პლანის ართთერაპიის ერთდროულად გამოყენება.

ართთერაპიის ერთ-ერთი ვარიანტის ჩატარებისას ავადმყოფებს სა-

შუალევა ეძლევათ მონაწილეობა მიიღონ მხატვრულ-გამოყენებითი ხასიათის სხვადასხვა საქმიანობაში — ხეზე ქრა, ძერწვა, მოზაიკა, კერვა, ქედვა და ა.შ. ამისთვის კლინიკაში გამოიყოფა კაბინეტი, სადაც ავადმყოფები ესთეტიკურად სასიამოვნო გარემოში, დაუძაბავად შეძლებენ ისაქმიანონ ყველასათვის სასურველ შემოქმედებით სფეროში. პაციენტები საქმიანობენ 10-12 კაციან ჯგუფებში, რომელთა შედგენის დროს გაითვალისწინება მათი კლინიკური მახასიათებლები. მეცადინეობები მიმდინარეობს ყოველდღიურად სპეციალური განრიგის მიხედვით. გარდა ამისა, პაციენტებს შეუძლიათ დამატებით იმეცადინონ ართთერაპევტის დახმარებით ან დამოუკიდებლად.

ჯგუფური მეცადინეობა იწყება შესავალი საუბრით, რომლის დროსაც ართთერაპევტი ლაპარაკობს ხელოვნების სამკურნალო პრინციპებზე, კონკრეტულად, მოცემული მეთოდის მნიშვნელობაზე და აუცილებლობაზე.

საკუთრივ მეცადინეობები ხორციელდება ორ ვარიანტად. პირველ ვარიანტში პაციენტებს ეძლევათ კონკრეტული თემა და მასალები. მეორე შემთხვევაში — ეს არის არასტრუქტურირებული მეცადინეობები. პაციენტები თვითონ ირჩევენ თემას, მასალას და ინსტრუმენტებს. მეცადინეობათა დამთავრებას თან ახლავს თემის, შესრულების მანერის და სხვ. განხილვა. გარდა სამკურნალო მნიშვნელობისა, ართთერაპია საშუალებას იძლევა მივიღოთ დამატებითი სადიაგნოსტიკო მასალა, რამდენადაც შესრულებულ სამუშაოში ჩანს პაციენტის ავადმყოფური განცდები.

საწყის სტადიაზე ართთერაპიის ძირითადი ამოცანაა შეუჩვეველი საქმიანობის წინ არსებული მორიდებულობის და შიშის დაძლევა. ხშირად ძლიერი წინააღმდეგობის დაძლევა ხდება თანდათანობით. ნეგატივიზმის გადალახვას ხელს უწყობს კონტაქტები ჯგუფში. ზოგჯერ თვით ეს კონტაქტები ხდება წინააღმდეგობის მიზეზი. ამ შემთხვევაში ხდება მისი განხილვა ჯგუფში და კორექცია. ძლიერი ნეგატივიზმის დროს პაციენტი დასაწყისში უბრალოდ ესწრება მეცადინეობებს პასიური დამკვირვებლის როლში, შემდეგ კი მას აღეძვრება შემოქმედების რომელიმე სახეში ჩართვის სურვილი. ასეთი საქმიანობის დროს ახალი ჩვევების შექმნა პაციენტს სიამოვნებას გვრის, ამალღებს მის რწმენას საკუთარ ძალებში.

ართთერაპიული მეცადინეობის პროცესში კარგად ვლინდება პაციენტთა პიროვნული თავისებურებანი, კერძოდ, მათი შთაგონებადო-

ბის და კონფორმულობის დონე. ერთის მიღწეული წარმატება გაიტაცებს სხვებს და ისინიც იწყებენ მუშარბას იმავე თემაზე და იგივე მანერით. ასეთ დროს თერაპევტი ფრთხილად და დაფარულად ცდილობს მათი ინტერესების სხვა თემაზე გადატანას. ამდენად, ართთერაპევტის ფუნქცია საკმაოდ რთულია, რამდენადაც მოითხოვს ცვლილებას სიტუაციის გათვალისწინებით. ამასთან საჭიროა, იგი დაუფლებული იყოს ყველა სახის სამუშაოს შესრულებას, რამდენადაც მეცადინეობის ჩატარების პროცესში მას უხდება არა მხოლოდ ახსნა, არამედ სწავლება უშუალო ჩვენების გზით. მაინც მთავარი მის საქმიანობაში ავადმყოფებთან კონტაქტის დამყარება და შემქიდროებელი ჯგუფის ფორმირებაა.

პაციენტების თვითშეფასების გაუმჯობესებაზე კარგად მოქმედებს ართთერაპევტის, სხვა პაციენტების და პერსონალის მხრიდან გამოჩენილი ინტერესი და დადებითი შეფასება; აგრეთვე მოწყობილი გამოფენა, რომელზედაც ავადმყოფი იმკის თავისი შემოქმედების ნაყოფს. რამდენადაც ეს საქმიანობა არ არის დაკავშირებული საკუთარი თავის თუ საზოგადოების წინაშე კონკრეტული ვალდებულებების რეალიზაციასთან, ამდენად იგი აქვეითებს ნეგატიური დამოკიდებულების და შიშის ელემენტებს, რაც ხელს უწყობს ადაპტაციური ფაქტორების გაძლიერებას.

ამგვარად, თერაპია ხელოვნების გამოყენებით განიხილება როგორც ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის მნიშვნელოვანი კომპონენტი. მას აქვს სამკურნალო, სადიაგნოსტიკო და ადაპტაციური მნიშვნელობა. როგორც სამართლიანად მიუთითებენ, არ შეიძლება დაყინებით მოვითხოვდეთ ფსიქასთენიკისაგან მხატვრობას, ანდა ვეძებდეთ მის ნამუშევარში ესთეტიზმს, ისევე როგორც შიზოფრენიკს ვერ ვუსაყვედურებთ არარეალისტურ მოტივებს პოეზიაში ან ჰედურობაში. მთავარია — ავადმყოფმა შემოქმედებაში იპოვოს საკუთარი თავი, ფსიქოთერაპევტის დახმარებით ირწმუნოს თავისი შესაძლებლობები. ამიტომ სულერთია საქმიანობის რასახეს აირჩივს — პოეზიას თუ პროზას, მხატვრობას თუ ფოტოგრაფიას და სხვა.

მუსიკატერაპია. მუსიკის როლი ადამიანის ცხოვრებაში ძალზე მნიშვნელოვანია და მის გამოყენებას საკმაოდ ფართო დიაპაზონი გააჩნია. იგი წარმატებით გამოიყენება შრომის პროცესში: მის დასაწყისში 5-7 წუთიანი „მუსიკალური მოთელვის“ სახით, რომელიც გამააქტიურებელ როლს თამაშობს. იგი ასევე გამოიყენება შესვენების და თვით



შრომის პროცესის მიმდინარეობისას განსაზღვრული განწყობილების შესაქმნელად. მუსიკას დიდი როლი ენიჭება ადამიანის ყოფაცხოვრებაში როგორც გართობის და გარკვეული მდგომარეობის შექმნის საშუალებას. მუსიკათერაპია, როგორც ესთეტოთერაპიის განშტოება, ამ ვითარების მიღწევის გარდა, მთავარ ამოცანად სახავს მუსიკალური ნაწარმოებების მიზანდასახულ გამოყენებას სამკურნალო მიზნით. იგი ფსიქოთერაპიული მეთოდია, რომელიც არავერბალური შთაგონებით ცდილობს ზემოქმედება მოახდინოს პაციენტის განცდებზე და დაეხმაროს მათ ავადმყოფური დარღვევების გადატანაში.

მუსიკის კათარზისული ზემოქმედების ეფექტი უძველესი დროიდანაა ცნობილი. მუსიკის სამკურნალო მოქმედების მექანიზმის მეცნიერული ახსნის პირველი ცდები განეკუთვნება XVII საუკუნეს, ხოლო ფართო ექსპერიმენტული კვლევა — XIX-XX საუკუნეს.

ბევრ, ნაშრომში გამოკვლეული იყო მუსიკის გავლენა ადამიანის ორგანიზმის სხვადასხვა ფუნქციაზე. ნაჩვენებია იქნა, რომ ეს გავლენა გაპირობებულა მუსიკალური აღქმით, მომზადების დონის და ფსიქოლოგიური ტიპის ინდივიდუალური თავისებურებებით. ასევე დადგინილ იქნა ცალკეული მუსიკალური ელემენტების გავლენა ფსიქიკურ მდგომარეობაზე და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებზე.

უპირატესად სამკურნალო მიზნებისათვის გამოყენებული თანამედროვე მუსიკათერაპიის მეთოდების საინტერესო კლასიფიკაციას იძლევა ცნობილი პოლონელი სპეციალისტი ე. გალინსკა: 1) რეაგირებაზე მიმართული და ემოციურად გამააქტიურებელი მეთოდები; 2) ტრენინგის მეთოდები, რომლებიც უფრო ხშირად ბიჰევიორისტული ფსიქოთერაპიის ფარგლებში გამოიყენება; 3) რელაქსაციური მეთოდები; 4) კომუნიკაციური მეთოდები, 5) შემოქმედებითი მეთოდები ინსტრუმენტული, ვოკალური და მოძრაობითი იმპროვიზაციის ფორმით; 6) ფსიქოდელური, ექსტაზური, ესთეტიური, ქვრეტიითი; 7) განცდითი მუსიკალური ტრენინგი ცხოვრებისეული გამოვლინებების მუსიკაში დანახვის უნარის გამომუშავების მიზნით.

მუსიკათერაპიას იყენებენ მკურნალობის ინდივიდუალური და ჯგუფური ფორმების დროს. თითოეულ ამ ფორმას ყოფენ რეცეპციული და აქტიური მუსიკათერაპიის სახეებად.

ინდივიდუალური რეცეფციული მუსიკათერაპია ხორციელდება სამ ვარიანტად: კომუნიკაციური, რეაქტიული და რეგულატური სამკურნალო ზემოქმედების პრიმატით. კომუნიკაციურ ვარიანტში მუსიკა-

ლური ნაწარმოები მოისმინება პაციენტის და მკურნალის მიერ; მუსიკა ხელს უწყობს მკურნალობის პროცესში მათი დიადური ურთიერთმიმართების გაუმჯობესებას. რეაქტიული მუსიკათერაპიის მიზანია — კათარზისის მიღწევა, რეგულატურის — ნერვულ-ფსიქიკური დაძაბულობის მოხსნა.

მუსიკათერაპიის აქტიური ფორმა უფრო მეტად ჯგუფური მეთოდისას გამოიყენება და მოიცავს მკურნალობას სიმღერით (ვოკალთერაპია, სიმღერა გუნდში) და ცეკვით (ქორეოთერაპია).

სხვადასხვა ნაშრომში მუსიკათერაპიის სამკურნალო ზემოქმედების მექანიზმებად განხილულია ემოციური მდგომარეობის რეგულირება, ურთიერთობის განვითარება, ფსიქო და სოციოდინამიკური პროცესების აქტივიზაცია, ემოციური ექსპრესიის ახალი საშუალებებით ფორმირება, ესთეტიკური მოთხოვნების ამოღება და ა.შ.

სამკურნალო მიზნით მუსიკის გამოყენების ადეკვატურობის მისაღწევად და ეფექტურობის ხარისხის ასამაღლებლად არაერთგზის იყო „სამკურნალო მუსიკის კატალოგების“ შედგენის ცდა, რომლებშიც გამოყოფდნენ გამააქტიურებელი, სედატიური და სხვა თვისებების მქონე ნაწარმოებებს. თუმცა ამ ღონისძიების მიმართ არაერთხელ გამოითქვა სკეპტიკური დამოკიდებულებებიც, რამდენადაც მუსიკის გამოყენება მრავალ ცვლადზეა დამოკიდებული.

ნევროზებით დაავადებულთა შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ მათ მიერ მუსიკის აღქმას აძნელებს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა პაციენტების ემოციური დაძაბულობა და შფოთვა, სირთულეები ყურადღების კონცენტრაციაში, გუნება-განწყობილების მერყობა, სხვადასხვა არამუსიკალური ასოციაციები და ა.შ.

ჩვეულებრივ, მუსიკის დადებითი გავლენის გვერდით ზოგი მკვლევარი აღნიშნავს პაციენტთა უარყოფით რეაქციებსაც: მათ გაუძლიერდათ გაღიზიანებადობა, დაღლილობა, შფოთვის დონე.

კოლექტიური ფსიქოთერაპიის განვითარებასთან ერთად ფართო გავრცელება ჰპოვა ჯგუფური მუსიკათერაპიის რეცეფციულმა ვარიანტმა დამხმარე მეთოდის სახით. მისი ერთ-ერთი ფორმა ითვალისწინებს პაციენტების მიერ მუსიკალური ნაწარმოების მოსმენას და შემდეგ მის განხილვას, თუ რა ემოციებს, განცდებს, აზრებსა და ასოციაციებს იწვევს იგი. მეცადინეობაზე ისმენენ სამ ნაწარმოებს ან მეტნაკლებად დასრულებულ სამ ნაწყვეტს, რომელთაგან თითოეულის ხანგრძლივობა დაახლოებით 10 წუთია.

მეცადინეობისათვის პროგრამა დგება მუსიკალური ნაწარმოების სხვადასხვა ემოციური დატვირთვის გათვალისწინებით. პირველმა მათგანმა უნდა შექმნას გარკვეული განწყობილება, განსაზღვრული ატმოსფერო მთელი მეცადინეობისათვის. როგორც წესი, იგი უნდა იყოს დამამშვიდებელი, რელაქსაციური ზემოქმედების მქონე. ძირითადი დატვირთვა მოდის მეორე ნაწარმოებზე. ის უფრო დრამატული, დინამიურია. მისი ფუნქცია ინტენსიური ემოციების, განცდების სტიმულირებაა. ამ ნაწარმოების მოსმენის შემდეგ ჯგუფი აანალიზებს განცდებსა და მოგონებებს, რომლებიც თითოეულ პაციენტს აღეძრა. მესამე ნაწარმოებმა უნდა მოხსნას აღმოცენებული დაძაბულობა. ამიტომ იგი შეიძლება იყოს ორი მიმართულების: დამამშვიდებელი, რელაქსაციური ან, პირიქით, აქტიური, რომელიც იძლევა ენერჯის და მხნეობის მუხტს.

ცნობილი სპეციალისტი ბ. კარვასარსკი იძლევა ასეთი პროგრამის სამ სამაგალითო ვარიანტს.

1. ბახი. სონატა სოლ მინორი, ნაწ. 1; შოპენი, სონატა №3; რახმანი-ნოვი, პირველი კონცერტი, ნაწ.1.

2. შოპენი. ნოქტიურნი მი ბე-მოლ მაჟორი, №2; შუბერტი. მე-7 სიმფონია დო მაჟორი, ნაწ. 2; ჩაიკოვსკი. წელიწადის დრონი, თებერვალი.

3. ლისტის ნოქტიურნი №3; მოცარტი, 25-ე სიმფონია, ნაწ. 2; შოპენი. ვალსი №2.

მუსიკოთერაპია ძალზე იშვიათად გვევლინება მკურნალობის ერთადერთ მეთოდად. ჩვეულებრივად, იგი განიხილება როგორც კომპლექსური ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთი მეტ-ნაკლებად დამოუკიდებელი მეთოდი ან თანმხლები საშუალება. ამ უკანასკნელ ვარიანტში იგი ხშირად გამოიყენება „არავერბალური სუგესტიის“ სახით შეწყვილებული ჰიპნოზთან, აუტოტრენინგთან, რელაქსაციის სხვა მეთოდებთან.

სპეციალურ ლიტერატურაში აღინიშნება ასეთი შეხამების როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი გავლენები. მაგალითად, ვლინდება ყურადღების გაფანტვის შემთხვევები აუტოგენური წვრთნის დროს. ეს ვითარება განსაკუთრებით ყურადსაღებია, როცა პაციენტები არიან პროფესიონალი მუსიკოსები ან კარგად მომზადებული მოყვარულეები; ყურადღების ფიქსაცია მუსიკალურ ნაწარმოებზე და მისი მხატვრული ფორმის ანალიზი ხელშემშლელ ფაქტორს წარმოადგენს აუტოტრენინგისათვის. ამიტომ მიზანშეწონილად მიიჩნევენ მუსიკოთერაპიისა და აუტოტრენინგის მონაცვლეობით განხორციელებას. ჭერ მუსიკით

იქმნება ფსიქოლოგიური სიმშვიდის გამომწვევი ფონი, რასაც მოყვება აუტოგენური წვრთნა და კვლავ მუსიკა, რომელმაც უნდა შეასრულოს აუტოტრენინგის მდგომარეობიდან გამოსვლის როლი.

გამოცდილება კარგად აჩვენებს, რომ მეტი სამკურნალო ეფექტის მიღწევა შეიძლება არა ფირფიტის ან მაგნიტოფონის გამოყენებით, არამედ მუსიკალური ნაწარმოების ფსიქოთერაპევტის მიერ შესრულების შემთხვევაში. ამ დროს დამატებით ეფექტს იწვევს სიასლოვის ხარისხის ამაღლება პაციენტსა და მუსიკათერაპევტს შორის. აღმოცენებული კამერული გარემო პაციენტებს განაწყობს სპონტანურობის, აუტენტურობის, კონტაქტურობის მიმართულებით.

ბიბლიოთეკაში. მასში უფრო ხშირად გულისხმობენ ავადმყოფის ფსიქიკაზე სამკურნალო ზემოქმედებას წიგნის საშუალებით. მკურნალობა კითხვით ფსიქოთერაპიული სისტემის ერთ-ერთ რგოლს წარმოადგენს.

მართალია, წიგნების გამოყენება სამკურნალო მიზნით განეკუთვნება XIX საუკუნის 30-იან წლებს, მაგრამ „ბიბლიოთერაპია“ პირველად გამოყენებულ იქნა XX საუკუნის 20-იან წლებში. განსაზღვრება მიღებული იქნა აშშ-ის საავადმყოფოს ბიბლიოთეკათა ასოციაციის მიერ, რომელშიც პრევალირებს სპეციალურად შერჩეული მასალის მიზანმიმართული კითხვა.

ბიბლიოთერაპიის პრობლემების დამუშავებასთან დაკავშირებით საზღვარგარეთ აღნიშნავენ სამ ძირითად მიმართულებას: 1. ბიბლიოთეკათმცოდნეობის მიმართულება. მისი მომხრეების აზრით, საავადმყოფოს ბიბლიოთეკამ უნდა ითამაშოს ავადმყოფობაზე ყურადღების გაფანტვის, ფიზიკური ტანჯვის გადატანისა და მხმარე როლის ფაქტორი და არ უნდა აყენებდეს თავის წინაშე კონკრეტული მკითხველის ან მკითხველთა ერთგვაროვანი ჩგუფის ხელმძღვანელობის ამოცანას. ბიბლიოთეკათა საწიგნო ფონდი, ჩვეულებრივ, უნივერსალურია, ხოლო მისი უმნიშვნელოვანესი ნაწილი — ბელეტრისტიკაა, რომელიც „მსუბუქ კითხვად“ იწოდება. ბიბლიოთეკართა მომზადება არ მოიცავს ავადმყოფებთან მუშაობასთან დაკავშირებულ არცერთ დისციპლინას. შრომების 80% ამ მიმართულებას განეკუთვნება. 2. მეორე მიმართულება, რომელიც ძირითადად ფორ-ში მოქმედებს, თვლის, რომ ბიბლიოთერაპია ფსიქოთერაპიის კომპონენტია. იგი ხორციელდება მხოლოდ მკურნალის მიერ ბიბლიოთეკარის მონაწილეობის გარეშე. 3. მესამე მიმართულება, ფაქტიურად, ორივეს არიგებს ერთმანეთთან. მის მიხედ-

ვით, ბიბლიოთერაპია წარმოადგენს ნევროტულ და სომატურ დაავადებათა დამატებით სამკურნალო პროცესს, რომელიც მოითხოვს ფსიქოთერაპევტის და სპეციალურად მომზადებული ბიბლიოთეკარის მონაწილეობას.

რამდენადაც ბიბლიოთერაპია ძირითადში იყენებს მხატვრულ ნაწარმოებებს, იგი განეკუთვნება ესთეტოთერაპიის მეთოდთა რიგს. წიგნების არჩევისას იყენებენ სხვადასხვა პრინციპს: წიგნები შეესატყვისება დაავადების ჯგუფს; ნაწარმოების შესაძლო გავლენა — ძირითადად სედატიური, მასტიმულირებელი და ა.შ.; ფსიქოტრავმული სიტუაციის შესატყვისობა ნაწარმოებთან. ამავე დროს ბიბლიოთერაპია აწვდის დამატებით მასალას დისკუსიისათვის ჯგუფური ფსიქოთერაპიის პროცესში.

ცნობილი ბიბლიოთერაპევტის ა. მილერის მიხედვით სამკურნალო მიზნით წიგნების რეკომენდაციას საფუძვლად უნდა ედოს სამი ძირითადი პრინციპი: 1) მოცემული ნაწარმოების სირთულის ხარისხი; 2) წიგნის გმირი ავადმყოფისათვის მისაწვდომი უნდა იყოს (ძლიერ გმირს შეუძლია ავადმყოფის გამხნეება. მაგრამ სუსტი ნებისყოფის და ამტანობის მქონე პაციენტებთან გმირობის შესანიშნავ მაგალითებს შეუძლია არასრულფასოვნების განცდის გაღრმავება); 3) წიგნის და პაციენტის ცხოვრებისეული სიტუაციების მაქსიმალური მსგავსება. ეს პრინციპი ძალზე მნიშვნელოვანია ისეთი ნევროზების დროს, როცა ადგილი აქვს ინტერპერსონალურ და ინტრაფსიქიკურ კონფლიქტებს.

ბიბლიოთერაპიის პროცესში ავადმყოფი აწარმოებს დღიურს, რომლის ანალიზი თამაშობს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასების ობიექტური კრიტერიუმის როლს. მისი გამოყენება შეიძლება დიაგნოსტიკური მიზნითაც, რამდენადაც ავადმყოფი მუდმივად ცდილობს პარალელი გაავლოს საკუთარ თავსა და წიგნის გმირს შორის.

ბიბლიოთერაპია შეიძლება გამოყენებულ იქნას ინდივიდუალურ და ჯგუფურ ფორმებში. ინდივიდუალურ პლანში პაციენტის მიერ წიგნების კითხვა ხორციელდება ბიბლიოთერაპევტის მიერ შედგენილი გეგმის მიხედვით, რომელშიც შედის წაკითხულის შემდგომი გარჩევა. ჯგუფური ვარიანტის გამოყენებისას კოლექტიური ფსიქოთერაპიის სხვა ცნობილ მოთხოვნებს ემატება ორი: მისი წევრების შერჩევა ნაკითხობის დონის და ინტერესების მიხედვით. ყველაზე მოსახერხებლად ითვლება 5-8 კაციანი ჯგუფები. ხდება შედარებით მცირე მოცულობის მქონე ნაწარმოების კითხვა ჯგუფში. წაკითხულს მოყვება დისკუსია,

რომელიც ავლენს პაციენტთა ეთიკურ და ესთეტიკურ ღირებულებებს, აგრეთვე პიროვნებათშორისი ურთიერთობების სტრუქტურას და დინამიკას.

ბიბლიოთერაპია, როგორც საერთოდ კითხვის პროცესის მართვა, წარმოადგენს სამკურნალო-პედაგოგიური ან „ფსიქოლოგიური“ (ხელახლა აღზრდის ფსიქოთერაპია) სისტემის ელემენტს.

იმპროვიზაცია. იგი წარმოსდგება ლათინური სიტყვისაგან „სახე“ მას ხშირად აკუთვნებენ თამაშის თერაპიების ჯგუფს. იმაგოთერაპია ასევე განიხილება როგორც ფსიქოთერაპიული პროცესის თეატრალიზაციის მეთოდი. ამ მეთოდის ზოგად მიზანს წარმოადგენს ფსიქოპათოლოგიური დარღვევების მოხსნა პიროვნების განვითარების და გამდიდრების გზით, რისთვისაც გამოიყენება პაციენტის შემოქმედებითი აქტივობა ანდა მათი ჯგუფური მოქმედება.

იმაგოთერაპიას საფუძვლად დაედო თეორიული შეხედულებები სახის შესახებ, რომელიც მოიცავს აგრეთვე ადამიანის დინამიკურ სახეს. მისთვის ასევე მნიშვნელოვანია საკითხი პიროვნებისა და სახის ერთიანობის შესახებ. მათი პოზიციის მიხედვით, ყოველივე ეს იქმნება სოციალური გარემოს და ადამიანის ცხოვრებისეული ურთიერთობის მთელი სისტემის გავლენით.

აღნიშნულმა თეორიულმა წინამძღვრებმა განსაზღვრა იმაგოთერაპიის ამოცანები: 1) აღიზარდოს პაციენტში აღმოცენებულ არახელსაყრელ სიტუაციებზე ადეკვატური რეაგირების უნარი, ასევე მოვლენათა მიმდინარეობის შესატყვისი როლის მიღების უნარი, რაც მას მისცემს საშუალებას მიიღოს შესატყვისი სახე და ამ გზით „აერიდოს“ დაავადებით დეფორმირებული საკუთარი „მეს“ ხატს; 2) პაციენტის ემოციური რესურსების და კომუნიკაციური საშუალებების გამდიდრება და გაძლიერება; 3) პაციენტისათვის ნაჩვენები სპეციალური „სამკურნალო სახის“ შემოქმედებითი აღდგენის უნარის განვითარება, 4) საჭირო მომენტში ცხოვრებისეული გამოცდილების მობილიზაციის უნარის ვარჯიში, ნებისყოფის და თვითრეგულაციის საშუალებათა განვითარება; 5) პაციენტებში განსაზღვრული შემოქმედებითი ინტერესების ჩამოყალიბება, რაც მათ ცხოვრებას ახალი შინაარსით გაამდიდრებს.

იმაგოთერაპიულ მეთოდში გამოიყენება გართულებადი ტექნიკური ხერხები. დასაწყისში ეს არის ამა თუ იმ პროზაული ლიტერატურული ნაწარმოების მოთხრობა; მოთხრობის გადასვლა წინასწარ დაფიქსირებულ დიალოგში, რომელიც თავისი შინაარსით შეიძლება ასახავდეს და ავითარებდეს გადმოცემულ სიტუაციას; იმპროვიზებული დიალოგი, მოცემული სიტუაციის იმპროვიზაცია; ხალხური ზღაპრის მოთხ-

რობა და დრამატიზაცია. იმაგოთერაპიის დასკვნით ეტაპზე გამოიყენება უფრო რთული საშუალება — მოთხრობის თეატრალიზაცია, კლასიკური და თანამედროვე დრამატურგიის ფრაგმენტების რეპროდუქცია, მონაწილეობა სპექტაკლში.

ეს უკანასკნელი ფორმები ითვალისწინებს სპეციალურად შექმნილ სამკურნალო დრამატულ სტუდიაში მუშაობას, სადაც იმაგოთერაპია იძენს მეტ შემოქმედებით ხასიათს. პაციენტი ერთვება მხატვრული სცენიური სახეების შექმნის ხელოვნების პროცესში არა მხოლოდ წარმოდგენით, არამედ — რეალურად.

იმაგოთერაპიის პროცესში პაციენტები გამოდიან მთხრობელის, დიალოგის მონაწილის, სიტუაციათა იმპროვიზატორების და მსმენელების როლში. იგი განსაკუთრებით ნაყოფიერია ნერვულ ავადმყოფთა რეაბილიტაციის პროცესში. ამ მეთოდის წარმოება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული იმაგოთერაპევტის ოსტატობაზე. ისინი გამოდიან არადირექტიული ხელმძღვანელის, ერთგვარი კონსულტანტის როლში. ძირითადადში გამოიყენება პაციენტთა დადებითი შეფასება როგორც განმამტკიცებელი ფაქტორი.

ნატურფსიქოთერაპია. სამკურნალო მიზნით ბუნების გამოყენებას როგორც ფსიქოთერაპიულ მეთოდს არაერთგვაროვანი შეფასება ეძლევა. სპეციალისტი მას ანიჭებს დამოუკიდებელი მიმართულების სტატუსს და ზოგჯერ ლანდშაფტოთერაპიასაც უწოდებენ. ზოგი არ უარყოფს ბუნების დადებით ემოციურ ზემოქმედებას, მაგრამ მას განიხილავს არა ფსიქოთერაპიულ მეთოდად, არამედ მის ფონად. ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ბუნების, ლანდშაფტის სამკურნალო საშუალებად გამოყენება შეიძლება იყოს როგორც დამხმარე ფსიქოთერაპიული მეთოდი. იგი უნდა განიხილებოდეს როგორც ესთეტოთერაპიის ნაწილი, რამდენადაც ამ შემთხვევაში მთავარია ადამიანზე ბუნების ესთეტიკური ზემოქმედების ფაქტორი. ნატურფსიქოთერაპიის ზემოქმედებას ისეთივე ეფექტი ახასიათებს, როგორც სხვა ართერაპიულ მეთოდებს. ეს არის დადებითი ემოციის გამოწვევა („არავერბალური სუგესტია“), სედატიური, გამააქტიურებელი, ყურადღების გადატანის, კათარზისული ეფექტები.

მოსალოდნელია, რომ ნატურფსიქოთერაპიის მნიშვნელობა გაიზარდება ურბანიზაციის და მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის პირობებში ბუნებასთან ადამიანის კონტაქტის მოთხოვნილებების ამძღვრების კვალობაზე. ამის მაგალითად მოყვით დღევანდელი იაპონია, სადაც სილამაზისადმი, პირველ რიგში ბუნების მშვენიერებისადმი, სიყვარულს მიზანდასახულად უფითარებენ ადამიანს ბავშვობიდანვე.

## 8. შრომათერაპია

ფსიქოთერაპიის ამ სახეს ხშირად ერგოთერაპიას უწოდებენ (ბერძნული ergon — ნიშნავს შრომას). რამდენადაც შრომა მნიშვნელოვან სოციალურ მოვლენად ითვლება, შრომათერაპია მკურნალობის სპეციფიკურ ადამიანურ სახეს წარმოადგენს, რომლის საშუალებითაც ხდება ზემოქმედება ადამიანის ფსიქიკაზე და მის ორგანიზმზე. მისი მეთოდები ძირითადად მიმართულია სოციალურ-შრომით რეადაპტაციაზე, ფუნქციების განვითარებაზე და გავარჯიშებაზე, დარღვეული ფუნქციების კომპენსირებაზე და ეყრდნობა შემორჩენილ ფუნქციურ სისტემებს, პიროვნების დადებით მხარეებს.

შრომით ფსიქოთერაპიას დიდ როლს ანიჭებენ ავადმყოფური პოზიციების გარდაქმნაში და ნებისყოფის გაძლიერებაში, რომელიც პაციენტს დაქვეითებული აქვს.

