

**მტკიცებულეებზე დაფუძნებული  
კომნიტურ-ბიკევიორული  
თერაპიის პრაქტიკა**

დებორა დობსონი  
ქის. ს დობსონი

თბილისი  
2017

## EVIDENCE-BASED PRACTICE OF COGNITIVE-BEHAVORIAL THERAPY

Deborah Dobson and Keith S. Dobson.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრაქტიკა

დებორა დობსონი და ჰის. ს. დობსონი

მთარგმნელი: ინეზა შერიჰაძე

სამეცნიერო რედაქტორები:

ნატა მეჯარიშვილი, ფსიქოლოგიის დოქტორი

თინათინ ჭინჭარაშვილი, ფსიქოლოგიის დოქტორი, სერტიფიცირებული ქცევის ანალიტიკოსი

მარიკა ფანჯიკიძე, ფსიქოლოგიის დოქტორი



Addictology Development in Georgia

This report is published in the frame of the project “Development of Human Resources, Evidence Base and Quality Standards in Addictology in Georgia”, funded by EC, within the TEMPUS funding mechanism 544219-TEMPUS-1-2013-1CZ-TEMPUS-SMHES (2013 – 4566 / 001 – 001).

The European Commission support for the production of this publication does not constitute endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

წინამდებარე გამოცემა დაფინანსებულია ევროკომისიის TEMPUS-ის მექანიზმის მიერ პროექტის „ადამიანური რესურსების, მტკიცებულებათა ბაზისა და ხარისხის სტანდარტების განვითარება საქართველოს ადიქტოლოგიაში“ ფარგლებში 544219-TEMPUS-1-2013-1CZ-TEMPUS-SMHES (2013 – 4566 / 001 – 001).

ევროკომისიის მიერ ამ გამოცემის მხარდაჭერა არ ნიშნავს მისი შინაარსის გაზიარებას, რომელიც მხოლოდ ავტორების მოსაზრებებს ასახავს. აქედან გამომდინარე, ევროკომისია პასუხს არ აგებს ამ პუბლიკაციის შინაარსზე.

Copyright © 2013 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

ISBN 978-9941-18-274-7

## წინათქმა რედაქტორებისგან

ქართულ ენაზე პროფესიული ლიტერატურის სიმწირის ფონზე უაღრესად მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია დებორა და ქის დობსონების წიგნის «მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრაქტიკა» თარგმნა და გამოცემა, წიგნის, რომელიც საუკეთესო სახელმძღვანელოთა რიცხვშია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისა და პრაქტიკის სფეროში. თარგმანის პროცესში კიდევ ერთხელ გამოიკვეთა ქართულ ენაზე პროფესიული ტერმნოლოგიის შემუშავების აუცილებლობა, ერთი მხრივ და ზუსტი ქართული შესატყვისების მოძიების სირთულე, მეორე მხრივ. შესაბამისად, წიგნში შესაძლოა იყოს რამდენიმე ტერმინი, რომელიც ჯერ კიდევ დაზუსტებას მოითხოვს და რომლებთან დაკავშირებით მკითხველის უკუკავშირი უაღრესად მნიშვნელოვანი იქნება. იმედი გვაქვს, ეს სახელმძღვანელო დაეხმარება როგორც ფსიქოლოგიის მიმართულების სტუდენტებს, ასევე პრაქტიკოსს ფსიქოლოგებს და სხვა დაინტერესებულ მკითხველს უკეთ გაეცნოს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას.

## ავტორების შესახებ

**დებორა დობსონი** - დოქტორი, კალგარის ჯანდაცვის რეგიონის ფსიქოლოგი და კალგარის უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიისა და ფსიქიატრიის დეპარტამენტების მონვეული ასოცირებული პროფესორი. ამავდროულად დაკავებულია კერძო პრაქტიკით, რომლის ფარგლებშიც ახორციელებს ზრდასრული პაციენტების შეფასებას და კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას. ე-ნი დობსონი არის კლინიკურ ფსიქოლოგიაში კალგარის კლინიკური ფსიქოლოგიის სასწავლო კონსორციუმის დირექტორი და კანადის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციის კალგარის განყოფილების საბჭოს პრეზიდენტი. 2007-2008 წლებში იგი გახლდათ კანადის ფსიქოლოგთა ასოციაციის კლინიკური განყოფილების თავმჯდომარე. მისი პროფესიული ინტერესები მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორცაა ემპირიულად დადასტურებული მკურნალობის ფორმების ხელმისაწვდომობა კლიენტებისათვის, კლინიკური სასწავლო პროგრამები, მომხმარებელთა ადვოკატირება და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიები.

**პიტ ს. დობსონი** - დოქტორი, კლინიკური ფსიქოლოგიის პროფესორი კალგარის უნივერსიტეტში, სადაც იგი მუშაობდა სხვადასხვა პოზიციაზე, მათ შორის იყო კლინიკური ფსიქოლოგიის დეპარტამენტის დირექტორი, ამჟამად კი არის ფსიქოლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელი და ჰოჩკისის თავის ტვინის ინსტიტუტის დეპრესიის კვლევითი პროგრამის თანახელმძღვანელი. დოქტორი დობსონი იკვლევდა დეპრესიის კოგნიტურ მოდელებს, მექანიზმებს და მკურნალობას, კერძოდ, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენებას. მისი კვლევის შედეგს წარმოადგენს 150-ზე მეტი გამოქვეყნებული სტატია და ნარკვევი, 8 წიგნი და მრავალ ქვეყანაში ჩატარებული კონფერენციები და სემინარები. გარდა დეპრესიის კვლევისა, დოქტორი დობსონი წერდა პროფესიულ ფსიქოლოგიაში მიმდინარე მიღწევებისა და ეთიკის საკითხებზე და აქტიურად იყო ჩართული კანადაში ფსიქოლოგიის ორგანიზებული ფორმით ჩამოყალიბებაში, მათ შორის როგორც კანადის ფსიქოლოგიური ასოციაციის პრეზიდენტი. წლების განმავლობაში



იგი იყო კალგარის უნივერსიტეტის კვლევის ეთიკის საბჭოს წევრი. ამჟამად არის კოგნიტური თერაპიის აკადემიის პრეზიდენტი და კოგნიტური ფსიქოთერაპიის საერთაშორისო ასოციაციის არჩეული პრეზიდენტი. ფსიქოლოგის პროფესიაში შეტანილი განსაკუთრებული წვლილისათვის, დოქტორ დობსონს მიღებული აქვს კანადის ფსიქოლოგთა ასოციაციის ჭილდო.

## წინასიტყვაობა

მსოფლიოში მოქმედი ჯანდაცვის სისტემები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირები პრაქტიკოსებისაგან მკურნალობის ეფექტიანი ფორმების გამოყენებას მოითხოვენ. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სისტემებს ხშირად სერიოზული შეზღუდვები ექმნებათ მიწოდებული სერვისების სპექტრსა და მოცულობასთან დაკავშირებით, მაშინ როდესაც, კერძო სადაზღვევო კომპანიები და კერძო ჯანდაცვის კორპორაციები მოწილეთა მოგების გაზრდის მიზნით ცდილობენ ხარჯების გაკონტროლებას. მკურნალობის ეფექტური, დროში შეზღუდული ფორმების ძიებამ და განხორციელების სურვილმა, აგრეთვე ემპირიულ შედეგებზე აქცენტირებამ მიგვიყვანა ისეთი პრაქტიკული სახელმძღვანელოების შემუშავებასთან, სადაც უპირატესობა სწორედ ასეთ მიდგომებს ენიჭება.

აღნიშნულ სახელმძღვანელოებში კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია დღეს გამოკვეთილია როგორც ფსიქოლოგიური ჩარევის საუკეთესო არჩევანი ისეთ პრობლემებთან მიმართებაში, როგორცაა დეპრესია, შფოთვა, პიროვნული აშლილობები და ქრონიკული ტკივილი, ადიქცია და ურთიერთობის დისტრესი. აღნიშნულის გამო, ბევრი სტუდენტი და პრაქტიკოსი ცდილობს, რაც შეიძლება მეტი ისწავლოს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ, რათა გაიმდიდროს კლინიკური ცოდნა და მიიღოს სუპერვიზია. ასევე, მათ სურთ გაიგონ, როგორ გამოიყენონ ფსიქოთერაპიის შედეგად მიღებული შედეგები და გადაიტანონ კვლევა პრაქტიკაში; თუკი მკურნალობა არის ემპირიულად დამტკიცებული, როგორ უკავშირდება ის კლინიკურ ან თერაპიულ საქმიანობას? პრაქტიკის რომელი კონკრეტული ასპექტებია დადასტურებული კვლევის შედეგებით? მეორე მხრივ, საინტერესოა, რა ხარვეზები არსებობს ჩვენს ცოდნაში, კლინიკურ მსჯელობასა და ქცევის ეთიკურ სტანდარტებში, რომლითაც კლინიციანები ხელმძღვანელობენ? წინამდებარე წიგნის მიზანს წარმოადგენს ამ კითხვებზე პასუხის გაცემა, ისევე როგორც პრაქტიკასა და კვლევას შორის არსებული დაშორების შევსება.

მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ ბევრი წიგნია დაწერილი, ძალიან ცოტა მათგანში თუ არის გათვალისწინებული იმ პრაქტიკის, მეცნიერებისა და სისტემების ხედვები, რომელთანაც ის არის დაკავშირებული. აღნიშნულ სფეროში არსებული ტენდენციით, ძირითადი აქცენტი კეთდებოდა სპეციფიკურ პრობლემურ სფეროებზე, როგორცაა

სოციალური ფობია (Heimberg & Becker, 2002), სხვა ფობიური აშლილობები (Antony & Swinson, 2000) და/ან თერაპიის სპეციალიზირებული სახეობები (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). დღეს სულ უფრო და უფრო მეტი ვიცით, თუ რომელი ინტერვენცია მუშაობს უკეთ ამა თუ იმ პრობლემის შემთხვევაში, დაწერილია მკურნალობის მრავალი სახელმძღვანელო კლინიცისტებისა და მათი კლიენტებისათვის, თუმცა ჯერ კიდევ ცოტა რამ არის დაწერილი კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენებასთან, ემპირიულად გამყარებულ ანგარიშებთან დაკავშირებულ პრობლემებზე. სწორედ ეს საკითხებია წარმოდგენილი მოცემულ წიგნში.

ჩვენს წიგნში შეფასების, ინტერვენციებისა და კონსულტაციების „საერთო ფაქტორები“ არის აღწერილი, რომელიც აერთიანებს კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრაქტიკას სხვადასხვა საჭიროებისთვის.

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრაქტიკის მრავალი ასპექტი ჩამოყალიბდა ტიპურ შემთხვევად და განიხილება როგორც „საუკეთესო პრაქტიკა“. ამ სახელმძღვანელოში ჩვენ განვიხილავთ ამგვარ პრაქტიკებს და მათ უკან მდგომ ემპირიულ საფუძველს. ასევე მოვახდენთ იმ სფეროების იდენტიფიცირებას, სადაც მტკიცებულება ჩამორჩება ზოგად პრაქტიკას, იმისათვის, რომ ერთი მხრივ, მკითხველებმა იცოდნენ ამ სფეროების შესახებ და მეორე მხრივ, მოხდეს შემდგომი კვლევების სტიმულირება. ასევე განვიხილავთ რამდენიმე ზოგადად გავრცელებულ მითს კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ (როგორც კრიტიკულს, ასევე შეუსაბამოდ პოზიტიურს), რათა მკითხველებს გავაცნოთ ჩვენი ხედვა აღნიშნულ საკითხებთან დაკავშირებით.

ყველა კლინიცისტი მუშაობს გაცილებით დიდი სისტემის ფარგლებში, როგორცაა საავადმყოფო, კლინიკა ან კერძო დაწესებულება. კლინიცისტები, რომლებიც უარს ამბობენ დიდ სისტემებზე, ამას საკუთარი რისკის ფასად აკეთებენ, რადგან საბოლოოდ პრაქტიკა მაინც მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სერვისების მხარდაჭერასა და ფინანსებაზე დამოკიდებულია. დღეისათვის, ცოტა რამ არის დაწერილი სისტემის შიგნით კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის განხორციელებასა და ხელშეწყობაზე. ამიტომ, მოცემულ წიგნში ასევე ხაზგასმულია ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხი, როგორც არის დაფინანსების გაზრდა, რომელიც კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებული მტკიცებულებებით არის შესაძლებელი. ასევე, განვიხილავთ ისეთ საკითხებს, როგორცაა: სწავლება, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვისა და მართვადი ჯანდაცვის პოლიტიკა, ინტერდისციპლინურ გუნდებში მუშაობა.

ჩვენ გვჯერა, რომ მოცემული წიგნი განსაკუთრებით გამოადგება მათ, ვინც ამჟამად ეცნობა კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიას. ამ კატეგორიას განეკუთვნებიან დოქტორანტები და კლინიკური ფსიქოლოგიის თუ ფსიქო-კონსულტირების პრაქტიკანტები, ფსიქიატრიის რეზიდენტები

და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პროგრამებში ჩართული ახალბედა პრაქტიკოსები. ჩვენ ასევე ვიმედოვნებთ, რომ წიგნის დახმარებით, დამოუკიდებელი პრაქტიკის მქონე გამოცდილი პროფესიონალები და ფსიქოთერაპევტები განიმტკიცებენ საკუთარ მოსაზრებებს ან აღმოაჩენენ ახალ საჭირო ნიუანსებს, რომელსაც საკუთარ პრაქტიკაში გამოიყენებენ. როგორც ეს წიგნის სათაურიდან ჩანს, ჩვენ ვეცადეთ ვყოფილიყავით მაქსიმალურად პრაქტიკულნი და პრაქტიკული საკითხები დაგვეკავშირებინა არსებულ მტკიცებულებებთან.

წიგნში ასახულია ჩვენი მცდელობა, ერთმანეთთან დაგვეკავშირებინა მეცნიერების საუკეთესო ასპექტები და კლინიკური პრაქტიკის რეალობა. ვეცადეთ, ჩვენი რეკომენდაციები ყოფილიყო პრაქტიკული და რეალისტური კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან მიმართებით. სწორედ ამ პრაქტიკული მიზნის გათვალისწინებით, წიგნი სტრუქტურირებულია იმგვარად, რომ თავდაპირველად წარმოდგენილია თავები, სადაც თერაპიის ჩატარების საკითხებია განხილული, რასაც მოყვება სფეროსთან დაკავშირებული გარკვეული კონტექსტუალური თემები და ის, თუ როგორ გავუმჯობესოთ სწავლება ამ სფეროში. ბევრ თავში მოცემულია არა მხოლოდ დისკუსია შესაბამის თემაზე, არამედ ამ მოსაზრებების საილუსტრაციოდ გამოყენებული შემთხვევები. მაგალითის სახით წარმოდგენილი კლიენტების განხილვისას, ისინი მოხსენიებული არიან ნაცვალსახელით „იგი“. ასევე იმის საილუსტრაციოდ, თუ როგორ შეიძლება წარიმართოს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, მოცემული გვაქვს შემთხვევები ცალკეულ ცნებებთან ან მეთოდებთან დაკავშირებით, სადაც გამოყენებულია წარმოსახვითი ინდივიდი „ანა.“ წიგნში მოყვანილი არც ერთი შემთხვევა არ ასახავს რეალურ პიროვნებას; უფრო ზუსტად, მათში გამოყენებულია იმ კლიენტების განზოგადებული, გადამუშავებული, გავრცობილი, შეცვლილი და წარმოსახვითი სახეები, ვისაც მრავალი წლის განმავლობაში შევხვედრივართ.

წიგნის პირველი, უფრო პრაქტიკული თავებისაგან განსხვავებით, ბოლო რამდენიმე თავში ინდივიდებთან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენების საკითხებიდან უკან ვბრუნდებით და მიმოვიხილავთ აღნიშნულ ფსიქოთერაპიულ მიდგომასთან დაკავშირებულ რამდენიმე საკითხს. ასე, მაგალითად, განვიხილავთ თერაპიის განხორციელებასთან დაკავშირებულ გამოწვევებს, მითებს, რომელიც არსებობს ამ მიდგომასთან დაკავშირებით და მიღებული კვლევითი ბაზის შედეგებს. რამდენიმე დამატებითი მოსაზრებით ვაკეთებთ დასკვნას იმის შესახებ, თუ როგორ ვისწავლოთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროგრამა და როგორ დავინწყოთ და განვხორციელოთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრაქტიკა.

წიგნების უმეტესობა, მეტ-ნაკლებად ასახავს მათი ავტორების ბიოგრაფიებს. ამ მხრივ გამონაკლისს არც წინამდებარე სახელმძღვანელო წარმოადგენს. ჩვენი სწავლება სამეცნიერო პრაქტიკული მოდელით განხორციელდა

და ამიტომ, ჩვენთვის ღირებულია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის როგორც სამეცნიერო, ასევე პრაქტიკული მხარე. მოცემულ წიგნში ჩვენ ძირითადად აქცენტს ვაკეთებთ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაზე ზრდასრული ადამიანებისათვის, რამდენადაც ეს არის საქმე, რომელსაც ჩვენ ვემსახურებით და სფეროს ის ნაწილი, რომელსაც ყველაზე უკეთ ვიცნობთ. ამავე დროს, ორივე ჩვენგანმა ამ წიგნში წარმოვადგინეთ ორ ჯგუფად დაყოფილი დამატებითი უნარები - ერთი უფრო აკადემიური და კვლევითი აქცენტებით და მეორე, უფრო პრაქტიკული და პროფესიული უნარებით. თუმცა, ჩვენ ორივე ვმონაწილეობდით კვლევებში, ვატარებდით სემინარებს, მიგვყავდა ფორმალური კურსები, სუპერვიზიას ვუნევედით პრაქტიკანტებს, ვხვდებოდით კლიენტებს და ვმუშაობდით ჯანდაცვისა და განათლების სხვადასხვა სისტემებთან, ამდენად ჩვენი საერთო გამოცდილება საკმაოდ მოცულობითია. ასევე, ჩვენ რეგულარულად ვესწრებოდით კონფერენციებს, რათა ვყოფილიყავით სფეროში არსებული სიახლეების კურსში. აღსანიშნავია, რომ ორივე ვართ კოგნიტური თერაპიის აკადემიის ([www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)) წევრები. რამდენადაც თერაპიის ჩვენი საკუთარი მოდელები უდავოდ მნიშვნელოვანია, ჩვენ ეს წიგნი დავწერეთ გაცილებით უფრო ფართო თვალთახედვით და განვიხილეთ ფსიქოთერაპიის პროცესთან დაკავშირებული ის საკითხები, რომლებიც ხშირად არ არის აღწერილი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ წიგნებში.

არც ერთი წიგნი არ მზადდება დასაბეჭდად ადამიანების ჯგუფის დახმარების გარეშე. ჩვენ გვსურს მადლობა გადავუხადოთ ყველას, ვისთანაც შეხება გვქონდა ცხოვრებაში და ვინც ხელი შეუწყო აღნიშნულ სფეროში ჩვენს განვითარებას. ადამიანები, რომელთაც განსაკუთრებული პიროვნული გავლენა იქონიეს როგორც ორივე ჩვენგანზე არიან: აარონ ბეკი, ჯუდიტ ბეკი, ბრაიან შოუ, მეილ იაკობსონი, სტივენ ჰოლონი, ზინდელ სიგალი, ჯონ თიზდეილი, რობერტ ვილსონი, რობერტ ლიპი, ლესლი სოკოლი, რობერტ დერუბისი, მაურიინ ლიპი, კერი მოზერსილი, გაილ ბელშერი, დევიდ ჰოდგინსი, ჯეიმს ნიუვენჰუზი და ნიკ კაზანტზისი (Aaron Beck, Judith Beck, Brian Shaw, Neil Jacobson, Steven Hollon, Zindel Segal, John Teasdale, Robert Wilson, Robert Leahy, Leslie Sokol, Robert DeRubeis, Maureen Leahey, Kerry Mothersill, Gayle Belsher, David Hodgins, James Nieuwenhuis, and Nik Kazantzis).

ჩვენ საშუალება მოგვცა წლების განმავლობაში გვემუშავა ძალიან ბევრ ნიჭიერ მაგისტრანტთან, პრაქტიკანტთან, ინტერნსა და რეზიდენტთან. ჩვენთვის დიდი ჭილდო იყო მათი მცდელობები და მიღწევები, რომელთაგან ზოგიერთი დღეს უკვე სფეროში შეტანილ სამეცნიერო წვლილს წარმოადგენს. ჩვენ ასევე ვაცნობიერებთ, რომ მე-12 თავში აღწერილი ზოგიერთი ასპექტი ფაქტიურად წარმოიშვა ერთ-ერთი ჩვენგანის (დ.დ.) დისკუსიებში ჭინა დიჭილიოსთან, როდესაც იგი თავის

წინა-სადოქტორო სტაჟირებაზე მუშაობდა. წიგნის შექმნა შთაგონებული იქნა ჯინ ნაგეოტის, გილფორდ პრესის უფროსი რედაქტორის მიერ და ჩვენს გვსურს განსაკუთრებული მადლობა გადავუხადოთ დახმარებისა და მხარდაჭერისათვის მას, ისევე როგორც გილფორდის დანარჩენ საგამომცემლო პერსონალს. ასევე გვსურს აღნიშნოთ ის მუდმივი სიყვარული და დახმარება, რომელსაც ჩვენ ორივე ვიღებდით და გაცემდით ჩვენს შვილებზე: კიტი, ბეთი, აუბრეი და ჩვენ შვილიშვილებზე: ალექსანდრა და კლიმენტინა. ვიმედოვნებთ, რომ მოცემული წიგნი თავის წვლილს შეიტანს კონსულტაციური-ბიჰევიორული თერაპიის სფეროში და რომ მასში განხილული მოსაზრებების მთავარი ბენეფიციარები იქნებიან კლიენტები. ჩვენი სამუშაო განპირობებული იყო სურვილით, დავხმარებოდით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს და ვიმედოვნებთ, რომ ეს წიგნი გახდება კონსულტაციური-ბიჰევიორული თერაპიის სფეროში მზარდი ბიბლიოგრაფიის სასარგებლო ნაწილი.

# სარჩევი

თავი 1. კომპიუტერ-ბიჰევიორული ინტერვენციების შესავალი და კონტექსტი .....15

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრინციპები..... 18

არსებული კონტექსტი: სად ვართ ამჟამად?..... 20

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სოციალური და კულტურული ფაქტორები ..... 23

დასკვნა..... 27

თავი 2. შეფასება კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში .....29

იკოდეთ თქვენი მტკიცებულებათა ბაზა: ემპირიულად და ფუნქციური შეფასება..... 30

კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასების ინსტრუმენტები..... 33

შეფასება როგორც მიმდინარე პროცესი..... 50

თავი 3. ინტეგრაცია და შემთხვევის ფორმულირება.....53

შემთხვევის ფორმულირება ..... 54

შემთხვევის ფორმულირების ეტაპები..... 61

თავი 4. მკურნალობის დანყება, თერაპიის დაგეგმვა და ალიანსის ჩამოყალიბება.....83

მკურნალობის დაგეგმვა, მიზნის დასახვა და თერაპიული კონტრაქტი ..... 84

ურთიერთობების ფაქტორები კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში ..... 96

თავი 5. მკურნალობის დანყება ძირითადი უნარ-ჩვევები .....106

თანმიმდევრობა და მკურნალობის ხანგრძლივობა ..... 106

ორიენტაცია და სესიების სტრუქტურა..... 108

ფსიქოგანათლება ..... 110



საშინაო დავალება.....	113
პრობლემის გადაჭრაზე მიმართული ინტერვენციები.....	116
თავი 6. ქცევის ცვლილების ელემენტები კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში .....	125
ქცევითი სტრატეგიები, რომლებიც გვებმარება უნარების განვითარებასა და აქტივობების დაგეგმვაში .....	126
ქცევითი ჩარევა თავის არიდების ქცევის შესამცირებლად .	142
ქცევითი აქტივაცია .....	154
სოციალურ კონტექსტთან დაკავშირებული დასკვნითი კომენტარი .....	155
თავი 7. კომპიუტერი რესტრუქტურის ინტერვენციები.....	159
ნეგატიური აზრების იდენტიფიკაცია .....	160
ნეგატიური აზრების შეგროვების მეთოდები .....	169
ინტერვენციები ნეგატიური აზროვნების შემთხვევაში .....	172
თავი 8. ბაზისური რწმენებისა და სქემების შეფასება და მოდიფიკაცია .....	198
სქემების განმარტება.....	200
რწმენებისა და სქემების გამოვლენა.....	203
სქემების შეცვლა.....	209
სქემის შეცვლის მეთოდები.....	211
მიმღებლობაზე დაფუძნებული ინტერვენციები .....	223
თავი 9. მკურნალობის დასრულება და რელაფსის პრევენცია.....	228
თერაპიის დასრულებასთან დაკავშირებული ცნებები და სისტემური ფაქტორები .....	229
თერაპიის დასრულება .....	238
რელაფსის პრევენცია .....	248



თავი 10. გამონწვევები კომპიუტერ-ბიჰევიორული თერაპიის ჩატარებისას .....256

გამონწვევები, რომლებიც კლიენტის მხრიდან იჩენს თავს... 257

გამონწვევები, რომლებიც თერაპევტის მხრიდან იჩენს თავს..... 282

გამონწვევები, რომლებიც თავს იჩენს თერაპიულ ურთიერთობებში ..... 289

გამონწვევები, რომლებიც თერაპიის მიღმა წარმოიშვება..... 290

თავი 11. კომპიუტერ-ბიჰევიორული თერაპიის კვლევითი კონტექსტი..... 292

შედეგების გლობალური ხედვა ..... 293

მკურნალობის ფორმები, რომლებიც ეფექტურია ..... 305

ლიტერატურის მიმოხილვა..... 308

თავი 12. მიზეზი კომპიუტერ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ .....317

ნეგატიური რწმენები..... 320

პოზიტიური (მაგრამ მცდარი) რწმენები ..... 338

თავი 13. კომპიუტერ - ბიჰევიორული პრაქტიკის დანყება და წარმართვა .....341

კლიენტების რეფერირება და თერაპიაზე მიღება ..... 342

პოტენციური კლიენტების ინფორმირება სპეციალიზაციის, შეზღუდვებისა და გამორიცხვის კრიტერიუმების შესახებ ... 348

კომუნიკაცია თქვენს „ბაზართან“ ..... 351

კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში თქვენი საქმიანობის გაფართოების გზები ..... 352

შემდგომი ტრენინგი და სუპერვიზია კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში ..... 355

წრე შეიკრა: კონტექსტს აქვს მნიშვნელობა ..... 363

დანართი „ა“ - კოგნიტური თერაპიის სკალა .....366

დანართი „ბ“ - კოგნიტურ-ბიჰევიორული თეორიის ეფექტურობის  
სტატიები.....373

გამოყენებული ლიტერატურა .....379

განმარტებითი ლექსიკონი .....399

# თავი 1

## კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების შესავალი და კონტექსტი

არსებობს მრავალი მტკიცებულება იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებთან მუშაობის მძლავრ ინტერვენციას წარმოადგენს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კვლევისა და პრაქტიკული გამოყენების შესახებ მრავალი სახელმძღვანელოა გამოქვეყნებული. კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის მეთოდები ემპირიულად არის შესწავლილი და პრაქტიკოსების მომზადებაც, მაგალითად, ჩრდილოეთ ამერიკაში, მეცნიერ-პრაქტიკოსის მოდელის მიხედვით ხდება.

ვართ რა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის აქტიური მხარდამჭერები და მასწავლებლები, რატომ ვწერთ ახალ წიგნს მკურნალობის იმ სახეობაზე, რომელიც მრავალჯერ არის აღწერილი აკადემიურ ლიტერატურასა და პოპულარულ პრესაში?. ჩვენ გვჯერა, რომ მეცნიერებისა და პრაქტიკის დამაკავშირებელ ხიდზე მეტი მოძრაობაა საჭირო. ბევრი სახელმძღვანელო მხოლოდ პრაქტიკულ ან მეცნიერულ ორიენტაციას ირჩევს და იშვიათად გთავაზობს მოგზაურობას ორმხრივი მიმართულებით. მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მოდელს შეუძლია უზრუნველყოს ძირითადი ღირებულებების სისტემა იმ პრაქტიკასთან მიმართებაში, რომელიც უახლესი კვლევის შედეგებს იყენებს, პრაქტიკოსების უმრავლესობისთვის სულ უფრო რთულდება კვლევითი ლიტერატურის გაცნობა იმ სფეროში, რომელშიც ისინი მუშაობენ. თქვენ, დაძაბულ რეჟიმში მომუშავე პრაქტიკოსებს, შესაძლოა გაგიჩნდეთ კითხვა, თუ როგორ უნდა შეძლოთ მთელი ამ ლიტერატურის გაცნობა.

ჩვენ გვაქვს უნიკალური შესაძლებლობა, ერთმანეთს დავეკავშიროთ მეცნიერება და პრაქტიკა, რამდენადაც გამოცდილებას დისციპლინის ორივე მიმართულებით ვფლობთ. ჩვენ ვმუშაობთ, რათა ავაგოთ უფრო მყარი ხიდი, რომელიც, იმედი გვაქვს, სასარგებლო იქნება თქვენი კლინიკური პრაქტიკისათვის. ვიმედოვნებთ, რომ ინფორმაცია ემპირიული შედეგების

შესახებ და ის ცოდნა, რომელიც ჩვენ ცოდნიდან პრაქტიკაში გადავიტანთ, არა მარტო თქვენ დაგეხმარებათ კლიენტებთან ყოველდღიურ მუშაობაში, არამედ სარგებელს მოუტანს სისტემას, რომელშიც თქვენ საქმიანობთ. ფსიქოთერაპიის ხელოვნების მეცნიერული შესწავლა, შესაბამისად, ემპირიული კვლევის გააზრება და გამოყენება, მნიშვნელოვანია კლიენტებისთვის საუკეთესო სერვისის უზრუნველყოფისათვის.

მნიშვნელოვანია, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების მეცნიერული საფუძვლები გამყარებულ იქნას კლინიკური დაკვირვებებით. ჩვენ გვჭერა, რომ შესაძლებელია მეცნიერებისა და პრაქტიკის დაწყვილება თანასწორი პარტნიორების სახით. მოცემულ წიგნში, ჩვენს მთავარ მიზანს წარმოადგენს, ორმხრივი მოძრაობის „ხილით“ ერთმანეთს დავეკავშიროთ მეცნიერება და პრაქტიკა. შეძლებისდაგვარად, გაგაცნობთ თუ რა მეცნიერული მტკიცებულებები არსებობს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სხვადასხვა პრობლემებთან და სხვადასხვა გარემოში გამოყენებასთან დაკავშირებით. ასევე, გამოვავლენთ კლინიკური პრაქტიკიდან მიღებულ ცოდნაში არსებულ ხარვეზებს. ვიმედოვნებთ, რომ დაინტერესებული მკითხველები და მომავალი მკვლევარები განაგრძობენ მუშაობას ამ სფეროს შესახებ ცოდნაში არსებულ ხარვეზებზე. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება პრაქტიკაში, ამიტომ, კვლევის შედეგად ადაპტირებული მოდელის ინტეგრირება იმავე საზოგადოებაში ან სხვა კულტურებში, ძალიან მნიშვნელოვანია.

ამ წიგნის მეორე მიზანს წარმოადგენს არსებული ლიტერატურიდან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრინციპების გამოკვეთა და პრაქტიკული სახელმძღვანელოების ჩამოყალიბება, რაც მათ სხვადასხვა კონტექსტში გამოყენებას შეუწყობს ხელს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის მრავალი სახელმძღვანელო შეიქმნა ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის ფსიქიკური დარღვევების სადიაგნოსტიკო და სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში მოყვანილი, სულ უფრო მზარდი, სპეციფიკური, დიაგნოზებისთვის (2000). ჩვეულებრივ, აღნიშნული სახელმძღვანელოები იქმნებოდა მკაცრად განსაზღვრული წესით და მათი ტესტირება ხდებოდა სპეციფიკურ კლინიკებში გულდასმით შერჩეულ კლიენტებთან. სხვადასხვა დარღვევის შემთხვევაში კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის ფორმები ხშირად გადაფარავს ერთმანეთს, თუმცა პრაქტიკაში, კლიენტების უმეტესობას აქვს მრავლობითი, ან კომორბიდული პრობლემები, რომლებიც შესაძლოა სრულად ემორჩილებოდეს ან არ ემორჩილებოდეს სახელმძღვანელოში შემოთავაზებულ მკურნალობას. ჩნდება კითხვები:

რომელი სახელმძღვანელო უნდა იქნას გამოყენებული თავდაპირველად? როგორ უნდა მოიქცეს კლინიცისტი, თუკი კლიენტი უარს ამბობს რომელიმე იდენტიფიცირებული პრობლემის მკურნალობაზე? ამგვარი პრობლემები შესაძლოა იყოს სუბკლინიკური: დაბალი თვითშეფასება, ძილის დარღვევა, ადაპტაციის პრობლემები და ინტერპერსონალური სირთულეები. პრობლემები შეიძლება ასევე გულისხმობდეს კონტექსტუალურ პრობლემებს, როგორცაა ჯანდაცვის სერვისების არასაკ-

მარისი ხელმისაწვდომობა, ოჯახური ძალადობა. ამგვარად კლიენტი შესაძლოა უფრო მეტად წუხდეს ცხოვრების ისეთ ასპექტებზე, რომელიც არ უკავშირდება კლინიკურ დიაგნოზს.

აღნიშნული მოსაზრებების გათვალისწინებით, ჩვენ გთავაზობთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფართო თვალთახედვას, რომელიც არ უკავშირდება მხოლოდ დიაგნოზს ან თუნდაც პრობლემების კონკრეტულ ჯგუფს. დიაგნოზი არ არის კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასების ან შემთხვევის კონცეპტუალიზაციისთვის აუცილებელი კრიტიკული მახასიათებელი. ზოგიერთი დაწესებულება დიაგნოსტიკურ კატეგორიებს საერთოდ არ იყენებს კლიენტებთან მუშაობისას, მაშინ, როდესაც სხვა დაწესებულებები დიაგნოსტიკას აქტიურად მიმართავენ. ჩვენთვის, კლინიცისტებისთვის, რთულია დიაგნოსტიკური სახელმძღვანელოების პრაქტიკაში გამოყენება. პრაქტიკოსები ხშირად არ მუშაობენ სპეციალიზებულ კლინიკებში, ხოლო პაციენტების უმრავლესობას, დახმარება ერთდროულად, მრავალ პრობლემასთან დაკავშირებით ესაჭიროება. ვიმედოვნებთ, რომ ზრდასრული ადამიანების კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის ფორმების ძირითადი მახასიათებლები და მათი აღწერა კლინიცისტებს დაეხმარება პრაქტიკული სამუშაოს შესრულებაში.

კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის ფორმებს ბევრი საერთო ელემენტი აქვთ, რომლებიც ადაპტირებულია სხვადასხვა პრობლემებთან სამუშაოდ. კლინიცისტებისთვის სასარგებლოა მათ პრაქტიკაში ამ საერთო ელემენტების ამოცნობა და მათი ადაპტირება გაცილებით რთულ სიტუაციებთან ან კლიენტებთან მუშაობისას. ეს წიგნი, უპირველეს ყოვლისა, მიმართულია ზრდასრულ ინდივიდებთან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენებაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ჯგუფების, წყვილების ან ოჯახური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მიღწევებს დადებითად ვაფასებთ, ჩვენ მაინც მიგვაჩნია, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ძირითადად ინდივიდუალური მკურნალობის ფორმაა. შესაბამისად, ჩვენ აქცენტს ვაკეთებთ ზრდასრული ადამიანების ინდივიდუალურ მკურნალობაზე.

ჩვენი მიზანია, შევექმნათ სახელმძღვანელოები სხვადასხვა დაწესებულებაში, “ტიპურ კლიენტებთან” მომუშავე კოგნიტურ-ბიჰევიორული პრაქტიკოსებისათვის. აღნიშნულ კლიენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ შფოთვა, დეპრესია, ურთიერთობების, ცვლილებებთან ადაპტაციის ან სხვა ცხოვრებისეული პრობლემები. ისინი შეიძლება მოიხმარდნენ მავნე ნივთიერებებს, ჰქონდეთ დესტრუქციული ჩვევები ან არაადაპტური ცხოვრების სტილი. შესაძლოა მათ უჭირდეთ გადამწყვეტილების მიღება ქორწინებასთან, კარიერასთან, ბავშვების ყოლასთან დაკავშირებით. შესაძლოა ისინი ამბობდნენ, რომ უკმაყოფილო არიან სამსახურით ან არ არიან ბედნიერნი. სავარაუდოდ, ისინი ღელავენ და ეძებენ პრობლემისგან გათავისუფლების გზებს. სწორედ ასეთი სახის პრობლემებით მიმართავენ კლიენტები თერაპევტებს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციები ეფექტურია სხვადასხვა პრობლემებისთვის. იმისათვის, რომ კლიენტმა

მიღწიოს მაქსიმალურ შედეგებს და იყოს კმაყოფილი, მნიშვნელოვანია, კლინიცისტმა მოქნილად გამოიყენოს მკურნალობის ფორმები. ამდენად, კიდევ ერთ მიზანს წარმოადგენს ის, რომ დავეხმაროთ კლინიცისტებს, ისწავლონ საკუთარი კლიენტების პრობლემების შეფასება და გააზრება კლინიკური შემთხვევის ფორმულირების გამოყენებით, რაც ინტერვენციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში დაეხმარებათ.

და ბოლოს, ჩვენ გვჯერა, რომ კონტექსტს ჩვენს პრაქტიკაში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს. ჩვენი კლიენტების პრობლემები ვითარდება მათი ცხოვრების კონტექსტში და იმ სოციალურ სისტემაში, რომელშიც ისინი ურთიერთობენ. გარდა ამისა, ჩვენი კონტექსტი ან სისტემაც გასათვალისწინებელია, რადგან იგი განაპირობებს ჩვენი ურთიერთობის ფორმას კლიენტთან. მცირე დაფინანსების შემთხვევაში, კლიენტებს, მიუხედავად მწვავე პრობლემებისა, მაინც მკურნალობის მოკლე კურსს ვთავაზობთ. თუკი ჩვენი სისტემა კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ინტერვენციას მხარს არ დაუჭერს ჩვენ ნაკლებად შევძლებთ მათ განხორციელებას. ასევე, მნიშვნელობა აქვს იმ ეპოქას ან დროის პერიოდს და კულტურას, სადაც ჩვენ ვმუშაობთ. შემთხვევითი არ არის ის, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას საფუძველი ჩაეყარა დასავლურ კულტურაში, კერძოდ იქ, სადაც მეცნიერებისადმი პოზიტიური დამოკიდებულება არსებობს, სჭერათ ლოგიკური პოზიტივიზმის და ზოგადად მიიჩნევენ, რომ მეცნიერებას შეუძლია კაცობრიობის პრობლემების გადაჭრა. თერაპიის ისტორიული და კულტურული კონტექსტი ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც პაციენტის ხედვა პრობლემის განვითარებასთან დაკავშირებით. არსებობს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სხვადასხვა ისტორია (მაგალითად, Dobson & Dozoi, 2001), ამიტომ ჩვენ ამ წიგნში არ ვისაუბრებთ ისტორიულ ფაქტებზე. მოცემული თავი მოკლედ მიმოიხილავს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრინციპებს, ასევე, იმ სოციალურ და კულტურულ ფაქტორებს, რომელმაც გავლენა იქონია მის ჩამოყალიბებაზე. აღნიშნული ფაქტორები დღესაც ახდენს გავლენას ჩვენს პრაქტიკაზე.

## კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრინციპები

თერაპევტები ხშირად ფიქრობენ იმაზე, თუ რა აკავშირებს ისეთ სხვადასხვა მიდგომებს, როგორიცაა „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია“, „კოგნიტური თერაპია“, „პრობლემების გადაჭრის თერაპია“, „რაციონალურ-ემოციურ (ქცევითი) თერაპია“, „ინტერპერსონალური კოგნიტური თერაპია“, „სქემა თერაპია“ და სხვა. დობსონისა და დოზოისის თანახმად (2001), ჩვენ ვხედავთ სამ ძირითად მოსაზრებას ან პრინციპს, რომელიც განსაზღვრავს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მკურნალობის სხვადასხვა ფორმებს:

ხელმისაწვდომობის ჰიპოთეზა, რომლის მიხედვითაც ჩვენი აზროვნების შინაარსი და პროცესი არის შეცნობადი. აზრები არ არის „გაუცნობიერებელი“, „ქვეცნობიერი“ ან ცნობიერებისთვის მიუწვდომელი. პირიქით,



კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ადასტურებს იმ მოსაზრებას, რომ სათანადო ტრენინგითა და ყურადღებით, ადამიანებს შეუძლიათ გაიაზრონ საკუთარი აზროვნების პროცესი.

**მედიაციის ჰიპოთეზა**, რომელიც ამტკიცებს, რომ აზრები განაპირობებს ჩვენს ემოციურ რეაქციას სხვადასხვა სიტუაციაში. კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელი არ უჭერს მხარს იმ მოსაზრებას, რომ ადამიანებს უბრალოდ ახსიათებთ ემოციური რეაგირება ამა თუ იმ მოვლენაზე ან სიტუაციაზე, პირიქით, ის, თუ რას ვფიქრობთ ან რა დასკვნას ვაკეთებთ მოვლენასთან დაკავშირებით, არის უმნიშვნელოვანესი, იმასთან მიმართებაში, თუ რას ვგრძნობთ ჩვენ. ამის მსგავსად, სწორედ ჩვენი აზროვნება ან აზრები ახდენენ სერიოზულ გავლენას ჩვენს ქცევით მოდელეებზე (პატერნებზე) სხვადასხვა ცხოვრებისეულ სიტუაციებში. მაგალითად, შფოთვის გრძნობა გვიჩნდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც “სიტუაციას საშიშად მივიჩნევთ. როდესაც ვშფოთავთ, ჩვენ თითქოს ასევე გვიჩნდება სიტუაციიდან გაქცევის ან მომავალში ანალოგიური სიტუაციის თავიდან აცილების სურვილი, თუკი ეს შესაძლებელია. ეს აზრები, ისევე როგორც შესაბამისი ემოციური რეაგირება და ქცევითი რეაქციები, გარკვეული დროის შემდეგ შეიძლება გახდეს რუტინული და ავტომატური. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თეორეტიკოსები დაობენ, რომ არსებობს კოგნიტური მედიაცია მოვლენასა და ამ სიტუაციაზე პიროვნების ტიპურ რეაგირებას შორის.

ცვლილების ჰიპოთეზაში, რომელიც წინა ორი მოსაზრების შედეგს წარმოადგენს, ნათქვამია, რომ რამდენადაც კოგნიტური პროცესები არის შეცნობადი და ერთმანეთთან აკავშირებს სხვადასხვა სიტუაციებსა და რეაქციებს, ჩვენ შეგვიძლია გააზრებულად შევცვალოთ რეაქცია ჩვენს გარშემო მიმდინარე მოვლენებზე. ჩვენი ემოციური და ქცევითი რეაქციების, ასევე კოგნიტური სტრატეგიების სისტემატიური გამოყენებით, ჩვენ შეგვიძლია გავხდეთ უფრო ფუნქციონალური და უფრო ადაპტირებული.

ამ პრინციპებთან ერთად, კოგნიტურ-ბიჰევიორული მიდგომა ასევე იზიარებს ზოგად ფილოსოფიურ ხედვას, რომელიც რეალისტური დაშვების ტერმინით არის ცნობილი (Dobson & Dozois, 2001; Held, 1995). მიუხედავად კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში არსებული აზრთა სხვადასხვაობისა, ყველა მათგანი მიიჩნევს, რომ “რეალური სამყარო” ან ობიექტური რეალობა არსებობს ჩვენს მიერ მისი გაცნობიერებისგან დამოუკიდებლად. ამგვარად, ადამიანებს შეუძლიათ უფრო ზუსტად შეისწავლონ სამყარო და იმოქმედონ მისი პრინციპებით. ჩვენ მიგვაჩნია, რომ სამყაროს უფრო ზუსტი შეფასება და მის მოთხოვნებთან მეტი ადაპტირება არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მაჩვენებელი. და პირიქით, შეიძლება ადამიანი არასწორად აღიქვამდეს მის გარშემო არსებულ სიტუაციას, რაც იწვევს მის ამოვარდნას სოციალური გარემოდან. შედეგად, ამას პიროვნებისათვის მოაქვს ნეგატიური ემოციური და ინტერ-პერსონალური შედეგები. როგორც წესი, ადამიანები არ იცნობენ თავიანთ სამყაროს სრულყოფილად, და ხშირად ვერ ახერხებენ გარემოსთან სრულ შესაბამისობაში ყოფნას. ხოლო ინდივიდს, რომელიც დამახინჯებულად

აღიქვამს სამყაროს და რომელსაც უჭირს სიტუაციის ობიექტური შეფასება, გაცილებით უფრო მეტი პრობლემები აქვს, ვიდრე მას, ვისაც შეუძლია სიტუაციის რეალისტური აღქმა.

კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელი ითვალისწინებს სიტუაციასთან დაკავშირებულ სპეციფიკური აზრების სისწორესთან ერთად, სხვა აზრების მნიშვნელობასაც. ჩვენ ვაღიარებთ, რომ ზოგადი აზრების, დაშვებების და სქემების წარმოშობას განაპირობებს ჩვენი ცხოვრებისეული გამოცდილება. ეს დაშვებები და სქემები ასევე გავლენას ახდენს ჩვენს მიერ სამყაროს აღქმაზე. უფრო მეტიც, ისინი ზღუდავენ ჩვენს აქტივობებს ან სიტუაციებში შესაძლო ჩართულობას, და გვიბიძგებენ გარკვეული სახის ფიქრებისკენ. შესაბამისად, ისინი განგვანყობენ გარკვეული სახის ფიქრებზე, რომელიც შეიძლება თავისთავად ახდეს რეალობაში. ამგვარად, სქემის ჩამოყალიბება გავლენას ახდენს არა მხოლოდ წარსულის მოგონებებზე, არამედ განაპირობებს ჩვენს მომავალ ქცევას. ამ თვალსაზრისით, ადამიანები „ქმნიან“ და ასევე რეაგირებენ კიდევ საკუთარ რეალობაზე.

## არსებული კონტექსტი: სად ვართ ამჟამად?

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის, კერძოდ კი მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ფსიქოთერაპიის განვითარებამ სარგებლობა მოუტანა კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას. 1990-იან წლებში, არსებობდა ემპირიულად დადასტურებული მკურნალობის ფორმების იდენტიფიცირებაზე მიმართული მოძრაობა (Chambless & Ollendick, 2001). ჩრდილოეთ ამერიკაში არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის დისციპლინები ასევე მხარს უჭერდნენ ემპირიულად დადასტურებული თერაპიების სწავლებისა და პრაქტიკის საჭიროებას. მაგალითად, ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის ფსიქიატრიის რეზიდენტურის მიერ დადგენილი სტანდარტები, ისევე როგორც ამერიკისა და კანადის ფსიქოლოგთა ასოციაციის კლინიკისტი და საკონსულტაციო ფსიქოლოგების ტრენინგის სააკრედიტაციო სტანდარტები, მოითხოვს, რომ სტუდენტებს ხელი მიუწვდებოდეთ ემპირიულად დადასტურებულ მკურნალობის ფორმებზე.

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია გამოიყენებოდა სხვადასხვა დარღვევებისა და პრობლემების სამკურნალოდ. ის საკმაოდ ფართოდ იყო გავრცელებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს თემში წიგნებისა და მკურნალობის სახელმძღვანელოების საშუალებით, ხოლო საზოგადოებაში, მედიისა და ინტერნეტ გვერდების საშუალებით (მაგალითად, [www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)). საზოგადოება სულ უფრო და უფრო მეტად მოითხოვდა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფართო გამოყენებას მკურნალობაში. ვაღიარებთ რა კვლევების მნიშვნელობას, კლინიკისტიებმა უნდა გამოვიჩინოთ სიფრთხილე, რათა კოგნიტურ-



ბიჰევიორული თერაპიის პოპულარობამ არ გადააჭარბოს მისი ეფექტურობის მტკიცებულებას (იხ. მოცემული სახელმძღვანელოს თავი 11). რა თქმა უნდა, დასავლურ საზოგადოებაში მოთხოვნა ბევრად აღემატება ხელმისაწვდომი სერვისის მიწოდებების რაოდენობას. ბევრ ქვეყანაში ჯერ კიდევ მწვავედ დგას კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტების ნაკლებობა, რეალურ მოთხოვნასთან და საზოგადოებისათვის თერაპიის პოტენციურ მნიშვნელობასთან მიმართებაში.

თუ განვიხილავთ დეპრესიის მაგალითს, ვიცით, რომ დროის გარკვეულ მომენტში, მოსახლეობის დაახლოებით 3% განიცდის დეპრესიის ეპიზოდს (Kessler, 2002). აშშ-ს მოსახლეობა დაახლოებით 300 მილიონს შეადგენს, ამდენად ეს ნიშნავს, რომ დღეისათვის სახეზეა დეპრესიის 9 მილიონი შემთხვევა. დეპრესიის მკურნალობისას, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კლინიკურ კვლევებში ხშირად გამოიყენება 20 სესიისგან შემდგარი მკურნალობის პროტოკოლი. თუ დეპრესიის ყველა ამ შემთხვევის მკურნალობა მოხდება ადეკვატურად (და მხოლოდ) კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით, მაშინ, დაახლოებით 180 მილიონი სამკურნალო სესია იქნება საჭირო! და ეს მხოლოდ დეპრესიაზე საუბარია; ყველა განკურნებადი ფსიქიკური დარღვევების გავრცელება გაცილებით მაღალია. ხელმისაწვდომი სერვისების და პროგრამების სწრაფი თვალის გადავლებითაც აშკარაა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიული სესიები არ არის საკმარისი. ზოგიერთი ჯანდაცვის სისტემა, როგორცაა დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური, რეკომენდაციას უწევს „საფეხურეობრივ მიდგომას“, სადაც მსუბუქი პრობლემების შემთხვევაში, გამოიყენება მინიმალური ინტერვენცია. ეს შეიძლება იყოს ბიბლიოთერაპია, ფსიქოგანათლება და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თვით-დახმარების ჯგუფები. ამ ახალი მიდგომების მიზანია ხელმისაწვდომი რესურსების გაფართოება. აქტიურ პრაქტიკაში ჩართული კლინიციისტების უმრავლესობა ეძებს მკურნალობის დამატებით საშუალებებს, როგორცაა თვით-დახმარების ჯგუფები ან სათემო პროგრამები.

რა ხდება კოგნიტურ-ბიჰევიორული სერვისების მოთხოვნაზე და მიწოდებაში არსებული მნიშვნელოვანი დისბალანსის პირობებში? მტკიცებულებაზე დაფუძნებული თერაპიის მოთხოვნის გამო საჭიროა სასწავლო პროგრამებში მკურნალობის ამ ფორმების უფრო ვრცლად ჩართვა. სავარაუდოდ, გრძელვადიან პერსპექტივაში, გაცილებით მეტი სერვისის მიწოდებელი შეძლებს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის განხორციელებას. მოკლევადიან პერსპექტივაში, ჩვენ ასევე ვხედავთ, თუ როგორ ფართოვდება მოთხოვნა უწყვეტ სასერტიფიკატო სასწავლო პროგრამებზე, უწყვეტ საგანმანათლებლო აქტივობებზე, მკურნალობის სახელმძღვანელოების გამოცემასა და განათლების სხვა ფორმებზე. ბევრი პრაქტიკოსი სარგებლობს ამ აქტივობებით. ასევე, დადებით ტენდენციას წარმოადგენს იმ სერვისების განვითარება, რომელიც უშუალოდ ეძღვნება და მოიცავს თავის საქმიანობაში კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას.

ამჟამად, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კლინიკები ფუნქციონირებენ სხვადასხვა სახის დანერგულებებში, დანერგული კერძო პრაქტიკიდან დამთავრებული პოლიკლინიკებით, მესამე რიგის (სარეაბილიტაციო) და სპეციალური ზრუნვის კლინიკებით, თემზე დაფუძნებული პროგრამებით. აშშ-ში, ჯანდაცვის სადაზღვევო ორგანიზაციებმა ფართოდ ჩართეს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროგრამები მათ მიერ შეთავაზებულ სერვისებში. ცხადია, რომ ჯანდაცვის სადაზღვევო ორგანიზაციების მიერ აქცენტის გაკეთება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაზე ნაწილობრივ ეფუძნება მოკლევადიან მკურნალობას და ის, შესაბამისად, ალტერნატიულ მკურნალობასთან შედარებით დაბალ ხარჯებს მოითხოვს; აგრეთვე ეს არის იმ წარმატების შედეგი, რომელიც აღნიშნული მიდგომებით მიიღება გაცილებით გრძელვადიან მკურნალობასთან შედარებით. გამოჯანმრთელების შემცირებული დრო აისახება კლიენტის მხრიდან გაუმჯობესებულ ზოგად ფუნქციონირებაზე და ხარჯების შემცირებაზე, რაც მთლიანობაში ამცირებს ჯანდაცვაზე დახარჯულ თანხებს.

მიუხედავად კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ზემოთხსენებული პოზიტიური თვისებებისა, ასევე არსებობს გარკვეული სირთულეები და გამოწვევები. ბევრი პრაქტიკოსი დაინტერესებულია, მიიღოს მეტი განათლება და სუპერვიზია. როდის შეუძლია კლინიცისტს თქვას, რომ ფლობს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას? თერაპევტებისათვის მკურნალობის ამ მიდგომის სწავლებაში „ოქროს სტანდარტის“ არარსებობის გამო, სავარაუდოდ, დიდი განსხვავებაა უკვე არსებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ხარისხში. ასევე, აღსანიშნავია ისიც, რომ სხვადასხვა დანერგულებებში კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენება განსხვავებულად ესმით.

მაგალითად, კლინიცისტები ხშირად იყენებენ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ტექნიკებს მკურნალობის სხვა ფორმების კონტექსტში ან როგორც ჰიბრიდულ მიდგომას. პრაქტიკოსებს შეუძლიათ შეავსონ სხვა მიდგომები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით და გამოიყენონ ის „ეკლექტური“ პრაქტიკის სახით, მაგრამ არა მთლიანად კოგნიტურ-ბიჰევიორული შემთხვევის ფორმულირებით. კიდევ ერთი მცდარი შეხედულებაა ის, რომ რადგან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია გარკვეული „ტექნიკით“ იმართება, შედარებით ადვილია მისი სწავლა და პრაქტიკაში გამოყენება. როგორც ჩვენ მოცემულ წიგნში შემდეგ ვისაუბრებთ, ჩვენი ზოგადი პოზიცია არის ის, რომ თუკი არსებობს კონკრეტული პრობლემისათვის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, სახელმძღვანელოდ ჩამოყალიბებული მკურნალობა და ამ პრობლემის მქონე კლიენტი, მაშინ კლინიცისტმა უნდა იმოქმედოს სახელმძღვანელოს მიხედვით და უარი თქვას საკუთარ კლინიკურ მსჯელობაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ამის გაკეთების სერიოზული მიზეზი არსებობს.

სამოგადოების მხრიდან კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაზე მოთხოვნის კიდევ ერთ ნაკლოვანებას წარმოადგენს ის, რომ კლინიცისტები მას იყენებენ იმ პრობლემების დროსაც კი, როდესაც არ არსებობს მისი წარმატების მცირედი მტკიცებულებაც კი. ბუნებრივია, ასეთი ცდუნება

არსებობს, რადგან კლინიკისტები ზოგადად ცდილობენ საკუთარი კლიენტების მდგომარეობის შემსუბუქებას, მაშინაც კი, როცა მკურნალობის სხვა ეფექტური ფორმები შესაძლოა არ არსებობდეს. სამწუხაროდ, თუკი მკურნალობას შედეგი არ მოაქვს იმ სფეროში, რომელშიც ის ჩამოყალიბდა და გახდა ვალიდური, მიღებული შედეგი შეიძლება მიჩნეულ იქნას იმის მტკიცებულებად, რომ მკურნალობის ეს მოდელი მცდარია. გამოწვევას წარმოადგენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრინციპების დაბეჭითებით გამოყენება იმ პრობლემებთან მიმართებაში, სადაც წარმატების მიღწევის ნაკლები შანსია, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში დააზიანებს ამ მიდგომის რეპუტაციას.

მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიის მტკიცებულებითი ბაზა თავდაპირველად შეგროვდა კვლევით კლინიკებში. ასეთი კლინიკები იძლევა მკურნალობის კლინიკური ეფექტურობის საუკეთესო პირველ ტესტს, მაგრამ ისინი ხშირად იყენებენ მონაწილეთა ჩართვისა და გამორიცხვის მკაცრ კრიტერიუმებს და ზედმიწევნით სუპერვიზიას უწევენ თერაპევტებსა და კლინიკაში არსებულ სხვა სერვისებს. ამის საპირისპიროდ, მრავლობითი პრობლემების მქონე კლიენტები ხშირად მიმართავენ კლინიკას, სადაც ვერ ხერხდება მათი ჩართვისა და გამორიცხვის კრიტერიუმებით სკრინინგი. ზოგადად, ასეთი კლიენტების მკურნალობა უფრო რთულია, ვიდრე მათი, ვისაც კლინიკებში ვხვდებით. კლიენტებს შორის ამგვარი განსხვავების გათვალისწინებით, გასაკვირი არ უნდა იყოს იმის გაგება, რომ კლინიკურ დაწესებულებებში მიღებული შედეგები არც ისე სერიოზულია, როგორც პირველად კვლევით ცდებში. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელოვანი კლინიკური სარგებელი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკის კონტექსტმა შეიძლება შეასუსტოს იგი ჩატარებულ კვლევებთან შედარებით, რომელთაც უპირველეს ყოვლისა, მიგვიყვანეს მკურნალობის ფორმის განვითარებასა და გავრცელებასთან.

სწორედ ეს საკითხები გვაბრუნებენ ამ წიგნის დაწერის ერთ-ერთ მიზეზთან: მიმოვიხილოთ ეფექტური მკურნალობის ფორმები და დაგეხმაროთ იმის გააზრებაში, თუ როგორ უნდა მიუდგეთ და უმკურნალოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს, კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის პრინციპების პრაქტიკული, თუმცა მტკიცებულებაზე დაფუძნებული გზებით.

## **კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სოციალური და კულტურული ფაქტორები**

ნებისმიერი სახის ფსიქოლოგიური მკურნალობის განვითარება არ ხდება ვაკუუმში. იგი მჭიდროდ უკავშირდება მისი შექმნის დროს არსებულ სოციალურ რწმენებსა და პრაქტიკას. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ჩამოყალიბდა რამდენიმე განსხვავებული სოციალური და კულტურული ტენდენციების კონტექსტში. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებს მნიშვნე-

ლოვანია გვესმოდეს ჩვენი საქმიანობის კონტექსტი, რადგან ეს ცოდნა ჩვენს პრაქტიკას გარკვეულ ფონს უქმნის. ასეთი გაგება, კლიენტების პრობლემებისადმი ჩვენს მიდგომას მთარგებს იმ კონტექსტს, რომელშიც ჩვენ ყველა ვცხოვრობთ. აღნიშნული ფაქტორების გათვალისწინება მიგვიყვანს კონსტრუქციული თერაპიის შეზღუდვების აღიარებისაკენ და მოგვცემს ცოდნას იმის შესახებ, თუ როდის უნდა ვცვალოთ სტანდარტული პრაქტიკა, ყოველი კონკრეტული კლიენტის საჭიროების დასაკმაყოფილებლად. ისევე, როგორც ფსიქოდინამიური თერაპია აღმოცენდა მე-19 საუკუნის ბოლოს და ადრეული მე-20 საუკუნის ფასეულობებიდან და ამ დროს არსებული ინტელექტუალური გარემოდან, კონსტრუქციული თერაპიაც ასევე ჩამოყალიბდა უფრო გვიანი კულტურიდან ჩრდილოეთ ამერიკაში, ევროპაში, სამხრეთ აფრიკასა და მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში.

ჩვენ ვცხოვრობთ იმ საზოგადოებაში, სადაც აქცენტი კეთდება ინდივიდუალიზმზე, რომელიც აფასებს დამოუკიდებლობას, პიროვნულ არჩევანსა და მომავლის კონტროლის განსაზღვრისა და განხორციელების უნარს. დასავლურ საზოგადოებაში ბევრ ადამიანს სჯერა, რომ მას შეუძლია აკონტროლოს საკუთარი ცხოვრების უმეტესი თუ არა, ბევრი ასპექტის გაკონტროლება. პირადი კონტროლის ამგვარ აღქმას, თეორიულად, შეუძლია ადამიანს მეტი პასუხისმგებლობა შესძინოს ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. ამის საპირისპიროდ, ამ კონტროლის შეგრძნებამ, შეიძლება ნეგატიური გავლენა იქონიოს და ასეთ საზოგადოებაში შფოთვა გაუჩინოს იმ ინდივიდებს, ვინც თავს უმწოდებლობს ან ვისაც შეზღუდული არჩევანი აქვს.

სტრესულ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანები უფრო ადვილად ხდებიან იზოლირებულნი იმ საზოგადოებისაგან, რომელიც აქცენტს ინდივიდუალიზმზე აკეთებს. ოჯახი, სამუშაო და თემის სოციალური ჯგუფები ნაკლებ პასუხისმგებლობას იღებენ ასეთი ინდივიდების საჭიროებებზე. აქედან გამომდინარე, თემის შეგრძნების გარეშე ადამიანები სავარაუდოდ უფრო იზოლირებულად გრძნობენ თავს. იმის ნაცვლად, რომ საკუთარი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად სოციალური დახმარება ეძებონ, ისინი მიმართავენ თერაპიებს, განსაკუთრებით თუკი ის მათ დაეხმარება ემოციური და სოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების სწავლაში. კონსტრუქციული თერაპიის ავტორები და პრაქტიკოსები ასევე ფასეულად თვლიან მიზნების დასახვას, არჩევანის გაკეთებას, მოქმედებასა და კონტროლს, სადაც ეს რეალისტურია. კონსტრუქციული თერაპიის ეს ასპექტები აქცევენ მას იდეალურ მიდგომად იმ ტიპის საზოგადოებისათვის, რომელშიც ის ჩამოყალიბდა.

ჩვენ ასევე ვცხოვრობთ სწრაფად მზარდ სამყაროში, სადაც ინფორმაციის მარტივად ხელმისაწვდომობამ რიგითი ადამიანისათვის ინფორმირების ნამდვილი აფეთქება გამოიწვია. ინფორმაციის მისაწვდომობაში რადიკალური ცვლილების ერთ-ერთ თანმხლებ მოვლენას წარმოადგენს ფსიქოთერაპიის ერთგვარი „დემისტიფიკაცია“. ტექნოლოგიური ცოდნით აღჭურვილ კლიენტებს შეუძლიათ, საერთაშორისო ჟურნალებსა და



მთელს მსოფლიოში არსებულ საუნივერსიტეტო ბიბლიოთეკებში მოიძიონ მკურნალობის შესახებ არსებული და კარგად ცნობილი მტკიცებულებები. კლიენტებს ხშირად აქვთ ინფორმაცია თვით-დიაგნოსტიკური პრობლემების შესახებ და ითხოვენ დახმარების კონკრეტულ ფორმას. იშვიათი არ არის, როდესაც კლიენტებს ჩატარებული აქვთ პირველადი კვლევა და წაკითხული აქვთ მასალა, როდესაც იცინი მოდიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიულ დაწესებულებებში და ითხოვენ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას.

ინფორმაციის მისაწვდომობამ შეიძლება განაპირობოს მეტი ღიაობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისადმი, რასაც მოყვება ამ პრობლემისადმი სტიგმის შესუსტება. ბევრი ორგანიზაცია, როგორცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ალიანსი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანადის ასოციაცია, ატარებენ საზოგადოებრივი ცნობიერების კამპანიას. ჩატარდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე წიგნიერების კვლევა, რომლის შედეგებიც გასაკვირი იყო. მაგალითად, ალბერტაში (კანადა), რანდომული პრინციპით შერჩეული და ტელეფონით გამოკითხული პირების დაახლოებით 85 % -მა შეძლო სტანდარტულ სცენარში, დეპრესიის მქონე პირის ზუსტად იდენტიფიცირება (Wang, 2007). მიუხედავად იმისა, რომ სტიგმა ჯერ კიდევ არსებობს, ასევე ავსტრალიაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა ბოლო ათწლეულში ინფორმირებულობის 10 %-იანი მატება (Wang, 2007).

ამაღლებულ საზოგადოებრივ ცნობიერებასთან ერთად, უფრო მეტად სოციალურად მისაღები ხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობის გზების ძებნა. ფსიქოთერაპიული კმაყოფილების კვლევა გამოქვეყნდა ისეთ პოპულარულ და ფართოდ კითხვად ჟურნალებში, როგორცაა „Consumer Reports“-ი. რიგითი ინდივიდისათვის უფრო მისაღები გახდა ფსიქოთერაპიული სერვისებით სარგებლობა და საზოგადოების გაცილებით მეტი ცნობილი ფიგურა გამოვიდა საკუთარ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე ღიად სასაუბროდ. ასეთ გაბედულ მაგალითებს მიეკუთვნება მარგარეტ ტრუდეუ (Margaret Trudeau), ჯენი პაული (Jane Pauley) და ჯონ როულინგი (J. K. Rowling). ცნობილი ადამიანების მიერ მკურნალობის მცდელობით შთაგონებული ადამიანები, ჩვეულებრივ ითხოვენ პრაქტიკულ და ეფექტურ თერაპიებს, როგორცაა კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობა.

ადამიანები ხშირად ღებულობენ გზავნილს, რომ ისინი ჯანდაცვის სერვისის „მომხმარებლები“ არიან და რომ მათ კარგი „პროდუქტი“ უნდა შეიძინონ. პოპულარულ ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიები მკითხველს კარნახობენ იმ კითხვებს, რომელიც ჯანდაცვის საკუთარ პროვაიდერებს უნდა დაუსვან. თერაპევტები იღებენ კონკრეტულ სერვისზე, მათ შორის კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაზე მოთხოვნებს პოტენციური და რეალური კლიენტებისაგან. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომხმარებლები ასევე გახდნენ თავისი და საკუთარი ოჯახების ძლიერი ლობისტები. ჩამოყალიბებული ადვოკატირების ჯგუფები ჯანდაცვის ინდუსტრიას ეხმარებიან საკუთარ საქმიანობაში ანგარიშვალდებულების

კონსტრუქციის მოხდად, მომხმარებელთა მოძრაობამ სარგებელი მოუტანა ემპირიულად დადასტურებულ და მოკლევადიანი მკურნალობის ფორმებს. მომხმარებელთა ინტერესების დაცვა ასევე მხარს უჭერს მკურნალობის იმ ფორმებს, რომელიც კლიენტებთან აქტიური თანამშრომლობითა და თანასწორობის პრინციპით ხორციელდება. მომხმარებლებისათვის ასევე სასურველია თერაპიის გამჭვირვალობა, სადაც მკაფიოდაა აღწერილი მიზნები, დასაბუთება, მიდგომაში გამოყენებული მეთოდები. ასეთი აქტივობები ტიპურია კონსტრუქტიურ-ბიჰევიორული თერაპიისთვის.

მომხმარებელთა ინტერესების დაცვასთან არის დაკავშირებული ჯანდაცვაში ხარჯების შემცირების საკითხი. მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების უმეტესობაში, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ხარჯები მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო ათწლეულებში სხვადასხვა მიზეზის, მათ შორის, მონინავე ტექნოლოგიების გამოყენებისა და მოსახლეობის დაბერების გამო. ხარჯების შემცირებით აიხსნება მოკლე-ვადიანი, პრაქტიკული მკურნალობის ფორმების გამოყენება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე გაზრდილმა მოთხოვნამ და როგორც ზემოთ აღინიშნა, გაზრდილმა ღირებულებამ, მკურნალობის შეზღუდულ წვდომასთან ერთად, მოითხოვა მოკლევადიანი მკურნალობის ფორმების, სერვისის ფარგლებში ზღვრების ან სერვისზე მისაწვდომობის ლიმიტების შემოტანა. ჯანდაცვის სფეროს ოფიციალური სტრუქტურები, საავადმყოფოების მმართველი საბჭოები, სამედიცინო დაზღვევის ჯგუფები და სადაზღვევო კომპანიები რეგულარულ მონიტორინგს ახორციელებენ ისეთ პარამეტრებთან მიმართებაში, როგორცაა საავადმყოფოში გატარებული დღეები, სამკურნალო სესიების რაოდენობა, კლიენტების კმაყოფილება და ჯანდაცვის სფეროში მიღებული შედეგები. ჯანდაცვის სისტემების უმეტესობა ანგარიშვალდებული უნდა იყოს ქვედა დონეზე, რაც წარმოადგენს სერვისის მიწოდების საფასურს იმავე სერვისების შედეგებთან შედარებით. ყველა ეს ფაქტორი აქცევს კონსტრუქტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიას სასურველად, რამდენადაც იგი არის შედარებით იაფი, იძლევა გამოშვად და შესამჩნევ პოზიტიურ შედეგებს და ხასიათდება რეციდივის დაბალი მაჩვენებლით.

ეკონომიკურ ფაქტორებზე აქცენტირებამ გავლენა იქონია კვლევისა და განვითარებაზე, ისევე როგორც უშუალოდ სერვისის მიწოდებაზე. ფართო გაგებით, კვლევისთვის თანხების შემოღინება ხდება საჭარო ან კერძო სექტორიდან. სულ უფრო მეტად შეიზღუდა კვლევისა და განვითარებისათვის საჭირო ფინანსები და სულ უფრო მეტად დაფინანსების წყაროების ფოკუსში მოექცა საზოგადოებრივი პრობლემების გადაჭრა, სოციალური საკითხები ან ჯანდაცვის სავარაუდო საჭიროებები. კვლევებისათვის საჭირო თანხების შედარებით შემცირებასთან ერთად, ლობისტმა ჯგუფებმა, ფონდებმა და კერძო კვლევითმა სააგენტოებმა, კვლევის განხორციელებაზე საკუთარი გავლენა გააძლიერეს. ზოგადად, კვლევებისა და განვითარების დამფინანსებელი ჯგუფები აქცენტს აკეთებენ იმაზე, რომ მოკლევადიანმა, მტკიცებულებაზე დაფუძნებულმა ინტერვენციებმა ხელი შეუწყოს კონსტრუქტიურ-ბიჰევიორული თეორიებისა და თერაპიების შემდგომ კვლევებსა და განვითარებას.

ბოლო ზოგადი ფაქტორი, რომელმაც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის განვითარების სტიმულირებას შეუწყო ხელი, არის ჩვენი სწრაფად განვითარებადი საზოგადოება, რომელსაც „დროის უკმარისობის“ აღქმა და ეფექტურობასა და ეფექტიანობაზე აქცენტირება ახასიათებს. დროის უკმარისობამ შედეგად მოიტანა აქცენტის გადატანა პრობლემის პრაქტიკულ და მოკლევადიან გადაჭრაზე. რამდენიმე ურთიერთდაკავშირებულმა ფაქტორმა კი გამოიწვია უპირატესობის მინიჭება პრობლემის პრაქტიკული და მოკლევადიანი გადაწყვეტილებებისათვის. სულ უფრო მეტი ადამიანი საუბრობს მის ცხოვრებაში მომატებული სტრესისა და დროის უკმარისობის შეგრძნების გამო. ჩრდილოეთ ამერიკის ოჯახების უმეტესობას შემოსავლის ორი წყარო აქვს, რაც თითქმის აღარ უტოვებს თვით-მოვლისა და სხვა სახის პირადი აქტივობებისათვის საჭირო დროს. სულ უფრო მეტად არის მოთხოვნა სწრაფ, ზოგადი სახის და პრაქტიკულ რჩევაზე, რომელიც მისაწვდომი და სასარგებლო იქნება. ასეთი მახასიათებლები შეიძლება მოძიებულ იქნას კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში.

## დასკვნა

ყველა შემოსხმებულმა ფაქტორმა თავისებური გავლენა იქონია მოკლევადიანი, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, შედეგებზე ფოკუსირებული ფსიქოთერაპიების ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიის მტკიცებულებითმა მონაცემებმა განსაკუთრებით მოიმატა ბოლო 20 წლის განმავლობაში და სულ უფრო მეტი ადამიანი იცნობს კვლევის შედეგად აღმოჩენილ ფაქტებს. სააგენტოები, რომლებიც ამ კვლევებს აფინანსებენ, როგორცაა ჯანდაცვის სისტემები, კერძო სადაზღვევო კომპანიები, სადაზღვევო სამედიცინო ჯგუფები, სულ უფრო მეტად აცნობიერებენ და აღიარებენ მკურნალობის პოზიტიურ და გაზომვად შედეგებს. თუ ორი თერაპიის შედეგი არის ერთნაირი, მაგრამ ერთ-ერთი მათგანი არის უფრო სწრაფი და ნაკლებ ხარჯიანი, ადამიანების უმეტესობა აირჩევს უფრო სწრაფ და იაფ ვარიანტს.

რატომ უნდა გაითვალისწინოს ეს ფაქტორები რიგითმა კლინიცისტმა? მნიშვნელოვანია გვესმოდეს ეს კონტექსტუალური ფაქტორები და ხელი შევუწყოთ სისტემაში არსებული შეზღუდვების შემსუბუქებას. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიებთან დაკავშირებული ცოდნის ბაზა მნიშვნელოვნად აღემატება ჯანდაცვის ამ სფეროსის მისაწვდომობას. მკვლევრების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ორგანიზატორებისა და კლინიცისტების ახალი თაობის მთავარი გამოწვევა იქნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეფექტური მკურნალობის გავრცელება ინდივიდების მაქსიმალურად დიდ რაოდენობაზე. წარმოდგენილი დისკუსიის ერთ-ერთ დასკვნას წარმოადგენს ის, რომ ისტორიის მოცემული მომენტისათვის, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია გახდა ფსიქოლოგიური მკურნალობის ძალიან შესატყვისი მკურნალობის ფორმა. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია

შეიძლება განხილული იქნას როგორც „თერაპია, რომლის დროც ახლა არის“.

მომდევნო თავებში გთავაზობთ არა მხოლოდ პრაქტიკულ რჩევებს თქვენს პრაქტიკაში გამოსაყენებლად, ასევე, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საერთო ან ჩვეული ელემენტების შესახებ კვლევის შედეგების განხილვას. იმედი გვაქვს, მოგანოდებთ შეფასებისა და შემთხვევის ფორმულირების პრაქტიკულ რეკომენდაციებს და ასევე უმთავრეს ქცევით, კოგნიტურ და სქემაზე ფოკუსირებულ ინტერვენციებს. ბევრი პრაქტიკოსისთვის შესაძლოა რთული აღმოჩნდეს მკურნალობის დასრულების ეტაპი და ჩვენ განვიხილავთ ამ ეტაპსაც, მათ შორის შესაძლო რეციდივის პრევენციას. პრაქტიკაში შესაძლოა აღმოცენდეს მრავალი გამოწვევა და ასეც ხდება, ამიტომ ჩვენ ვისაუბრებთ ზოგიერთ მათგანზე და შემოგთავაზებთ რჩევებს მათი მართვისათვის.

ჩვენს პრაქტიკაში კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის აქტიურად გამოყენების პირობებში, ძალიან მნიშვნელოვანია, განვაგრძოთ მისი კომპონენტების კითხვის ქვეშ დაყენება. ჩვენ ასევე ღია უნდა ვიყოთ სხვა ხელმისაწვდომი, ეფექტური მიდგომებისადმი. მხოლოდ იმიტომ, რომ კლინიკურმა კვლევებმა დაადასტურა კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის ეფექტურობა რიგში მყოფ საკონტროლო ჯგუფთან ან მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან შედარებით, თავისთავად არ ნიშნავს, რომ იგივე მკურნალობა ეფექტური იქნება თქვენს პრაქტიკაში. როგორც თერაპევტებმა, ჩვენ უნდა შევინარჩუნოთ არა მხოლოდ ჩვენი ადამიანურობა (McWilliams, 2005), არამედ ასევე ჩვენი თავმდაბლობა და ცნობისმოყვარეობა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სხვადასხვა ელემენტებთან მიმართებაში.



## თავი 2

### შეფასება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში

მოცემულ თავში ჩვენ მიმოვიხილავთ შეფასების პროცესს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, პრაქტიკისათვის საჭირო პრაქტიკულ ინსტრუმენტებზე ყურადღების გამახვილებით. არსებობის შემთხვევაში ჩვენ ასევე წარმოგიდგინებთ კლინიკური გადანყვეტილებების ემპირიულ საფუძველს, რაც შესაბამისობაშია წარმოდგენილი წიგნის ძირითად მიზანთან, ერთმანეთს დაუკავშიროს მეცნიერება და პრაქტიკა. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოლოგიური და ფსიქიატრიული შეფასების საკითხი ბევრ წიგნშია დეტალურად განხილული, მხოლოდ მცირედშია აღწერილი ამ პროცესის პრაქტიკული ასპექტები. კიდევ უფრო ცოტაა ლიტერატურა, სადაც დიფერენცირებულია კოგნიტურ-ბიჰევიორული კლინიციკლებისთვის სასარგებლო ინსტრუმენტები.

ფსიქოლოგიურ შეფასებასა (მაგალითად, GrothMarnat, 2003; Antony & Barlow, 2002) და სადიაგნოსტიკო ინტერვიუს ჩატარებაზე (e.g., Othmer & Othmer, 1994) ვრცელი მასალა არსებობს. ეს წიგნები წარმოადგენს შეფასებაში გამოყენებული კონცეპტუალური საკითხების საუკეთესო წყაროს და რესურსებს იძლევა შეფასების არსებული საზომებისა და მათი ფსიქომეტრული მახასიათებლების ფართო სპექტრის შესახებ. რამდენადაც ასეთი რესურსები უკვე არსებობს, ჩვენ არ გთავაზობთ ზოგად ინფორმაციას დიაგნოსტიკურ ან ფსიქოლოგიურ შეფასებაზე. კლინიციკლების უმეტესობა კარგად იცნობს DSM-IV-ს (ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია, 2000) და ფსიქოლოგიური შეფასების ჩასატარებლად საჭირო საბაზისო პრინციპებსა და პრაქტიკას, როგორცაა ფსიქოლოგიური ტესტების ადმინისტრირება და ინტერპრეტაცია. შემთხვევის კარგი კონცეპტუალიზაცია და მკურნალობის დაგეგმვა ვალიდურ და სათანადო შეფასებას ემყარება, ასე რომ, თუ დაინტერესებული ხართ აღნიშნული სფეროს შემდგომი შესწავლით, ათვლის წერტილად გემო ხსენებულ ლიტერატურას გავეწვდით რეკომენდაციას.

ფსიქოლოგიური შეფასება შეიძლება სხვადასხვა მიზანსემსახურებოდეს,

მათ შორის ინტელექტუალურ ან კოგნიტურ შეფასებას, დასწავლის უნარის დარღვევების ან პიროვნული ფუნქციონირების შეფასებას და ფსიქოლოგიური დარღვევების დიაგნოსტიკას. მოცემულ თავში განხილული შეფასების ინსტრუმენტები და პრაქტიკა მხოლოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში შეფასებისთვისაა განკუთვნილი და არა სხვა სახის ფსიქოლოგიური შეფასებისათვის. კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობისთვის შეფასების მიზანია იმ დიაგნოზისა და პრობლემების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება, რომელიც კლიენტმა შეიძლება თერაპიაში შემოიტანოს, მკურნალობის დაგეგმვისთვის მნიშვნელოვანი კლიენტის ძლიერი და სუსტი მხარეების განსაზღვრა, კლიენტის ინფორმირებულობის გაზრდა მკურნალობის მოდელის შესახებ და მკურნალობის ადრეულ ეტაპებზე კლიენტის ჩართვის ხელშეწყობა. პირველი ინტერვიუ ასევე დაგეგმარებათ კლიენტთან ინტერპერსონალური ურთიერთობების ჩამოყალიბებაში, პრობლემების ჩამონათვალის ერთად შედგენასა და კოგნიტურ-ბიჰევიორული შემთხვევის ფორმულირების დაწყებაში. ამ თავში განხილულია შეფასების პრაქტიკა, მოცემულია კოგნიტურ-ბიჰევიორული კლინიკური პრაქტიკისთვის რჩევები და შეფასების ინსტრუმენტები. სანამ თავად შეფასებასთან დაკავშირებით ვისაუბრებთ, ჩვენ მოკლედ მიმოვიხილავთ ემპირიულად დაფუძნებული შეფასების მტკიცებულებათა ბაზას, კონკრეტულად კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფარგლებში.

## **ისტორიული თქვენი მთავარი მთავარი ბაზა: ემპირიულად დაფუძნებული შეფასება**

მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ ყველა თერაპიული მკურნალობა და ურთიერთობები იწყება შეფასებით, ემპირიულ მონაცემებზე დაფუძნებული შეფასება ჯერ კიდევ ჩამორჩება ემპირიულ მონაცემებზე დაფუძნებულ მკურნალობის ფორმებსა და ურთიერთობებს (Hunsley, Crabb, & Mash, 2004). ასევე გასაკვირია, რომ ეს განსვლა არსებობს შეფასებაში ფსიქომეტრული კვლევის ხანგრძლივი ისტორიის მიუხედავად. თუმცა, ემპირიულ მონაცემებზე დაფუძნებული შეფასება გულისხმობს არა მხოლოდ ინტერვიუს, თვით-შეფასების და შეფასებაში გამოყენებული სხვა სახის საზომების სანდობასა და ვალიდობას, არამედ ამ საშუალებების დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო სარგებელსაც. გარდა ამისა, კლინიცისტების მიერ გადანაცვლებების მიღების გაუმჯობესებასა და ისეთ პრაქტიკულ საკითხებს, როგორცაა ხარჯები და ადმინისტრირების სიმარტივე (Hunsley & Mash, 2005). მეიერის (Meyer და სხვ. (2001) და ჰენსლის (Hunsley (2002) -ის მიერ მოხდა ფსიქოლოგიური ტესტირების დიფერენცირება ფსიქოლოგიური შეფასებისაგან. ფსიქოლოგიური შეფასება გაცილებით ფართო ცნებაა ვიდრე ტესტირება და ჩვეულებრივ, ეფუძნება ინფორმაციის მრავლობით წყაროს, ამ ინფორმაციის ინტეგრირებას და კლინიკურ მსჯელობისა და გადანაცვლებების

გამოყენებას. ამრიგად, ფსიქოლოგიური ტესტირება ხორციელდება როგორც შეფასების მხარდაჭერი და ჩვეულებრივ წარმოადგენს მის შემადგენელ, მაგრამ არა ერთადერთ კომპონენტს, ის ემპირიულ მონაცემებზე დაფუძნებული შეფასების მხოლოდ ერთ-ერთი ნაწილია.

ფსიქოლოგიური შეფასების სამუშაო ჯგუფმა (PAWG) საქმიანობაზე უფლებამოსილება მიიღო 1996 წელს, ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის პროფესიონალურ საკითხთა საბჭოს მიერ. მათი ანგარიშიდან (Meyer და სხვ., 2001) გამომდინარე: 1) ფსიქოლოგიური ტესტის ვალიდურობა მყარი და დამაჯერებელია; 2) ფსიქოლოგიური ტესტის ვალიდურობა შეიძლება შედარებული იქნას სამედიცინო ტესტის ვალიდურობასთან; 3) შეფასების კონკრეტული მეთოდები წარმოადგენს ინფორმაციის უნიკალურ წყაროს და 4) კლინიკისტები, რომლებიც მხოლოდ ინტერვიუს ეყრდნობიან, გაცილებით მძიმე არიან შეფასების არასაკმარისი და არასრული გააზრებისკენ.

მეიერის და სხვათა (Meyer და სხვ. (2001) ანგარიშის ერთი მნიშვნელოვანი აღმოჩენა იყო ის, რომ სხვადასხვა ფსიქოლოგიური ტესტების პრედიქტული ვალიდობის კოეფიციენტები შეიძლება შედარდეს და ზოგჯერ აღემატება კიდევ სამედიცინო ტესტების პრედიქტულ ვალიდობას. მაგ., რუტინული ულტრაბგერითი გამოკვლევების გამოყენება არ აღმოჩნდა კავშირში ფეხმძიმობის წარმატებული გამოსავალთან ( $r = .01$ ), ისევე როგორც არ აღმოჩნდა კავშირი ბევის უიმედობის სკალასა და შემდგომ თვითმკვლელობას შორის ( $r = .08$ ). აღნიშნულის საპირისპიროდ, გამოხატული ემოცია (expressed emotion) ზომიერად ან მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული შიზოფრენიისა და განწყობის დარღვევების მქონე პირებში შემდგომ რეციდივთან ( $r = .32$ ). აქედან გამომდინარე, ფსიქოლოგიურ ტესტებს შეუძლიათ გააუმჯობესონ წინასწარმეტყველების შესაძლებლობები.

სამწუხაროდ, მეიერის და სხვ. (Meyer და სხვ. (2001) ანგარიშში არ იქნა შესწავლილი რომელიმე სკალა, რომელიც კოგნიტურ-ბიპვევიორული ინტერვენციების შედეგების პროგნოზირებას შეძლებდა. ასევე არ იყო გათვალისწინებული კოგნიტური შეცდომების რაიმე სპეციფიკური საზომი ან კოგნიტურ-ბიპვევიორული თერაპიისთვის უნიკალური რომელიმე სხვა ფაქტორი. ერთ-ერთი მიზეზი, რის გამოც კოგნიტურ-ბიპვევიორული საზომები და მათი თერაპიის შედეგებთან ურთიერთკავშირი არ იქნა ჩართული, არის შეფასებისა და მკურნალობის პრაქტიკაში ისტორიულად არსებული დაყოფა. ერთ კონკრეტულ საზომს შეიძლება კარგი ფსიქომეტრული მახასიათებლები ჰქონდეს, მაგრამ ემპირიულ მონაცემებზე დაფუძნებული შეფასებების დანიშნულებაა, გაითვალისწინოს თავად შეფასების პროცესის სამეცნიერო ვალიდობა და არა მხოლოდ ერთი საზომის მახასიათებლები. ინსტრუმენტები შეფასების მთლიანი პროცესის მხოლოდ ერთი-ერთი ნაწილია, შეფასების პროცესი კი ემპირიულად გამყარებული უნდა იყოს.

ჰანსლი და მშის (Hunsley და Mash (2005) ემპირიულ მონაცემებზე დაფუძნებული შეფასების განმარტება აერთიანებს როგორც დიაგნოსტიკურ,

ასევე სამკურნალო სარგებელს. დიაგნოსტიკური სარგებელი განისაზღვრება როგორც მაჩვენებელი, თუ რამდენად ეხმარება შეფასების მონაცემები დიაგნოზის ფორმულირებას.ჰეისის, ნელსონისა და ჯარეტის (Hayes, Nelson, და Jarrett (1987) მიერ, **სამკურნალო სარგებელი** განისაზღვრა როგორც მაჩვენებელი, თუ რამდენად უწყობს ხელს შეფასება მკურნალობის პოზიტიურ შედეგს. არსებითად, ჰეისის და სხვ. (Hayes და სხვ.) მიერ დასმულ იქნა კითხვა, უწყობს თუ არა ხელს შეფასება მკურნალობის წარმატებულ შედეგს. ნელსონ-გრეიმ (Nelson-Gray, 2003) ასევე დააყენა საკითხი ფსიქოლოგიური შეფასების სამკურნალო სარგებელის შესახებ. მან აღწერა სტანდარტიზებული დიაგნოსტიკური ინტერვიუები და აღნიშნა, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ამ ინსტრუმენტების ზრდადი ვალიდობის შემოწმება შეიძლებოდა შედეგებთან მიმართებაში, ასეთი კვლევა ზოგადად არ ჩატარებულა. ამდენად, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიცისტების უმეტესობა უსვამს თავის კლიენტებს დიაგნოზს, ნელსონ-გრეი ამტკიცებდა, რომ ეს პროცესი უპირველეს ყოვლისა სასარგებლოა მკურნალობის ფორმის შერჩევისთვის, ვიდრე მკურნალობის შედეგის პროგნოზირებისათვის. ძალიან ცოტა კვლევა არის ჩატარებული დიაგნოსტიკურ სარგებელზე. ამ სფეროში კვლევამ უნდა მოიცვას კლიენტების შედეგების შეფასება იმავე მკურნალობის გამოყენებით, რომელშიც დიაგნოზი იქნა დასმული, სტანდარტიზებული დიაგნოსტიკური ინტერვიუს გამოყენებით და არა არა-სტანდარტიზებული ინტერვიუთი ან სხვაისეთი ინსტრუმენტით, როგორცაა ფუნქციური ანალიზი.

დიაგნოსტიკური შეფასების საპირისპიროდ, ფუნქციური ანალიზი წარმოადგენს ტრადიციულ სტრატეგიას ბიჰევიორული შეფასებისა და მკურნალობის დასაკავშირებლად. ტრადიციულ ბიჰევიორულ ფუნქციურ ანალიზში, შეფასების პროცესში ხდება გარემოს იმ ცვლადების იდენტიფიცირება, რომელიც ითვლება, რომ აკონტროლებენ სამიზნე ან პრობლემურ ქცევას და შემდეგ მკურნალობაში გამოიყენება როგორც ცვლილების სამიზნე. რამდენიმე კვლევამ დაადასტურა ფუნქციური ანალიზის სამკურნალო სარგებელი, განსაკუთრებით უფრო მძიმე პრობლემების შემთხვევაში (მაგ., Carr & Durand, 1985).

დასკვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ან ემპირიულად გამყარებული შეფასება ჯერ კიდევ განვითარების დასაწყისშია. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის ხელშეწყობა მტკიცებულებაზე დაფუძნებული შეფასების გარეშე, აშენბახის (Achenbach, 2005)-ის მიერ აღწერილ იქნა როგორც დიდებული სახლის მშენებლობა საძირკვლის ჩაყრის გარეშე. მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული შეფასების ინიციატივის შესახებ, განსაკუთრებით ახლა, როცა შეფასების გაიდლაინები და რეკომენდაციები მუშავდება. მომავალში, შეიძლება გვეჩვენოს მეტი შესაძლებლობა, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ პრაქტიკაში ერთმანეთს დავუკავშიროთ შეფასებისა და მკურნალობის შედეგები.

## კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასების ინსტრუმენტები

ფსიქოლოგიური შეფასებისთვის მრავალი სპეციფიკური ტესტი, ინსტრუმენტი და საზომი იქნა შემუშავებული. საკმაოდ რთული შეიძლება იყოს მუდმივად განახლებული ლიტერატურის საფუძველზე, ჩვენი პრაქტიკისათვის ყველაზე სასარგებლო და ემპირიულად გამყარებული ინსტრუმენტებისა და მეთოდების შერჩევა. ბევრ პოპულარულ საზომს არ აქვს კარგი ფსიქომეტრული მახასიათებელი (Hunsley et. Al., 2004) და მათი უმეტესობა არ არის კოგნიტურ-ბიჰევიორული პრაქტიკისთვის განკუთვნილი. მაგ., ფსიქოლოგიური ტესტი, რომელიც აფასებს პიროვნების ნიშან-თვისებებს, ვერ იქნება სასარგებლო მაშინ, როდესაც ნიშან-თვისებები არ არის ინტერვენციის ფოკუსი. ზოგადი სიმპტომების საზომს, როგორცაა სიმპტომთა ჩამონათვალი-90 - რედაქტირებული (SCL-90-R, Derogatis, 1994), შეუძლია დისტრესისა და სხვადასხვა სფეროში მთელი რიგი სპეციფიკურისიმპტომების იდენტიფიცირება, თუმცა ის არ იძლევა კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასებისათვის სასარგებლო ინფორმაციას, გარდა იმისა, რაც კლიენტის პრობლემების მარტივ ჩამონათვალია მოცემული.

შეფასების მაქსიმალური ვალიდობისთვის ეფექტურ პრაქტიკას წარმოადგენს მრავლობითი მეთოდებისა და საზომების გამოყენება. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ამ მრავლობით მეთოდებს ჰქონდეთ კარგი ფსიქომეტრული მახასიათებლები და დამატებით ახალ საჭირო ინფორმაციას სძენდეს შეფასებას, რათა ის სასარგებლო იყოს. უბრალოდ მეტი საზომის დამატება არ ნიშნავს ვალიდობის გაუმჯობესებას. დიაგნოსტიკური ინტერვიუ ხშირად კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასების საწყისი წერტილია, მაგრამ წარმატებული მკურნალობის დაგეგმვა იწყება კოგნიტური და ბიჰევიორული ცვლადების უფრო მეტად სრულყოფილი შეფასების შემდეგ. არსებობს რამდენიმე სახელმძღვანელო ემპირიულად გამყარებული კრიტერიუმებით ისეთ პრობლემებთან მიმართებაში, როგორცაა შფოთვა (Antony, Orsillo, & Roemer, 2001) და დეპრესია (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000). ამ წიგნებში წარმოდგენილ კრიტერიუმებს აქვთ მდგრადი ფსიქომეტრული მაჩვენებლები, ადვილად ხელმისაწვდომია კლინიკური გამოყენებისათვის, და განკუთვნილია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში გამოყენებისათვის. აღნიშნული წიგნების უმეტესობა შეიქმნა კვლევით დაწესებულებებში, თუმცა სამკურნალო სარგებელი ან მათი გამოყენება სხვადასხვა დაწესებულებებსა ან პოპულაციასთან, არ არის დადგენილი. შემდგომ თავებში, ჩვენ განვიხილავთ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში უფრო ფართოდ გამოყენებულ ფსიქომეტრულად დადასტურებულ შეფასების მეთოდებს.

### ინტერვიუ

შეფასება იწყება ინტერვიუთი. შეფასების ინტერვიუს სხვადასხვა სახეობიდან, უამრავი სტრუქტურირებული და ნახევრად სტრუქტური-



რებული ინტერვიუ ჩამოყალიბდა. ზოგიერთი მათგანის შექმნა შეუძლიათ კვალიფიცირებულ პროფესიონალებს. სტრუქტურირებული ინტერვიუების უმეტესობა მიზნად ისახავს კლიენტის დიაგნოზის განსაზღვრას უფრო მეტად, ვიდრე იმ პრობლემის, რომელზე ფოკუსირებაც შესაძლოა კლიენტს სურდეს თერაპიის პროცესში. დიაგნოსტიკური ინტერვიუს მაგალითებია სტრუქტურირებული კლინიკური ინტერვიუ DSM – IV-ისათვის I დერძე დარღვევებისთვის (SCID: First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997), აფექტური აშლილობისა და შიზოფრენიის ცხრილი (SADS Endicott & Spitzer, 1978), ფსიქიკური დარღვევების შეფასება პირველად ჯანდაცვაში (PRIME – MD; Spitzer et.al., 1994), დიაგნოსტიკური ინტერვიუს ცხრილი (DIS; Robins, Cottler, Bucholz, & Compton, 1995) და შფოთვითი დარღვევების ინტერვიუს ცხრილი DSIM –IV-ისათვის (ADIS-IV; Brown, Dinardo, & Barlow, 1994).

აღნიშნული დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტები რანჟირებს ნახევრად სტრუქტურირებულიდან მაღალ სტრუქტურირებულამდე. მათ ჩატარებას 45-დან 120 წუთამდე სჭირდება, გარდა PRIME – MD -ისა, რომლის ჩატარების ხანგრძლივობაა 10 -20 წუთი. PRIME – MD-ი შემუშავებულ იქნა როგორც სკრინინგ-ინსტრუმენტი პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის იმ კლიენტებთან გამოსაყენებლად, როდესაც სახეზეა გარკვეული ეჭვი, თუმცა არის იდენტიფიცირებული ფსიქიკური პრობლემები. თავისთავად, ეს კარგი პირველადი სკრინინგია დიაგნოსტიკური მიზნებისათვის, თუმცა ჩამორჩება სხვა ინტერვიუებს თავისი სრულყოფილებითა და საფუძვლიანობით. ყველა ამ ინტერვიუდან, ADIS-IV-ს ყველაზე უკეთ შეუძლია იმ სიტუაციებისა და რეაქციების იდენტიფიცირება, რომლებიც სასარგებლოა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის, განსაკუთრებით მაშინ, თუკი მთავარ პრობლემას წარმოადგენს შფოთვა ან გუნება-განწყობილების აშლილობა. მაგ., მასში ჩამოთვლილია პოტენციურად შიშის გამომწვევი სიტუაციები სხვადასხვა შფოთვითი აშლილობისთვის, რაც უფრო დაგეხმარებათ შემთხვევის ფორმულირების დაწყებაში, ვიდრე მარტივად დიაგნოზის დასმაში.

თუკი თქვენს პრაქტიკაში მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკური სკრინინგი, იფიქრეთ მინი-საერთაშორისო ნეიროფსიქიატრიულ ინტერვიუს (MINI) ვერსია 5.0-ს (Sheehan et.al., 1998) გამოყენებაზე. ეს არის კლინიციის-ტის ჩასატარებელი, გონივრული სიღრმისა და დაფარვის მქონე სტრუქტურირებული დიაგნოსტიკური ინტერვიუ, მიუხედავად იმისა, რომ ის გაცილებით მოკლეა ვიდრე ბევრი სხვა სტრუქტურირებული ინტერვიუ (დაახლოებით 15 წუთი). MINI ასევე ხელმისაწვდომია 30-ზე მეტ ენაზე და მისი ჩამოტვირთვა შესაძლებელია ვებ-გვერდიდან [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com). კვალიფიცირებული პროფესიონალებისათვის ის უფასოა.

სტრუქტურირებული და ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუები მოითხოვს საფუძვლიან შესწავლას და შეიძლება პრაქტიკული ან გამოყენებადი არ იყოს ყველა კლინიკურ დაწესებულებაში. დიაგნოზზე ფოკუსირებასთან ერთად, მათი უმეტესობა ჩამოყალიბებული იქნა კვლევის მიზნიდან გამომდინარე და თავდაპირველად გამოყენებული იქნა კვლევით

დანესებულებებში. დიაგნოსტიკური ინტერვიუები ფოკუსირებულია სიმპტომებზე, მათ განვითარებაზე და როგორც წესი, წარმოდგენს სანდო და ვალიდურ მეთოდს, რომელიც უზრუნველყოფს წარმოდგენილი სიმპტომების შესატყვისობას შეფასებას DSIM –IV-ის კრიტერიუმთან, კონკრეტულ დაავადებასთან მიმართებაში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ინტერვიუები ძალიან სასარგებლოა დიაგნოსტიკური მიზნებისათვის, ისინი ნაკლებადაა გამოყენებადია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სანყისი ეტაპებისათვის სასარგებლო ინფორმაციის დანამდვილებით მისაღებად, რამდენადაც ეს ნამდვილად არ არის მათი მიზანი. ისინი არ გვეხმარება ამროვნების შაბლონების იდენტიფიცირებაში, არც ქცევის ფუნქციური ანალიზის ჩატარებაში. თუკი თქვენი პრაქტიკისათვის მნიშვნელოვანია ფორმალური დიაგნოზის დადგენა, იფიქრეთ, როგორ ჩართავთ დიაგნოსტიკურ კითხვებს მთლიან შეფასებაში (იხ. ფორმა 2.1.). დიაგნოზის განსაზღვრასთან ერთად, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენების მიზანშეწონილობის დასადგენად და კლიენტის პრობლემების კონცეპტუალიზაციის დასაწყებად, აუცილებელია სხვა ინფორმაცია.

როგორც უკვე მოგახსენეთ, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, დიაგნოსტიკურ შეფასებასთან ერთად მოითხოვს დამატებით ინფორმაციას. სამწუხაროდ, კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასებისათვის არ არსებობს არცერთი სტანდარტიზებული ფორმატი ან სტრუქტურირებული ინტერვიუ. თუმცა, ეს ინფორმაცია აუცილებელია კლიენტის პრობლემების გასააზრებლად კოგნიტურ-ბიჰევიორული კონცეპტუალიზაციის თვალთახედვიდან. ჩვეულებრივ, ასეთი ინფორმაციის მოპოვება იწყება პირველ ინტერვიუზე, თუმცა შეფასება გრძელდება მთელი შემთხვევის განმავლობაში და შეიძლება ნებისმიერ დროს მოხდეს დამატებითი ინფორმაციის მიღება. ჩვენი აზრით, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის დასაწყებად სრული შეფასება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას:

*პრობლემა (პრობლემები)*, რომლითაც კლიენტი მოდის თერაპიისათვის დროის მოცემულ მომენტში. ჩვეულებრივ, კლიენტების უმეტესობის მიერ დასახელებული მთავარი პრობლემა უკავშირდება დიაგნოზს, მაგრამ პრობლემების ჩამონათვალის გაკეთება არ არის იგივე, რაც უბრალოდ კლიენტების დიაგნოზთან დაკავშირებული სიმპტომების ჩამოთვლა (თუკი ასეთი არსებობს). მაგ., დეპრესიის მქონე მამაკაცი შეიძლება უმუშევარი იყოს. მისი პრობლემები მოიცავს დეპრესიულ განწყობას, ენერჯის ნაკლებობას, ძილის დარღვევას და მოტივაციის დაკარგვას, რაც გავლენას ახდენს სამუშაოს ძიებაზე. მიუხედავად ამისა, მისი პრობლემების ჩამონათვალში შეიძლება იყოს როგორც ფინანსური პრობლემები, ასევე ოჯახური კონფლიქტი, რომლებიც თავისთავად დეპრესიის სიმპტომები არ არიან.

*ტრიგერები (აღმძვრელები) და პრობლემის/პრობლემებით გამოწვეული შედეგები.* ჩვეულებრივ, ეს პროცესი ინტერვიუერისაგან მოითხოვს გააზრებული კითხვებს დასმას, რათა განისაზღვროს ის ჰიპოთეტური ტრიგერები, რომლებიც იწვევენ ან აკონტროლებენ პრობლემურ ქცევებსა და ემოციებს. გამოკითხვისას, სასარგებლოა მაქსიმალურად კონკრეტული

კითხვების დასმა - მაგ. „რა სიტუაციებში გრძნობთ თავს ---- ? „გთხოვთ, აღწეროთ ყოველი სიტუაცია დეტალურად“, „აღწერეთ თქვენი განწყობა ერთი ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში“, „აღწერეთ ზუსტად რა მოხდა და როგორი განწყობა გქონდათ გუშინ ?“, „რასთან მიმართებაში გრძნობთ თავს ყველაზე ცუდად/კარგად?“ „რა მოხდა მას შემდეგ, რაც განწყობა გაგიფუჭდათ?“, „როგორ რეაგირებთ თქვენ განწყობის ასეთ ცვლილებაზე?“, „რა მოხდა შემდეგ?“. ეს კითხვები ხელს უწყობს პრობლემის ტოპოგრაფიის აღწერას და ასევე დაეხმარება ინტერვიუერს, კლიენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაში არსებული ტრიგერებისა და მათი შედეგების გააზრებაში. ამ კითხვების მიზანია ჩამოყალიბებულ იქნას კლიენტსა და მის ცხოვრებაში არსებულ სხვადასხვა მოვლენებს შორის ფუნქციური ურთიერთობების რუკა.

## ფორმა 2.1. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პირველი ინტერვიუს ნიმუში

სახელი: ----- თარიღი: -----

ინტერვიუს დაწყებამდე განიხილეთ შეფასებაზე თანხმობა, კონფიდენციალობა, კონფიდენციალობის შეზღუდვები; შეფასების მიზანი; ანგარიშგების სისტემა; და შეფასებისა და დაკვირვების სწავლებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი საკითხი. მიიღეთ თანხმობა. აღნიშნეთ, რომ ინტერვიუს პროცესში თქვენ ჩანაწერებს გააკეთებთ.

ზოგადი ინფორმაცია:

1. ასაკი და დაბადების თარიღი;
2. ოჯახური მდგომარეობა (მარტოხელას შემთხვევაში, ბოლო ურთიერთობა). გყავთ თუ არა ბავშვები ? არსებობის შემთხვევაში მათი სახელები და ასაკი.
3. ამჟამინდელი საცხოვრებელი პირობები. ვისთან ერთად ცხოვრობთ? რა სახის საცხოვრებელი გაქვთ?
4. როგორ უზრუნველყოფთ ამჟამად საკუთარ თავს?
5. მოკლედ დასაქმების ისტორია.
6. როგორია თქვენი განათლების დონე/რა ეტაპი დახურეთ და როდის?
7. მომართვის მიზეზი და არსებული პრობლემის(პრობლემების) აღწერა.
  - ◆ რა სიტუაციაში ჩნდება პრობლემები (გააკეთეთ დეტალური ჩამონათვალი).
  - ◆ რა სიტუაციებს არიდებთ თავს პრობლემის გამო.
  - ◆ ფუნქციონირების ამჟამინდელი დონე (სადაც 1 = საუკეთესოს; 10 - ყველაზე ცუდს ნიშნავს).
  - ◆ პრობლემის ზეგავლენა ფუნქციონირების ამჟამინდელ დონეზე (0-100% ზეგავლენა).



- ♦ თქვენი ცხოვრების რომელ სფეროზე(სფეროებზე) აისახება პრობლემა ყველაზე მეტად (მაგ., სკოლა, სამსახური, მეგობრები, ოჯახი)? ყველაზე ნაკლებად?
  - ♦ რის გავთება გიჭირთ ყველაზე მეტად პრობლემის(პრობლემების) გამო?
  - ♦ როგორია თქვენი ტიპური რეაქცია, როდესაც ამ პრობლემის (პრობლემების) წინაშე დგებით?
  - ♦ ფიზიკური რეაქციები (პანიკური შეტევებიც).
  - ♦ ემოციური რეაქციები.
  - ♦ რა ფიქრები გაქვთ სიტუაციამდე, სიტუაციის დროს და მის შემდეგ? (უმთავრესი კითხვებია: „როგორ გგონიათ რა მოხდება, თუ...“? აზრების იდენტიფიცირებისათვის სასარგებლოაგქონდეთ კონკრეტული მაგალითები ან სურათები).
  - ♦ რას აკეთებთ ჩვეულებრივ, როდესაც ასეთი რამ ხდება?
  - ♦ შეამჩნიეთ ასეთი რეაქციების რაიმე შაბლონი? (მაგ., რამდენჯერ უშკობესდება ან უარესდება? დღეში რამდენჯერ, კვირაში რამდენი დღე, სეზონურად).
  - ♦ კიდევ რა ფაქტორები მოქმედებს იმაზე, თუ რას გრძნობთ თქვენ ამ სიტუაციაში? (მაგ., სხვა ადამიანები, გარემო ფაქტორები, სიტუაციის ხანგრძლივობა, თქვენი ან სხვების მოლოდინები)?
  - ♦ რა გეხმარებათ, თქვენი აზრით, პრობლემის (პრობლემების) შემცირებაში (მაგ., შეიძლება დაიყოს ნეგატიური და პოზიტიური გამკლავება, მედიკამენტების გამოყენება, წინა თერაპიაში ნასწავლი სტრატეგიები, თვით-დახმარების მეთოდი)?
  - ♦ არის რაიმე გზები, რომლის გამოყენებითაც ცდილობთ საკუთარი თავის დაცვას, როდესაც პრობლემა(პრობლემები) გაქვთ? არის რაიმე პატარა დეტალები, რომელიც თქვენ გეხმარებათ სიტუაციებთან „გამკლავებაში“ (მაგ. წინასწარ მომზადება, მედიკამენტების მიღება, სხვა ადამიანებზე მინდობა, სიტუაციის რაიმე კონკრეტული ასპექტებისთვის თავის არიდება)?
  - ♦ შეგიძლიათ დაასახელოთ რაიმე უნარ-ჩვევა, რომლის განვითარება დაგეხმარებოდათ პრობლემის (პრობლემების) შემცირებაში (მაგ., კარგი სოციალური უნარები, კონფლიქტების გადაჭრა, მუშაობის უნარ-ჩვევები)?
8. გარდა იმ პრობლემისა(პრობლემებისა), რომელიც ჩვენ განვიხილეთ, არის ამჟამად თქვენს ცხოვრებაში სტრესის კიდევ რაიმე გამომწვევი? რა არის ეს?
9. როგორ აღწერდით თქვენს ამჟამინდელ განწყობას? სკალაზე 1-დან 10-მდე (ყველაზე ცუდი)
- ♦ თუკი თავს ცუდად ან დეპრესიულად გრძნობთ, რამდენი ხანია ეს გრძელდება?
  - ♦ დაკარგეთ ინტერესი იმის მიმართ, რაც ადრე გსიამოვნებდათ?

- ◆ რას გრძნობთ მომავალთან მიმართებაში?
  - ◆ როგორი ძილი გაქვთ ბოლო პერიოდში? როგორი მადა გაქვთ?
  - ◆ გიფიქრიათ ოდესმე საკუთარი თავისთვის ზიანის მიყენებაზე (დიფერენცირება გააკეთეთ თვითმკვლევლობაზე მიმართულ ქცევასა და თვით-დაზიანებას შორის)?
  - ◆ თუ პასუხი დადებითია, როდის, რა სიხშირით, რა გზით (მეთოდი) ასეთი მცდელობების ისტორია და ოჯახში სუიციდის ისტორია.
  - ◆ რა გაკავებთ თვით-დაზიანებისაგან?
  - ◆ როდესმე გიმკურნალიათ დეპრესიის გამო? თუ დიახ, როდის? რამდენად ეფექტური იყო მკურნალობა?
10. გაქვთ კიდევ რაიმე სხვა ფსიქოლოგიური სირთულე?
11. ამჟამინდელი ფიზიკური მდგომარეობა - რაიმე განუხებთ? რა მედიკამენტებს იღებთ (სახეობა და დოზა)?
12. ამჟამად ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის, მათ შორის კოფეინის მოხმარება? წარსულში გქონიათ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების პრობლემა? ამ მიზეზით გიმკურნალიათ წარსულში?
13. ხართ ამჟამად ჩართული სათემო პროგრამებში ან მოხალისეობრივ სამუშაოში?
14. რისი გაკეთება გიყვართ თავისუფალ დროს?
15. ამჟამინდელი პრობლემების ისტორია - როდის დაიწყო პრობლემები? გახსოვთ კონკრეტული შემთხვევა, რომელმაც, თქვენი აზრით, პრობლემა გამოიწვია?
- ◆ როგორი იყავით ბავშვობასა და მოზარდობაში? გახსენდებათ რაიმე პრობლემები განვითარებაში? როგორი იყო თქვენი სკოლის და ოჯახის გამოცდილება ზრდასთან ერთად?
  - ◆ გქონიათ რაიმე ოჯახური პრობლემა ზრდასთან ერთად? ხომ არ ყოფილა ძალადობის შემთხვევები?
  - ◆ წარსულში ოდესმე მიგიმართავთ დახმარებისათვის ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული პრობლემების გამო?
  - ◆ არის ვინმე თქვენს ოჯახში შფოთვითი დარღვევების, დეპრესიის, ნივთიერებებზე დამოკიდებულების ან სხვა მსგავსი პრობლემებით? არის თქვენს ოჯახში ვინმე, ვისაც, თქვენი აზრით, მსგავსი პრობლემები აქვს? არის ოჯახში რაიმე ფსიქიატრიული ისტორია?
16. საიდან არის წარმოშობით თქვენი ოჯახი? დაგვისახელეთ თქვენი მშობლებისა და და-ძმის სახელები; რამდენი წლის არიან ისინი და სად ცხოვრობენ.
17. ოჯახის წევრებიდან ვინ არის თქვენთვის ყველაზე ახლობელი და ნაკლებად ახლობელი? ვის მიმართავთ დახმარებისათვის? ვის მიმართავთ კრიზისის ან გადაუდებელ შემთხვევაში?
18. ხომ არ გამომრჩა რაიმე?