ფსიქიკური დარღვევების დროს შრომის საშუალებით მაკომპენსირებელი თერაპიის ბევრ საინტერესო მასალას იძლევა მისი კლინიკური გამოყენება. ფართოდაა ცნობილი ა. რეფონდის მიერ აღწერილი შემთხვევა. შიზოფრენიით დაავადებული ექთანი რამდენიმე თვის განმავლობაში იმყოფებოდა კლინიკაში კატატონიური აგზნების მდგომარეობაში სმენითი პალუცინაციებით და აგრესიული ქცევით. მას ჰქონდა სუსტი კონტაქტი მხოლოდ რეფონდთან. ერთხელ მან ავადმყოფს წინადადება მისცა ღამის მორიგეობისას შეეცვალა შეუძლოდ მყოფი ექთანი. პაციენტი სიამოვნებით დათანხმდა, ჩაიცვა მორიგის ხალათი, კეთილსინდისიერად და გონივრულად შეასრულა დაკისრებული მოვალეობა, ყურადღებით ეპყრობოდა ავადმყოფებს და შეასრულა საინტერესო ჩანაწერები დღიურში. დილით, როგორც კი გაიხადა ხალათი, ავადმყოფი კვლავ განმარტოვდა პალატის კუთხეში და დაიწყო ხმებთან კინკლაობა. მდგომარეობის ასეთი ცვლილებები მასში ხდებოდა შრომის პროცესში ყოველი ჩართვის დროს. როგორც ავტორი მიუთითებს, ამან დადებითი გავლენა მოახდინა ავადმყოფის მდგომარეობაზე. ამ შემთხვევაში არც არის ლაპარაკი ავადმყოფის გამოჩანმრთელებაზე, რამდენადაც ამ გზით შიზოფრენია არ იკურნება.

შრომათერაპია უფრო სასურველ პირობებს ქმნის კოლექტიური ფსიქოთერაპიისათვის. ზოგი ავადმყოფი სწორედ კოლექტიური შრომის პროცესში საუკეთესოდ ახერხებენ ავადმყოფობის გარკვეულ ეტაპ-



ზე თავისი აუტისტური განწყობების, სხვადასხვა ტიპის ასოციალური ტენდენციების დაძლევა.

შრომითი საქმიანობა, რაც არ უნდა მარტივი ხასიათის იყოს იგი, დადებითად მოქმედებს ადამიანის ფსიქიკაზე. საერთოდ მასზე მძიმე ზეგავლენას ახდენს უმოქმედობა, ხოლო რაიმე ქმედება — სპონტანური თუ დავალებით განსაზღვრული — გამააქტიურებლად მოქმედებს. ეს ვითარება კარგად აჩვენა ი. პავლოვმა. მის მიხედვით, ამა თუ იმ გამლიზიანებლის, თუნდაც ინდიფერენტულის, ზემოქმედება ამაღლებს მოდუნებული ნახევარსფეროების აქტივობას, მათი ტონუსის გაძლიერებას. რაც შეეხება შრომას, აქ დამატებით მოქმედებს ემოციური ფაქტორი, რომელიც ამ შემთხვევაში არსებითია.

შრომის ფსიქოთერაპიული მხარე ითვალისწინებს ავადმყოფის მატერიალური და მორალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას, შრომის გარემოს და გამოყენებულ მასალებს, კოლექტივის მახასიათებლებს. საჭიროა მიღწეულ იქნას ამ პარამეტრების მიმართ ავადმყოფის დადებითი დამოკიდებულება. ეს პოზიცია მათ კარგად უნდა ჰქონედეთ გაცნობიერებული.

რაც შეეხება ავადმყოფის პროფესიულ შრომას, იგი რაიმე ფორმით ყოველთვის უნდა მიმდინარეობდეს მკურნალის ყურადღების ქვეშ (პაციენტის ან თანამშრომლების რეგულარული გამოკითხვა). ამ კონტექსტში დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით კოლექტივის შერჩევას: იქნება იგი ავადმყოფებისაგან თუ ჩანმრთელებისაგან შედგენილი. ამას განსაზღვრავს პაციენტის ინდივიდუალური თავისებურებები და ავადმყოფობის ხასიათი.

შრომითი თერაპია უფრო ხშირად განიხილება როგორც მასტიმულირებელი და გამააქტიურებელი, მაგრამ არ უნდა გამოგვეპაროს მხედველობიდან, რომ მას შეუძლია ითამაშოს დამამშვიდებელი, ნერვულ სისტემაზე დაწოლის შემამცირებელი ფაქტორის როლი. ორივე შემთხვევაში ხდება ყურადღების გადართვა პათოგენური ფაქტორებიდან რაიმე საქმიანობაზე, რის მეშვეობითაც ავადმყოფი თავს არიდებს ბოლდით იღვებს, მტანჯველ აზრებს და განცდებს.

ზოგჯერ ავადმყოფობის გავლენით ყალიბდება ანტიშრომითი განწყობები, რომელსაც აკავშირებენ სოციალური მიმართებების რღვევასთან. ამ განწყობის შეცვლისათვის ყველაზე უფრო სწორი გზა შრომათერაპიაა. ასეთი ავადმყოფის შრომის პროცესში ჩართვის გარეშე ზოგჯერ შეუძლებელია მსგავსი დამოკიდებულებების შეცვლა.

ანტიშრომითი განწყობები მრავალგვარია. ზოგჯერ ისინი დაკავშირებულია ავადმყოფის მიერ საკუთარი შესაძლებლობების არასწორ შეფასებასთან. ამ დროს შეიმჩნევა როგორც შეუფასებლობის, ისე გადაფასების ტენდენციები. ერთსაც და მეორესაც შეუძლია პათოლოგიურად დააქვეითოს ავადმყოფის ფაქტიური შრომისუნარიანობა და გააფართოს მისი მდგომარეობა. ამ დროს შრომის სწორი პირობების შერჩევა და მისი მდგომარეობის ზუსტი ანალიზი ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს. აღნიშნულ ვითარებას ადასტურებს ერთი პაციენტის მაგალითი. 30 წლის ასაკში მას დაემართა პოსტტრავმული ენცეფალოპათია. კონტუზიის შემდეგ მან ნაწილობრივ დაკარგა მხატვრის მაღალი კვალიფიკაცია. მიუხედავად ამისა, იგი ცდილობდა შეკვეთები აეღო ძველი შესაძლებლობების მიხედვით. ამას, ბუნებრივია, მოყვა წარუმატებლობები, რასაც ავადმყოფი მწვავედ განიცდიდა. იგი მიუღებლად თვლიდა უფრო მარტივი სამუშაოს შესრულებას, რის გამოც ფაქტიურად შრომისუუნარო შეიქნა. პროფესიულ ავადმყოფობას დაემატა მატერიალურად უზრუნველყოფის შეუძლებლობა. ყოველივემ გამოიწვია ავადმყოფობის გადასვლა რეაქტიულ მდგომარეობაში, რის გამოც პაციენტი მოთავსებულ იქნა კლინიკაში.

მას ჩაუტარდა ფსიქოთერაპიული მკურნალობა, რომლის დროსაც ევალეზობდა კოპირების სამუშაოთა შესრულება. იგი გაარკვიეს თავის შესაძლებლობებში და გამოუმუშავეს რეალობის განცდა. ამ ვითარებამ სედატიური და შეგუებითი ეფექტი გამოიწვია, რაც გამოიხატა ჩავარდნების გარეშე მუშაობაში. ეს მდგომარეობა გაყვა მას სტაციონარიდან გაწერვის შემდეგაც. ამდენად, შრომათერაპიამ ითამაშა გარდამავალი ეტაპის როლი ჩვეული ტიპის საქმიანობიდან მოცემულ მომენტში მისთვის შესატყვის სამუშაოზე. ამან ხელი შეუწყო განთავისუფლებულიყო არასრულფასოვნების და ტრავმული განცდისაგან.

სამკურნალო მიზნით ავადმყოფს უნდა მიეცეს ისეთი სახის სამუშაო, რომლის დაძლევაც მას შეუძლია, მაგრამ, ამასთან ერთად, იგი არ უნდა იყოს ძალზე უბრალო და ადვილი, რამდენადაც შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს პაციენტის თვით შეფასებაზე და თავმოყვარეობაზე. ავადმყოფის ჩართვა მისთვის მისაღები შრომის პროცესში დადებითად მოქმედებს ემოციურ სფეროზე.

ზოგჯერ მხოლოდ სამკურნალო შრომას შეუძლია გადაიყვანოს პაციენტი სრული შრომისუუნარობიდან სისტემატური სამუშაოს პირობებზე. ეს გადასვლა უნდა ხდებოდეს არა უცაბედად, არამედ თანდათანობით.

მკურნალობისათვის ხშირად პრობლემას წარმოადგენს შრომათერაპიის სტილის შერჩევა — ავადმყოფისათვის ჩვეული თუ უჩვევი, უცნობი სამუშაოს შეთავაზება. მაგალითად, გონებრივი შრომის წარმადგენლისათვის ხშირად დადებითია მსუბუქი ფიზიკური შრომა, მხატვრული სამუშაო. ამასთან შეიმჩნევა, რომ ჩვეული სტილის ასეთი შეცვლა, აგრეთვე ძალზე მარტივი და ერთგვაროვანი სამუშაო ზოგჯერ მოქმედებს დამამშვიდებლად (მაგ, დეპრესიულ ავადმყოფებზე), სხვებზე პირიქით, გამაღიზიანებლად. ამ შემთხვევაში საჭიროა უფრო შესატყვისი ფორმის სამუშაოს გამოძებნა.

ზოგიერთ ქრონიკულ ავადმყოფთან აუცილებელია შრომითი დატვირთვის მონაცვლეობა: ძალების და უნარების მაქსიმალურ გამოვლენას უნდა ცვლიდეს შემსუბუქებული შრომის პერიოდები, რაც მათ მისცემს აქტიური დასვენების საშუალებას.

შრომა როგორც სამკურნალო საშუალება შეიძლება დაახლოვდეს გართობასთან, თვითშემოქმედებაში მონაწილეობასთან, ესთეტიკური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებასთან. ამიტომ საყვავილეში მუშაობა, ქარგვა, მუსიკაში მეცადინეობა სასარგებლოა ნევროზების დროს.

შრომათერაპია კარგი დამატებითი საშუალებაა ზოგიერთი პათოლოგიური გამოვლინების გადასალახავად. იგი უფრო ეფექტურია სომატური დაავადებების დროს — ცალკეული ორგანოს ფუნქციათა გაუმჯობესებისას. მაგალითად, დაზიანებული ხელის ან ფეხის სახსრების შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში მას აქვს პროფილაქტიკური მნიშვნელობა, რომ ხანგრძლივმა ორგანულმა დაავადებამ არ გამოიწვიოს პათოლოგიური განვითარება. შრომათერაპიას აქვს დიაგნოსტიკური და სასწავლო მნიშვნელობაც. იგი აფართოებს ავადმყოფობის თავისებურებათა შესწავლის, ასევე სოციალურ გარემოში ცხოვრების და ინტერპერსონალური კავშირების დამყარების შესაძლებლობებს. შრომითი თერაპია იძლევა ავადმყოფის რეჟიმის უფრო სწორი ორგანიზაციის საშუალებას. ბევრი ავადმყოფისათვის შრომათერაპია ეხამება შრომის ისეთი სახეობის შესწავლას, რომელსაც იგი გამოიყენებს მკურნალობის შემდეგ. ამ შემთხვევაში იგი უნდა შეესატყვისებოდეს მის დაქვეითებულ შესაძლებლობებს, ხოლო უფრო ელემენტარულ და ნაკლებანაზღაურებად სამუშაოზე გადასვლა ტრავმული მომენტების აცილებით უნდა განხორციელდეს.

შრომის ფსიქოთერაპიული როლი გათვალისწინებული უნდა იქნას არა მხოლოდ სპეციალური სამკურნალო საშუალებების დანიშვნის

დროს, არამედ ექსპერტიზის ჩატარებისასაც. ძალზე სკრუპულოზური ანალიზის შემდეგ შეიძლება გადაწყდეს, დარჩეს პაციენტი ჩვეულ სამუშაოზე, გადაყვანილ იქნას შემსუბუქებულ პირობებზე თუ ინვალიდობაზე. ამ შემთხვევაში ფსიქოთერაპევტები ირჩევენ სხვადასხვა სტრატეგიას — არსებული შრომითი განწყობის გაძლიერება, პაციენტის შეგუება მარტივი ხასიათის სამუშაოზე გადასვლისათვის, ხოლო ინვალიდობისას — მუშაობის დროებითი შეწყვეტისათვის.

აქ არის კიდევ მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომლის გათვალისწინება აუცილებელია. ზოგ ადამიანს ახასიათებს საკუთარი სულიერი თუ სოციალური სატივიარის გაზვიადება და სხვებისაგან შეცოდების მოთხოვნა. როცა სულიერი აშლილობისას მათთან გამოხატულია მორცხვობა, მორიდებულობა, კონტაქტების სიმციკრე, ისინი გაურბიან შრომის გარემოს, რაც, ბუნებრივია, კიდევ უფრო აძლიერებს აუტისტურ ტენდენციებს. ამიტომ ფსიქოთერაპევტი წინ უნდა აღუდგეს პაციენტის ასეთ განწყობას ინვალიდობაზე.

განხილულ ფაქტორთან მჭიდრო კავშირშია ავადმყოფის მატერიალური უზრუნველყოფის და ცხოვრებაში მისი პრესტიჟის საკითხები. ამ საკითხებს ფსიქოთერაპიულთან ერთად აქვს დიდი საზოგადოებრივი მნიშვნელობაც. ამ მხრივ მეტად საგულისხმო მასალას იძლევა ცნობილი ამერიკელი მაგნატის ჰ. ფორდის წიგნი „ჩემი ცხოვრება, ჩემი მიღწევები“, რომელიც გამოცემულ იქნა ჯერ კიდევ ჩვენი საუკუნის 20-იანი წლების დასაწყისში. ფორდმა დასვა წარმოებაში ინვალიდების გამოყენების საკითხი. მისი მსჯელობა ასეთი ხასიათისაა: წარმოების ინტერესების საწინააღმდეგო არ იქნებოდა, თუ მოვიზიდავთ ნაკლოვანების მქონე ადამიანებს და მიეცემდით ნაკლებ საზღაურს. ესეც ხალხისათვის დახმარების თავისებური საშუალება იქნებოდა, მაგრამ არა საუკეთესო. საუკეთესო საშუალებას ყოველთვის წარმოადგენს ის, რომ ასეთი პირები დავაყენოთ სრულიად თანაბარ საფეხურზე ჯანმრთელ პროდუქტიულ მუშაკებთან. ამისათვის მან ჩაატარა სამუშაო ფუნქციების დეტალური შესწავლა. აღმოჩნდა, რომ იმ დროისათვის მის წარმოებაში იყო 7882 სხვადასხვა ფუნქცია, რომელთაგან მხოლოდ 949 შეფასებულ იქნა როგორც ძნელი, რომელიც მოითხოვდა აბსოლუტურად ჯანმრთელ, ძლიერ ადამიანებს; 3338 მოითხოვდა ფიზიკურად ნორმალურად განვითარებულ ადამიანებს, დანარჩენი 3595 ფუნქცია კი არ მოითხოვდა სხეულის არავითარ დაძაბვას. მათგან დიდი რაოდენობის შესრულება შეეძლოთ უფეხოებს, უხელოებს, ცალხელა, ცალ-

ფეხა ადამიანებს, უსინათლოს, ქლეჭიანს, ბნელიანს და ა.შ. ფორდის აზრით, მათ უნდა შევუქმნათ სპეციფიკური პირობები, რათა ისინი ნაყოფიერად ამუშავდნენ.

3. ფორდმა ამ საკითხის გადაწყვეტა ორგანულად დააკავშირა მნიშვნელოვან სოციალურ პრობლემასთან. მის მიხედვით, სახალხო მეურნეობის პრინციპებიდან გამომდინარე, უაღრესად დიდი ბედოვლათობაა საზოგადოებას დააკისრო ინვალიდი ადამიანების შენახვა. ეს დებულება სოციალისტებმა და კომუნისტებმა ანტიპუმანურად მიიჩნიეს და მწვავედაც გააკრიტიკეს საერთოდ მისი სისტემა. მათ არ გაითვალისწინეს ფორდის მიერ ორგანიზებული სამუშაო პირობები ინვალიდებისათვის და მისი ფუძემდებლური მოთხოვნა: არასწორია მათ შევასწავლოთ მეორეხარისხოვანი სამუშაო ან სხვა ნაკლებშემოსავლიანი ხელსაქმე, რომ ისინი ვიხსნათ სევდისაგან.

თანამედროვე ცხოვრებამ და მეცნიერულმა გამოკვლევებმა თვალნათლივ აჩვენა, რომ ადამიანისათვის მატერიალურ ანაზღაურებაზე არანაკლებ ღირებულია სოციალური აღიარება, საკუთარი მნიშვნელობის განცდა, რაც ყველაზე უფრო შრომით მიიღწევა. ამიტომ ადამიანის უნარების და შესაძლებლობების მიხედვით შრომის გარემოს ორგანიზაცია მნიშვნელოვანი ამოცანაა, რაც შრომათერაპიის პრეროგატივა უნდა იყოს.

## 9. ფსიქონალიზი

ფსიქონალიზი განსაკუთრებულობის ნიშნით ხასიათდება როგორც მოძღვრება არაცნობიერი ფსიქიკური პროცესების შესახებ, ისე როგორც ფსიქოთერაპიული მეთოდი. როგორც ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობა, იგი ცნობილია სხვა სახელწოდებებითაც: ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპია, ინსაიტზე ორიენტირებული ფსიქოთერაპია, ექსპლორაციული (კვლევითი) ფსიქოთერაპია, ხანგრძლივი ფსიქოთერაპია. ესაა ფსიქიკის მოქმედების ფსიქონალიზურ გეგმაზე დაფუძნებული სიტყვით მკურნალობა, როცა განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დაცვითი მექანიზმების, ტრავმის, წინააღმდეგობის, ტრანსფერის, სამკურნალო ალიანსის და სხვა ფენომენების მნიშვნელობას.

ზ. ფროიდის რწმენით, ფსიქონალიზი არაა მხოლოდ თერაპიული სიახლე, არამედ ახალი ფსიქოლოგიაცაა იმ აზრით, რომ კვლევა-ძიების სფერო გახდა მანამდე მიუწვდომელი არაცნობიერი ფსიქიკა. იგი სიღრმის ფსიქოლოგიაა, რამდენადაც სწავლობს ცნობიერების მიღმა მდებარე სულიერ პროცესებს.

თანამედროვე სიღრმის ფსიქოლოგიის წინამძღვარები ჩანს ლაიბნიცის, შოპენჰაუერის, ჰერბარტის, კარუსის, შტერნის, ლიპსის ფილოსოფიურ და ფსიქოლოგიურ კონცეფციებში, სადაც ცენტრალური ადგილი უჭირავს არაცნობიერი ფსიქიკის ცნებას. ვ. შტერნი სიღრმის ცნებას ფსიქოლოგიისათვის რევოლუციის მომასწავლებლად მიიჩნევს.

სიღრმის ფსიქოლოგია იძლევა ფსიქიკის განსხვავებულ გაგებას. მის მიხედვით, ცნობიერებაში დადასტურებული ფსიქიკა, განცდა ფსიქიკური რეალობის მხოლოდ ერთ-ერთ ფორმას წარმოადგენს, რომელიც მისი უფრო არსებითი ნაწილის — არაცნობიერი ფსიქიკის — გამოვლენაა. ცნობიერება თვისებაა, რომელიც ფსიქიკას მხოლოდ ზოგ მომენტში ახლავს თან. ფსიქიკა არსებობს ცნობიერების გარეშე და მისგან დამოუკიდებლად. საინტერესოა, რომ ფროიდი ამ მიმართულებით თავის მოღვაწეობას კანტის საქმის გაგრძელებად თვლის. ი. კანტი გვაფრთხილებდა, ფენომენი არ ჩაგვეთვალა ნივთად თავისად. ფსიქონალიზი ანალოგიურ გაფრთხილებას იძლევა ფსიქიკურის შემეცნების სფეროში. არ უნდა გაიგივდეს ცნობიერი ფსიქიკა, განცდა არაცნობიერ ფსიქიკასთან. ფსიქიკური არაა ისეთი, როგორადაც ჩვენ იგი გვეჩვენება.

ფსიქოანალიზი, როგორაც ემპირიული მეცნიერება, მიმართავს სხვა მეცნიერულ დისციპლინებთან კავშირის ანალიზს. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ურთიერთობა ფსიქოლოგიასა და ფიზიოლოგიას შორის. ზ. ფროიდის მიხედვით, კვლევა-ძიების შეურყვევლი შედეგია ის, რომ სულიერი მოქმედება დაკავშირებულია ტვინის ფუნქციასთან ისე, როგორც არცერთ სხვა ორგანოსთან. მაგრამ თვით კავშირის ფაქტი არაფერს ამბობს გადაჭრით ნერვული მოქმედებით ფსიქიკის ახსნის სასარგებლოდ. მედიცინაში გაბატონებულმა ავადმყოფური მოვლენების ახსნამ ფიზიკური და ქიმიური მიზეზებით უცხო გახადა მოვლენებისადმი ფსიქოლოგიური მიდგომა. ტვინს არ შეუძლია აგვისხნას სიმპტომის წარმოშობა. ფსიქოანალიზი მოწოდებულია აღმოაჩინოს ავადმყოფობის საერთო საფუძველი, რომელზე დაყრდნობით შესაძლებელი იქნება ფსიქიკურ და სომატურ დარღვევათა შორის კარელაციის დადგენა. ამიტომ ფსიქოანალიზი უარყოფს მისთვის უცხო ანატომიურ, ქიმიურ და ფიზიოლოგიურ თეორიებს და ახსნისათვის იყენებს საკუთარ, ფსიქოლოგიურ საფუძველებს.

ფროიდი არ უარყოფს კვლევა-ძიებას ფსიქიკურისა და ფიზიოლოგიურის ურთიერთობის სფეროში, მაგრამ მიაჩნია, რომ ეს არაა ფსიქოლოგიის საქმე. მეორე მხრივ, იგი სვამს კითხვას: თუ ფიზიკა თავის კვლევის ობიექტს ფიზიკურით ხსნის და აქ კაუზალობა ფიზიკურის ფარგლებს არ სცილდება, რატომ უნდა გადაუხვიოს ამ მეთოდოლოგიურ პრინციპს ფსიქოლოგიამ? მისი მტკიცებით, ფსიქოლოგია არ საჭიროებს ჰეტეროგენულ საშუალებებს. ფსიქიკური უნდა აიხსნას და აიხსნება კიდევაც ფსიქიკურით იმიტომ, რომ საზრიანის ახსნა ისევე მხოლოდ საზრიანითაა შესაძლებელი. აქვე ფროიდი აყენებს მნიშვნელოვან დებულებას, რომ ადამიანის არსი ფსიქიკაა.

ზ. ფროიდი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს დეტერმინაციის საკითხს. ფსიქოანალიზი, როგორც ბუნებისმეტყველური დისციპლინა, პრინციპულად უარყოფს ფსიქიკაში შემთხვევითობის დაშვების აზრს. ე.წ. უმიზეზო მოვლენების საფუძველი არა ცნობიერშია. ასე ახსნა ფროიდმა მკდარი მოქმედებები: წამოცდენა, მოყურება, შეცდომა წერისას, დავიწყება, დაკარგვა და ა.შ. ყველა ეს მოქმედება, აგრეთვე სიზმარი და დაავადების სიმპტომები აზრიანობით გამოიჩინება, რაც არა ცნობიერი ფსიქიკითაა განსაზღვრული.

არა ცნობიერისა და ცნობიერის ურთიერთმიმართებისას ზ. ფროიდი პირველს სიძლიერეს მიაწერს, მეორეს — სისუსტეს. არა ცნობიერი

დიდი ენერგეტიკული მუხტითაა დატვირთული, ცნობიერებაში კი ხდება მისი ძალის დაკარგვა, ფსიქიკური სისტემის ამ თავისებურებებს ემყარება ფსიქოანალიზური მკურნალობის მეთოდი: კათარზისი არაცნობიერი ფსიქიკური ენერჯის განმუხტვაა. ზემომქმედი ძალის გაცნობიერება მისი ენერჯის დაკლას მოასწავებს, რაც ფსიქიკური აშლილობის განკურნების საწინდარია.

#### ა) ისტორიული ექსპურსი

ზ. ფროიდის მოღვაწეობას ძირითადად სამ ეტაპად ყოფენ. პირველი ეტაპი იწყება XIX საუკუნის 80-იანი წლების ბოლოს და მთავრდება 1895 წლისათვის. ამ პერიოდში ფროიდი არაცნობიერ შინაარსს, რომლისგანაც პაციენტი ცდილობს თავის დაცვას, განიხილავს როგორც წარსულში რეალურად არსებული უსიამოვნო მოვლენის ემოციურად დამუხტულ მოგონებას. 1895 წ. გამოცემულ მის წიგნში „გამოკვლევები ისტერიაზე“ დომინირებს აზრი, რომ ნევროტიკის სიმპტომები ეფუძნება მისთვის ტრავმის მიმყენებელ რეალურ მოვლენებს. იგულისხმებოდა, რომ ასეთი ტრავმული გამოცდილება იწვევს აფექტურ მუხტს. მკურნალობისას უნდა მოხერხდეს ამ აფექტური მუხტის განტვირთვა კათარზისის ფორმაში დავიწყებულის ცნობიერებაში მობრუნების გზით. ბოლოს ფროიდმა დაადგინა, რომ ამ ტრავმული განცდების გახსენება საერთოდ არ იყო მოგონება რეალური მოვლენების შესახებ, არამედ წარმოადგენდა პაციენტის ფანტაზიის ნაყოფს.

ამის გაცნობიერებას მოჰყვა ნევროზის ტრავმული წარმოშობის თეორიის უარყოფა და დაიწყო მეორე ეტაპი ფსიქოანალიზის განვითარებაში, რომელიც გაგრძელდა XX საუკუნის 20-იან წლებამდე. ამ ეტაპზე ყურადღება გამახვილდა არაცნობიერ სურვილებზე, მისწრაფებებზე, ლტოლვებზე და მათ გარეგან გამოვლენებზე. მთავარი იყო ის თავისებურება, რომ კვლავ და კვლავ ხდება ცნობიერებაში ოდესღაც ბავშვობაში განცდილის შემოქრა. ინსტინქტური ლტოლვები და მისწრაფებები ფროიდს განხილული აქვს როგორც ენერჯის მქონე მოვლენები. ასეთად მიჩნეულია სექსუალური ენერჯია, ლიბიდო. უფრო ხშირად იგი ფსიქიკური ენერჯის ექვივალენტადაა მოწოდებული, რომლის საფუძველსაც სექსუალური ლტოლვა წარმოადგენს. ლიბიდოს აქვს სომატური წყარო. ეს არის ეროგენული ზონები, რომელთაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ლიბიდოს წარმოქმნაში.

ეს ეტაპი ცნობილია ტიპოგრაფიულის (სივრცობრივის) სახელწოდებით, როცა ფსიქიკა იყოფა ცნობიერად და არაცნობიერად. ეს უკა-



ნასკნელი შესდგება საკუთრივ არაცნობიერის და წინაცნობიერისაგან (ქვეცნობიერი). შემდგომში არაცნობიერის სფეროში ფროიდმა ცნობიერებიდან განდევნილი და არქაულიდან მომდინარე ფენომენებიც შეიტანა, მაგრამ თანდათან მოხდა ფსიქიკაში ორი ძირითადი ფაქტორის — ცნობიერის და არაცნობიერის — დაფიქსირება. განსხვავებულია მათი ფუნქციონირების პრინციპები. ცნობიერება ითვალისწინებს (ყოველ შემთხვევაში ცდილობს გაითვალისწინოს) გარემო ფაქტორებს და ამდენად მოქმედებს „რეალობის პრინციპით“. არაცნობიერი მოქმედებს „სიამოვნების პრინციპით“ და ცდილობს მიიღოს დაკმაყოფილება დაძაბულობის განმუხტვის გზით. ასეთ პრინციპებზე მოქმედ სისტემებს შორის უცილობლად წარმოიშვება კონფლიქტური სიტუაციები. ამგვარი შეიძლება იყოს დაპირისპირება სექსუალურ ლტოლვებსა და ეთიკურ პრინციპებს შორის, რომელიც გადაჭრას მოითხოვს. ფსიქიკური კონფლიქტი ვლინდება ამბივალენტობაში, როცა ერთი და იგივე ობიექტის მიმართ აღმოცენდება სიყვარულის და სიძულვილის ერთდროული განცდა. ეს ვითარება ადრეულ ბავშვობაში ყალიბდება და შემდგომ ზავუალირებულ ფორმაში თავს იჩენს ავადმყოფური სიმპტომების სახით. ადრეული უნივერსალური კონფლიქტების კატეგორიას განეკუთვნება ოიდიპოსის კომპლექსი. მასში ურთიერთჩახლართულია დედის სიყვარული, მამის მოშორების წყურვილი, მისადმი სიყვარული და შიში, რომლის საფუძველზეც შესაძლებელია კასტრაციის კომპლექსის ფორმირება.

მესამე ეტაპის დასაწყისად ითვლება 1923 წელი, როცა ზ. ფროიდმა გამოაქვეყნა შრომა „მე და იგი“. აქ მოხდა მენტალური აპარატის ტოპოგრაფიული დაყოფის შეცვლა სტრუქტურულით. ფსიქიკური წარმოდგენილ იქნა „იდის“ (იგი), „ეგოს“ (მე) და „სუპერ-ეგოს“ (ზე-მე) სახით. ამ შემთხვევაში არ მომხდარა ძველი შეხედულების სრული უარყოფა. ძველი და ახალი ერთად თანაარსებობს. ახალ მოდელში „იგი“ დაახლოებით საკუთრივ არაცნობიერს შეესაბამება. ის ლტოლვების სამყაროა და მოქმედებს სიამოვნების პრინციპით. განვითარების გარკვეულ ეტაპზე გარემოსთან ურთიერთქმედების საფუძველზე იგის ნაწილი გარდაიქმნება მედ. სტრუქტურის მესამე ელემენტი — ზე-მე — ზნეობრივ მხარეს წარმოადგენს, რომელიც, ძირითადად, ამკრძალავი მექანიზმის ფუნქციას ასრულებს. მისი, ისევე როგორც მეს, მნიშვნელოვანი ნაწილი არაცნობიერის კატეგორიას განეკუთვნება. მოცემულ სტრუქტურულ მოდელში მე ასრულებს შუამავლის და მომრიგებლის როლს იგის, ზე-მესა და

რეალობას შორის. მათი ურთიერთსაპირისპირო მოთხოვნების შესრულებისათვის მეს უხდება მნიშვნელოვან კომპრომისებზე წასვლა. ეს უმეტესწილად ავადმყოფურ სიმპტომებში იჩენს თავს, რამდენადაც, როგორც ხშირად მიუთითებენ, მე იკყლიტება ამ სამ ტირანს შორის. ამდენად, მე არაა ბატონ-პატრონი საკუთარ სახლში.