19. გამოიყენეთ სამი ან ოთხი ზედსართავი თქვენი, როგორც პიროვნების დასახასიათებლად (მათ შორის ძლიერი და სუსტი მხარეები) (თუ კლიენტს არ შეუძლია საკუთარი თავის აღწერა, ჰკითხეთ, მისი ნაცნობებიდან, ვის შეუძლია ყველაზე კარგად მისი დახასიათება).
20. ზოგადად რა იმედები და მიზნები გაქვთ აქ ყოფნასთან დაკავშირებით? რა არის ის ერთი ან ორი რამ, რის შეცვლასაც ისურვებდით ჩვენს მიერ განხილულ პრობლემასთან (პრობლემებთან) მიმართებაში?
21. თქვენ ხომ არ გაქვთ რაიმე კითხვა? (განუმარტეთ კლიენტს, რა მოხდება შემდეგ).

კლიენტის რეაქციები სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში. სასარგებლოა ამ რეაქციებს შორის დიფერენცირება: აფექტი (გრძნობები ან ემოციები და ფიზიოლოგიური რეაქციები), კოგნიცია (ფიქრები, აზრები, წარმოსახვითი ხატები) და ქცევები (ქმედება ან ქმედების ტენდენცია). ერთი მხრივ, კლიენტების უმეტესობას შეუძლია გრძნობების, ფიქრებისა და ქმედებების დიფერენცირება და ამ განსხვავებებს მიყავს ისინი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მოდელისაკენ. მეორე მხრივ, შეფასების ამ სამ სფეროში, სადაც კლიენტებს შედარებით ადვილად შეუძლიათ საკუთარი გრძნობების და იმის შემჩნევა, რასაც ისინი აკეთებენ (ან არ აკეთებენ), შეიძლება მათთვის უფრო რთული იყოს საკუთარი აზრების „დაჭერა“. ასეთ შემთხვევებში, სასარგებლო იქნება, თუკი კლიენტებს დავეხმარებით კონკრეტული, ბოლო დროს მომხდარი რთული სიტუაციის იდენტიფიცირებაში, დავეხმარებით პროცესის შენელებასა და ამ სამ სფეროში საკუთარი რეაქციებისთვის ყურადღების მიქცევაში. ასევე, შეფასების ინტერვიუს დროს შესაძლებელია ჰიპოთეტური სიტუაციების ჩამოყალიბება, რათა დავინახოთ, შეუძლია თუ არა კლიენტს წარმოსახვის გამოიყენება და მისი მხრიდან შესაძლო რეაქციების გააზრება. ზოგიერთ კლიენტს თავიდან უჭირს ფიქრების გრძნობებისაგან დიფერენცირება. კლიენტებს, რომელთაც ემოციების ამსახველი ლექსიკონი შეზღუდული აქვთ, ეხმარება ინსტრუქციები, თუ როგორ ისაუბრონ გრძნობებთან დაკავშირებით ან გრძნობების ამსახველი სიტყვების ჩამონათვალი, რომლის გამოყენებაც მათ შეუძლიათ ფიქრებისა და გრძნობების ერთმანეთისაგან გასარჩევად. პირველ ინტერვიუმე კლიენტისათვის ამგვარი დახმარების განევით, თერაპევტს მიჰყავს ის თერაპიაში გამოყენებული მოდელისაკენ.

ამჟამინდელი გამკლავებისა და მიახლოება-თავის არიდების პატერნები - გამკლავება შეიძლება იყოს პოზიტიური, მაგ., როგორცაა პრობლემურ სიტუაციასთან პირისპირ დგომა ან პრობლემის შესახებ ვინმესთან საუბარი; ასევე შეიძლება იყოს ნეგატიური, როგორცაა კონკრეტული სიტუაციებისთვის თავის არიდების ან სიტუაციასთან გამკლავების მიზნით მავნე ნივთიერებების მიღება (მაგ., ალკოჰოლი ან ნარკოტიკები). თავის არიდების მიდგომის პატერნების შეფასება გულისხმობს იმის გააზრებას, როგორ „ახერხებენ“ კლიენტები საკუთარი სიმპტომებისა და პრობლემების „მართვას“. მაგ., შემოფოტებულმა კლიენტმა შეიძლება თავი აარიდოს შფოთვას იმ სიტუაციებიდან ჩამოშორებით, რომელშიც

მას უკვე გამოუცდია შფოთვა. თავის არიდების მაგალითები შეიძლება იყოს ზედმინწევით პასიური ან შფოთვის დროს კონფლიქტის არიდებაზე მიმართული, დეპრესიის დროს ხალხისაგან იზოლირება ან პრობლემური სიტუაციებიდან თავის არიდება დაბალი თვით-ეფექტურობის დროს. თავის არიდება ასევე შეიძლება გამოიხატოს უსაფრთხოებაზე მიმართული ქცევებში (მაგ., ქმედება საკუთარი „უსაფრთხოებისათვის“), უარყოფითი ემოციებისაგან თავის არიდება, აღფრთხილებისაგან საკუთარი თავის დაცვა (მაგ., დაძაბულობის ან აღფრთხილების თავის არიდება), სტიმულირების მინიმუმამდე დაყვანით ან საფრთხის შემცველი სიტუაციის კომპულსიური შემონეშებით. აღნიშნული პატერნები უნიკალურია როგორც კლიენტის, ასევე თვითონ თავის არიდების თვალსაზრისით. მათი შეფასება, კლინიციის მხრიდან მოითხოვს მგრძობელობას, გაცნობიერებას და გულდასმით გამოკითხვას.

*უნარ-ჩვევების დეფიციტი, ცოდნის ნაკლებობა, ან პრობლემასთან დაკავშირებული სხვა საკითხები.* უნარ-ჩვევების დეფიციტი ან ცოდნის ნაკლებობა ყველა კლიენტისთვის არ არის დამახასიათებელი. თუმცა თუკი აღმოჩნდება, რომ კლიენტს უნარ-ჩვევების დეფიციტი ან ცოდნის ნაკლებობა აქვს, მნიშვნელოვანია ერთმანეთისაგან გავარჩიოთ ეს აშკარა დეფიციტი კლიენტის მიერ გამოხატული დისტრესისგან. მაგ., შეიძლება ისე გამოჩნდეს, რომ დეპრესიულ და საკუთარ თავში ჩაკეტილ კლიენტს ნაკლებად აქვს განვითარებული სოციალური უნარ-ჩვევები, მაგრამ მისი ცუდი განწყობა და შფოთვით გამოხატული თავის არიდების რეაქციები შეიძლება მის ადექვატურ უნარ-ჩვევებს ფარავდეს. მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნაც, რომ ზოგიერთი თვალსაჩინო დეფიციტი შეიძლება ფსიქოლოგიური ხასიათის არ იყოს. მაგ., ერთ-ერთი ჩვენთაგანი (D.D.) მკურნალობდა სიმალის ფობიის მქონე პაციენტს, რომლის საქმიანობა გულისხმობდა წყლის ფართო სივრცეებზე ხიდების მშენებლობას. შფოთვის სხვადასხვა სიმპტომებთან ერთად, იგი თავბრუსხვევასაც განიცდიდა. თუმცა, მხედველობის შეფასებამ გამოავლინა, რომ კლიენტს საერთოდ არ ჰქონდა სიღრმის აღქმა და მისი ფობია პრაქტიკულად მისი მხედველობის პრობლემის საპასუხოდ აღმოცენდა. ამ მდგომარეობის გათვალისწინებით, ის უსაფრთხოდ ვერ იგრძნობდა თავს ხიდზე მუშაობისას. ფობიის დაძლევის ნაცვლად, საჭირო იყო მის დამსაქმებელთან საუბარი სამუშაო ადგილზე რისკის შემცირებასთან დაკავშირებით. და ბოლოს, ზოგიერთ კლიენტს აქვს უნარ-ჩვევების დეფიციტი ან ცოდნის ნაკლებობა. ჩვენი გამოცდილებით, ამ კლიენტების უმეტესობა გამოსულია სოციალურად, ემოციურად ან ინტელექტუალურად მონწყვლადი ოჯახიდან. მაგ., დაბალი თვით-შეფასებისა და ძალადობის ისტორიის მქონე კლიენტს შეიძლება ნაკლებად ჰქონდეს ინფორმაცია სოციალური ურთიერთობების შესახებ, ან იმასთან დაკავშირებით, რა არის „ნორმალური“ და „ანორმალური“ ოჯახისათვის. ასეთ შემთხვევებში, პრობლემის წარმატებით გადაჭრისათვის შეიძლება აუცილებელი გახდეს მკურნალობის გეგმაში საგანმანათლებლო და უნარ-ჩვევების გავარჯიშების ელემენტების შეტანა. ბოლოს და ბოლოს, იმისათვის, რომ ავტომობილის ტარების ფობიის მქონე კლიენტმა უსაფრთხოდ ატაროს ავტომობილი, მან უნდა ისწავლოს ავტომობილის

მართვა, მიუხედავად იმისა, ეშინია თუ არა მას.

*ანმყო (ამჟამინდელ) სიტუაციაში არსებული სოციალური მხარდაჭერა, ოჯახის დამოკიდებულება, ინტერპერსონალური ან სექსუალური პრობლემები.* კარგადაა ცნობილი, რომ თუკი ადევკატური სოციალური მხარდაჭერით შესაძლებელია პრობლემის შერბილება, ოჯახის არსებობას, ინტერპერსონალურ ან სექსუალური ხასიათის პრობლემებს, პირიქით შეუძლია მათი გამწვავება. შეფასების ამ სფეროში, ისევე როგორც სხვა სფეროებთან მიმართებაში, ჩვენს მიზანს წამოადგენს მასთან გამკლავება და ამიტომ ფუნქციონირების ამ სფეროში კითხვები დასმული უნდა იქნას ღიად. კითხვები, რომელიც უნდა დაისვას, შეიძლება იყოს: „ვის მიმართავთ სერიოზული პრობლემის შემთხვევაში?“, „ვინ არის თქვენი უახლოესი ოჯახის წევრი?“ „რამდენად დიდ დროს ატარებთ - ---თან?“, „რამდენად ხშირად ესაუბრებით ----- ?“, „არის ვინმე, ვისთანაც ხშირად კამათობთ?“ ან „განუხებთ რამე სექსთან მიმართებაში?“.

*სხვა არსებული პრობლემები.* მიუხედავად წარმოდგენილი პრობლემისა, ყოველთვის კარგ იდეად ითვლება კითხვის დასმა ზოგიერთ ზოგად პრობლემასთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ საკმაოდ იშვიათია, როდესაც ასეთი პრობლემების არსებობის დროს მათზე არ საუბრობენ, ზოგჯერ კლიენტები არ უკავშირებენ ანმყო პრობლემას მათ ცხოვრებაში მიმდინარე სხვა მოვლენებს. შეფასებისთვის შესაძლო სამიზნე ფაქტორებს წარმოადგენს ისეთი ფსიქოლოგიური პრობლემები, როგორიცაა შფოთვა, დეპრესია, უიმედობა და სუიციდის რისკი. თუკი პიროვნება ცხოვრობს რაიმე საერთო საცხოვრებლის ტიპის საცხოვრისში, ფსიქოლოგიური, სექსუალური და ოჯახური ძალადობის თემა უნდა იქნას გათვალისწინებული. ასევე განხილული უნდა იქნას სამედიცინო მდგომარეობა, განსაკუთრებით ქრონიკული ან მუდმივი დაავადებები. ასევე ნივთიერებებზე დამოკიდებულების ან მათი ბოროტად გამოყენების შესაფასებლად, შეფასებული უნდა იქნას ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება (მათ შორის ის ფსიქოტორპული მედიკამენტები, რაც რეცეპტით გაიცემა და ისინიც, რომელთა ყიდვა რეცეპტის გარეშეა შესაძლებელი) და ბოლოს, გათვალისწინებულ უნდა იქნას ყოველდღიურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული პრაქტიკული საკითხები, როგორიცაა ფინანსური და იურიდიული სირთულეები.

*პრობლემების წარმოქმნა და მათი მიმდინარეობა.*იმ შესაძლო პრობლემათა ფართო სპექტრის ჩამოყალიბების შემდეგ, რომელსაც კლიენტი განიცდის, სწორი იქნება ამ პრობლემებთან დაკავშირებული დროითი შკალის შედგენა. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ჩვეულებრივ არ ღირს დროის დათმობა ყველა პრობლემის დეტალურად დროში განერაზე, მაგრამ ნამდვილად ფასეულია ძირითადი პრობლემების დროში აღმოცენების და მიმდინარეობის განისაზღვრა. ჩვენ ვცდილობთ განვსაზღვროთ, აღმოჩნდა თუ არა რომელიმე დისკრეტული მოვლენა სიმპტომების გამომწვევი ტრიგერი.კლიენტის ცოდნის შესაფასებლად სასარგებლო კითხვები შეიძლება იყოს: „რა ხდებოდა თქვენს ცხოვრებაში, როდესაც ეს პრობლემა გაჩნდა?“, „ხომ არ აკავშირებთ ერთმანეთთან ამ მოვლენებსა



და თქვენს პრობლემებს?“, „როგორ ფიქრობთ, რატომ წარმოიშვა პრობლემა?“. კლიენტების პასუხები გვეხმარება იმის განსაზღვრაში, აქვთ თუ არა მათ უკვე ჩამოყალიბებული გარკვეული თეორია და რამდენად ხელშემწყობია ეს უკანასკნელი მოდელი კოგნიტურ-ბიპევიორული ინტერვენციებისათვის. რადგან ბევრ კლიენტს გაგონილი აქვს, რომ მაგ., მათი დეპრესიის სიმპტომები „გამოწვეულია ბიოქიმიური დისბალანსით“, შეიძლება საჭირო გახდეს თქვენი მხრიდან მუშაობის რეორიენტაცია. მეორე მხრივ, თუკი კლიენტებს უკვე აქვთ ელემენტარული წარმოდგენა, რომ მათი პრობლემები არის გარკვეული პიროვნული დაუცველობისა და ცხოვრებისეული სტრესების შედეგი, მაშინ შეგიძლიათ ამ ცოდნის გამოყენება, რათა აქცენტირება გააკეთოთ იმაზე, რამდენად თავსებადია აზროვნების ეს გზა თერაპიის ფარგლებში თქვენს მუშაობასთან.

მკურნალობის ისტორია, მათ შორის პრობლემების თვით-მართვის წარსული მცდელობები და მკურნალობა (როგორც ფარმაკოლოგიური, ასევე ფსიქოთერაპიული), ცოდნა პრობლემის შესახებ, და რეაგირება მკურნალობაზე. სასარგებლო ინფორმაციის მისაღები კითხვებია: რამდენად ხშირად გადიოდა კლიენტი მკურნალობას; მკურნალობის (მკურნალობების) ტიპი და სავარაუდო ადეკვატურობა; ვინ იყო (ან არის) სერვისის მიმწოდებელი (ზოგჯერ, მკურნალობის კოორდინირებისათვის უცილებელია სხვა თერაპევტებთან კომუნიკაცია). ძალიან სასარგებლოა შეფასებულ იქნას პრობლემასთან გამკლავების თავად კლიენტის მცდელობები. ეს უკანასკნელი გვაძლევს ინფორმაციას კლიენტის პრობლემის მოდელის შესახებ, ასევე რამდენად შეუძლია კლიენტს მიიღოს და განახორციელოს გადანწყვეტილება, განსაზღვროს და იყოს თანმიმდევრული პრობლემის გადაჭრაში; როგორ გაუმკლავდა ის ამ სტრატეგიების წარუმატებლობას.

ფორმა 2.1.-ში წარმოდგენილია სტრუქტურირებული ინტერვიუს ნიმუში, კონკრეტული თანმიმდევრობითა და შესაძლო კითხვებით. ინტერვიუ შეიძლება ადვილად იქნას ადაპტირებული სხვადასხვა საქმიანობისათვის ან სხვადასხვა პოპულაციებთან გამოსაყენებლად. კონკრეტული მიზნებიდან გამომდინარე შეიძლება დამატებულ იქნას სპეციფიკური კითხვები. ინტერვიუს მიზანი არ არის დიაგნოსტიკური შეფასების ჩანაცვლება, მაგრამ ის შეიძლება საკმარისი იყოს სხვადასხვა კოგნიტურ-ბიპევიორული პრაქტიკისათვის, სადაც არ არის საჭირო და სასარგებლო დეტალური და ზუსტი დიაგნოზის დადგენა. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში #2.1. წარმოდგენილია დამატებითი კითხვების ჩამონათვალი, რომელიც შეიძლება გამოიყენოთ თქვენს პრაქტიკაში ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუს შემუშავებისათვის.

თქვენი პრაქტიკისათვის შესაძლოა სასარგებლო იყოს ერთი ან ორი სტრუქტურირებული ინტერვიუს შექმნა, შემდეგ მათი ადაპტირება იმ პრობლემებთან მიმართებაში, რომელიც კლიენტებთან მუშაობაში გხვდებათ. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი ადაპტირების შემდეგ კლებულობს ინტერვიუს სანდობა და ვალიდობა, შედეგად იღებთ უფრო სრულ და კლინიკურად შესატყვის შეფასებას, ვიდრე არა სტრუქტურირებული

ინტერვიუს შემთხვევაში. ჩვეულებრივ, შედეგი ასევე უფრო პრაქტიკულია და მოკლე, ვიდრე სხვა სრული ვარიანტის შემთხვევაში ვიღებთ, რაც აადვილებს მის გამოყენებას და კლიენტისთვის უფრო მოსახერხებელია. სკრინინგის მიზნით, ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ MINI-ს. ჩვენ ასევე რეკომენდაციას გინვით, იქონიოთ ფორმა #2.1.-ში წარმოდგენილი ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუს ეგზემპლიარები, რომელიც თქვენთვის ხელმისაწვდომი იქნება პირველადი ინტერვიუს ჩატარების დროს. თუკი ხვდებით მსგავსი პრობლემების მქონე ბევრ კლიენტს, შესაძლებელია ამ ინტერვიუს ადაპტირება თქვენი საჭიროებებისათვის, სადაც ჩამოთვლილი იქნება ის სიტუაციები, რომელშიც ჩვეულებრივ თქვენი კლიენტები ხვდებიან. ბევრი კლინიცისტი ერთ ინტერვიუში აერთიანებს დიაგნოსტიკურ და კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასებას. რამდენადაც ამ ორს შორის არსებობს განსხვავებები, არის გარკვეული გადაფარვა.

**ცხრილი 2.1. კლინიცისტებში პოპულარული შეფასების კითხვები**

*ინტერვიუს დაწყებამდე:*

- ◆ ხომ არ გაქვთ რაიმე კითხვა ან პრობლემა ----- სესიაზე დაკვირვებასთან მიმართებაში? (თანხმობის ჩვეულ ფორმასთან ერთად)
- ◆ ხომ არ ხართ წინააღმდეგი ანგარიში გაეგზავნოს -----? (თანხმობის ჩვეულ ფორმასთან ერთად)

*ინტერვიუს დაწყებისას:*

- ◆ რამ მოგიყვანათ დღეს აქ? რატომ მოხვედით ახლა?
- ◆ რატომ გსურთ დახმარების მიღება კონკრეტულად ახლა?
- ◆ რამ მოგიყვანათ აქ?
- ◆ რა სახის სირთულეები გხვდებათ თქვენ?
- ◆ განიცდით რაიმე მომატებულ ან უჩვეულო სტრესს მოცემულ მომენტში?

*პრობლემის შეფასებისათვის:*

- ◆ გთხოვთ, აღწერეთ პრობლემა, რომელმაც დღეს აქ მოგიყვანათ;
- ◆ სასარგებლო იქნება თუ პრობლემას დაყოფთ ფიქრებად, გრძნობებად და ქცევებად; რას ფიქრობთ, გრძნობთ, აკეთებთ, როდესაც განიცდით ----- ?
- ◆ რა დონეზე შეგიძლიათ პრობლემის გაკონტროლება? (შეფასების სკალაზე 1-დან 10-მდე, სადაც 10 არის სრული კონტროლი და 1 - საერთოდ არანაირი კონტროლი)

*მიმდინარე (ამჟამინდელი) ფუნქციონირებისათვის:*

- ◆ როგორ გძინავთ, იკვებებით ბოლო პერიოდში? ღამეში რამდენი საათი

გძინავთ? რა მიერთებით დღეს ამ დრომდე? რა ხდება ჩვეულებრივ დღის განმავლობაში?

- ◆ გთხოვთ, დეტალებში აღწეროთ თქვენი ტიპური დღე, დავიწყოთ იქედან, რომელ საათზე დგებით დილით?
- ◆ რა არის თქვენი შემოსავლის წყარო? გაქვთ რაიმე ფინანსური პრობლემები?
- ◆ იღებთ რეგულარულად მედიკამენტებს? რა მედიკამენტია ეს? იცით მისი დოზა?
- ◆ იღებთ ალკოჰოლს ან ნარკოტიკულ საშუალებებს? რომელს და რამდენს?

*რისკების შეფასების და იმედის ჩასახვისათვის:*

- ◆ როდესაც ცუდი დღე გაქვთ, ზოგჯერ ფიქრობთ, რომ ცხოვრება არ ღირს?
- ◆ რა გაძლებინებთ ცუდ დღეებში? არიან ადამიანები, ვისზეც თქვენ ფიქრობთ, როდესაც საკუთარი თავისათვის ზიანის მიყენებაზე ფიქრები გაქვთ?
- ◆ როდესმე მიგიყენებიათ თქვენი თავისთვის ზიანი გარდა თვითმკვლელობაზე ფიქრისა (გამოიყენეთ მაგალითები)?

*თვით-აღქმის და თვითშეფასების შესაფასებლად:*

- ◆ როგორ დაახასიათებთ თქვენ თავს, როგორც პიროვნებას?
- ◆ როგორ დაგახასიათებთ თქვენ ის (მაგ., -----), ვინც კარგად გიცნობთ?
- ◆ როგორ დაუხასიათებდით საკუთარ თავს სხვა ადამიანს (მაგ. ვინმეს, ვისაც ადრე არასოდეს შეხვედრიხართ, პოტენციურ დამსაქმებელს, მეგობარს).

*ოჯახური ისტორიის და სოციალური მხარდაჭერის შესაფასებლად:*

- ◆ გავხარტ თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს? თქვენს რომელიმე ოჯახის წევრს აქვს იგივე ან მსგავსი პრობლემა?
- ◆ აქვს თქვენს ოჯახს ----- ისტორია?
- ◆ როგორ დაახასიათებდით თქვენს პარტნიორს? დედას? მამას?
- ◆ ვისთან ხართ ყველაზე ახლოს? ვის დაურეკავდით გადაუდებელი შემთხვევის დროს?
- ◆ რამდენად ხშირად ხედავთ ან ესაუბრებით თქვენთვის ახლობელ ადამიანებს? (დააზუსტეთ).
- ◆ დახმარების/მხარდაჭერის რა სისტემა გაქვთ ამჟამად?



ჩვევების, მანერების, ნივთიერებების მოხმარების და ძალადობის შესაფასებლად:

- ♦ იყენებთ რაიმე ჭილდოს პრობლემებთან ბრძოლის დროს? ხომ არ არის ეს ----- (ნარკოტიკი, აქტივობები, საკვები, ალკოჰოლი, აზარტული თამაშები, შოპინგი)?
- ♦ რას ემსახურება ეს ქცევა თქვენთვის?
- ♦ შეგიძინებიათ, რომ ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება გეხმარებათ ამ სიტუაციებთან გამკლავებაში? თუ პირიქით, ამან კიდევ უფრო შეასუსტა თქვენი უნარი?

ცვლილების მიღწევის წინა მცდელობებისა და მკურნალობის შესაფასებლად:

- ♦ რა სახის ინტერვენცია/მკურნალობა მიგიღიათ წარსულში?
- ♦ რა იყო სასარგებლო და უსარგებლო ყოველი მათგანის შემთხვევაში?
- ♦ რა სცადეთ უკვე პრობლემის მოსაგვარებლად? როგორ იმუშავა ამან თქვენთან მიმართებაში?
- ♦ შეძელით წარსულში თქვენი პრობლემის დაძლევა? როგორ?

ინტერვიუს დასრულების და ცვლილებაზე იმედის ჩასახვისათვის:

- ♦ რას გააკეთებთ სხვაგვარად, თუკი თქვენს ცხოვრებაში აღარ იქნება ეს პრობლემა?
- ♦ არის რაიმე ისეთი, რაზეც დღეს უნდა გვესაუბრა და არ გვისაუბრია?
- ♦ ხომ არ გამოგვიტოვებია რაიმე?
- ♦ კიდევ რა უნდა ვიცოდეთ, რომ უკეთ გაგიგოთ თქვენ და გავიგოთ თქვენი პრობლემები?
- ♦ მითხარით თქვენს შესახებ რაიმე, რაც გსურთ რომ მე ვიცოდეთ და რაზეც საუბარის საშუალება დღეს არ მოგვეცა?
- ♦ ჩემთან ხომ არ გაქვთ რაიმე კითხვა?
- ♦ არის კიდევ რაიმე, რის ცოდნაც თქვენ გინდათ პროცესთან დაკავშირებით?
- ♦ რის მიღება გსურთ ამ სესიებიდან?
- ♦ რა იმედები გაქვთ ამ პროცესთან მიმართებაში?
- ♦ რა არის თერაპიასთან მიმართებაში თქვენი იმედები და მიზნები?
- ♦ გაქვთ ცვლილების რაიმე სპეციფიკური მიზნები?

შენიშვნა: ეს კითხვები შემუშავებული და მოდიფიცირებული იქნა მონანი-ლეთაგან მიღებული პასუხებიდან, ალბერტას ფსიქოლოგთა ასოციაციის მიერ დაფინანსებული ორი კლინიკური შეფასების სემინარის დროს (ნოემბერი 2004 და იანვარი 2005).

## თვით-ანგარიშის საზომები

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს თვით-ანგარიშზე დაფუძნებული მრავალი ტესტი, კოგნიტურ-ბიჰევიორული პრაქტიკისათვის ყველაზე გამოყენებადად შეიძლება ჩაითვალოს სიმპტომების საზომები, კოგნიტური და ბიჰევიორული საზომები. ამ ტესტების უმეტესობა შემუშავებული იქნა უფრო კვლევისთვის, ვიდრე კლინიკური მიზნებისათვის.

არსებობს სიმპტომის სიმძიმის შესაფასებელი ბევრი სასარგებლო საზომი, რომელთაგან ზოგიერთი ფართოდ გავრცელებული და გამოყენებადი კლინიკურ პრაქტიკაში. სწორედ ამ სიმრავლის გამო, შესაძლოა რთული იყოს თქვენი პრაქტიკისათვის ყველაზე გამოყენებადი საზომების გამოყოფა. ორ ძალიან სასარგებლო და სრულყოფილ რეცენზიაში არის განხილული ემპირიულად გამყარებული და ხელმისაწვდომი საზომები შფოთვის მქონე (Antony et.al., 2001) და დეპრესიული დარღვევების (Nezu et.al., 2000) მქონე ზრდასრული ადამიანებისათვის. ენტონი და ბარლოუმ (Antony and Barlow, 2002) ასევე დეტალურად განიხილეს შეფასების მიდგომები სხვადასხვა ფსიქოლოგიური პრობლემებისათვის. შეფასების ყველა სფეროში ფსიქოლოგიური ტესტების ჩამონათვალი, ისევე როგორც შესაბამისი კვლევები შეიძლება მოძიებულ იქნას გამოცემაში *The Sixteenth Mental Measurements Yearbook* (Spies & Plake, 2005; [www.unl.edu/buros/bimm/index.html](http://www.unl.edu/buros/bimm/index.html)).

ამ მასალებში მოყვანილი მრავალი ტესტი უფასოდაა ხელმისაწვდომი კლინიკური გამოყენებისათვის. ზოგიერთი საზომი, მაგ., როგორცაა ბეკის შფოთვის სკალა (Beck Depression Inventory) (BAI; A.T. Beck & Steer, 1993) და ბეკის დეპრესიის სკალა (Beck Depression Inventory) (BDI-II; A.T. Beck & Steer & Brown, 1996) შეიძლება ფსიქოლოგიური ტესტირების კომპანიისაგან შეიძინოთ. ზოგიერთი ამ ინსტრუმენტის შესახებ დამატებითი ინფორმაცია იხ. [harcourtassessment.com](http://harcourtassessment.com).

ძალიან სასარგებლოა ხელთ გქონდეთ რამდენიმე განსხვავებული, ემპირიულად გამყარებული საზომი იმ პრობლემებთან მიმართებაში, რომელიც ჩვეულებრივ თქვენს პრაქტიკაში გხვდებათ. შფოთვის მრავალი ზოგადი საზომი მოიცავს: ბეკის შფოთვის სკალას (BAI) (A.T. Beck & Steer, 1993); სპილბერგერის შფოთვის სკალას, სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის საზომ ინსტრუმენტს (State-Trait Anxiety Inventory) (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983), თუმცა ისინი ძალიან ფართო ხასიათისაა. თუკი თქვენ მუშაობთ შფოთვითი აშლილობის უფრო კონკრეტულ ფორმებთან, შეიძლება იფიქროთ შფოთვის სიმპტომების ისეთი კონკრეტული საზომების გამოყენებაზე, როგორცაა Yale-Brown-ის ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის სკალა (Y-BOCS; Goodman et.al., 1989a, 1989b) ან სოციალურ ფობიათა სკალა (Mattick & Clarke, 1998). დეპრესიის პრობლემაზე მუშაობისას სასარგებლო საზომს წარმოადგენს BDI-II (A.T. Beck et.al., 1996) და ბეკის უიმედობის სკალა (BHS; A.T. Beck & Steer, 1988). ყველა ეს საზომი შეიძლება გამოყენებული იქნას განმეორებითი შეფასებისათვის და შეიძლება განხილულ იქნას როგორც

მკურნალობის წარმატების ინდიკატორი. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი საზომის შეძენა საჭირო, კლინიკური გამოყენებისათვის მნიშვნელოვანი ბევრი სკალა მოცემულია ანტონისა და კოლეგების (Antony et.al., 2001) და ნეზუს და კოლეგების (Nezu et.al, 2000) ნივნებში.

რამდენადაც ზემოხსენებული სკალები, უპირველეს ყოვლისა, ზომავენ სიმპტომებს და შეიძლება გამოყენებული იქნას გარკვეული დროის შემდეგ სიმპტომებში ცვლილებების შესაფასებლად, ასევე სასარგებლო იქნება თქვენს საქმიანობასთან დაკავშირებული ბიჰევიორული და კოგნიტური საზომების გამოყენება. მაგ., მობილობის ჩამონათვალი აგორაფობიისათვის (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin & Williams, 1985) არის სწრაფად და ადვილად გამოსაყენებელი სკალა, რომელიც აფასებს იმას, შეუძლია თუ არა კლიენტს სახლიდან გამოსვლა და როგორია სახლს გარეთ მისი მობილობის დიაპაზონი. შიშის კითხვარი (The Fear Questionnaire, Marks & Mathews, 1979) აფასებს რამდენიმე სხვადასხვა სახის ფობიას და კლიენტის პოტენციალს, თავი აარიდოს სხვადასხვა სიტუაციას ან სტიმულს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თავის არიდების სკალა (Cognitive-Behavioral Avoidance Scale, Ottenbreit & Dobson, 2004) შეიძლება გამოყენებული იქნას სოციალური და არა-სოციალური სიტუაციებისთვის თავის არიდების შესაფასებლად. იანგის სქემატას კითხვარი (Young Schema Questionnaire) (YSQ; Young & Brown, 2001) წარმოადგენს იმ პოტენციურ ადარადაპტური სქემატების სრულყოფილ სკალას, რომლებიც შეიძლება პრობლემების მეტ სიმპტომურ გამოვლინებებს ედოთ საფუძვლად. ყველა ეს კრიტერიუმი, YSQ -ს შესაძლო გამოკლებით, გამოყენებადია განმეორებითი შეფასებისათვის; რომელი მათგანი იქნება მისაღები თქვენი პრაქტიკისათვის, დამოკიდებულია თქვენს კლიენტებზე და მათ მიერ წარმოდგენილ პრობლემებზე.

## დაკვირვების დამხმარე საშუალებები

კლინიციტებს ნასწავლი აქვთ კლიენტზე დაკვირვება, დაწყებული პირველი სატელეფონო ზარიდან ან კონტაქტიდან. ძალიან სასარგებლო მონაცემების შეგროვება ხდება კლიენტზე ყურადღებით დაკვირვების შედეგად, მათ შორისაა ვერბალური და არა-ვერბალური კომუნიკაციის მახასიათებლები და შეფასებისას დასმულ კითხვებზე და საზომებზე გაცემული პასუხების შინაარსი და არა-ვერბალური მიმანიშნებლები. ტრადიციულად, შეფასების პროცესში კლიენტის ქცევა განიხილება როგორც კლიენტის ბუნებრივი ქცევის „ნიმუში“ და შეიძლება ჰიპოთეტურად მოხდეს მისი გენერალიზება მსგავს სიტუაციებზე. სასარგებლო იქნება მოკლე ჩანაწერების გაკეთება კლიენტის ქცევებზე დაკვირვების შესახებ, ისევე როგორც მის მიერ ინტერვიუს დროს და მისი დასრულებისთანავე გამოყენებული ციტატების შერჩევა. სასარგებლო იქნება ჩაინიშნოთ კლიენტის მიერ კითხვარების შევსების ხანგრძლივობა და შეაფასოთ მისი ქცევა.

დაკვირვების უნარ-ჩვევებთან ერთად, შეიძლება იფიქროთ შეფასების პროცესში უნარ-ჩვევების დეფიციტისა და ინტერპერსონალური სირთუ-

ლევების ისეთ საზომებზე, როგორცაა ინტერპერსონალური პრობლემების ჩამონათვალი (Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor, 1988). კონკრეტულად, ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ პრაქტიკული ინსტრუმენტების გამოყენებას, როგორცაა წამომი (ქცევის ხანგრძლივობის გასაზომად), გოლფის მრისხველი (ქცევის სიხშირის გასაზომად), ცალმხრივი სარკე (კლინიციისტების ან სტუდენტების მიერ დაკვირვებისათვის) და აუდიო ან ვიდეო აღჭურვილობა, რათა შესაძლებელი იყოს ინტერვიუზე დაკვირვება მისი ჩატარების შემდგომაც. მიუხედავად იმისა, რომ გაცილებით ადვილია აუდიო ჩანაწერის გაკეთება, გაცილებით სრული და სანდო ინფორმაციის მიღება შეიძლება სესიის ვიდეო ჩანაწერიდან, თუკი დამკვირვებელი იყენებს ქცევის გაზომვის რომელიმე სკალას.

მეტი ფორმალური დაკვირვება შეიძლება იქნას გამოყენებული ქცევითი უნარ-ჩვევების ან თავიდან არიდების შესაფასებლად. მაგ., საკომუნიკაციო უნარებზე დაკვირვებისათვის, იქონიეთ როლური თამაშების სტანდარტიზებული სიტუაციების მაგალითები. სპეციფიკური ან სოციალური ფობიების შესაფასებლად შეიძლება ჩატარდეს ბიჰევიორული თავის არიდების ტესტი.

### თვით-მონიტორინგი

„თვით-მონიტორინგი მოიცავს სისტემატიურ თვით-დაკვირვებას და ჩანაწერების გაკეთებას, სპეციფიკური ქცევებისა და მოვლენების გამოვლინება-არ გამოვლინების შესახებ“ (Haynes, 1984, p.381). თვით-მონიტორინგისათვის არსებობს უამრავი მეთოდი. ზოგადად, ყველაზე სასარგებლოა თვით-მონიტორინგის მეთოდების ადაპტირება კონკრეტულ კლიენტთან ან მის მიერ შეფასებაში შემოტანილ კონკრეტულ პრობლემასთან მიმართებაში. სასარგებლო იქნება გქონდეთ რამდენიმე განსხვავებული სტანდარტული თვით-მონიტორინგის ფორმა, რომელთა ადაპტირება შემდგომ შეიძლება შეფასების პროცესში, სხვადასხვა პრობლემებთან და კლიენტებთან მიმართებაში. ძირითადი ფორმებია ბიჰევიორული აქტივობის სკალა (Behavioral Activity Schedule), სადაც კლიენტები აკეთებენ ჩანაწერებს კვირის განმავლობაში ყოველდღიური აქტივობების შესახებ, პანიკური შეტევის ჟურნალი (Panic Attach Log), დისფუნქციური აზრების აღრიცხვა (Dysfunctional Thoughts Record) და სიხშირის მარტივი აღრიცხვა (Simple Frequency Record), რომლის საშუალებითაც კლიენტი აკვირდება სხვადასხვა ქცევებს, მათ შორის ისეთ დისკრეტულ მოქმედებებს, როგორცაა თმის ამოგლეჯა, ჭამა, სიგარეტის მოწევა, დავა ან საუბრის ინიცირება. ჩვეულებრივ, ხდება ამ ფორმების ინდივიდუალური საჭიროებისათვის მოდიფიცირება. მაგ., კლიენტს, რომლის პრობლემაა ტრიხოტილომანია, შეუძლია აწარმოოს ისეთი სხვადასხვა ქმედების მონიტორინგი, როგორცაა სხვადასხვა ტრიგერის საპასუხოდ ამოგლეჯილი თმების რაოდენობა ან თმის ამოგლეჯის ხანგრძლივობა, ან უბრალოდ თმის ამოგლეჯის გამოვლინებები დღის

სხვადასხვა მონაკვეთში. სასარგებლო იქნება ამ ფორმების შაბლონის შედგენა, რომლის მოდიფიცირებაც ადვილად იქნება შესაძლებელი. ხშირად, თვით-მონიტორინგის საფუძველზე ინფორმაციის მისაღებად გარკვეული კრეატიულობაა საჭირო. შეიძლება გამოყენებული იქნას ისეთი მეთოდები, როგორცაა თავისუფალი ფორმის ჩანაწერები, ადაპტირებული ფორმები და ასევე პალმის (Palm) ჩამოსატვირთი პილოტური პროგრამები, რომელიც გვეხმარება ტრიგერებს, გუნება-განწყობასა და ფიქრებს შორის არსებული ურთიერთობების გარკვევაში. იმისათვის, რომ კლიენტი მეტი მონდომებით მოვეხდოს თვით-მონიტორინგის ფორმის წარმოებას, ჰკითხეთ თავად მათ და პატივი ეცით მათ მოსაზრებებს, პრიორიტეტებს.

## ინფორმაციის სხვა წყაროები

### ოჯახი და ახლობელი ადამიანები

ხშირად სარგებლობა მოაქვს ინფორმაციის მიღებას ოჯახის წევრებისა და სხვა ახლობელი ადამიანებისაგან, განსაკუთრებით თუკი ისინი კლიენტთან ერთად ცხოვრობენ და ჰქონდათ შესაძლებლობა, დაკვირვებოდნენ მის ცვლილებას გარკვეული დროის განმავლობაში. რა თქმა უნდა, სხვებთან საუბრისათვის აუცილებელია თავად კლიენტისაგან თანხმობის მიღება და უმჯობესი იქნება თუკი ის თავად დაესწრება ამ საუბარს. ამ დროს შეიძლება დავაკვირდეთ კლიენტის რეაქციას ინტერვიუმე, ისევე როგორც ინდივიდებს შორის კომუნიკაციის პატერნებს. ზოგიერთ სიტუაციაში, განსაკუთრებით როცა პირველადი პრობლემა სამსახურთან არის დაკავშირებული, სასარგებლო იქნება ინტერვიუს ჩატარება კლიენტის დამსაქმებელთან, უშუალო ხელმძღვანელთან ან კოლეგასთან, რა თქმა უნდა, ისევე კლიენტის თანხმობით და თუკი შესაძლებელია, მისი თანდასწრებით. მარტივად შეიძლება ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუ იქნას გამოყენებული ახლობელი ადამიანებისაგან, თავად კლიენტის მიერ უკვე მოწოდებული, მხოლოდ ალტერნატიული თვალთახედვით დანახული, ინფორმაციის მისაღებად.

### წინარე დოკუმენტაცია

არსებობის შემთხვევაში, წინარე დოკუმენტაცია შეიძლება ძალიან სასარგებლო იყოს წინა შეფასების შედეგების, დიაგნოზების, მკურნალობისა და რეკომენდაციების გასაცნობად. ზოგიერთ კლიენტს უჭირს გაიხსენოს მკურნალობის დეტალები და აღწერს მკურნალობის ისეთ ფორმას, რომლის დამადასტურებელი მტკიცებულებაც არ არსებობს. ზოგჯერ, კლიენტები ასევე ასახელებენ განვლილ კონსულტაციასა ან თერაპიას, თუმცა არ შეუძლიათ აღწერონ მიდგომის კონკრეტული ასპექტები. წინა ჩანაწერების მიმოხილვამ, შეიძლება დააზუსტოს ჩატარებული მკურნალობა, აგვაცილოს შეფასების პროცედურების განმეორებითი ჩატარება და მოგვცეს კლიენტის გრძელ-ვადიანი პრობლემის დროის საკმაოდ ხანგრძლივ პერიოდში



შეფასების შესაძლებლობა. შესასწავლი დოკუმენტაცია, რომელიც შეიძლება გამოვიყენოთ, შეიძლება იყოს წინა ფსიქოლოგიური და ფსიქიატრიული ანგარიშები, პროგრესის კომენტარები; ასევე ჩანაწერები კლინიკის, სკოლის და დასაქმების ადგილიდან. ზოგიერთ შემთხვევაში, შეიძლება ასევე სახეზე შეიძლება იყოს კლიენტის მიერ წარმოებული ჩანაწერები, როგორცაა პირადი შენიშვნები, დღიურები ან თვით-მონიტორინგის ფორმები, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას შეფასების გეგმის ნაწილად.

### **კიდევ რა უნდა იქნას გათვალისწინებული თქვენი ბიბლიოთეკისათვის ინსტრუმენტების შერჩევისას?**

შეფასების ინსტრუმენტების ემპირიული სტატუსის გარდა, ინსტრუმენტების შერჩევისას არსებობს რამდენიმე საკითხი, რომელთა გათვალისწინებაც მნიშვნელოვანია. ესენია ფასი, ხელმისაწვდომობა, რამდენად ადვილად ჩასატარებელია, ადვილად იკითხება თუ არა, ენობრივი დონე და კლიენტისათვის მისაღებლობა. ფსიქომეტრულად ყველაზე გამართული და სენსიტიური ინსტრუმენტი ნაკლებად შესაძლებელია, რომ გამოყენებადი გახდეს, თუკი ის ზედმეტად გრძელი, მოსაწყენი და რთულად დასათვლელია. თუ კლიენტები პროტესტს გამოთქვამენ მისი შევსების დროს ან უჭირთ საზომის გააზრება, ეს ნეგატიურ გავლენას ახდენს ინსტრუმენტის სიზუსტეზე. ასევე მნიშვნელოვანია ისეთი საკითხების გათვალისწინება, როგორცაა კითხვის დონე, ენა და კულტურული შესაბამისობა. ინსტრუმენტის შეფასებისას კიდევ ერთი გასათვალისწინებელი საკითხია, რამდენად შეესაბამება თქვენს მიერ შერჩეული საზომი იმ სისტემას, რომელშიც თქვენ მუშაობთ. იდეალურ შემთხვევაში, სხვა პრაქტიკოსები ასევე უნდა იყენებდნენ იგივე ან მსგავს ინსტრუმენტებს და კლიენტების მონაცემები გაერთიანებულ უნდა იქნას, რათა გარკვეული დროის შემდეგ შეფასდეს თქვენს დაწესებულებაში მიღებული შედეგები და პატერნები. ინსტრუმენტების გამოყენება დამოკიდებულია პრაქტიკოსების ჯგუფის შიგნით არსებულ ერთობილაზე.

## **შეფასება როგორც მიმდინარე პროცესი**

ყველა კლინიკისტი ატარებს კლიენტის რაიმე ტიპის პირველად შეფასებას, მაგრამ იშვიათად ხდება მიმდინარე და საბოლოო შედეგების რუტინული დაფიქსირება. სინამდვილეში, ბევრ დაწესებულებაში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებენ პირველად შეფასებას, მაგრამ იგნორირებას უკეთებენ განმეორებით ან საბოლოო შეფასების მნიშვნელობას. რამდენადაც კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში შეფასება არის მიმდინარე პროცესი და არა სტატიკური ან ერთჯერადი პროცესი, ასევე მნიშვნელოვანია, გარკვეული დროის შემდეგ შეფასების გასამეორებლად



შესაფერისი საზომი არსებობდეს. განმეორებითი შეფასების ინსტრუმენტები ჩვეულებრივ შედარებით მოკლეა, ვიდრე სხვა საზომები და ყურადღება გამახვილებულია იმ სპეციფიკურ პრობლემებზე, რომლებიც მკურნალობის ძირითად ფოკუსს წარმოადგენდნენ.

საზომის არჩევისას მნიშვნელოვანი ფაქტორია ცვლილებისადმი სენსიტიურობა, რადგან ზოგიერთი საზომი აფასებს ისეთ ცვლადებს, რაც დროის დიდი ინტერვალის შემდეგ იცვლება (მაგ., YSQ ცხოვრების ხარისხის საზომი). მიმდინარე შეფასების მიზანია პროგრესისა და შედეგების შეფასება.

სხვადასხვა სახის მიმდინარე შეფასება შეიძლება სასარგებლო იყოს არა მხოლოდ შედეგების შეფასებისათვის, ასევე თერაპიის პროცესსა და მიმდინარეობაზე გავლენის მოსახდენად. შემდეგ თავებში ჩვენ განვიხილავთ მკურნალობის კურსის განმავლობაში მიმდინარე გაზომვებს, მაგრამ ზემოხსენებული შეფასება მოიცავს შემდეგს.

## სესიის ფარგლებში შეფასებები

არაფორმალური შეფასებები, როგორცაა კლიენტისათვის კითხვის დასმა პირველი ინტერვიუს შესახებ, ჩვეულებრივ გვხვდება თერაპიული სესიის ბოლოს. შეფასებები გულისხმობს კითხვების დასმას სხვადასხვა გამოცდილების ან აზრის ვერბალურად და წერილობით შესაფასებლად (მაგ., „რამდენად ძლიერია თქვენი სიბრაზე სკალაზე, 1-დან 10 მდე?“, „რამდენად გჭერათ კონკრეტული ფიქრის, სკალაზე 0-დან 100% მდე?“, ან „რამდენად შეშფოთებულად გრძნობთ თავს დისტრესის სკალის სუბიექტური ერთეულების გამოყენებისას?“), ან კლიენტის მიერ სიმპტომების ჩამონათვალში მოცემული, სესიით კმაყოფილების ფორმის შევსებას.

## პერიოდული გადაფასების მიზნები

თერაპიის პირველ სესიაზე მიზნების დასახვის დროს, სასარგებლო იქნება გარკვეული დროის შემდეგ მათი გადაფასება (მაგ., მკურნალობის ექვსი ან რვა სესიის შემდეგ). ეს შეფასება შეიძლება იყოს ფორმალური ან არაფორმალური. ამგვარი შეფასების ერთ-ერთ მეთოდს წარმოადგენს მიზნების მიღწევის სკალირება (Goal Attainment Scaling) (GAS, Hurn, Kneebone, & Copley, 2006; Kiresuk, Stelmachers, & Schultz, 1982), რომელიც გულისხმობს პირველ სესიაზე კლიენტის პრობლემის (პრობლემების) დასახელებას და მისი სიმძიმის მაჩვენებლის განსაზღვრას სკალაზე (მაგ. 0-დან 100 %-მდე სკალაზე). ეს ბაზისური მონაცემი შემდეგ შეიძლება შედარდეს იმავე პრობლემების შემდგომი სიმძიმის მაჩვენებლებს, რათა დავინახოთ მიღწეული იქნა თუ არა ამ პრობლემების შემსუბუქება; ამ მონაცემის განმეორებითი შეფასება პროცენტული შეფასების სკალაზე შეიძლება გამოყენებულ იქნას მკურნალობაში სპეციფიკური გაუმჯობესების მაჩვენებლად და შეიძლება გამოიხატოს კიდევ მკურნალობის შეწყვეტის ან გაგრძელების გადამწყვეტილებაში.

## მიმდინარე შედეგების საზომები

მკურნალობის ხანგრძლივობიდან გამომდინარე, შესაძლოა სასარგებლო იყოს სიმპტომების, ბიჰევიორული ან კოგნიტური საზომების გამოყენება მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე, როგორცაა მე-6, მე-10 ან მე-15 სესიის შემდეგ. შედეგების საზომები შეიძლება მოიცავდეს თვით-მონიტორინგის ჩანაწერებს ან რეიტინგებს, რომლებიც შემდეგ შეიძლება გრაფიკულად იქნას გამოსახული კლიენტისთვის უკუკავშირის მისაცემად. ჩვენი ხედვით, განმეორებითი შეფასების შედეგები გაზიარებული უნდა იქნას კლიენტისათვის, თუკი ამის საწინააღმდეგო მიზეზი არ არსებობს. უკუკავშირის ასეთმა პროცესმა შეიძლება პროგრესის ტემპის, საკვანძო მომენტებისა და წარმატებული მკურნალობის, ასევე მკურნალობის გაგრძელების საჭიროების შესახებ დისკუსიის სტიმულირება მოახდინოს. ასეთი უკუკავშირი კიდევ უფრო აძლიერებს პროცესში კლიენტის ჩართულობას, რადგან ცვლილების მისეული აღქმა შეიძლება შედარებულ იქნას ფორმალური შეფასების მეთოდებთან და შეიძლება განხილული იქნას მისი მოსაზრებები, რატომ მიმდინარეობს კარგად ან რატომ ვერ იმუშავა თერაპიამ. ხშირად, კლიენტის ძალისხმევას დიდად აძლიერებს რეალურ შედეგებში მნიშვნელოვანი ცვლილების დანახვა.

## მკურნალობის დასრულება და შემდგომი მეთვალყურეობის (Follow-up) შეფასება

საკმაოდ გავრცელებულია პროგრესის შეფასება იმ მიზნებთან მიმართებაში, რომლებიც პროცესის დასაწყისში და მკურნალობის მიმდინარეობისას იქნა ჩამოყალიბებული. ძალიან მნიშვნელოვანია იმ პრობლემების გადაფასება, რომლითაც კლიენტი თერაპიისთვის მოვიდა და ასევე მკურნალობის სხვა რესურსების შესახებ საუბარი, თუკი მას შემდგომი დახმარება სჭირდება. კლიენტის ცვლილებას ძალიან უწყობს ხელს და აძლიერებს ყოველი დასრულებული აქტივობის შედეგების შესახებ უკუკავშირის მიწოდება. ხშირად ისინი გაკვირვებული რჩებიან მიღწეული პროგრესის მოცულობით. იფიქრეთ კლიენტისათვის მისი ტესტების შედეგების გაცნობაზე. თუკი ამის შესაძლებლობა არსებობს, გაუგზავნეთ შეფასების შედეგები კლიენტის ოჯახის ექიმს ან სხვა მომვლელს. მიუხედავად ამისა, შემდგომი (Follow-up) შეფასება ფსიქოთერაპიაში ნაკლებად გვხვდება, ვიდრე ეს უნდა იყოს (იხ. წიგნის მე-9 თავი). ასეთი შეფასება შეიძლება გაკეთდეს სატელეფონო ბარის საშუალებით, ან ფოსტის საშუალებით სიმპტომების ან სხვა სახის ჩამონათვალის გაგზავნით.

შემდეგ თავში განხილულია შეფასების შედეგების ინტეგრირება და პრობლემების ჩამონათვალის შექმნა შემთხვევის საწყის ფორმულირებად. ასევე მიმოხილულია, როგორ უნდა გავაცნოთ შეფასების შედეგები კლიენტებს, რეფერირების წყაროს და მკურნალობის პროცესში ჩართულ სხვა მონაწილეებს.

## თავი 3

### ინტეგრაცია და შემთხვევის ფორმულირება

პირველადი შეფასების დასრულების შემდეგ, დაგჭირდებათ თქვენს ხელთ არსებული ვრცელი ინფორმაციის ინტეგრირება, გააზრება და ფორმულირება. ეს ინფორმაცია ერთიანდება კლიენტთან ან მის პრობლემებთან დაკავშირებული თანმიმდევრული ჰიპოთეზის ჩამოსაყალიბებლად. იდეალურ შემთხვევაში ჰიპოთეზა არა მხოლოდ კლიენტის მოცემულ მომენტში არსებულ პრობლემებს შორის ურთიერთკავშირს აღწერს, არამედ გვაცნობს ურთიერთკავშირის მის ბაზისურ რწმენებს და ავტომატურ აზრებს შორის. რომლებიც ამ პრობლემებს უდევს საფუძვლად და კონკრეტულ ემოციურ რეაქციებსა და ქცევებს იწვევს. შემთხვევის ფორმულირებას ასევე მივყავართ ადეკვატური ინტერვენციის და მისი თანმიმდევრობის დაგეგმვამდე.

თქვენი საკუთარი პრაქტიკიდან და სამუშაო დანესებულების საჭიროებებიდან გამომდინარე, შეგიძლიათ ჩამოაყალიბოთ შემთხვევის ფორმულირება დაუყოვნებლივ, შეფასების ან რამდენიმე თავდაპირველი სესიის შემდეგ. ჩვენი თვალთახედვით, შემთხვევის ფორმულირება უნდა დაიწყოს პირველივე სესიიდან, მიუხედავად იმისა, რომ მისი გავრცობა მოხდება გარკვეული დროის შემდეგ, როდესაც მიმდინარე კონტაქტის და მკურნალობის შედეგად უკეთ გაუგებთ თქვენს კლიენტს. შემთხვევის ფორმულირების შემდეგ, შედეგები უნდა გააცნოთ კლიენტს (კლიენტებს) და რეფერირების წყაროს, ვერბალური ან წერილობით ფორმით, შესაძლოა ორივე ვარიანტის გამოყენებაც.

შემთხვევის ფორმულირება შეფასებასა და მკურნალობას შორის არსებული ხიდია. მიზნის დასახვა და მკურნალობის დაგეგმვა, ლოგიკურად და ბუნებრივად მოყვება შემთხვევის ფორმულირებას, რომელიც აღწერილია როგორც „ჰიპოთეზა იმ ფსიქოლოგიური სირთულის/სირთულეების ბუნების შესახებ, რომელიც პაციენტის პრობლემათა ჩამონათვალში მოყვანილ პრობლემებს უდევს საფუძვლად“ (Parsons, 1989, p.37). კუიკენის, ფოთერგილის, მუსასა და ჩადვიკის (Kuyken, Fothergill, Musa და Chadwick, 2015) მიხედვით ინდივიდუალიზებული კოგნიტური

შემთხვევის ფორმულირება არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ამოსავალი წერტილი. თქვენს მიერ, სანდო და ვალიდური კრიტერიუმებით, მათ შორის კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვიუთი ჩატარებული სრულყოფილი შეფასება, გაძლევთ აუცილებელ ინფორმაციას შემთხვევის ფორმულირებისათვის. ამ თავში, ჩვენ განვიხილავთ მტკიცებულებათა ბაზას კოგნიტური შემთხვევის ფორმულირებისათვის. ამის შემდეგ, ვისაუბრებთ, თუ როგორ ჩამოვყალიბოთ პრობლემათა ჩამონათვალი და პირველადი შემთხვევის ფორმულირება, როგორ გავიაზროთ მკურნალობის შედეგები და დავგეგმოთ მკურნალობა.

## შემთხვევის ფორმულირება

### ზოგადი ინფორმაცია შემთხვევის ფორმულირების შესახებ

კლინიკური შემთხვევის ფორმულირება ფართო ცნებაა, რომელიც მიესადაგება და გამოიყენება მრავალი სხვადასხვა სახის ინდივიდუალიზებულ ან იდეოგრაფულ ფსიქოთერაპიაში, მათ შორის კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაშიც. შემთხვევის ფორმულირება, როგორც თითქმის ყველა ფსიქოთერაპიის ინსტრუმენტი (Eells, 1997) არის გზა, რომლითაც შეფასებას მივყავართ ინტერვენციამდე და ამავე დროს თეორიული პრინციპების პრაქტიკაში გადატანამდე. როგორც უკვე აღინიშნა, შემთხვევის ფორმულირება გვაძლევს განმარტებით კავშირს პრაქტიკას, თეორიას და კვლევას შორის ყოველი ინდივიდუალური კლიენტისათვის (Kuyken et al., 2005). შემთხვევის ფორმულირებამ უნდა მიგვიყვანოს ყველაზე შესაფერისი, თეორიულად გონივრული და ემპირიული მონაცემებით დადასტურებული ინტერვენციის შერჩევასა და გამოყენებამდე. იდეალურ შემთხვევაში, მან ასევე შეიძლება წარმართოს ინტერვენციის დროში განაწილება, თანმიმდევრობა და მოგვცეს თერაპიის განხორციელების სირთულეების პროგნოზი. თერაპიის ეფექტის მაქსიმალური გაძლიერებისთვის, შემთხვევის ფორმულირება ასევე ითვალისწინებს კლიენტის ინდივიდუალურ განსხვავებულობას.

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებით დასმული ერთ-ერთი კითხვაა- საჭიროებს თუ არა ყველა კლიენტი ინდივიდუალიზებულ შემთხვევის ფორმულირებას, თუ სხვა შემთხვევების დროსაც შეიძლება გამოყენებული იქნას მკურნალობის სახელმძღვანელო, თუკი კლიენტის პრობლემა მსგავსია იმ კლიენტების პრობლემისა, რომელზეც უკვე მოხდა მკურნალობის ემპირიულად შეფასება. ზოგჯერ, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას აკრიტიკებენ იმისათვის, რომ ის გვთავაზობს „ყველასთვის საერთო“ ტიპის ინსტრუქციებზე დაფუძნებულ თერაპიას იმ კლიენტებისათვის, რომლებიც მოცემული დიაგნოზის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ. ეს კრიტიკა უსაფუძვლოა ბევრი სხვადასხვა მიზეზის გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ საკვლევ ცდაში, პირველადი

შეფასების მთავარი ამოცანაა იმის დადასტურება, რომ კლიენტი ჯდება დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებში და არ ხვდება გამორიცხვის კრიტერიუმებში, ასევე ეს შეფასება კლიენტს „რთავს მკურნალობის პროცესში“, არ არის აუცილებელი, რომ ის (შეფასება) დაეხმაროს კლინიცისტს მკურნალობის ყველა ასპექტის დაგეგმვაში. როგორც კი კლიენტი ერთვება კვლევაში, პირველადი ინტერვიუ იძლევა ინფორმაციას, რომლის გამოყენებითაც კლინიცისტი ახდენს შემთხვევის ფორმულირებას და იმ ინტერვენციების განსაზღვრას, რომელიც უშუალოდ ფორმულირების პროცესს მოსდევს.<sup>1</sup>

შედარებით უფრო სტრუქტურირებული, ინსტრუქციებზე დაფუძნებული მკურნალობის ფორმები სავალდებულო წესით არ იყენებს ინდივიდუალიზებული შემთხვევის ფორმულირების მიდგომას. თუმცა, მკურნალობის ყველა სახელმძღვანელო ეფუძნება კლინიკურ პრობლემას/პრობლემებს, რომელსაც ზოგადად ვხვდებით კლიენტთა კონკრეტულ ჯგუფში და ამდენად, ინტერვენციები წარმატების მაღალი ალბათობით ხორციელდება. პრობლემა სტანდარტიზებულ მკურნალობასთან დაკავშირებით სავარაუდოდ კიდევ უფრო მეტია ჯგუფური ინტერვენციების დროს, სადაც შეიძლება ინდივიდუალიზებული ინტერვენცია გაცილებით ნაკლები იყოს, ვიდრე ინდივიდუალურ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ჯგუფებში, თითოეული კლიენტის საჭიროებები ნაკლებად აშკარაა და ასევე შეზღუდულია ყოველ ინდივიდზე ფოკუსირების დრო და შესაძლებლობა. მიუხედავად ამისა, ჯგუფური ინტერვენციისას კლიენტებს სთხოვენ ზოგადი ინტერვენციების ადაპტირებას საკუთარ მდგომარეობაზე. რომ შევაჯამოთ, არსებობს მკურნალობის სახელმძღვანელოების სხვადასხვაგვარი ვერსიები, რომელთაგან ზოგი თავისუფალი მოქმედების არეალს აძლევს კლინიცისტს, ზოგი კი მოითხოვს სესიიდან სესიამდე გეგმის ყურადღებით შესრულებას.

შემთხვევის ფორმულირება უკვე დიდი ხანია წარმოადგენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მნიშვნელოვან ტექნიკას და ამ დროის მანძილზე, შემუშავებულ იქნა შემთხვევის ფორმულირების რამდენიმე ვარიანტი (მაგალითად, Nezu, Nezu, & Lombardo, 2004). კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, შემთხვევის ფორმულირების ორი ყველაზე მეტად გავრცელებული მეთოდი პერსონის (Person, 1989) და ბეკის (J.S. Beck, 1995) მიერაა შემუშავებული. ეს მეთოდები უფრო დეტალურად ქვემოთაა აღწერილი. ამასთან ერთად, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში შეიძლება ასევე გამოყენებულ იქნას შემთხვევის ბიჰევიორული, ფუნქციურ-ანალიტიკური ფორმულირება (Haynes & O'Brien, 2000; Martell, Addis, & Jacobson, 2001) ან ინტერპერსონალური ფორმულირება (Mumma & Smith, 2001). ბიჰევიორული ფორმულირება უფრო მეტადაა ფოკუსირებული სიტუაციების ცვლილებაზე, ვიდრე სტაბილურობაზე, მაშინ, როდესაც ინტერპერსონალური ფორმულირება აქცენტს აკეთებს

<sup>1</sup> ამ რეალობის კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პირველი უმთავრესი სახელმძღვანელო „დემურსის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია“ (A. T. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). აღნიშნული წიგნი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მრავალ კვლევაში გამოყენებული იყო, როგორც მკურნალობის „სტანდარტი“ სახელმძღვანელო. თუმცა, ინდივიდუალური კლიენტისათვის გამოყენებული ინტერვენციები ემყარება შემთხვევის იდენტიფიკაციულ ფორმულირებას.



კლიენტის კოგნიციასა და ინტერპერსონალურ პატერნებზე და მათ შორის ყოველდღიური ურთიერთკავშირის ფაქტორზე.

როგორც კლინიცისტი, თქვენ შესაძლოა ბევრ კლიენტთან გინევედეთ შეხება და ადვილი არ არის გადანეციტოთ, რომელ მათგანთან დაიწყოთ ან არ დაიწყოთ მუშაობა, როგორც ამის გაკეთება კლინიკური კვლევისას ხდება. კლიენტების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად თქვენ მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმების შედგენის მეთი პასუხისმგებლობა გაქვთ. მიუხედავად იმისა, თუ რა მოცულობით გამოიყენება შემთხვევის ფორმულირება კვლევების დასკვნებში, კლინიკური პრაქტიკა შემთხვევათა უმეტესობაში მოითხოვს ინდივიდუალურ შემთხვევის ფორმულირებას, რადგან თქვენთან მოსული კლიენტი გაცილებით კომპლექსური შემთხვევაა და მეთი პრობლემები აქვს, ვიდრე ნებისმიერი კვლევის სუბიექტს. ამ კომპლექსურობისა და პრობლემათა ნაირგვარობისა გამო, კლიენტთა უმეტესობა საჭიროებს ზუსტ და დაკვირვებით შეფასებას, შემთხვევის ფორმულირებას და მკურნალობის დაგეგმვას. შესაბამისად, თქვენთვის, როგორც კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპევტისთვის, უმნიშვნელოვანესია პრაქტიკის მანძილზე გამოიმუშაოთ შემთხვევის ფორმულირების კარგი უნარები.

## მტკიცებულებათა ბაზის ცოდნა

შემთხვევის ფორმულირების დროს კლინიცისტები შეფასების შედეგების და საკუთარი დასკვნებისა თუ ინტერპრეტაციების შემთხვევის ფაქტებთან მისადაგებას ახდენენ; სხვა სიტყვებით, ეს არის ერთგვარი ხიდი შეფასების აღწერილობით შედეგებსა და მკურნალობის გეგმას შორის. შემთხვევის ფორმულირება სწორედ ის პროცესია, სადაც შეცდომები შეიძლება იქნას დაშვებული. მიუხედავად იმისა, რომ შემთხვევის ფორმულირებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, აღნიშნულ თემაზე ჩატარებული კვლევების რაოდენობა მნიშვნელოვნად მწირია.

რა არის შემთხვევის ფორმულირება - ხელოვნება თუ მეცნიერება? ბილინგმა და კუიკენმა (Bieling and Kuyken, 2003) დასვეს შეკითხვა „შემთხვევის ფორმულირება მეცნიერებაა თუ სამეცნიერო ფანტასტიკა?“ არსებული მცირერიცხოვანი კვლევებიდან ორ კვლევაში პერსონსმა და მისმა კოლეგებმა (Persons, Mooney & Padesky, 1995; Persons & Bertangoli, 1999) აღმოაჩინეს, რომ როდესაც კლინიცისტებს სთხოვეს კლინიკური შემთხვევების ნიმუშების განხილვა, მათ 60-70%-იანი სანდლობით შეძლეს კლიენტების თვალსაჩინო არაადაპტური ქცევების იდენტიფიცირება (მაგ., პრობლემათა ჩამონათვალის ფორმის მიხედვით). თუმცა უფრო მეტად გაუჭირდათ ამ ქცევათა გამომწვევი რწმენებისა და ატიტუდების დასახელება. თუკი ამ კვლევის შედეგი ვალიდურია, გამოდის, რომ მაშინ, როდესაც კოგნიტიურ-ბიპევიორულ თერაპევტებში არსებობს თანხმობა მიმდინარე პრობლემების გადასაჭრელად მკურნალობის დაგეგმვის თაობაზე, საკმაოდ განსხვავებულია მათი მოსაზრებები შემთხვევის



ფორმულირებაში პრობლემების გამომწვევი მიზეზებისა და პრობლემების პრევენციისათვის ჩასატარებელ სამუშაოებთან მიმართებაში.

ბელინგი და კუიკენი (Bieling და Kuiken, 2003) ასევე აღნიშნავენ, რომ ექსპერტებს შორის მაღალი სანდოობის მიღწევა შესაძლებელია შემთხვევის ფორმულირების აღწერილობით, მაგრამ არა დასკვნით. ისინი ამბობდნენ, რომ მიუხედავად ამისა, შემთხვევის ფორმულირების სანდოობის გაუმჯობესება შესაძლებელია შემთხვევის ფორმულირების უფრო სისტემატური და სტრუქტურირებული მეთოდების სწავლებითა და გამოყენებით. ამ მოსაზრების მხარდასაჭერად, კუიკენმა (Kuiken, 2005) სემინარის მონაწილე პრაქტიკოსებს ასწავლა შემთხვევის ფორმულირება და შემდეგ გამოსცადა მათი მუშაობის სანდოობა და ხარისხი. შედარებისათვის გამოყენებული იქნა ბეკის (J.S. Beck) მიერ შემუშავებული შემთხვევის ფორმულირება. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ მონაწილეები შეთანხმდნენ შემთხვევის ფორმულირების როგორც აღწერილობით მახასიათებლებზე, ასევე ჰიპოთეტურ დასკვნით კომპონენტებზე (თუმცა, ამ უკანასკნელის სანდოობა გაცილებით უფრო დაბალი იყო, ვიდრე აღწერილობითი მახასიათებლების). კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის წინარე ცოდნა და მიღებული აკრედიტაცია კავშირში აღმოჩნდა უფრო უკეთეს შედეგებთან. მთლიანობაში, ეს შედეგები მეტყველებს იმაზე, რომ შემთხვევის ფორმულირების სანდოობა შეიძლება გაუმჯობესებულ იქნას სწავლებითა და პრაქტიკით. ეს შედეგები ასევე გამყარებულია კენდჯელიკის და ელესის (Kendjelic and Elles, 2007) შრომებით, სადაც ასევე წარმოჩინდა, რომ ზოგადი შემთხვევის ფორმულირების გაუმჯობესება შესაძლებელია ტრენინგის გზით.

შემთხვევის ფორმულირებაზე არსებული ლიტერატურის მიხედვით, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლებელია შემთხვევის ფორმულირების ძირითადი ინფორმაციული ასპექტების სანდოდ მიღება, ექსპერტებისა და კლინიცისტებისათვის საკმაოდ ძნელია ამ ასპექტების ჰიპოთეტურ ურთიერთკავშირზე შეთანხმება. ასეთი შედეგები არ არის გასაკვირი, რამდენადაც შემთხვევის აღწერილი კომპონენტები მოიცავს დემოგრაფიულ მონაცემებს, გაზომვად სიმპტომებს, ინტერპერსონალურ და სხვა ქცევებს. დასკვნითი კომპონენტები კი მოიცავს მიზეზ-შედეგობრივ ფაქტორებს, რომელიც საფუძვლად უდევს ამა თუ იმ ქცევას. ამგვარი კომპონენტები ხშირად ვერ იზომება სანდო, ვალიდური ინსტრუმენტების გამოყენებით და ეყრდნობა კლინიკურ მსჯელობასა და გამოცდილებას. მოცემული მომენტისათვის არ არის ბოლომდე გარკვეული, სწავლების (ტრენინგის) რომელი მეთოდები არის ოპტიმალური კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში შემთხვევის ფორმულირების უნარების განვითარებისათვის.

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლომდე არ არის გარკვეული, როგორ ვასწავლოთ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში შემთხვევის ფორმულირება, მაინც არსებობს გზები, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია შემთხვევის ფორმულირების სანდოობის გაუმჯობესება. მაგალითად, ლუბორსკის და კრიტს-კრისტოფერის (Luborsky and Crits-Christoph, 1998) მიერ განხორციელებულ იქნა შემთხვევის ფორმულირების

მრავალი კვლევა, კონფლიქტური ურთიერთობების ძირითადი თემის (Core Conflictual Relationship Theme – CCRT) სახელით ცნობილ მეთოდთან დაკავშირებით. აღსანიშნავია, რომ კვლევა ტარდებოდა ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპიის კონტექსტში. ამ მეთოდში, კონფლიქტური ურთიერთობების ძირითადი თემებთან დაკავშირებულ დასკვნებს თერაპევტი აკეთებს კლიენტების მიერ მათი ურთიერთობების აღწერისას. სისტემატური ქულებით შეფასების მეთოდი შემუშავებულ იქნა იმ ძირითად თემებთან მიმართებაში, რომელიც თავისთავად დაკავშირებული იყო ფსიქოდინამიკურ თეორიასთან. კვლევებმა აჩვენა, რომ იმ ექსპერტებს, რომელთაც სისტემატურად უწევთ დასკვნების კეთება, და მაღალი კვალიფიკაციით გამოირჩევიან, შეუძლიათ გემოთხსენებულ ძირითად თემებზე საკმაოდ სანდო შეთანხმების მიღწევა. აღმოჩნდა, რომ მოკლე ფსიქოდინამიკური თერაპიის დროს ამ თემებს გარკვეული ურთიერთკავშირი აქვს სიმპტომების ცვლილებასთან. შედეგად, CCRT არის ის მეთოდი, რომელიც აკმაყოფილებს სანდოობის, ვალიდურობის და შედეგების გაუმჯობესების მახასიათებლებს. ბელინგის და კუიკენის (Bieling and Kuiken, 2003) მიხედვით, ამ მეთოდის საშუალებით ჩამოყალიბებული შემთხვევის ზუსტმა ფორმულირებამ შეიძლება მიგვიყვანოს შედეგების გაუმჯობესებამდე, საუკეთესო ინტერვენციების შერჩევის და/ან თერაპიული ურთიერთობების გზით. შესაბამისად, აღმოჩნდა, რომ შემთხვევის ფორმულირებას, აღწერილობითი კომპონენტების გარდა, შეიძლება ჰქონდეს მეცნიერული საფუძველი. კონსტრუქციული შემთხვევის ფორმულირებას არ აქვს ხანგრძლივი ისტორია, ისევე როგორც CCRT კვლევას. ამდენად კონსტრუქციული მკვლევრებსა და პრაქტიკოსებს შეუძლიათ ბევრი რამ ისწავლონ აღნიშნული კვლევიდან.

კონსტრუქციული შემთხვევის ფორმულირების ვალიდურობის ან მისი სამკურნალო სარგებლობის შესაფასებლად ჩატარდა რამდენიმე კვლევა. მუმამ (Mumma, 2004) შეიმუშავა ინდივიდუალურ კლიენტებთან სამუშაოდ შემთხვევის ფორმულირების ვალიდურობის შესაფასებელი პროცესი. ეს რთული პროცესია და მეტწილად ეყრდნობა კლიენტის მხრიდან მაქსიმალურად დიდი მოცულობის ინფორმაციის მიღებას. როგორც ავლნიშნეთ, არსებითად მნიშვნელოვანია მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავება ყოველი კლიენტის საჭიროებების გათვალისწინებით, ბოლომდე არ არის ცნობილი, თუ რა კავშირია შემთხვევის ფორმულირებასა და კლიენტის შედეგების გაუმჯობესებას შორის. ამის საპირისპიროდ, რამდენიმე კვლევა იმაზე მეტყველებს, რომ მკურნალობის სარგებლიანობა შეიძლება გაუმჯობესდეს ფუნქციური ანალიზის გამოყენებით, რასაც მივყავართ ფუნქციური ანალიზიდან გამომდინარე დასკვნებამდე, განსაკუთრებით მძიმე ქცევითი დარღვევის მქონე კლიენტების შემთხვევაში. სავარაუდოდ, ასეთი შედეგები განპირობებულია იმ ფაქტით, რომ ფუნქციური ანალიზი გაცილებით ნაკლებ ლოგიკურ ვარაუდებს მოითხოვს (მაგ., Carr & Durand, 1985).

რამდენიმე კვლევამ ცხადყო, რომ უფრო რუტინული კლინიკური პრობლემებისათვის, კლინიკური შედეგები უკეთესი შეიძლება იყოს

სახელმძღვანელოებში მოყვანილი, მეტად სტრუქტურირებული მიდგომების შემთხვევაში, ვიდრე ინდივიდუალიზებული მკურნალობის ფორმების გამოყენების დროს (Kuyken et.al., 2005). შესაძლებელია, რომ მომავალში ჩატარებულმა კვლევებმა მხარი დაუჭიროს შემთხვევის იდიოგრაფიული ფორმულირების გამოყენებას, უპირველეს ყოვლისა გაცილებით რთული და/ან მრავლობითი პრობლემების მქონე კლიენტებისათვის. ამ აზრის მხარდასაჭერად პერსონის, რობერტის, ზალესკისა და ბრეჩნორდის (Persons, Roberts, Zalecki, Brechwald, 2006) მიერ აღწერილ იქნა შედეგების ნატურალისტური კვლევა, სადაც შემთხვევის ფორმულირება - მართული კოგნიტურ-ბიპვეიორული თერაპია გამოყენებული იქნა შფოთვის და დეპრესიის მქონე პაციენტებთან. ამ მიდგომის გამოყენებით კლიენტების მდგომარეობა გაუმჯობესდა. სამწუხაროდ, კვლევის თვალთახედვით, არ ჩატარებულა შედარება იმ კლიენტებთან, ვისი მკურნალობაც განხორციელდა სხვა სახის ფორმულირებით ან კოგნიტურ-ბიპვეიორული თერაპიის მიდგომით, მაგრამ შემთხვევის ფორმულირების გარეშე. კუიკენი (Kuyken et.al., 2005) აღნიშნავს: „საჭიროა კვლევა იმ უმნიშვნელოვანეს კითხვასთან მიმართებაში, არის თუ არა ფორმულირება დაკავშირებული გაუმჯობესებულ შედეგებთან უკეთ მორგებული ინტერვენციების შერჩევის გზით, ისე როგორც ეს ხდება ხანმოკლე ფსიქოდიანამიკური ფსიქოთერაპიის შემთხვევაში, თუმცა იგივე ჯერ არ არის დადასტურებული ქცევით და კოგნიტურ-ბიპვეიორულ ფსიქოთერაპიაში“ (გვ. 1200).

ბელინგისა და კუიკენის (Bieling and Kuiken, 2003) მიხედვით, იმისათვის, რომ ფორმულირება იყოს სასარგებლო, შემდეგ კითხვებს უნდა გაეცეს პასუხი:

1. აქვს შემთხვევის ფორმულირებას პრედიქტული ვალიდობა?
2. აუმჯობესებს შემთხვევის ფორმულირება შედეგებს?
3. აუმჯობესებს შემთხვევის ფორმულირება თერაპიულ ალიანსს?
4. ერთგულად მიყვებიან კლინიცისტები შემთხვევის ფორმულირებას, მას შემდეგ რაც მას ჩამოაყალიბებენ?

არსებითად, ამ კითხვებზე პასუხი ჯერ-ჯერობით ცნობილი არ არის.

რა შეიძლება ამ დისკუსიიდან გამოიტანოთ თქვენ, როგორც კოგნიტურ-ბიპვეიორულმა კლინიცისტებმა? აღმოჩნდა, რომ შედეგებთან დაკავშირებულ კვლევებში, სადაც მკურნალობის ერთ-ერთ კომპონენტად შემთხვევის ფორმულირება განიხილებოდა, მიღებულ იქნა კარგი შედეგი და ამდენად, მიუხედავად არსებული კვლევების სიმწირისა, გვაქვს საფუძველი ვიფიქროთ, რომ შემთხვევის ფორმულირება ეფექტური კლინიკური ზრუნვის სასარგებლო ელემენტს წარმოადგენს. კლინიცისტების უმეტესობა დიდ როლს ანიჭებს ინდივიდუალიზებული მიდგომებისა და ბევრი სხვადასხვა ცვლადის გამოყენებას საკუთარი კლიენტების და იმის გასაგებად, თუ როგორ ურთიერთობენ ისინი გარემოში. წარმოგიდგინებ ამ სფეროში მიმდინარე აქტივობებიდან გამოვლენილ რამდენიმე შემოთავაზებას, რომელიც შესაძლოა დაგეხმაროთ:

- გამოიყენეთ ყველაზე სანდო და ვალიდური შეფასების ინსტრუმენტები (იხ. თავი 2);
- გამოიყენეთ აღწერითი და ობიექტური მონაცემები;
- შემლდეთ არსებული ინფორმაციიდან გამომდინარე დასკვნების რაოდენობა;
- გამოიყენეთ კონსისტენტური და სტრუქტურირებული მიდგომა შემთხვევის ფორმულირებისთვის;
- მიიღეთ ალტერნატიული ჰიპოთეზები;
- შემონმეთ თქვენი ჰიპოთეზები იმის საპირისპიროდ, რასაც პრაქტიკაში აკვირდებით; გქონდეთ ღიაობა ახალი ინფორმაციის მიმართ, რომელიც არ შეესაბამება თქვენს შემთხვევის ფორმულირებას;
- მიიღეთ უკუკავშირი კლიენტისგან ან იმ ადამიანისგან, ვინც მას კარგად იცნობს, შემთხვევის ფორმულირებასთან დაკავშირებით;
- თუ პრობლემები ნათელია, გამოიყენეთ სახელმძღვანელოზე დაფუძნებული მიდგომა. სხვა შემთხვევაში, შესაძლოა „ზედმეტად გაართულოთ“ კლიენტის პრობლემა, რაც მიგიყვანთ უფრო იდიოგრაფულ, მაგრამ ნაკლებად ეფექტურ მკურნალობამდე.

მარკი მოქმედი ფსიქოთერაპევტი იყო, რომელსაც თავდაპირველი განათლება ფსიქოდინამიკური და ჰუმანისტური თერაპიების მიმართულებით ჰქონდა მიღებული. იგი მოვიდა სუპერვიზიისა და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ ცოდნის მისაღებად. სუპერვიზორმა მარკი დაახასიათა, როგორც ძალიან კარგი ინტერპერსონალური უნარების მქონე პირი, რომელიც ძალიან იყო მონდომებული დახმარებოდა პრობლემურ კლიენტებს. ამავე დროს, მარკი თითქოს ვერ წყდებოდა შემთხვევის ფორმულირებას, რომელიც შეუსაბამო იყო თერაპიის ოთახში შეგროვებულ მტკიცებულებასთან და ხშირად მიმართავდა ჰიპოთეტურ, ადრეული განვითარების გამოცდილებას. სესიების განმავლობაში, მას ხშირად ესმოდა იმ მომენტისათვის არსებული საკითხები და უფრო მეტად ცდილობდა გაეგო მათი წარმომავლობა, ვიდრე ემუშავა კლიენტისათვის ეფექტური გადანყვეტილების მოძებნაზე. სუპერვიზიისას, ის უფრო სწრაფად პასუხობდა ქცევასთან დაკავშირებულ „რატომ“ კითხვებს, ვიდრე დამხმარე სტრატეგიებთან მიმართებაში მყოფ „როგორ“ კითხვებს. ის მიმართული იყო სქემასთან დაკავშირებულ ჰიპოთეზებზე, რომელთაც მისი აზრით გარკვეული მსგავსებები ჰქონდა არაცნობიერი პროცესების ფსიქოდინამიკურ აზრებთან.

სუპერვიზორი თვეების განმავლობაში მუშაობდა მარკთან რამდენიმე შემთხვევაზე. მან მალე აღმოაჩინა, რომ მარკს შეეძლო სწრაფად ჩამოეყალიბებინა რთული შემთხვევის ფორმულირება და შემთხვევების ანალიზისას ის უფრო მეტად იყო ფოკუსირებული ჩამოყალიბებული რწმენის დონის განსაზღვრაზე, მაგრამ პრობლემები ჰქონდა მკურნალობის პრაგმატულ და ქცევით ასპექტებთან მიმართებაში. განსაკუთრებით კი, მას უჭირდა საშინაო დავალებების დაგეგმვა და განხორციელება.

„გარღვევა“ მარკის სწავლებაში მოხდა მაშინ, როდესაც ის მუშაობდა კლიენტთან, რომლის პრობლემაც იყო პერფორმანსის პრობლემა. მე-4 სესიაზე, როგორც კი მარკმა დაიწყო კლიენტისათვის სავარაუდო შემთხვევის ფორმულირების გაცნობა, კლიენტმა თქვა: „მე ვიცი ეს ყველაფერი; მე უბრალოდ მინდა გავთავისუფლდე ამ პრობლემისაგან“. გარკვეულწილად, ამ კლიენტმა მოცემულ მომენტში მარკი გამოაფხიზლა. მან უკან დაიხია სქემაზე ფოკუსირებიდან, კლიენტთან გამოიყენა ნასწავლი მეთოდები, და დაიწყო გაცილებით პრაგმატულად, ეფექტურად მუშაობა. კლიენტის რეაქცია მკურნალობაზე იყო ძალიან კარგი და იგი ძალიან კმაყოფილი დარჩა მიღებული დახმარებით.

## შემთხვევის ფორმულირების ეტაპები

ჩვენ ახლა გადავდივართ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული შემთხვევის ფორმულირების პროცესის აღწერაზე, რომელიც რამდენიმე ნაბიჯისგან შედგება, ესენია: პრობლემების ჩამონათვალის შედგენა, საწყისი შემთხვევის ფორმულირების ჩამოყალიბება, შემთხვევის ფორმულირების და შეფასების შედეგების გაცნობა.

### ნაბიჯი 1: პრობლემების ჩამონათვალის შედგენა

კლიენტები პირველად შეფასებაზე საკუთარ პრობლემებზე საუბრის ძლიერი სურვილით მოდიან. ეს პრობლემები ხშირად აერთიანებს ბევრ სხვადასხვა რამეს: ზოგადი დისტრესი, დარღვევის ძირითადი სიმპტომები, კონკრეტული მომენტისათვის არსებული სტრესორები, სხვა ადამიანებთან ურთიერთობები, საკუთარ თავთან დაკავშირებული გრძნობები, მათ მიერ განხორციელებული დესტრუქციული ქცევები, გარეშე მოვლენები და არაკონტროლირებადი სიტუაციები. ჩვეულებრივ, კლიენტები საკუთარ მდგომარეობას ისე არ აღწერენ, რომ ადვილი იყოს პრობლემების სრულყოფილი სიის შედგენა. ზოგიერთ კლიენტს უჭირს საკუთარი შეხედულებების მკაფიოდ და გულწრფელად გამოხატვა. საკმაოდ რთულია პირველი შეფასებისას პრობლემების ისეთი ჩამონათვალის შედგენა, რომელიც ყოვლისმომცველია, ლაკონური და ინტერვენციების დაგეგმვის შესაძლებლობას იძლევა. პრობლემების ჩამონათვალის შექმნა ერთ-ერთია იმ ბევრ მიზეზს შორის, რომელიც კარგი შეფასების ჩატარებას საჭიროებს.

პერსონსი (Persons, 1989) თვლის, რომ პრობლემების ჩამონათვალის უნდა იყოს ინკლუზიური და სპეციფიკური. თუ პირველადი ინტერვიუს დროს პრობლემების ჩამონათვალის შედგენაზე მუშაობთ, ეცადეთ კლიენტმა ჩამოთვალოს ყველა ის ძირითადი პრობლემა, რის გამოც მიმართა თერაპიას. ინტერვიუს მსვლელობისას, კლინიცისტმა უნდა



შეძლოს პრობლემების ორგანიზება და კატეგორიზაცია. თუკი კოგნიტურ-ბიჰევიორული შეფასება წარმართება ისე, როგორც ეს ამ წიგნის მე-2 თავშია განხილული, შეფასების დასასრულისთვის ასეთი კატეგორიზაცია თითქმის გაკეთებული იქნება თერაპევტს. შეფასების პროცესში კლიენტი შეიძლება სრულად ვერ აცნობიერებდეს ან არ ახმოვანებდეს ყველა არსებულ პრობლემას. მნიშვნელოვანია ყურადღებით დააკვირდეთ და ჰკითხოთ კლიენტს იმ შესაძლო პრობლემების შესახებ, რომელთა შესახებ მას არ უსაუბრია. მაგ., მუშაობისას შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ კლიენტს მწირი სოციალური უნარ-ჩვევები აქვს ან ძალიან შფოთავს ინტერვიუს დროს, თუმცა არც ერთ ამ პრობლემამ არ საუბრობს. შეფასებისა და კითხვების დასმის დროს კლიენტის რეაქციებზე დაკვირვებით, შესაძლებელია შუქი მოეფინოს ისეთ პრობლემებს, რომელიც ერთი შეხედვით არ ჩანს. კოგნიტური შემთხვევის ფორმულირებით, თქვენთვის ასევე შეიძლება ამკარა გახდეს ის პრობლემები, რომელზეც კლიენტს პირდაპირ არ უსაუბრია. მაგ., კლიენტმა შეიძლება ისაუბროს ურთიერთობების პატერნზე, რომელიც გულისხმობს, რომ მას სწამს, რომ ის არავის უყვარს, თუმცა შესაძლოა თავად ვერ აცნობიერებდეს ამ რწმენას. შეფასების დროს, ასეთი რწმენების შემჩნევა, ხელს უწყობს მომავალი შეფასებისა და ინტერვენციების ჩამოყალიბებას.

მას შემდეგ, რაც შედგენილი იქნება სრულყოფილი პრობლემების ჩამონათვალი, სამუშაო პრობლემები პრიორიტეტულობის და მნიშვნელობის მიხედვით უნდა დალაგდეს. გამორიცხული არ არის, რომ გარკვეული ნაკლოვანი მხარე ჰქონდეს ძალიან გრძელი და ყოვლისმომცველი, მკურნალობაზე ორიენტირებული პრობლემების ჩამონათვალის შემუშავებას. ასეთ შემთხვევაში, ორივე, კლიენტიც და თერაპევტიც შეიძლება გადაიტვიტონ და გაუჭირდეთ პირველადი პრობლემების გამოცალკევება მეორადი მნიშვნელობის მქონე პრობლემებისაგან. პრობლემების დიდმა ჩამონათვალმა შეიძლება თერაპიის ძირითადი აქცენტის შერჩევისას სირთულეები გამოიწვიოს. თუ მარტივად ვიკითხავთ „რა პრობლემები გაქვთ?“ კლიენტმა შეიძლება ყველა იმ პრობლემის ჩამოთვლა დაიწყოს, რაზეც კი ოდესმე უფიქრია. ამ პრობლემებისგან ზოგიერთი შესაძლოა საერთოდ ვერ მოგვარდეს და ზოგი კი საკმაოდ კარგად უნდა განიმარტოს, რომ თერაპიის გონივრული სამიზნე გახდეს. მაგ., კლიენტმა ერთ-ერთ პრობლემად შეიძლება დაასახელოს - „ვარ ძალიან მორცხვი“, რაც თერაპიისათვის კარგ სამუშაო ფორმულირებად რომ გადაიქცეს, შესაძლოა ასე ჟღერდეს: „მეგობრების ნაკლებობა“, „სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა“ ან რწმენა, რომ უარყოფილ იქნება სხვების მიერ. როგორც კი პრობლემა პირველად დასახელდება, უნდა გაითვალისწინოთ, რამდენად ექვემდებარება ის ცვლილებას და რა შესაძლო ინტერვენციებით არის საჭირო პრობლემასთან მუშაობა.

ძალიან სასარგებლო სტრატეგიას წარმოადგენს ერთი ან ორი პრობლემის დაკავშირება, რასაც პირდაპირ მივყავართ სწრაფი და ეფექტური ინტერვენციისაკენ. თერაპიაში ადრეულ ეტაპზე მიღწეული წარმატება ხელს უწყობს კლიენტის თერაპიის პროცესში ჩართვას. მაგ., თუ კლიენტი



საუბრობს შფოთვის დროს კუნთების დაჭიმვის პრობლემაზე, მისთვის პროგრესირებადი კუნთების რელაქსაციის სწავლება შეიძლება სწრაფი ინტერვენცია იყოს, რომელსაც მდგომარეობის შემსუბუქება მოყვება. თუმცა, იყავით ფრთხილად, არ შესთავაზოთ კლიენტს პრობლემის „სწრაფად მოგვარება“, რამაც მას შესაძლოა აფიქრებინოს, რომ თავს კარგად გრძობს და მიატოვოს თერაპია მანამდე, სანამ ძირითად, უფრო რთულ პრობლემებზე დაინწყებთ მუშაობას.

უნდა იყოს თუ არა კლიენტის დიაგნოზი, თუკი ასეთი არსებობს, შეტანილი პრობლემათა ჩამონათვალში? ჩვენ მიგვაჩნია, რომ არა. შესაძლოა, ძალიან სასარგებლო იყოს პრობლემებსა და დიაგნოზებს შორის დიფერენცირება; ამდენად, ჩვენი რეკომენდაციაა, არ ჩართოთ პრობლემების ჩამონათვალში დიაგნოზი ან პირველადი სიმპტომები (შემთხვევის ფორმულირების სამუშაო ფორმა იხ. ფორმა # 3.1). ზოგიერთ დანესებულებაში, ფორმალური დიაგნოზი შეიძლება არ იყოს აუცილებელი და მხოლოდ პრობლემების ჩამონათვალი გახდეს საჭირო.

მაგალითად, კერძო დანესებულებაში თერაპიისათვის მისული კლიენტი შეიძლება არ აკმაყოფილებდეს რაიმე დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს, თუმცა მაინც სახეზე იყოს პრობლემები, რომლებზე მუშაობაცაა საჭირო.

ხშირად, კლიენტები პირველ სესიაზე დიაგნოზს ძირითად პრობლემად ასახელებენ. ამის მიზეზი შესაძლოა იყოს ის, რომ კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის შესახებ ინფორმაცია (საკითხავი მასალა) DSM-IV-ის ტრილშია განხილული და კლიენტს შესაძლოა წაკითხული ჰქონდეს რომელიმე მათგანი. ასევე შესაძლოა უკვე ჰქონდეს სხვა პრაქტიკოსის მიერ დასმული დიაგნოზი. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ კოგნიტიურ-ბიპევიორულ მოდელში, დიაგნოზი არის საფუძველში არსებული გარკვეული რწმენების, ფიქრების, ქცევების შედეგი. დიაგნოზის გაჟღერებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს ასევე შეიძლება ჰქონდეს გარკვეული შედეგები, როგორცაა თავის არიდების ქცევის გამწვავება ან თვით-ეფექტურობის შესახებ რწმენების შეცვლა.

ჩვეულებრივ, პრობლემათა ჩამონათვალში შეგვყავს დიაგნოზთან დაკავშირებული კონკრეტულ მომენტში არსებული პრობლემები და არა თავად დიაგნოზი. მაგ., თუ ვმუშაობთ 36 წლის მდედრობითი სქესის კლიენტთან, რომლის სიმპტომები შეესაბამება გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის კრიტერიუმებს და აქვს ასევე დამატებითი სიმპტომები, რომელიც თითქმის აკმაყოფილებს ძირითადი დეპრესიული დარღვევის კრიტერიუმსაც, ეს სიმპტომები შეიძლება იყოს: ყოველდღიური აქტივობების მართვის გართულება, როგორცაა სამსახური, ბავშვის მოვლა, ოჯახური ვალდებულებები. ასევე კლიენტს შეიძლება აწუხებდეს დაბალი თვით-ეფექტურობა და საკუთარი თავის შესახებ ნეგატიური აზრები, ძილის პრობლემები. შემთხვევის ფორმულირების ადრეულ ეტაპზე, სასარგებლო სტრატეგიაა ორი სიის ჩამონერა: ერთში ჩამოთვლილი იქნება დიაგნოზთან ან დიაგნოზებთან დაკავშირებული სიმპტომები, ხოლო მეორეში ცხოვრებისეული პრობლემები. სიმპტომების ჩამონათვალი ხელს უწყობს დიაგნოზის ფორმულირებას, ხოლო პრობლემების ჩამონათვალი

შემთხვევის ფორმულირების წარმართვას. სათანადო ჩარევით (ინტერ-ვენციით), რომელიც ეხმარება კლიენტს პრობლემების გადაჭრაში, ადგილი უნდა ჰქონდეს სიმპტომების შესუსტებას. კონცეპტუალურად, მთავარი ისაა, რომ პრობლემის და არა დიაგნოზის დონეზე ჩარევა წარმოადგენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის უმთავრეს მიზანს.

**შემთხვევის ფორმულირება**

სახელი: ----- თარიღი: -----

საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია: -----

პრობლემების ჩამონათვალი:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

დიაგნოზი:

ღერძი I: -----

ღერძი II: -----

ღერძი III: -----

ღერძი IV: -----

ღერძი V: ფუნქციონირების გლობალური შეფასება (GAF)

მედიკამენტები: -----

ჰიპოთეტური ბაზისური რწმენები:

მე ვარ -----

სხვები არიან -----

სამყარო არის -----

მომავალი არის -----

წინმსწრები/ გამააქტიურებელ სიტუაციები: -----

სამუშაო ჰიპოთეზები: -----

-----

-----

განვითარების სანყისები: -----

მკურნალობის გეგმა/მიზნები: 1. ----- 2. -----  
 3. ----- 4. -----  
 5. ----- 6. -----

მიზნის მიღწევის შესაძლო ბარიერები: -----  
 -----  
 -----

მიზნის მიღწევის შესაძლო დამხმარე საშუალებები: -----  
 -----  
 -----

**ფორმა 3.1.** კონსტრუქციული შემთხვევის ფორმულირების სამუშაო ფორმა. ადაპტირებულია პერსონის (Persons, 1989) ფორმიდან. Copyright 1989 by W.W. Norton. გამოყენებულია W.W.Norton & Company Inc. კომპანიის ნებართვით. ყურადღება! მკითხველებს არ აქვთ ფორმის კოპირების ან გავრცელების უფლება.

**ნაბიჯი 2: სანყისი ან პირველადი შემთხვევის ფორმულირება**

შემთხვევის ფორმულირების სამუშაო ფორმა (ფორმა 3.1.) გამოიყენება ფორმულირების ყველა ეტაპზე. ჩვენი გამოცდილებით, პირველადი ინტერვიუს შემდეგ ძალიან ძნელია სრულად მოიძიო ყველა ეტაპზე გამოსაყენებელი, აუცილებელი ინფორმაცია. შემთხვევის ფორმულირების დასასრულებლად და მისთვის სათანადო ფორმის მისაცემად შესაძლოა რამდენიმე სესია იყოს საჭირო.

შეფასების, პრობლემების ჩამონათვალისა და დიაგნოზის (თუკი მოითხოვება თქვენ დაწესებულებაში) ჩამოყალიბების პროცესში თქვენ უკვე მიღებული გაქვთ მნიშვნელოვანი ინფორმაცია კლიენტის შესახებ. ასევე ინტერვიუს (ინტერვიუების) განმავლობაში გქონდათ მასთან ურთიერთობის საშუალება. შემთხვევის ფორმულირებისას თქვენ უნდა გაითვალისწინოთ სიტუაციის წინმსწრები მოვლენები ან არსებული ტრიგერები, რომელთაც გამოიწვიეს ის პრობლემები, რის გამოც კლიენტმა თერაპიას მიმართა. შეფასების ამ ეტაპზე შეიძლება სასარგებლო იყოს დიაგრამის შედგენა, სადაც აღწერილი იქნება ცხოვრებისეულ მოვლენებს, ბაზისურ რწმენებსა და მოცემულ მომენტში არსებულ ფიქრებს, ემოციებს და ქცევებს შორის მიმართებები (იხ. ფორმა 3.2.).

შემთხვევის ფორმულირებაში მოხსენიებული ბაზისური რწმენები იმის შედეგია, რაც კლიენტმა გითხრათ ინტერვიუზე, შეიტყვეთ კითხვარის შევსებისას და გაგიჩნდათ შესაძლო პრობლემურ რწმენებთან დაკავშირებული თქვენეული ჰიპოთეზები. სამუშაო ჰიპოთეზის მიზანია, განსაზღვროს, თუ რატომ ჩამოყალიბდა კლიენტს ეს პრობლემები დროის მოცემულ მომენტში, რწმენებს, წინმსწრებ მოვლენებს, ქცევით რეპერტუარსა

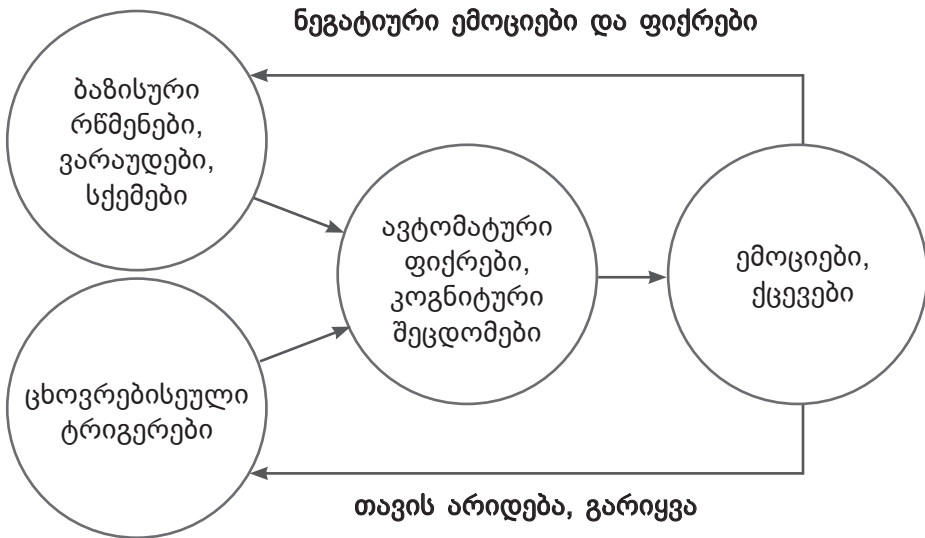
და დროთა განმავლობაში ფაქტორებს შორის ცვლილების რთული ურთიერთკავშირის საფუძველზე. სამუშაო ჰიპოთეზა განხილულ უნდა იქნას როგორც პირველადი პროდუქტი და ახალი ინფორმაციის მიღებასთან ერთად უნდა შეიცვალოს. ისე, როგორც ეს ხდება ნებისმიერი ექსპერიმენტული ჰიპოთეზის შემთხვევაში.

მნიშვნელოვანია ყოველთვის გათვალისწინებულ იქნას მკურნალობის ხელშემწყობი და ხელისშემშლელი ფაქტორები. მაგ., მკურნალობის ხელისშემშლელი ფაქტორი შეიძლება იყოს პრაქტიკული სირთულეები, როგორცაა ფინანსური შეზღუდვები, რომელიც ხელს უშლის გარკვეული სახის საშინაო დავალების შესრულებას, ტრანსპორტის რთულად მისაწვდომობას ან სირთულეებს ბავშვის მოვლაში. სახეზე შეიძლება იყოს უფრო მეტად ინდივიდუალური მახასიათებელი (მაგ., თვით-რეფლექსიის ნაკლებობა, ან აზრების სიტყვიერი გამოხატვის სირთულე). ზოგიერთ კლიენტს ძალიან უჭირს თერაპიული დავალებების შესრულება. ჩვენ ინფორმაციას ვიღებთ არა მხოლოდ კონკრეტული კითხვარის შევსებისას, არამედ ამ დავალების შესრულების დროს კლიენტის ქცევაზე დაკვირვებიდან (მაგ., კლიენტი, რომელიც ძალიან დიდ დროს ანდომებს კითხვარის შევსებას, შეიძლება პერფექციონისტი იყოს ან მას კითხვა უჭირდეს). მკურნალობის ხელისშემშლელი ფაქტორების იდენტიფიცირება უნდა მოხდეს როგორც თერაპიაზე მისი ნეგატიური გავლენის შესამსუბუქებლად, ასევე მათი დაძლევისათვის საჭირო გადანაცვლებების მისაღებად. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მკურნალობაში წარმოქმნილი ბარიერები შეიძლება და სავარაუდოდ უნდა იქნას კიდევ შეტანილი პრობლემების ჩამონათვალში. მკურნალობის ხელშემწყობი ფაქტორები შეიძლება განსხვავდებოდეს კლიენტის დისტრესის ხარისხიდან გამომდინარე და ისინი შეიძლება იყოს, მაგალითად, პიროვნული ცვლილების სურვილი, კონსტრუქციული მიდგომით დაინტერესება, მაღალი მოტივაცია და ოჯახის მხარდაჭერა.

პრობლემების სანყის მიზეზების გარკვევა გაცილებით უფრო შორეულ ფაქტორს წარმოადგენს და უფრო სპეკულაციური ბუნება აქვს. გახსოვდეთ, რომ ინფორმაცია, რომელიც ამ მიზეზების შესახებ მიიღეთ, ეყრდნობა კლიენტის მეხსიერებას და ასევე მის მიერ მოვლენების ინტერპრეტაციას, სადაც ხშირად ჩართულია ოჯახის წევრები, სოციალური ურთიერთობები და დროის განმავლობაში მიღებული გამოცდილება. ამ ინფორმაციას განსაკუთრებით თერაპიის ადრეულ ეტაპზე, აღვიქვამთ როგორც „განხილვადს“, პრობოთს. ესაა კლიენტის შეხედულება საკუთარი პრობლემების წარმოშობის მიზეზის თაობაზე, რომელიც პროფესიონალმა არ უნდა მიიჩნიოს სრულყოფილად. ეს ხდება მანამ, სანამ მეტს არ გაიგებთ კლიენტის შესახებ და საშუალება არ მოგეცემათ, თერაპიის მსვლელობისას თავად ნახოთ რა პრობლემასთან გაქვთ საქმე. ზოგადად, პრობლემის წარმოშობის გენეზისის განხილვისას (Subin & Spring, 1977), რეკომენდაციას ვუწევთ მოწყვლადობის მოდელის გამოყენებას (აგრეთვე ცნობილია როგორც ბიო-ფსიქოლოგიური ან დიათეზის-სტრესის მოდელი). ეს მოდელი გაიძულებთ, განიხილოთ ფართო სპექტრის ბიოლოგიური,

ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს კლიენტის წარსულში პრობლემის დასაწყისთან. ჩვენი ზოგადი ხედვაა, რომ არსებობს პრობლემების წარმოქმნის მრავალი გზა და ასევე მათგან გათავისუფლების შესაძლო საშუალებები.

სქემა 3.2. ემოციური დისტრესის კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელი



**ტრიშა** 21 წლის ახალგაზრდა ქალი, პრობლემური კვებითი პატერნებით და მიმდინარე დეპრესიით. ეს სიმპტომები გამოწვეული იყო დისტრესით, ასევე ინტერპერსონალური პრობლემებით, რომელიც გამოიხატებოდა ოჯახურ დაძაბულობაში და მეგობრების ვიწრო წრეში ნაკლები ჩართულობით. შეფასების შემდეგ, თერაპევტმა შეიმუშავა სავარაუდო პრობლემების ჩამონათვალი:

- პრობლემები, რომლებიც შესაძლოა განაპირობებდეს მიმდინარე სირთულეებს და რომელსაც მკურნალობისას უნდა მიექცეს ყურადღება;
  - წარსული ოჯახური ურთიერთობები, ოჯახში არსებული წესები;
  - დისფუნქციური თვით-სქემა;
  - პრობლემები თვითგამორკვევის ჩამოყალიბებაში.
  
- პრობლემები, რომელიც სავარაუდოდ არსებული პრობლემების საფუძველს წარმოადგენს და სავარაუდოდ, მკურნალობა მათზე უნდა იყოს მიმართული:
  - პერფექციონიზმი;

- ოჯახის დისფუნქცია;
  - თავის არიდება;
  - შეზღუდული სოციალური უნარ-ჩვევები.
- ამჟამად არსებული პრობლემები:
- კვების პრობლემა (ნერვული ბულიმია);
  - დეპრესია;
  - სტრესი და შფოთვა;
  - სოციალური იზოლაცია.

### **ნაბიჯი 3: შემთხვევის ფორმულირებისა და შეფასების შედეგების გაცნობა**

#### **კლიენტთან კომუნიკაცია**

თქვენს მიერ ჩამოყალიბებული შემთხვევის ფორმულირების კლიენტისათვის გაცნობა უმნიშვნელოვანესი მომენთია თერაპიულ პროცესში მისი ჩართვისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ ძალიან მწირია კვლევა, აუმჯობესებს თუ არა ეს ნაბიჯი თერაპიულ ალიანსს, კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს რომ ეს ნამდვილად ასეა. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის თანამშრომლობითი ბუნება, კომუნიკაციის ამ პროცესს აუცილებელს ხდის.