## ბ) ცენზურა, ლტოლვები, სიმპტომები

ფსიქიკის სტრუქტურული მოდელის შექმნა მნიშვნელოვნად განსაზღვრა პაციენტთა დანაშაულის განცდის აღმოჩენამ. ფროიდმა იგი დაკავშირა არქაულ მამისმკვლელობასთან და კანიბალიზმთან. ავტორის აზრით, სწორედ ამ ვითარებაში აღმოცენებულმა დანაშაულის განცდამ განსაზღვრა საკუთრივ ადამიანური არსებობის დასაწყისი. ამან შექმნა ცენზურა იგისა და მეს, მესა და ზე-მეს შორის და განდევნა იქცა ფსიქიკის მექანიზმში უდიდეს დინამიკურ ძალად.

ეს ცენზურა წინააღმდეგობის გამოხატველია, რაც ქმნის კონფლიქტს. ეს კონფლიქტი ადამიანისთვის შემთხვევითი მდგომარეობა კი არაა, არსობრივი ვითარებაა. კონფლიქტს მოყვება ფსიქიკური აშლილობები, რამდენადაც ეს ფსიქიკის ფენებში მიმდინარე ურთიერთმიმართებების გამოხატულებაა.

ფსიქოანალიზის განსაკუთრებული კვლევის საგანია ლტოლვების სფერო. ფროიდის მითითებით, ლტოლვა მოკლებულია განსაზღვრულობას და არცაა იმის რწმენა, რომ მიღწეული იქნება მისი ამომწურავი შემეცნება. გამოიყოფა ლტოლვების ორი დიდი კატეგორია, რომლებიც ურთიერთდაპირისპირებულადაა წარმოდგენილი. პირველ კატეგორიას განეკუთვნება სექსუალური, იგივე ეროტიული ან სიცოცხლისადმი ლტოლვები, მეორეს კი — აგრესიული, იგივე დესტრუქციის ან სიკვდილისადმი ლტოლვები. სექსუალურ ლტოლვებში ხდება თვითშენახვისა და გვარის გაგრძელების ასპექტის გამოხატვა. დესტრუქციის ლტოლვები ედება საფუძვლად ომებს, ნგრევას, თვითგანადგურების მისწრაფებას. ლტოლვის წყაროა ორგანიზმის სომატური პროცესი, რომლის გაღიზიანება სულიერ პროცესში აისახება და ხორციელდება მისწრაფების ფორმით.

მართალია, ფსიქოანალიზი არ უარყოფს სხვა ლტოლვების არსებობას, მაგრამ ძირითად აქცენტს სექსუალური ლტოლვების შესწავლაზე აკეთებს. აქვე არასექსუალურ სფეროს მიაწერს სექსუალურის შეკავების, განდევნის და დათრგუნვის ფუნქციას. ეს წარმოდგენს სიმპტომების წარმოქმნის წინაპირობას. სიმპტომი შემცველია იმისა, რაც არ

გაცნობიერდა. კერძოდ, მისი მიზანია სექსუალური დაკმაყოფილება. მაგრამ იგი წინააღმდეგობრივი ფორმით გამოიხატება, რაც ფსიქოანალიზში არ ნიშნავს დაპირისპირებას. ამ აზრით, სიმპტომების მიზანია ან სექსუალური დაკმაყოფილება ან მისგან თავდაცვა. მიხნეულია, რომ ისტერიის დროს ადგილი აქვს დადებითი მიმართულების სიმპტომებს, ხოლო აკვიატებული მდგომარეობის ნევროზებისას — უარყოფით, ასევეტურს.

ფსიქოანალიზის მიხედვით, ნორმალურ სექსუალურ დაკმაყოფილებაზე აკრძალვის დადება იწვევს ნევროზს. მაგრამ აქვე ჩანს, რომ ამის გამო აღმოცენდება მისწრაფებაც არანორმალური სექსუალური აგზნებისაკენ. ყველა ამ სიმპხინჯის ფესვი ბავშვობაში ძევს. ამგვარად, დამახინებული სექსუალობა არის გაზრდილი ინფანტილური სექსუალობა.

აღზრდა აყენებს იდეალურ ამოცანას, რომ ბავშვის ცხოვრება გახადოს ასექსუალური. წინა პლანზეა წამოწეული აზრი, რომ ბავშვი არის წმინდა, უცოდველი. ამ ცრურწმენას ეწინააღმდეგებო 5-6 წლამდე ბავშვების ცხოვრება, რომელიც გადამწყვეტია და აქ არსებული დარღვევები მხოლოდ ფსიქოანალიზით აიხსნება.

ბავშვის რეალური სექსუალური ცხოვრება იხსნება ლიბიდოს საშუალებით, რომელიც ზუსტად შიმშილის ანალოგიურია. ორთავე სწრაფვაა: პირველი — სექსისაკენ, მეორე — საქმლისაკენ. ძუძუთა ბავშვის პირველი სექსუალური მისწრაფება ვლინდება სხვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ფუნქციებთან კავშირში. კერძოდ, ესაა ჭამისაკენ სწრაფვა, რომელთანაც მჭიდროდაა დაკავშირებული წოვა, მოშარდვა, დეფეკაცია. ბავშვს სიამოვნებას გერის შესაბამისი ეროგენული ზონების აგზნება და ამიტომ შემდგომშიც მიისწრაფვის აქეთკენ.

ადგილი აქვს გარკვეულ ჩანაცვლებას. მაგალითად, წოვის აქტით ბავშვი იკმაყოფილებს როგორც სექსუალურ, ისე ჭამის მოთხოვნილებას. აქვე იგი არკვევს, რომ ამ მისწრაფების დაკმაყოფილება შეიძლება თითის ან ენის წოვით. ამდენად, ხდება გადასვლა აუტოეროტიზმზე, ონანიზმზე, რაც გენიტალურ ფაზაზე კიდევ უფრო ძლიერდება. ამ სიამოვნების აკრძალვა, ისევე როგორც თავისუფალი გამოყოფის დაშლა, მნიშვნელოვან განცდებთანაა დაკავშირებული, რის გამოც ხდება გარემოს მტრულად აღქმა.

ნევროზის ეტიოლოგიაში ადრეულ ბავშვობაში შექმნილი მიდრეკილებების გვერდით ასახელებენ თანშობილ, კონსტიტუციურ მიდრეკილებებს, რომელიც წარმოადგენს არჩაულ პერიოდში შორეული

წინაპრების მიერ მიღებულ შთაბეჭდილებებს. მათი ნაერთი იწვევს ნევროზულ სიმპტომებს.

## ბ) ანაღლიზის მეთოდი და ტექნიკა

ფსიქოანალიზის მეთოდიკა და ტექნიკა უშუალო კავშირშია მის თერაპიულ საფუძვლებთან. საქმე ეხება დაავადების გამომწვევი მიზეზების ძიებას და მისგან პაციენტის განთავისუფლების საშუალებებს.

ზ. ფროიდის ფსიქოანალიზური მეთოდი წარმოდგება ი. ბროიერის კათარზისული მეთოდისაგან. იგი 1895 წ. მათ აღწერეს ერთობლივ შრომაში, თუმცა ი. ბროიერმა ათი წლით ადრე ამ მეთოდის გამოყენებით განკურნა ისტერიული ავადმყოფი, შემდგომ კი ზ. ფროიდმა იგი გამოსცადა ავადმყოფთა დიდ რაოდენობაზე.

კათარზისული მეთოდი გულისხმობს ჰიპნოზში მყოფი პაციენტის ცნობიერების გაფართოებას. ამ დროს პაციენტს აიძულებენ გაიხსენოს ის ფსიქიკური მდგომარეობა, როცა წარმოიშვა სიმპტომი. ხდება ცნობიერებიდან განდევნილი აზრების, მოგონებების და იმპულსების აღმოცენება. მის საფუძველზე იქმნება აფექტური განცდა, რომელსაც პაციენტი აცნობებს თერაპევტს, რასაც მოყვება განტვირთვა.

ამ მეთოდის მთავარ ნიშან-თვისებად მიჩნეული იყო ის, რომ თერაპიული ზემოქმედება არ ხორციელდებოდა მკურნალის სუბესტურული გავლენით. იგი, პირიქით, გულისხმობს, რომ სიმპტომები გაქრება თავისით თუ ფსიქიკური პროცესების მიმდინარეობას მიეცემა სხვა მიმართულება.

ზ. ფროიდმა მნიშვნელოვანი ცვლილება შეიტანა კათარზისულ მეთოდში. თუ ამ უკანასკნელმა უარი თქვა შთაგონებაზე, ფროიდმა ამას დაუმატა ჰიპნოზის გამორიცხვაც. ეს ვითარება ტექნიკურ მხარეშიც იქნა ხაზგასმული. ზ. ფროიდი თავის პაციენტებს აწვევდა დივანზე, თვითონ კი იჯდა სკამზე მათ უკან. პაციენტებს არ მოეთხოვებოდათ თვალის დახუჭვა, თვითონ კი არ ეხებოდა მათ და არც რაიმე ისეთ მოქმედებას ახორციელებდა, რაც ჰიპნოზთან იქნებოდა დაკავშირებული. ამგვარად, ასეთ სეანსს აქვს ორ ფხიზელ ადამიანს შორის საუბრის სახე, ოღონდ ამ დროს უფრო აქტიური პაციენტი. ასეთი ტექნიკის არჩევინას ფროიდი იქიდანაც გამოდიოდა, რომ ჰიპნოზის გამოყენება პაციენტის სურვილზეცაა დამოკიდებული. მართლაც ავადმყოფთა საკმაოდ დიდ რაოდენობას არა აქვს დაჰიპნოზების სურვილი. ამიტომ ჰიპნოზზე უარის თქმამ გაზარდა ფსიქოანალიზის არე.

ფსიქოანალიზური ტექნიკა ეფუძნება თავისუფალი ასოციაციების

გამოყენებას. ხდებოდა პაციენტის წახალისება რაც შეიძლება ძალდაუტანებლად, ყოველგვარი კონტროლის გარეშე მოეთხროთ მკურნალისთვის საკუთარი განცდების, მოქმედებების, სიზმრების შესახებ. მათ უნდა მოეყოლათ ყველაფერი, რაც მოსდიოდათ თავში, თუნდაც ეს უაზროდ, სასიარტოვლოდ ან უმნიშვნელოდ ეჩვენებოდეთ. ამ გზით ზ. ფროიდი გააკეთა მნიშვნელოვანი აღმოჩენა, რომ დაავადება დაკავშირებულია მეხსიერების ნაკლთან. ეს ამწეზია, თავის მხრივ, გამოწვეულია განდევნით, რომლის მიზეზიც უსიამოვნო გრძობაა. განდევნის გამომწვევი ფსიქიკური ძალები შემდგომში თავს იჩენს მკურნალობის შემაფერხებელ პაციენტის წინააღმდეგობაში. ეს ფენომენი გახდა ფროიდის თეორიის და სამკურნალო მეთოდის ერთ-ერთი ფუნდამენტი. პიანოზის კრიტიკა ამ თვალსაზრისითაც იყო მნიშვნელოვანი, რომ თითქოს იგი კი არ ავლენს წინააღმდეგობას, არამედ, პირიქით, გვერდს უვლის მას.

მკურნალობის ტექნიკაში პრინციპულ ცვლილებებზე ლაპარაკისას ზ. ფროიდი ყურადღებას სამ თანამიმდევარ ეტაპზე ამახვილებდა. კათარზისული მკურნალობის მიზანი იყო სიმპტომთა არსის გარკვევა. შემდეგ სიმპტომებიდან ყურადღება გადავიდა კომპლექსების გახსნაზე. ბოლოს მუშაობა წარიმართა წინააღმდეგობის გახსნაზე და მის დაძლევაზე. ამ შემთხვევაში არის იმის სრული რწმენა, რომ წინააღმდეგობის დაძლევა ავტომატურად გამოიწვევს კომპლექსების გახსნას.

ასეთ ვითარებაში ფსიქოანალიზური ტექნიკა ორ ამოცანას სვამს: მკურნალის შრომის დაზოგვა და ავადმყოფის არაცნობიერაში შეღუბლულადვი შეღწევა, რათა იქ არსებულ განცდებს მიეცეს ცნობიერებაში ამოსვლის საშუალება. ამას მოყვება გაცნობიერება და ახსნა, რასაც უნდა ახლდეს გახსენება და დაკარგული მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების აღდგენა. მთავარია „იგის“ ადგილი დაიკავოს „მემ“

მთელი ეს პროცედურა მიმდინარეობს რეგრესიის გზით, როცა ანალიზის პროცესი ხორციელდება უკუსვლით ასაკობრივ ქრილში. მთავარია ჩასვლა 5-6 წლამდე პერიოდში, როცა დაიწყო სურვილების განდევნა არაცნობიერაში.

ზ. ფროიდი იძლევა რეკომენდაციებს ანალიზური ტექნიკის სფეროში და ასევე მიუთითებს, რომ ეს გამოსადეგი იყო მისი ინდივიდუალობისათვის, ხოლო სხვამ შეიძლება განსხვავებული ხერხები აირჩიოს.

ა) პირველი ამოცანა ეხება პაციენტის მიერ თვეების და ზოგჯერ წლების განმავლობაში მოწოდებული ფართო მასალის დამახსოვრე-

ბას. აქვე მნიშვნელოვანია, რომ მკურნალს ერთმანეთში არ აერიოს სხვადასხვა პაციენტის მონათხრობი. თითქოს ეს დიდ სიძნელეებთანაა დაკავშირებული, მაგრამ ტექნიკურად საკმაოდ მარტივად წყდება. არაა საჭირო რაიმე დამატებითი ხერხების ან ჩანაწერების გამოყენებაც კი. ამ შემთხვევაში არ არის საჭირო განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება და დამახსოვრების მცდელობა. მთლიანად უნდა მივეწოდეთ „არაცნობიერ მახსოვრებას“ ანუ ვისმინოთ და არ ვიზრუნოთ დახსოვებაზე.

ბ) არაა რეკომენდებული სეანსის დროს ოქმის შედგენა ან ჩანიშნების გაკეთება. ეს ვითარება გამოწვეულია როგორც ზოგი პაციენტის უარყოფითი დამოკიდებულებით ჩანაწერების გაკეთებისადმი, ისე იმით, რომ ამ დროს შეიძლება მოხდეს მოწოდებული მასალიდან მცდარი ფრაგმენტული არჩევა. გამონაკლისი შეიძლება იყოს თარიღები და მნიშვნელოვანი შედეგები, რომლებიც შემდგომში უნდა იქნას გამოყენებული. თვით ზ. ფროიდი ამასაც აკეთებდა სეანის შემდეგ.

გ) ფსიქოანალიტიკოსის ქცევა არ უნდა იყოს ქირურგის მოქმედების იდენტური, რომელიც ცდილობს უკუაგდოს განცდები და ადამიანური სიბრალული, რათა უკეთ შეასრულოს ოპერაცია. ფსიქოანალიტიკოსი უნდა შეებრძოლოს საკუთარ პატივმოყვარეობას და შექმნას სამუშაო გარემო თავისთვის და პაციენტისათვის.

დ) ფსიქოანალიტიკოსმა თავისი არაცნობიერი, როგორც აღმქმელი ორგანო, უნდა წარმართოს პაციენტის არაცნობიერისაკენ, რათა მიიღოს ყველა საჭირო ინფორმაცია. ამ დროს მთავარია ანალიტიკოსს არ ჰქონდეს არავითარი წინააღმდეგობა, რომელიც არ დაუშვებს არაცნობიერ იმპულსებს მის ცნობიერებაში.

ე) მკურნალის შინაგანი ცხოვრება პაციენტისათვის უცნობი უნდა დარჩეს. იგი, როგორც სარკე, იმას უნდა ირეკლავდეს, რაც პაციენტი-საგან მიიღო.

ვ) ფსიქოანალიტიკოსს ბუნებრივად შეიძლება გაუჩნდეს პატივმოყვარული მისწრაფება ნევროზისაგან მის მიერ განთავისუფლებული პირი აზიაროს ამალღებულ მატერიაებს. ამ დროს მან უნდა იხელმძღვანელოს არა საკუთარი სურვილებით, არამედ პაციენტის შესაძლებლობით. ყველა ნევროტიკს არა აქვს სუბლიმირების ტალანტი. ამასთან დაკავშირებით ზ. ფროიდი ფიქრობს, რომ ბევრი მათგანი სუბლიმირების შემთხვევაში არც დაავადდებოდა, ხოლო ამისაკენ არანორმალური სწრაფვა იწვევს ნევროზს. ამიტომ მკურნალი საკმარისია დაკმაყოფილ-

დეს იმით, რომ პაციენტს დაუბრუნოს სიამოვნების მიღების და მუშაობის უნარი. მაღალი იდეალებისაკენ პაციენტის წარმართვა სასურველია, მაგრამ ეს არ უნდა გახდეს თვითმიზანი.

ზ) არაა მიზანშეწონილი ავადმყოფს მიეცეს დავალება ცხოვრების გარკვეული პერიოდის განცდების, აზრების, მოგონებების აღდგენის მიმართულებით. ამას განსაკუთრებით უნდა ვერიდოთ ინტელექტუალურ პაციენტებთან.

თ) უნდა ვერიდოთ, რომ პაციენტმა იკითხოს ფსიქოანალიზური ლიტერატურა. უმჯობესია მან ისწავლოს საკუთარ თავზე მუშაობისას, ვიდრე წიგნებიდან. ასევე მიუღებელია, რომ ფსიქოანალიზური ლიტერატურას გაეცნონ პაციენტის ახლობლები. ამით შეიძლება ნაადრევად იქნას გამოწვეული ბუნებრივი წინააღმდეგობა ფსიქოანალიზის მიმართ.

ი) ზ. ფროიდი ფსიქოანალიზური თერაპიის მომავალზე მსჯელობისას (ფსიქოანალიტიკოსთა V კონგრესი, ბუდაპეშტი, 1918 წ.) ხაზს უსვამდა ანალიტიკოსის აქტივობის მეთოდს. ჩვეულებრივ, თერაპიის ამოცანად მიჩნეულია განდევნილის გაცნობიერება და წინააღმდეგობის გახსნა, რაც ხორციელდება სამკურნალო ალიანსის დროს ტრანსფერის საშუალებით. ამ ვითარების ხელშემწყობ მნიშვნელოვან ახალ პირობად ზ. ფროიდმა წამოაყენა თავშეკავება, რომ მკურნალმა მაქსიმალურად უნდა შეზღუდოს პაციენტის დაკმაყოფილების შესაძლებლობები. მკურნალობისას არ შეიძლება ავადმყოფის განებიერება. ეს ვითარება იმ აუცილებლობითაა განსაზღვრული, რომ მკურნალობის პერიოდში საქმე გვაქვს სურვილების არა რეალურ, კომოგენურ დაკმაყოფილებასთან, არამედ მის სუროგატთან. ფაქტიურად აქ ხდება ერთი სუროგატის შეცვლა მეორით, რომელიც იმ მომენტში პაციენტისათვის მისაღებია, რაც ხელისშემშლელი შეიძლება გახდეს მკურნალობის სწორად წარმართვისათვის.

კ) ზ. ფროიდი დაბეჯითებით მიუთითებს, რომ დაავადების სხვადასხვა ფორმისას აუცილებელია განსხვავებული ტექნიკის გამოყენება. ისტერიის მკურნალობისათვის შექმნილი ტექნიკა ნაკლებად მუშაობს ფობიების შემთხვევაში. ამიტომ, მაგალითად, აგორაფობიის დროს მიზანშეწონილად მიაჩნია ვაიძულოთ პაციენტი გავიდეს გარეთ და განიცადოს ძლიერი შიში და მხოლოდ მისი შემცირების კვალობაზე წამოტივტივდება ანალიზისათვის საჭირო აზრები და მოგონებები. ფსიქოანალიზის მასობრივი გამოყენების შემთხვევაში ასევე უშვებს შთაგონე-

ბის უფრო ფართო გამოყენების შესაძლებლობას.

**ანალიზური თერაპიის შესაძლებლობა და შეზღუდულობა.** ზ. ფროიდი აღიარებდა, რომ მისი შექმნილი მეთოდი შორს იყო თერაპიის იდეალისაგან. მკურნალობას არ მიეყვართ სწრაფ შედეგამდე, ხოლო წამოჭრილი წინააღმდეგობისაგან მრავალ უსიამოვნებას უნდა ველოდოთო. მკურნალობა დიდ მოთხოვნებს უყენებს როგორც ავადმყოფს, ისე თერაპევტს. პირველისაგან ის მოითხოვს თავგანწირვას სრული გულანხილობის სახით, მეორესაგან ბევრ დროსა და ენერჯიას ტექნიკის ათვისებისა და გამოყენების დროს.

მიჩნეულია, რომ ანალიზური თერაპიის ექვემდებარება ისტერია, გადატანის ნევროზი, ფობიები, აკვიატებული მდგომარეობის ნევროზები; გარდა ამისა ხასიათის არანორმალურობა, რაც განვითარდა ამ დაავადებათა გამო. რაც შეეხება ნარცისულ, ფსიქოტურ მდგომარეობებს — ფსიქოანალიზისათვის მიუღწეველია. ასევე მიუთითებენ, რომ ისტერიის მწვავე შემთხვევებში უნდა ველოდოთ მშვიდი მდგომარეობის დადგომას.

ზ. ფროიდის მიხედვით, ფსიქოანალიზური საქმიანობა რთული, მომთხოვნი და სხვა ფსიქოთერაპიულ მეთოდებთან შედარებით ყველაზე ძლიერია. თუ მკურნალობისას მან შედეგს ვერ მიაღწია, თამამად შეიძლება ვამტკიცოთ, რომ ამ შემთხვევაში ნებისმიერი საშუალება უძლური იქნებოდა.

ფსიქოანალიზური მკურნალობა ძალზე დიდ დროს მოითხოვს. ეს იმიტომ, რომ ფსიქიკური ცვლილებები ნელა მიმდინარეობს. თუ ეს ცვლილება მოხდა სწრაფად, მოულოდნელად — ეს ცუდი ნიშანია. სინამდვილეში, ნევროზის მკურნალბა შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წელს. ზოგ შემთხვევაში ხდება ანალიზის განახლება რამდენიმე წლის შემდეგ, რამდენადაც პირველი ანალიზის დროს არ გამომქლავნდაო ყველა პათოლოგიური მიდრეკილება. არიან მძიმე ნევროზული დარღვევის მქონე პირები, რომლებიც მთელი ცხოვრების განმავლობაში იმყოფებიან ანალიზური დაკვირვების ქვეშ და დროდადრო გადიან მკურნალობას.

ფსიქოანალიზური მეთოდი მნიშვნელოვან კავშირშია პაციენტის ხასიათობრივ და ასაკობრივ თავისებურებებთან. მიიჩნევენ, რომ პაციენტი უნდა ჰქონდეს განსაზღვრული დონის ინტელექტუალური და ეთიკური განვითარება. მას არ უნდა ჰქონდეს მკვეთრი ხასიათობრივი დარღვევები. ანალიზისათვის ასევე არახელსაყრელ პირობად ითვლება



50 წელს მიახლოება და უფროსი ასაკი, რამდენადაც ასეთი პაციენტების ფსიქიკაში უკვე ბევრი მნიშვნელოვანი ცვლილება მომხდარი. ეს ეხება უარყოფითი ჩვევების განმტკიცებას და სულიერ პროცესთა პლასტიურობის დაკარგვას. აქ მოქმედებს ის ფაქტორი, რომ ხანში შესული ადამიანები არ ექვემდებარებიან აღზრდას. ზ. ფროიდის მიხედვით კი სწორედ ამასთანაა ყველაზე მეტად დაკავშირებული ფსიქოანალიზური მკურნალობისათვის ვარგისობის განსაზღვრა.

ზოგადად ფსიქოანალიზური თერაპიის ძირითად მიზნად სახავენ ისეთი ფსიქიკური მუშაობის ჩატარებას, რომელსაც მიუყვართ პაციენტის მეტი დამოუკიდებლობის და მისი მდგომარეობის ხანგრძლივი გაუმჯობესებისაკენ. ამდენად, ლაპარაკია ხანგრძლივი რემისიის მიღწევაზე და არა სრულ გამოჯანმრთელებაზე.

ზ. ფროიდი გარკვეულ ოპტიმიზმსაც გამოთქვამდა, რომ მეთოდის შესაბამისი შეცვლის შემთხვევაში არ იყო გამორიცხული შეზღუდულობათა დაძლევა და ფსიქოზების მკურნალობის დაწყებაც. ამასთან დაკავშირებით უნდა შევნიშნოთ, რომ საქმე ეხება არა ანალიზური ტექნიკის გაუმჯობესებას, არამედ თეორიული მოდელის სრულყოფას, რის შესახებაც საუბარი იქნება „მენცარის“ პოზიციის გადმოცემის დროს.

აქ გადმოცემული იყო ფსიქოანალიზური ტექნიკის ძირითადი ასპექტები. თუ როგორაა ეს ხერხები დაკავშირებული ტრანსფერთან, დაცვის მექანიზმთან, სიზმრის ახსნასთან თუ მკურნალობის სხვა ასპექტებთან, იხილავთ ქვემოთ.

#### დ) კონფლიქტი, ტრანსფერი, წინააღმდეგობა, შიზი, დაცვითი მექანიზმები

რამდენადაც სიმპტომი ცვლის აუსრულებელ დაკმაყოფილებას, ადამიანი ცდილობს იმ პერიოდის გახსენებას და რეგრესიის გზით მასზე დაბრუნებას, როცა ბავშვი თავს ბედნიერად გრძნობდა. ამ პერიოდზე მოხდა ლიბიდოს გაჩხერვა, როცა მას ახლდა დაკმაყოფილება. სიმპტომი გარკვეულად იმეორებს ბავშვურ დაკმაყოფილებას, მაგრამ დამახინჯებული სახით ცენზურასთან კონფლიქტის გამო. ეს მოჩვენებითი დაკმაყოფილება ნევროტიკის მიერ განიცდება როგორც ტანჯვა. ეს არის ფსიქიკური კონფლიქტი, როცა ადრინდელი დაკმაყოფილება ახლა წინააღმდეგობის და ზიზლის აღმძვრელია.

ამ ვითარებიდან თავის დახსნის მექანიზმს ფროიდი აღწერს ლიბიდოს მოდელის მიხედვით. ნევროტიკს არა აქვს სიამოვნების მიღების

უნარი, რადგან მისი ლიბიდო არ არის მიმართული ობიექტზე; იგი მოკლებულია შრომის უნარს, რადგან უხდება ძალზე დიდი ენერჯის ხარჯვა იმისათვის, რომ შეინარჩუნოს ლიბიდო განდევნილ მდგომარეობაში და დაიცვას თავი მისი დაწოლისაგან. იგი გამოჯანმრთელდებოდა, თუ შეწყდებოდა კონფლიქტი მესა და ლიბიდოს შორის და პირველი შეძლებდა კვლავ დაუფლებოდა მეორეს. ამისათვის აუცილებელია კვლავ დაუბრუნდეთ სიმპტომების აღმოცენების პირობებს რეგრესიის გზით, განვაახლოთ მისი გამომწვევი კონფლიქტი და გადავქრათ იგი. სამუშაოს გადამწყვეტი ნაწილი მდგომარეობს გადატანის მექანიზმის გამოყენებაში, როცა ექიმისადმი დამოკიდებულებაში იქმნება ძველი კონფლიქტის ახალი ვარიანტები. ამგვარად, გადატანა ხდება ბრძოლის ველი, სადაც ერთმანეთს ებრძვის ყველა მოწინააღმდეგე ძალა.

„ბაღატანა“ ხშირად გამოყენება როგორც „ურთიერთობის“ სინონიმი. ყურადღება ექცევა გადატანის განსაკუთრებულ ასპექტს, რომელსაც ადგილი აქვს ფსიქოთერაპევტსა და პაციენტს შორის. მას უწოდებენ თერაპიულ ალიანსს, სამუშაო კავშირს ან სამკურნალო ალიანსს. ამ შემთხვევაში მთავარია არანევროტული, გონიერი ურთიერთობის დამყარება პაციენტსა და მკურნალს შორის.

„სამპქრნალო აღიანსი“ ფროიდმა პირველად გამოიყენა ფსიქონალიზის ტექნიკისადმი მიძღვნილ შრომებში. იგი ემთხვეოდა გადატანის ცნებას, რომელსაც ყოფდა დადებითი და უარყოფითი ემოციის მქონედ. მათი გაერთიანება ქმნის პაციენტის მხრიდან წინააღმდეგობას მკურნალისადმი.

მკურნალისა და პაციენტის ურთიერთობისას ადგილი აქვს სასიყვარულო და სექსუალური ემოციების აღდგენას, რომლის ობიექტი იყო წარსულში ესა თუ ის მნიშვნელოვანი პიროვნება. მკურნალობის პროცესში ხდება ამ ემოციების მიმართვა ანალიტიკოსისადმი. ერთი მხრივ, ხდება მკურნალის იდეალიზაცია, მეორე მხრივ კი შეიძლება გამოვლინდეს მტრული განცდები მის მიმართ. ალიანსი იმაში გამოიხატება, რომ პაციენტს უნდა ჰქონდეს შეგნებული დამოკიდებულება მკურნალისადმი. იგი უნდა ცდილობდეს გაერკვეს საკუთარ ემოციებში და მათი მოთხოვნის კვალობაზე სრულად გამოიყენოს ფსიქოთერაპევტის შესაძლებლობები. ამიტომ ექცევა დიდი ყურადღება ნებაყოფლობითი მკურნალობის პრინციპს. ამ დროს პაციენტი არა მარტო სცნობს თავს დაავადებულად, არამედ შეგნებულად მიდის ექიმთან თერაპიულ კავშირზე. ამ კავშირის საფუძველზე ხორციელდება ტრანსფერი, გადატანა,

რომლის საშუალებითაც პაციენტი იხსენებს დავიწყებულს, ე.ი. იმას, რაც წარმოადგენს ფსიქიკური ტანჯვის არაცნობიერ წყაროს. ბევრის აზრით, სწორედ ტრანსფერის პრინციპი განასხვავებს ყველაზე მეტად დინამიკურ თერაპიას ფსიქოთერაპიის სხვა სახეებისაგან.

ტრანსფერი რთული მოვლენაა, რომელიც არ არის დაკავშირებული სქესთან. ტრანსფერის ფორმირებისას ორივე სქესის თერაპევტი შეიძლება ასოცირდეს საწინააღმდეგო სქესის წარმომადგენელთან. ეს იმიტომ, რომ თერაპევტს პაციენტები აკავშირებენ ორივე მშობელთან. ამავე მიზეზით თერაპევტი ხდება როგორც სასიყვარულო, ისე აგრესიული განცდების მიწერის ცენტრი.