ზოგადად, სასარგებლოა საკმაოდ გულახდილი იყოს იმ დროს, როცა კლიენტს ესაუბრებით პრობლემებზე. კონკრეტულად რა გზას აირჩევთ კომუნიკაციისთვის, რა თქმა უნდა, სხვადასხვაა ყოველ კლიენტთან მიმართებაში. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ჩვენი რეკომენდაციებია:

- ნუ გასცემთ იმაზე მეტ ინფორმაციას, ვიდრე ეს აუცილებელია, რათა არ გადატვირთოთ ან დააბნიოთ კლიენტები. შეფასებაზე უკუკავშირის მიღებისას, კლიენტები ხშირად შფოთავენ და შეიძლება ვერ დაიმახსოვრონ კითხვარის შედეგების დეტალები ან რთული ფორმულირება. შეისვენეთ ხშირად და დაუსვით კითხვები, რათა შეამოწმოთ, თუ რა გაიგეს;
- გამოიყენეთ ყოველდღიური ან კლიენტისათვის ტიპური ლექსიკონი. მაგ., *ფიქრები* და არა *კოგნიციები*, *გრძნობები* და არა *აფექტი*. გამოიყენეთ ხშირი მაგალითები კლიენტის გამოცდილებიდან, როცა ეს შესაძლებელია;
- იფიქრეთ კლიენტის მიერ შეფასების პროცესში გამოყენებული გამონათქვამებიდან ციტატების გამოყენებაზე, განსაკუთრებით კლიენტის ძირითად რწმენებთან მიმართებაში;



- უკუკავშირის პროცესი გამოიყენეთ შემთხვევის ფორმულირების ფაქტორი ნაწილების გადამონმების შესაძლებლობად. მაშინაც კი, თუკი დარწმუნებული ხართ ფაქტებთან მიმართებაში, დროდადრო სთხოვეთ კლიენტს მათი დადასტურება. ამით ის უფრო მეტად ჩაერთვება პროცესში, დარწმუნდება რა თქვენს სანდოობაში.
- მას შემდეგ, რაც უფრო მნიშვნელოვან კომპონენტებს განიხილავთ, წამოაყენეთ თქვენი ჰიპოთეზა როგორც „ინფორმირებული შესაძლებლობები“. გამოხატეთ მეტი ცნობისმოყვარეობა, ვიდრე თავდაჯერებულობა.
- თუკი შესაძლებელია, უკუკავშირის სესია გამოიყენეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მოდელის აღწერაზე გადასასვლელად. გახსოვდეთ, რომ არსებობს შემთხვევის ფორმულირების გაცნობის მრავალი გზა და მათგან „საუკეთესო“ არის ის, რომელიც თქვენს კლიენტთან მუშაობს. ბეკმა (J.S. Beck, 1995) წარმოადგინა შედარებით სრული კოგნიტური ფორმულირების ჩარჩო, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნას განსაკუთრებით გონიერ და გამოცდილ კლიენტებთან კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელით მუშაობის წარსული გამოცდილებით. იფიქრეთ ამ ინფორმაციის მიწოდების სხვა გზებზეც. ერთ-ერთი ჩვენგანი (K.S.D), კლიენტისათვის პირველადი შემთხვევის ფორმულირების გასაცნობად ხშირად იყენებს არა წერილობით, არამედ ილუსტრირებულ მოდელს. (იხ. ფორმა 3.2. ).
- იფიქრეთ კლიენტისათვის პირველადი შემთხვევის ფორმულირების წერილობითი დასკვნის ან გრაფიკული გამოსახულების ფორმით მიწოდებაზე, რომელსაც ისინი სახლში წაიღებენ და საშინაო დავალების სახით იფიქრებენ მასზე;
- თერაპიული ალიანსის გაუმჯობესება და კლიენტის დისტრესის შემცირება შესაძლებელია კლიენტის რეაქციების „ნორმალიზებით“, მაგალითად, ასეთი ფრაზით: „თქვენი რეაქცია ნორმალური რეაქციაა უჩვეულო გარემოებებზე“. ასეთი ფრაზები შეიძლება განსაკუთრებით მაშინ გამოგვადგეს, როცა კლიენტი ძლიერი სტრესის ქვეშაა, ცხოვრობს რთულ პირობებში, სიღარიბესა და ოჯახურ კონფლიქტში. თუ კლიენტი ბოლო პერიოდში დიდ დანაკარგს განიცდის, შემთხვევის ფორმულირებაში დანაკარგთან დაკავშირებული, კონტექსტუალური ფაქტორების ჩართვას შეუძლია აღნიშნული რეაქციების „ნორმალიზება“, კლიენტისათვის მდგომარეობის შემსუბუქება და შესაბამისად, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში მისი მარტივად ჩართვა. თუმცა, თუკი თქვენ თავად არ გჯერათ ასეთი ფორმულირების, ან ის არ შესაბამეა სინამდვილეს, ნუ გამოიყენებთ მას. დარწმუნების ან ნორმალიზების მცდარმა ფორმულირებამ შეიძლება გაუთვალისწინებელი ეფექტი მოგცეთ, კლიენტის მიერ შეფასდეს როგორც მფარველობა და შეარყიოს თერაპიული ურთიერთობები;
- სთხოვეთ კლიენტს, მოგცეთ უკუკავშირი და თავისი წვლილი შეიტანოს შემთხვევის ფორმულირებაში. იყავით თანამშრომლობისთვის ღია

და ნაახალისეთ შემთხვევის ფორმულირების, როგორც ერთობლივი ნამუშევარის განხილვა. შესაძლებელია სასარგებლო იყოს ისეთი ფრაზების გამოყენება, როგორიცაა „მიუხედავად იმისა, რომ მე ბევრი რამ ვიცი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ, თქვენ თავად ხართ საკუთარი თავის ექსპერტი“.

- სთხოვეთ კლიენტს, საკუთარი სიტყვებით განმარტოს, როგორ გაიგო მან შემთხვევის ფორმულირება. ეს ნაბიჯი თქვენ საშუალებას გაძლევთ შეაფასოთ, როგორ გაიგო კლიენტი თქვენი ნათქვამი და ასევე საშუალებას აძლევს კლიენტს მეტად ჩამოაყალიბოს კონკრეტული კომპონენტები, მონიღომოს თქვენს მიერ დასმული საკითხების დაზუსტება ან არ დაეთანხმოს თქვენს მოსაზრებებს.

### **სხვა პროფესიონალებთან კომუნიკაცია**

მას შემდეგ, რაც დაასრულეთ შეფასების გაკეთება და მისი შედეგები გაუზიარეთ კლიენტს, მნიშვნელოვანია ამ შეფასების აუცილებელი ასპექტების სხვა პროფესიონალებისთვის გაცნობა. თუკი თქვენ მუშაობთ ინტერდისციპლინურ გუნდში, მაშინ სხვა პროფესიონალები არიან თქვენივე სამკურნალო დაწესებულებაში მომუშავე კოლეგები. თუ თქვენ მუშაობთ სადაზღვევო სამედიცინო ორგანიზაციაში (HMO), ეს პროფესიონალი შეიძლება იყოს სადაზღვევო კომპანიის ან ორგანიზაციის ადმინისტრატორი. თუ მუშაობთ კერძო პრაქტიკის დაწესებულებაში, სხვა პროფესიონალები შეიძლება გულისხმობდეს გარე რეფერირების წყაროს, მაგ., ოჯახის ექიმს ან სხვა მესამე მხარეს. კომუნიკაციასთან დაკავშირებული საჭიროებები განსხვავებულია ყველა ცალკეული კლიენტისათვის, მაგრამ თქვენს გონებაში უნდა შეიმუშაოთ ჩამონათვალი, ვინ რა უნდა იცოდეს ამ შეფასების შესახებ.

კომუნიკაცია შეიძლება იყოს ვერბალური ან წერილობითი სხვა პროფესიონალებთან ურთიერთობის ბუნებიდან გამომდინარე. კომუნიკაცია ასევე შეიძლება იყოს გრძელვადიანი ან უფრო ხანმოკლე, გამომდინარე იქიდან, თუ რის შესახებ ცოდნა სჭირდება სხვა პროფესიონალს. რა თქმა უნდა, სხვა პირებთან კომუნიკაცია შესაძლებელია მხოლოდ კლიენტის წერილობითი ნებართვით (გარდა იმ შემთხვევებისა, თუკი არსებობს საკუთარი თავისთვის ან სხვებისთვის საფრთხის რისკი). ქვემოთ მოცემულია რამდენიმე საკითხი, რომელიც ყურადსაღებია შეფასების შედეგების გაცნობისას:

- კომუნიკაცია იმ პროფესიონალებთან, ვინც პრაქტიკაში თქვენს მსგავს მოდელს იყენებს, უშუალო და პირდაპირია. ასეთ კომუნიკაციას აქვს “შტირდება ვიცოდე” ფორმა-ანუ ხდება კონსულტირება ან მენეჯერის (პროფესიონალის) სუპერვიზია. ზოგადად, ასეთი კომუნიკაციისას არ გაიცემა კლიენტის საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია. ამ სახის კომუნიკაცია შეიძლება მასტიმულირებელი და სასარგებლო იყოს

ახალი იდეებისა და პრობლემებთან დაკავშირებული ხედვების გასაცნობად. კოლეგები სუპერვიზიისას შესაძლებლობას გვაძლევენ, მივიღოთ, გავიზიაროთ და გავიაზროთ სხვა პირის მოსაზრებები.

- სხვა პროფესიონალებთან კომუნიკაცია მკურნალობის გუნდის ან ისეთი დაწესებულების ფარგლებში, როგორცაა დღის სამკურნალო პროგრამა (საქართველოში ამბულატორიული მკურნალობა) ან სტაციონარი, ერთდროულად გამოწვევაცაა და სტიმულის მომცემიც. განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ისინი მკურნალობის სხვა მოდელს იყენებენ და სხვა მიმართულებით აქვთ გამოცდილება. ბევრი პრაქტიკოსი მუშაობს სხვადასხვა პროფესიონალთან ერთად. ესენი არიან ექიმები, სოციალური მუშაკები, ფსიქიატრიის მიმართულების ექთნები და ოკუპაციური თერაპევტები. სხვადასხვა პრაქტიკოსები იშვიათად აღწევენ შეთანხმებას ყველა გამოყენებულ ინტერვენციასთან დაკავშირებით და ხშირად, ზოგიერთ დაწესებულებაში, მოლაპარაკების გზით ათანხმებენ მთლიანი მკურნალობის „პაკეტს“. კონფერენციებზე ან მკურნალობის დაგეგმვის შეხვედრებზე კომუნიკაციისას, ყვადღე იყოს სხვებისადმი პატივისცემით განწყობილი და ამავე დროს, თავდაჯერებული თქვენს მიერ ჩამოყალიბებულ გეგმებთან მიმართებაში. ამგვარი შეხვედრები განიხილეთ როგორც შესაძლებლობა, ხაზი გაიუსვათ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების ემპირიულ მტკიცებულებას.
- გქონდეთ მოლოდინი იმისა, რომ სხვა პროფესიონალები არ დაეთანხმებიან თქვენს მიერ ჩამოყალიბებულ შემთხვევის ფორმულირებას და მკურნალობის გეგმას (სასიამოვნოდ გაიკვირვებ, თუკი ასე არ მოხდება!) და იყავით მზად განმარტოთ და წარმოადგინოთ იმის მყარი არგუმენტები, რასაც თქვენ გეგმავთ. კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებული მითების შესახებ დისკუსიები იხ. მე-12 თავში. იყავით თავდაჯერებული იმასთან მიმართებაში, რასაც აკეთებთ და დაამყარეთ შესაბამისი კომუნიკაცია. ჩამოყალიბებთ რესურსები, რომელიც მოიცავს თქვენი მუშაობისათვის სასარგებლო მტკიცებულებათა ბაზას და პრაქტიკულ რეკომენდაციებს. კლიენტთან მომუშავე გუნდში სხვადასხვა განათლებისა და მოსაზრებების მქონე პირთა შორის ჯანსაღ დებატებს შეუძლია სტიმული მისცეს და გააუმჯობესოს კლიენტის მკურნალობა, თუკი გუნდის ყველა წევრი პატივისცემით უსმენს ერთმანეთს და მუშაობს ერთიანი გეგმით, რომელიც კლიენტს ეხმარება. მაგ., ზოგიერთი თერაპევტი გადაჭარბებულად აფასებს კლიენტის პრობლემების ინტრაფსიქიკურ ასპექტებს და იგნორირებას უკეთებს კლიენტის ფუნქციონირების იმ ფაქტორებს, როგორცაა ფიზიკური გარემო ან სოციალური ფაქტორები.
- იფიქრეთ მკურნალობის გეგმაში გუნდის სხვა წევრების, სხვა პროფესიონალების ჩართვაზე. ერგოთერაპევტს ან დიეტოლოგს შეუძლია არა მხოლოდ ბალანსის შეტანა მთლიან მკურნალობაში, არამედ ამ სპეციალისტებთან შეიძლება კლიენტის თვით-

მოვლის ქცევითი გააქტიურების ან ექსპოზიციის დაკავშირება (მაგ., სატელეფონო ზარების განხორციელება, შფოთვის მქონე კლიენტის შემთხვევაში საჯარო ადგილზე გასვლა). მაგ., დღის მკურნალობის პროგრამაში მუშაობისას, ერთ-ერთი ჩვენგანი ხშირად აწყობდა ექსპოზიციურ აქტივობებს შფოთვის მქონე კლიენტებისათვის. ერთი ასეთი აქტივობა გულისხმობდა სოციალური შფოთვის მქონე კლიენტთა მთელი ჯგუფის მიერ, ერთობლივად, „მიმტანი“ როლის შესრულებას საზეიმო სადილზე სხვა კლიენტებისა და პერსონალისათვის. თუმცა გახსოვდეთ, რომ ასეთი აქტივობები მოითხოვს დაგეგმვას და თანამშრომლობას კლიენტთან მომუშავე გუნდის წევრებს შორის. თუკი თქვენ ჩართავთ გუნდის სხვა წევრებს, დარწმუნდით, რომ მათ ესმით საკუთარი ჩართულობის მიზანი, რათა უნებლიედ ხელი არ შეუშალონ მკურნალობის გეგმას. ხელის შეშლა შეიძლება გამოიხატოს რაიმე დავალების კლიენტის მაგივრად შესრულებაში მისი შფოთვის შესამცირებლად.

- ზოგიერთ დანესებულებაში, შესაძლოა ითხოვდნენ ფორმალურ შეფასებას ან ანკეტას (მიღების ბარათის). ეს დოკუმენტები ოჯახის ექიმის ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის, თქვენს მიერ ჩატარებული შეფასებისა და ფორმულირების გაცნობის შესაძლებლობას იძლევა, ასევე ხდება სხვა სპეციალისტების ინფორმირება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ. ფორმა #3.3.- ში წარმოდგენილია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის შფოთვისა და დეპრესიის პრობლემების მქონე კლიენტის პირველადი შეფასების ანგარიშის ნიმუში. წარმოდგენილი ფორმა არის სრულყოფილი და ზუსტ შესაბამისობაშია ფორმა 3.1.-ში აღწერილი შემთხვევის ფორმულირების სამუშაო ფურცელთან.
- თქვენს ანგარიშებში ასევე შეგიძლიათ რუტინულად გამოიყენოთ გრაფა „შესაბამისი კლინიკური შედეგების კვლევა“. ასეთი ფორმატი შეიძლება გამოიყენოს ამბულატორიული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის კოგნიტური თერაპიის სერვისში. აღნიშნული გრაფა სასარგებლოა ანგარიშის მიმღებისათვის და ასევე აიძულებს მის დამწერს, იცნობდეს უახლეს ლიტერატურაში აღწერილ სხვადასხვა ნოზოლოგიებთან დაკავშირებულ სიახლეებს. შედეგების კვლევის მოკლე რეზიუმეს ნიმუშები იხილეთ ფორმაში #3.4. რა თქმა უნდა, ახალი კვლევების გამოქვეყნებასთან ერთად, აუცილებელია ამ რეზიუმეების რეგულარულად განახლება. ასევე, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს თქვენს კლიენტსა და კვლევის ობიექტს შორის არსებული სხვაობა.

ნიგნში წარმოდგენილი სამუშაო ფურცელი და ანგარიშის ნიმუში „მორგებული“ უნდა იქნას თქვენს პრაქტიკაზე. შესაძლოა ზოგჯერ მოგიხდეთ შემთხვევის ფორმულირების ფორმალური ჩანაწერების ეტაპის გამოტოვება, განსაკუთრებით თუ ბევრი კლიენტი გყავთ ან ჩართული ხართ სხვა აქტივობებში. ასევე, შეიძლება გაჩნდეს ცდუნება შემთხვევის ფორმულირების ეტაპის გამოტოვება შედარებით მარტივი პრობლემის

მეორე კლიენტების შემთხვევაში და მხოლოდ უფრო რთული კლიენტების შემთხვევაში გააკეთოთ ეს. ასეთი ტენდენციის დასამარცხებლად, გონივრული იქნება, თუკი ყოველი კლიენტის მასალებში, ხელმისაწვდომ და შესაბამის ადგილზე თანდართული იქნება ფორმულირების შევსებული ბარათი, რომელსაც პერიოდულად გადახედავთ გადამონმებისა და რედაქტირებისათვის.

ბ.ო., გამოცდილი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტი, მუშაობდა სახელმწიფო დაფინანსების მეორე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში. მან ახლახან დაასრულა ახალი კლიენტის, როჯერის პირველადი შეფასება და შემთხვევის ფორმულირება. აღნიშნულ პროგრამაში არსებული წესის თანახმად, ბომ განერა შეფასება და მისი ასლი, მათ შორის, ინფორმაცია მტკიცებულებაზე დაფუძნებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ, მოათავსა შემთხვევის საქალაქდში. მან როჯერისაგან მიიღო წერილობითი თანხმობა და ამ თანხმობის საფუძველზე, შეფასების ანგარიშის ასლი გაუგზავნა ოჯახის ექიმს, რომელმაც როჯერი პროგრამაში გადაამისამართა. ბომ ასევე ჩამოაყალიბა შემთხვევის ფორმულირების ესკიზი და ჩადო ის შემთხვევის საქალაქდის წინა ყდის შიგნით, ისე, რომ ნამდვილად ხელმისაწვდომი ყოფილიყო მისთვის გარკვეული დროის შემდეგ გადასახედად და რედაქტირებისათვის.

რამდენადაც შემთხვევაში აქტიურად იყო წარმოდგენილი როჯერის მეუღლესთან ურთიერთობა, ბომ ეს განიხილა როჯერთან და გამოიყენა შემთხვევის ილუსტრირებული ფორმულირება, რაც თერაპიის მოცემულ ეტაპზე მას ფიქრში ეხმარებოდა. ბომ შესთავაზა, რომ მომავალში, გარკვეულ მომენტში შესაძლოა სასარგებლო ყოფილიყო შემთხვევის ფორმულირების გაცნობა როჯერის ცოლისათვის, ან მისი მოწვევა ერთ ან ორ საინფორმაციო სესიაზე. როჯერი დათანხმდა, რომ ამ საკითხს განიხილავდა ერთ-ერთ სესიაზე მომავალში.

**ფორმა 3.3.** პირველადი შეფასება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ანგარიშისათვის ადაპტირებულია კალგარის ჯანდაცვის რეგიონის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული პროგრამის, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ჯგუფის სამუშაო მასალებიდან. წარმოდგენილი ანგარიში შესაძლოა არ შეესატყვისებოდეს ყველა დაწესებულებას და საჭირო გახდეს მისი ადაპტირება.

**კლიენტის სახელი:** ანა ს.

**რეფერირების წყარო:** ექიმი ----

**პირველი სესიის თარიღი:** 12 ივლისი

**შეფასების დასრულების თარიღი:** 12 ივლისი



### რეფერირების წყარო და წარმოდგენილი პრობლემები

ანა ს.-მ მიმართა თავის ოჯახის ექიმს კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროგრამაში რეფერირებისათვის დეპრესიასა და შფოთვისთან დაკავშირებით. მან დაასახელა მთელი რიგი პრობლემები, მათ შორის სევდა, დაბალი მოტივაცია და ენერჯის უქონლობა, უსარგებლობის ნეგატიური განცდა, საკუთარი და ოჯახის წევრების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული წუხილი. ანა, ასევე, საუბრობდა არც თუ ბედნიერ ქორწინებასა და გარკვეულ კონფლიქტებზე.

### დემოგრაფიულ ინფორმაცია

ანა ს. არის 31 წლის დაოჯახებული ქალბატონი. მას დამთავრებული აქვს კოლეჯი, ოფისის ადმინისტრატორის სერტიფიკატით და იგი სრული დატვირთვით მუშაობს იურიდიულ ფირმაში ადმინისტრაციულ ასისტენტად. მისი მეუღლე ლუკა ასევე მუშაობს სრული დატვირთვით მენეჯერად, ადგილობრივი სავაჭრო ცენტრის მამაკაცების ტანსაცმლის განყოფილებაში. წყვილს ჰყავს ორი შვილი, ნატე, 7 წლის და ალისია 5 წლის. ანა უკვე 10 წელია ქორწინებაშია.

### მიმდინარე სიტუცია

ინტერვიუს განმავლობაში ანა ძალიან ზრდილობიანი და თანამშრომლობაზე ორიენტირებული იყო. ჩანდა, რომ ის იყო საკმაოდ მოტივირებული და მკურნალობით დაინტერესებული. არ შეინიშნებოდა პრობლემები მისი კონცენტრირების უნარში ან მეხსიერებაში. იგი სევდიანი, მორიდებული, მოწინებელი ჩანდა და ის ხშირად საკუთარი თავის დადანაშაულებას ახდენდა კომენტირებისას. მასში შეიმჩნეოდა შფოთვა, თუმცა კარგად ამყარებდა მგერით კონტაქტს და ინტერვიუერს შეეძლო მასთან ურთიერთობის ადვილად დამყარება.

ანამ ისაუბრა როგორც შფოთვის, ასევე დეპრესიის ბევრ სიმპტომზე. ის „გამუდმებით“ წუხდა ვაჟის და დედის ჯანმრთელობაზე. მას არ შეეძლო ამგვარი ფიქრების შეჩერება, თუმცა აცნობიერებდა, რომ ეს ზიანის მომტანი იყო. ის დარწმუნებული იყო, რომ დედამისი რამდენიმე წელიწადში გარდაიცვლებოდა და რომ მისი ვაჟის ჯანმრთელობას საფრთხე ემუქრებოდა. ანამ თქვა, რომ კვირაში, არანაკლებ ხუთი დამე აწუხებდა უძილობა. დანოლიდან რამდენიმე საათის განმავლობაში, მღელვარე ფიქრები და გრძნობები მას არ აძლევდა დაძინების საშუალებას. მიუხედავად იმისა, რომ დღის განმავლობაში ზოგჯერ ძლიერ სისუსტეს გრძნობდა, ანა მაინც „ემოციურად დამუხტული“ და ადვილად აგზნებადი იყო. ნახევრად სტრუქტურირებულმა ინტერვიუმ ცხადყო, რომ ის აკმაყოფილებდა გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს.

მიუხედავად იმისა, რომ ანა საუბრობდა დეპრესიის გარკვეულ სიმპტომებზე, ის არ აკმაყოფილებდა გუნება-განწყობილების ამ დარღვევის



კრიტიკიუმებს. ის თავს იდანაშაულებდა, რომ არ შეეძლო, როგორც თვითონ თვლიდა, სათანადო დახმარება გაეწია ოჯახის წევრებისათვის. მას არ სჯეროდა, რომ იყო კარგი მშობელი ან მიმზიდველი პარტნიორი მისი მეუღლისათვის. ანას დროდადრო ჰქონდა სუიციდური აზრები, თუმცა არ ჰქონია თვით-დაზიანების მცდელობა ან ამის გეგმა. მისი ჭამის მადა და ლიბიდო კარგი იყო, თუმცა მისი ენერჯია, მოტივაცია და ინტერესი ყოველდღიური აქტივობებისადმი გარკვეულწილად შემცირებული იყო. ზოგადად მომავლისადმი ის ოპტიმისტურად იყო განწყობილი, თუმცა მას ეჭვი ეპარებოდა თავის უნარში, რომ მიაღწევდა რაიმე მნიშვნელოვან ცვლილებას საკუთარ თავთან მიმართებაში.

ინტერვიუს დროს, ანა ს.-ს ინტერპერსონალური სტილი იყო პასიური, მორცხვი და იგი აცნობიერებდა ამ პატერნს მის ყველა ურთიერთობაში. ანა აღწერდა საკუთარ თავს, როგორც „სასიამოვნო“ პიროვნებას, რომელიც იყო ერთგული, შრომისმოყვარე და მაღალ სტანდარტებს უყენებდა თავის საქმიანობას. ანამ განაცხადა, რომ ის იყო კარგი თანამშრომელი და როგორც წესი, სამსახურს საკუთარ საჭიროებებზე მეტ პრიორიტეტს ანიჭებდა; ებრძოდა კონფლიქტებს და იმედი ჰქონდა, რომ სხვებს ის ეყვარებოდა.

ანა ს.-მ აღნიშნა, რომ მას ჯანმრთელობის მხრივ არაფერი აწუხებდა, თუმცა ბოლო წლის განმავლობაში წონაში მოიმატა (20 ფუნტით). გადაღლის ან მართლობის დროს, როგორც წესი, ის „დამამშვიდებელ საკვებს“ იღებდა. მან თქვა, რომ ნაკლებად ჰქონდა დრო ვარჯიშის ან საკუთარ თავზე ზრუნვისთვის. დაახლოებით თვეში ერთხელ მას აწუხებდა შაკიკის შეტევები. ბოლო 6 თვის მანძილზე იღებდა ანტიდეპრესანტებს, ასევე დაახლოებით კვირაში ერთხელ იღებდა ტრანკვილიზატორებს. იგი აღიარებდა, რომ ყოველ საღამოს, მოღუწების მიზნით სვამდა ერთ-ორ ჭიქა ღვინოს.

### **მიმდინარე პრობლემების ჩამონათვალი**

1. გაუკონტროლებელი სევდა
5. ინტიმურობის შემცირება მეუღლესთან
6. სოციალური მხარდაჭერის სიმწირე
7. უძილობა და სისუსტე
8. ასერტულობის ნაკლებობა და კონფლიქტის თავის არიდება
9. დაბალი თვითშეფასება
10. მაღალი სტანდარტები და სხვა ადამიანებისადმი პასუხისმგებლობის გრძნობა

## **შესაბამისი ისტორია**

### *მიმდინარე ეპიზოდი*

ანა ს.-ს ამჟამად არსებული პრობლემები სათავეს იღებს შეფასებამდე ერთი წლით ადრე, სრული სამუშაო განაკვეთით სამსახურში დაბრუნების პერიოდიდან. სამსახურის დაწყებიდან მალევე ანას დედას განუვითარდა ძუძუს კიბოს რეციდივი. ამის ფონზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა ანას პასუხისმგებლობის გრძნობა და სხვა ადამიანების დახმარების სურვილი. ის სულ უფრო და უფრო მეტს შფოთავდა, ნუხდა დედის ჯანმრთელობაზე, იმაზე თუ როგორ უმკლავდებოდა პრობლემებს მისი მამა, და ასევე, შვილის ჯანმრთელობაზე. საბავშვო ბაღში წასვლის შემდეგ გამოვლენილი ქცევის პრობლემების გამო, ანას გოგონა გადაყვანილი იქნა სპეციალურ ცენტრში. ანა თავს გრძნობს დამნაშავედ იმ დროის გამო, რომ ის ოჯახთან ვერ ატარებს საკმარის დროს და ეჭვი ეპარება, შეუძლია თუ არა სამუშაოს მოთხოვნების დაკმაყოფილება; ასევე ეჭვქვეშ აყენებს მისი, როგორც მშობლის, უნარებს. გარდა აღნიშნულისა, ლუკა გვიანობამდე მუშაობს სამსახურში და ხშირად მუშაობს საღამოობით და შაბათ-კვირას. რამდენადაც ანა საღამოებს უმეტესად მარტო ატარებს, მას შემდეგ რაც ბავშვები იძინებენ, ის იღებს ალკოჰოლს და ჩვეულებრივზე მეტ საკვებს, რის გამოც ბოლო პერიოდში წონაში მოიმატა.

### *მკურნალობის ისტორია*

ანა ს.-მ 6 თვის წინ თავის ოჯახის ექიმს მიმართა უძილობის პრობლემის გამო. ექიმმა ჩაატარა სკრინინგ-ინტერვიუ, აღნიშნა მისი დეპრესიული განწყობა და დაუნიშნა ანტიდეპრესანტი. ასევე მიანოდა გარკვეული ინფორმაცია დეპრესიისა და შფოთვის შესახებ და გააგზავნა ამბულატორიულ თერაპიაზე. ანამ თქვა, რომ მას ჰქონდა გარკვეული გაუმჯობესება, თუმცა ნუხდა წონის მომატების შესაძლო გვერდითი ეფექტების და სექსუალური პრობლემების გამო. რაც შეეხება წინა მკურნალობას, ანას და მის მეუღლეს ჩაუტარდა ოჯახური კონსულტაციის ექვსი სესია, მათი გოგონას დაბადებიდან 1 წლის შემდეგ. ანას თქმით, მას გარკვეული სარგებელი მოუტანა კომუნიკაციის უნარებზე ფოკუსირებამ. მათ ასევე უკეთ გაიაზრეს მათ შორის არსებული კულტურული განსხვავებულობის გავლენა ქორწინებაზე. ანას არ ქონია ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მკურნალობას ისტორია; არ ჩატარებია ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია. ანას არასოდეს ჰქონია სუიციდის მცდელობა.

### *წარსული ისტორია*

ანა ს. დაიბადა ტორონტოში, კანადაში. ის ყველაზე უფროსი შვილი იყო ოჯახში და ჰყავდა ორი ძმა. მისი მშობლები პენსიაზე არიან და ცხოვრობენ იმ თემში, სადაც ანა გაიზარდა. მშობლები 40 წლის წინ დაქორწინდნენ. მამა მუშაობდა ქალაქის გადაზიდვის სამსახურში მძღოლად, დედა კი დიასახლისად. ანა იზრდებოდა რელიგიურ, ქრისტიანულ ოჯახში, რომელიც აქტიურად იყო ჩართული საეკლესიო ცხოვრებაში. პირად

კეთილდღეობასა და ფინანსური მოგების ნაცვლად, ოჯახში ძირითად ფასეულობებს წარმოადგენდა ოჯახი და თემისთვის სარგებლობის მოტანა.

ანამ განაცხადა, რომ ძალიან მორცხვი და ნერვიული ბავშვი და მოზარდი იყო. მისი აღწერით, იგი ძალიან ახლოს იყო საკუთარ დედასთან. როდესაც ანა 14 წლის იყო, დედამის დაუსვეს ძუძუს კიბოს დიაგნოზი, რის შემდეგაც ჩაუტარდა მასტექტომია და შემდგომი ქიმიოთერაპია. როგორც უფროსმა შვილმა, ანამ საკუთარ თავზე აიღო ბევრი ყოფითი პასუხისმგებლობა და ძმებზე ზრუნვა. დედისათვის კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტისათვის, ანას ძმები 13 და 10 წლის იყვნენ; მამა ძალიან ნერვიულობდა დედის ავადმყოფობისა და მკურნალობის მთელი 18 თვის პერიოდში. რამდენიმე წლის შემდეგ, ანას უმცროსმა ძმამ დაიწყო ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მიღება. 16 წლის ასაკში მან მიატოვა სკოლა და გასამართლებული იქნა ქურდობისათვის. ყველა ეს შემთხვევა ძალიან სტრესული იყო მთელი ოჯახისათვის. ანას აღარც ახსოვდა, იყო თუ არა დეპრესიული სკოლის დამამთავრებელ კლასებში. მას ახსოვდა, რომ ხანგრძლივად გრძობდა მონყენილობას, დიდ დროს ატარებდა სახლში, ამზადებდა საჭმელს და უვლიდა სახლს. მას არ აგონდება მთელი იმ პერიოდის განმავლობაში სახლში მხიარულება ან მეგობრებთან ერთად გაართობა. ის ძალიან ნუხდა ოჯახის, განსაკუთრებით დედის ჯანმრთელობის, მამის ემოციური მდგომარეობის და მისი ძმის ამგვარი ქცევის გამო. როგორც წესი, ის თვითდამკვიდრებას ცდილობდა სკოლაში ბეჭითი შრომით, სხვა ადამიანებზე ზრუნვით, მოხერხებულობით და კეთილსინდისიერებით. მოზარდობის პერიოდში მან დაკარგა რელიგიისადმი რწმენა, თუმცა შეინარჩუნა ეკლესიიდან მიღებული ბევრი ფასეულობა, როგორცაა თავგანწირვის და ოჯახური ურთიერთობების მნიშვნელობა.

სკოლის დამამთავრებელ კლასში ანამ დაიწყო შეხვედრები თავის პირველ მეგობარ ბიჭთან. მათი ურთიერთობა მოულოდნელად შეწყდა, ყოველგვარი ახსნა-განმარტების გარეშე. რამდენადაც ანამ ვერ გაიგო მიზეზი, მან თავი ჩათვალა დამნაშავედ. კოლეჯში გატარებული ორი წლის განმავლობაში, ის ცუდ გუნება-განწყობაზე იყო და საკუთარი თავის შესახებ ნეგატიური წარმოდგენა ჰქონდა. როდესაც ანა 22 წლის გახდა, მან გაიცნო ლუკა და მას რამდენიმე წელი ხვდებოდა დაქორწინებამდე. ლუკას მშობლები ხორვატიიდან ტორონტოში გადმოსახლდნენ, როდესაც ლუკა 19 წლის იყო. ოჯახი საერთოდ არ იყო რელიგიური. ხორვატიაში მომხდარმა ომმა დიდი გავლენა იქონია ლუკაზე მისი მოზარდობის პერიოდში. როდესაც ანა პირველად შეხვდა მომავალ მეუღლეს, მან ჩათვალა, რომ ის საინტერესო და გარკვეულწილად ეგზოტიკური ახალგაზრდა იყო. თანდათან მათ აღმოაჩინეს, რომ ბევრი ფასეულობა ჰქონდათ საერთო. ანა ადვილად შევიდა კონტაქტში ლუკას დედასთან, რომელიც თბილი და სტუმართმოყვარე გახლდათ, მაგრამ ასევე დაინახა, რომ ლუკას საკმაოდ საშიში და აგრესიული მამა ჰყავდა. მთლიანობაში, ანამ აღმოაჩინა, რომ მეუღლის ოჯახი, განსაკუთრებით მის ოჯახთან შედარებით, ემოციურად ექსპრესიული და ცოტათი აგრესიული იყო. ანას მშობლებმა არ აღიარეს ეს ქორწინება და არასოდეს შესულან ახლო

ურთიერთობაში ლუკას მშობლებთან. რა თქმა უნდა, მდგომარეობა ცოტა გაუმჯობესდა ორი შვილის გაჩენის შემდეგ.

ანა მუშაობდა სრული სამუშაო დატვირთვით იურიდიული ფირმის ადმინისტრაციულ ასისტენტად, სანამ ვაჟი გაუჩნდებოდა. 2 წლის ასაკში ბიჭუნას ასთმისა და სერიოზული ალერგიის დიაგნოზი დაუსვეს. სუნთქვის პრობლემების გამო, ის რამდენჯერმე მოხვდა გადაუდებელი დახმარების ცენტრში. ანა დარჩა სახლში და უვლიდა ბავშვებს მანამ, სანამ მისი ვაჟი დაწყებით სკოლაში არ შევიდა.

### კონსულტაციის -ბიჰევიორული ფორმულირება

ანა ს. გაიზარდა ოჯახში, სადაც თავდადებისა და სხვა ადამიანებზე ზრუნვისათვის იღებდა ნახალისებას. როდესაც ანას დედას სიცოცხლისათვის საშიში დაავადება აღმოაჩნდა, მას ოჯახის შემდგომი ფუნქციონირებისთვის პირადი განვითარების მსხვერპლად შეწირვა მოუწია. გარკვეული დროის შემდეგ მისი რწმენების ინტერნალიზაცია მოხდა. მას ჩამოუყალიბდა ფასეულობათა მყარი სისტემა, სადაც სხვების დასახმარებლად თავგანწირვას მთავარი ადგილი უკავია. მას გამოუმუშავდა თავგანწირვის ბაზისური სქემა, მაღალი სტანდარტები და ზიანის მიმართ მონეცვლადობა. მონეცვლადობის ეს სქემა მოიცავს როგორც ავადმყოფობით გამონეცვულ ზიანს, ასევე სხვა ადამიანების მიერ მის უარყოფას. მას შერეული რწმენები აქვს მამაკაცებთან მიმართებაში - მამა ახდენდა ემოციური მონეცვლადობის მოდელირებას, პირველმა მეგობარმა ბიჭმა კი მიატოვა. მეუღლე ზოგადად მისი მხარდამჭერი იყო. ანას მთელი თავისი ცხოვრება ეწინოდა კონფლიქტების და აგრესიის. მაშინ, როდესაც მის ოჯახში ხდებოდა სიბრაზის დათრგუნვის მოდელირება, მეუღლის ოჯახში პირიქით, მძაფრი ემოციური რეაქციები და ამ ემოციების გამოხატვა იყო მიღებული. შედეგების შიშით, ანა ცდილობს თავი აარიდოს პრობლემებს.

### დიაგნოსტიკური შეფასება

ღერძი I: გენერალიზებული შფოთვისითი აშლილობა, კლინიკური დეპრესია, ნაწილობრივი რემისიით.

ღერძი II: შეფერხებული

ღერძი III: შაკიკის ტიპის თავის ტკივილები

ღერძი IV: მოცემული მომენტისათვის ფუნქციონირების გლობალური შეფასება (GAF) =65

### რეკომენდებული კლინიკური შედეგების კვლევა

მრავალმა კვლევამ ცხადყო კონსულტაციის-ბიჰევიორული თერაპიის სარგებლობა დეპრესიისა და შფოთვის მკურნალობაში. ასეთი მკურნალობა ფოკუსირებულია ბიჰევიორულ დავალებებზე, რომელიც აუმჯო-

ბესებს სიამოვნების გრძობასთან ასოცირებულ ქცევებს; ხდება ნეგატიური ავტომატური აზრებისა და ემოციების იდენტიფიცირება და რესტრუქტურირება; კლიენტის რწმენების შეფასება და პოტენციური ცვლილება. ჩატარებულმა მეტა-ანალიზმა ცხადყო, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ძალიან ეფექტურია დეპრესიის (Feldman, 2007; Hollon, Thase & Markowitz, 2005) და გენერალიზებული შფოთვის (Hunot, Churchill, Teixeira, & Silva de Lima, 2007; Mitte, 2005 a) შემთხვევაში, მისი შედეგები აღემატება სხვა თერაპიების შედეგებს და მედიკამენტოზურ თერაპიებთან შედარებით იძლევა უფრო გრძელვადიან ცვლილებებს.

*რეკომენდაციები და მკურნალობის მიზნები*

ანასთან დავიწყეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიული სესიები. შევთანხმდით კვირაში ერთ შეხვედრაზე და ჩამოყალიბდა სანყისი მკურნალობის მიზნები. ანას სურს ისწავლოს შფოთვის შემცირებისა და თვით-შეფასების ამადლების სტრატეგიები. მან განაცხადა, რომ თუკი ეს შესაძლებელია, ურჩევნია შეწყვიტოს მედიკამენტების მიღება. ამასთან დაკავშირებით, მან მიიღო რჩევა დაკავშირებოდა ოჯახის ექიმს და მასთან განეხილა ეს შესაძლებლობა. მკურნალობის მიზნები ჩამოყალიბდა შემდეგნაირად:

1. ორიენტირება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მოდელზე;
2. ფსიქოგანათლების უზრუნველყოფა;
3. ყოველდღიური აქტივობების მართვა და სიამოვნების მონიტორინგი;
4. შეფასება და თავის არიდების (განსაკუთრებით კონფლიქტის) ქცევების შესუსტებაზე მუშაობა;
5. კომუნიკაციის უნარების სწავლება, შესაძლოა ასერტულობის უნარზე მომუშავე ჯგუფში ჩართვა;
6. ფიქრების მონიტორინგი და დისფუნქციური რწმენების რესტრუქტურირება;
7. სევდის გამოხატვა (ექსპოზიცია);
8. სუიციდური აზრებისა და მავნე ნივთიერებების გამოყენების მონიტორინგი;
9. შესაძლო ჩართვა მშობლობის უნარების ტრენინგში;
10. საჭიროების შემთხვევაში, სქემა-თერაპიის გამოყენება მკურნალობის გვიან ეტაპებზე.

***შედეგებზე გავლენის მქონე სავარაუდო ფაქტორები***

ანა ს. არის ინტელექტუალური, კეთილსინდისიერი და მოტივირებული პიროვნება. მან თავად მიიღო გადაწყვეტილება მიემართა მკურნალობისათვის, როდესაც გააცნობიერა, რომ აუცილებელზე გაცილებით მეტად



გამოხატავდა წუხილს და რომ მისი პრობლემებთან გამკლავების უნარი გაუმჯობესებას საჭიროებდა. ამ ფაქტორების გათვალისწინებით, ის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საუკეთესო კანდიდატს წარმოადგენდა. მეორე მხრივ, მას სურს ასიამოვნოს სხვას და ურჩევნია თავიდან აირიდოს ნეგატიური ემოციები და რთული სიტუაციები, ვიდრე მათ პირისპირ დადგეს. ეს ტენდენციები თავს იჩენს თერაპიულ ურთიერთობებში და შეიძლება ხელი შეუშალოს პროგრესს. თუკი ის შეძლებს თერაპიის ფარგლებში ამ საკითხებზე მუშაობას და შემდეგ ამ ცვლილების ცხოვრების სხვა ასპექტებზე გადატანას, მან შეიძლება შეძლოს თავისი ძირითადი სქემების შეცვლა. პრაქტიკულ დონეზე, მის ცხოვრებაში არსებულმა ბევრმა საჭიროებამ შეიძლება გაართულოს რეგულარული სესიების ჩატარება.

კეიტ ს. დობსონი, რეგისტრირებული ფსიქოლოგი, PHD

Keith S. Dobson, Ph.D. RPsych

CC: Dr. ##

### **ფორმა # 3.4. მკურნალობის ეფექტიანობის შეჯამება**

#### **კლინიკური დებრესია**

დებრესიის შემთხვევაში კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არის ფსიქო-სოციალური მკურნალობის ეფექტური ფორმა, ისევე როგორც მისი შემდგომი რელაქსის პრევენციისათვის (Hollon et al., 2005). ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის (NIMH) კვლევა (Elkin et al., 1989) ემპირიულ მხარდაჭერას უცხადებს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას, როგორც ნომერ პირველ მკურნალობას დებრესიის მწვავე შემთხვევების დროს. რანდომული საკონტროლო ცდების გამოყენებით ჩატარებულმა სხვა კვლევამ ასევე განსაზღვრა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტურობა უტოლდება ფარმაკოლოგიური მედიკამენტებით ჩატარებულ თერაპიას მოკლევადიან პერსპექტივაში, ხოლო მისი გრძელვადიანი შედეგები გაცილებით უკეთესია (Paykel, 2007).

#### **პანიკური აშლილობები**

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არის ემპირიულად დადასტურებული მკურნალობა, რომელიც პანიკური აშლილობების დროს კარგ შედეგებს იძლევა. მაგალითად, შფოთვის და პანიკის მართვის (MAP-3) მკურნალობის პროგრამის ფარგლებში ჩატარებულ კვლევაში მითითებულია, რომ კურსის დასრულების შემდგომ ადამიანების 70-90 % პანიკისგან თავისუფლდება (Barlow & Craske, 2000). სხვადასხვა ლიტერატურაში აღნიშნულია, რომ პანიკური აშლილობების მკურნალობისას, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შედეგები არის მყარი და საკმაოდ გრძელვადიანი (Landon & Barlow, 2004; Mitte, 2005a).

### სოციალური შფოთვითი აშლილობა

კვლევებმა დაგვანახა, რომ სოციალური შფოთვითი აშლილობების მკურნალობაში, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ჯგუფური თერაპია მეტად ეფექტურია, ვიდრე მხარდამჭერი ჯგუფური ფსიქოთერაპია (მაგ., Heimberg, et.al., 1990). შედეგების კვლევის მეტა-ანალიზმა დაადასტურა, რომ ექსპოზიციისა და კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის კომბინირებას მნიშვნელოვანი ეფექტი აქვს სოციალური შფოთვის მკურნალობაში (Federoff & Taylor, 2001; Rodebaugh, Holoway, & Heimberg, 2004).

### პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ეფექტურ მკურნალობას წარმოადგენს როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობების (PTSD) სიმპტომების გაუმჯობესებისათვის. ექსპოზიციური თერაპია და სტრესის ინოკულაციის თერაპია კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ორი ძირითადი შემადგენელი ნაწილია და ორივე მათგანი ემპირიულად დადასტურებულ მეთოდს წარმოადგენს PTSD-ს მკურნალობისათვის. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ძალიან ეფექტური აღმოჩნდა სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში, ქალების სამკურნალოდ (მაგალითად, Foa et.al., 1999). მიმოხილვა ადასტურებს, რომ ქრონიკული პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობების მკურნალობისას, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ისევე ეფექტურია, როგორც სხვა მეთოდები და აქვს კარგი გრძელვადიანი შედეგები (Bisson & Andrew, 2007; Seidler & Wagner, 2006).

### ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ფსიქოთერაპია, კონკრეტულად კი ექსპოზიცია და რეაქციის პრევენცია, ექსპერტთა შეთანხმებული მკურნალობის სახელმძღვანელოს (March. et.al., 1997) მიხედვით, წარმოადგენს მკურნალობის არჩევით ფორმას ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის მქონე ზრდასრული პირების მკურნალობისთვის. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის კურსის დასრულების შემდგომ, კლიენტების 50-80 % საუბრობს სიმპტომების შემცირებაზე 12-20 სესიის შემდგომ. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის მედიკამენტებთან კომბინაციაში გამოყენება, შეიძლება დაგვეხმაროს რელაფსის პრევენციაში, როცა მედიკამენტის მიღება შეწყდება (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2005).

### გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა

მეტა-ანალიზში, ბორკოვეცმა და ვისმანმა (Borkovec & Whisman, 1996) აღმოაჩინეს, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის შემთხვევაში გვაძლევს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას, რაც ნარჩუნდება მკურნალობის დასრულების შემდგომაც. ასევე

აღმოჩნდა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით მიიღწევა გაცილებით მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, ვიდრე ანალიტიკური ფსიქოთერაპიის, მედიკამენტოზური პლაცებოს, არადირექტიული თერაპიის და პლაცებო თერაპიის გზით (Mitte, 2005).

### *სპეციფიკური ფობიები*

შემაშინებელი ობიექტების ან სიტუაციების ექსპოზიცია სპეციფიკური ფობიების ეფექტური მკურნალობის უმთავრეს კომპონენტად არის მიჩნეული. ბუნებრივ გარემოში განხორციელებულმა ექსპოზიციის სესიებმა, რომელიც იმგვარადაა სტრუქტურირებული, რომ შფოთვა მნიშვნელოვნად კლებულობს სესიაზევე, გვიჩვენა, რომ პაციენტების დაახლოებით 90%-ის შემთხვევაში მნიშვნელოვანი შედეგები იქნა მიღებული (Ost, 1989). მეტა-ანალიზმა კი დაადასტურა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კლინიკური ფასეულობა სპეციფიკურ ფობიებთან მიმართებაში (Choy, Fyer, & Lipsitz, 2007).

### *შფოთვა და დეპრესია*

მრავალმა კვლევამ ცხადყო კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სარგებელი დეპრესიისა და შფოთვის მკურნალობაში (Bandelow, Seidler-Brandler, Becker, Wedekind, & Rütger, 2007; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hofmann & Smit, 2008). მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ძალიან ეფექტური თერაპიაა დეპრესიისა (Feldman, 2007; Hollon და სხვ., 2005) და გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის (Hunot და სხვ., 2007; Mitte, 2005a) შემთხვევაში, რომლის შედეგებიც აღემატება სხვა თერაპიების ეფექტურობას და იძლევა სხვა თერაპიებთან შედარებით გრძელვადიან შედეგებს.

### *ინდივიდუალიზებული მოსაზრებები*

ასევე მნიშვნელოვანია, კლიენტებისთვის დავამატოთ ქვემოთ მოყვანილი ინდივიდუალიზებული მოსაზრებები.

- ისეთი თანმხლები (კომორბიდული) პრობლემების მქონე ინდივიდებს, როგორცაა დეპრესია ან სხვა შფოთვითი აშლილობები, შესაძლოა დასჭირდეთ გაცილებით ხანგრძლივი მკურნალობა ან დამხმარე თერაპიები.
- მშობიარობის შემდგომი დეპრესია ჰგავს კლინიკურ დეპრესიულ ეპიზოდს და არ არის აუცილებელი მისი განსხვავებულად მკურნალობა (Bledsoe & Grote, 2006).

## თავი 4

### მკურნალობის დაწყება, თერაპიის დაგეგმვა და ალიანსის ჩამოყალიბება

შეფასება და კლინიკური შემთხვევის ფორმულირება დასრულებულია და ახლა იწყებთ თქვენს კლიენტთან თერაპიის მიზნების განხილვას. თქვენ უკვე განხილული გაქვთ, რამდენად შესაბამისია დიაგნოზი, შეფასების უკუკავშირის დროს მიანოდეთ ეს ინფორმაცია კლიენტს და ახლა იწყება პოზიტიური თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბება. თუკი ბედმა გაგიღიმათ, თქვენ გეჭნებოდით დრო, შეგესწავლათ კლიენტის მიერ წარმოდგენილი პრობლემის შესაბამისი უახლესი, ემპირიულად დამტკიცებული თერაპიები.

და „ახლა რა?“ როგორ უნდა გადააქციოთ კლიენტის იმედები მიღწევად მიზნებად? წარმოდგენილ თავში განხილულია მკურნალობის დაგეგმვისა და მიზნის დასახვის ნაბიჯები: კონტრაქტის ჩამოყალიბება და კლიენტის მოტივაციის ამაღლება. ასევე გთავაზობთ რეკომენდაციებს კლიენტთან პოზიტიური თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბების თაობაზე.

მრავალი სახელმძღვანელოს, ტრენინგ-პროგრამისა და სემინარის დრო და ენერჯია ფოკუსირებულია თერაპიის შეფასებისა და ფორმულირების კომპონენტებზე და ნაკლები დრო ეთმობა იმას, თუ რა ხდება თერაპიაში პირველი რამდენიმე სესიის შემდეგ. ბევრი სტუდენტი და პრაქტიკანტი (ინტერნი) სვამს კითხვას „ახლა რა?“, რამდენადაც არ არიან დარწმუნებული, რა უნდა გაკეთდეს პროცესის ყველაზე სტრუქტურირებული და მკაფიოდ გამოკვეთილი ეტაპების დასრულების შემდგომ. გარკვეული თვალსაზრისით, შეფასებაზე ფოკუსის გაკეთებას თავისი აზრი აქვს. თერაპიისთვის მოსულ კლიენტებს ჩვეულებრივ უტარდებათ ინტერვიუს ფორმით შეფასება და ბევრს დიაგნოზს უსვამენ. შეფასებისა და ფორმულირების შემდეგ, პირველ ნაბიჯი გულისხმობს მკურნალობის დაგეგმვას, მიზნის დასახვასა და თერაპიული კონტრაქტის შემუშავებას. მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი მიზნების დასახვა შემთხვევის ფორმულირების დროს ხდება, საჭიროა მათი შემდგომი დამუშავების გაგრძელება მკურნალობის პირველი რამდენიმე სესიის მანძილზე.

ჩვენ გვჯერა, რომ ფსიქოთერაპიაში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ურთიერთობებს. ყველაზე ექსტრემალურ შემთხვევაში, კლიენტი, რომელიც თავს არაკომფორტულად გრძნობს თერაპევტთან ან მისგან ვერ გრძნობს პატივისცემას, სავარაუდოდ აღარ მოინდომებს სესიების გაგრძელებას. პოზიტიურ თერაპიულ ალიანსში მოხვედრილი კლიენტი კი უფრო მეტად იქნება ჩართული ცვლილებაზე მიმართულ, რთულ სამუშაო პროცესში. მოცემული თავის მეორე ნაწილში, ჩვენ მოკლედ მიმოვიხილავთ ურთიერთობებზე მოქმედ იმ ფაქტორებს, რომელიც გავლენას ახდენს ფსიქოთერაპიაზე, განსაკუთრებით კი კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ინტერვენციებზე. მკურნალობის ადრეულ ფაზაში, როდესაც თერაპიული კავშირი ახალი ჩამოყალიბებულია, კლიენტი თავს ჯერ კიდევ ვერ გრძნობს კომფორტულად და ნაკლებად ენდობა თერაპევტს. ჩვენ განვიხილავთ რამდენიმე „ზოგად ფაქტორს“, რომელიც გავლენას ახდენს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ინტერვენციებზე, კერძოდ, ცვლილებების მისაღწევად თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბებაზე. ასევე ვცდებით განვიხილოთ ის განსხვავებები, რაც აღნიშნულ ფაქტორებს ახასიათებთ ამ მიდგომასთან მიმართებაში.

## **მკურნალობის დაგეგმვა, მიზნის დასახვა და თერაპიული კონტრაქტი**

თქვენ მიერ ჩამოყალიბებული შემთხვევის ფორმულირება გეხმარებათ გაიაზროთ, როგორ არის დაკავშირებული ერთმანეთთან კლიენტის სხვადასხვა პრობლემა. ასევე გეხმარებათ მკურნალობის დაგეგმვასა და მიზნის დასახვაში. ინტერვენციის არჩევანი დამოკიდებულია მხოლოდ კლიენტის კონკრეტულ პრობლემაზე, კლიენტის (და თერაპევტის) უპირატესობებზე, სხვადასხვა ინტერვენციების ხელმისაწვდომობაზე (მაგალითად, შესაძლოა ყოველთვის არ იყოს ვირტუალური რეალობის ან ცოცხალ გარემოში ექსპოზიციის გამოყენების საშუალება), თერაპევტის ცოდნისა და უნარ-ჩვევების დონეზე, დაგეგმილი ინტერვენციის მტკიცებულებათა ბაზის არსებობასა და სხვა ცვლადებზე (მაგალითად, ზოგიერთი გადაუდებელი სახის პრობლემა). თერაპიის უმნიშვნელოვანეს ნაწილს მიზნის დასახვა შეადგენს, რომელიც თითქოს ერთი შეხედვით ადვილი უნდა იყოს, თუმცა გასაკვირად რთულია ბევრი კლიენტისათვის. მართლაც, გარკვეულწილად შეიძლება წარმოიდგინოთ, რომ მიზმი, რის გამოც კლიენტი თქვენთან მოვიდა არის ის, რომ წარსულში თავად ვერ შეძლო ამის გაკეთება. მკურნალობის დაგეგმვა მიმდინარე პროცესია, რომელიც ხიდის როლს ასრულებს შეფასებასა და ინტერვენციას შორის. რა თქმა უნდა, კლიენტთან კომუნიკაცია მისი პრობლემების ფორმულირებისა და მკურნალობის დაგეგმვასთან დაკავშირებით, თავისთავად წარმოადგენს ინტერვენციას, რომელსაც პირდაპირ მიზნის დასახვისაკენ მივყავართ.



მიზნის დასახვასთან დაკავშირებით, მკვლევარები ბევრ სხვადასხვა რეკომენდაციას გვთავაზობენ. მაგალითად, უმნიშვნელოვანესია, კლიენტი ჩართული იყოს და დაინტერესებული როგორც მიზნის დასახვის, ასევე მისი მიზნების მისაღწევად მუშაობის პროცესში. მიზნებზე შეთანხმება თერაპიაში სამუშაო ალიანსის შემადგენელი კომპონენტია, რომლის გაზომვაც სამუშაო ალიანსის რეესტრით მოხდა (Working Alliance Inventory - Reddin Long, 2001; Horvath & Greenberg, 1986). სხვადასხვა სახის თერაპიაში სამუშაო ალიანსი დაკავშირებული აღმოჩნდა მიღებულ შედეგებთან. მაგალითად, საფრანმა და ვოლნერმა (Safran და Wallner, 1991) აღმოაჩინეს, რომ დეპრესიის შემთხვევაში თერაპიის ადრეულ სტადიაზე (მესამე სესიის შემდეგ) მიზანთან მიმართებაში კონსენსუსის აღქმა, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის 20 სესიის შემდეგ მიღწეულ კლინიკურ გაუმჯობესებასთანაა დაკავშირებული. მიზნებით დაინტერესება ჯერ კიდევ მკურნალობის დაწყებამდე, პოზიტიურად აისახება კოგნიტურ-ბიჰევიორული ჯგუფური თერაპიის მე-12 სესიის შემდეგ მიღწეულ რემისიასთან ბულიმიის მკურნალობისას (Mussell და სხვ., 2000). ტრიონი და ვინოგრადი (Tryon და Winograd, 2002) აღნიშნავენ, რომ მან მიერ განხილული კვლევების 68%-ში მიზანთან მიმართებაში არსებულ კონსენსუსსა და შედეგებს შორის პოზიტიური ურთიერთკავშირია ერთ-ერთი საზომის მიხედვით მაინც.

კლინიკური დაწესებულებების უმეტესობაში რთულია მიზანთან დაკავშირებული კონსენსუსის გაზომვა. ტრიონი და ვინოგრადი (Tryon და Winograd, 2001) აღნიშნავენ, რომ “მკურნალობის მაქსიმალურად პოზიტიური შედეგის მისაღწევად, თერაპევტი და პაციენტი თერაპიის მთელი კურსის განმავლობაში ერთობლივად უნდა მონაწილეობდნენ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, სადაც მიზნების ხშირი განხილვა და შეთანხმება ხდება” (გვ. 387). შემდგომში ისინი აღნიშნავენ, რომ „გაცილებით უკეთეს შედეგებს აღწევენ ის პაციენტები, რომლებიც აქტიურად არიან ჩართული პაციენტის როლში, პრობლემების, გრძნობებისა და მიზნების განხილვაში და არა ისინი, ვინც წინააღმდეგობას უწევენ ან უბრალოდ პასიურად იღებენ თერაპევტის რეკომენდაციებს. როდესაც პაციენტი ეწინააღმდეგება თერაპევტთან თანამშრომლობას, ამას ცუდი შედეგები მოყვება“ (გვ.388).