ზ. ფროიდი ერთმანეთს ადარებს ტრანსფერსა და შთაგონებას და გარკვეულ მსგავსებასაც ნახულობს მათ შორის. მეორე მხრივ მიუთითებს, რომ ნებისმიერი სუბესტურული მკურნალობისას გადატანაზე ხელის ხლება არ ხდება. ანალიზურისას კი თვითონ ის წარმოადგენს მკურნალობის ობიექტს და ხდება მისი დაშლა გამოვლენის ყველა ფორმად. მკურნალობის პერიოდში ჩვენ გამუდმებით უნდა ვებრძოლოთ წინააღმდეგობებს, რომლებიც შეიძლება გადაიქცეს ნეგატიურ ტრანსფერად. ანალიზური მკურნალობის ბოლოს უნდა მოხდეს თვით გადატანის მოცილება.

ამ შემთხვევაში გამორიცხულია დავემორჩილოთ გადატანის მოთხოვნებს ან უხეშად უარეყოთ იგი. ჩვენ გადავლახავთ ტრანსფერის ფაქტორს ავადმყოფისათვის იმის ჩვენებით, რომ მისი გრძნობები მომდინარეობს არა მოცემული სიტუაციიდან და მიმართულია არა ექიმისადმი, არამედ იმეორებს ადრე მომხდარს. ამგვარად, ჩვენ ვაიძულებთ მას გამეორება გარდაქმნას მოგონებად. ამ საფუძველზე, ტრანსფერი ნაზი თუ მტრული განცდებით, რაც ყველაზე ძლიერი ბარიერია მკურნალობისათვის, ხდება საუკეთესო იარაღი სულიერი ცხოვრების საიდუმლოებათა გასახსნელად.

მკურნალობის პროცესში ტრანსფერის აღმოცენებისას პაციენტის მუშაობა მოგონებებზე გადადის უკანა პლანზე და უკვე საქმე გვაქვს არა მის ძველ ავადმყოფობასთან, არამედ ახლადშექმნილ და გადაკეთებულ ნევროზთან, რომელმაც შეცვალა პირველი. პაციენტის ყველა სიმპტომმა დაკარგა პირველადი მნიშვნელობა და მოერგო ახალ აზრს. ამ ახალი, ხელოვნური ნევროზის გადალახვა ნიშნავს ავადმყოფობისგან განთავისუფლებას. ეს წარმოადგენს თერაპევტულ ამოცანას. ადამიანი, რომელიც ნორმალური გახდა ექიმის მიმართ და განთავისუფლ-

და განდევნილი ლტოლვების მოქმედებისაგან, ასეთად რჩება პირად ცხოვრებაში, როცა მოსცილდება ექიმს.

ტრანსფერის ფაქტით ცდილობს ზ. ფროიდი ახსნას ფსიქოანალიზის წარუმატებლობა ნარცისული ნევროზის დროს. ეს იმიტომ ხდება, რომ ასეთ პაციენტებს თითქოს არა აქვთ გადატანის უნარი. ამის გამო მათში არ ხდება პათოგენური კონფლიქტის გაძლიერება და განდევნის წინააღმდეგობის გადალახვა.

პაციენტ-თერაპევტის ურთიერთობა უფრო ხშირად განიხილება პაციენტის პოზიციიდან, რაც ნათლად ჩანს ტრანსფერის ფენომენში. ამის გვერდით ფსიქოანალიზი მნიშვნელოვან ყურადღებას უთმობს თვით ფსიქოთერაპევტის პოზიციას პაციენტის მიმართ. სწორედ ამ ვითარებას გამოხატავს „კონტრტრანსფერი“ იგი წარმოადგენს თერაპევტის ემოციურ რეაქციას, როგორც პასუხს პაციენტის ტრანსფერზე. ისიც არაცნობიერი კონფლიქტების შედეგია, ოღონდ ახლა საქმე გვაქვს თერაპევტის გადაუჭრელ კონფლიქტებთან. ასეთი კონტრგადატანა ხელს უშლის თერაპევტის რაციონალურ განსჯას და, შესატყვისად, მკურნალობის სწორად განხორციელებას, რამდენადაც გვევლინება ანალიტიკოსის თავისებურ წინააღმდეგობად პაციენტის მიმართ.

ამ საკითხის განხილვისას ფსიქოანალიტიკოსები ურთიერთსაწინააღმდეგო პოზიციაზე დგანან. ერთნი თვლიან, რომ კონტრტრანსფერი ფსიქოთერაპიისათვის ხელშემშლელი ფაქტორია, მეორენი კი მიიჩნევენ, რომ კონტრგადატანა — სასარგებლო პრაქტიკული ელემენტია. საერთოდ თვლიან, რომ ეს ფენომენი ანალიზის უცილობელი ნაწილია, მის გარეშე ფსიქოანალიტიკოსს საქმისადმი ინტერესიც ეკარგება. მაგალითად, რ. სპიტცი და მ. ლითელი თვლიან, რომ არაცნობიერი კონტრტრანსფერის გარეშე შეუძლებელია ემპათიაც და თვით ანალიზიც. ე. შარპის მიხედვით, ამაში გამოიხატება პაციენტისადმი სიყვარული. ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ კონტრგადატანა ყოველთვის უნდა რჩებოდეს ჩრდილში და არსებობდეს სადღაც უკანა პლანზე.

რამდენადაც კონტრტრანსფერი ტრანსფერის პარალელურად მიმდინარეობს, ფსიქოანალიტიკოსი მუდმივად უნდა აკონტროლებდეს როგორც საკუთარ განცდებს, ისე პაციენტის რეაქციებს. ამასთან, ფსიქოთერაპევტის პროფესიული პოზიცია უნდა ემყარებოდეს განსაზღვრული დისტანციის დაცვას მკურნალსა და პაციენტს შორის. თვით კონტრტრანსფერის ფენომენის ანალიზი განიხილება როგორც ანალიზური მუშაობის წარმატების საწინდარი. მისი სწორად განხორცი-

ელებისათვის ანალიტიკოსს შემდეგ პირობებს უყენებენ:

1) ყურადღება გაამახვილოს საკუთარ წარსულსა და აწმყოზე, მკურნალობის სიტუაციაზე მათ შესაძლო გავლენებზე;

2) თავის თავზე არ მიიღოს პაციენტის მიერ გამოხატული უარყოფითი განცდები;

3) კონტრტრანსფერი გამოიყენოს ინტეპრეტაციების მომზადებისათვის;

4) შეადაროს ერთმანეთს საკუთარი და პაციენტის ემოციური მდგომარეობა და მონახოს ამ პროცესის გადაჭრის გასაღები.

ასეთი თვითანალიზის აუცილებლობაზე მიუთითებდა ზ. ფროიდიც. შემდგომში მან ჩათვალა, რომ ეს შეიძლება არ იყოს სავსებით ადეკვატური მეთოდი და ამიტომ დასვა საკითხი, რომ ანალიტიკოსმა ყოველ ხუთ წელიწადში თვითონ გაიაროს ფსიქოანალიზის კურსი.

თუ სამკურნალო ალიანსი და გადატანის ასპექტები ხელს უწყობს მკურნალსა და პაციენტს შორის ნორმალური ურთიერთობების დამყარებას, მათგან დიამეტრულად განსხვავდება წინააღმდეგობა და ღაცვა, რომლებიც თავს იჩენს პაციენტის მოქმედებაში. ეს ის ძალებია, რაც ხელს უშლის მკურნალობის პროცესს. წინააღმდეგობის და დაცვის ფაქტორები ზ. ფროიდის მოძღვრების ქვაკუთხედს წარმოადგენს. ჩვეულებრივ, როცა პაციენტი დახმარებისათვის ეჭიმს მიმართავს, მას აქვს ავადმყოფური სიმპტომებისაგან განთავისუფლების სურვილი და თერაპევტთან რაციონალურ დონეზე თანამშრომლობის მზაობა. მაგრამ აქ ვაწყდებით პარადოქსულ მოვლენას: პაციენტი იწყებს წინააღმდეგობის გაწევას, რაც მკურნალობის მთელ პერიოდში გრძელდება. საქმე ისაა, რომ მან ამ წინააღმდეგობის შესახებ არც კი იცის, რამდენადაც არაცნობიერია არა მხოლოდ წინააღმდეგობის ფაქტი, არამედ მისი მოტივიც. ზ. ფროიდს ამის ანალოგიურად მოაქვს კბილის ექიმისადმი წინააღმდეგობის მაგალითი, როცა ხელს კრავუნ მტკივან კბილზე მიკარებისას. იგი დაკმაყოფილებას ნახულობს ტანჯვაში, რომელიც დაკავშირებულია ნევროზულ სიმპტომებთან და ამიტომ ებლაუქება ავადმყოფურ მდგომარეობას.

არაცნობიერი დასჯის მოთხოვნილება ისეთივე ბუნებისაა, როგორც სინდისი, როგორც „ცენზორი“ სიზმრის მოქმედებისას, რომლის ფუნქციონირება მიმართულია იქითკენ, რომ ხელი შეუშალოს მიუღებელი აზრების, განცდების და სურვილების გაცნობიერებას. იგი შეესატყვისება აგრესიის ნაწილს, რომელიც შებრუნდა შიგნით და მი-

ლებულ იქნა ზე-მეს მიერ. რამდენადაც კონფლიქტური იმპულსების, ტრავმული მოგონებების გაცნობიერება ტკივილს აყენებს პაციენტს, ამდენად იგი ცდილობს გაექცეს ამ ისტერიულ ემოციურ მდგომარეობას. ამიტომ მოითხოვს თერაპია პაციენტისაგან განსაზღვრულ ვაჟკაცურ ძალისხმევას. თავის მხრივ, თერაპევტი ვალდებულია პაციენტი გაარკვიოს ამ ვითარებაში და დამაიმედებელი და შესაქები სიტყვებით წაახალისოს მისი გულახდილობა.

ზ. ფროიდისაგან მომდინარე წინააღმდეგობის ცნება, ძირითადად, უცვლელი დარჩა. შემდგომში დიდი ყურადღება მიექცა წინააღმდეგობის გამოვლენის ფორმებს, რამდენადაც იგი მიჩნეულ იქნა ფსიქოანალიზური პროცესის მნიშვნელოვან ტექნიკურ საშუალებად. მაგალითად, ე. გლოვერი ერთმანეთს უპირისპირებს „აშკარა“ ანუ „უხეშ“ და „სუსტად გამოვლენილ“ წინააღმდეგობებს. აშკარა წინააღმდეგობა გამონათულებას პოულობს ამა თუ იმ ფორმით მკურნალობის შეფერხებაში — გაცდენა და დაგვიანება, პაციენტის დუმილი, თერაპევტის კითხვებზე პირდაპირ პასუხზე თავის არიდება, გაფანტულობის, სიმტერის, ჩაძინების სიმულაცია.

წინააღმდეგობის სუსტი ფორმა დაფარულია მოჩვენებითი გულახდილობით და აქტიურობით. ამ შემთხვევაში პაციენტი სიამოვნებით ეთანხმება თერაპევტს, არ არღვევს სეანსის მიმდინარეობას, მაგრამ სწორედ ამ დროს იგი შიგნიდან უთხრის ნიადაგს ანალიზურ სიტუაციას.

ფსიქოანალიზში ფართოდ იკვლევენ წინააღმდეგობის წყაროებს. მათ შორის გამოყოფენ შემდეგ სახეებს:

1. წინააღმდეგობა, რომელიც აღმოცენდება ადაპტაციის ახალი კონკრეტული ჩვევების შექმნასთან დაკავშირებით;

2. გადატანის წინააღმდეგობები;

3 პაციენტის გარემოცვაში მნიშვნელოვან ადამიანებთან ურთიერთობის შეცვლის სიმწელებთან დაკავშირებული წინააღმდეგობა. მაგალითად, მაზონისტი მეუღლე, რომელსაც დამოკიდებული როლი აქვს, წინააღმდეგობას უწევს თერაპევტს სიტუაციის გახსნაში, რამდენადაც ეს ხიფათს უქმნის მათ ქორწინებას;

4. ფსიქოანალიტიკოსთან კონტაქტის დაკარგვის შიშით გამოწვეული წინააღმდეგობა, როცა პაციენტი მისადმი სიმპათიურადაა განწყობილი;

5. სირცხვილის გრძნობის გამოვლენის შიში;

6. პაციენტის ხასიათობრივი თავისებურებებით გამოწვეული წინააღმდეგობა.

7. „მესთან“ დაკავშირებული წინააღმდეგობები: ა) „მე“ — რეგრესია, ბ) „მე“ — ლიბიდო, გ) „მე“ — იდეალი, დ) „მე“ — ფანტაზია, ე) „მე“ — „იგი“, ვ) „მე“ — „ზე-მე“, ზ) „მე“ — რეალობა“, თ) წინააღმდეგობა თვით „მეს“ შიგნით („მეს“ გახლეჩვა).

8. წინააღმდეგობები „იგი“ — „ზე-მე“, „იგი“ — რეალობა.

9. დაპირისპირება ფანტაზიასა და რეალობას შორის.

10. კონფლიქტი აღზრდასა და ლიბიდოს შორის.

11. დაპირისპირება ცნობიერსა და არაცნობიერს შორის.

12. დაპირისპირება სიცოცხლის (ეროსი) და სიკვდილის (ტანატოსი) ლტოვებს შორის.

13. დაპირისპირება ლიბიდოზურ ლტოვლებსა და სექსუალურ განდევნას (გრძნობადი — ასკეტური) შორის.

14. დაპირისპირების გენერალური ხაზი — არქაულიდან მომდინარე აგრესიულობას, ინცესტს, ბისექსუალობასა და მორალს შორის.

ფსიქოანალიზში სწორედ ამ წინააღმდეგობათა დაძლევა ითვლება თერაპიის ძირითად ამოცანად.

წინააღმდეგობა მნიშვნელოვან კავშირშია შიშთან. შიშის ადგილად მიჩნეულია „მე“ როცა „მე“ იძულებულია აღიაროს თავისი სისუსტე, მაშინ აღმოცენდება ა) რეალური შიში გარე სამყაროს მიმართ, ბ) სინდისის შიში „ზე-მეს“ მიმართ, გ) ნევროტული შიში „იგის“ ლტოვების მიმართ.

ფსიქოანალიზი გამოყოფს შიშის გამომწვევ რამდენიმე მიზეზს. პირველი შიში არისო ტოქსიკური — დაბადების პროცესისას. იმავე რანგშია აყვანილი კასტრაციის შიში, რომელსაც ადგილი აქვს ბავშვობის ასაკში. იგივე პერიოდში მძაფრ შიშს იწვევს დედის სახის მოცილება ან უცხო სახის გამოჩენა. შიშის აღმოცენების მნიშვნელოვან წყაროდაა მიჩნეული გამოუყენებელი ლიბიდო, რომელიც გარდაიქმნება მოჩვენებით რეალურ შიშად. ხდება ლიბიდოს განტვირთვა შიშის სახით. განტვირთვა შეესაბამება ლიბიდოსაგან „მეს“ გაქცევის ცდას. აქედან გამომდის, რომ შიში ყოფილა დაპირისპირება „მესა“ და ლიბიდოს შორის.

ზ. ფროიდს მიაჩნდა, რომ წინააღმდეგობა როგორც კლინიკური მოვლენა მჭიდრო კავშირშია დაცვითი მექანიზმების სისტემასთან. ეს მექანიზმები გამომუშავდება და გამოიყენება ადამიანისათვის სახიფათო სიტუაციებში, კერძოდ, როცა საფრთხე აღმოცენდება არაცნობიერი

სექსუალური და აგრესიული სურვილების ცნობიერებაში ან ქცევაში თავისუფალი გამოვლენის გამო. ოდესღაც განცდილი საფრთხის წინააღმდეგ მიმართული დაცვითი მექანიზმები კვლავ მეორდება მკურნალობისას გამოჩანმართელებისადმი წინააღმდეგობის ფორმაში. ამის გამო, რომ „მე“ თვით გაჯანსაღებას განიცდის ახალ საფრთხედ.

ფსიქოანალიზი გამოყოფს შემდეგ დაცვით მექანიზმებს:

განდევნა	რეგრესია	სუბლიმაცია
უარყოფა	გადანაცვლება	რეაქციის ფორმირება
ჩახშობა	გახლეჩვა	იდენტიფიკაცია აგრესორთან
უკურეაქცია	პროექცია	პროექციული იდენტიფიკაცია
ასკეტიზმი	დევალვაცია	პრიმიტიული იდეალიზაცია

ინტელექტუალიზაცია ყოვლისშემძელობა აფექტის იზოლაცია  
 ბანდვინა — ერთ-ერთი პირველი დაცვითი მექანიზმია, რომელიც აღწერა ზ. ფროიდმა. იგი ეხება ავადმყოფური მოგონებების, განცდების და იმპულსების ცნობიერებიდან აქტიურ გაქეზებას. მაგალითად, ფრიგიდული ისტერიკი იხშობს სექსუალური აგზნების-განცდას, ივიწყებს სექსუალურ გრძობებს, რამაც მიიყვანა ადრეულ ბავშვობაში კონფლიქტის აღმოცენებამდე.

შსრპ(რ)შ — პაციენტი ყურადღებას არიდებს ავადმყოფურ იდეებსა და განცდებს, მაგრამ ვერ აღწევს, რომ ეს ფენომენი აბსოლუტურად მიუწვდომელი იყოს ცნობიერებისათვის. პაციენტი უბრალოდ იგნორირებს ავადმყოფურ რეალობას, თითქოს ის არ არსებობდეს. ეს წააგავს სიტუაციას, როცა ოჯახში გაურბიან საუბარს მომაკვდავზე.

რეპრესიის ფორმირება. იგი განსაზღვრული ხარისხით ყველა პაციენტს უვლინდება, რაც გამოიხატება სიტუაციის ერთი ემოციური ასპექტის გაძლიერებაში, რათა მისი დახმარებით ჩახშულ იქნას საპირისპირო ემოცია. პაციენტმა შეიძლება გამოავლინოს პუნქტუალურობა, მომჭირნეობა, სიფაქიზე, რათა თავი დაიცვას ექსტრავაგანტურობისა და თავისუფლებისაგან.

ბანდვინაცვლება — ეს უბრალოდ გრძობის ობიექტის შეცვლაა, მისი გადატანა რეალურიდან უფრო უსაფრთხოზე. მაგალითად, უფროსზე გაბრაზებული თანამშრომელი თავის რისხვას აფრქვევს ოჯახის წევრებზე ან ძაღლზე.

მკურნალობისას პაციენტი ხშირად ახორციელებს ტრანსფერული განცდის გადანაცვლებას თერაპევტიდან სხვა ადამიანებზე. როცა ისინი ლაპარაკობენ მათ მიმართ სიყვარულზე, რისხვაზე, სიძულვილზე და



ა.შ., რეალურად ამაში გულისხმობენ თერაპევტს.

**უპზბანცდა** — ეს არის იმპულსის შეცვლა, გარდაქმნა აქტიური-დან პასიურად ( და პირიქით), ასევე იმპულსის მიმართვა საკუთარი თავიდან სხვაზე ( და პირიქით). ამის მაგალითია აქტიური საღისეობრივი გრძობის გამოხატვა მაზოხისტური სურვილის მაგივრად და საკუთარი თავის მიმართ საყვედურის გამოთქმა იმის მაგივრად, რომ გამოვლინდეს იგი სხვის მიმართ.

**ჩახშობა** — ეს არის იმ აზრების და მოქმედებების შეზღუდვა, რომელთაც შეუძლია განგაშის გამოწვევა. ჩახშობა ხშირად ვლინდება ფობიურ პაციენტებთან, რომელთაც აშინებთ სიმაღლე, სიბნელე, თვითმფრინავით ფრენა და ა.შ.

**ინდენტოფიკაცია აბრეხისნისთან** — ისეთი დაცვითი მექანიზმია, როცა ხდება გარეშე ავტორიტეტის აგრესიული და შემაშინებელი მანერის იმიტირების ტენდენციის რეალიზება.

**ასკატიზმი** — ეს არის უარის თქმა სიამოვნების მიღებაზე. ასეთი უარყოფა ეხება საკვების მიღებას, ძილს, ფიზიკურ ვარჯიშს და განსაკუთრებით სექსუალურ დაკმაყოფილებას. უარყოფა ხდება სრული უპირატესობის განცდით, თითქოს მიღწეულ იქნა ძალზე მნიშვნელოვანი და სასარგებლო შედეგი.

**ინტელექტუალური ანტიპათია** — კონფლიქტების განხილვის ზედმეტად „გონივრული“ ხერხი მასთან დაკავშირებული აფექტების განცდის გარეშე.

**ავტოპათია** — ინტელექტუალიზაციის მსგავსი დაცვითი მექანიზმი, რომელიც წარმოადგენს გარკვეულ აზრთან დაკავშირებული განცდის ჩახშობას.

**რემბრანია** — ეს არის აღრეული ასაკისათვის დამახასიათებელი ფსიქოსექსუალური ფუნქციონირების მეთოდებზე დაბრუნება განვითარების უფრო გვიანდელ ასაკში მიმდინარე კონფლიქტების თავიდან აცილების მიზნით. კლინიკაში ძალზე გავრცელებული მოვლენაა ორალურ და ანალურ საფეხურებზე რეგრესია ოიდიპოსის კონფლიქტებისაგან თავდაცვის მიზნით.

**სუბლიმაცია** — ეს არის მომწიფებული დაცვითი მექანიზმი. იგი ორიენტირებულია ინფანტილური იმპულსების მოწიფულობაში გამოვლენის არაკონფლიქტური ევოლუციის პერსპექტივაზე. ამ დროს გამოვლენა ხდება სახე შეცვლილი, სოციალურად მისაღები ფორმით. მაგალითად, მხატვარმა ან კერამიკოსმა შეიძლება გამოიყენოს ექსკრე-

მენტების კვლევის სუბლიმირებული სურვილი. პოლიტიკურმა აქტიურობამ შეიძლება გახსნას აგრესიის არხი. ჯანსაღი მეგობრობა მოწიფულ ადამიანებს შორის ზოგჯერ შეიძლება დაკავშირებული იყოს სუბლიმირებულ ჰომოსექსუალურ ან ინცესტურ იმპულსებთან.

ფსიქოანალიზმა ბუნებრივად დასვა კითხვა: როგორ აღმოვფხვრათ წინააღმდეგობა? მასზე პასუხი უკავშირდება არაცნობიერის ცნობიერით შეცვლის პრობლემას. ზ. ფროიდი სწორად მიიჩნევს, რომ ამისათვის საკმარისი არაა გამოვიცნოთ არაცნობიერი და ვუკარნახოთ იგი პაციენტს, რამდენადაც ჩვენი და ავადმყოფის ცოდნა არაცნობიერის შესახებ არ არის თანაბარობის. თუ მას მივაწვდით ჩვენს ცოდნას, მაშინ იგი დაიკავებს არა მისი არაცნობიერის ადგილს, არამედ ადგილს მის გვერდით, რაც ძალიან ცოტას ნიშნავს. ჩვენ პაციენტის არაცნობიერი უნდა მოვქმედოთ მის მოგონებაში იმ ადგილას, სადაც იგი წარმოიშვა განდევნის წყალობით. უნდა აღმოვფხვრათ ეს განდევნა და ამ საფუძველზე მოხდება არაცნობიერის შეცვლა ცნობიერით. როგორ ხდება ამ განდევნის აღმოფხვრა? ჯერ მისი მოქმენა, შემდეგ წინააღმდეგობის მოხსნა, რომელიც მხარს უჭერს განდევნას. ამ მიზნით ფსიქოანალიზს საჭიროდ მიაჩნია, რომ განმტკიცდეს „მე“, გახლეს უფრო თავისუფალი „ზე-მესგან“, გაათავოვოს მოქმედების არე — აითვისოს „იგის“ ახალი ნაწილები. ტექნიკურად ყოველივე ეს ხდება გადატანის მექანიზმის წყალობით.

## 2) სიზმარი

ფსიქოანალიზის ისტორიაში სიზმარს განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს. ზ. ფროიდი მას უწოდებდა „სამეფო გზას არაცნობიერისაკენ.“ იგი მიიჩნევდა, რომ სიზმრის ახსნის მეშვეობით ფსიქოანალიზმა გადადგა ნაბიჯი ფსიქოთერაპიული მეთოდიდან სიღრმის ფსიქოლოგიისაკენ.

სიზმრის გამოყენებით ფსიქოთერაპევტს საშუალება ეძლევა გამოავლინოს და პაციენტს აუხსნას მის არაცნობიერში არსებული შიშები, სურვილები, წინააღმდეგობები, ტრანსფერი, დაცვითი მექანიზმები და ა.შ.

სიზმარი ძილის თანმხლები პროცესია. იგი განიხილება როგორც ძილის დამრღვევი ფსიქიკური გამლიზიანებლის აღკვეთა პალუცინატორული დაკმაყოფილების გზით. ძილის სიმყუდროვეს სამი მხრიდან ემუქრება ხიფათი: შემთხვევითი ხასიათის გარეგანი გამლიზიანებლები

ძილის დროს, დღისით განცდილი შინაარსები, დაუკმაყოფილებელი განდევნილი ლტოლვები, რომლებიც გაფაციცებული ელიან გამოვლენის შესაძლებლობას. ყოველთვის არის ძილის შეწყვეტის საფრთხე, თუ შინაგანი და გარეგანი აგზნება დაუკავშირდა არაცნობიერი ლტოლვების ერთ-ერთ წყაროს. სიზმრის პროცესი საშუალებას იძლევა გარდაიქმნას ამ ურთიერთობის პროდუქტი უსაფრთხო პალეოცინატორულ განცდად, რაც განაპირობებს ძილის გაგრძელებას.

სიზმრის შემქმნელს წარმოადგენს არაცნობიერი ლტოლვა, რისთვისაც მას ესაჭიროება ფსიქიკური ენერჯია. როგორც ყველა სახის ლტოლვა, ისიც ილწვის თვითდაკმაყოფილებისათვის და სიზმრის არსიც სწორედ ამაში მდგომარეობს.

სიზმრის აღმოცენებას სულიერი აპარატისათვის ორი შედეგი აქვს: 1) მასში რეგრესიის — უფრო ძველი და პრიმიტიული მუშაობის ხერხების — აღმოცენების შესაძლებლობა; 2) განდევნის წინააღმდეგობის შესუსტება. ამ უკანასკნელი მომენტის საფუძველზე აღმოცენდება სიზმარი. იგი ორმაგ ფუნქციას ასრულებს: 1) იგი აკმაყოფილებს „მეს“, როცა ხელს უწყობს ძილს მისი ხელშემშლელი გამღიზიანებლების მოცილების გზით და 2) იგი საშუალებას აძლევს დაკმაყოფილდეს განდევნილი ლტოლვები. მაგრამ აქვე „მეს“ მიერ დაშვებული სიზმრის ფორმირების პროცესი მიმდინარეობს ცენზურის პირობებში, რაც ხორციელდება შენარჩუნებული განდევნის ნარჩენებით. სწორედ ცენზურას მიეწერება სიზმრის აშკარა შინაარსის დამახინჯება. მას შეაქვს სიმარუდე სიზმარში და შემდეგ ცდილობს მუდმივად მის შენარჩუნებას.

ცენზურა მიმართულია ისეთი მოვლენების წინააღმდეგ, რომლებიც პიროვნულად უცილობლად გასაკიცხია ეთიკური, ესთეტიკური, სოციალური თვალსაზრისით. ეს არის ეგოისტური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება. ასეთი სიზმრის სურვილი არაცნობიერია. იგი ცნობილი ხდება მხოლოდ ახსნის შემდეგ.

სიზმარი სხვა არაფერია, თუ არა სიზმრის მუშაობის შედეგი, როცა ფარული აზრები ითარგმნება გარკვეულ სიმბოლოებად. ზ. ფროიდი აქვე ავლებს პარალელს — სიზმრის აღმოცენების მექანიზმი წარმოადგენს ნევროტული სიმპტომების ფორმირების ხერხის პროტოტიპს..

სიზმრის შინაარსის დამახინჯებას იწვევს ცენზორი, რომელიც მიმართულია მიუღებელი არაცნობიერი ლტოლვების წინააღმდეგ. ეს პროცესი ხელს გვიშლის სიზმრის გაგებაში. მაგრამ ცენზორი არ წარმოადგენს სიზმრის დამამახინჯებელ ერთადერთ ფაქტორს. ამ მიმარ-

თულებით მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გადაყვანის, ჩანაცვლების პროცესი.

მუდმივ ურთიერთობას სიზმრის ელემენტსა და მის გადაყვანას შორის ზ. ფროიდი უწოდებს სიმბოლურს, ხოლო თვით სიზმრის ელემენტს — სიზმრის არაცნობიერი მნიშვნელობის სიმბოლოს. ადრე მოცემული იყო სამი სახის დამოკიდებულება სიზმრის ელემენტსა და მის შინაარს შორის: მთელის ნაწილი, მინიშნება და ხატოვანი წარმოდგენა. სიმბოლური დამოკიდებულება არის მეოთხე სახე, რომელიც განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს.

ცენზურასთან ერთად სიმბოლიკა წარმოადგენს სიზმრის დამახინჯების მეორე და დამოუკიდებელ ფაქტორს. ცენზურისათვის ხელსაყრელია გამოიყნოს სიმბოლიკა, რამდენადაც ეს უკანასკნელიც ილწვის იგივე მიზნისათვის — გახადოს სიზმარი უცნაური და გაუგებარი.

რამდენადაც სიზმრის სიმბოლო მჭიდროდ უკავშირდება მის შინაარსს, ეს საშუალებას იძლევა ავხსნათ სიზმარი.

სიზმარსა და არცნობიერს შორის არსებული სიმბოლური ურთიერთდამოკიდებულების არსს წარმოადგენს შედარება. ეს განსაკუთრებული სახის შედარებაა, რომლის განპირობებულობაც ნათელი არაა.

სიზმარში სიმბოლურად გამოხატული საგნების რაოდენობა არ არის დიდი: ადამიანის სხეული მთლიანად, მშობლები, შვილები, ძმები და დები, დაბადება, სიკვდილი, სიშიშვლე, სახლი და კიდევ ცოტა რამ. მაგალითად, სახლი გლუვი კედლებით გამოხატავს მამაკაცს, შვერილებით და აივნებით, რომელსაც შეიძლება ჩაეჭიდო — ქალს. მშობლები გვეჩვენებთ მეფისა და დედოფლის ან სხვა წარმომადგენლობითი სახით, რომელთა მიმართ გვაქვს მოწიწება. პატარა ცხოველების სახით გვეჩვენებთ შვილები, დები, ძმები. დაბადება წყალთანაა დაკავშირებული (წყალში შესვლა, ჩაყარა ან გამოსვლა). სიკვდილი შეცვლილია გამგზავრებით, სიშიშვლე — ტანსაცმლით.

მათგან განსხვავებით ძალზე მდიდარი სიმბოლოებით გამოირჩევა სექსუალური სფერო. ამასთან, განსაზღვრული შინაარსი ცოტაა, ხოლო სიმბოლო ძალზე ბევრი.

მამაკაცის გენიტალიების სიმბოლოს წარმოადგენს მაგიური რიცხვი 3. მასთან სიმბოლურადაა დაკავშირებული ფორმით მსგავსი საგნები — გრძელი და აღმართული (ჯოხი, ხე, ქოლგა და ა.შ.), საგნები, რომელთაც აქვს შიგნით შესვლის და გაქრის თვისება (დანა, ხმალი) და ცეცხლმსროლელი იარაღები. ასევე საგნები, რომელთაგან ისხმევა წყალი

(ონკანი, სარწყული). საგნები, რომლებიც იზრდება სიგრძეში. ასევე ფანჯარი, კალამი, ჩაქუჩი. აგრეთვე საგნები, რომლებიც სძლევენ მიზიდულობას (საპაერო ბურთი, თვითმფრინავი); ფრენა სიზმარში.

ნაკლებად გასაგებ მამაკაცურ სექსუალურ სიმბოლოებს შორისაა თევზები და ქვეწარმავლები, ასევე ქული და პალტო.

ქალის სასაქესო ორგანოები გამოხატულია სიმბოლურად ისეთი საგნებით, რომელთაც აქვთ თვისება შემოსაზღვრონ სივრცე, მიიღონ რაიმე თავისში. მაგალითად, მადარო, გამოქვაბული, ბოთლი, ქურქული, ყუთი, ჩემოდანი, ჯიბე და სხვა. გვმაც შედის მათ კატეგორიაში.

სიზმრის სიმბოლოებში გარკვევა საკმაოდ რთული პროცესია, რამდენადაც, როგორც ზ. ფროიდი აღნიშნავს, აშკარა და ფარულ შინაარსს შორის ურთიერთდაპირისპირებას შეიძლება პქონდეს როგორც თავისი აღმნიშვნელი, ისე საპირისპირო ან ორივე მნიშვნელობა. ამდენად, გამოდის, რომ თარგმანის არჩევა ხშირად პირობითია, რაც მისი ინტერპრეტატორის პრეროგატივაა.

სიზმრის ახსნას მკიდროდ უკავშირებენ მკურნალობის ეტაპებს. საწყის ეტაპზე მთავარი ყურადღება ექცევა „დღის ნარჩენებს“, რაც პაციენტის ცხოვრებაში ყველაზე უახლოესი მაგალითებია. ამით პაციენტი იწყებს გარკვევას, რომ სიზმარი დაკავშირებულია რეალური ცხოვრების გამოცდილებასთან. აქვე იგი იგებს, რომ შესაძლებელია სიზმრის გაანალიზება და მისი ფარული აზრის გაგება. შემდეგ თანდათან ხდება სიზმრის მასალაში დაცვითი მექანიზმების, წინააღმდეგობების და ტრანსფერის ილუსტრაცია. მკურნალობის უფრო გვიანდელ ეტაპებზე ხორციელდება იმის წინ წამოწევა, რომ სიზმარში აღგილი აქვს არაცნობიერში ღრმად მდებარე ბავშვური სურვილების, შიშების და კონფლიქტების ასახვას, რაც აშფოთებს პაციენტს. ამდენად, სიზმარი ხდება ფსიქიკის ფუნქციობის მოდელი, რომლითაც შეიძლება ისარგებლოს პაციენტმა.

სიზმარი ხშირად გამოიყენება როგორც მკურნალობის დამთავრების მაკნე. დასკვნით ეტაპზე ნახული სიზმრის შინაარსი ზოგჯერ თერაპევტში, პაციენტში ან ორთავეში აღძრავს განცდას, რომ დღის წესრიგში დგება მკურნალობის დასრულების საკითხი. ამ შემთხვევაში პაციენტი სიზმარში სხვაგვარად ხედავს საკუთარ პრობლემებს. იგი გრძნობს, რომ გადაჭრილია ტრანსფერის პრობლემა, ახორციელებს კონტროლს საკუთარ განცდებზე და ა.შ. ამის საილუსტრაციოდ მოაქვთ შემდეგი მაგალითი ოცდათხუთმეტი წლის ქალის სამკურნალო

პრაქტიკიდან. მკურნალობის მესამე წელს იგი თერაპევტს უყვება სიზმარს: „მე თქვენთან ერთად ვუზივარ მაგიდას. აღარ ვგრძნობ ადრინდელ შფოთვის და ნაღველს. თითქოს მომცილდა საკუთარ თავში დაურწმუნებლობის განცდა. თავს ვგრძნობ მშვენივრად. როცა მოიტანეს ანაგარიში, მტკიცედ დავდექი იმ პოზიციაზე, რომ გადავიხდიდი მე. შემდეგ ერთად გამოვედით ქუჩაში, მე ჩავჯექი ავტომობილში და წავედი სახლში.“

პაციენტმა თავისუფალი ასოციაციების დროსაც ისეთი მდგომარეობა გამოამჟღავნა, რამაც საშუალება მისცა თერაპევტს ეფიქრა მკურნალობის დამთავრების შესაძლებლობაზე. ერთი თვის შემდეგ დანიშნულ იქნა მკურნალობის დამთავრების თარიღი.

ზემოთ უკვე იყო აღნიშნული სიზმრის სიმბოლიკაში გარკვევის სიძნელეზე. ფსიქოანალიტიკოსები აგრეთვე მიუთითებენ იმ სირთულეებზე, რაც ახლავს თერაპევტის მომზადებას სიზმრის მასალაზე მუშაობისათვის. რამდენადაც ეს მუშაობა მაღალ ხელოვნებას მოითხოვს, აუცილებელია დრო და დრო მათი სწავლება. აქვე საყურადღებოა მითითება, რომ თერაპევტმა გული არ უნდა გაიტეხოს, თუ სიზმართან დაკავშირებული მასალის მხოლოდ უმნიშვნელო პროცენტი გამოდგება სასარგებლო ავადმყოფის ცნობიერი შფოთვის რეალური მიზეზების განსაზღვრის პროცესში.

### 3) თერაპიის ორბანოზაცია

ფსიქოანალიზური თერაპია მიზნად ისახავს სიმპტომების შემცირებას და ქცევის შეცვლას პაციენტის ტანჯვის შემსუბუქების, დაავადების დონის დაქვეითების და სიკვდილიანობის თავიდან აცილებისათვის.

ორგანიზაციული თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია სამკურნალო კურსის დაყოფა ხანმოკლედ და ხანგრძლივად. იგი შეიძლება გრძელდებოდეს რამდენიმე თვის ან წლების განმავლობაში. ხანგრძლივ მკურნალობას არა აქვს ფიქსირებული დასასრული და მკურნალობის დასაწყისში შეუძლებელია დამთავრების თარიღის განსაზღვრა. სეანსები, ჩვეულებრივ, ტარდება კვირაში სამჯერ, თუმცა ხანმოკლე კურსის შემთხვევაში კვირაში ერთი სეანსიც ნორმალურად ითვლება.

უპირველეს ყოვლისა ხდება პაციენტთა გამოკვლევა ფსიქოთერაპიისათვის მათი ვარგისობის განსაზღვრის მიზნით, რამდენადაც შეზღუდულია ფსიქოანალიზის მოქმედების ფარგლები. იგი ძირითადად გამოიყენება გადატანის ნევროზის, ფობიების, ისტერიის, აკვიატებული

მდგომარეობის მკურნალობისას. რაც შეეხება ნარცისულ, ფსიქოტურ მდგომარეობებს — მეტად თუ ნაკლებად არ ექვემდებარებაო ფსიქონალიზს. ფაქტიურად ეს არის ფსიქიატრიული გამოკვლევა.

გამოკვლევისათვის საჭირო სენსების რაოდენობა შეიძლება იყოს ერთიდან ოთხამდე. ამ პერიოდში ხდება ინფორმაციის შეგროვება დიაგნოსტიკისათვის და ფსიქოდინამიური შეფასებისათვის. აქვე ხდება პრაქტიკული საკითხების გადაწყვეტა, რაც დაკავშირებულია მკურნალობის დაწყებასთან. ამ პერიოდს ფსიქოთერაპევტი იყენებს პაციენტის გახსნისათვის, მის პრობლემებში ღრმად ჩაწვდომის და სამკურნალო ალიანსის ჩამოყალიბებისათვის, თუმცა ზოგჯერ სასარგებლოდაც კი ითვლება საწყისი გამოკვლევა ჩაატაროს კლინიციისტმა, რომელიც შემდგომში არ იქნება მკურნალი.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ფსიქოდინამიურ შეფასებას. ამ დროს არკვევენ: ვითარებებს, რომელშიც აღმოცენდა დაავადება და მოხდა დაზარებისათვის მიმართვა; ცხოვრების ისტორიას; მნიშვნელოვან ობიექტებს წარსულში; ყველაზე ადრეულ მოგონებას; უახლოეს და განმეორებად სიზმრებს; მკურნალობის წინა კურსების გამოცდილებას; მკურნალებთან პაციენტის ურთიერთობას. ხდება ყოველივეს დაწვრილებითი ინტეგრეტაცია და არის პაციენტისადმი მოწოდება თანამშრომლობისაკენ, რათა იგი უკეთ გაერკვევს საკუთარ პრობლემებში.

გამოკვლევის დასასრულისას კლინიციისტი პაციენტთან იხილავს მკურნალობის სხვადასხვა ფორმას და ხსნის თითოეული მათგანის ეფექტურობას. ნათლად ხდება იმის ახსნა, თუ რა უპირატესობები აქვს ფსიქონალიზურ მეთოდს.

### ზ) მკურნალობის დაწყება

საწყის სტადიაზე პაციენტი იგებს, რომ ფსიქონალიზური თერაპიის ქმედითობა ეფუძნება მის ურთიერთობას ექიმთან, აწმყოში წარსული გამოცდილების აღდგენას მათი ტრანსფერული ურთიერთობის დროს.

ზოგჯერ თერაპევტი პირდაპირ უხსნის პაციენტს მკურნალობის პროცესის არსს. ამის შემდეგ უმჯობესია არ მეორდებოდეს ახსნა, ხოლო თერაპევტმა შეცვალოს „ამხსნელის“ როლი „გამგებით“

იმის კვალობაზე, რამდენადაც პაციენტი იგებს სამკურნალო პროცესის არსს, თერაპევტი თანდათან ხდება ვერბალურად ნაკლებად აქტი-

ური, რათა მეტად მოუსმინოს პაციენტს და გაერკვეს თუ როგორ უკეთებს იგი ორგანიზაციას საკუთარ ფსიქოლოგიურ სამყაროს. ამას უწოდებენ ქცევის პასიურ მანერას. შესაძლოა თერაპევტს დასჭირდეს აუზნანას პაციენტს ამის შესახებ, თუ კი ეს უკანასკნელი მოითხოვს.

თერაპევტმა ასევე უნდა წაახალისოს პაციენტი, რომ მან ილაპარაკოს რაც შეიძლება თავისუფლად და გულახდილად. მან არ უნდა გამახვილოს ყურადღება გამონათქვამის სიზუსტეზე და ლოგიკურობაზე. თხრობას უნდა ჰქონდეს თავისუფალი ასოციაციების ფორმა. პაციენტის მონათხრობში თერაპევტი ეძებს დაცვით მექანიზმებს, რომლებიც ხელს უშლის უსიამოვნო განცდების და კონფლიქტების არაცნობიერიდან ცნობიერებაში შესვლას.

ანალიზური თერაპია პაციენტს სთავაზობს სცენას, სადაც მას შეუძლია თავისი ფსიქოლოგიური ცხოვრების მთელი დრამა გაითამაშოს სრული უსაფრთხოების ატმოსფეროში. ეს მოხდება იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტის ნებისმიერი გამონათქვამი მიღებული იქნება გაკიცხვისა და კრიტიკის გარეშე. თერაპევტის და პაციენტის ასეთი ურთიერთობა ხელს უწყობს რეგრესიის პროცესის განხორციელებას, როცა პაციენტი ნაკლებად აკონტროლებს საკუთარ აზრებს. ამ საფუძველზე მისი აზროვნება ნაკლებად ორგანიზებული და სტრუქტურული ხდება, რითაც უფრო ხელმისაწვდომი ხდება არაცნობიერი განცდები. დროთა განმავლობაში თერაპია გადაიქცევა ლაბორატორიად, სადაც პაციენტი გამოწვლილვით იკვლევს საკუთარ ფიქრებს, განცდებს, ფანტაზიას, წარსულ გამოცდილებას და პოზიციას თერაპევტის მიმართ. ყოველივე ეს მიმდინარეობს სრული უსაფრთხოების ფონზე, რაც გარანტირებულია თერაპიული ალიანსით.

თერაპიის უკვე საწყის ეტაპზე დიდი ყურადღება ექცევა ტრანსფერს, დაცვით მექანიზმებს და წინააღმდეგობას.

როგორც ცნობილია, ტრანსფერი ითვლება თერაპიული მექანიზმის ბირთვად. იგი სპეციფიკური სამკურნალო ალიანსის პირობებში იქმნება, როცა ფსიქოთერაპევტი პასიურია და არ იხილავს პაციენტთან თავის პირად ცხოვრებას. ამ შემთხვევაში იქმნება გარკვეულად სუფთა დაფის მსგავსი რამ, რომელზედაც პაციენტი ხატავს ტრანსფერის საკუთარი ფანტაზიის სურათს. თერაპევტი ცდილობს ამაში გაარკვიოს პაციენტი და მასთან ერთად მოახდინოს ყურადღების ფოკუსირება საჭირო მიმართულებით.

მკურნალობის ამ ეტაპზე თერაპევტი ამახვილებს ყურადღებას პაცი-



ენტის სიზმრებზე და აღვიძებს მასში ამ მიმართულებით აქტიური მუშაობის მოთხოვნილებას.

ტრანსფერის, დაცივითი მექანიზმების, წინააღმდეგობის ანალიზის გაღრმავებისას თერაპია გადადის შუა ეტაპზე, სადაც მეტი ინსტენცივობით ხდება ამ ფენომენების შესწავლა და სამკურნალო მიზნებისაკენ წარმართვა.

### თ) მკურნალობის დამთავრება

ფსიქოდინამიური თერაპია უმეტესად ისეთ პირობებში ტარდება, როცა შეუძლებელია ზუსტად განისაზღვროს მისი დამთავრების ვადა. ჩვეულებრივ, თერაპევტი პაციენტს უხსნის, რომ მკურნალობა გაგრძელდება მანამ, სანამ გამოვლინდება და გადაიჭრება მისი არაცნობიერი კონფლიქტები და სანამ მიხვდება, თუ როგორ მუშაობს მისი ფსიქიკა. თერაპევტის და პაციენტის ურთიერთგაგების გაღრმავების კვალობაზე მაღლდება პაციენტის თვითშემეცნება. ხშირად მკურნალობის კურსი გრძელდება რამოდენიმე წელს.

მაგრამ მაინც დგება ეპი, როცა პაციენტი და თერაპევტი თანხმდებიან, რომ მოვიდა მკურნალობის დამთავრების დრო. ამ მომენტისათვის პაციენტი გრძნობს ფსიქოლოგიური ტანჯვისაგან მნიშვნელოვან შემსუბუქებას. ახლა სიმპტომები აღიქმება როგორც უცხო. ხდება დაცივითი მექანიზმების და ტრანსფერული რეაქციების გაგება. პაციენტი სწავლობს ინტელექტის გამოყენებას თვითშემეცნებისა და თვითანალიზისათვის. ხდება ცვლილებები მის ქცევაში, რასაც შედარებით მულმივი ხასიათი ეძლევა.

ამ დროს ადგილი აქვს რიგი უსიამოვნო ფაქტის გაცნობიერებასაც. ზოგი პაციენტი ვერ ახერხებს იმ საქმიანობაში ჩართვას, რაც მისთვის პროფესიული ინტერესის საგანი ან სიამოვნების მიღების წყარო იყო. თუმცა ახლა ისინი შეიარაღებული არიან იმ ფსიქოლოგიური ინსტრუმენტებით, რომ გაიგონ და ადვილად გადაიტანონ არსებული მდგომარეობა.

იდეალურ შემთხვევაში მკურნალობის დასრულების საკითხს თვით პაციენტი აყენებს. მაგრამ ხშირად მას უჭირს თერაპევტთან დაცილება. ამ ვითარებაში მკურნალი იწყებს პაციენტის შემზადებას და ბოლოს ურთიერშეთანხმების საფუძველზე ადგენენ მკურნალობის დამთავრების თარიღს. როცა მკურნალობა ხანგრძლივად მიმდინარეობს, მაგალითად 7 წელიწადს, დამთავრების თარიღი ინიშნება თითქმის ნახევარ-

რი წლით ადრე.

დასკვნით ეტაპზე დგება რამოდენიმე ამოცანა: ჯამდება თერაპიის შედეგები; განისაზღვრება გულგატეხილობის საზღვრები და მიუწევლობელი ასპექტები; განიხილება პაციენტის მომავლის გეგმები და მკურნალობის განმეორების შესაძლებლობა; განიხილება განშორების განცდის და ტრანსფერის დაუფლების საკითხები.

უმჯობესია თუ თერაპიის შედეგების შეჯამებას თვით პაციენტი აკეთებს. იგი კვლავ უბრუნდება თავის ავადმყოფობის ისტორიას და კონფლიქტებს, ნათლად განსაზღვრავს მიღწეულ შედეგებს. ეს პროცესი პაციენტს ეხმარებაო დაასრულოს ფსიქოთერაპიის კურსი მოვალეობის აღსრულების გრძნობით.

მკურნალობის დამთავრებისას პაციენტი განიცდის ერთ-ერთ ყველაზე მტკივნეულ ადამიანურ გრძნობას: ურთიერთობის გაწყვეტას იმ ადამიანთან, რომელმაც ასეთი დიდი დახმარება გაუწია მას. საჭიროა ამ ვითარების გაცნობიერება ტრანსფერის ინდენტიფიკაციის საშუალებით, რომ ნაკლებად მტკივნეული იყოს კეთილ და გამგებ ადამიანთან დაშორება.

პაციენტის წინაშე მდგარი პრობლემების გადაჭრის გზაზე მეტად მნიშვნელოვანია თვითანალიზის ჩვევის გამყარება. თანდათან პაციენტი იღებს თერაპევტის ფუნქციებს და თვითანალიზის პროცესი გრძელდება მთელი ცხოვრების მანძილზე. რამდენადაც ტრანსფერის წყალობით პაციენტი თერაპევტს ანიჭებს მშობლების ავტორიტეტს, იგი მისგან ამ შემთხვევაშიც მოელის დახმარებას. თერაპევტი ვალდებულია კარგად აჩვენოს პაციენტს უარყოფითი ტრანსფერული განცდის ნარჩენი მოვლენები და წაახალისოს მისი თავისუფლება და თვითანალიზი.

მკურნალობას ახლავს გარკვეული იმედგაცრუებაც, რასაც ფსიქოანალიტოკოსები ჩვეულებრივ ცხოვრებისეულ ვითარებასთან აიგივებენ. აქედან გამოსავლად ითვლება მკურნალის მიერ თერაპიის შესაძლებლობათა რეალური სურათის დახატვა. ამასთანავე კავშირდება მომავალში ანალიზის განმეორების შესაძლებლობის განხილვა.

იმედგაცრუება უფრო ხშირად ნაწილობრივია, მაგრამ არის შემთხვევები, როცა მკურნალობას არავითარი შედეგი არ მოყვება. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს თერაპევტის და პაციენტის გულგატეხილობას, რისხავს ერთმანეთის, თეორიის თუ მეთოდის მიმართ. ამ ვითარების დაძლევა პირველ რიგში თერაპევტმა უნდა მოახდინოს და პაციენტსაც შეუქმნოს მდგომარეობა, რითაც შეუქმნის მომავალში მკურნა-

ლობის განწყობას.

ფსიქოანალიზში მიჩნეულია, რომ წარუმატებლობა ამ მეთოდის გამოყენებისას ისევე ბუნებრივია, როგორც სხვა სახის მკურნალობის შემთხვევაში. იქვე ღგება საკითხი პაციენტის სხვა ფსიქოთერაპევტიკისათვის გადაცემის შესახებ.

### ი) ხანმოკლე კურსი

ფსიქოანალიზი ძირითადად ცნობილია როგორც ხანგრძლივი ფსიქოთერაპია, მაგრამ არის ხანმოკლე ვარიანტიც. ფსიქოანალიზის ხანმოკლე კურსის დროს იცვლება მკურნალობის ამოცანა, პაციენტთა შერჩევა და ტექნიკური ხერხების გამოყენების თავისებურება. ხანმოკლე კურსი მოწოდებულია შეიტანოს ცვლილებები ქცევაში რომელიმე შინაგან კონფლიქტზე ზემოქმედების გზით. ეს კონფლიქტი ზოგჯერ უცაბედად წამოიჭრება და შემდეგ გავლენას ახდენს ავადმყოფის მთელ ცხოვრებაზე. თუ ხანგრძლივი ფსიქოთერაპია ყურადღებას ამახველებს პაციენტის წარსულზე, ხანმოკლე კურსის დროს აქცენტი კეთდება განსაზღვრულ ცხოვრებისეულ მომენტზე.

დროში შეზღუდულობის თვალსაზრისით დასაწყისში ზ. ფროიდის ანალიზებიც ხანმოკლე იყო: სამიდან ექვს თვემდე. მაგრამ დროთა განმავლობაში ანალიზი საკმაოდ ხანგრძლივ პროცედურად გადაიქცა.

თერაპიის ხანმოკლე კურსი ჩამოყალიბდა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, რამდენადაც მთელ მსოფლიოში მკვეთრად გაიზარდა მოთხოვნა თერაპიაზე. პირველად იგი გამოიყენა ფ. ალექსანდერმა. შემდეგ მას ფართოდ იყენებდნენ ასევე დ. მალანი, პ. სიფნოსი, ჯ. მანი და სხვები.

ხანმოკლე კურსისათვის პაციენტთა შერჩევისას უმნიშვნელოვანესია ფოკალური (მთავარი) კონფლიქტის არსებობა. ამასთანავე პაციენტი უნდა ფლობდეს გრძნობის ტერმინებით აზროვნების უნარს და ჰქონდეს მაღალი მოტივაცია. რაც უფრო სპეციფიკურია ძირითადი ჩივილები, მით მეტია მოკლე დროში კონფლიქტური მხარის გამოვლენის ალბათობა. ვისაც აქვს მნიშვნელოვანი დონის ურთიერთობა თუნდაც ერთ ადამიანთან, ის უკვე ივარგებს ხანმოკლე ფსიქოთერაპიისათვის. დამამედებელ ნიშნად ითვლება ასევე კარგი რეაქცია საცდელ ინტერპრეტაციაზე და ემოციური კავშირის დამყარება თერაპევტთან.

თუ პაციენტისაგან მოსალოდნელია მძიმე დეპრესიის ან ეპიზოდური ფსიქოტური გართულებების, ნარკო და ტოქსიკომანიის, სუიციდური ქცევის გამოვლენა, მაშინ იგი უვარგისია ხანმოკლე კურსისათვის.

ასევე შეუფერებლად ითვლებიან ნარცისული, პარანოიდული და მოსაზღვრე დაავადებათა მქონე პაციენტები, რამდენადაც მათთვის შეუძლებლად ითვლება თერაპიული ალიანსის დამყარება.

მკურნალობის დასაწყისშივე თერაპევტი ეძებს შესაბამისობას მიმდინარე ცხოვრებისეულ კონფლიქტსა და ბავშვობაში არსებულ რაიმე წინააღმდეგობას შორის. ხშირად აქვს ადგილი იდენტიფიკაციას არაერთ, არამედ რამოდენიმე კონფლიქტთან. რამდენადაც ამოცანა გულისხმობს მხოლოდ ერთი კონფლიქტური მხარის ანალიზს, ამდენად თერაპევტის გამოცდილებასა და უნარზეა დამოკიდებული მათ შორის მთავარის და მისაწვდომის ამორჩევა.

რაც შეეხება კურსის ხანგრძლივობას, ლიტერატურაში ერთსულოვანი აზრია, რომ ხანმოკლე ფსიქოანალიზური თერაპია გრძელდება 10-20 სესიის ფარგლებში. ჩვეულებრივად კვირაში ტარდება ერთი სესია. გამონაკლისად ითვლება სესიების რაოდენობის გაზრდა და ზღვრულ ნორმად ითვლება 40 სესია.

ხანმოკლე კურსის დროს უპირატესობა ეძლევა ისეთი ტექნიკური ხერხების გამოყენებას, როგორცაა დაცვითი მექანიზმების ანალიზი, ტრანსფერის ინტერპრეტაცია და ავადმყოფობის სრული სურათის აღდგენა.

ანალიტიკოსები განსხვავებულ აზრს გამოთქვამენ კურსის დასასრულის თარიღის განსაზღვრის თაობაზე. ზოგი თავიდანვე აცხადებს დამთავრების თარიღს, სხვები უბრალოდ ასახელებენ ჩასატარებელი სესიების რაოდენობას. არიან კლინიცისტები, რომლებიც ღიად ტოვებენ მკურნალობის დამთავრების თარიღს, ხოლო პაციენტს უბრალოდ ეუბნებიან, რომ მათი შეხვედრები არ გაგრძელდება დიდხანს.

ხანმოკლე კურსის დროს მაინც უპირატესობას ანიჭებენ იმ ვარიანტს, როცა მკურნალობის დასაწყისშივე ხდება სესიების რაოდენობის და დამთავრების თარიღის ზუსტი განსაზღვრა.

### კ) მხარდამჭერი ფსიქოთერაპია

მხარდამჭერი, თანამგრძობი ფსიქოთერაპია პრაქტიკაში ყველაზე უფრო გავრცელებულ სახედ ითვლება. მიუხედავად ამისა, მის შესახებ ცოტაა დაწერილი და უფრო ნაკლებადაა სისტემატური შესწავლის საგანი. ფსიქოანალიზის ეს სახე უფრო მაღალ მოთხოვნებს უყენებს თერაპევტის ოსტატობას, რამდენადაც მისი ურთიერთობა პაციენტთან ნაკლებად სტრუქტურირებულია.

ფსიქოანალიზური თერაპიის სხვა სახეებისაგან განსხვავებით, რომლებიც ცვლილებაზეა ორიენტირებული, იგი მიისწრაფვის დაეხმაროს პაციენტს, რათა მან კვლავ აღიდგინოს წარსულში ფუნქციონირების საუკეთესო დონე. ამ დროს მხედველობაში მიიღება ყველა შეზღუდვა, რაც დაკავშირებულია დაავადებასთან, უნარებთან, ბიოლოგიურ რეალებთან და ცხოვრებისეულ ვითარებებთან.

მხარდამჭერი ფსიქოთერაპია შეიძლება გაგრძელდეს რამოდენიმე დღეს ან რამოდენიმე წელს.

ამ ფორმით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტებს ორ კატეგორიად ყოფენ: ა) სრულიად ჯანსაღი, გარემოში კარგად ადაპტირებული პირები, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა შეირყა რაიმე განსაკუთრებული ცხოვრებისეული მოვლენით; ბ) ინდივიდუუმები, რომელთაც აქვთ სერიოზული ფსიქიური დაავადებები ან აქვთ ქრონიკული პრობლემები „მეს“ ფუნქციონირების თვალსაზრისით.

პირველ კატეგორიას მიეკუთვნებიან ის პაციენტები, რომელთაც ძლიერ განიცადეს ტრავმული მოვლენა (მაგალითად, ომი, მიწისძვრა, ავტოკატასტროფა და ა.შ.). ამ დროს მათ შეიძლება მნიშვნელოვნად დაკარგონ რაიმე ფსიქიკური ფუნქცია, რომელთა აღდგენა ხდება მკურნალობის კურსის გავლის შემდეგ. მათგან განსხვავებით მეორე კატეგორიის პაციენტები განიცდიან ქრონიკულ წინააღმდეგობებს და არა აქვთ ამის დაძლევისათვის საჭირო ფსიქიკური უნარები. ამ კატეგორიის ტიპიური პაციენტები იტანჯებიან რეალობის არაადექვატური აღქმით, საკუთარ იმპულსებზე არასათანადო კონტროლით, შეზღუდული პიროვნებათშორისი ურთიერთობებით, არასაკმარისი ან ჭარბი ემოციურობით.

როგორც ფსიქოანალიზის სხვა სახეებში, აქაც უმნიშვნელოვანე-სია, რომ პაციენტი გაერკვეს თავის განვითარების ისტორიაში და დაც-ვითი სტილის თავისებურებებში. ამ შემთხვევაშიც უნდა ჩამოყალიბ-დეს თერაპიული ალიანსი, რათა წარიმართოს მუშაობა ტრანსფერის და კონტრტრანსფერის ფენომენებზე. მაგრამ არის განსხვავებული მო-მენტები ტექნიკური ხერხების გამოყენების მიმართულებით. ამ შემთხ-ვევაში თერაპევტი — პაციენტის ურთიერთობა ატარებს უფრო მიმარ-თულ, მენტორულ ხასიათს; უფრო მეტად აქვს ადგილი რჩევა-დარიგებას თერაპევტის მხრიდან; ხდება მედიკამენტური მკურნალობის გამოყენება.

მხარდამჭერი ფსიქოანალიზისას პირველი რიგის ამოცანად ითვლე-

ბა კლინიკის მხარე პაციენტის მიმდინარე კონფლიქტის გაგება და მასზე სათანადო რეაგირება სამკურნალო ალიანსის განმტკიცების გაძლიერებით.

ჩვეულებრივი ფსიქოანალიზის დროს პაციენტი თვითონ ანალიზებს მისი წუხილის გამომწვევ ნევროტულ ელემენტებს. მხარდამჭერი თერაპიის დროს მკურნალი მნიშვნელოვნად ეხმარება პაციენტს მთავარი აქცენტების დასმაში. მაგალითად: „ეფექტობ, საჭიროა აღინიშნოს, რომ არ გინდათ დედასთან წასვლა, რათა არ გამოიწვიოთ მისი გაწბილება. ჩვენ ვიცით, რომ ამის გამო თქვენ ცუდად გრძნობთ თავს.“ ამის შემდეგ ხდება ამ სიტუაციაში მისაღები ვარიანტების გაანალიზება: „მართალია წასვლა არ გსიამოვნებთ, მაგრამ თუ გადალახავთ ამ წინააღმდეგობას, შეიძლება მიაღწიოთ სამსახურში სიტუაციის უკეთ გაკონტროლებას, ოჯახთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტას თუ თვითდაჯერებულობას.“

### ლ) პრაქტიკული პრობლემები

ფსიქოანალიზი დიდ ყურადღებას აქცევს პრაქტიკული საკითხების სწორად გადაწყვეტას. ეს საკითხები ეხება როგორც საყოფაცხოვრებო პრობლემებს და ფინანსებს, ისე პაციენტებთან ურთიერთმიმართებას. წინა პლანზე დგას კაბინეტის არჩევა და მისი მოწყობა, მკურნალობის საფასურის განსაზღვრა, სამედიცინო დაზღვევა, პასუხები ტელეფონის ზარზე, შევბულების დროის განსაზღვრა, ურთიერთობა საშიშ და სუიციდურ პაციენტებთან, ავადმყოფებისაგან საჩუქრების მიღების საკითხი, როგორ მიეცეთ პაციენტს საჭირო რჩევა, რა ვიღონოთ მკურნალობის დროს პაციენტის სხვა დაავადებით ავადმყოფობის შემთხვევაში, როგორ გაუყუთოს კომპენსაცია თერაპევტმა საკუთარ შეცდომებს.