Berking, Grosse Holtforth, Jacobi, და Kroner-Herwig (2005) ამტკიცებდნენ, რომ მართალია მიზნის მიღწევა არის ფსიქოთერაპიის წარმატების ძირითადი კრიტერიუმი და მჭიდროდაა დაკავშირებული წარმატების სხვა კრიტერიუმებთან, ხშირად, კლიენტის მიერ შემოთავაზებული მიზანი ბუნდოვანი, არა-რეალისტური, შეუსაბამო და განუხორციელებელია. კვლევაში მათ გამოიყენეს ბერნის მკურნალობის მიზნების რეესტრი (Bern Inventory of Treatment Goals) კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მიზნების ფორმულირებისთვის და იმ მიზნების კატეგორიზაციისთვის, რომლებიც მეტ-ნაკლებად მიღწევადია. მათი აზრით, მკურნალობის ადრეულ პერიოდში გაცილებით მარტივ მიზნებთან მიმართებაში მიღწეული წარმატება ეხმარება კლიენტს ნდობის, თავდაჯერებულობის ამაღლებაში და აძლიერებს თერაპიულ ალიანსს (უნდა აღინიშნოს, რომ

ისინი მიზნის მიღწევის ყველაზე დაბალ დონეებზე მიუთითებდნენ ძილთან დაკავშირებული პრობლემებისა და ფიზიკური ტკივილის მოხსნაზე მუშაობის დროს).

მიზნების მკაფიოდ შეთანხმებას შეიძლება მოყვეს ადრეულ ეტაპზე გაუმჯობესება, მაშინ როდესაც არასრულად ჩამოყალიბებული მკურნალობის კონტრაქტი უარყოფით შედეგებს უკავშირდება. მკურნალობის კონტრაქტის ნიმუშად იხ. ფორმა 4.1. მკურნალობის კონტრაქტის ჩამოყალიბება უკვე თავისთავად ინტერვენციაა (Reddin Long, 2001). Otto, Reilly-Harrington, Kogan, და Winett (2003) კოგნიტურ-ბიპროპორულ თერაპიაში მკურნალობის ფორმალური და არაფორმალური კონტრაქტების სარგებლობაზე საუბრობენ. ფორმალური კონტრაქტები უფრო მკაფიოდ ჩამოყალიბებული შეთანხმებაა ყველა მონაწილე მხარეს შორის, სადაც ასახულია ყველა მათგანის პასუხისმგებლობა. Otto და სხვ., ვარაუდობენ, რომ მკურნალობის ფორმალური კონტრაქტის სარგებლობა შეიძლება დაკავშირებული იყოს მისი მეტი სიზუსტით დაცვასა და მოტივაციის ამაღლებასთან. კონტრაქტი ასევე შეიძლება დაეხმაროს კლიენტს მკაფიოდ ჩამოაყალიბოს საკუთარი განზრახვები და ცვლილების მიზნები. Otto და სხვ., ასევე ვარაუდობენ, რომ შედეგების გაუმჯობესება შესაძლებელია თერაპევტის მხრიდან ნაკლები, ხოლო კლიენტის მხრიდან მეტი მონაწილეობით მოხდეს.

წარმოგიდგინებ ხელშეკრულების ფორმას კოგნიტურ-ბიპროპორული თერაპიისათვის, კლიენტს ----- და თერაპევტს ----- შორის. მკურნალობა მიმართული იქნება შემდეგ პრობლემაზე (პრობლემებზე):

- 1. ----- 2. -----
- 3. ----- 4. -----
- 5. ----- 6. -----

მე ვაცნობიერებ, რომ კოგნიტურ-ბიპროპორული თერაპია არის მიმდინარე პრობლემების გადაჭრაზე ფოკუსირებული ფსიქოლოგიური მკურნალობის ფორმა. არ არსებობს არანაირი გარანტია, რომ ეს მკურნალობა გადაჭრის ჩემს ყველა პრობლემას, თუმცა ამ ფორმაზე ხელის მონწილეთ მე გამოვხატავ ჩემს ინტერესს, ვიმუშაო ამ მიზნის მისაღწევად. ვაცნობიერებ, რომ კოგნიტურ-ბიპროპორული თერაპია არის მკურნალობა, რომელიც გულისხმობს ურთიერთობებს, სადაც კლიენტი და თერაპევტი მუშაობენ ერთად აღნიშნული მიზნების მისაღწევად. ასევე, ეს არის მკურნალობა, რომელიც ჩვეულებრივ გულისხმობს დავალებების შესრულებას მკურნალობის ერთი სესიიდან მეორემდე. მე ვაცნობიერებ ყველა ამ ფაქტს და ვინც მკურნალობას ჩემი თავისუფალი არჩევანის საფუძველზე.

მე გაფრთხილებული ვარ, რომ მკურნალობას სავარაუდოდ დასჭირდება დაახლოებით ----- სესია. ჩვენ რეგულარული ინტერვალებით განვიხილავთ მიზნისკენ მიმავალ გზაზე გამოვლენილ პროგრესს. მე შემძლია პროგრესთან მიმართებაში დავსვა კითხვები, შევცვალო მკურნალობის მიზნები ან ნებისმიერ დროს შევწყვიტო თერაპია.

შეფასებისა და მკურნალობის პროცესში მოგროვებული ინფორმაცია კონფიდენციალური იქნება, გარდა კანონით დადგენილი გამონაკლისებისა. მე ვაცნობიერებ, რომ თერაპევტი შესაძლოა იძულებული გახდეს გასცეს ჩემს შესახებ ინფორმაცია, თუკი არსებობს ჩემთვის ან სხვა პირისთვის შესაძლო ზიანის მიყენებასთან დაკავშირებით რაიმე საფრთხეზე ეჭვი, ბავშვზე ძალადობის არსებობის შემთხვევაში, პროფესიული ლიცენზირებული ორგანოს მიერ გამოძიების წარმოებისას ან ინფორმაციის გაცემაზე კანონიერი მოთხოვნის არსებობის შემთხვევაში. სხვა შემთხვევაში, არანაირი ინფორმაცია ჩემზე და ჩემს მკურნალობასთან დაკავშირებით არ გასაჯაროვდება ჩემი ნებართვის გარეშე.

მე ვაცნობიერებ, რომ თერაპევტი იმსახურებს სამართლიან კომპენსაციას განეული მკურნალობისათვის. მე თანახმა ვარ გადავუხადო \$ ----- - ყოველ სესიაში. ასევე, თანახმა ვარ, 24 საათით ადრე ვაცნობო სესიის გადადების ან გაუქმების შესახებ, ან გადავუხადო შეთანხმებული თანხა გაცდენილი სესიისათვის. მე თანახმა ვარ, განვიხილო თერაპევტთან ნებისმიერი მნიშვნელოვანი ცვლილება ჩემს ფინანსურ მდგომარეობაში, რაც შეიძლება აისახოს ჩემს მიერ მკურნალობის გაგრძელების შესაძლებლობაზე.

წარმოდგენილი ხელშეკრულება ხელმოწერილია ჩემი თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობით. ყველა ჩემს კითხვაზე მივიღე დამაკმაყოფილებელი პასუხი.

ხელმოწერილია დღეს ----- დრო: ----- სთ-ზე  
კლიენტი: ----- თერაპევტი: -----

**ფორმა 4.1. მკურნალობის კონტრაქტის ნიმუში**

ისევე როგორც რეკომენდებულია შემთხვევის ფორმალური ფორმულირება ყველა კლიენტისთვის და რისი დაცვაც თერაპევტების მიერ ყოველთვის არ ხდება, მსგავსი სიტუაციაა მკურნალობის ფორმალურ კონტრაქტთან მიმართებაში. კლინიკური დანესებულებების უმეტესობაში უფრო

გავრცელებულია არაფორმალური კონტრაქტები, რომელიც ყალიბდება თერაპევტსა და კლიენტს შორის ურთიერთთანამშრომლობის პროცესში და შეიძლება შეიცვალოს სესიიდან სესიამდე, როგორც ჩვეულებრივი დღის წესრიგის ნაწილი. ზოგადად, მკურნალობის მიზნის დაცვა თერაპევტის პასუხისმგებლობაა. სამწუხაროდ, როგორც წესი, ფორმალური კონტრაქტის არ არსებობის პირობებში, თერაპევტები გაცილებით ადვილად სცდებიან მიზანს. ფორმალური კონტრაქტები უფრო გვხვდება იმ დაწესებულებებში, სადაც კლიენტის „რეაგირების“ ქცევა პრობლემურია. მაგალითად, ცუდი დასწრების ან თვით-დამაზიანებელი ქცევის შემთხვევაში, შედეგების გასაძლიერებლად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას გაუთვალისწინებელი შემთხვევების კონტრაქტი. ასეთი სახის კონტრაქტის მიზანია კლიენტის ქცევის გაკონტროლება; მას არ აქვს ისეთივე მიზნები, როგორც მკურნალობის კონტრაქტს.

### მკურნალობის დაგეგმვის და მიზნის დასახვის ნაბიჯები

იყავით თანამშრომლობაზე მიმართული, ყურადღებით მოუსმინეთ ცვლილებებთან დაკავშირებით კლიენტის მიზნებს. იმუშავეთ მასთან ერთად მიზნების ფორმულირებაზე, რამაც შესაძლო ინტერვენციებამდე შეიძლება მიგიყვანოთ. მაშინაც კი, თუ თქვენ ფიქრობთ, რომ ზოგიერთი ეს მიზანი არ არის ძალიან მნიშვნელოვანი პრობლემების ჩამონათვალთან მიმართებაში, ისინი დაგეხმარებათ თერაპიული ალიანსის გაუმჯობესებაში და კლიენტის სურვილებთან დაკავშირებული ადრეული მიზნების ჩამოყალიბებაში. იმ შემთხვევაში, თუკი კლიენტის მიზნები შეუსაბამოა პრობლემათა ჩამონათვალის, მიუთითეთ კლიენტს. აუხსენით მას, რომ შეუძლია ამ მიზნებზე თერაპიის ფარგლებს გარეთ იმუშაოს და რომ ტრანსფერული უნარ-ჩვევების სწავლით მას შეუძლია ამის გაკეთება. მაგალითად, თუ კლიენტს სჭირდება ფინანსური მართვის უნარ-ჩვევები ან აქვს იურიდიული პრობლემა, მაშინ სწორი იქნება მიზნის მნიშვნელობის გათვალისწინება და კლიენტისათვის დახმარების განევა ამ სერვისის სხვაგან მისაღებად.

თუ შესაძლებელია, დასახეთ ადრეული მიზანი, რომელსაც სავარაუდოდ სწრაფი წარმატება ან დისტრესის შემცირება მოყვება. მკაფიო მიზნების ჩამოყალიბება ხშირად დისტრესს ამცირებს, რადგან თერაპიულ მიმართულებას იძლევა და კლიენტებს უქმნის განცდას, რომ ისინი მუშაობენ საკუთარ პრობლემასთან დაკავშირებით და არა „მხოლოდ საუბრობენ“. მაგალითად, თუ კლიენტს დეპრესია აღენიშნება, ადრეული მიზანი შეიძლება იყოს დღიური აქტივობების დამატება, მაგალითად, დღეში ერთხელ სახლიდან გამოსვლა. ამ მიზნებმა შეიძლება მიგიყვანოთ ადრეულ თერაპიულ აქტივობებამდე, როგორცაა დღის უფრო მეტი სტრუქტურირება და სათემო აქტივობების შესახებ ინფორმაციის მოძიება. აღნიშნული პირველადი მიზნები არა მხოლოდ დისტრესის შემცირებას უწყობს ხელს, არამედ აძლიერებს ცვლილებებისადმი მოტივაციას, ამადლეს თვით-შეფასებას და კონსტიტუციურ-ბიჰევიორული თერაპიის

„მომხრედ“ აქცევს არა მხოლოდ კლიენტს, არამედ სხვა პირებსაც, რომლებიც შესაძლოა ჩართული იყვნენ პროცესში. მათ შორის არიან ოჯახის წევრები და მკურნალობის გუნდის წევრები, რომლებიც თავიდან შესაძლოა სკეპტიკურად იყვნენ განწყობილი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისადმი.

მიზნების დასახვისას, მნიშვნელოვანია ჩამოყალიბდეს შედეგების შეფასების ფორმაც, რათა კლიენტმა იცოდეს, როდისაა შედეგი წარმატებული. სასარგებლო მეთოდი, რომელიც თქვენ და თქვენს კლიენტს თემაზე კონცენტრირებაში დაგეხმარებათ, არის რამდენიმე სერიული მიზნის დასახელება, დასახვა და კლიენტის მიერ მათი მიღწევის პერიოდულად შეფასება. *მიზნის მიღწევის სკალირება (Goal attainment scaling)* საკმაოდ მარტივი პროცესია, სადაც თავიდანვე ხდება ისეთი მიზნის დასახელება, რომელიც სრულ წინააღმდეგობაშია პრობლემათა ჩამონათვალში მოცემულ პრობლემებთან. მაგალითად, თუკი სოციალური იზოლაცია პრობლემადაა აღიარებული, მიზანი შეიძლება იყოს აქტიური სოციალური ცხოვრების ჩამოყალიბება. თქვენ დაგჭირდებათ კონკრეტული ნიშნულების ან კრიტერიუმების შემუშავება, რათა იცოდეთ, მიღწეულია თუ არა მიზანი. რა თქმა უნდა, მიზნის მიღწევის სკალირება განსაკუთრებით სასარგებლოა, როდესაც დასახული გაქვთ მიღწევადი ქცევითი მიზნები, რომელთა კლიენტის მიერ მიღწევაც თვალსაჩინოა (მაგალითად, სახლიდან გამოსვლა დღეში ერთხელ). დროდადრო თქვენ შეგიძლიათ დაუბრუნდეთ სიას და გადაამოწმოთ, რამდენად კარგად მუშაობთ თქვენ და თქვენი კლიენტი მიზნის მისაღწევად. ამ თვალსაზრისით, მიზნის მიღწევის სკალირება ემსახურება როგორც თანამშრომლობითი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას, ასევე მკურნალობის პრობლემებზე ფოკუსირებასა და ფუნქციონირების პოზიტიური სფეროების განვითარებას.

ზოგიერთი კლიენტისათვის შეიძლება რთული იყოს იმ მიზნების დასახვა, რომელიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციებს უწყობს ხელს. თავდაპირველად, ბევრი კლიენტი ასახელებს ბუნდოვან, ორაზროვან ან სწრაფად ცვალებად მიზანს, რომელიც შესაძლოა არც კი იყოს დაკავშირებული მათ პრობლემებთან. მაგალითად, „მე მინდა უფრო ბედნიერი ვიყო“, ან „მე მინდა სხვა სამსახური, . . . . სხვა პარტნიორი . . . . სხვა ცხოვრება . . .“. ზოგიერთი მიზანი შეიძლება სრულიად მიუღწევადი იყოს ან კლიენტის კონტროლს საერთოდ არ ექვემდებარებოდეს. ზოგიერთი კი შეიძლება ძალიან კარგად ჟღერდეს თეორიულად, მაგრამ პრაქტიკულად შეუძლებელი იყოს მისი რეალური ან ვალიდური გზით შეფასება. იმედგაცრუებული კლიენტები ხშირად საუბრობენ სხვების, მაგალითად, პარტნიორების, მშობლებისა და ხელმძღვანელების, შეცვლაზე. ამასთან ერთად, თუკი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები მომავალზე და მიზანზე ორიენტირებული სტილით მუშაობენ, ზოგიერთ კლიენტს ეს არ შეუძლია. ისინი დღიდან დღემდე ცხოვრობენ და ძალიან ცოტას ფიქრობენ მომავალზე. მკაფიო და კონკრეტული მიზნები მათთვის შეიძლება უცხო ცნება იყოს. ყველაფერი ეს თერაპევტისგან მოითხოვს მოქნილობასა და ერთგვარ შემოქმედითობას თერაპევტი-კლიენტის



თანამშრომლობის გზით მიზნების დასახვისათვის. იმ კლიენტებისათვის, ვისაც მიზნის დასახვა უჭირს, შეიძლება სასარგებლო იყოს მოკლევადიანი, მარტივად მიღწევადი მიზნების დასახვა. ასევე გახსოვდეთ, რომ მიზნის დასახვა თავისთავად უნარ-ჩვევას წარმოადგენს, რომლის სწავლაც ზოგიერთ ადამიანს სჭირდება. ამდენად, თავად მიზნის დასახვაში არსებული პრობლემა შეიძლება პრობლემად დასახელდეს და დაიწყოს მუშაობა მის დასაძლევად.

მიზნები უხეშად შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს - მიზნები, რომლებიც მიმართულია რაიმე ნეგატიურის შემცირებაზე (მაგალითად, დაძაბულობის ან შფოთვის შემსუბუქება) და მიზნები, რომლებიც მიმართულია რაიმე პოზიტიურის გაძლიერებაზე (მაგალითად, გაუმჯობესებული უნარ-ჩვევები, სიამოვნება, ოსტატობა და თვით-ეფექტურობა). თქვენი გეგმის ერთი ნაწილი მაინც უნდა იყოს მიმართული პოზიტიურზე, რის გარდაუვალ შედეგსაც წარმოადგენს ნეგატიურის შემსუბუქება. მაგალითად, გაბრაზებულ კლიენტთან მუშაობისას იფიქრეთ ინტერვენციებზე, რომელიც შეამცირებს სიბრაზეს და ამავე დროს გაზრდის პოზიტიური ინტერპერსონალური ინტერაქციების რაოდენობას.

მიზნები ასევე შეიძლება დაიყოს ემოციურ, ბიჰევიორულ, კოგნიტურ, ინტერპერსონალურ და გარემო სფეროებად. კლიენტს ასევე შეიძლება ჰქონდეს რაიმე სხვა მიზანი (მაგალითად, სულიერი ან ეგზისტენციალური ხასიათის), რომელიც ზოგადად კოგნიტურ-ბიჰევიორული კლინიცისტების უმეტესობის პრაქტიკის მიღმა რჩება. აფექტური მიზანი შეიძლება იყოს ემოციური რეგულაციის სწავლა, რათა კლიენტი იმპულსურად არ რეაგირებდეს ან უკონტროლოდ არ ბრაზდებოდეს. ინტერპერსონალური მიზანი შეიძლება იყოს სხვა ადამიანების რეაქციების უკეთ გაცნობიერება კონკრეტული სახის სამუშაო ან სოციალურ გარემოში. გარემოსთან დაკავშირებული მიზანი შეიძლება იყოს რაიმე ისეთი მარტივი, როგორცაა სამუშაო გარემოში ცვლილებების შეტანა სხვა ადამიანებთან მეტი სიახლოვის მიზნით. წარმოიდგინეთ კლიენტი, რომელიც სამსახურში თავს გარიყულად გრძნობს, მაგრამ მისი სამუშაო ადგილი არ არის „მოძრაობის ხაზში“. სამუშაო მაგიდის გადატანის მარტივმა თხოვნამ შეიძლება მნიშვნელოვნად შეცვალოს კლიენტის გრძნობები მის გარიყვასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით თუკი კლიენტი დაინახავს, რომ ნაკლები კონტაქტი არ არის რაღაც წინასწარგანზრახული მისი კოლეგა-თანამშრომლების მხრიდან.

ზოგიერთ მიზანთან მიმართებაში სასარგებლოა ისეთი აქრონიმის გამოყენება, როგორცაა SMART-ი, რომელიც გვთავაზობს რეკომენდაციებს შესაფერის მიზნებთან მიმართებაში და ადვილი გასახსენებელია. SMART მიზნები არის კონკრეტული (Specific), გაზომვადი (Measurable), მიღწევადი (Achievable), რეალისტური და რელევანტური (Realistic და Relevant) და დროში შემოფარგლული (დროში შემოფარგლული ნიშნავს, რომ შედეგები უახლოეს მომავალში შეფასდება დროში გადავადების (პროგრასტინაციის) თავიდან ასარიდებლად). SMART შეფასების მორგება ნებისმერ მიზანთან



შეიძლება, თუმცა SMART მოდელი, როგორც წესი, ყველაზე მოსახერხებელი ბიჰევიორულ მიზნებთან მიმართებაშია.

მიზნები ასევე შეიძლება დაიყოს უშუალო, მოკლევადიან, შუალედურ და გრძელვადიან მიზნებად. უშუალო, მოკლევადიანი მიზნები შეიძლება დასახულ და მიღწეულ იქნას ერთი თერაპიული სესიის განმავლობაში. მაგალითად, თუ კლიენტი უხალისოდ მუშაობს ახალი უნარ-ჩვევის გამომუშავებაზე სესიის გარეთ ან ეჭვი ეპარება, რომ შეუძლია მისი ათვისება, მაშინ შეიძლება მიზნად დაისახოს ამ უნარ-ჩვევაზე მუშაობა, მონიტორინგი და შედეგების შეფასება ერთი სესიის ფარგლებში. შუალედური მიზნები შეიძლება მოიცავდეს ბევრ სხვადასხვა ტიპის კომუნიკაციას, აფექტურ ან კოგნიტურ ,გაცნობიერებულობას, ინტერპერსონალურ უკუკავშირს და ა.შ. უშუალო და მოკლევადიანი მიზნების დასახვა, როგორც წესი გრძელვადიანი შედეგების მიღწევას „ემსახურება“. მაგალითად, გაუმჯობესებული კომუნიკაციის დასწავლა, შეიძლება შუალედური მიზანი იყოს, რომელიც გამაშუალებელია ნაბიჯია სხვა ადამიანებთან გაუმჯობესებული ურთიერთობების გრძელვადიანი მიზნების მისაღწევად.

**რა ხდება, თუკი თქვენი კლიენტი არ არის ამ მოდელის „მომხრე“?**

ზოგიერთი კლიენტი შეიძლება არ დაეთანხმოს კონკრეტული მიზნების დასახვას ან არ დაინტერესდეს ცვლილების კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მოდელით. მნიშვნელოვანია, გათვალისწინებული იქნას ის ჰიპოთეტური მიზეზები, თუ რატომ შეიძლება კლიენტი არ იყოს მოდელის „მომხრე“. შესაძლო მიზეზები შეიძლება იყოს:

*მოდელის არასაკმარისად გააზრება* - ამ პრობლემის გადაჭრა შეიძლება ისეთი მარტივი გზით, როგორცაა დამატებითი ინფორმაციის მიწოდება, განსაკუთრებით კლიენტის საჭიროებასთან მიმართებაში;

*ნდობის ნაკლებობა* - ზოგი კლიენტი ამბობს, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მოდელი არის „გამარტივებაზე მიმართული“ ან „ზოგადი ხასიათისა“. ზოგიერთი შეიძლება დარწმუნებული იყოს, რომ მიუხედავად ამ თერაპიის სხვებთან წარმატებულობისა, მისი სწორხაზოვანი მიდგომა პირადად მათ ვერ დაეხმარებათ. ამ პრობლემების საუკეთესო გადაჭრა იქნება წარმატების შესახებ მტკიცებულების კომბინირება მკურნალობის გარკვეულ ადრეულ წარმატებასთან, მოდელის პერსონიფიცირება კლიენტის პრობლემებთან მიმართებაში და კლიენტების უკუკავშირის ყურადღებით მოსმენა.

*უთანხმოება შემთხვევის ფორმულირებასთან დაკავშირებით* - თუ თქვენი კლიენტისათვის მიუღებელია შემთხვევის ფორმულირება, შეჩერდით და გაერკვიეთ მათ ხედვაში. რამდენად მკაფიოდ გააცანით კლიენტს შემთხვევის ფორმულირება? ხომ არ გამოგრჩათ რაიმე მნიშვნელოვანი ინფორმაცია ან რაიმე ხომ არ იყო არასწორად გაგებული? ხომ არ გჭირდებათ დამატებითი შეფასების გაკეთება? შესაძლოა თქვენ და თქვენს კლიენტს გჭირდებათ პატივისცემით დაეთანხმოთ ან არ დაეთანხმოთ ერთმანეთს

თერაპიის დაწყებისთანავე და სცადოთ ზოგიერთი პრობლემის გადაჭრა. ზოგადად, თუკი თქვენ და თქვენი კლიენტი ვერ შეთანხმდით ძირითად პრობლემებზე ან მათ საფუძველზე, მეტი დროის დათმობა დაგვირდებათ ამ მომენტში, სანამ მკურნალობის დაგეგმვას დაიწყებთ. ექსტრემალურ სიტუაციაში, თუკი თქვენ და თქვენი კლიენტი ვერ შეთანხმდებით, თუ რა პრობლემებზე უნდა იმუშაოთ და რა საფუძველი აქვს მათ, შესაძლოა უფრო სწორი იყოს მასთან თერაპიის ისეთი ფორმის გამოყენება, რომელიც მეტად შეესაბამება მის მსოფლმხედველობას. მაგალითად, თუ წარსულში გარკვეული სახის ფსიქო-დინამიკურ თერაპიაში მონაწილეობის შედეგად კლიენტს სჭერა, რომ მისი შფოთვისითი აშლილობა არის გაუცნობიერებელი კონფლიქტით გამოწვეული, უმჯობესი იქნება კლიენტის ასეთ თერაპევტთან გადამისამართება, შემთხვევის “სწორ: ფორმულირებაზე და ოპტიმალურ მკურნალობაზე ბრძოლის ნაცვლად.

*მოდელის არასაკმარისი შესაბამისობა* - ზოგჯერ, პრობლემების კონკრეტულ ჯგუფზე გათვლილი სტანდარტული მოდელი შეიძლება ზუსტად არ მოერგოს კლიენტს. ასეთ დროს, თქვენ გულახდილი უნდა იყოთ კლიენტთან ამ საკითხთან დაკავშირებით და სთხოვოთ, გადადოს დასკვნების გაკეთება და თერაპიასთან მიმართებაში იმოქმედოს მიდგომით „მოდელი, ვნახოთ რა მოხდება“. სხვა შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია გამოიჩინოთ თავმდაბლობა და გააცნობიეროთ, რომ არც თქვენ და არც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიას არ შეუძლია ყველა კლიენტის დახმარება. მიუხედავად დიდი ძალისხმევისა, ზოგიერთმა კლიენტმა შეიძლება ვერ მიიღოს პოზიტიური შედეგი. იმ შემთხვევაში, თუკი კლიენტი ვერ აღწევს ადრეულ წარმატებას, გარკვეული დროის შემდეგაც უჭირს მიზნის დასახვა, პრობლემები აქვს საშინაო დავალებებთან დაკავშირებით (ამ საკითხზე დამატებითი დეტალები ქვემოთაა მოყვანილი), დაფიქრდით, ხომ არ აჯობებს მისი გაგზავნა იმ თერაპევტთან, რომელიც სხვა მიდგომას იყენებს.

*დაჟინებით „რატომ“ კითხვების დასმა* - მიუხედავად თერაპევტის დიდი ძალისხმევისა, კლიენტები შეიძლება დაჟინებით სვამდნენ ისეთ კითხვებს, როგორცაა „რატომ მაქვს მე ეს პრობლემები?“ ან აგრძელებდნენ საუბარს ბავშვობაში მათი განვითარების შესახებ. ასეთი დისკუსიების მიზმი შეიძლება საკუთარი ფუნქციონირების უკეთ გაგებასთან დაკავშირებული ბუნებრივი ცნობისმოყვარეობა იყოს, ან წარსულში მიღებული თერაპიული გამოცდილება, რომელიც ხელს უწყობდა მსგავს საუბრებს ან პრობლემებისა და კონკრეტული ქმედებების თავიდან არიდება. თერაპიისათვის მოსულ ბევრ კლიენტს ადრეული ბავშვობის გაანალიზების მოლოდინი აქვს, მაშინაც კი, როდესაც თერაპევტი ცდილობს გადართოს ამგვარი ხანგრძლივი ძიებისგან. ზოგჯერ კლიენტთან მოლაპარაკება შესაძლებელია. მაგალითად, შეიძლება შეთანხმდეთ, რომ სესიის გარკვეულ ნაწილს დაუთმობთ წარსულში არსებულ მისთვის საინტერესო საკითხს, ხოლო მეორე ნაწილი დაეთმობა მიმდინარე პრობლემებს. თუკი ამ გზას მიმართავთ, დარწმუნდით, რომ თავდაპირველად იწყებთ მიმდინარე საკითხებით, რათა არ მოხდეს ისე, რომ სესია ჩაიშალოს კლიენტისათვის

საინტერესო პირადი ისტორიების მოყოლით. და კიდევ, თუკი შეძლებთ მკურნალობაში რაიმე ადრეული წარმატების მიღწევას, გამოიყენეთ ეს მტკიცებულება კლიენტისათვის იმის საჩვენებლად, რომ ანმყოში ცვლილებების მისაღებად გაცილებით მნიშვნელოვანია კონკრეტული და სპეციფიკური მიზნის დასახვა და მასზე მუშაობა, ვიდრე წარსულის გააზრება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმის განსაზღვრა, თუ კლიენტის მხრიდან წარსულზე საუბარი თავის არიდებაზე მიმართული ქცევა ხომ არ არის. ზოგჯერ, გაცილებით ადვილია ისაუბრო რაღაც თემებზე, ვიდრე პრობლემების პირისპირ დადგე. ასეთ შემთხვევებში, თქვენ ყურადღებით უნდა მოუსმინოთ კლიენტის წარსულის ისტორიას, მაგრამ მიმართოთ ის მიმდინარე პრობლემებზე და იმ სტრატეგიებზე ცვლილებებისთვის, რომელთა მიღწევა უახლოეს მომავალშია შესაძლებელი.

*ჯენამ სიღრმისეული და სრულყოფილი შეფასება ჩაუტარა მირიამს, ახალ კლიენტს, რომელმაც მას კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის მიმართა. მირიამს აღმოაჩნდა საკმაოდ მკაფიოდ ჩამოყალიბებული ბაზისური რწმენები, რაც სხვა ადამიანებისათვის სიამოვნების მინიჭების საჭიროებაში და ურთიერთობებისათვის საკუთარი ინტერესების შეწირვაში გამოიხატებოდა. ეს რწმენები უკავშირდებოდა სხვადასხვა ინტერპერსონალურ პრობლემებს, სტრესულ ინტერაქციებს, შფოთვისა და სიბრაზის სიმპტომებს. როდესაც ჯენამ მირიამს შემთხვევის ფორმულირება გაუზიარა, მან დარწმუნებით აღნიშნა, რომ მისი რწმენები გაუცნობიერებელ კონფლიქტებს ასახავდა, რაც მისი ადრეული წარსულის შესწავლას მოითხოვდა. კითხვაზე, რატომ ფიქრობდა ის ამგვარად, მან უპასუხა, რომ მას ამის შესახებ წინა თერაპევტმა უთხრა, რასაც თვდაც ეთანხმებოდა.*

*ჯენამ მოკლედ განუმარტა მირიამს კოგნიტიური სქემების არსი და ის, როგორ ხდება მათზე მუშაობა კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიაში. ასევე აღნიშნა, რომ ჩვეულებრივ, მკურნალობაში ფოკუსირება ხდება მიმდინარე და არა წარსულში არსებულ ან გაუცნობიერებელ პრობლემებზე. მან აღნიშნა, რომ ამგვარ საკითხებზე ფოკუსირება ხდება სხვა თერაპიების ფარგლებში და შესთავაზა მირიამს, მიემართა სხვა თერაპევტისათვის. ჯენა ძალიან ფრთხილად მოეკიდა იმას, რომ არ დაპირისპირებოდა მირიამის რწმენებს საკუთარ ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებასთან ან გაუცნობიერებელი კონფლიქტების არსებობასთან მიმართებაში.*

*კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მოდელის შესახებ რამდენიმე კითხვის დასმის შემდეგ, რომლებზეც ჯენამ პრაგმატული და არა დაცვითი ფორმით უპასუხა, მირიამი მას დათანხმდა მკურნალობის ამ ახალი სახის დაწყებაზე. ჯენამ გაამხნევა მირიამი, სთხოვა შეენარჩუნებინა ასეთი სკეპტიკური დამოკიდებულება კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიისადმი და მისთვის გაეზიარებინა ნებისმიერი სერიოზული შენიშვნა, რომელიც ერთად მუშაობის პროცესში შეიძლება*

გამოვლენილიყო. ისინი ასევე შეთანხმდნენ, რომ ხუთი სესიის შემდეგ თავიდან შეაფასებდნენ მკურნალობის სანდოობას მირიამთან მიმართებაში, რათა იგი დარწმუნებულიყო, რომ მკურნალობა სწორი გზით მიდის.

## რა ხდება, როდესაც კლიენტი არ არის ცვლილებისთვის მოტივირებული?

ჩვენი გამოცდილებით, ტიპური კლიენტი, რომელიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის მოდის, მოტივირებულია მისი პრობლემების გადაჭრისათვის. ისეთი პრობლემები, როგორცაა შფოთვა და დეპრესია, რომელთა ერთობლიობა ყველაზე ტიპურ პრობლემას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიულ დანესებულებებში, ყველაზე ხშირად იწვევს კლიენტებში დისტრესსა და შინაგან უსიამოვნებას. ძნელია წარმოიდგინო ვინმე, ვისაც ექნება მოტივაცია, ჰქონდეს შფოთვა ან დეპრესია. სხვა პრობლემების შემთხვევაშიც კი, სადაც მოტივაცია გაცილებით რთული შეიძლება იყოს, (მაგალითად, მავნე ნივთიერებებზე დამოკიდებულება ან კვებითი დარღვევები), კლიენტები არ მიმართავენ დახმარებას, სანამ თავად არ მოინდომებენ საკუთარი ფუნქციონირების ზოგიერთი ასპექტის შეცვლას.

ჩვენ გვჯერა, რომ როდესაც ცხოვრებაში ადამიანები პრობლემების წინაშე დგებიან, ისინი ბუნებრივად ცდილობენ ამ პრობლემების გადაჭრას. ბევრი მათგანი ამისთვის არ საჭიროებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალის დახმარებას, რადგან აქვთ ცხოვრებისეული სირთულეების დაძლევისათვის საჭირო უნარ-ჩვევები ან სოციალური დახმარება. ადამიანი ადაპტაციის კარგი უნარის მქონე ქმნილებაა. ასეც რომ იყოს, ზოგჯერ პრობლემები ნამდვილად დაუძლეველია, ან შეიძლება ადამიანს არ ჰქონდეს სასურველი ცვლილების მისაღწევად საჭირო უნარ-ჩვევები, ფსიქიკური უნარები, ემოციური სიმტკიცე, კოგნიტური მოქნილობა, სოციალური მხარდაჭერა ან მოტივაცია. სავარაუდოდ, ცვლილების მიღწევის მათი წარსული მცდელობა მარცხით დამთავრდა და მათი მოტივაციაც პრობლემურია.

სამოტივაციო ინტერვიუს მეთოდები ფართოდ არის გამოყენებული, შესწავლილი და წერილობით ასახული ადიქტოლოგიის სფეროში (Miller & Rollnick, 2002; Sobell & Sobell, 2003). თუმცა, ეს სტრატეგიები გასცდა ადიქტოლოგიის სფეროს და შეიძლება მარტივად იქნას ადაპტირებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული მიდგომისათვის. ნაცვლად იმისა, რომ განხილულ იქნას როგორც ძირითადი ინსტინქტი ან ხასიათის თვისება, მოტივაცია განხილდება როგორც მდგომარეობა, რომელზეც გავლენის მოხდენა შეუძლია კლინიცისტს. სამოტივაციო ინტერვიუ, სობელის და სობელის (Sobell და Sobell, 2003) მიერ განმარტებულია როგორც კლიენტთან საუბრის და ინტერაქციის ფორმა, რომელიც გამოირიცხავს ან ამცირებს ცვლილებისადმი წინააღმდეგობას. მილერი და როლნიკი (Miller და

Rollnick, 2002) მიუთითებდნენ, რომ ცვლილებისადმი ამბივალენტობის გამოვლენა ნორმალურია და ადამიანების უმეტესობას ცვლილებებთან მიმართებაში ახასიათებს „მიახლოება-დაშორების კონფლიქტი“. თავდაპირველად, ცვლილება შეიძლება ძალიან კარგ იდეად ჩანდეს, მაგრამ როდესაც კლიენტი აცნობიერებს, რომ ეს არა მხოლოდ მუშაობაში ჩართვას, არამედ ცვლილების ყველა შემდგომ შედეგს გულისხმობს, ცვლილებისადმი მისი სურვილი შეიძლება შესუსტდეს.

მილერი და როლნიკი (Miller და Rollnick, 2002) მოტივაციურ ინტერვიუს აღწერდნენ როგორც კომუნიკაციის მეთოდს, რომელიც ფოკუსირებულია ამბივალენტობის დაძლევაზე. თავისი ბუნებით, ის თანამშრომლობაზეა დაფუძნებული და ზოგადად ისეთ თერაპიულ უნარ-ჩვევებს იყენებს, როგორცაა მხარდაჭერა, ემპათია და მიმდებლობა. სობელი და სობელი (Sobell და Sobell, 2003) გვთავაზობენ რა „უნდა გაკეთდეს“ და რა „არ უნდა გაკეთდეს“ ჩამონათვალს. ეს იდეები მოიცავს ღია კითხვებს, რეფლექსიურ (აქტიურ) მოსმენას, თვით-მოტივირების დებულებების გამოყენებასა და კლიენტების დახმარებას, ცვლილებასთან დაკავშირებით მათი საკუთარი არგუმენტების ფორმულირებაში. ზოგიერთი ეს მეთოდი სოკრატესული გამოკითხვის მსგავსია (Beck და სხვ., 1979), როდესაც თერაპევტი სვამს კითხვებს, რომელთაც კლიენტი გარკვეული დასკვნებისკენ მიჰყავს. მოტივაციური ინტერვიუს შემთხვევაში, გააზრებაზე მიმართული ფორმულირებები და სოკრატესული კითხვები გამოიყენება პაციენტების ცვლილებებისადმი მოტივაციის განსამტკიცებლად.

მილერმა და როლნიკმა (Miller და Rollnick, 2002) ჩამოაყალიბეს მოტივაციური ინტერვიუს ოთხი ძირითადი პრინციპი:

გამოხატეთ ემპათია მიმდებლობისა და რეფლექსიური (აქტიური) მოსმენის გამოყენებით. აუხსენით კლიენტს, რომ ცვლილებასთან დაკავშირებული ამბივალენტობა ნორმალურია;

შექმენით შეუსაბამობა. დაეხმარეთ კლიენტს აღიქვას შეუსაბამობა მის მიმდინარე მდგომარეობასა და მის მიზნებს ან ფასეულობებს შორის. თუკი კლიენტის ქცევა რადიკალურად განსხვავებულია მისი საკუთარი ფასეულობებისაგან, მაშინ სავარაუდოდ სიტუაცია გამოიწვევს დისკომფორტს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც კლიენტი უკეთ გააცნობიერებს შეუსაბამობას.

დაძლიეთ წინააღმდეგობა. არასოდეს იდავოთ კლიენტთან, რადგან ის ამ დროს ზენოლას განიცდის და საკუთარი მოქმედებების დაცვის პოზიციაში გადადის. ასევე, ნუ მოახვევთ კლიენტს თავს სხვადასხვა თვალთახედვას. პირიქით, დაეხმარეთ მას, როგორც უპირველესი რესურსი, თავად ჩაერთოს საკუთარი პრობლემების გადაჭრაში.

ხელი შეუწყვეთ თვით-ეფექტურობას. თერაპევტის ნდობა კლიენტის ცვლილების უნარისადმი, შეიძლება დაეხმაროს მას თავდაჭერებულობის ჩამოყალიბებაში. გამოიყენეთ კოგნიტური ინსტრუმენტები, რათა კლიენტს საკუთარ შესაძლებლობებში რწმენა განუმტკიცოთ. თვით-ეფექტურობის



გასაძლიერებლად გამოიყენეთ ადრეულ ეტაპზე მიღწეული წარმატებები.

მოტივაციური ინტერვიუს ჩატარება ჩვეულებრივ გულისხმობს ცვლილებაზე საუბარის გამოყენებას კლიენტის დახმარებისა და თვით-ეფექტურობის გასაძლიერებლად. ცვლილებაზე საუბარი მოიცავს საუბარს სტატუს ქვოს ნაკლოვან მხარეებზე, ცვლილების უპირატესობებზე, ცვლილების მიზნის ნახალისებას და თერაპევტის მხრიდან ოპტიმიზმს იმასთან დაკავშირებით, რომ კლიენტს გააჩნია ცვლილების უნარი. ამ უკანასკნელთან მიმართებაში, მნიშვნელოვანია თერაპიის ადრეულ ეტაპზე მიღწეული მცირე ცვლილების ან ცვლილების მისაღებად თერაპიაზე მოსვლის სურვილის განმტკიცება და წარსულში, კლიენტის მიერ მიღწეული ცვლილებების შესწავლა. წარსულში მიღწეულ წარმატებებზე საუბარი შეიძლება ფოკუსირებული იყოს იმაზე, თუ როგორ მოხდა ეს ცვლილებები და ხაზი გაესვას იმ მტკიცებულებებს, რომელიც აუმჯობესებს კლიენტის მიერ ცვლილების მიღწევის უნარს.

## **ურთიერთობების ფაქტორები კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში**

თერაპიული ურთიერთობები, როგორც ფსიქოთერაპიის უმთავრესი კომპონენტი, მრავალი წლის მანძილზე სიღრმისეულად იქნა განხილული და შესწავლილი. ამ საკითხზე ბევრი რამ დაწერილა კიდევ. ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის სამუშაო ჯგუფის მიერ შესწავლილი იქნა ამ სფეროში არსებული ლიტერატურა (Norcross, 2002). საკმაოდ აქტიურად განიხილებოდა საკითხი თერაპიული ურთიერთობების შეფარდებითი მნიშვნელობის შესახებ. თერაპიული ურთიერთობების მნიშვნელობის ზოგიერთი მხარდამჭერის აზრით, სწორედ ის განაპირობებს ცვლილების უმეტეს ნაწილს, თუმცა სხვებს მიაჩნიათ, რომ თერაპევტსა და კლიენტს შორის არსებული პოზიტიური სამუშაო ალიანსი, ცვლილებისთვის „აუცილებელია, მაგრამ არასაკმარისი“ (Beck და სხვ., 1979).

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის არსებობის მანძილზე, ხაზგასმით გამოიკვეთა თერაპევტის თვისებები და ურთიერთობის ფორმები, რომლებიც გავლენას ახდენს სამუშაო ალიანსის ჩამოყალიბებაზე. ეს ფაქტორები, ისევე როგორც ფსიქოთერაპიის სხვა ფორმების შემთხვევაში, აერთიანებს სიტბოს, ემპათიას, უპირობო პოზიტიურ დამოკიდებულებას და კლიენტისადმი პატივისცემას (cf. Castonguay & Beutler, 2006). ეფექტური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისთვის აუცილებელია კარგი თერაპიული ურთიერთობები. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კომპეტენციის ყველაზე ხშირად გამოყენებული კრიტერიუმის, კოგნიტურ-ბიჰევიორული შკალის რამდენიმე პუნქტი (იხ. დანართი #1), უფრო მეტად აფასებს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებულ „ზოგად ფაქტორებს“ ვიდრე „სპეციფიკურ ფაქტორებს“. კლიენტის შინაგანი მდგომარეობის გაგება, მისი კეთილდღეობისადმი სიტბოსა და ინტერესის გამოხატვა,



თანამშრომლობაზე დაფუძნებული სამუშაო ალიანსის ჩამოყალიბება ის საკითხებია, რომელიც კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტს მოეთხოვება. სამუშაო ალიანსი განიმარტება როგორც თერაპევტ -კლიენტს შორის შეთანხმება თერაპიულ მიზნებსა და ამოცანებზე, რომელთა საშუალებითაც უნდა იქნას მიღწეული ეს მიზნები და კლიენტსა და თერაპევტს შორის კავშირის ჩამოყალიბება (Borden, 1979).

აღნიშნულ სფეროში არსებული კვლევის მოკლე მიმოხილვა შეგიძლიათ იხილოთ წარმოდგენილი წიგნის მე-11 თავში. ჩვენ კი მივუბრუნდებით იმას, თუ როგორ შეიძლება ამ პრინციპების გამოყენება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში. ვფიქრობთ, თქვენ გისწავლიათ, გაგივლიათ სუპერვიზია და პრაქტიკა თქვენს კლიენტებთან თერაპიული ურთიერთობების ჩამოყალიბების საკითხებზე. ამდენად, წიგნის ამ თავში ჩვენ არ მიმოვიხილავთ ურთიერთობების ჩამოყალიბების ზოგად ფაქტორებს, თუმცა ვისაუბრებთ იმაზე, როგორ შეიძლება მათი გამოყენება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მკურნალობაში.

## თერაპევტის როლი

კლიენტებს მიაჩნიათ, რომ მათი თერაპევტები ექსპერტები არიან მკურნალობის სფეროში და ახასიათებთ გარკვეული პროფესიონალური ქცევის მანერა, რაც გულისხმობს სწორი პროფესიონალური ზღვარის დაცვას და საუკეთესო ინტერპერსონალური უნარ-ჩვევების ქონას. კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპევტებმა უნდა შეძლონ საკუთარ როლში დააბალანსონ ინტერპერსონალური უნარები და ამავე დროს მგრძნობიარე დარჩნენ კლიენტების საჭიროებებისადმი.

### „ექსპერტიზა“ - „თანასწორობის“ საპირისპიროდ

თქვენ ექსპერტები ხართ გარკვეულ საკითხებში, მათ შორისაა კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობა, ნორმალური და ანომალური ფსიქოლოგიური ფუნქციონირება, სპეციფიკური დარღვევები და პრობლემები. მკურნალობის დაწყებისას სათანადოდ შეაფასეთ თქვენი ცოდნა, აღწერეთ თქვენი კომპეტენციისა და გამოცდილების სფეროები. თუ კლიენტი კითხვას გისვამთ მკურნალობასთან დაკავშირებით, გაეცით მაქსიმალურად სრული პასუხი. თუ თქვენ არ გაქვთ კითხვაზე პასუხი, რომელიც ეხება კლიენტის მკურნალობას ან დარღვევას, სრულებით მისაღებია, უთხრათ მას ამის შესახებ. თუკი შესაძლებელია, მოიძიეთ საჭირო ინფორმაცია და შემდეგ სესიაზე გააცანით კლიენტს. ამავე დროს, გარკვეულ სფეროში ცოდნა არ ნიშნავს, რომ თქვენ ექსპერტი ხართ კლიენტთან მიმართებაში. ის თავად არის საკუთარი ისტორიის, ფსიქოლოგიური ფუნქციონირებისა და კონკრეტული პრობლემების ექსპერტი. მას ასევე შეიძლება ჰქონდეს ცოდნა ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, რომელიც არ არის დაკავშირებული მკურნალობასთან და თუკი თქვენ ამას აღიარებთ, შეიძლება ჩამოყალიბდეს

სხვადასხვა სფეროში ცოდნის მქონე ორი ექსპერტის ურთიერთობა, რომელიც პრობლემების გადაჭრაზე მიმართული.

კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპევტსა და კლიენტს შორის ურთიერთობა არასდროს არ არის აბსოლუტურად თანასწორი, რადგან კლიენტი მაქსიმალურ ინფორმაციას ფლობს საკუთარი პრობლემის შესახებ, ხოლო თერაპევტი არის ექსპერტი და პროფესიონალი. უნდა გააცნობიეროთ, რომ ბევრი კლიენტის აზრით, თქვენ ხართ ძლევამოსილი და რა თქმა უნდა, თქვენი როლი გაცილებით მნიშვნელოვანია ვიდრე მათი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ისინი დისტრესში იმყოფებიან და დაუცველი არიან. თქვენი ასეთი როლი ხშირად ვლინდება სხვადასხვა ფორმით, დანყებული კლიენტის მიერ თქვენდამი გამოყენებული მომართვით (მაგალითად, „ბატონო ექიმო“ ნაცვლად თქვენი სახელისა), სესიების ჩატარების ადგილით (მაგალითად, ოფიციალური ოფისი სათემო ადგილების ნაცვლად) და დამთავრებული თქვენს სამუშაოსთან დაკავშირებული ანაზღაურების შესახებ მოლაპარაკებით.

როგორც ექსპერტი, თქვენ განმანათლებლის როლსაც ასრულებთ. კლიენტისათვის ინფორმაციის მინოდებისას, მნიშვნელოვანია კარგი მასწავლებლის თვისებები. აღნიშნული გულისხმობს მკაფიოდ საუბარს და იმის ხშირად შეფასებას, თუ რამდენად კარგად გაიგო კლიენტმა მასთან განხილული მასალა ან სავარჯიშოები. მიუსადაგეთ თქვენი ნათქვამი მათ ლექსიკას - ნუ ისაუბრებთ კლიენტთან ზედმეტად გამარტივებული და ნურც მათთვის გაუგებარი ენით. ზოგიერთ კლიენტს მიაჩნია, რომ სამეცნიერო სტატიების ენით საუბარი მათდამი პატივისცემის ნიშანია, ხოლო ზოგი ასეთი ინფორმაციის მიღებით იღლება. ინფორმაციის მინოდების ან რაიმე ცნების სწავლების დროს, მგრძობიარე იყავით თქვენი კლიენტების გააზრების, განათლების, საჭიროებებისა და ინტერესების მიმართ.

### **„დაძლევა“- „პროფესიული დახელოვნების“ საპირისპიროდ**

როგორც თერაპევტი, თქვენ ხშირად მოდელის როლს ასრულებთ თქვენი კლიენტებისათვის, როგორც აშკარად, ასევე ფარულად. მაგალითად, სესიებზე, ზოგადად მიღებულია როლური თამაშებისა და სხვა მოდელირებაზე მიმართული სავარჯიშოების გამოყენება. კომუნიკაციის ან სხვა უნარ-ჩვევებზე ვარჯიშისას, თქვენ არ მოგეთხოვებათ იყოთ ექსპერტი ყველა სფეროში. სინამდვილეში, თქვენი კლიენტის თვალში „სრულყოფილი ადამიანის“ როლში გამოჩენა, მუშაობაში ხელშემშლელი შეიძლება აღმოჩნდეს. შესაძლოა, თქვენს კლიენტს შეეშინდეს ცვლილებაზე მიმართული საკუთარი ძალისხმევის გამოჩენა მაღალკვალიფიციური და განათლებული ადამიანის გვერდით. აღნიშნულის გამო, ხშირად კლიენტები გაცილებით მეტს სწავლობენ „დაძლევის“ მოდელიდან, ვიდრე „პროფესიული დახელოვნების“ მოდელიდან. შესაძლოა კლიენტებმა მეტი თავდაჯერება იგრძნონ, თუკი დაინახავენ, რომ მათი თერაპევტებიც უშვებენ შეცდომებს, აღიარებენ მათ და მუშაობენ საკუთარი ქცევის გაუმჯობესებაზე.

ზოგჯერ, პრაქტიკული სავარჯიშოების დროს, შეიძლება სასარგებლო იყოს შეცდომის გააზრებულად დაშვება, ისე რომ კლიენტს მიეცეს საკუთარი შეთავაზების გაკეთების საშუალება. თუკი კლიენტი უკუკავშირს გაძლევთ თქვენ მიერ ჩატარებულ სესიაზე, ეს იმის ნიშანია, რომ ის ამ დროს თავს კომფორტულად გრძნობს, ხოლო თქვენთვის მნიშვნელოვანია არ ჩადგეთ „თავდაცვით“ პოზიციაში. შეცდომებზე სწავლის, ცვლილების მცდელობა და ალტერნატიული შეხედულებების გათვალისწინების უნარი მნიშვნელოვანი თვისებებია, რომლის მოდელირებაც შეგიძლიათ თქვენი კლიენტისათვის. ანალოგიურად, როდესაც თქვენ აწვდით კლიენტს უკუკავშირს ან რაიმეს სთავაზობთ მას, გამოხატეთ ეს როგორც „უბრალოდ მოსაზრება“ და არა როგორც ზუსტი პასუხი. ასევე, წაახალისეთ თქვენი კლიენტები, გაიგონ იმ ადამიანების აზრიც, ვისაც ისინი ენდობიან და პატივს სცემენ.

### **„თვით-გახსნის“ გამოყენება**

თვით-გახსნა შეიძლება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტური ინსტრუმენტი აღმოჩნდეს. ის მოიცავს კომუნიკაციის სხვადასხვა სახეობებს და შეიძლება უხეშად დაიყოს შინაარსის და პროცესის გახსნაზე. შინაარსის გახსნა გულისხმობს თქვენს პასუხებს კლიენტის კითხვებზე (მაგალითად, „რამდენი წლის ხართ? გყავთ შვილები?“). თვით-გახსნასთან მიმართებაში სასარგებლო რეკომენდაციაა, არ უპასუხოთ თქვენთვის არაკომფორტულ კითხვებს, უბრალოდ აღნიშნეთ ეს ფაქტი („ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა ჩემთვის არაკომფორტულია“). ასევე გირჩევთ, ამგვარი პასუხის შემდეგ კლიენტს არ უთხრათ, რომ ამ კითხვის დასმა არ იყო სწორი ან არ შეუბრუნოთ კითხვა („რატომ მეკითხები“?). გაითვალისწინეთ, რა იყო კლიენტის მიზანი. შესაძლოა, ამით მას სურდა თქვენთან მიმართებაში ნდობისა და გამოცდილების ჩამოყალიბება, ან უბრალოდ სურდა საუბრის წარმართვა და ზრდილობის გამოჩენა. თქვენს პასუხისმგებლობას წარმოადგენს უპასუხოთ ისეთ კითხვებს, რომელიც თქვენს მომზადებას, ზოგად განათლებასა და გამოცდილებას ეხება. ბუნებრივია, კლიენტებს აინტერესებთ საკუთარი თერაპევტები და გარკვეული ინფორმაციის გაცვლა მათ დაეხმარება თქვენს ჩვეულებრივ ადამიანებად აღქმაში. შეიძლება კლიენტებმა დაათვალიერონ თქვენს კაბინეტში გამოფენილი ოჯახური სურათები, წიგნის თაროებზე არსებული წიგნები, ჩამოიყალიბონ აზრი თქვენს ტანსაცმელსა და თმის ვარცხნილობაზე.