ჰაბინეტი. იგი უნდა იყოს უბრალო და მოსახერხებელი. იგი არ შეიძლება იყოს ძალზე ინფორმაციული ფსიქოთერაპევტის პირადი ცხოვრების შესახებ. განსაკუთრებით უნდა მოვერიდოთ ოჯახის წევრთა ფოტოებს, რამაც შეიძლება გართულებები გამოიწვიოს ტრანსფერთან დაკავშირებით.

განათება კაბინეტში უნდა იყოს ნორმალური. სუსტად განათებული ოთახი პაციენტმა შეიძლება აღიქვას როგორც ინტიმურობისაკენ მიპატიჟება, ხოლო ძლიერ განათებული — როგორც მოუხერხებელი და გამაღიზიანებელი.

საგანგებოდ მიუთითებენ, რომ თერაპევტი არ უნდა მოთავსდეს მაგი-

დასთან. ზ. ფროიდი იყენებდა სკამსა და ტახტს. პაციენტი იწვა ტახტზე, ხოლო თერაპევტი მის უკან იჯდა სკამზე. ახლა ბევრი იყენებს სკამებს როგორც თერაპევტის, ისე პაციენტისათვის. აუცილებლად ითვლება, რომ სკამები უნდა იყოს მოსახერხებელი (უმჯობესია რბილი სავარძლები). დასაჯდომები ისეთ მანძილზე უნდა იყოს დაცილებული ერთმანეთისაგან, რომ ხაზგასმული იყოს საქმიანი და ნდობის ატმოსფერო.

პაციენტების მიღება ხდება სხვადასხვა ვითარებაში, მათ შორის საავამდფოფოში და კლინიკაში, სპეციალური დაწესებულების თუ საოჯახო კაბინეტში. ხაზს უსვამენ იმ გარემოებას, რომ პოტენციურად საშიში ფსიქიური ავადმყოფები მკურნალობას უნდა გადიოდნენ საავადმყოფოში, სადაც არის შესაძლებლობა მათ აღმოუჩინონ ნებისმიერი სახის დახმარება. მათი მიღება ოჯახში არასასურველად ითვლება.

ჰონორარი. მკურნალობის საფასურს აწესებს ფსიქოთერაპევტი რეგიონში არსებული ცხოვრების დონის მიხედვით. საკითხის განხილვა ხდება თავიდანვე საქმიანად, გულახდილად და ყოველგვარი ორაზროვნების გარეშე. ბევრი პაციენტისათვის ფულთან დაკავშირებული საკითხები ხშირად ხდება კონფლიქტის საგანი. ეს ვითარებაც უნდა იქნას გამოყენებული როგორც ფსიქოთერაპიის მასალა. მეორე მხრივ, სწრაფად უნდა იქნას გადაჭრილი ეს კონფლიქტი.

ჩვეულებრივ, პაციენტი განიხილება თერაპევტის დროის არენდატორად, ამიტომ მან უნდა გადაიხადოს გაცდენილი სეანსის საფასურიც. რიგ შემთხვევაში თერაპევტს დადებითად ეთვლება თუ რომელიმე პაციენტს შეუმცივრებს გადასახადს მისი მდგომარეობის გათვალისწინებით. ზოგჯერ შესაძლებელია ჰონორარის გაზრდაც, თუ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა პაციენტის ფინანსური მდგომარეობა.

უფრო ხშირად ჰონორარის გადახდა ხდება სეანსების მიხედვით, მაგრამ ზოგჯერ სასარგებლოა ანაზღაურება დაიგეგმოს კვირის, თვის ან წლის მიხედვით.

საუბარი ტელეფონით. თუ პაციენტი თერაპევტს ურეკავს ტელეფონზე სეანსებს შორის, მკურნალი უნდა შეეცადოს მაქსიმალურად შეამოკლოს ასეთი საუბრის დრო. არ არის საჭირო ინტერპრეტაციები, ხოლო დარეკვის მიზეზი უნდა გაანალიზდეს მომდევნო სეანსზე. თერაპევტი არაორაზროვნად უხსნის პაციენტს, რომ ყველა საინტერესო საკითხი გარჩეულ უნდა იქნას მხოლოდ სეანსების დროს. არსებობს გამონაკლისი შემთხვევები, როცა იქმნება საგანგებო სიტუაცია, რომლის დროსაც თერაპევტმა დარეკვაზე უნდა უპასუხოს სათანადო დონეზე.

ასეთი სიტუაცია იქმნება, როცა საქმე გვაქვს:

ა) ფსიქოტურ ან სუიციდურ პაციენტთან;

ბ) შემთხვევით ან თავსმოხვეულ გარემოებასთან;

გ) პაციენტთან, რომელიც საშიშროებას უქმნის საკუთარ თავს ან გარშემომყოფთ;

დ) ექსტრემალურ სიტუაციასთან, რომელიც მოითხოვს ავადმყოფის გადაცემას სხვა სპეციალისტისათვის.

**შემაჯავებელი დებულება.** პაციენტი წინასწარ უნდა იყოს ინფორმირებული საკუთარი მკურნალის შევბუღების თარიღის შესახებ. თერაპევტმა წინასწარ უნდა გაუკეთოს ორგანიზაცია მძიმე პაციენტთა შესაძლო მომსახურებას მისი არყოფნის შემთხვევაში. ზოგჯერ შესაძლოა აღმოცენდეს მკურნალთან პაციენტის დაკავშირების აუცილებლობა, მაგრამ ასეთ პრაქტიკას მაქსიმალურად უნდა ვერიდოთ.

თერაპევტის შევბუღების დროს პაციენტის რეაქციის გაანალიზებაში შეიძლება კარგი მასალა მოგვეცეს ისეთი განცდების შესასწავლად, როგორცაა დამოუკიდებლობა, განშორება და სხვ. ასევე შეიძლება მოხდეს წარსულში არსებული განშორების გახსენება, რომელიც გამოყენებული იქნება შემდგომი ანალიზისას.

**სუიციდული პაციენტები.** ავადმყოფში სუიციდური პოტენციალის გამოვლენა და აღკვეთა ერთ-ერთი უმთავრესია ყველა ფსიქოთერაპევტის პროფესიულ ცხოვრებაში. სუიციდური რისკის გარკვევისათვის აუცილებელია პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიის გაცნობა. განსაკუთრებული ყურადღება მახვილდება მათზე, ვისაც წასრულში ჰქონდა თვითმკვლელობის მცდელობა. ისინი უფრო საშიშნი არიან მათზე, ვინც მხოლოდ ფიქრობს თვითმკვლელობაზე.

პაციენტში სუიციდური მისწრაფების გამოვლენისთანავე თერაპევტმა მასთან გახსნილად უნდა განიხილოს ეს საკითხი. ამ შემთხვევაში პაციენტი უკეთ გრძობს თავს და თერაპევტის მიმართაც მეტი ნდობით იმსჯელებს. ამ ვითარებაში უმჯობესია:

ა) იყოს შეთანხმება პაციენტთან, რომ იგი საშიშროების შემთხვევაში აუცილებლად უხმობს თერაპევტს დახმარებისათვის;

ბ) იყოს უზრუნველყოფილი მორიგეობა ღამით, დასვენების დღეებში და თერაპევტის შევბუღებისას;

გ) ზუსტად იყოს განსაზღვრული საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის ჰოსპიტალიზების ადგილი.

**საშიში პაციენტები.** ავადმყოფები, რომლებიც ზიანს აყენებენ



ახლობლებს, ექიმებს და ა.შ., საშიშროებას წარმოადგენენ ფსიქოთერაპევტისათვის. ასეთ შემთხვევაში უმთავრესი წესია — ფსიქოთერაპევტმა არ დადოს თავი გმირობაზე. ამგვარი რისკის შემთხვევაში თერაპევტმა უნდა შეიქმნას უსაფრთხოების გარანტია, ასევე აცნობოს შესაძლო მსხვერპლს და შესაბამის ორგანოებს.

**საჩუქრები.** პაციენტისაგან საჩუქრის მიღების საჭირობოროტო საკითხი აღმოცენდება ფაქტიურად ნებისმიერი სამედიცინო პრაქტიკის პირობებში. იდეალურ შემთხვევაში საჩუქრის მიღება არ ღირს. მაგრამ ნევროტიკის შემთხვევაში გასათვალისწინებელია, რომ საჩუქარზე უარის თქმა ზოგჯერ ძალზე მტკივნეულად განიცდება. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია საჩუქრის მიღება. აქვე საჭიროა აღინიშნოს, რომ ეთიკური მოსაზრებით მიზანშეწონილი არაა ძალზე ძვირფასი საჩუქრის მიღება. ყველა შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტის გრძნობების გათვალისწინება და ის, რომ იგი თერაპევტისათვის სულაც არაა უმნიშვნელო ფიგურა.

**თერაპევტის შეცდომები.** ფსიქოთერაპევტს განსაკუთრებული ყურადღება მოეთხოვება, მაგრამ, ბუნებრივია, რომ არც ისაა დაზღვეული შეცდომებისაგან. შეიძლება მას დააგვიანდეს სეანსზე ან სულაც გაუცდეს იგი, შესაძლოა ერთ და იგივე დროს დაიბაროს ორი პაციენტი ან არასწორად შეაფასოს გადახდის ანგარიში და ა.შ. ყველა ასეთ შემთხვევაში თერაპევტმა უნდა აღიაროს შეცდომა და ბოდიში მოუხადოს პაციენტს, შემდეგ კი აუცილებელია გამოკითხოს პაციენტს ამ ვითარებაში მისი განცდების შესახებ. ამასთან ერთად, თერაპევტმა ეს სიტუაცია უნდა გამოიყენოს ტრანსფერის და კონტრანსფერის ფაქიზ მექანიზმებში ახალი შტრიხების გარკვევისათვის.

**რჩევები პაციენტს.** როგორც წესი, ფსიქოანალიტიკოსი ისწრაფვის პაციენტთან ნეიტრალური, თანაგრძნობის, არაწარმმართველი ურთიერთობებისაკენ. ზოგჯერ წარმოიშვება არაორდინალური სიტუაციები პაციენტის ცხოვრებაში და ისიც რჩევისათვის მიმართავს თერაპევტს. ეს სიტუაცია შეიძლება ეხებოდეს გართულებას სომატურ სფეროში, ახლობლის ავადმყოფობას, კონფლიქტებს ოჯახში თუ სხვა მოვლენებს. რამდენადაც თერაპევტი ავტორიტეტია, ამდენად პაციენტისათვის მისი აზრი მნიშვნელოვანია. ამიტომ თერაპევტი აუცილებლად უნდა დაეხმაროს პაციენტს პრაქტიკული რჩევით თუ მისი განცდების ანალიზის გზით. ყველა შემთხვევაში ფსიქოთერაპევტს მუდამ უნდა ახსოვდეს მკურნალობის გლობალური ამოცანები: წავახალისოთ და გავაძლიეროთ პაციენტის ავტონომია, რათა თვითონ შეისწავლოს საკუთარი გან-

ცდები, ფანტაზიები, ქცევის მანერა და ა.შ. ამას შეუძლია იგი მიიყვანოს უმნიშვნელოვანესი პრაქტიკული ამოცანების გადაჭრასთან.

ზემოთ განხილული მასალა, ძირითადად, ზ. ფროიდის კლასიკურ ფსიქოანალიზს ეფუძნება. ამ პოზიციას ჰყავს მოწინააღმდეგეებიც. თუმცა, თუ კარგად დავაკვირდებით, მოწინააღმდეგე ფსიქოანალიტიკოსთა უმრავლესობა კი არ უარყოფს ზ. ფროიდის მიერ წამოყენებულ ძირითად პოსტულატებს, არამედ ცდილობს მათში კორექტივების შეტანას, უმთავრესად, სოციალურ-კულტურული ფაქტორების მნიშვნელოვანი როლის ჩვენებით.

მაგალითად, ა. ადლერმა ასეთ ფაქტორად დასახა სხვებთან შედარებით უპირატესობის მიღწევის მისწრაფება. მისი აზრით, ადამიანის ქცევას განსაზღვრავს მისი სხეულის დეფექტებით გამოწვეული ბავშვობიდან გამოყოფილი არასრულფასოვნების განცდა, რისგან განთავისუფლებისთვისაც იგი ცდილობს იყოს სხვებისაგან რაიმეთი გამოჩრეული. ამისათვის იყენებს განათლებას, შემოქმედებას, მეცნიერებას, ე.ი. თავის არსენალში რთავს საკომპენსაციო მექანიზმებსა და საშუალებებს. ა. ადლერის აზრით, გამოჩენილი ადამიანები გამოირჩევიან ზეკომპენსაციით. სწორედ კომპენსაციის ცდა იქნა დასახული სულიერი აშლილობის გამომწვევ მიზეზად.

კ.პორნისათვის ნევროზების მიზეზი ძვეს სოციალური გარემოს უარყოფით ფაქტორებში, რის გამოც ბავშვი თავს გრძობს დაუცველად, იზოლირებულად. ამას იწვევსო როგორც ბავშვისადმი გამოჩენილი გულგრილობა ან სისასტიკე, ასევე ზედმეტი მზრუნველობაც.

ე. ფრომის პოზიცია ექსისტენციალიზმის გავლენითაა დალდამული. ნევროზის წყარო მისთვის გაუცხოება და მარტოობის განცდაა, რასაც იწვევს ადამიანის ჰარმონიული ურთიერთობის მოშლა ბუნებასთან და მის მოძმებთან. ამ პრობლემის გადაჭრის პირობად დასახულია ჭეშმარიტი „მე-“ს შეცნობა და ადამიანთა შორის სიყვარულის დაფუძნება.

ფსიქოანალიზური სკოლის წარმომადგენლებს მიაჩნიათ, რომ ფსიქოთერაპიაში შეიძლება გამოყენებულ იქნას განსხვავებული მეთოდები, მაგრამ ერთში თითქმის ყველანი შეთანხმებული არიან: ავადმყოფის მახასიათებლების შესაცვლელად აუცილებელია მასზე ხანგრძლივი და დაუცხრომელი ზემოქმედება, რათა გაიხსნას და გადაკეთდეს დამანგრეველი მოქმედების გამომწვევი დაცვითი მექანიზმები. ამ მიზნის მისაღწევი მეთოდოკა და ტექნიკა, ასევე ფსიქოანალიტიკოსთა მომზადების სტილი, ფაქტიურად ზ. ფროიდის მიერ შემუშავებული სისტემის იდენტურია.

# ნანილი III

## მენტარი — ჭეშმარიტი მკურნალი

„მენტარში“ მოაზრებულია როგორც ფსიქოთერაპიული მიმდინარეობა და მკურნალობის მეთოდი, ისე თვით ფსიქოთერაპევტი. მენტარი ძველი ქართული სიტყვაა და დაკვირვებულ, მკოდნე, საიდუმლოში ჩამწედომ აღამიანს ნიშნავს.

მენტარისათვის მთავარი თეორიული და მთოდოლოგიური დასაყრდენი იყო კლასიკური ფსიქოანალიზი და დ. უზნაძის განწყობის კონცეფცია, თუმცა ყურადღების გარეშე არ დაჩენილა არც სხვა მიმართულებები.

ფსიქოთერაპიაში ზ. ფროიდის როლი და აღგილი განსაკუთრებულია. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოთერაპიის პრინციპები ნათლად ჩანს იოგასა, ძენ-ბუდიზმსა და შთაგონების უძველეს მეთოდებში, მაინც როგორც მეცნიერულ კონცეფცია იგი ზ. ფროიდმა ჩამოაყალიბა. ფსიქოანალიზურ მიდგომაში მან სწორად განსაზღვრა დაავადების მიზეზის მოძებნის და მისი გაცნობიერების აუცილებლობა, ასევე ამ პროცესის განხორციელების გზა. რეგრესიის მეთოდით ხდება ჩასვლა არაცნობიერში, სადაც არის ავადმყოფობის განმსაზღვრელი იმპულსები. მიუხედავად გენიალურად განსაზღვრული გზისა, საბოლოო მიზანი, ფაქტიურად, განუხორციელებელი დარჩა, რამდენადაც სულიერი აშლილობის მიზეზად მიჩნეულ იქნა წინააღმდეგობა ცნობიერებას, არაცნობიერს, მორალურსა და რეალობას შორის, რის გამოც ვერ ხერხდება ბუნებრივი მოთხოვნილებების რეალიზება. ასეთად განიხილება სამი ძირითადი ლტოლვა: აგრესიულობა, ინცენტი და ბისექსუალობა. ზ. ფროიდს ისინი არაცნობიერი და საერთოდ აღამიანის არქტიპისათვის დამახასიათებელი ეგონა. შემდგომმა ძიებამ ველარ გადალახა ეს წინააღმდეგობა.

კონფლიქტის ბუნების ძიებამ მრავალ დაშვებამდე და შესატყვისად განსხვავებულ ფსიქოთერაპიულ გზებამდე მიიყვანა მკვლევარები. ყოველივე ამან თავისი გამოხატულება ჰპოვა მკურნალობის პრაქტიკაში, რომელიც ასეა გავრცელებული დღეს ცივილიზებულ სამყაროში, სადაც აღამიანები პრესტიჟულადაც კი თვლიან ფსიქოთერაპევტებთან სეანსების გავლას. ბევრი ფსიქოთერაპიული სკოლა — ბიჰევიორისტუ-

ლი, კოგნიტური, ჯგუფური, ჰუმანისტური, ექსისტენციური და სხვები — ქცევების კორექციას და სწავლებას, ურთიერთობის კულტურის ამალღებას და მისთანებს ახორციელებს და არა ავადმყოფობის გამომწვევი რეალური მიზეზების გამორკვევას და შესატყვის მკურნალობას.

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა შემთხვევაში აქცენტი თავიდანვე კეთდება არა უფრო რთულ დაავადებებზე — ფსიქოზებზე, არამედ შედარებით მარტივზე — ნევროზებზე, მკურნალობის ეფექტურობა მაინც დაბალია. ამას ბევრი თანამედროვე მკვლევარი აღნიშნავს. მაგალითად, აშშ ფსიქოპიგიენის ნაციონალური ინსტიტუტის ანგარიში გვამცნობს, რომ არ არსებობს ერთი სახის ფსიქოთერაპიის სხვაზე უპირატესობის უტყუარი საბუთები. უფრო მეტიც, საერთოდ ფსიქოთერაპიის ეფექტურობის საკითხზე, შესაძლოა, ვერასოდეს ვერ მივიღოთო საბოლოო პასუხი.

ასევე არასახარბილო დასკვნამდე მივიდა ცნობილი ინგლისელი ფსიქოლოგი ჰ. აიზენკი, რომელმაც შეისწავლა დაახლოებით 8 000 პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია. მკურნალობის შედეგები ფასდებოდა ისეთი პარამეტრებით, როგორიცაა სამუშაოზე დაბრუნება, სერიოზული ჩივილების გაქრობა და წარმატებული სოციალური ადაპტაცია. საერთო ჯამში პაციენტთა 64%-თან იქნა რეგისტრირებული მეტნაკლებად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება. თითქოს შედეგი სახეზეა. მაგრამ ამის შემდეგ ჰ. აიზენკმა გამოიკვლია კიდევ 500 ავადმყოფის ისტორია. ეს ის ნევროტიკები იყვნენ, რომელთაც არ უსარგებლიათ ფსიქოთერაპევტთა სამსახურით. ისინი დაკმაყოფილდნენ მკურნალ ექიმთა მიერ გამოწერილი ნერვული სისტემის დამამშვიდებელი და მატონიზირებელი საშუალებებით, ასევე გამამხნეველები რჩევა-დარიგებებით. დადგენილ იქნა, რომ ამ კატეგორიის ავადმყოფთა ორი მესამედი ასევე აღმოჩნდა გამომჯობინებულთა რიგებში.

ასეთი ვითარების ფონზე მოუხდა მუშაობის წარმართვა „მენცარის“ ჯგუფს. ერთდროულად გვიხდებოდა როგორც თეორიული, ისე სამკურნალო პრაქტიკის წარმოება. ბაზისად კლასიკური ფსიქონალიზის და დ. უზნაძის განწყობის თეორიის გამოყენება იმან განაპირობა, რომ ისინი ადამიანის ქცევის ახსნისას გადამწყვეტ როლს ფსიქიკურ ფაქტორს, კერძოდ არაცნობიერის გარკვეულ მდგომარეობას ანიჭებენ.

მართალია, ზ. ფროიდმა წამოაყენა დებულება, რომ ადამიანი პირველ რიგში ფსიქიკური არსებობაა, მაგრამ არ მომხდარა მისი დამტკი-

ცება მკაცრი მეცნიერული საშუალებებით. ამიტომ მის შემდეგაც ძალაში დარჩა ძველი შეხედულება, რომ ადამიანის არსებას, მის აქტივობას განსაზღვრავს სოციალური თუ ბიოლოგიური (გენეტიკური) ფაქტორები. ამ შემთხვევაში ზოგი ერთ ფაქტორს ანიჭებს გადამწყვეტ მნიშვნელობას, ზოგი — მეორეს, მოაზროვნეთა ნაწილი კი ორივე კომპონენტის ერთიანობას, მაგრამ არავენ არ ლაპარაკობს ფსიქიკურის მნიშვნელობაზე. ამ უკანასკნელის როლი მაქსიმუმ ბიოლოგიური და სოციალური ძალების ურთიერთმიმართების გარკვევის არენამდეა დაყვანილი.

ჩვენ სპეციალურად ვიკვლიეთ ადამიანში ბიოლოგიურის, სოციალურის და ფსიქიკურის ურთიერთმიმართების პრობლემა. ექსპერიმენტული გამოკვლევა ჩატარდა ტყუპებზე, სხვადასხვა სოციალური კლასის და ტიპოლოგიის წარმომადგენლებზე.

ჩვენ გამოვდიოდით იმ დაშვებიდან, რომ ნებისმიერი აქტივობა განსაზღვრულია ფსიქიკურით, მაგრამ მასზე გარკვეულ გავლენას ახდენს ფსიქიკაში ასახული ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორები. გამოვლენილ იქნა ექსპერიმენტულ მონაცემთა ოთხი კატეგორია: 1) აშკარაა გენეტიკური ფაქტორის როლი, ხოლო სოციალური კონტროლი უმნიშვნელოა; 2) გამოკვეთილად ვლინდება სოციალურის როლი, ხოლო გენეტიკურის — უმნიშვნელოდ; 3) ვლინდება როგორც გენეტიკურის, ისე სოციალურის როლი; დ) მონაცემები არ კორელირებს არც სოციალურ და არც გენეტიკურ ფაქტორებთან.

თუ გამოვალთ ტრადიციული ორწევრიანი სქემიდან — ბიოლოგიური და სოციალური, პირველი სამი ვარიანტი არ იწვევს გაკვირვებას, ხოლო მეოთხე ქმნის აშკარა დისონანსს. თითქოს როგორ შეიძლება ადამიანის რაიმე აქტივობას თუ ნიშან-თვისებას არ განსაზღვრავდეს არც სოციალური და არც ბიოლოგიური ფაქტორი.

ჩვენ იმთავითვე ექვის ქვეშ დავაყენეთ ეს ვარიანტი და წამოვაყენეთ სამწევრიანი სქემა: ფსიქიკური-ბიოლოგიური-სოციალური. აღნიშნული სქემა კარგად ხსნის, როგორც მეოთხე ვარიანტის „პარადოქსს“, ისე მრავალ საინტერესო ფაქტს.

ოთხივე ვარიანტში წამყვანი როლი ენიჭება ფსიქიკურ ფაქტორს, ხოლო დაქვემდებარებული — ბიოლოგიურს და სოციალურს. მაგალითად, პირველ ვარიანტში გენეტიკურის წილი არ აღემატება 0,28-ს. მეორე ვარიანტში სოციალურის მაქსიმალური წილი 0,23-ია. მესამე ვარიანტში გენეტიკურის და სოციალურის ერთობლივი წილი არ აღემა-

ტება 0,48-ს.

ამგვარად, ნათელია, რომ ადამიანის ნებისმიერ აქტივობას ფსიქიკური განსაზღვრავს, მისი ცნობიერება თუ არაცნობიერი, თუმცა გვაქვს განსხვავებული პოზიციები.

არის განსხვავება ზ. ფროიდის და დ. უზნაძის არაცნობიერს შორის. დ. უზნაძე წერს: ზ. ფროიდის აზრით, განსხვავება ცნობიერსა და არაცნობიერ პროცესებს შორის ძირითადად მხოლოდ იმაზე დაიყვანება, რომ პირველ მათგანს ცნობიერება ახლავს თან, მეორეს კი არა. რაც შეეხება მათ შინაგან ბუნებას და სტრუქტურას, ამ მხრით მათ შორის განსხვავება არაფერია. არაცნობიერი ფსიქიკური ფროიდისათვის იგივე მოვლენებია, მხოლოდ მინუს ცნობიერება.

დ. უზნაძე უარყოფითად აფასებდა არაცნობიერის ამგვარ ნეგატიურ დახასიათებას და ეძებდა მის პოზიტიურ ფორმულას. იგი სწორედ ასეთ ცნებად წარმოგვიდგენს „განწყობას“ განწყობა სუბიექტის ისეთი მთლიანობითი მდგომარეობაა, მზაობაა, რომელიც განსაზღვრავს მის ნებისმიერ აქტივობას.

განწყობის და ფსიქოანალიზის კონცეფციებიდან გამომდინარე, დაავადებების მიზეზების გარკვევაც და ავადმყოფის მკურნალობაც ფსიქოლოგიური საშუალებებით უნდა ხდებოდეს. „მენცარის“ საქმიანობამ დაადასტურა რიგი ფუძემდებლური დებულებების როგორც სისწორე, ასევე უზუსტობა. ამ საფუძველზე წამოყენებულ იქნა მრავალი სი-ახლე, რაც დამტკიცებულ იქნა პრაქტიკულად.

ზ. ფროიდი სწორად მიუთითებდა, რომ დაავადების მიზეზი უნდა გვეძებნა 5-6 წლამდე ასაკის ბავშვის არაცნობიერში. იგი ძირითად აქცენტს წინააღმდეგობაზე აკეთებდა. ასეთია, მაგალითად, დაპირისპირებული წყვილები: „მე“ — „იგი“, „მე“, — „ზე-მე“, „მე“ — ლიბიდო, ეროსი — ტანატოსი, ფანტაზია — რეალობა, ცნობიერება — არაცნობიერი და მრავალი სხვა. მაინც წინააღმდეგობის გენერალური ხაზი გადის არქაულიდან მომდინარე აგრესიულობას, ინცესტს, ბისექსუალობასა და მორალს შორის დაპირისპირებაზე. მოცემული სამი ლტოლვა თითქოს ადამიანს დაბადებით თან დაჰყვება, თავს იჩენს ბავშვობისას და ამ დროს ზნეობის ზეგავლენით განიღვებება არაცნობიერში. ისინი შემდგომ სიმპტომების სახით ამოდის, რაც სულიერ აშლილობაში გამოიხატება.

ფსიქოანალიზური თერაპიის მთავარ ამოცანად ითვლება ამ ვითარების გაცნობიერება და პაციენტის დამშვიდება, რომ აღნიშნული ლტოლვები ყველასთვისაა დამახასიათებელი.

ამ პოზიციისაგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება ჩვენი სკოლის („მენ-  
ცარი“) დასკვნა. არ არსებობს არავითარი სამი განმსაზღვრელი  
ლტოლვა. არაცნობიერი არ არის მათი საბუდარი. ასეთი მოთხოვნილე-  
ბები არა აქვს არა მხოლოდ ადამიანის არქტივს, არამედ სულით ავად-  
მყოფსაც კი. ის, რასაც ფსიქოანალიზი ყოველგვარი უბედურების წყა-  
როდ თვლის, არის არა დაავადების გამომწვევი მიზეზი, არამედ სიმპ-  
ტომები. ჩვენმა პრაქტიკამ აჩვენა, რომ მათი არსებობა ერთ-ორ სენსი-  
ში მქლავნდება და შემდეგ მათ ცნობიერ არსებობას პაციენტები არ  
უარყოფენ. რამდენადაც პაციენტი შეცდომით მათ საკუთარ მოთხოვ-  
ნილებებად განიცდის, ებრძვის მათ და სხვების სააშკარაოზე გამოტან-  
ნაც დაუშვებლად მიაჩნია. მართალია სექსუალური რევოლუციის შემ-  
დეგ პრობლემის მიმართ საზოგადოებრივი აზრი შეიცვალა, მაგრამ მას  
სიმწვავე სულაც არ მოკლებია. დასაწყისში აღიარება მოიპოვა პეტე-  
როსექსუალურმა თავისუფლებამ, ხოლო შემდგომ თანდათან ჰომო-  
სექსუალურმა და ინცესტურმა. ამ შემთხვევაში დამთრგუნველი ზნე-  
ობრივი ნორმებისაგან განთავისუფლებას პირდაპირ აკავშირებდნენ  
ფსიქიურ ჯანმრთელობასთან. მართლაც, თუ ლტოლვების აკრძალვა  
იწვევს სულიერ აშლილობას, მაშინ მათი თავისუფალი დაკმაყოფილება  
თავიდან უნდა გვაცილებდეს დაავადების აღმოცენებას, ან იწვევდეს  
თუნდაც აგრესიულობის შემცირებას. რეალურმა სიტუაციამ ეს ვი-  
თარება არ დაადასტურა. შემცირების მაგივრად კიდევ უფრო გაიზარ-  
და ფსიქიური აშლილობის სიმპტომების გამოვლენა. იმატა მკვლევო-  
ბამ, ბანდიტიზმმა, ნარკომანიამ, თვითმკვლელობამ, პროსტიტუციამ,  
შიდსმა და ა.შ. ამ სიმპტომების კატეგორიაშია ჰომოსექსუალობა და  
ინცესტიც.

რამდენადაც ისინი სიმპტომებია, მათ უნდა ჰქონდეს სინდრომი.  
ჩვენმა კვლევამ დაამტკიცა, რომ ყველა სიმპტომი ერთი გამომწვევი  
მიზეზიდან წარმოსდგება. ეს არის სულიერი, ფსიქიკური აშლილობა.  
ფსიქოტიკი ან ნევროტიკი იმიტომ კი არ არის ავად, რომ თანდაყოლილ  
ლტოლვებს ებრძვის, არამედ ავად რომ არის, იმიტომ იკვირებს  
ლტოლვებს. ავად გახდომის რეალური მიზეზი სულ სხვა რამაა.

ფსიქიკური აშლილობის მიზეზია ვიტალური მოთხოვნილების აკრ-  
ძალვა. ამ ვითარებას განსაზღვრავს ყველაზე უფრო მძლავრი და სასიამ-  
ოვნო ვიტალურ მოთხოვნილებებზე — სექსუალურ ლტოლვაზე — ყვე-  
ლაზე უსიამო განცდის — შიშის — დადება. ჩნდება კომპლექსი, რომე-  
ლიც მთელი ცხოვრება აღარ სცილდება ადამიანს. მეტიც, გარდატეხის

ასაკიდან სექსუალობის ზრდის კვალობაზე შიშიც იზრდება და სულ უფრო მეტ სატანჯველს უქმნის მას. ბავშვთან სექსუალური ინტერესების დაკმაყოფილებას წინ ელობება ფსიქოლოგიური ბარიერი — ამ თემაზე საუბარიც და ფიქრიც უხერხული, საშიში ხდება, რასაც მოყვება აკრძალვა.

სექსუალობაზე მსჯელობისას ჩვენ მხედველობაში გვაქვს მისი ფართო, ფროიდისეული გაგება, როცა ქამაც, მოშარდვაც, კუჭში გასვლაც და მისთანები სექსუალურ აქტად განიხილება. ასეთი მსჯელობა გარკვეულ ლოგიკას ექვემდებარება. საზოგადოდ ცოცხალი არსების და კერძოდ ადამიანის არსებობის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენს სიცოცხლის შენარჩუნება და მისი გაგრძელება. ამისათვის აუცილებელია აღნიშნული მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება. სიცოცხლის გაგრძელებისათვის საჭიროა წმინდა სექსუალური აქტის განხორციელება. ეს რომ მოხდეს, იგი სასიამოვნო მოთხოვნილება უნდა იყოს. ამგვარად, ერთ მაგისტრალურ ლერძზეა სიცოცხლე, სექსი და სიამოვნება, რომელშიც ორგანულადაა ჩართული კვებაც, მონელებაც, სისუფთავეც, უსაფრთხოებაც და ა.შ. როცა ხდება ამ მოთხოვნილებათა ბლოკირება სიტყვიერი აკრძალვით, ყესტით, მიმიკით თუ სხვა სახის ქმედებით, ბავშვი ზოგჯერ თავისდაუნებურად მიიჩნევს მათ შემდგომ განხორციელებას საშიშად. ეს არის სწორედ ფსიქიკური ტრავმა. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს მოთხოვნილების და მისი ამკრძალავი საშიშიროების სიტუაციის ერთიანობასთან. ასეთ ვითარებაში ბავშვს უჩნდება აგრესიული ფიქრები ამკრძალველის წინააღმდეგ. ეს ფიქრებიც საშიში ხდება, რამდენადაც ბავშვის წარმოდგენით მის განხორციელებას დასჯა მოყვება. იწყება მიუღებელი ფიქრების ბლოკირება, რითაც ირღვევა ფსიქიკური აქტივობის ბუნებრივი სვლა.

როგორც ჩვენმა გამოკვლევებმა აჩვენა, ეს საშიშიროება მოჩვენებითია. რეალურად იგი არ ემუქრება ბავშვის სიცოცხლეს, მაგრამ მისი გონებრივი დონე ამას ვერ წვდება.

დაავადების პირველმიზეზის განსაზღვრისას ზ. ფროიდისაგან განსხვავებით ჩვენ ვაყენებთ ორ მნიშვნელოვან პრინციპს:

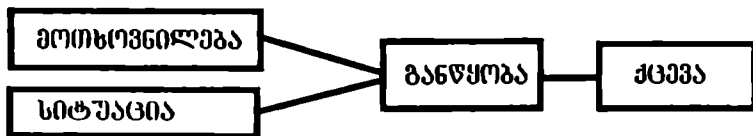
1) სულიერ აშლილობას იწვევს არა დაპირისპირება სამ ძირითად ლტოლვასა და მორალს შორის, არამედ ნებისმიერ ვიტალურ მოთხოვნილებაზე დადებული შიში. ამდენად დაავადების სიმტომია წინააღმდეგობრივი კომპლექსი სექსი + შიში.

2) წინააღმდეგობრივი კომპლექსი ჯერ ცნობიერად კი არ იქმნება და



მერე განიღვებება არაცნობიერში, არამედ იმთავითვე არაცნობიერად ყალიბდება განწყობის სახით.

რაც შეეხება განწყობის ცნებას, ამ შემთხვევაშიც გვაქვს განსხვავებული პოზიცია, თუმცა ეს არ ეწინააღმდეგება დ. უზნაძის კონცეფციას. ავტორის პოზიციის თანახმად, განწყობა ადამიანის ისეთი მთლიანობითი ფსიქიკური მდგომარეობაა, როცა ხდება მიზანშეწონილი ქცევის განმსაზღვრელი შინაგანი და გარეგანი ფაქტორების არაცნობიერი შეკავშირება. შინაგანი ფაქტორები გაერთიანებულია მოთხოვნილების, ხოლო გარეგანი — მისი დაკმაყოფილების სიტუაციის კატეგორიაში. სტემატურად ეს ვითარება ასე შეიძლება გამოვხატოთ.

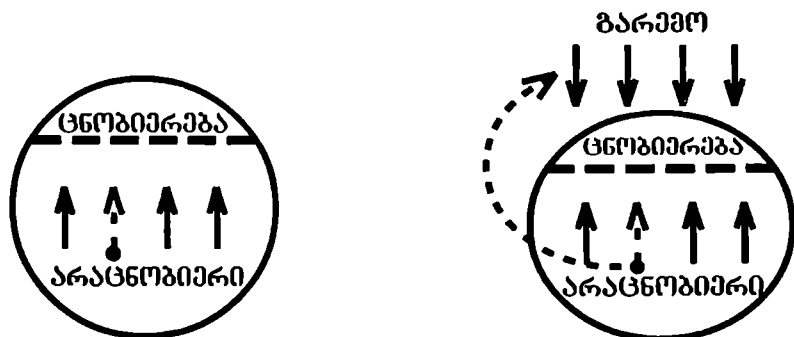


დ. უზნაძე თავის მოწაფეებთან ერთად სწავლობდა განწყობის თავისებურებებს როგორც ნორმის, ისე პათოლოგიის შემთხვევებში. ხაზგასმით იყო აღნიშნული, რომ პათოლოგიის დროს განწყობის გამოვლენა სხვაგვარად ხდება. განწყობის ფენომენის განსხვავებულ თავისებურებაზე მიუთითებს აგრეთვე დ. უზნაძის დებულებები არარეალიზებული განწყობების და მცდარი განწყობისეული მოქმედების გასწორებისათვის ობიექტივაციის (გაცნობიერების) გამოყენების შესახებ. ასეთ შემთხვევებში გამოდის, რომ განწყობისეულ აქტივობას რაღაც აფერხებს. რა არის ეს? პათოლოგიის სფეროში ჩატარებული ჩვენი კვლევაძიება ადასტურებს, რომ ყოველივე ეს დაკავშირებულია თვით განწყობის ფორმირების განსხვავებულ კანონზომიერებასთან. თუ, ჩვეულებრივ, განწყობა იქმნება მოთხოვნილებისა და მის შესატყვისი სიტუაციის ერთიანობის საფუძველზე, პათოლოგიის შემთხვევაში განსხვავებულ ვითარებასთან გვაქვს საქმე. ამ შემთხვევაში განწყობა ფორმირდება სიამოვნებაზე დაფუძნებული ბავშვის ბუნებრივი მოთხოვნილების და მისი ამკრძალავი სიტუაციის მიმართების ნიადაგზე. პირველი შემთხვევა შეიძლება გამოიხატოს ფორმულით „მინდა-შეიძლება“, მეორე კი მიგვანიშნებს „მინდა - არ შეიძლება“ ერთიანობაზე. სწორედ ასეთი წინამძღვრებრივი განწყობის საფუძველზე ექმნება ადამიანს ექვის, გაურკვევლობის, ამბივალენტობის, დანაშაულის, არასრულფასოვნების განცდები, რაც ასე დამახასიათებელია ფსიქიკური აშლილობისათვის.

ასეთი განწყობა მუდმივი სტრესორია, განუწყვეტელი შინაგანი კონფლიქტების წყარო, რამდენადაც მოთხოვნილების აღძვრისას მყისიერად აღმოცენდება მისი აკრძალვის სიტუაცია შიშის ფორმით. რაც უფრო ძლიერია მოთხოვნილება, მით უფრო ძლიერია შიშიც.

რამდენადაც ეს ვითარება ავადმყოფობისათვის გაუცნობიერებელია, ამიტომ ცდილობს იგი ლოგიზაციის გზით ხელშესახები გახადოს შიშის აღმძვრელი ობიექტი. ავადმყოფს, პირველ რიგში, აშფოთებს და აშინებს საკუთარი ფიქრები, რაც დაავადებული ფსიქიკის ნაყოფია. რამდენადაც ავადმყოფი უძლურია ახსნას ეს სიტუაცია, იგი ცდილობს გარეთ, ობიექტურ გარემოში მონახოს მისი უსიამოვნო განცდების მიზეზი. და „ნახულობს“ კიდევ მრავალ მიზეზს, რომლებიც წარმოადგენს როგორც საშინელი ფიქრების, განცდების, ისე აუტანელი ცხოვრების წყაროს. ასეთ მიზეზად ავადმყოფი მიიჩნევს სპეცსამსახურების დევნას, ქალის ლანძღვას საკვების მიღების დროს (რის გამოც ცდილობენ მინიმუმამდე შეზღუდონ კვება), მეშვიდე სართულზე ცხოვრებას, ონანიზმის აქტისას ახლობლის სახის უნებლიე წარმოდგენას, კუჭში გაუსვლელობას (თუმცა კუჭის მოქმედება ყოველდღიურად რეგულარულია), მოსალოდნელ გაუპატიურებას (ასეთ შიშს გამოთქვამს ახალგაზრდა კაცი), მჭრელი საგნების (დანა, მაკრატელი, ლურსმანი და სხვ.) არსებობას, რაც შეიძლება გახდეს დასახიჩრების ან სიკვდილის საბაბი და ა.შ.

აღნიშნული მდგომარეობა შემდეგი სახით გვაქვს წარმოდგენილი:



სქემა 1 გვიჩვენებს არაცნობიერიდან მომდინარე უამრავ იმპულსს, რომელთაგან ერთი გამოხატავს საშიშროებას ცნობიერებისათვის. იგი

აღნიშნულია წყვეტილი ხაზით. ფსიქიკა მაშინ გააჩნევს იმპულსის სა-  
შიშროება-უსაფრთხოებას, თუკი მას შეუძლებს ცნობიერებაში. პათო-  
ლოგიის შემთხვევაში საშიშროება იმდენად დიდია, რომ ცნობიერება  
უფროსის არაცნობიერიდან მომდინარე ყოველ იმპულსს. აქ საქმე  
გვაქვს წინააღმდეგობრივი განწყობის ირადიაციასთან და ცნობიერების  
და არაცნობიერი სფეროს დაპირისპირებასთან. ამავე განწყობის სა-  
ფუძველზე იქმნება დაპირისპირების ახალი კერა ცნობიერებასა და გა-  
რემოს შორის. ხდება „არ შეიძლება“ პროექცია გარემოში, თითქოს  
მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას კრძალავს სოციალური ან ფიზიკუ-  
რი სიტუაცია (იხ. სქემა 2). ამ ვითარებამ კი არ განმუხტა მდგომარეო-  
ბა, პირიქით უფრო დაძაბა. ახლა ცნობიერებას ორ ფრონტზე უხდება  
ბრძოლა. ეს არის გაათვრებული, მაგრამ უთავბოლო და უშედეგო  
ბრძოლა არაცნობიერთან და გარემოსთან.

ასევე წინააღმდეგობრივი განწყობის ნიადაგზე იქმნება მრავალი სა-  
ხის დაპირისპირება, რაც ცნობილია ფსიქონალიზში. ეს არის, მაგა-  
ლითად, წინააღმდეგობა წარმოდგენასა და რეალობას შორის, „მეს“  
შიგნით და ა.შ.

ამგვარად, ყოველგვარი დაპირისპირების პირლწყარო არის ბავშვო-  
ბაში არაცნობიერად ფორმირებული წინააღმდეგობრივი განწყობა.  
მის საფუძველზე ხდება სასიამოვნო ბუნებრივი მოთხოვნილების ბლო-  
კირება. ეს იწვევს შესატყვისი ქცევისა და, რაც მთავარია, ფიქრების აკ-  
რძალვას. ამ შემთხვევაში ტაბუ ედება ნორმალურ ქცევასა და ფიქრს,  
სამაგიეროდ გზა ეხსნება ასკეტიზმს ან აღვირაზსნილობას. პირველ შემ-  
თხვევაში ავადმყოფი მიისწრაფვის მოთხოვნილებათა ჩაკვლისაკენ, მეო-  
რეში კი — მას აქვს შიშის გადალახვის ტენდენცია. ამ ვითარებათა  
მიღწევა რეალურად შეუძლებელია, იგი მხოლოდ ილუზორულია. ამი-  
ტომ აღნიშნული დაპირისპირება მუდამ ძალაშია. ეს ვითარება ადამი-  
ანისათვის თანდათან ბუნებრივი ხდება, რამდენადაც იქცევა მისი ფსი-  
ქიკური წყობის შინაარსად. ამიტომ იქცევა სიცოცხლე ტანჯვად.

შიშის ფენომენი, მისი მიმართება მოთხოვნილებასთან დიდი ხანია  
მოაზროვნეთა ყურადღების ცენტრშია. „შიშზე საშინელი არაფერია“  
(ფრენისის ბეკონი); „შიში ადამიანს ხან ფეხებზე ფრთებს გამოაბამს, ხან  
მიწაზე დააკრავს“ (მიშელ მონტენი); „შიში მორიელია, საკუთარ თავს  
გესლავს“ (პერსი შელი); „რაგინდ დიდი იყოს შიში — სურვილია უფრო  
მძლავრი“ (იბნ აბ რაბიხი, 860-940 წ.წ.). ამ უკანასკნელ შემთხვევაში

პოეტი გრძნობს ორი ფენომენის დაპირისპირებას, როცა დამთრგუნველი საშიშროების მიუხედავად სურვილი თავისას ითხოვს. ეს ვითარება კარგად ეხმიანება ზ. ფროიდის პოზიციას. მისთვის, ერთი მხრივ, ყოვლისშემძლე არის სურვილი და არა გონი, მეორე მხრივ კი — შიში არის სურვილის პირდაპირ საპირისპირო. შიში არის ცენზურის მიმართ, რომელიც აკავებს სურვილებს. არაცნობიერში დასჯა ასევე წარმოადგენს სურვილის შესრულებას, მაგარმ სხვისი — დამსჯელი პირისა. რაც შეეხება საშიშ სიზმარს, ზ. ფროიდის აზრით, იგი წარმოადგენს განდევნილი სურვილის შეუნიღბავ შესრულებას.

ზ. ფროიდი კარგად ხედავდა, რომ ნერვულ ავადმყოფთა უმრავლესობა უჩივის შიშს, რომელსაც ყველაზე საზარელ წვალებად თვლიან. მისი აზრით, შიშის პრობლემა — საკვანძო პუნქტია, სადაც იკვეთება ყველაზე განსხვავებული და მნიშვნელოვანი საკითხები. აქ არის საიდუმლო, რომლის გადაჭრამ ნათელი უნდა მოჰფინოს საერთოდ ჩვენს სულიერ ცხოვრებას.

ამ შემთხვევაში ზ. ფროიდი ძალზე ახლოსაა პრობლემის გადაჭრასთან, მაგრამ მის მიერ აგებული სისტემიდან გამომდინარე ლოგიკამ ააცილა სწორ გზას. მან შიშის არსი დააკავშირა, ერთის მხრივ, არქაულიდან მომდინარე მეხსიერების დანალექთან, მეორე მხრივ კი — დაძალების აქტთან. ასეთ ვითარებაში წარმოქმნილი უსიამოვნო განცდები, დაძაბულობის განტვირთვისაკენ სწრაფვა და სომატური შეგრძნებები შემდეგ ჩვენში მეორდება შიშის სახით.

ფსიქოანალიზი განასხვავებს რეალურსა და ნევროტულ შიშს, რომლებიც უკავშირდება ობიექტურ თუ სუბიექტურ ფაქტორებს. არის თითქოს საშიში ობიექტები და შიშის განცდა მოლოდინის, აკვიატების და სხვა სახით. ასევე არის მსჯელობა უსაგნო შიშზე და შიშისა და ლიბიდოს აღრევაზე.

ზ. ფროიდი კარგად გრძნობდა, რომ ფსიქოანალიზის ეს მტკიცება არ არის მყარი და საიმედო, მაგრამ გვპირდებოდა, რომ ძიება გრძელდება. მაინც ის დასკვნა იქნა გაკეთებული, რომ შიში ის თავისთავადი ფენომენია, რომელსაც მაღალი ინტენსივობის შემთხვევაში უშუალოდ ან სხვა ფაქტორებთან კავშირში შეუძლია ადამიანი მიიყვანოს უაზრო ქცევამდე. ფსიქოანალიზმა ვერ დაანახა ის კომპლექსი (სიამოვნება + შიში), რომელიც როგორც მთელი იწვევს ფსიქიურ აშლილობას. ეს არის უკიდურესად დაპირისპიერბულთა, თითქოს შეუ-

თავსებელთა ერთიანობა, რაც მუდმივი შინაგანი კონფლიქტის წყაროა.

ასეთი მუდმივი წინააღმდეგობა წარმოშობს აგრესიას, რომელიც მიიმართება გარეთ ან შიგნით. პირველ შემთხვევაში საქმე გვაქვს შიშის დაძლევის ტენდენციასთან, რაც გამოიხატება დესტრუქციულ, ანტისაზოგადოებრივ, რისკიან მოქმედებებში. მეორე შემთხვევაში საქმე ეხება მოთხოვნილებათა ბლოკირებას, რაც იწვევს მნიშვნელოვან დარღვევებს ფსიქიკურ თუ სომატურ სფეროში.

მსგავს ვითარებასთან გვაქვს საქმე ინცესტის და ბისექსუალობის შემთხვევაშიც. როცა ნორმალური სექსუალური მოთხოვნილება ტაბუირებულია, ფიქრი მიემართება პერვერზიებისაკენ (გაუკუღმართება). რამდენადაც ხდება მოთხოვნილების აქტუალიზაცია, მაგრამ არ ჩანს მისი შემაფერხებელი ფაქტორი, ავადმყოფს უნებლიედ მოსდის ფიქრი, ხომ არა აქვს მას ინცესტური და ჰომოსექსუალური მისწრაფებები. ასეთი ფიქრები მისთვის მიუღებელია და იწვებს ამის წინააღმდეგ გააფთრებულ ბრძოლას, რაც უკიდურესად ამწვავებს მის ავადმყოფურ მდგომარეობას. ასეთი სიმპტომები შედარებით იშვიათად ვლინდება, აგრესია კი — ყოველთვის.

ამდენად, ხდება მრავალი არასასურველი ფსიქიკური, სოციალური თუ ორგანული ფაქტორის აღმოცენება, რომელთა დაძლევისკენაც მიმართავს ავადმყოფი მთელ თავის ძალისხმევას. ასეთი ბრძოლის არსენალში მან შეიძლება ჩართოს მეცნიერება, რელიგია, ხელოვნება, სპორტი, პოლიტიკა, მედიკამენტები და ა.შ. ყოველივე ეს სუროგატია, ილუზორული თავშესაფარია და არა მდგომარეობის გაუმჯობესების რეალური საშუალება.

პაციენტებზე დაკვირვება აჩვენებს, რომ მათ არასასიამოვნო, ავადმყოფური ფიქრები უფრო ხშირად მოსდით დასვენების დროს, ძილის წინ და გამოღვიძებისას, მარტოობისას. იგი ნაკლებადაა რისკიანი მოქმედებისას, სტრესულ სიტუაციაში. ამიტომ ცდილობენ მუდამ დაკავებული იყვნენ, თუნდაც სახიფათო მომქანცველი საქმიანობით.

შემოქმედ ადამიანთა ასეთი საქმიანობა ხშირად ნაყოფს იღებს და თითქოს გამართლებულია. მაგრამ აქ ისაა მნიშვნელოვანი, რომ ეს მიიღწევა ბევრად დიდი ძალისხმევის ფასად, ვიდრე საჭიროება მოითხოვს. უმრავლეს შემთხვევაში ადამიანები შორს არიან შემოქმედებითი საქმიანობისაგან, მაგრამ რაიმეთი დაკავების მიზნით მიმართავენ ქანც-

გამომცლებელ ვარჯიშს, რეცხვას, ხეხვას, წმენდას, სახელოსნოში ჩხირკედლაობას და ა.შ.

ამ მხრივ ნიშანდობლივია პ. დე კრუის „სიგიჟესთან მებრძოლი კაცის“ გმირის, ფსიქიატრ ჯეკ ფერგიუსონის საქმიანობა, რომელიც ავტორმა სიზიფეს შრომას შეადარა. ჯეკი თვითონაც ავადმყოფი იყო და თავდაუზოგავად ებრძოდა როგორც საკუთარ, ისე სხვების დაავადებას. იგი დღედაღამ არ ისვენებდა, ცდიდა მრავალ ახალ მედიკამენტს, აკეთებდა ლობოტომიურ ოპერაციებს, ყურადღებას აქცევდა ავადმყოფებისადმი მათი ახლობლების, სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებას და სხვა. ბოლოს მაინც იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ წამლები და ქირურგიული ჩარევა არ არის ნაყოფიერი, მთავარია ყურადღება და სიყვარული. აქედან გამომდინარე იგი მედპერსონალისაგან მოითხოვდა, რომ ავადმყოფებს საქმე არ გამოუღლიოთ, თუნდაც ყველაფერი ცუდად გააკეთონო.

ჩვენმა კვლევა-ძიებამ მიგვიყვანა ძალზე მნივშვნელოვან ფაქტთან: ავადმყოფისათვის მთავარი საქმიანობა (აღამიანებთან ურთიერთობა, გონებრივი ან ფიზიკური შრომა) კი არ არის, არამედ ცნობიერების დაკავება, რათა თავიდან აიცილოს საშიში ფიქრები. ხშირად თვითონვე სპეციალურად იწუხებს ისეთ ფიქრს, რომელიც მას არ აშინებს, თუმცა ამას ავადმყოფობის გამწვავების დროს ვეღარ ახერხებს.

რამდენადაც ავადმყოფი ვერ ერკვევა შექმნილ ვითარებაში, იგი გამოსავლის ძებნისას არაცნობიერად ირჩევს შემდეგ სტრატეგიებს:

- ა) განტვირთვა ყვირილით, ჩხუბით;
  - ბ) დაკავებულობა საქმით, ვარჯიშით, ლოცვით, ურთიერთობით და სხვ.;
  - გ) აღსარება მღვდელთან, გულახდილი საუბარი ახლობლებთან;
  - დ) რეალობიდან შორსმდგომი სასიამოვნო ოცნებები (ჰქონდეს მილიარდები, გამოიგონოს უკუჩრებელი დაავადების წამალი და ა.შ.);
  - ე) წარმოდგენაში ჩხუბი, სამაგიეროს გადახდა.
- ეს უკანასკნელი სტრატეგია სხვებზე უკეთესია. მისი განხორციელებისას მინიმუმამდეა დაყვანილი ნევროტული გამოვლინებები. სამწუხაროდ, მას უფრო იშვიათად აგნებენ. კიდევ უფრო იშვიათია ან საერთოდ არ არის რეალურთან მოახლოებული სასიამოვნო ფიქრები, რამდენადაც აკრძალვა სწორედ ამ სფეროს ეხება.

ასეთ ვითარებასთან გვაქვს საქმე, როცა ლაპარაკია წარმოდგენებ-

თან ბრძოლაზე, ცნობიერსა და არაცნობიერს შორის წინააღმდეგობაზე.

ამ მიმართებით საინტერესოა ცნობილი მხატვრის სალვადორ დალის თვითნაღიზი. მან მიაღწია წარმატებებს ცხოვრებაში, მოიპოვა აღიარება პარიზის, ნიუ-იორკის, ლონდონის გამოფენებზე, მკვეთრად გაიუმჯობესა ფინანსური მდგომარეობა. ამავე დროს არ განიცდიდა შემოქმედებითი ჩანაფიქრების სიღარიბეს. მან მცირე დასვენება მოიწყო. და უცებ იგრძნო მტანჯველი სევდა. თითქოს არაფერი არ მომხდარა, არ არსებობს შეშფოთების საფუძველი, მაგრამ მას ეშინია გაგიჟების და სიკვდილის. ბოლოს იგი იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ეშინია საკუთარი შიშის, რომელსაც იწვევს მტანჯველი ფიქრები.

ამ ვითარებიდან თავის დასახსნელად ს. დალიმ გაიჩინა ყოველდღიური წერილმანი საზრუნავი თავისუფალი დროის შესავსებად. იგი ზღვის ნაპირას ხშირად ესაუბრებოდა მეთევზეებს. გაიჩინა დამცველი — თილისმა, რომელსაც თვალის ჩინივით ელოლიავებოდა. დაიწყო ძილის წინ გრძელი რიტუალის შესრულება, რომელიც საკმაოდ დამღლელი იყო. ძირითადი მაინც იყო მეტად დაძაბული და ხანგრძლივი შრომა. ნიშანდობლივია მისი სიტყვები: „ჩემი გაგებით დასვენება ნიშნავს დღეში თორმეტ საათს ხატვას საკუთარი სიამოვნებისათვის.“

ს. დალი ადარებს მტანჯველ ფიქრებს სამოქალაქო ომის საშინელებებს. მისი აზრით, ამ უკანასკნელის ვერაფერი უბედურება ვერ შეედრება იმ წამებას, რაც მას მოუტანა საკუთარმა წარმოსახვამ.

მისივე ნააზრევში ჩანს ამ წამების კავშირი სექსუალურ სფეროსთან, რამდენადაც მის წარმოდგენაში გაიგივებულია სასიყვარულო ჩახუტება და სამკვდრო-სასიცოცხლო შებმა (მართლაც ასეთად ეჩვენება პატარა ბავშვს მშობლების სექსუალური აქტი, რაც საოცარ შიშს იწვევს).

მსგავსი ეპიზოდების მოტანა მრავლად შეიძლება შემოქმედი ადამიანების ცხოვრებიდან. ეს კი არ ამტკიცებს სუბლიმაციის კონცეფციის სისწორეს, პირიქით, მისადმი საფუძვლიან ეჭვს ბადებს. სუბლიმაცია არ არის განკუთრების საშუალება. იგი თავშესაფრის ძებნის ცდაა. თავისთავად, შემოქმედებას სულიერი აშლილობით გამოწვეული წინააღმდეგობა კი არ უნდა განსაზღვრავდეს, არამედ ის შინაგანი წინააღმდეგობა, რომელიც წარმოიშობა თუნდაც აზროვნების დონეზე ახალი ამოცანის გადაჭრის დროს.

ამ ვითარების ანალიზმა იმ დასკვნამდე მიგვიყვანა, რომ სულიერი აშლილობის სიმპტომატიკის კატეგორიას საყოველთაოდ მიღებულ ნიშნებთან ერთად (პალუცინაციები, ბოდვები, ფობიები, აკვიატებული აზრები და მოქმედებები, ფსევდოსომატური ტკივილები და სხვ.) მიეკუთვნება ისეთი მოვლენები, როგორიცაა სადიზმი, მაზოხიზმი, ნარკომანია, პროსტიტუცია, ფრიგიდულობა, პარანოია, შიღისი, ალკოპოლიზმი, ეპილეფსია, კარიერიზმი, ბანდიტობა და ა.შ., რაც მნიშვნელოვნად ცვლის პრობლემის რაკურსს.

ამგვარად, აღმოჩენილ იქნა ფსიქიკური აშლილობის პირველმიზეზი და დადგინდა მის საფუძველზე აღმოცენებული სიმპტომატიკის ბუნება. შესატყვისად მოხდა ცვლილებების შეტანა მკურნალობის სისტემაშიც. ამ ვითარებამ დიდად გააფართოვა მკურნალობის არე და მკვეთრად გაზარდა მისი ეფექტურობა. ჩვენ წლების განმავლობაში წარმატებით ვკურნავთ როგორც ნევროზულ, ასევე ფსიქოზურ და ფსიქოსომატურ გამოვლენებს, მათ შორის შიზოფრენიას, ეპილეფსიას, ნარკომანიას და სხვ.

მკვეთრად შემცირდა მკურნალობის ვადები. თუ, ჩვეულებრივ, ნევროზების მკურნალობას წლობით ახორციელებენ, ჩვენთან უმწვავესი ფსიქოზების განკურნებაც კი თვეებში ხდება, თანაც შემდგომი რეციდივები გამორიცხებულია.

ფსიქოთერაპიული მკურნალობისას მთავარია დავეხმაროთ პაციენტს გაარკვიოს თუ როდის და რა ვითარებაში მოხდა ავადმყოფობის გამომწვევი კომპლექსის (განწყობის) ჩამოყალიბება. პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ამ განწყობის მხოლოდ გაცნობიერებით საქმე არ სრულდება. აქ შეიძლება ანალოგია გავატაროთ ქირურგიულ ოპერაციასთან, რომელსაც აქვს მოსამზადებელი პერიოდი, თვით ოპერაცია და ოპერაციის შემდგომი პერიოდი. ფსიქოანალიზის შემთხვევაშიც პირველმიზეზის გაცნობიერება ოპერაციას ჰგავს. მას წინ უსწრებს ზოგჯერ საკმაოდ ხანგრძლივი მოსამზადებელი საუბრები. არანაკლებ ხანგრძლივი და დაძაბული შეიძლება იყოს „ოპერაციის შემდგომი“ პერიოდიც.