შესაძლოა, დროდადრო კლიენტებს ესაუბროთ თქვენს ცხოვრებაში მომხდარ პრობლემებსა და იმაზე, თუ როგორ გადაჭერთ ისინი. თვით-გახსნის ამგვარ ფორმასთან დაკავშირებით, გირჩევთ კლიენტს ესაუბროთ იმაზე, რაც ემსახურება მის მკურნალობას და უპირველეს ყოვლისა, მის საჭიროებებზე ფოკუსირებული. თუკი საუბრობთ პირად პრობლემაზე, ეს უნდა იყოს რაიმე ისეთი, რაც თქვენ თავად უკვე გადაჭერთ და არა ის, რაც კლიენტს დააფიქრებს თქვენზე და თქვენს კეთილდღეობაზე. კარგად გაიაზრეთ თვით-გახსნის მიზანი. დაეხმარება ის კლიენტს პრობლემების „ნორმალიზებაში“? დაეხმარება ეს კლიენტს იმის დანახვაში, რომ თქვენ

ხართ ადამიანი, რომელსაც შეუძლია გაუმკლავდეს პრობლემებს და ამისათვის კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ სტრატეგიებს მიმართოს? არის თუ არა თქვენ მიერ შეთავაზებული სტრატეგიები იმის მსგავსი, რომელიც თქვენ გამოიყენეთ საკუთარი პრობლემების გადასაჭრელად? მაგალითად, ერთ-ერთი ჩვენგანი (D. D.) ზოგჯერ აღნიშნავს, რომ გარკვეული სირთულეები ჰქონდა საჯარო მოხსენებების გაკეთებისას, მაგრამ დაძლია ეს მასწავლებლის როლში ყოფნის მრავალჯერადი გამოცდების (ექსპერიმენტის) გზით.

პროცესზე ორიენტირებული თვით-გახსნა, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიაში გულისხმობს ავტომატური აზრების ან ემოციური რეაქციების გაზიარებას, განსაკუთრებით იმ კლიენტებთან, რომელთაც შესაძლოა ინტერპერსონალური პრობლემები ჰქონდეთ. ასეთი სახის თვით-გახსნა შეიძლება ფასდაუდებელი იყოს თქვენი კლიენტებისათვის, რამდენადაც ადამიანების უმეტესობა ცხოვრებაში იშვიათად იღებს ადამიანებისაგან გულწრფელ უკუკავშირს. მაგალითად, კლიენტი, რომელიც გაბრაზებული და აგრესიული ჩანს, შეიძლება განიცდიდეს ყოველგვარი დასაბუთების გარეშე უარყოფას სხვა ადამიანების მხრიდან. ასეთ შემთხვევაში, ძალიან სასარგებლო იქნება სესიაზე თქვენი მხრიდან უკუკავშირის, მათ შორის თქვენი რეაქციის, მიწოდება. ანალოგიურად, კლიენტისათვის შესაძლოა სასარგებლო ინფორმაცია აღმოჩნდეს იმის გამჟღავნება, რომ თქვენ დაღონდით ან შეწუხდით მის გამო. თქვენი საკუთარი ავტომატური აზრების გაზიარებას შეიძლება შედეგად მოყვას კლიენტის გაუმჯობესებული ინტერპერსონალური გაგება. ასევე ხდება იმ უნარ-ჩვევის მოდელირება, რომელიც გსურთ, რომ თქვენმა კლიენტმა მკურნალობის გარდა გამოიყენოს ცხოვრებაში. იმ შემთხვევაში, თუკი კლიენტს უზიარებთ თქვენს რეაქციას, ჩამოაყალიბებთ ის როგორც ერთ-ერთი შესაძლო და არა მხოლოდ ერთადერთი რეაქცია, რომელიც კლიენტმა შეიძლება მიიღოს. დარწმუნდით, რომ პასუხისმგებლობას იღებთ მხოლოდ თქვენს საკუთარ რეაქციებზე; თქვენ არ შეგიძლიათ ილაპარაკოთ სხვა ადამიანების სახელით იმასთან დაკავშირებით, როგორი შეიძლება იყოს მათი რეაქცია თქვენს კლიენტთან მიმართებაში.

### **მეტაკოგნიციის გამოყენება**

იმისათვის, რომ თვით-გახსნა გამოიყენოთ თერაპიულ ურთიერთობებთან მიმართებაში, ის უნდა გააცნობიეროთ მეტაკოგნიტიურ დონეზე და ეს ინფორმაცია გამოიყენოთ სესიის განმავლობაში. აღნიშნული პროცესი ნიშნავს, რომ თქვენ უნდა გააცნობიეროთ არა მხოლოდ კლიენტის მყისიერი საჭიროებები იმასთან დაკავშირებით რასაც ის ამბობს, არა მხოლოდ მისი ემოციური რეაქციები სიტუაციაზე და სესიაზე გამოყენებული სტრატეგიები, არამედ თქვენი საკუთარი ემოციებიც. აღნიშნული გულისხმობს კლიენტის რეაქციების ისეთი ნიუანსების ცოდნას, როგორცაა არა მხოლოდ ის, რასაც კლიენტი ამბობს, არამედ ისიც, რასაც იგი არ ამბობს. ამის შემდეგ, თქვენი დაკვირვების შედეგები, ჰიპოთეზის სახით, უნდა გააცნოთ კლიენტს, რათა

იგი დათანხმდეს, ან არ დათანხმდეს ან უბრალოდ გაიაზროს თქვენი შენიშვნები. აღნიშნული საჭიროებს ისეთი უნარების ფლობას, როგორცაა მოდუნება, მოსმენა და დაკვირვება როგორც კლიენტზე, ასევე საკუთარ თავზე (მაგალითად, „მოსმენა მესამე ყურით; „ყურება მესამე თვალით“<sup>2</sup>). ამ უნარების გამომუშავებისათვის საჭიროა დრო და პრაქტიკა, რადგან საჭირო კუთხიდან სიტუაციის შეფასება შეიძლება თერაპევტის მხრიდან შეფოთვამ, იმედგაცრუებამ ან მხოლოდ ხელთ არსებულ პრობლემურ საკითხებზე ყურადღების გამახვილებამ დაასუსტოს.

### **ემოციების გამოხატვის გამოყენება**

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ გავრცელებული ერთ-ერთი მითის მიხედვით, ის არის მკურნალობის მშრალი, ტექნიკური და ემოციებისგან თავისუფალი ფორმა; რომ კლიენტები, პრაქტიკულად გამონაკლისის გარეშე, იმყოფებიან დისტრესში და მკურნალობის დასაწყისში ნეგატიურ ემოციებს გამოხატავენ. მიუხედავად იმისა, რომ ემოციების გამოხატვა „მხოლოდ გამოხატვისათვის“ არ არის ნასახალისებელი ინტერვენცია, მკურნალობის პერიოდში კლიენტები ბევრ ემოციას გამოხატავენ. ბევრი სხვადასხვა ინტერვენცია იწვევს ხოლმე აფექტს (მაგალითად, ექსპოზიცია), რაც მათი ეფექტურობისთვისაა საჭირო. თერაპევტებს ასევე შეუძლიათ საკუთარი ემოციები გამოხატონ, მათ შორის კლიენტის მდგომარეობით გამოწვეული ნუხილი, არასაკმარისი პროგრესით ან არასაკმარისი მცდელობით გამოწვეული იმედგაცრუება და მკურნალობის წარმატებით დასრულებისას განცდილი სიამოვნება. ზოგჯერ შეიძლება სასარგებლო იყოს იუმორის გამოვლენა, ნაწილობრივ დაძაბულობის შესამსუბუქებლად და ნაწილობრივ იმიტომ, რომ არასერიოზულმა მიდგომამ შეიძლება კლიენტს განსხვავებული ხედვა დაანახოს. დროდადრო, თქვენ მიერ კლიენტისთვის შეთავაზებულ აქტივობებს შეიძლება მათთვის გულწრფელად იუმორისტული ხასიათი ჰქონდეს (მაგალითად, ჭუჭყიანი საგნების შეხება ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის დროს; კლიენტებისთვის ხუმრობის თქმის სწავლება სოციალური შფოთვისითი აშლილობის დროს). ანალოგიურად, თუკი თქვენზე გულწრფელად იმოქმედა კლიენტის ისტორიამ, სასარგებლო იქნება უთხრათ მას ამის შესახებ. შესაძლოა, ზოგიერთი კლიენტის ამბავმა ცრემლებამდე მიგიყვანოთ, განსაკუთრებით თუკი ეს ეხება ძალადობით მიღებულ ტრავმას. მიუხედავად იმისა, რომ თქვენი კლიენტებისათვის ნამდვილად არ იქნება სასარგებლო, თუკი თერაპიის დროს დაინწყებთ ცრემლის ღვრას, თქვენ თვალეებზე დანახული ერთი-ორი ცრემლი მათთვის იქნება ნიშანი, რომ მათი უკეთ გესმით.

### **გამბედაობის წახალისება**

როგორც თერაპევტებს, ჩვენ შეიძლება მხედველობიდან გამოგვრჩეს კლიენტების წინაშე დასახული დავალებების სირთულე. შესაძლოა,

<sup>2</sup> ბოდიში თეოდორ რეიკთან (1948)



კლიენტებმა ცხოვრების უმეტესი ნაწილი სიტუაციების, პრობლემების ან გარკვეული ემოციებისათვის თავის არიდებაში გაატარეს. მკურნალობისას, ჩვენ მათ ვთხოვთ არა მხოლოდ საკუთარი პრობლემების უკეთ გაცნობიერებას, არამედ მათ პირისპირ დადგომას. კლიენტებისათვის ბუნებრივია მერყეობა, თავის არიდება და საქმის გადადება. ძალიან მნიშვნელოვანია წავახალისოთ ისინი, რათა ცვლილებებისადმი მათი სწრაფვა გაბედული იყოს. მათი მცდელობის გარეშე, არანაირ ცვლილებას არ ექნება ადგილი. როგორც თერაპევტებს, თქვენც შეგიძლიათ წახალისების, დახმარებისა და თქვენ მიერ შემჩნეული თუნდაც მცირე ცვლილების განმტკიცების გზით, ხელი შეუწყოთ ცვლილებას. შეახსენეთ თქვენს კლიენტებს, რომ მათი ძალისხმევა დაფასებული იქნება და ყოველთვის მიუთითეთ იმ მომენტებზე, სადაც მათ ეს უკვე შეძლეს.

გარდა თერაპევტის როლისა, თერაპიულ თანამშრომლობაზე გავლენას ახდენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის დროს აღმოცენებული მრავალი სხვა საკითხი; კერძოდ, სტრუქტურის გამოყენება, ცვლილებისადმი იმედისა და პოზიტიური მოლოდინის ჩამოყალიბება, ერთობლივი ემპირიული დასკვნები.

## ბალანსი სტრუქტურასა და მოქნილობას შორის

ერთ-ერთი ძირითადი განსხვავება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მკურნალობასა და სხვა ფსიქოთერაპიებს შორის არის სტრუქტურირებული სესიებს გამოყენება. შემდეგ თავში ჩვენ განვიხილავთ სესიების ტიპურ სტრუქტურას. მიუხედავად იმისა, რომ სტრუქტურას თავისი გარკვეული აზრი აქვს, თერაპევტებისათვის შეიძლება ძალიან რთული იყოს მასზე ფოკუსირება უშუალოდ სესიების დროს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დისტრესში მყოფ, აქტიურად და ექსპანსიურად მოსაუბრე კლიენტთან აქვთ საქმე. შეიძლება თქვენ მოგეჩვენოთ, რომ უხეში ხართ და საუბარს აწყვეტინებთ თქვენს კლიენტს, განსაკუთრებით როდესაც ის გაღიზიანებულია. რა თქმა უნდა, ხშირად აუცილებელიც კი არის კლიენტს შეაწყვეტინოთ საუბარი, სხვა საკითხზე აქცენტის მსუბუქად გადატანის გზით. ზოგიერთ კლიენტთან შესაძლოა უკეთესი იყოს ყურადღების არა შეფარვით, არამედ აშკარად გადატანა, მაგალითად, ისეთი ფრაზების გამოყენებით, როგორიცაა: „ჩვენ ათი წუთი დაგვრჩა“ ან „იმისათვის, რომ ჩვენი დღის გეგმა ამოვწუროთ, უნდა გადავიდეთ სხვა საკითხზე“. ერთ-ერთ ჩვენგანს (D.D.) ჰყავდა კლიენტი, რომელიც ნეგატიურად იყო განწყობილი სესიის დამამთავრებელი ეტაპის მიმართ და ამბობდა, რომ ჰქონდა გრძნობა, რომ მას აჩქარებენ. აღნიშნულ წუხილთან დაკავშირებით შესაძლო ვარიანტების რამდენჯერმე განხილვის შემდეგ, ჩვენ შევთანხმდით „10 წუთიან გაფრთხილებაზე“, რათა კლიენტს ჰქონოდა იმის აღქმა, რომ სესია დასასრულს უახლოვდება. ბევრი კლიენტი თავისუფლად საუბრობს, თუკი თავს კომფორტულად გრძნობს; თუმცა, ისინი იშვიათად რეაგირებენ ნეგატიურად სხვა თემაზე გადართვისას. რა თქმა უნდა, დღის წესრიგის შემუშავებით, სესიის მსვლელობისას ინტერვალებში და ბოლოს შეჯამებით, ხდება თქვენი

და კლიენტის მიერ ერთად გატარებული დროის სტრუქტურირება. პრაქტიკული რჩევა აქ შეიძლება იყოს საათის ისეთ ადგილზე მოთავსება, რომ ხედავდეთ თქვენც და კლიენტიც. ჩვეულებრივ, სესიის სტრუქტურა უფრო განმამტკიცებელია კლიენტებისათვის, ვიდრე პრობლემატური.

ამავე დროს, მნიშვნელოვანია იყო მოქნილი და შეგედლოს კლიენტის საჭიროებებზე რეაგირება, რათა მათ მიეცეთ შესაძლებლობა, საკუთარი წვლილი შეიტანონ სესიებში, მოგანოდონ უკუკავშირი და შემოგთავაზონ საკუთარი მოსაზრებები. შესაძლოა დადგეს მომენტი, როდესაც მნიშვნელოვანი იქნება არ გაჰყვეთ ტიპურ სტრუქტურას. ეს შეიძლება მოხდეს მაშინ, როდესაც კლიენტი კრიზისულ მდგომარეობაშია ან თერაპიულ ალიანსში არსებობს პრობლემები. სტრუქტურირებულ სესიაზე კლიენტებს ნეგატიური რეაქცია შეიძლება ჰქონდეს მაშინ, თუკი ისინი გრძნობენ, რომ თქვენ ყურადღებას არ აქცევთ მათ ინტერესებსა და საჭიროებებს. ყურადღებით მოევიდეთ კლიენტისათვის გაცემულ პასუხებს. დროდადრო, როცა თერაპია არც თუ კარგად მიდის ან კლიენტი ზედმეტად დამოკიდებულია თქვენზე, შეიძლება გაგიჩნდეთ ნაკლები სტრუქტურის ნაცვლად მეთი სტრუქტურის გამოყენების ცდუნება, განსაკუთრებით მაშინ, თუკი თქვენ იწყებთ ნუხილს შედეგებზე. თავი შეიკავეთ და ამის ნაცვლად განიხილეთ კლიენტის რეაქციები მკურნალობაზე. მოქნილობა ასევე მოითხოვს სიტუაციის „შემობრუნებას“ და ისეთი რამის კეთებას, რასაც თქვენ არ მოელოდით. თუკი კლიენტი მოულოდნელად გთხოვთ სესიაზე პარტნიორის მოყვანას დახმარების გასაწევად ან ბავშვის მოყვანას, რადგან ის ვერავის დაუტოვა, აუცილებლად გაითვალისწინეთ ეს თხოვნა. ერთ-ერთ ჩვენგანს (D. D.) ერთხელ ჰყავდა კლიენტი, რომელმაც ერთხელ ჭეჭა-ჭუხილის დროს სესიაზე თავისი კატა მოიყვანა, რამაც სულ სხვა სახის სესიის ჩატარება გამოიწვია.

## **იმედის მიცემა და ცვლილებისადმი პოზიტიური მოლოდინების შექმნა**

ბევრ კლიენტს ეჭვი ეპარება საკუთარ შესაძლებლობაში მიაღწიოს ცვლილებას და დროდადრო უიმედობას განიცდის საკუთარი თავთან და მომავალთან მიმართებაში. მიუხედავად ამისა, კლიენტებს, რომლებიც მკურნალობას იწყებენ, ცვლილების მცირე იმედი მაინც აქვთ; სხვა შემთხვევაში, ისინი თერაპიას საერთოდ არ მიმართავდნენ. ამის შესწავლა სასარგებლო იქნება იმ კლიენტებისათვის, რომლებიც ამბობენ, რომ საერთოდ არ აქვთ იმედი. მკურნალობის ადრეულ სტადიებზე, შეიძლება უმნიშვნელოვანესი იყოს კლიენტის თუნდაც მცირე იმედის საფუძველზე მუშაობა, ყალბი და არარეალისტური იმედის მიცემის გარეშე. იმედის გაჩენას შეიძლება ხელი შეუწყოს კლიენტისათვის ისეთი ფრაზების თქმამაც, როგორცაა „მე თქვენთან დაკავშირებით მაქვს იმედი, რადგან ..... მსგავსი პრობლემების მქონე ბევრმა ადამიანმა მკურნალობით მიაღწია გაუმჯობესებას“ ან „უიმედობის გრძნობა უფრო მეტად დეპრესიის ნიშანია, ვიდრე იმის, რომ თქვენ არ შეგიძლიათ რაიმეს შეცვლა“. შემდგომ ნაბიჯად

სასარგებლო იქნება კლიენტის იმ ავტომატური აზრების განხილვა, თუ რატომ მიმართა მან მკურნალობას. კოგნიტური რესტრუქტურისაციისთვის ამ აზრების გამოყენებამ შეიძლება კლიენტში მომავლისადმი ნეგატიური დამოკიდებულება შეამციროს. როგორც კი კლიენტი მეტ იმედს იგრძნობს, შესაძლებელი გახდება ცვლილებებისადმი პოზიტიური მოლოდინების ფორმირების ხელშეწყობა.

იმედის გაჩენას ასევე ხელს უწყობს სხვა კოგნიტურ-ბიპვეიორული სტრატეგიები და პოზიტიურ მოლოდინების საფუძველზე მუშაობა. აღნიშნული გულისხმობს ცვლილებებისაკენ მცირე ნაბიჯებით სიარულს, კლიენტებისთვის უკუკავშირის მინოდებას და კლიენტის ცხოვრების იმ პერიოდის გადახედვას, როდესაც ჩანდა, რომ მას შეეძლო ცვლილებების მიღწევა ან საკუთარი პროგრესის ყურადღებით მონიტორინგი. როდესაც კლიენტები გულგატეხილობას გამოხატავენ ცვლილების ნაკლებობის გამო, თქვენ უკან უნდა დაუბრუნდეთ მათი პროგრესის ჩანაწერებს და ხმამაღლა წაუკითხოთ ადრეული ეტაპის კომენტარები ან განიხილოთ შეფასების დროს არსებული პირველადი სიმპტომები ან პრობლემები. მიმდინარე სტატუსის შედარება ადრეული ეტაპის პრობლემებთან, კლიენტს კიდევ ერთხელ დაარწმუნებს, რომ ცვლილებებს აღწევს. ცხადია, ეს სტრატეგია მუშაობს მაშინ, თუკი თქვენ გჯერათ, რომ ცვლილებები ნამდვილად სახეგა.

### **თანამშრომლობითი ემპირიზმის ხელშეწყობა**

თანამშრომლობითი ემპირიზმი (A. T. Beck და სხვ., 1979) ნიშნავს, რომ თქვენი კლიენტი და თქვენ ერთად მუშაობთ მისი პრობლემების გადაჭრაზე და დისტრესის შემსუბუქებაზე. ასეთ გუნდურ მუშაობას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც თქვენ ახდენთ შეფასების შედეგების განხილვას, კლინიკური შემთხვევის კონცეპტუალიზაციას და მკურნალობის დაგეგმვას. ამ მიდგომის ხელშეწყობისათვის სასარგებლო იქნება აქტიურად დაინტერესდეთ და კლიენტს დაუსვათ კითხვები მისი გამოცდილებისა და მსოფლმხედველობის შესახებ. ასეთი ცნობისმოყვარეობა არის კლიენტის, როგორც პიროვნებისადმი, თქვენი ინტერესის გამომხატველი და ჩვეულებრივ, მას ეხმარება იგრძნოს თქვენთან კავშირი. ემპირიზმის პოზიცია მოიცავს ჰიპოთეზის ჩამოყალიბებას, კითხვების დასმას და ექსპერიმენტში ჩართვას, სადაც ყველაფერი კლიენტისათვის დახმარების განწევას ემსახურება. ასეთი პოზიცია ორივე თქვენგანს გაიძულებთ იყოთ ობიექტური და მიიღოთ ის ხედვა, რომელსაც ჩვეულებრივ კლიენტი არ მიიღებდა. ჩვეულებრივ, ადამიანების უმეტესობა „გვერდიდან არ უყურებს“ და არ განიხილავს საკუთარ აზრებს, გრძნობებსა და რეაქციებს ადამიანებსა და სიტუაციებზე. ასეთი პოზიცია უფრო მეტად „პროაქტიულია“ ვიდრე „რეაქტიული“ და ხელს უწყობს საკუთარ პრობლემასთან მიმართებაში პერსპექტივის დანახვას, რაც თავისთავად სასარგებლოა. ის ჰგავს ჩვენ მიერ გემოლანერილ თერაპევტის მეტაკოგნიტურ პოზიციას.

თანამშრომლობითი ემპირიზმი ასევე გულისხმობს გამჭვირვალობას თერაპიასთან და თერაპიულ პროცესთან მიმართებაში. ჩვეულებრივ, ყველა ინტერვენციაში ჩადებულია რაციონალური დასაბუთება, რაც შეიძლება მოიცავდეს მოსალოდნელ შედეგებს ან შესაძლო პრობლემებს. სტრატეგიების მიზანი მკურნალობის ყველა ეტაპზე განიხილება. კლიენტები აქტიურად არიან ჩართული ინტერვენციების დაგეგმვაში და ასრულებენ სესიის გარეთ განსახორციელებელ მთელ სამუშაოს. ისინი მონაწილეობენ როგორც “მკვლევარები”, აგროვებენ მონაცემებს ქცევით ექსპერიმენტებზე ჩანაწერების გაკეთებით ან ინტერპერსონალური პრაქტიკული დავალებების საშუალებით. შედეგების „გაანალიზება“ ხდება შემდეგ სესიაზე, როდესაც კლიენტი მოდის შედეგებზე სასაუბროდ და შემდგომი სტრატეგიის დასაგეგმად. კლიენტისათვის საბოლოო მიზანს წარმოადგენს, ისწავლოს ამ პროცესში დამოუკიდებლად ჩართვა, თუმცა მკურნალობის მთელი პერიოდის მანძილზე თერაპევტი მას აქტიურად ასწავლის, ეხმარება და ხელმძღვანელობს.

### **ურთიერთობების გამოყენება ცვლილების მიღწევის საშუალებად**

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ადრეული პერიოდის სესიები საკმაოდ სტრუქტურირებულია და შესაძლოა თერაპევტის მხრიდან ადგილი ჰქონდეს მეტ დიდაქტიკას და „ფორმალური“ მეთოდების გამოყენებას იმასთან შედარებით, რაც მკურნალობის შედარებით გვიან ეტაპებზე გამოიყენება. ჩვეულებრივ მკურნალობის მსვლელობასთან ერთად კლიენტი თავს უფრო კომფორტულად გრძნობს როგორც თერაპევტთან, ასევე მკურნალობასთან მიმართებაში. იგი კარგად იცნობს პროცესს და აქტიურად მონაწილეობს დღის წესრიგის ჩამოყალიბებაში. მისი მხრიდან კომფორტისა და ნდობის გამოხატველია, როცა ის თავად წამოჭრის პრობლემებს, გამოხატავს აზრებს, არ ეთანხმება თერაპევტს. იმ შემთხვევაში, თუკი თერაპევტის რეაგირებას ავტორიტარული ან პირიქით თავდაცვითი სახე ეწენება, შესაძლოა კლიენტმა არაფერი თქვას, მაგრამ მიიღოს გადაწყვეტილება მკურნალობის შეწყვეტასთან დაკავშირებით ან აღარ ისაუბროს. გვინახავს თერაპევტები, რომლებიც კლიენტებს მოუწოდებენ სესიის გარეთ გამოიყენონ ასერტიული კომუნიკაცია, თუმცა თვითონ თავს არაკომფორტულად გრძნობენ, როდესაც კლიენტები მათთან არიან სესიებზე ასერტიულები. გამოიყენეთ ვერბალური განმტკიცება, როდესაც კლიენტი გამოთქვამს საკუთარ აზრებს, არ გეთანხმებათ ან ასერტიულია თქვენს მიმართ. ჩვეულებრივ, თერაპიის დასრულებისკენ ურთიერთობები უფრო და უფრო თანასწორი ხდება და კლიენტები უფრო მეტად გადადიან საუბარზე, ვიდრე პრობლემების წამოჭრაზე. თუკი ამჩნევთ კომუნიკაციის ამ მოდელს, თავიდან უნდა შეაფასოთ თავდაპირველი პრობლემა და გაიაზროთ, აუცილებელია დამატებითი მკურნალობა თუ კლიენტი მზად არის დაასრულოს სესიები და „გავიდეს“ დამოუკიდებლად.

## თავი 5

### მკურნალობის დანყება ძირითადი უნარ-ჩვევები

*რას ვაკეთებთ მაშინ, როდესაც რეალურად ვინყებთ მკურნალობას? კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფორმების უმეტესობა მოიცავს ისეთ ზოგად კომპონენტებს, როგორცაა სტრუქტურირებული სესიები, დავალებების მიცემა, ფსიქოგანათლება და პრობლემების გადაჭრა. წინამდებარე თავში განხილულია ის ძირითადი უნარ-ჩვევები, რომელთა ფლობაც მნიშვნელოვანია თერაპიის საწყის ეტაპზე, მას შემდეგ, რაც კლიენტთან დამყარდება პოზიტიური ალიანსი და განისაზღვრა თერაპიული მიზნები.*

წინამდებარე თავში ჩვენ შევეხებით მკურნალობის კომპონენტებს, რომლებიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების უმრავლესობაში გვხვდება. ასეთი კომპონენტებია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სესიების სტრუქტურა, ფსიქოგანათლება, პრობლემის გადაჭრა და საშინაო დავალების მიცემა. ყველა ამ პროცესს ადგილი აქვს მკურნალობის დანყებისას, ისევე როგორც თერაპიის მსვლელობისას. ამ სტრატეგიებმა შეიძლება თავისთავად მიგვიყვანოს ცვლილებამდე და ასევე, გააადვილოს ტრანზიციის უფრო ფორმალურ ბიჰევიორულ და კოგნიტურ ინტერვენციებზე, რასაც ამ წიგნის მე-6 - მე - 8 თავებში განვიხილავთ.

ინდივიდუალური სესიების სტრუქტურის განხილვამდე, ჩვენ მოკლედ მიმოვიხილავთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ტიპურ თანმიმდევრობას. აღნიშნული თანმიმდევრობა პირობითია და შესაბამისად, მნიშვნელოვანია მისი მორგება თითოეული კლიენტის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე.

### თანმიმდევრობა და მკურნალობის ხანგრძლივობა

მკურნალობის სახელმძღვანელოებში აზრთა სხვადასხვაობა არსებობს ბიჰევიორული და კოგნიტური ინტერვენციების გამოყენების თანმიმ-



დევიანობასთან დაკავშირებით. ზოგი იწყებს ბიჰევიორული ინტერვენციებით (e.g., A. T. Beck და სხვ., 1979), მაშინ როცა სხვები უპირატესობას ანიჭებენ ფსიქოგანათლებით დაწყებას, რომელიც კოგნიტურ შეცდომებს და კოგნიტურ რესტრუქტურირებას ეხება (მაგ., Antony & Swinson, 2000). ჩვენი რეკომენდაციაა ბიჰევიორული ინტერვენციებით დაწყება, რომელსაც საკმაოდ მალე ერწყმება კოგნიტური ინტერვენციებიც. ამგვარად, ჩვენ ვიღებთ ობიექტურ ცვლილებებს ფუნქციონირებაში, მაშინაც კი, როდესაც განვავრცობთ კლიენტის ამროვნების პატერნების უკეთ გაცნობას და ნეგატიურ ამროვნებაზე ზემოქმედების ოპტიმალური გზების ძიებას. ქვემოთ მოყვანილია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროცესის განხორციელების ჩვეული მიმდინარეობა, თუმცა საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია ამ ფაზებს შორის მოძრაობა-წინ და უკან დაბრუნება.

1. შეფასება;
2. კლინიკური შემთხვევის ფორმულირება;
3. უკუკავშირი კლიენტთან და საჭიროების შემთხვევაში ხელახალი ფორმულირება;
4. მიზნის დასახვა;
5. ფსიქოგანათლება;
6. კლიენტის ქცევებისა და ემოციების მონიტორინგი;
7. ბიჰევიორული ინტერვენციები;
8. კლიენტის კოგნიციის მონიტორინგი;
9. კოგნიტური რესტრუქტურირება;
10. განმეორებითი შეფასება და სქემების განხილვა;
11. სქემის მონიტორინგი (საჭიროების შემთხვევაში);
12. სქემის შეცვლის თერაპია (საჭიროების შემთხვევაში);
13. რეციდივის პრევენცია, მდგომარეობის შენარჩუნება და თერაპიის დასრულება.

როგორც მე-2 და მე-3 თავებში იქნა აღნიშნული, შეფასება და ფორმულირება მიმდინარე პროცესებია. მიუხედავად იმისა, რომ პროცესის წარმართვას ზოგადი ხასიათი აქვს, თანმიმდევრობა უნდა იყოს მოქნილი და ინდივიდუალურად ადაპტირებული. მაგ., ზოგიერთ კლიენტს ესაჭიროება მინიმალური ფსიქოგანათლება და გაცილებით მეტი ყურადღების გამახვილება საჭირო კოგნიციაზე, სხვებს შეიძლება კარგი შედეგები ჰქონდეთ ქცევით ინტერვენციებზე და პირდაპირ განაცხადონ, რომ აღარ სჭირდებათ შემდგომი დახმარება. მიუხედავად აღნიშნულისა, ზოგიერთ კლიენტთან შესაძლებელია საჭირო გახდეს მკურნალობის სრული „პაკეტი“ გამოყენება. ზოგჯერ, აუცილებელია მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე დაბრუნება, რადგან კლიენტმა შესაძლოა გაუმჯობესების შემდეგ

რეგრესი განიცადოს, რაც გაცილებით მეტი ძირითადი ინტერვენციების გამოყენებას მოითხოვს. ასევე, ზოგიერთი პრობლემის შემთხვევაში ცვლილებისათვის აუცილებელი და საკმარისია ბიჰევიორული სტრატეგია, ხოლო სხვა საკითხებთან მიმართებაში - კოგნიტიური ინტერვენცია. ამჟამად, რომ ბიჰევიორული ინტერვენციები გავლენას ახდენს კოგნიციაზე, ხოლო კოგნიტიური ინტერვენციები ქცევაზე. ძალიან რთულია თერაპიის ცალკეული კომპონენტის ეფექტურობის განსაზღვრა. თქვენს მიერ შემუშავებულ ფორმულირებაში შეიძლება მითითებული იყოს, რომ კლიენტს სჭირდება სქემის შეცვლაზე მიმართული თერაპია; თუმცა, მკურნალობის ადრეულ ფაზაზე შეიძლება ბაზისური რწმენები თანდათან შეიცვალოს და ასეთი სახის მკურნალობა გახდეს უფრო მოკლე ან ზოგჯერ საერთოდ აღარ იყოს საჭირო.

ინტერვენციის საშუალო ხანგრძლივობა ვარირებს 12-დან 16 სესიამდე. კლინიკური პრაქტიკის შემთხვევაში თერაპიის ხანგრძლივობა ძალიან ცვალებადია. შესაბამისად, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ქცევითი და კოგნიტიური ინტერვენციების ურთიერთშერწყმას, რამდენადაც ისინი აძლიერებენ ერთმანეთის ეფექტს. მაგ., ბიჰევიორული ექსპერიმენტები შეიძლება ჩატარდეს თერაპიის ადრეულ, შუა და ბოლო ფაზებში. ასეთი ექსპერიმენტები არა მხოლოდ კლიენტის ქცევას აუმჯობესებს, არამედ ერთგვარ გამოწვევას წარმოადგენს მისი ბაზისური რწმენებისა და აზრებისთვის. შესაბამისად, შორსმჭვრეტელი თერაპევტი სისტემატურად აფასებს კლიენტის რეაქციას, რომელიც ვლინდება ქცევითი ექსპერიმენტის მსვლელობისას და მიუთითებს კლიენტის მიერ იდენტიფიცირებულ და გამოსატყუარ რწმენებს შორის სხვაობაზე. ერთ-ერთი ჩვენგანი (D. D.) მუშაობდა კლიენტებთან, რომელთაც სოციალური შთოთვა და შიშები აღენიშნებოდათ საჯარო გამოსვლებთან დაკავშირებით. თერაპიის ადრეულ ეტაპზე დაიგეგმა ექსპერიმენტი, რომლის ფარგლებშიც მათ 2 წუთის განმავლობაში უნდა ესაუბრათ მათთვის საინტერესო თემაზე. ჩვეულებრივ, ასეთი ექსპერიმენტი სავარჯიშო ინვესტს შფოთვას, მაგრამ კლიენტების უმრავლესობა ახერხებს მასთან გამკლავებას. ასეთი აქტივობის შემდეგ ეჭვქვეშ დგება მათი თავდაპირველი აღქმა საჯარო გამოსვლასთან დაკავშირებით, რადგან ნათელია, რომ მათ ეს შეუძლიათ! ამ დროს ხდება ტიპურ აზრებს შორის სხვაობაზე მითითება და ალტერნატიულ აღქმაზე მიმართული შემდგომი სავარჯიშოების შეთავაზება.

## ორიენტაცია და სენსიბილურობის სტრუქტურა

მიუხედავად იმისა, რომ თეორიულ მოდელზე ორიენტაცია თავისთავად არ არის ინტერვენცია, ის ძალიან მნიშვნელოვანია მკურნალობის წარმატებისათვის. წარმატებულ თერაპიაზე ორიენტირება აუმჯობესებს კლიენტის მიერ თერაპიული მოდელის აღიარებას და ამადლებს მოტივაციას, თანხმობას და თერაპიისთვის აუცილებელი რისკის აღების

სურვილს. ორიენტაცია იწყება პირველადი ინტერვიუს დროს და შესაძლოა მანამდეც კი, სანამ თერაპევტი კლიენტს შეხვდება. ზოგჯერ კლიენტებმა თერაპევტთან მისვლამდე უკვე იციან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ; შესაბამისად მათთვის, გარკვეულწილად, უკვე მისაღებია ეს მოდელი.

თერაპიასთან დაკავშირებული ორიენტაცია ვლინდება სხვადასხვა გზით და დამოკიდებულია კლიენტის საჭიროებებსა და თერაპიის მიზნებზე. ორიენტაციის ერთ-ერთი გზა კოგნიტურ-ბიჰევიორული სესიების სტრუქტურირებაა. კოგნიტურ-ბიჰევიორული სესიის ტიპური ფორმატი მოიცავს შემდეგს:

1. ზოგადი რეგისტრაცია, რაც გულისხმობს განწყობისა და დისტრესის შეფასებას და შესაბამისი შენიშვნების გაკეთებას, ან წინა სესიებთან დაკავშირებას („ხიდის გადებას“);
2. საშინაო დავალების მოკლედ განხილვა;
3. მოცემული მომენტისათვის ნებისმიერი აქტუალური საკითხის განხილვა;
4. დღის წესრიგის ჩამოყალიბება, მათ შორის პრიორიტეტებისა და ყოველი თემისათვის საჭირო დროის განსაზღვრა;
5. დისკუსია და დღის წესრიგში არსებულ ყველა საკითხზე მუშაობა;
6. სესიის ძირითადი საკითხების შეჯამება;
7. სესიასთან დაკავშირებული უკუკავშირი;
8. მთლიანად საშინაო დავალების განხილვა, მათ შორის პრობლემების წინასწარი განჭვრეტა, საქმიანობა ნებისმიერ პრობლემასთან მიმართებაში და ფინალური საშინაო დავალების მიცემა.

ჩვეულებრივ, ახალბედა თერაპევტებს ახასიათებთ ერთი სესიის განმავლობაში ზედმეტი შესასრულებელი სამუშაოს დაგეგმვა და იმის აღმოჩენა, რომ მხოლოდ რამდენიმე წუთი რჩება შეჯამებისა და დავალების მისაცემად სესიის დასრულებამდე. თუკი საშინაო დავალება აჩქარებულად განიხილება, ნაკლებ სავარაუდოა კლიენტსა და თერაპევტს შორის თანამშრომლობა, მოქნილობა და წარმატება. ასეთ შემთხვევაში სასარგებლოა, გონებაში ყოველი სესიის სამ „ბლოკად“ დაყოფა - სესიის დაწყება (1 – 3 პუნქტები), სესიის სამუშაო ნაწილი (4 – 6 პუნქტები) და სესიის დასასრული (7-8 პუნქტები). ამგვარად მუშაობისას, სესიის არც დაწყებას და არც ბოლოს არ დააკლდება ყურადღება და შესაბამისად შემცირდება თერაპევტის მოლოდინები შესასრულებელ სამუშაოსთან დაკავშირებით. ზოგადად, 50 წუთიანი სესიის პირობებში, ცალკეული ბლოკზე წუთების განაწილებაში შეიძლება გამოყენებული იქნას 10-30-10 წესი. ამდენად, ტიპურ სესიაზე დასრულებისათვის მზადება ან შეჯამებისკენ სვლა უნდა დაიწყოს 10 წუთით ადრე, ვიდრე სინამდვილეში გეგმავთ სესიის დასრულებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ტრადიციულად მიღებულია 50 წუთიანი თერაპია და ხშირად ეს მოსახერხებელია ჩვენი სამუშაო განრიგის ორგანიზებისთვის, ზოგჯერ გარკვეული მიზეზების გამო, შესაძლოა, სესია გახანგრძლივდეს. ამ მხრივ გამონაკლისს წარმოადგენს დაგეგმილი ექსპოზიციური სავარჯიშოები ან ჯგუფური ინტერვენციები. ექსპოზიციური სავარჯიშოების ხანგრძლივობა 50 წთ-ზე მეტია ობსესიურ-კომპულსიური ან პოსტტრავმული აშლილობის მქონე პაციენტებთან მუშაობისას, ან იმ კლიენტებისათვის, რომელთა შფოთვის ინტენსივობის შესამცირებლად 30 წუთზე მეტია საჭირო. ექსპოზიციური სესიის დაგეგმვის დროს (იხ. თავი # 6) გონივრული იქნება გაცილებით ხანგრძლივი სესიის გათვალისწინება, თუკი ეს შესაძლებელია. მიუხედავად იმისა, რომ კონსერვატიული ჯგუფური სესიები 90-120 წთ გრძელდება, ასევე შეიძლება დაცული იქნას დროის 3 ნაწილად დაყოფის პრინციპი. დროდადრო, 30 წუთიანი სესიები შეიძლება დაიგეგმოს თერაპიის დასრულების სტადიაში მყოფი კლიენტებისათვის, რომელთაც მხოლოდ შენარჩუნებაზე მიმართული სესია სჭირდებათ. ასევე, სასარგებლო იქნება მოკლე სესიების დაგეგმვა ყურადღების დაბალი კონცენტრაციის ან სხვა კოგნიტური პრობლემების მქონე კლიენტებისათვის, განსაკუთრებით თერაპიის საწყის ფაზაზე. მაგალითად, ღრმა დეპრესიის ან ფსიქიკური აშლილობის მქონე კლიენტებს თერაპიული ცვლილების მისაღწევად, შეიძლება უფრო მოკლე, თუმცა ხშირი სესიები დასჭირდეთ.

## ფსიქოგანათლება

ფსიქოგანათლება განისაზღვრება, როგორც კლიენტისათვის რელევანტური ფსიქოლოგიური პრინციპებისა და ცოდნის სწავლება. თერაპიის ეს ასპექტი ხორციელდება სხვადასხვა გზით, სხვადასხვა ფორმატის გამოყენებით. აღნიშნული ინფორმაციის მიწოდება დამოკიდებულია კლიენტის სასწავლო საჭიროებებზე. ზოგიერთი ინფორმაციის გამოყენება ხდება რუტინულად, ზოგის კი დროდადრო. # 5.1 ცხრილში მოცემულია ფსიქოგანათლებასთან დაკავშირებული რამდენიმე მოსაზრება და შემდგომი რეკომენდაცია.

კლიენტისათვის ხელმისაწვდომი ინფორმაციის საოცრად დიდი მოცულობის გამო, შეიძლება ძალიან გართულდეს „ხორბლის თავთავიდან“ გამოცალკევება (მნიშვნელოვანი ინფორმაციის ამოკრეფა). ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ არ ურჩიოთ კლიენტს იმ სტატიის, წიგნის, ვიდეოს ან ვებ-გვერდის ნახვა, რომელიც თქვენს მიერ არ იქნება შესწავლილი, რათა დარწმუნებული იყოთ, რომ ეს წყაროები შეესაბამება იმ ინფორმაციის ხარისხსა და შინაარსს, რომლის მიწოდებაც თქვენ გასურთ კლიენტისათვის. ასევე გირჩევთ, რომ ყველა კლიენტთან რუტინულად ერთი და იგივე რეკომენდაციების გამოყენების ნაცვლად, რეკომენდაციები მოარგოთ თითოეულ კლიენტს. ზოგიერთ შემთხვევაში, შეიძლება უკეთესი იყოს

მხოლოდ ზეპირი ინფორმაციის და არა საკითხავი მასალის მიწოდება.

ნორკროსი (Norcross და სხვ., 2000) გვთავაზობს აშშ-ში ფართოდ გავრცელებული თვით-დახმარების წიგნების, ავტობიოგრაფიების, ფილმებისა და ინტერნეტ რესურსების კლასიფიკაციას. ეს მასალა დაგეხმარებათ ხელმისაწვდომი მასალების არჩევანის გაკეთებაში. გახსოვდეთ, რომ ბევრ კლიენტს არ აინტერესებს კითხვა ისე, როგორც ეს თერაპევტების უმრავლესობას უყვარს და რომ მოკლე, ლაკონური მასალები გაცილებით მოხერხებული და საკმარისია ზოგადი ფსიქოგანათლებისთვის. თუმცა, ზოგიერთ კლიენტს მოსწონს პირდაპირი წვდომა კვლევით რესურსებზე და ასეთ შეთავაზებას მისი ინტელექტის აღიარების ნიშნად მიიჩნევს. ასეთ შემთხვევებში, მასალების განხილვა კიდევ უფრო აძლიერებს თერაპიულ ურთიერთობას. ასევე, ზოგიერთ კლიენტს შესაძლოა სწორედ საკუთარი კვლევის ჩატარება და სასწავლო მასალის მოძიება დაეხმაროს.

ქვემოთ მოყვანილია ჩვენი ძირითადი რეკომენდაციები მასალების არჩევასთან დაკავშირებით:

- რამდენად შეესაბამება კლიენტის განათლების, მეტყველებისა და წიგნიერების დონე მასალებს;
- კლიენტის უნარ-ჩვევები (მაგ., კომპიუტერთან ან ბიბლიოთეკაში მუშაობის უნარ-ჩვევა);
- კლიენტის ინტერესები და მისი სურვილი მიიღოს მეტი ან ნაკლები ინფორმაცია;
- კლიენტისათვის ხელმისაწვდომი რესურსები (მაგ., კომპიუტერთან ან ვებ-ქსელებთან წვდომა);
- კონფიდენციალურობასთან დაკავშირებული საკითხები (მაგ., თუ პრობლემა არ არის ცნობილი ოჯახის წევრებისთვის, შეიძლება კლიენტი სახლში წერილობითი მასალების წაღების წინააღმდეგი იყოს);
- კლიენტის დისტრესის დონე და ყურადღების კონცენტრაციის უნარი (მაგ., მაღალი დისტრესი და ცუდი კონცენტრაცია, აფერხებს ფსიქოგანათლებაში კლიენტის ჩართვის უნარს, ასე რომ სათანადოდ შეარჩიეთ მასალები);
- მასალების ხარისხი (მაგ., ინფორმაციის სიზუსტე, ტექნიკური ხარისხი და შესაბამისობა მიმდინარე თერაპიასთან).

რა იცით თქვენ ფსიქოგანათლების ეფექტურობისა და სარგებლიანობის შესახებ? მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე კვლევაში ფსიქოგანათლება პირდაპირ არის შეფასებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ცალკე კომპონენტად, არსებობს მრავალი კვლევა, სადაც განხილულია მოკლე საგანმანათლებლო ინტერვენციების ეფექტურობა და კლინი-



კური გაიდლაინები, რომელიც ინფორმაციის მიწოდებას ან ე.წ. „ბიბლიოთეკის“ განიხილავს მკურნალობის პირველ საფეხურად. ხშირად იგი პირველი რიგის მკურნალობას წარმოადგენს მსუბუქი პრობლემების მქონე პირებისათვის. არსებობს თვით-დახმარების მრავალი სახელმძღვანელო, ვებ-გვერდი და სავარჯიშოების კრებული, რომელიც შეტანილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკური გაიდლაინების „საფეხურებრივი“ ზრუნვის მოდელებში. აღნიშნული მოდელების მიზანია სერვისები მოარგოს კლიენტის საჭიროებებს და გამოიყენება. ჯანდაცვის ზოგიერთი ორგანიზაციის მიერ, მაგალითად, როგორცაა ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური (National Health Service - NHS) გაერთიანებულ სამეფოში.

ბევრ პრაქტიკოსს სჯერა, რომ ფსიქოგანათლება სასარგებლოა მკურნალობისადმი მორჩილების თვალსაზრისით. ჩვენი გამოცდილებით, ფსიქოგანათლების სარგებელი მრავალმხრივია. ჩვეულებრივ, ცოდნას მოაქვს საკუთარი პრობლემების კონტროლის გრძნობა და გვეხმარება რწმენების შეცვლაში. ზოგიერთი კლიენტი დარწმუნებულია, რომ მისი სიმპტომები „ბიოქიმიური დისბალანსით“ არის გამოწვეული. ასეთ რწმენას ჩვეულებრივ მოყვება უიმედობის გრძნობა და ფიქრები კონტროლის ნაკლებობაზე. კლიენტი, რომელიც იწყებს დეპრესიული სიმპტომების ზოგიერთი წინმსწრები მოვლენების და ტრიგერების გააზრებას, ჩვეულებრივ ასევე ფიქრობს იმაზე, თუ რა კავშირშია ინფორმაცია მის კონკრეტულ სიტუაციასთან. ფსიქოგანათლების შედეგად კლიენტები იაზრებენ იმას, რომ მათი პრობლემები ნაკვლევია და შესწავლილია, რაც მათში აღძრავს მეტი სანდოობის, მხარდაჭერისა და იმედის გრძნობას. კლიენტები, რომლებიც ასეთ მასალებს ეცნობიან, გამოთქვამენ მოსაზრებებს: „ვიცი, რომ ეს მხოლოდ ჩემი პრობლემა არ არის“, „ჩემი პრობლემა უფრო გავრცელებული ყოფილა, ვიდრე მეგონა“, „ასეთი მკურნალობით ბევრი ადამიანი გამხდარა კარგად, ასე რომ, მე ალბათ თავს უკეთ ვიგრძნობ თერაპიის შემდეგ.“

ფსიქოგანათლების დადებითი შედეგები გაუმჯობესებულ ცოდნასა და უნარ-ჩვევებშიც გამოიხატება. მაგ., ზოგიერთი მასალა კლიენტს აძლევს ცოდნას განმტკიცების პრინციპებისა და ქცევის ცვლილების შედეგად კოგნიტური მოდიფიკაციის შესაძლებლობის შესახებ. უშუალოდ თერაპევტის პასუხისმგებლობას წარმოადგენს იმის განსაზღვრა, თუ რა სახის ინფორმაციის მიღება. იქნება მართებული კლიენტისათვის გარდა დიაგნოსტიკური, სამკურნალოდ მნიშვნელოვანი და კვლევითი შედეგებისა. დარღვევებისა და კოგნიტურ-ბიპვეიორული ინტერვენციების შესახებ ინფორმაცია არსებობს ელექტრონული რესურსების სახით (იხ. ცხრილი 5.1 - ელექტრონული რესურსების სია).

*კური პირველ სესიას ასრულებდა ახალ კლიენტთან - ნატაშასთან. იგი აღწერდა დეპრესიის კოგნიტურ-ბიპვეიორულ მოდელებს, რომელიც ნატაშას ძირითად პრობლემას წარმოადგენდა. ნატაშა*

არ ჩანდა ამ ინფორმაციით დაინტერესებული და ნატაშას არაფერი უკითხავს, როდესაც კერიმ მას ჰკითხა, ხომ არ ჰქონდა რაიმე შეკითხვა. კერიმ ნატაშას საკითხავი ლიტერატურა შესთავაზა, მან კი უპასუხა, რომ ეს მას არ აინტერესებდა. კერიმ ჰკითხა, სწავლის რომელ ფორმას ანიჭებდა ის უპირატესობას - კითხვით, თუ კეთებით სწავლას. ნატაშამ აშკარად გამოხატა დაინტერესება, ენახა თუ როგორ იმუშავებდა „კეთებით სწავლის“ მეთოდი.

კერიმ მხოლოდ ჩაინიშნა ნატაშას სწავლის სტილი იმის ნაცვლად, რომ კიდევ უფრო მეტად გაემხვილებინა ყურადღება ფსიქოგანათლების საკითხზე. იგი ცდილობდა, ყოველ სესიაში ინტეგრირებული ყოფილიყო აქტიური საშინაო დავალება. ასევე ზუსტად განუმარტავდა ყველა დავალების ლოგიკას, რათა ნატაშას შეძლებოდა ახსნა, რატომ იყო დავალება მნიშვნელოვანი, თუმცა ამ დროს კერი ყურადღებას არ ამახვილებდა საკითხზე მასალებზე. მან დაუშვა, რომ ნატაშა წინააღმდეგი იქნებოდა შეესრულებინა წერიტი საშინაო დავალება, რაც დიდწილად სიმართლე აღმოჩნდა; ნატაშას არ უყვარდა საშინაო დავალების ფორმებში რაიმეს ჩანერა და თერაპიაზე მოტანა. კერიმ და ნატაშამ აღმოაჩინეს, რომ ნატაშა სესიის დროს კარგად იყენებდა თეთრ დაფას და კარგად აღწერდა, როგორ უნდა შეესრულებინა საშინაო დავალება. ფაქტიურად, მან ეფექტურად მიიჩნია დაფაზე დიაგრამების გამოსახვა. გარკვეული დროის შემდეგ, ასევე კარგად შეეძლო ჩანაწერების სახით პატარა ბარათებზე გაკეთებული წერილობითი მიმანიშნებლების გამოყენება. კერი და ნატაშა ყოველთვის მსჯელობდნენ იმაზე, თუ როგორ უნდა დაემხსოვრებინა და განეხორციელებინა ნატაშას დავალება მისი დასწავლის სტილის გათვალისწინებით.

## საშინაო დავალება

საშინაო დავალება კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციის ძირითად კომპონენტს წარმოადგენს. საშინაო დავალების მიზანია ცვლილების დასწავლა და გენერალიზება თერაპიული სესიის მიღმა. მრავალფეროვანი საშინაო დავალებები მოიცავს სასწავლო მასალებს, აქტივობების გრაფიკის შევსებას და დისფუნქციური აზრების ჩანაწერებს, კოგნიტურ-ბიჰევიორული ექსპერიმენტების ჩატარებას ან კომუნიკაციის უნარის გასაუმჯობესებელ ვარჯიშს. ჩვეულებრივ, კლიენტებს ასწავლიან, რომ საშინაო დავალება კოგნიტურ-ბიჰევიორული მკურნალობის აუცილებელი კომპონენტია, რომლის გარეშეც შეუძლებელია მნიშვნელოვანი ცვლილების მიღწევა (საშინაო დავალებასთან დაკავშირებულ მოსაზრებები იხ. ცხრილში # 5.2). ზოგადად, წარმატებული საშინაო დავალების შემუშავება უნდა მოხდეს კლიენტთან თანამშრომლობით (იხ. სქემა # 5.1). დისკუსია ბიჰევიორული და კოგნიტური ინტერვენციების შემთხვევაში შესაძლო

საშინაო დავალებასთან დაკავშირებით, ასევე შეგიძლიათ იხილოთ მე-6 და მე-8 თავებში. საშინაო დავალების შესრულებასთან დაკავშირებული სირთულეები კი განხილულია მე-10 თავში (იხ. ცხრილები # 10.1 ; # 10.2).

იმის საპირისპიროდ, რაშიც კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტების უმრავლესობა არწმუნებს თავის კლიენტებს, საშინაო დავალების ეფექტურობა არ დასტურდება ყველა კვლევით. კეიჯსერსი, შააპი და ჰუგდუინი (Keijsers, Schaap, და Hoogduin, 2000) პოზიტიურ შედეგებზე საუბრობენ ოთხ კვლევაში, თუმცა არა სხვა შვიდ კვლევაში. ამასთან, კაზანტზისა და დატილიოს (Kazantzis და Dattilio 2007) მიაჩნიათ, რომ არსებობს მყარი თეორიული და ემპირიული საფუძველი, მკურნალობაში საშინაო დავალების გამოყენებისათვის. ბოლო პერიოდში გამოქვეყნებული მათი პუბლიკაცია ფსიქოთერაპიაში საშინაო დავალების გამოყენებას ეხება (Kazantzis & L'Abate, 2007). ასევე არსებობს ბოლო პერიოდში გაკეთებული დასკვნები იმასთან მიმართებაში, რომ დასწავლისა და კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენებას შედეგად მოყვება რეციდივის მაჩვენებლის შემცირება საშუალო და ღრმა დეპრესიის მქონე პაციენტებში წარმატებული მკურნალობიდან 1 წლის შემდეგ (Strunk, De-Rubeis, Chiu, & Alvarez, 2007).

### **ცხრილი 5.1. ფსიქოგანათლებასთან დაკავშირებული მოსაზრებები**

ფსიქოგანათლებისთვის გასათვალისწინებელი ინფორმაცია:

- დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებთან დაკავშირებით, ბევრ კლიენტს აინტერესებს იმ სიმპტომების განხილვა, რომლითაც დარღვევაა გამოხატული. ამ ინფორმაციის გამოყენებაზე იფიქრეთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც დარწმუნებული ხართ, რომ კლიენტის სიმპტომები ნამდვილად აკმაყოფილებს კრიტერიუმებს.
- სიმპტომების წარმოშობისა და შენარჩუნების შესახებ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ახსნა და მოდელები;
- კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ინტერვენციები და მათი ეფექტურობა;
- ქცევის შეცვლის პრინციპები, როგორცაა: განმტკიცება, დასჭა, ფორმირება და ჩაქრობა;
- ინფორმაცია კლიენტის პრობლემასთან დაკავშირებული კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოს შესახებ. მაგ., ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური (National Health Service - NHS გაერთიანებული სამეფო);
- ზოგადი პრობლემები, როგორცაა უძილობა, ზოგადი „სტრესი“ და შფოთვა, სირთულეები შვილების აღზრდასა და კომუნიკაციაში.

ფსიქოგანათლებისათვის ხელმისაწვდომი მოდალობები მოიცავს შემდეგს:

- თერაპევტის მიერ სესიაზე წარმოდგენილი დიდაქტიკური ინფორმაცია;

- პროფესიონალურ დონეზე შექმნილი სტატიები ან ბროშურები; წიგნები, ფილმები ან ინტერნეტ მასალები (იხ. ნორკროსის მაგალითები და კლასიფიკაცია- (Norcross და სხვ., 2000);
- ადგილობრივი რესურსები და საჯარო პრეზენტაციები.