ყოველივე ამას თავისი კანონზომიერება აქვს. ე.წ. მოსამზადებელ პერიოდში პაციენტი ბუნებრივად უნდა მივიყვანოთ იქამდე, რომ ავადმყოფობა დაიწყოს არა მოზრდილ ასაკში, როგორც მას ჰგონია, არამედ ბავშვობისას; პაციენტმა კარგად უნდა დაინახოს, თუ ცხოვრების განმავლობაში განცდილი უამრავი უსიამოვნება როგორაა დაკავშირებული



ლი ერთმანეთთან, რომ მას აქვს ერთი მიზეზი, რომელიც ბავშვობიდან იღებს დასაბამს. იგი კარგად უნდა გვაარკვიოთ სიმპტომების ბუნებაში: მას ინცესტუარი, ჰომოსექსუალური და სუიციდური მოთხოვნილებები კი არა აქვს, არამედ ეს დანაშაულის განცდით გამოწვეული ლოგიზაციის შედეგია. დაბადებიდან 6 წლამდე ასაკის შესახებ მიზანმიმართული საუბრების შედეგად პაციენტი ხშირად თვითონვე აგნებს ფსიქიური აშლილობის გამომწვევ პირველმიზეზს, რასაც თან ახლავს ბავშვობაში განცდილი შიშის რეპროდუქცია, რომელიც, როგორც წესი, სექსუალობასთანაა დაკავშირებული. ამის შემდეგ იწყება „ოპერაციის შემდგომი“ პერიოდი, როცა ძირითადი აქცენტი კეთდება ავადმყოფური ფსიქიკის მიერ შემუშავებული ფიქსირებული განწყობების და ჩვევების ნგრევაზე და რეალობის შესატყვისი განწყობის შემუშავებაზე. ამ შემთხვევაში მთავარია პაციენტმა თავს მისცეს თავისუფალი ფიქრის უფლება, რაც თანდათან მოქმედების თავისუფლებასაც გამოიწვევს. ამ უკანასკნელი პერიოდის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვანადაა დაკავშირებული დაავადების სიმწვავესთან და ასაკთან, როცა მავნე ჩვევა ბევრია. ამ პერიოდის ბოლო მონაკვეთებში სასარგებლოა სხვა მეთოდების, მაგალითად, აუტოტრენინგის, შრომათერაპიის გამოყენებაც, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტს, კარგად დაეუფლოს თავს.

ჩვენი პაციენტები ხშირად თვითონაც ხვდებიან, რომ მათი პრობლემები სექსუალობასთანაა დაკავშირებული, მაგრამ რამდენადაც მსჯელობისას არასწორ დებულებებს აყენებენ, დასკვნაც, ბუნებრივია, მკდარი გამოაქვთ, თუმცა ისინი შეცდომას ვერ ხედავენ.

მაგალითად, შიზოფრენიით დაავადებული 21 წლის პაციენტი ვაჟი სუიციდურ მცდელობამდე მიიყვანა სექსუალურმა პრობლემამ. ქალებთან ურთიერთობის რამდენიმე წარუმატებელი ცდის შემდეგ განხორციელებულმა თვითნაღიზმა, როგორც მოსალოდნელი იყო, იგი სავალალო დასკვნამდე მიიყვანა. ის აშკარად ხედავდა თავის უსუსურობას, ფიზიკურ და გონებრივ არასრულფასოვნებას, უზნეობას, რაც სათანადო სიმპტომებში გამოვლინდა.

პაციენტი დასაწყისში მიიჩნევდა, რომ უსუსურობისა და შეუხედაობის გამო ქალებში ზიზღს იწვევდა. ეს ვითარება ჰალუცინაციაში გამოიხატა. პაციენტს ესმოდა ქალების დამკინავი ხმები. შემდგომში ახალი სატანჯველი გაუჩნდა: ყველა ქალში დედის ან დის სახეს ხედავდა. ამის გამო მან საკუთარი თავი საზიზღარ და უზნეო ადამიანად ჩათვა-

ლა, რამდენადაც ეგონა, რომ ინცესტური მოთხოვნილება ჰქონდა. ამ საკითხებზე განუწყვეტელმა ფიქრმა არა თუ განცდების შესუსტება გამოიწვია, არამედ პაციენტი კიდევ უფრო მძიმე თვითბრალდებად მიიყვანა. ეს ბრალდება გამოიხატა ჰომოსექსუალობაში. რამდენადაც მისი ბუნებრივი ლტოლვა ჰეტეროსექსუალობაში ვერ ნახულობდა დაკმაყოფილებას, მან იფიქრა, ალბათ ჰომოსექსუალური მისწრაფება მაქვსო. ამ მიმართულებით წარმოებულმა ანალიზმა იგი თავზარდამცემ აზრამდე მიიყვანა: ალბათ ამ ჩემს მისწრაფებას სხვა მამაკაცებიც ატყობენ და უზნდებათ ჩემთან სექსუალური კავშირის მოთხოვნილებაო. ამას მოჰყვა მამაკაცებთან საერთოდ ურთიერთობის აკრძალვა (აქ ხომ კარგად ჩანს, რომ ეს ბუნებრივი ლტოლვა კი არა, ავადმყოფური ფანტაზიის ნაყოფია, რის გამოც გაურბის მას!). ვერც ამან დააშოშმინა იგი. მას იმის რწმენაც კი გაუჩნდა, რომ მისი გაუპატიურება ორჯერ კიდევაც მოხდა. (ასეთი მსჯელობა სხვა პაციენტების შემთხვევაშიც იყო დადასტურებული, თუმცა რეალურ ფაქტს ადგილი არ ჰქონია). ბუნებრივია, ასეთი მსჯელობები მიმდინარეობდა ძლიერი თვითაგრესიის ფონზე, რამაც რამდენჯერმე მიიყვანა თვითმკვლელობის ცდამდე.

აღნიშნულ პაციენტთან ჩატარებულმა ფსიქოანალიზმა ნათლად გვიჩვენა, რომ მას სულაც არ ჰქონდა ინცესტური და ჰომოსექსუალური მოთხოვნილებები. იგი ლოგიზაციის შედეგი იყო, რომ მოძებნილი ყოფილიყო ცუდად ყოფნის ობიექტური საფუძველი. ეს განცდები რეალურად შიშა და ზიზღს ჰკვირიდა ავადმყოფს. პაციენტისათვის ყოველივე ეს ნათელი გახდა დაავადების პირველმიზეზის მონახვის და მისი ხელახალი განცდის შემდეგ. მისი მკურნალობა სამ თვეში დამთავრდა.

საქიროდ მიგვაჩნია აღნიშნოთ, რომ ყველა შემთხვევაში როდი ჩანს განხილული სამი სიმპტომი. ანალიზისას ყველა პაციენტთან ვლინდება აგრესიულობა, მეტწილად საკუთარი თავის მიმართ. რაც შეეხება ჰომოსექსუალობასა და ინცესტს, მეტწილად ერთ-ერთი იჩენს თავს, ზოგჯერ კი ორივე ან არცერთი. მიუხედავად ამისა, ძნელია ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო მსუბუქად ან მძიმედ ჩაითვალოს.

ხშირად ავადმყოფი თავის თავს არ უყენებს ისეთ საშინელ ბრალდებებს, როგორსაც ზემოთ აღნიშნული პაციენტი, მაგრამ მისი მდგომარეობა არანაკლებ მძიმეა, რამდენადაც სულიერ წუხილს თან ერთვის სომატური ტკივლებიც.

32 წლის ქმარშვილიანი ქალი ჩვენთან მოვიდა სხვადასხვა ჩივილით.

მას აწუხებდა არასრულფასოვნების განცდა და იმაზე ფიქრი, რომ შეიძლება გაგიჟდეს. ამას ერთვოდა დარღვევები სომატურ სფეროში: თავბრუსხვევა, შუილი ყურებში, ფრიგიდულობა, წერტილები და წრეები თვალბში, ჩხვლეტები გულში და ტკივილები მკერდის არეში, სასქესო ორგანოს ტკივილები, რასაც დაერთო გამონაყარები. იგი ამ გამონაყარებს უშედეგოდ მკურნალობდა ორი წლის განმავლობაში. ასევე უშედეგოდ გამოდგა ნევროპათოლოგებთან და ფსიქიატრებთან ჩატარებული ხანგრძლივი მედიკამენტური მკურნალობა.

ფსიქიური აშლილობის საწყის პერიოდად პაციენტი თვლიდა გათხოვებას და მოუწესრიგებელ სექსუალურ ურთიერთობაში ქმარს ადანაშაულებდა. შემდეგ სცადა ამ მოთხოვნების სხვა მამაკაცებთან დაკმაყოფილება, მაგრამ აქაც იმედგაცრუება ხვდა წილად. ამ ვითარებამ კარგად გაუცნობიერა დანაშაულის განცდა და არასრულფასოვნება, რამაც აგრესიულად განაწყობა როგორც საკუთარი თავის, ისე მამაკაცების მიმართ. მოგვიანებით ამას დაერთო ინცესტური აზრები საკუთარ ვაჟებთან დაკავშირებით.

ბავშვობაში მიღებული ფსიქიკური ტრავმის მოგონებამ და მისმა ანალიზმა პაციენტს ნათლად აჩვენა სულიერი აშლილობის რეალური მიზეზი და შემდგომი რეციდივები. 3,5 თვის მკურნალობის შედეგად ჩაცხრა როგორც შიში, შფოთვა, აგრესია და ინცესტი, ისე სომატური გართულებები.

უნდა შევნიშნოთ, რომ მკურნალობა უფრო ხშირად მეტ დროს მოითხოვს, ვიდრე აღნიშნულ შემთხვევებში იყო.

ასეთივე გზით ხდება ჩვენთან ნარკომანიის, ალკოჰოლიზმის, ეპილექსიის, შიდსის თუ სხვა დაავადებათა მკურნალობა.

ბუნებრივია ინტერესი შიდსით დაავადებულთა მკურნალობისადმი, რამდენადაც იგი დღეს ყველაზე საშიშ ავადმყოფობად ითვლება. პრობლემის არსში გარკვევისას გაგვიჩნდა დასაბუთებული ეჭვი, რომ შიდსი არის არა ვირუსული დაავადება, არამედ ფსიქიკური აშლილობის გამოვლენის ერთ-ერთი ფორმა. ვფიქრობთ, არ არის ყველა მოსაზრების დალაგების აუცილებლობა. ვიტყვით მთავარს. წარმოუჩნებულ იქნა ჰიპოთეზა, რომ შიდსიანი აუცილებლად ნევროტიკი ან ფსიქოტიკი უნდა ყოფილიყო, რომლის სიმპტომები მოცემული იქნებოდა არა მხოლოდ ამ დაავადების აღმოჩენის შემდეგ, არამედ უფრო ადრე, კერძოდ ბავშვობის პერიოდში. შიდსიანებზე ჩატარებულმა ფსიქოანალიზმა ნათ-

ლად დაადასტურა ჩვენი ჰოპოთეზა. პაციენტები ხასიათდებიან ძლიერი სიმპტომებით, რომლებიც მათ ბავშვობის ასაკიდან ახლდა თან. ამ ვითარებაში გარკვევამ მთლიანად აღმოფხვრა ფსიქიური აშლოლობა, რამაც თავის მხრივ, გამოიწვია შიდსისათვის დამახასიათებელი სიმპტომატიკის გაქრობა. ეს შეეხო როგორც თვითგანცდას, ისე სომატურ სფეროსაც. სრულიად შეიცვალა სისხლის შემადგენლობა და იგი დაუბრუნება ნორმალურ მდგომარეობას.

ჩვენი მოსაზრების სისწორეს მრავალი ფაქტი ადასტურებს, რაც ხშირად ყურადღების მიღმა რჩება. შიდსით დაავადებას, ჩვეულებრივ, აკავშირებენ არაჯანსაღი ცხოვრების წესთან — ნარკომანია, ჰომოსექსუალიზმი და ა. შ. ყურადსაღებია ის, რომ თვით ნარკომანობა და ჰომოსექსუალობა ფსიქიკური აშლილობის შედეგს წარმოადგენს და ამდენად არცაა გასაკვირი მათ შორის შიდსიანთა სიმრავლე. ამ მიზეზებთან არ კავშირდება ბევრი სხვა შემთხვევა. მაგალითად, გამოჩენილი ამერიკელი პიანისტის ვენ კლაიბერნის დაავადების ფაქტი, რომელიც არ იქნა ახსნილი ვირუსული წარმოშობით. მის შესახებ გამოქვეყნებული ინფორმაცია გვამცნობს, რომ სცენისა და ხალხთან ურთიერთობის შიშის გამო იგი დაემალა მაცურებელს, თაფანისმცემლებს და 16 წლის განმავლობაში გამოიკეტა დედასთან ერთად. როგორც თვითონ პაციენტი აცხადებს, უჩვეულოდ მგრძობიარე ნერვული სისტემა არ ამღევს საშუალებას მოგზაური ვირტუოზის ცხოვრებით იცხოვროს.

ჩვენთვის ნათელია, რომ ვ. კლაიბერნის სცენისადმი შიში და მგრძობიარე ნერვული სისტემა ფსიქიური აშლილობის შედეგია, ხოლო შიდსი ამ აშლილობის გამოვლენის ერთ-ერთი ფორმა.

მკურნალობის პროცესში ფსიქოანალიზის გვერდით არ უგულვებელყოფთ სხვა ფსიქოლოგიურ მეთოდებს. საჭირო სიტუაციაში ვიყენებთ რაციონალური ფსიქოთერაპიის ელემენტებს, ჰიპნოზს, აუტოტრენინგს, ვ. ფრანკლის პარადოქსულ ინტენციას და სხვ. ჩვენმა პრაქტიკამ ნათლად დაგვანახა, რომ ამ საშუალებების გამოყენება ეფექტურია მხოლოდ დაავადებების პირველმიზეზის გარკვევის შემდეგ.

ბუნებრივად დგება საკითხი, თუ რა დამოკიდებულება გვაქვს მედიკამენტურ მკურნალობასთან? რამდენადაც ჩვენთან მოსულ ავადმყოფთა უმრავლესობა უკვე იღებს სხვადასხვა პრეპარატს, განსაზღვრული დროის შემდეგ ვიწყებთ მათ შემცირებას სრულ აღკვეთამდე. ვინც არ იტარებს მედიკამენტურ მკურნალობას, მას არ ვურჩევთ მის მიღე-

ბას, რამდენადაც მიგვაჩნია, რომ წამლებით ფსიქიური აშლილობის განკურნება შეუძლებელია. მედიკამენტები მკურნალობის მხოლოდ დროებითი საშუალებაა, რათა ავადმყოფმა თავი დააღწიოს ძლიერ აღგზნებას ან დეპრესიას. ჩვენი სამკურნალო პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ცუდად ყოფნისას ავადმყოფებს სექსუალობა აწეული აქვთ, უკეთ ყოფნისას კი — დაქვეითებული. ეს უკანასკნელი პერიოდი უფრო ხშირად მედიკამენტურ მკურნალობასთანაა დაკავშირებული, როცა სხვა ფუნქციებთან ერთად სექსუალობაც ქვეითდება. რამდენადაც დაავადების მიზეზი სექსუალობასთანაა დაკავშირებული, სასურველია, რომ მკურნალობის საწყის პერიოდში პაციენტი იღებდეს უშუალოდ სექსუალობის დამწვევ საშუალებას. ამ ვითარებას გარკვეულწილად ვცვლით ფსიქოთერაპიული ხერხით. მკურნალობის დროს პაციენტს ვურჩევთ თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისგან, რომ არ აწვეს ვალდებულებად. ეს ღონისძიება მნიშვნელოვნად ამშვიდებს მას.

ასევე ორიგინალურად ვწვევთ საკითხს ნაკომანთა მკურნალობის დროსაც. დასაწყისში ჩვენ მათ არ ვუშლით ნარკოტიკების ანუ წამლების გამოყენებას, რომლის დოზასაც შემდგომ თანდათან ვამცირებთ. სულიერი აშლილობის მიზეზის გარკვევის შემდეგ ნარკომანი აღარ განიცდის ნარკოტიკების მიღების აუცილებლობას.

რას ნიშნავს განკურნება? ეს არის განწყობის შეცვლა. ავადმყოფური განწყობისეული მდგომარეობა იცვლება ადეკვატური ქცევის განწყობით. ავადმყოფი არკვევს, რომ არის დაპირისპირება მისი განწყობის საფუძველადმდებარე ელემენტებს შორის. მის მოთხოვნილებებს (განსაკუთრებით სექსუალურს) მუდმივად ეწინააღმდეგება მათი აკრძალვის სიტუაცია შიშის ფორმით. ეს განუწყვეტელი კონფლიქტის, ამბივალენტური განცდების წყაროა, რასაც სულიერ აშლილობამდე მივყავართ. არსებული კონფრონტაციის და მისი საწინააღმდეგო სიტუაციის ჩვენებით ხდება შეუსაბამო განწყობის რღვევა და მის ადგილზე ადეკვატური განწყობის აღმოცენება, როცა ჭერ წარმოდგენაში, შემდეგ კი რეალურ სიტუაციაში მოთხოვნილება უკავშირდება მისი დაკმაყოფილების შესატყვის სიტუაციას.

გარდა უკვე აღნიშნულისა, ჩვენ მნიშვნელოვანი კორექტივები შევიტანეთ ფსიქოანალიზისათვის ფუძემდებლურ დებულებებში, რაც ეხება როგორც დაავადების აღმოცენებას, ისე ანალიზის ტექნიკას და მკურნალობის ორგანიზაციას.

1. გადაქარბებულად მიგვაჩნია ტრანსფერის და განსაკუთრებით კონტრტრანსფერის როლი მკურნალობის პროცესში. აქ საქმე გვაქვს ჩვეულებრივ ადამიანურ ურთიერთობასთან. თითქოს იგივე მიმართებაა, რაც მასწავლებელი — მოსწავლე. შეიძლება აღმოცენდეს პოზიტიური (სასიყვარულო) ან ნეგატიური ტრანსფერი, მაგრამ ეს არ არის მთავარი მკურნალობისთვის. განკურნებისათვის გადამწყვეტია დაავადების გამომწვევ მიზეზში გარკვევა. რაც შეეხება კონტრტრანსფერს, მისი აღმოცენება ფსიქოანალიტიკოსის შეცდომაა.

2. ფსიქოზი (ნარციზმი) თითქოს იმიტომ არ იკურნება, რომ პაციენტი ვერ აკეთებს ტრანსფერს. ტრანსფერს რომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს იქიდანაც ჩანს, რომ „მენცარი“ კურნავს ფსიქოზს.

3. ზ. ფროიდმ დეტერმინისტია და უარყოფს ფსიქიკაში შემთხვევითობას. არაცნობიერითაა განსაზღვრული წამოცდენაც, დავიწყებაც და ა.შ. ეს სწორია, მაგრამ არ უნდა ვიფიქროთ, რომ ადგილი აქვს ისეთ მკაცრ დეტერმინაციას, როგორც ეს არის წარმოდგენილი სიზმრის სიმბოლოების ან დაავადების მიზეზსა და სიმპტომის მიმართების დროს. სინამდვილეში შეცდომას ავადმყოფური განწყობა იწვევს, რაც საშიშროების მოლოდინში გამოიხატება. ამის გამო ავადმყოფი რეალურ და წარმოსახულ სიტუაციაში „ხედავს“ საშიშროებას. ისევე როგორც, მაგ. ტყეში ბუჩქის შერხვევისას ადამიანი აუცილებლად მგელს კი არ წარმოიდგენს, არამედ შეიძლება ეგონოს გველი, დათვი, ყაჩაღი ან სხვა, ე.ი. ის, რაც საშიშია. ეს საშიშროება რეალობასთან ძალზე მიახლოებულია ხოლმე, თუმცა ფსიქოზის დროს შესაძლოა არარეალურიც „დაინახოს“ — უცხოპლანეტელი, ეშმაკი და ა.შ.

4. ნევროზის ბუნების გამოსახატავად და „მეს“ გახლეჩვის მიზეზად ზ. ფროიდი აღნიშნავს ორი საპირისპირო, ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი განწყობის არსებობას. რეალურად საქმე გვაქვს ერთ განწყობასთან, რომელიც დაპირისპირებული ელემენტების გაერთიანების საფუძველზეა ფორმირებული და მუდმივი წინააღმდეგობის წყაროს წარმოადგენს.

5. სიზმრის ახსნის გზით დაავადების მიზეზის მიგნების გზა, რბილად რომ ვთქვათ, ძალზე საეჭვოა. სიზმრებზე საუბარი პაციენტისათვის ჩვეულებრივი განტვირთვის საშუალება უფროა. რამდენადაც რთულია სიზმრის სიმბოლიკაში გარკვევა, ეს ვითარება ამნელებს თვით ფსიქოანალიზის შესწავლასაც. აქ ხშირად გადამწყვეტია არა მკაცრი არგუ-

მენტაცია, არამედ ინტერპრეტაცია. ჩვენ დროდადრო მივმართავთ სიზმის თემაზე საუბარს, რასაც უფრო დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას ვანიჭებთ. აქ ჩანს ხოლმე პაციენტის პოზიციის, მდგომარეობის ცვლილება.

6. ფსიქოანალიტიკოსები დაახლოებით 4 სეანსს უთმობენ იმის გარკვევას, ავადმყოფს ნევროზი აქვს თუ ფსიქოზი, რათა დაადგინონ არის თუ არა იგი მათი პაციენტი. რამდენადაც ორივე შემთხვევაში დაავადებას ერთი წყარო აქვს და ორივე სახის ავადმყოფობა იკურნება, ჩვენთვის კონკრეტულ დიაგნოზს არა აქვს მნიშვნელობა.

7. ჩვენ არ ვყოფთ ფსიქოთერაპიულ კურსს ხანმოკლედ და ხანგრძლივად და, ბუნებრივია, არც ვახდენთ ამისათვის პაციენტების შერჩევას. მთავარია არა რომელიმე სიმპტომზე ზემოქმედება, არამედ დაავადების პირველმიზეზის მიკვლევა და მისი განეიტრალება.

8. ფსიქოანალიზისათვის მნიშვნელოვანია მკურნალობის დასასრულის ვადის განსაზღვრა. „მენტარისთვის“ დასასრული არის განკურნება. მკურნალობის ბოლოსათვის ხდება სეანსების თანდათან შემცირება, რომ უმტკივნეულოდ მოხდეს პაციენტთან დაცილება მისი დამოუკიდებლობის ზრდის კვალობაზე.

9. ფსიქოანალიზისას იმედგაცრუება პაციენტს ემართება იმიტომ, რომ არ მოხდა საბოლოო განკურნება. „მენტართან“ ამას ჰგავს დაშორების განცდა, რომელიც თანდათან გაივლის.

10. ფსიქოანალიზი მიუთითებს არაბედნიერ დასასრულზე („არაფერი არ გამოვიდა“). ჩვენთან ასეთ ვითარებასთან მაშინ გვაქვს საქმე, როცა პაციენტი რაიმე მიზეზით დროზე ადრე წყვეტს მკურნალობას. ეს ხშირად პარანოიითაა გამოწვეული, როცა ადამიანი უარყოფს ავადმყოფობას.

11) ფსიქოანალიზში არის პაციენტის გადასვლა ერთი თერაპევტიდან მეორესთან. ჩვენი პრაქტიკა აჩვენებს, რომ ეს ძალზე არასასურველია, რამდენადაც პაციენტს უჭირს თავიდან მოჰყვეს ყველა საუბერხულო ამბავი. ამ ვითარებაში ხდება უნდობლობის ექვის გაძლიერება და ა.შ.

12) უფრო მიზანშეწონილია პაციენტი და თერაპევტი იჭდნენ მაგიდის საპირისპირო მხარეს. ტახტზე წამოწოლა ხშირად აფრთხობს პაციენტს. ეს განსაკუთრებით ვლინდება ფსიქოზის დროს და მამაკაც თერაპევტთან ქალის მკურნალობის შემთხვევაში.

13) ფსიქოანალიზი მიუთითებს საშიშ პაციენტთან მორიდებაზე და

სუიციდური ავადმყოფისადამი განსაკუთრებულ ყურადღებაზე. „მენცარისათვის“ საშიში ავადმყოფი ნაკლებად არსებობს, სუიციდური კი სწრაფად უნდა გავარკვიოთ საკუთარ პრობლემებში. ყველა შემთხვევაში მთავარია აღკვეთოთ პაციენტის მკურნალობიდან გაქცევის ტენდენცია, სასურველი შედეგი კი ადრე თუ გვიან დადგება.

14) ფსიქოანალიზის მიერ მოწოდებული მხარდამჭერი ფსიქოთერაპია, ფაქტიურად, სცილდება მის ფარგლებს. თითქმის ასევეა ხანმოკლე თერაპიის დროსაც. ამ შემთხვევაში არ ხდება დაავადების გამომწვევი ბაზისური მიზეზების ძიება. მხარდაჭერა ძირითადად ისეთი პაციენტებისა ხდება, ვინც მოწიფულობაში მიიღო ცხოვრებისეული ტრავმა (ვ.ფრანკლის ნოოგენური ნევროზის ანალოგიურია). თუ იგი არ დაუკავშირდა ფსიქოგენურ ტრავმას, თავისითაც გაივლის („დრო მკურნალია“). ფსიქოანალიზს, რა თქმა უნდა, შეუძლია აქ დახმარება, მაგრამ ფაქტიურად ის სხვა მეთოდით მოქმედებს.

15. ფსიქოანალიტიკოსი ცდილობს არ ჩაახედოს პაციენტი თავის სამყაროში, რამდენადაც ეს დაკავშირებული აქვთ არასასურველ ტრანსფერ-კონტრატრანსფერის პრობლემასთან. „მენცარი“ ასე გამოკვეთილად არ ისწრაფვის ნეიტრალობისაკენ. მაგრამ პაციენტს აძლევს უფლებას ნებისმიერ დროს გააწყვეტინოს საუბარი და თვითონ მოწყვეს, რაც გაახსენდება.

16. ილუზიად მიგვაჩნია სიცოცხლისა და სიკვდილის პარალელური გზების არსებობა. რამდენადაც აკრძალვა ედება სიცოცხლის შემადგენელ კომპონენტებს — სიამოვნებას და სექსს, ადამიანს უჩნდება ამ გზის ბლოკირების განცდა. ამას მოსდევს სიკვდილზე და სხვა მრავალ უსიამოვნებაზე ფიქრი. ეს სულაც არ არის ბუნებრივი მისწრაფება არაცოცხალისაკენ.

17. ნევროზის გამომწვევ მიზეზებს შორის ზ. ფროიდი გამოყოფდა ა) მშობლების სექსუალური აქტის ხილვას; ბ) უფროსი პირის მიერ შეცდენას და გ) კასტრაციის დამუქრებას. ჩვენ მათ ვუმატებთ ა) დედასთან იდენტიფიკაციის დაუმთავრებლობას; ბ) ძუძუსაგან მოწყვეტას; გ) ჭამის, მოშარდვის, კუჭში გასვლის შეკავებას სიტყვით ან ქმედებით აკრძალვისას; დ) დაბანვისას ტკივილის მიყენებას; ე) უმცროსი და-ძმის გაჩენას ოჯახში და სხვ. მთავარი მაინც არის ამ რისკ-ფაქტორების საფუძველზე აღმოცენებული აგრესიული ფიქრების აკრძალვა ბავშვის მიერ.

18) რამდენადაც ფსიქოანალიზი ნევროზებზეა ორიენტირებული,



იმდენად ნაკლებ ყურადღებას აქცევს მკურნალობის პერიოდში ავადმყოფის ურთიერთობას მშობლებთან და ახლობლებთან. ჩვენი პაციენტები უფრო ხშირად აშლილობის მძიმე ფსიქოზური ფორმებით გამოირჩევიან, რის გამოც აღნიშნულ მიმართებას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ასეთივე მნიშვნელობას იძენს მათი დამოკიდებულება თვით ფსიქოთერაპევტის მიმართ. ამიტომ მშობლები და ახლობლები წინასწარ იღებენ საჭირო ინსტრუქციას.

19) ზ. ფროიდი ნევროზის უმნიშვნელოვანეს მიზეზად თვლის იძულებით უარს სექსზე. ეს სწორია იმ შემთხვევაში, თუ იგი გამოწვეულია შინაგანი აკრძალვით, უარყოფითი განწყობით. რეალური უარის თქმა, სექსისაგან თავის შეკავება მხოლოდ უსიამოვნო განცდების მომტანია და არა ფსიქიკური აშლილობის.

20) ზ. ფროიდი მიუთითებდა სხვადასხვა დაავადებისას განსხვავებული ტექნიკის გამოყენებაზე. მაგალითისათვის წარმოგიდგინდა ისტერიის და ფობიების მკურნალობას. ჩვენთვის ეს არ არის გასხვავებული დაავადებები. ორთავე ფსიქიკური აშლილობის გამოვლენის ფორმებია. რაც შეეხება დიფერენციულ მიდგომას, ეს შეეხება ძირითადად პაციენტის ტიპს უკავშირდება, რომელთანაც მკურნალობის პროცესი შეიძლება განსხვავებული სტილით წარიმართოს.

21) ზ. ფროიდი მოითხოვდა, რომ ხუთ წელიწადში ერთხელ თერაპევტმა თვითონ გაიაროს ფსიქოანალიზის კურსი. ეს პოზიცია პირდაპირ ეხმაურება მის დასკვნას, რომ ფსიქოანალიზს ხანგრძლივი ვადით (და არა, საბოლოოდ — გ.მ.) შეუძლია აკვიატებული მდგომარეობის და ისტერიისათვის დამახასიათებელი ნიშან-თვისებების მოცილება. ჩვენს შემთხვევაში ფსიქოთერაპიული კურსის გავლის შემდეგ ექსცესებს ადგილი არა აქვს, რამდენადაც პაციენტი ზუსტად ანალიზებს ფსიქიკური აშლილობის რეალურ მიზეზს და მასთან დაკავშირებულ ყველა მოვლენას. ამდენად, არც თერაპევტი უნდა იმსახურებდეს უნდობლობას, რომ მას ესაჭიროებოდეს პერიოდულად ანალიზის კურსის გავლა.

სიახლეთა შორის აუცილებელია აღინიშნოს „მენტარის“ მიერ შემუშავებული ფსიქოთერაპევტთა სწავლების ორიგინალური სისტემა, რომლის მეშვეობითაც მნიშვნელოვნად შემჭიდროებულ ვადებში ხდება მათი მომზადება.

შემუშავებული იქნა ბავშვთა ფსიქოპროფილაქტიკის, მათთვის აღმზრდელობითი ღონისძიებების გატარების სისტემა. იგი ძირითადადში

ითვალისწინებს მშობელთა და აღმზრდელთა სათანადო მომზადებას ბავშვებთან დამოუკიდებლად მუშაობისათვის. ამით მნიშვნელოვნად მცირდება დაავადების გამომწვევი რისკ-ფაქტორების ამოქმედების საშიშროება და ხდება მათი ზემოქმედების აღრეული განეიტრალება. სისტემას დაწვრილებით შეგიძლიათ გაეცნოთ ჩვენს ნაშრომში „ბავშვთა ფსიქოპროფილაქტიკა“ (1999წ.)

აღნიშნული ღონისძიებები საფუძვლად დაედება ჯანსაღი საზოგადოების აშენებას, როცა ადამიანი შეძლებს ისეთი ჰარმონიის დამყარებას, როგორც ეს ავიცენას წარმოედგინა:

ვეელაფერი ზედმეტი – მოსისხლეა ფიცხელი,  
მცირე დიდად სარგოა, ზომა – ბრძენთა წესია!