კლიენტებისათვის სასარგებლო რესურსები მოცემულია შემდეგ ვებ-გვერდებზე:

- [www.cpa.ca/public/yourhealthpsychologyworksheets](http://www.cpa.ca/public/yourhealthpsychologyworksheets): კანადის ფსიქოლოგთა ასოციაცია; სხვადასხვა თემაზე, მათ შორის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის ფორმების მონაცემთა ცხრილი.
- [www.apa.org](http://www.apa.org): აშშ-ს ფსიქოლოგთა ასოციაცია; იხ. ფსიქოლოგიის თემატიკა.
- [www.adaa.org](http://www.adaa.org): აშშ-ს შფოთვითი აშლილობების ასოციაცია.
- [www.anxietycanada.ca](http://www.anxietycanada.ca): კანადის შფოთვითი აშლილობების ასოციაცია.
- [www.abct.org/mentalhealth/factsheets/?fa=factsheets](http://www.abct.org/mentalhealth/factsheets/?fa=factsheets): ბიპვეორული და კოგნიტური თერაპიების ასოციაცია; შეისწავლეთ დარღვევების სიმპტომები და გამოყავით, რა გზებით ხდება კბ თერაპიაში მათი მკურნალობა.
- [academyofct.org](http://academyofct.org): კოგნიტური თერაპიის აკადემია; იხ. თავი -„მომხმარებელთათვის“

**ცხრილი 5.2. რჩევები საშინაო დავალების წარმატებით შესრულებასთან დაკავშირებით**

1. დარწმუნდით, რომ საშინაო დავალებასთან დაკავშირებული გადწყვეტილებები მიღებულია თანამშრომლობის გზით და არა მხოლოდ თერაპევტის ან კლიენტის მიერ;
2. ყოველი სესიის ბოლოს დაიტოვეთ საკმარისი დრო, საშინაო დავალების განხილვისა და ჩამოყალიბებისათვის;
3. დარწმუნდით, რომ საშინაო დავალება ორივე მხარისთვის გასაგებია. უკეთესია, თუ კლიენტს სთხოვთ თავისი სიტყვებით თქვას, როგორ გაიგო დავალების არსი;
4. ყველა საშინაო დავალება დაასაბუთეთ ლოგიკურად, რათა ნათელი იყოს, როგორ არის ის დაკავშირებული მკურნალობის საბოლოო მიზანთან;

5. დარწმუნდით, რომ კლიენტს პასუხისმგებლობა აღებული აქვს დავალების შესრულებასთან დაკავშირებით;
6. დავალება უნდა იყოს კონკრეტული, მკაფიო და არა ზოგადი ხასიათის (მაგ., „ივარჯიშეთ თვალით კონტაქტის დამყარებაში სამ სხვადასხვა ადამიანთან დღის განმავლობაში“ და არა: „ივარჯიშეთ არა-ვერბალურ სოციალურ უნარ-ჩვევებში“);
7. წარმატება შეაფასეთ კლიენტის ძალისხმევის, საშინაო დავალების შესრულების პროცესის და არა შედეგების მიხედვით. ასეთი მიდგომა შესაბამისობაშია თანამშრომლობით ემპირიზმთან (მაგ., თუ კლიენტმა ივარჯიშა თვალით კონტაქტის დამყარებაში, როგორც ეს მე-6 პუნქტშია მოყვანილი, მისი ძალისხმევა წარმატებული იქნება მიუხედავად იმისა, მეორე პირის მხრიდან ადგილი ჰქონდა პოზიტიურ რეაგირებას თუ არა);
8. დარწმუნდით, რომ კლიენტს, საშინაო დავალების შესასრულებლად აქვს როგორც რესურსები (მაგ., ფინანსური, ემოციური, მოტივაციური), ასევე უნარ-ჩვევები (მაგ., წიგნიერება, სოციალური უნარები, ცოდნა);
9. გამოიყენეთ საშინაო დავალების ბლანკები ან ცვლილების დანიშნულების ფურცელი (იხ. სქემა 5.1). კლიენტებს, მიუხედავად სურვილისა, მოგვიანებით შეიძლება დაავიწყდეთ, რა აქვთ გასაკეთებელი;
10. მიეცით კლიენტებს საშუალება, წინასწარ გამოთქვან ვარაუდი იმის შესახებ, შეასრულებენ თუ არა ისინი საშინაო დავალებას. იმ შემთხვევაში, თუკი ვარაუდი 70%-ზე ნაკლებია, იფიქრეთ მის შეცვლაზე ან გამარტივებაზე ან ეძებთ ისეთი სტრატეგია, რომელიც გაზრდის დავალების შესრულების შესაძლებლობას.
11. აუცილებლად მოიკითხეთ საშინაო დავალება შემდეგ სესიაზე და ვერბალურად განამტკიცეთ მათი ძალისხმევა და სამუშაოს დასრულება;
12. იფიქრეთ თქვენი საშინაო დავალების დაგეგმვაზეც, იმისათვის, რომ შეძლოთ საშინაო დავალების შესრულების მოდელირება. თქვენი საშინაო დავალება შეიძლება იყოს ფსიქოსაგანმანათლებლო მასალების შეფასება ან კლიენტის პრობლემისათვის რელევანტური ინფორმაციის მოძიება.

## პრობლემის გადაჭრაზე მიმართული ინტერვენციები

თავისი არსით, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მიმართულია პრობლემების გადაჭრაზე. კლიენტებს ჩვენ ვეხმარებით მათი პრობლემის



მაქსიმალურად ზუსტად განსაზღვრასა და სახელის დარქმევაში. ამის შემდეგ, კლიენტებთან ვამყარებთ თანამშრომლობით ურთიერთობას და განვსაზღვრავთ პრობლემებზე სამუშაო მეთოდებსა და მათ თანმიმდევრობას. პრობლემების გადაჭრაზე მუშაობის დროს, ჩვენ ვაფასებთ მათ ქცევაში, კოგნიციასა და რწმენებში არსებულ დარღვევებს. თუ კლიენტს აქვს უნარების დეფიციტი, ჩვენ ვეხმარებით მას უფრო ადაპტური უნარ-ჩვევების გამომუშავებაში, რომელსაც ისინი მიმდინარე და მომავალ პრობლემებთან გამკლავებისას გამოიყენებენ. ჩვენს მიერ გამოყენებული ტექნიკები სხვადასხვაგვარია და დამოკიდებულია კლიენტის შემთხვევის ფორმულირებაზე, თუმცა იგი ასევე მოიცავს რამდენიმე ტიპურ ინტერვენციას, რომელსაც შემდეგ თავებში განვიხილავთ (იხ. თავები 6, 7 და 8).

საშინაო დავალება შეთანხმებულია:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

დოქტორი დებორა დობსონი

-----

კლიენტი

შემდეგი შეხვედრა (თარიღი და დრო) \_\_\_\_\_

ტელ: (XXX) XXX - XXXX

**სქემა 5.1. ცვლილების დანიშნულების ფურცელი**

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია პრობლემის გადაჭრის ზოგად ფორმატს იყენებს, თუმცა პრობლემის გადაჭრა, მკურნალობის ცალკეულ ფორმატსაც წარმოადგენს (Chang, D’Zurilla, & Sanna, 2004; D’ Zurilla & Nezu, 2006). არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ მხოლოდ პრობლემის გადაჭრის თერაპიის გამოყენებითაც შესაძლებელია მნიშვნელოვანი სამკურნალო ეფექტის მიღწევა დეპრესიის ან ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემების, მაგ., სიმსივნის დიაგნოზის მქონე კლიენტებთან.

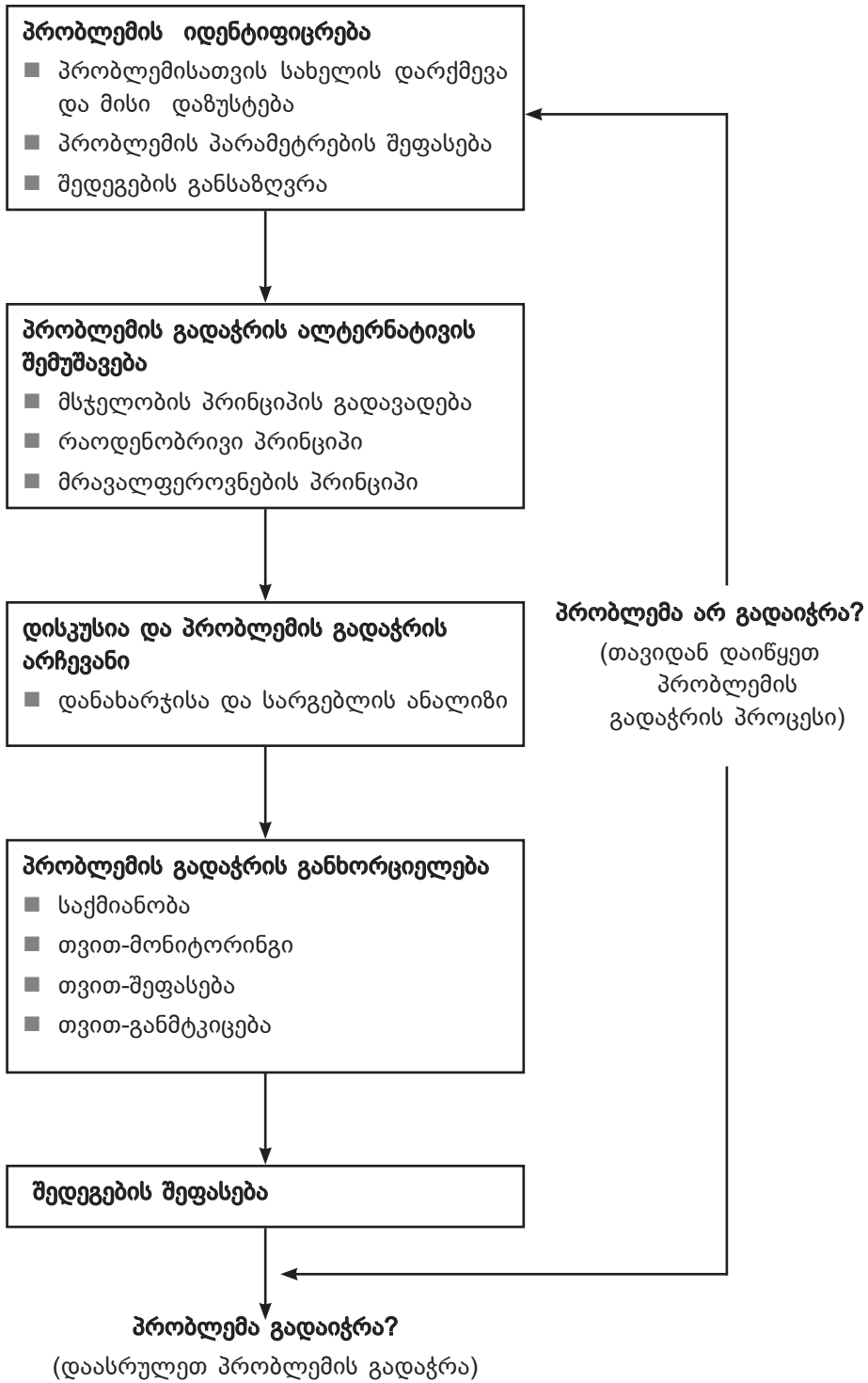
პრობლემის გადაჭრის თერაპია გულისხმობს პრობლემის გადაჭრის მოქნილ სტრატეგიას, რომელიც შეიძლება სხვადასხვა შემთხვევისთვის იქნას ადაპტირებული. ასევე, შესაძლებელია ამ თერაპიის ჩართვა შემთხვევის ფორმულირებისას კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, როგორც ზოგადი, ისე სპეციფიკური მეთოდოლოგიის სახით, რომელიც კლიენტებს ასწავლის პრობლემისადმი მიდგომას და მის გადაჭრას.

პრობლემის გადაჭრის ზოგად მოდელში, რომელიც მოცემულია დიაგრამაზე #5.2., პროცესი იწყება კონკრეტული პრობლემის იდენტიფიცირებით და მისთვის სახელის დარქმევით. პრობლემა შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური დარღვევის ნიშანი ან სიმპტომი (მაგ., თავის არიდება, ძილის დარღვევა); ასევე შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური სტრესორებზე რეაქცია (მაგ., კრიტიკულად განწყობილი მშობელი ან პარტნიორი, სამუშაოსთან დაკავშირებული სტრესი) ან კლიენტის ცხოვრებაში არსებული პრობლემა (მაგ., ბავშვის ასთმით ავადმყოფობა).

პროცესის დაწყებისას, თერაპევტი და კლიენტი საზღვრავენ პრობლემის პარამეტრებს (მაგ., რამდენად ხშირად იჩენს ის თავს, რამდენი ხანი გრძელდება, პრობლემის გამომწვევი ფაქტორები, ასევე, პრობლემის ჩვეული გადაჭრის გზები) და მუშაობენ პრობლემის შეფასების სტრატეგიის ჩამოყალიბებაზე. ინტერვენციის დაწყებამდე, მნიშვნელოვანია პრობლემის სრულად გააზრება და გაზომვა, რათა შესაძლებელი გახდეს შედეგების შეფასება.

შემდეგ ეტაპზე აქტიურად ვერთვებით პრობლემის გადაჭრაში, რისთვისაც კლიენტს ვთხოვთ დაასახელოს ცვლილების მიღწევის რაიმე სახალისო იდეა და ვფიქრობთ იმაზე, თუ როგორ შევუწყობთ ხელი ცვლილებას. ამ ეტაპზე ხდება ბიჰევიორული ექსპერიმენტირების ცნების გამოყენება და კლიენტს ვთხოვთ, უარი თქვას წარსულზე ორიენტირებულ, პრობლემასთან დაკავშირებულ ფიქრებსა და ემოციებზე, როგორცაა უიმედობა და პასიურობა. ამის სანაცვლოდ, განვიხილავთ პრობლემისადმი მიდგომის ან მისი გადაჭრის გზებს. ამ აქტივობისას, კლიენტებს დაბეჭითებით ვთხოვთ, არ დაიწყონ დასკვნების გაკეთება რომელიმე სტრატეგიის სარგებლიანობის შესახებ, სანამ არ აღმოაჩენენ სხვა ალტერნატივებს. პრობლემის გადაჭრის გზების შემუშავების პროცესს ხშირად „გონებრივ იერიშს“ უწოდებენ. ამ ეტაპზე, თერაპევტი ეხმარება კლიენტს გამოიყენოს რაოდენობრივი (რაც შეიძლება მეტი) და თვისებრივი (სხვადასხვა ტიპის) პრინციპები, რაც სხვადასხვა ალტერნატივის განხილვის შესაძლებლობას იძლევა. იმდენად, რამდენადაც ზოგიერთ კლიენტს უჭირს ახალი იდეების გენერირება, სასურველია მათ შევთავაზოთ პრობლემის გადაჭრის კრეატიული, არაპრაქტიკული და კომიკური სცენარიც კი.

მესამე ეტაპზე ხდება დანახარჯისა და სარგებლის ანალიზი, სადაც თანმიმდევრულად ხორციელდება პრობლემის გადაჭრის შესაძლო ვარიანტების შეფასება. ვარიანტების განხილვისას, შეფასების ძირითად კრიტერიუმს წარმოადგენს ის, თუ რამდენად ეხება ის ძირითადი პრობლემის



დიაგრამა 5.2. პრობლემის გადაჭრის ზოგადი მოდელი

გადაჭრას. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ისეთი საკითხები, როგორცაა ღირებულება, დრო, საჭირო ძალისხმევა და სხვ., თუმცა უნდა განვიხილოთ ყველაზე რთული სიტუაციებიც კი, თუკი ის პრობლემის გადაჭრის საუკეთესო ვერსიას უკავშირდება. აღნიშნული პროცესი ხორციელდება კლიენტთან თანამშრომლობით და უშუალოდ მასთან ერთად. სხვადასხვა შესაძლო ვარიანტის განხორციელების შესახებ მსჯელობა, ხშირად თავად პრობლემის გადაჭრის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.

„საუკეთესო“ სტრატეგიის შერჩევა ხდება პროცესის მეოთხე ეტაპისათვის. ეს არის ის ოპტიმალური სტრატეგია, რომელშიც გათვალისწინებულია სახეზე არსებული ფაქტები, ინფორმაცია და კლიენტის რესურსები და რომელიც მესამე ეტაპზე, სხვადასხვა სტრატეგიის განხილვის დროს გამოიკვეთა, როგორც ყველაზე ეფექტური. ამის შემდეგ ხდება შერჩეული სტრატეგიის დაზუსტება, მათ შორის იმის განხილვა, თუ როდის დაიწყება, როგორ და რამდენი ხანი გაგრძელდება ის და ა.შ. აუცილებლობის შემთხვევაში, თუკი კლიენტისათვის სრულიად გაუგებარია სტრატეგიის განხორციელების პრინციპი, შეიძლება მას აუხსნათ ან მიაწოდოთ ინსტრუქციები. ასევე მნიშვნელოვანია, მთლიანი სტრატეგია დაყოფილი იქნას მცირე ქვე-მიზნებად, რომლის განხორციელებაც შესაძლებელი იქნება დაგეგმილი რიგითობით. არჩევანის გაკეთების შემდეგ, კლიენტი სტრატეგიას ახორციელებს საშინაო დავალების სახით. ამ გზით ის ცდილობს მიღებული აქტივობები შეუსაბამოს მიზნებს.

მესუთე ეტაპზე, კლიენტი და თერაპევტი აფასებენ პრობლემის გადაჭრაზე მიმართულ ძალისხმევას. თუკი პრობლემა გადაჭრილია, მათ შეუძლიათ გადავიდნენ სხვა პრობლემურ საკითხზე. თუ პრობლემა ვერ გადაიჭრა, მხოლოდ ნაწილობრივ გადაიჭრა ან სახე იცვალა მის გადაჭრაზე მუშაობის პერიოდში, მაშინ თერაპევტი და კლიენტი უბრუნდებიან პროცესის ციკლს, თავიდან აფასებენ პრობლემას და შესაძლო სტრატეგიებს. ეს ეტაპი არის გაცილებით ადვილი, რადგან შეიძლება თავიდან იქნას განხილული ე.წ. „გონებრივი იერიშის“ პროცესში შემუშავებული სტრატეგიები. ასევე, კლიენტმა, რომელსაც უკვე აქვს გარკვეული გამოცდილება, შეიძლება თავადაც ჩამოაყალიბოს ახალი იდეები. ჩვენი გამოცდილებით, ჩვეულებრივ იშვიათად ხდება და არცთუ ისე ადვილია პირველივე ჯერზე მაქსიმალურად ოპტიმალური სტრატეგიის შერჩევა, ამიტომ ასეთ შემთხვევებში შეიძლება საჭირო გახდეს კლიენტთან უფრო რთული, მაგრამ ეფექტური ალტერნატივის განხილვა.

როგორც უკვე აღინიშნა, პრობლემის გადაჭრის მოდელი, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში წარმოადგენს მეტაფორას და სასურველია თერაპევტებმა კლიენტის პრობლემები ასევე განიხილონ ზოგადი პრობლემის გადაჭრის ჭრილში. კლიენტთან მუშაობისას, შეიძლება მოდელი ექსპლიციტურად არ გვქონდეს ჩამოყალიბებული. თუმცა ჩვენი ხედვა მდგომარეობს იმაში, რომ კლიენტების უმრავლესობისთვის პრობლემის გადაჭრა ეტაპობრივად ხდება და მათ არ სჭირდებათ მეთოდის სახელდება იმისათვის, რომ, მაგალითად, გამოყონ ალტერნატიული

პრობლემების წარმოშობის პრინციპები. თუმცა ზოგიერთ, უმეტესად კი არაორგანიზებულ და დაძლევის სტრატეგიების ნაკლებად განვითარებული უნარის მქონე კლიენტებთან, შესაძლოა ღირდეს დროის და ძალისხმევის დახარჯვა იმისათვის, რომ ჩამოაყალიბოთ ზოგადი პრობლემის გადაჭრის მოდელი და შემდეგ უფრო ექსპლიციტურად იმუშაოთ კონკრეტულ სიტუაციებში მოდელის გამოყენებაზე.

ტომასის კლიენტი, სახელად ჯოშუა, სესიაზე მოვიდა კონკრეტული პრობლემის განსახილველად. როდესაც სესიაზე საკითხი დაისვა, ჯოშუამ თქვა, რომ მისი ძირითადი პრობლემა იყო სიდედრთან, პენისთან ურთიერთობა. რამდენადაც ჯოშუა და მისი ცოლი - სამანტა მუშაობდნენ, სიდედრი უვლიდა მათ პატარა გოგონას - ქლოეს. წყვილს სჭირდებოდა ეს დახმარება და აფასებდნენ კიდევ მას, რადგან არ ჰქონდათ თანხის გადახდის საშუალება. პრობლემას წარმოადგენდა ის, რომ პენი არ იყო იმდენად ყურადღებიანი, როგორც ამას ჯოშუა და სამანტა ისურვებდნენ. სესიამდე ორი დღით ადრე, ჯოშუა მივიდა სახლში და ნახა, რომ სარდაფში ჩამავალ კიბეზე უსაფრთხოების ჭიმკარი ღია იყო და პატარა გოგონა კიბის თავში იდგა, საიდანაც ადვილად შეიძლებოდა გადმოვარდნილიყო. სხვა დროს, სამანტამ და ჯოშუამ სამზარეულოში ნახეს ღია კარადები და მაგიდაზე დატოვებული ბევრი ბავშვისთვის საზიანო ნივთი. ყოველივე ამის გამო, ჯოშუა მოვიდა სესიაზე და წუხდა თავისი გოგონას გამო, გარკვეულწილად ის ბრამობდა სიდედრზე და არ იცოდა, თუ როგორ მოქცეულიყო ამ სიტუაციაში.

ტომასმა და ჯოშუამ შეიმუშავეს სიტუაციის გადაჭრის შემდეგი გზები:

1. სიდედრის „დათხოვნა“ და მომვლელისათვის თანხის გადახდა;
2. საფრთხის შემცველი ნივთების მოცილება და უსაფრთხოების ჭიმკრის ჩაკეტვა;
3. საყოფაცხოვრებო წესების ჩამოყალიბება, რომელიც ყველამ უნდა დაიცვას;
4. თავად სამანტა შეენიანა აღმდგოს დედას, ისე, რომ ჯოშუა „არ ჩაერიოს სიტუაციაში“;
5. სიდედრთან პრობლემაზე საუბარი;
6. სიდედრისათვის იმის ჩვენება, თუ რამდენად საშიში იყო მისი ქცევა.

ტომასმა ჯოშუას მაქსიმალურად ბევრი კითხვა დაუსვა, რათა მას დახმარებოდა პრობლემის გადაჭრის შესაძლო გზების ჩამონათვალის



ჩამოყალიბებაში. ტომასმა გონებაში ჩაინიშნა ჯოშუას დავალებამზე მუშაობის უნარი და ის, თუ როგორ უშლიდა ხელს დროდადრო მას ემოციები მსჯელობაში.

ჩამონათვალის შედგენის შემდეგ, ისინი უკან დაუბრუნდნენ ყოველ ცალკეულ სტრატეგიას და განიხილეს მათი უპირატესობა, ნაკლოვანება და განხორციელების სიმარტივე. ბოლოს, ისინი შეთანხმდნენ, რომ ჯოშუასთვის საუკეთესო სტრატეგია იქნებოდა, თუ იგი თავდაპირველად სამანტასთან განიხილავდა პრობლემას, რათა დარწმუნებულიყო, რომ ისინი ორივე თანხმდებიან პრობლემის არსებობაზე და მისი გადაჭრის შეთავაზებულ გზაზე. ამის შემდეგ, ორივე მათგანი დაელაპარაკებოდა პენის, რათა მას გაეაზრებინა, რა საშიშროება ემუქრებოდა ქლოეს და თუკი ეს შესაძლებელი იქნებოდა, პენის თავად გამოეთქვა მოსაზრება მისი აშკარა დაუდევრობის გამოსწორებასთან დაკავშირებით. ტომასი და ჯოშუა შეთანხმდნენ, რომ თავდაპირველად ჯოშუა სამანტას დაელაპარაკებოდა; თუკი მიაღწევდნენ შეთანხმებას, ისინი განახორციელებდნენ ამ სტრატეგიას, მაგრამ თუ სამანტასთან შეთანხმება გართულდებოდა, მაშინ ჯოშუა და ტომასი შემდგომ სესიაზე განიხილავდნენ ამ სიტუაციას.

დისკუსიის შესაჯამებლად, ტომასმა რამდენიმე ნუთი დაუთმო მათ მიერ ჩამოყალიბებული პრობლემის გადაჭრის პროცესის ჯოშუასთვის განმარტებას. მან აუხსნა, რომ ასეთი ზოგადი სტრატეგიის გამოყენება შესაძლებელი იყო სხვადასხვა სიტუაციებში და სთხოვა დაკვირვებოდა იმ სხვა, პოტენციურ სიტუაციებს, სადაც ჯოშუა შეძლებდა ამ სტრატეგიის გამოყენებას. ჯოშუა დათანხმდა, რომ დააკვირდებოდა ამ სიტუაციებს და ამის შემდეგ ისინი გადავიდოდნენ დღის წესრიგში მოცემულ სხვა თემაზე.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ პრობლემის გადაჭრის მოდელი არ იძლევა მზა რეცეპტს იმასთან დაკავშირებით, თუ რომელი სტრატეგიები უნდა იქნას გამოყენებული. მისაღებია მოცემულ ჩარჩოში არსებული ნებისმიერი ის სტრატეგია, რომელიც გადაჭრის პრობლემას ან გააუმჯობესებს მდგომარეობას. ზოგადად, სტრატეგიები ფოკუსირებულია ისეთ ექსტერნალურ პრობლემებზე, როგორცაა ურთიერთობები ან რეალური ცხოვრებისეული სტრესორები ან ინტერნალურ პრობლემებზე, მაგალითად სიმპტომებზე ან ემოციური პრობლემებზე. პრობლემების ამ ორივე ჯგუფის შემთხვევაში სხვადასხვა სტრატეგია გამოიყენება (იხ. ცხრილი 5.3). დღის ბოლოს, მხოლოდ თქვენი და კლიენტის გადასაწყვეტია, პრობლემის გადაჭრის ოპტიმალური მეთოდის ჩამოყალიბება, შერჩევა და სტრატეგიის დასახვა. და ბოლოს, გახსოვდეთ, რომ არ არის აუცილებელი ყველა სტრატეგიის მონიტორინგი განახორციელოთ თქვენ, თერაპევტებმა. მაგ., თუკი კლიენტის პრობლემა ფინანსური ხასიათისაა, ფინანსური საკითხების მრჩეველის კონსულტაცია შეიძლება გაცილებით უფრო ეფექტური იყოს, ვიდრე თერაპევტის მიერ ჩატარებული სესიები.

ახლა, როდესაც უკვე განვიხილეთ ძირითადი კოგნიტურ-ბიჰევიორული უნარები და ასევე პრობლემის გადაჭრის ზოგადი სტრატეგიები,

ჩვენ გადავდივართ წიგნის მე-6 - 8 თავებზე, სადაც განვიხილავთ მკურნალობის ბიჰევიორულ და კოგნიტურ სტრატეგიებს. შეიძლება მოგეჩვენოთ, რომ ამით უკან გაბრუნებთ იმ სიტუაციაში, როდესაც თქვენი კლიენტი არ ასრულებს საშინაო დავალებას, ან როდესაც მათ ესაჭიროებათ ფსიქოგანათლება ახალი პრობლემისთვის, ან როდესაც თერაპიულ ალიანსში დაძაბულობა იგრძნობა. მიუხედავად იმისა, რომ წიგნში წარმოდგენილი მასალა გარკვეული ლოგიკითაა წარმოდგენილი, ის მოქნილიცაა და მნიშვნელოვანია, რომ ყოველთვის გახსოვდეთ კონკრეტული კლიენტის საჭიროებები.

**ცხრილი 5.3. პრობლემის გადაჭრის ზოგადი სტრატეგიები**

პრობლემაზე ფოკუსირებული დაძლევის უნარები	ემოციაზე ფოკუსირებული დაძლევის უნარები
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების სწავლება</li> <li>■ სამუშაოს მოძიებისა და ინტერვიუსთვის აუცილებელი უნარები</li> <li>■ მშობლობა ან ბავშვის მართვა</li> <li>■ ფინანსური განათლება და სწავლება</li> <li>■ განათლების გაუმჯობესება</li> <li>■ კონფლიქტის გადაჭრის უნარები</li> <li>■ სოციალური მხარდაჭერის განვითარება</li> <li>■ თვით-დახმარების მიღება</li> <li>■ ინტერპერსონალური ურთიერთობის უნარები</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ კოგნიტური რესტრუქტურირება</li> <li>■ რელაქსაციის მეთოდები (კუნთების პროგრესული რელაქსაცია, სუნთქვა, მედიტაცია)</li> <li>■ სტრუქტურირებული რუტინა</li> <li>■ პოზიტიური წარმოსახვა</li> <li>■ ქცევის თვით-კონტროლის სტრატეგიები</li> <li>■ ყურადღების გადატანა</li> <li>■ ფიზიკური ვარჯიში</li> <li>■ პოზიტიური ან გამკლავების მე-წინადადებები</li> <li>■ ძილის ჰიგიენა</li> <li>■ ემოციური დისტანცირება ან პერსპექტივის მიღება.</li> </ul>

**ანა ა. - ს შემთხვევა - გაგრძელება (დასაწყისი თავი # 3-ში)**

შეფასების შემდეგ, ანა ს.-ს მიენოდა სიტყვიერი ინფორმაცია მისი დიაგნოზის, გენერალიზებული შფოთვის და ნაწილობრივი რემისიით კლინიკური დეპრესიის, შესახებ. განხილული იქნა

დიაგნოზის დასმის და მათი კრიტერიუმების ლოგიკური დასაბუთება. იმის გათვალისწინებით, რომ უკუკავშირის მიღების დროს, ბევრი კლიენტი შფოთავს და შეიძლება ვერც კი გაიხსენოს განხილვის დეტალები, ანას გადასცეს წერილობითი ინფორმაცია, კერძოდ, კოგნიტური თერაპიის აკადემიის ვებ-გვერდიდან აღებული ბროშურა. ანასთან ასევე განიხილეს კლინიკური შემთხვევის ფორმულირება და ამ პრობლემების ტიპური მკურნალობა. განხილვის პროცესში ანა იყო საკმაოდ ინდიფერენტული, თუმცა მას ამხნევებდნენ, რომ დაესვა შეკითხვები და გამოეთქვა მოსაზრება ფორმულირებასთან დაკავშირებით. განხილულ იქნა როგორც მკურნალობის ზოგადი მიზანი, ასევე კონკრეტული მიზნების ჩამოყალიბებისკენ მიმავალი ეტაპები. პირველი სესიის შემდეგ, საშინაო დავალების სახით მას დაევალა ბუკლეტის წაკითხვა. მას უნდა ეყიდა თერაპიის საქალაქო და მასში ჩაეკრა საშინაო დავალების ფურცლები. მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობის ზოგადი მიზნები შეფასების დროს განიხილეს, საუბარი შედგა მიზნის ჩამოყალიბების რეკომენდაციებთან დაკავშირებით, მათ შორის SMART მიზნების შესახებ (იხ. თავი 4). ანამ აღნიშნა, რომ მის მთავარ პრობლემებად ჯერ კიდევ რჩებოდა დარდი, გადაღლა და საკუთარ მეუღლესთან კომუნიკაციის ნაკლებობა.

ამ და შემდგომი სესიის დროს, ანამ მიიღო ორიენტაცია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მოდელთან დაკავშირებით, რაც მკურნალობის ერთ-ერთ პირველ მიზანს წარმოადგენდა. ის აღწერეს როგორც აქტიური თერაპია, რომელიც დაეხმარებოდა მას ცხოვრებაში არსებული პრობლემების გადაჭრაში და როგორც მკურნალობა, რომლის დროსაც ის თერაპევტთან ერთად იმუშავებდა. ანამ დადებითი რეაგირება მოახდინა ინფორმაციაზე და რამდენიმე კითხვაც დასვა. თერაპევტმა ჩამოაყალიბა პირველი სესიის განრიგი, რომელშიც შედიოდა შეფასებასთან დაკავშირებული უკუკავშირი, ფორმულირების შესახებ დისკუსია და მკურნალობის მიზნების განსაზღვრა. ანას აღუწერეს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია და გადასცეს კოგნიტური თერაპიის აკადემიის ვებ-გვერდიდან აღებული მასალა ამ მიდგომის შესახებ. რადგან ანა ასევე საუბრობდა გადაღლაზე, მას საშინაო დავალების სახით გადაეცა მასალა ძილის ჰიგიენის შესახებ.

შემდეგ კვირას ანამ განაცხადა, რომ გაეცნო მასალებს და სცადა ძილთან დაკავშირებული რამდენიმე რეკომენდაციის გამოყენება. ანა გაკვირვებული იყო იმით, რომ თავს შედარებით უკეთ გრძნობდა და ამასთან, უფრო დაიმედებულიც იყო.

## თავი 6

### ქცევის ცვლილების ელემენტები კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში

ამ თავში მიმოვიხილავთ კოგნიტურ ბიჰევიორულ თერაპიაში გამოყენებულ ქცევის ცვლილების გავრცელებულ ელემენტებს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ზოგიერთი სახელმძღვანელო გვთავაზობს მკურნალობის აღწერას სესიიდან სესიამდე. კლინიკური შემთხვევის ფორმულირებისას აუცილებელია ერთგვარი მოქნილობა, რაც შესაძლოა რთულად განსახორციელებელი და დამაბნეველი აღმოჩნდეს დამწყები თერაპევტებისთვის. ისინი პრაქტიკული მუშაობის დასაწყისში უპირატესობას სახელმძღვანელოებისა და წინასწარ შემუშავებული სტრუქტურების გამოყენებას ანიჭებენ, რაც ბუნებრივია. მოცემული თავის მიზანია, კონკრეტული დიაგნოზისთვის შესაფერისი სახელმძღვანელოების აუცილებელი გამოყენების ნაცვლად, დაგეხმაროთ ბიჰევიორული ცვლილებების ელემენტების შესწავლასა და ადაპტირებაში. მაგალითად, კლიენტი, რომელის შემთხვევაში სახეზეა შფოთვა და თავის არიდება, სავარაუდოდ ისეთივე სტრატეგიებს საჭიროებს, როგორსაც შფოთვითი აშლილობის დიაგნოზის მქონე კლიენტი.

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში კლიენტთა უმრავლესობისთვის შესაფერისი მკურნალობის ქცევითი ელემენტები შეიძლება უხეშად ორ ფართო კატეგორიად დაიყოს: (1) ქცევითი ცვლილების სტრატეგიები, რომლებიც ცოდნას, უნარებს და ცვლილების მასტიმულირებელ ქცევებს აძლიერებს და (2) სტრატეგიები, რომლებიც თავის არიდების ქცევას, საკუთარი თავით უკმაყოფილებას ან პრობლემურ ქცევებს ამცირებს. რამდენადაც ცვლილების ქცევითი და კოგნიტური ელემენტები გადაფარავენ ერთმანეთს, წინამდებარე ტექსტში მათი განცალკევება გარკვეულწილად ხელოვნურია. თერაპიის ყველა კომპონენტს შორის არსებობს ერთგვარი ინტერაქცია, რომელიც, ჩვენი აზრით, თერაპიული შედეგით სრულდება და თავის მხრივ უფრო მეტია, ვიდრე უბრალოდ შემადგენელი ნაწილების ჯამი. მკვლევრები ცდილობენ “განაცალკეონ” თერაპიის ეფექტური

კომპონენტები, რათა დაადგინონ თითოეული მათგანის ფარდობითი ეფექტიანობა. ჩვეულებრივ, კლინიცისტებს არ შეუძლიათ პროგნოზის გაკეთება, თუ რომელი სტრატეგია იქნება ყველაზე ეფექტური და სასარგებლო ამა თუ იმ კონკრეტული კლიენტისთვის. ის, რაც ეფექტურად მუშაობს სუბიექტთა საშუალო რაოდენობაზე გათვლილი რანდომული კლინიკური კვლევის დროს, შეიძლება არაეფექტური აღმოჩნდეს თქვენი კონკრეტული კლიენტისთვის. ამდენად, რანდომული კვლევებიდან მიღებული მტკიცებულებები გთავაზობენ სავარაუდო ინტერვენციების სტრატეგიებს, ხოლო კლინიკური შემთხვევის ფორმულირება წარმოადგენს მკურნალობის გზამკვლევის და გეხმარებათ ისეთი ინტერვენციების დაგეგმვაში, რომლებიც, სავარაუდოდ, ყველაზე სასარგებლო იქნება თქვენი კლიენტისთვის.

## **ქცევითი სტრატეგიები, რომლებიც გეხმარება უნარების განვითარებასა და აქტივობების დაგეგმვაში**

უნარების ჩამოყალიბებასა და აქტივობების დაგეგმვაზე მიმართული ქცევითი სტრატეგიები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საყრდენს წარმოადგენს. წინამდებარე თავში ჩვენ გადავწყვიტეთ გავმიჯნოთ ტრადიციული ქცევითი მეთოდები, რომელთა ძირითად მიზანს დადებითი სტიმულების განმტკიცება და ქცევის ავერსული შედეგების შემცირება წარმოადგენს. ამ სტრატეგიის მთავარი მიზანია პრობლემების დაძლევის თავის არიდების პატერნების შემცირება. მიუხედავად ამ ორ მიდგომას შორის არსებული თანხვედრისა, ლიტერატურაში ისინი მკაფიოდ და გამიჯნული, თუმცა, ზოგჯერ ეს მაინც დაბნეულობას იწვევს. (Farmer & Chapman, 2008; Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980; Martell და სხვ., 2001).

### **ტრადიციული ქცევითი მეთოდები და აქტივობების განრიგის შედგენა**

დაფიქრდით ქცევითი მიდგომის გამოყენებაზე შემდეგ შემთხვევებში:

- კლიენტები აქტიურობის დაბალი დონით.
- კლიენტები, რომლებიც ებრძვიან დაბალ მოტივაციას და ენერგიას, დიაგნოზის მიუხედავად.
- კლიენტები, რომლებიც უჩივიან სიამოვნების შეგრძნების დაკარგვას, დაბალ პროდუქტულობას და დაბალ თვით-შეფასებას.
- კლიენტები, რომლებიც დეპრესიაში არიან (როგორც პირველადი, ასევე მეორადი დიაგნოზის შემთხვევაში).



- კლიენტები, რომლებიც სარგებლობენ შეზღუდული შესაძლებლობის შემწეობით და გამოირჩევიან აქტიურობის და თვით-ეფექტურობის დაბალი დონით.
- კლიენტები ემოციური დისტრესით, რაც გამოწვეულია ქრონიკული დაავადებით ან ტკივილით (იმის გათვალისწინებით, რომ ფიზიკურად ნამდვილად შესწევთ უნარი აიმაღლონ აქტიურობის დონე).

ქცევის აქტივაციის მეთოდები თავდაპირველად დეპრესიის სამკურნალოდ შეიქმნა. დეპრესიული კლიენტების უმრავლესობა, გუნება-განწყობილების ცვლილებას ებრძვის და ასევე ნაკლებ განმტკიცებას იღებს გარემოდან. შემცირებული აქტივობა, თავის მხრივ, დადებითი განმტკიცების ნაკლებობას განაპირობებს, მათ შორის სიამოვნების განცდის დაკარგვას, სოციალური მხარდაჭერის და სოციალური სტიმულების კლებას.

ჩვენ უამრავი კლიენტი გვინახავს, რომლებიც ნაკლებად აქტიურები ხებიან დეპრესიის, შფოთვის, ქრონიკული დაავადების ან ტკივილის გამო. შემცირებული აქტიურობა, როგორც წესი, ასეთი პრობლემების მოკლევადიან „მოგვარებას“ უზრუნველყოფს. თუმცა მოქმედების შემცირება უფრო მეტ პრობლემას წარმოშობს, ვიდრე - აგვარებს. ამ პრობლემებში შედის გუნება-განწყობილების კიდევ უფრო მეტად დაქვეითება, თვით-შეფასების დაქვეითება, თავის არიდებაზე მიმართული ქცევის მატება, მომატებული შფოთვა, იზოლაციის განცდა და პროდუქტულობის დაკარგვა.

დაძლევის ნეგატიური ფორმები შეიძლება გამოწვეული იყოს კონკრეტული ცვლილებებით ქცევაში, როგორცაა: ჭარბი კვება, არასაკმარისი ვარჯიში ან ნივთიერებებზე დამოკიდებულება. დეპრესიის მქონე ადამიანს, რომელიც მთელი დღის განმავლობაში მართა სახლში, აღენიშნება ნეგატიური, თვით-დამამცირებელი ფიქრების მატება და არა კლება. როგორც წესი, შფოთვის მქონე ადამიანს, თავის არიდების ქცევის უფრო მაღალი მაჩვენებელი უვითარდება. ქრონიკული ტკივილისას ინდივიდი ხშირად კარგავს სხეულის ფორმას, არის მჭდომარე პოზაში და ხდება ფიზიკური შეზღუდვის მქონე. მაშინაც კი, როდესაც მათ ახლობლები აფრთხილებენ მოსალოდნელი შედეგების შესახებ და ურჩევენ აქტიურობის დონის გაზრდას, მათ, როგორც წესი, არ შეუძლიათ ამის გაკეთება აქტივობების განრიგის გარეშე. ისინი ხშირად გრძნობენ გადაღლილობას და არ შესწევთ უნარი აკეთონ ის, რაც ადრე მათი ცხოვრების ამრს წარმოადგენდა, ეს კი მათში სირცხვილს და უფრო მეტ ნეგატიურ აფექტურ რეაქციებს იწვევს. ოჯახისთვის შესაძლოა ტვირთად იქცეს მუდმივად სახლში მყოფი ადამიანისთვის ყველაფრის კეთება. ამ ყველაფერს კი, სამწუხაროდ, ინტერპერსონალური და ოჯახური კონფლიქტი მოყვება შედეგად.

ქცევითი აქტივაცია ხშირად გამოყენებადი ტექნიკაა მას შემდეგ, რაც მეცნიერებმა - ფერსტერმა (Ferster, 1973) და ლევინსონმა (Lewinsohn და სხვ., 1980) იგი ჩამოაყალიბეს, როგორც დეპრესიის ბიპევიორული მკურნალობის საშუალება. თავდაპირველი მკურნალობის მიზანი იყო დახმარებოდნენ ადამიანებს, დადებითად განმტკიცებული ქცევების

რაოდენობისა და ხარისხის ამალღებაში. ამ მეთოდს იყენებდნენ ასევე ცხოვრების ნეგატიურ სიტუაციებთან ადაპტური გამკლავებისთვის საჭირო ქცევების გაუმჯობესებისათვის. ასეთი სახის მიდგომის გამოყენება შეიძლება კლინიკური დეპრესიის არ მქონე კლიენტებთან, რომელთაც აქტივობის და განმამტკიცებლების შემცირება აღენიშნებათ. ქცევითი სტრატეგიები შეიძლება გამოყენებულ იქნას თერაპიის ადრეულ ეტაპზე, რადგან ამ სტრატეგიების ტიპური შედეგები გულისხმობს გაუმჯობესებულ გუნება-განწყობილებას და ენერჯის მომატებას. როცა კლიენტი უფრო მეტად ინტერესდება საკუთარი ცხოვრებით და მაქსიმალურად ჩართული ხდება, უფრო ადვილია უნარების დეფიციტისა თუ ნეგატიური აზროვნების პატერნების აღმოჩენა და მათზე მუშაობაც.

მკურნალობის საწყის ეტაპზე მნიშვნელოვანია ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ, შემცირებული აქტიურობა გამონწვეულია დაქვეითებული გუნება-განწყობილებით, ინტერესის დაკარგვით და დაბალი მოტივაციით თუ შფოთვით და თავის არიდებით. თუკი ეს არ გაკეთებულა შეფასების ეტაპზე, ასეთი განსხვავების გასაკეთებლად პირველი ნაბიჯი იქნება კლიენტის აქტივობის განრიგის (სიის) შედგენა თვით-დაკვირვების გზით. აქტივობის ჩასანერად მრავალი სხვადასხვა ფორმა არსებობს, თუმცა საკმარისი იქნება ფურცელი, რომელზეც ჰორიზონტალურ ველში ჩაინერება კვირის დღეები, ხოლო ვერტიკალურ სვეტში საათები დღის სხვადასხვა მონაკვეთის განმავლობაში (იხ. ნახ. 6.1).თუ კლიენტს არ მოწონს ჩანაწერებისთვის ასეთი ფორმალური სახის მიცემა (რაც თავის მხრივ სასარგებლო ინფორმაციაა), იგივე ინფორმაცია შეიძლება შეგროვდეს ნებისმიერი სახის ფურცელზე ძირითადი აქტივობების ჩამონათვალის სახით. თუ თქვენი კლიენტი მოიხმარს ელექტრონულ კალენდარს, შეიძლება მისი ამობეჭდვა ქცევითი პატერნების შესამოწმებლად. და თუ ესეც არ მოხერხდა, შეგიძლიათ დაეყრდნოთ კლიენტის მონათხრობს საკუთარი ქცევის შესახებ, თუმცა გახსოვდეთ, რომ ასეთი მონათხრობი შეიძლება მოექცეს კლიენტის კლინიკური მდგომარეობის, ან სოციალური სასურველობის სურვილის გავლენის ქვეშ (კლიენტმა შეიძლება გითხრათ ის, რის მოსმენაც გსურთ მისი აზრით).

დრო	დღე						
	ორშაბათი	სამშაბათი	ოთხშაბათი	ხუთშაბათი	პარასკევი	შაბათი	კვირა
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
1:00							

2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							

შენიშვნა: ჩამონერეთ თითოეულ საათზე განხორციელებული მნიშვნელოვანი აქტივობა. თუ დაგრჩათ შეგრძნება, რომ ოსტატურად და ბოლომდე შეასრულეთ აქტივობა, მაშინ მის შესაბამის გრაფაში ჩანერეთ ასო-ნიშანი ა (ავტომატურად). თუ აქტივობამ მოგანიჭათ სიამოვნება, მაშინ შესაბამის გრაფაში მიუთითეთ ასო-ნიშანი ს (სასიამოვნო).

**ნბხ. 6.1. თვით-მონიტორინგის განრიგის მაგალითი.**

**ქცევითი აქტივაციის ტექნიკის გზამკვლევი**

ქცევითი აქტივაციის დაწყებისას დარწმუნდით, რომ იწყებთ იქიდან, სადაც კლიენტი რეალურად იმყოფება და არა იქიდან, სადაც მას ჰგონია, რომ არის. იყავით მაქსიმალურად ყურადღებით, რათა თავი აარიდოთ კლიენტის განსჯას აქტიურობის ან არააქტიურობის დონესთან დაკავშირებით. თუკი კლიენტი დღის უმეტეს ნაწილს სანოლში, ღამის პერანგში ან პიჟამოში ატარებს, მნიშვნელოვანია, მან იგრძნოს, რომ შეუძლია თქვენ გამოგიტყდეთ ამაში. ზოგი კლიენტი დაგმობის შიშით უარს ამბობს საკუთარი ყოველდღიური აქტივობების შესახებ საუბარზე. ახლობელი ადამიანებისაგან ისინი ხშირად იღებენ მსგავს რჩევებს -»სხვანაირად მოიქეცი“, „რა უნდა ამის გაკეთებას?!“. ამან შესაძლოა თავი არაადეკვატურად აგრძნობინოს კლიენტს და გაუჩნდეს თვით-კრიტიკული აზრები. ამგვარი პრობლემური ინტერპერსონალური პროცესის თერაპიაში გამეორება ნამდვილად არ მიგვიყვანს ქცევის პოზიტიურ ცვლილებამდე.

განასხვავეთ აქტივობები, რომლებიც უბრალოდ სახალისო და სასიამოვნოა და აქტივობები, რომლებიც ოსტატობის, კომპეტენტურობისა და წარმატების განცდას ბადებს. ზოგ კლიენტს უჭირს ამ განსხვავების გაგება, ამიტომ გამოიყენეთ მათი ცხოვრებისეული მაგალითები. სასიამოვნო აქტივობების მაგალითები შესაძლოა იყოს მასაჟი, შოკოლადის ჭამა, ტელეგადაცემის ყურება, გასართობი რომანის ან ჟურნალის კითხვა. არსებობს სასიამოვნო აქტივობების ჩამონათვალი, როგორცაა, მაგ.,

«სასიამოვნო მოვლენების ცხრილი» (MacPhillamy & Lewinsohn, 1982). ზოგიერთ ასეთ აქტივობას სიამოვნების გარდა შეიძლება ჰქონდეს სხვა მიზანიც, როგორცაა რელაქსაცია, ან ყურადღების კონცენტრაციის გაუმჯობესება. ოსტატობის აქტივობების მაგალითები ძირითადად მოიცავს 10 წუთიან ვარჯიშს, ნოყიერი საუზმის მომზადებას, ერთი წყება სარეცხის გარეცხვას, გადასახადის გადახდას, ან თერაპიული დავალების შესრულებას. ბევრ აქტივობაში ერთიანდება როგორც სიამოვნება, ისე ოსტატობა, როგორცაა, მაგალითად, მეგობართან დარეკვა, პატარა ბავშვებთან თამაში, შემეცნებითი ტელეგადაცემის ყურება ან პიკნიკის ორგანიზება.

მიუხედავად იმისა, რომ სიამოვნებისა და ოსტატობამდე მიყვანილი აქტივობები ჩვეულებრივ განიხილება და გამოიყენება კლიენტის ქცევითი მახასიათებლების კონტექსტში, გახსოვდეთ, რომ ქცევათა სხვა კატეგორიების მონიტორინგისა და განრიგის შედგენაცაა შესაძლებელია სხვა შემთხვევებში (Farmer & Chapman, 2008). მაგალითად, თუ თქვენს მიერ შემუშავებული შემთხვევის ფორმულირებისას იკვეთება, რომ თქვენი კლიენტის განწყობის მნიშვნელოვან დეტერმინანტს სოციალური ქცევები წარმოადგენს, მაშინ შეგიძლიათ დააკვირდეთ კლიენტის ცხოვრებაში სოციალური მოვლენების სიხშირეს და შეადგინოთ ასეთი მოვლენების განრიგი. ამგვარად თქვენ შეამოწმებთ, რა გავლენას ახდენენ ისინი თქვენი კლიენტის განწყობასა და ზოგად ფუნქციონირებაზე. უფრო მეტიც, ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ქცევითი მონიტორინგი და განრიგის შედგენა ქცევათა ნებისმიერ კლასთან დაკავშირებით შეიძლება იქნას გამოყენებული.

კლიენტთან ერთად შექმენით მარტივი, კონკრეტული აქტივობების სია. თუ კლიენტს არ შეუძლია მოიფიქროს შესაძლო აქტივობა, რასაც გააკეთებს, მაშინ ჰკითხეთ, რისი გაკეთება სიამოვნებდა წარსულში. ზოგ კლიენტს შეუძლია წარმოიდგინოს რა იქნებოდა სხვისთვის სასიამოვნო, ამდენად, ეს შეკითხვა სავარაუდოდ დააფიქრებს იმაზე, რისი გაკეთება შეიძლება მის შემთხვევაშიც. შეიძლება სასარგებლო იყოს გაკეთდეს იმ 10 წუთიანი აქტივობების ჩამონათვალი, რომლებიც ხელმისაწვდომია და შესრულებადია კლიენტის სახლში. გულისხმიერად მოეკიდეთ კლიენტის წინაშე არსებულ ბარიერებს, როგორცაა ხარჯები და ფიზიკური მისაწვდომობა. მაგალითად, ნაკლებ წარმატებული შეიძლება იყოს ქალაქის მეორე ბოლოში განთავსებულ სპორტულ დარბაზში ფასდაკლების პროგრამაზე ჩანერა. მოიქეცით ისე, რომ კლიენტმა მოკლე, ადვილი და ამავდროულად წარმატებული ნაბიჯები გადადგას. აღრიცხეთ და შეაფასეთ მისი აქტივობები მანამ, სანამ ჩვევაში არ გადაუვა. დაეყრდენით თითოეულ წინამორბედ ნაბიჯს. თითოეული ნაბიჯი ცოტათი უფრო რთული უნდა იყოს ვიდრე კლიენტს ჰგონია, რომ შეძლებს, მაგრამ არ უნდა იყოს იმდენად გართულებული, რომ კლიენტს გაუჭირდეს მისი შესრულება; ამგვარად, ნებისმიერი მოცემული ნაბიჯის შესრულება კლიენტის მიერ აღიქმება, როგორც წარმატების მიღწევა. სიტყვიერად განამტკიცეთ კლიენტის ძალისხმევა და თუ შესაძლებელია, სთხოვეთ კლიენტს, პოზიტიური მოსაზრებები გამოთქვას საკუთარ ძალისხმევასთან

დაკავშირებით. ეცადეთ წახალისოთ კლიენტი, ბიჰევიორული დავალების შესრულებასთან დაკავშირებით მოახდინოს შინაგანი ატრიბუცია. სთხოვეთ კლიენტს წარმატება შეაფასოს არა შედეგების, არამედ ძალისხმევის მიხედვით. ეს გზამკვლევი გამოსადეგია ქცევითი ცვლილების ნებისმიერი სტრატეგიის შემთხვევაში.

ვიდრე რომელიმე ქცევით დავალებაზე შეთანხმდებით, შეეცადეთ დარწმუნდეთ, რომ კლიენტს გააჩნია ამ აქტივობის განხორციელებისთვის საჭირო უნარები და რესურსები. ერთ-ერთ პრაქტიკოსს ჰყავდა კლიენტი, რომელიც, თერაპიის დაწყებამდე რამდენიმე წლის განმავლობაში არიდებდა თავს საგადასახადო დეკლარაციის შევსებას. ამ კლიენტს მეუღლე ყავდა გარდაცვლილი. მას ისიც კი არ შეეძლო, რომ მოეძებნა და დაეხარისხებინა გადასახადებთან დაკავშირებული დოკუმენტები. როცა ამის გაკეთება სცადა, ემოციურად ძალიან დაიძაბა და ფინანსური კრაზი იწინასწარმეტყველა. მისი მეუღლის გარდაცვალებით გამოწვეული მწუხარება, როგორც ჩანს, ვერ იქნა დაძლეული ადრე გავლილი ფსიქოლოგიური კონსულტირებისას. საგადასახადო პრობლემების მოსაგვარებლად, ამკარად გამოიკვეთა სხვა მიდგომის საჭიროება, რაც გულისხმობდა დახმარების თხოვნას მისი ქალიშვილისთვის და საგადასახადო კონსულტანტის მომსახურებით სარგებლობას. მას შემდეგ, რაც კლიენტმა შეძლო პროცესის დაწყება და გარკვეული პრაქტიკული დახმარებაც მიიღო, მნიშვნელოვნად გაიზარდა მისი ოსტატობისა და კომპეტენტურობის გრძობა და საბოლოოდ შეძლო დეკლარაციების შევსება.

კლიენტებისთვის, რომლებსაც მკვეთრად აქვთ გამოხატული უმოქმედობა და ისეთი სიმპტომები, რომლებიც გავლენას ახდენს მათ მოტივაციაზე და ენერჯის დონეზე, გამოიყენეთ ისეთი აქტივობები, რომლებიც სავარაუდოდ დაეხმარება კლიენტს წარმატების შანსების გაზრდაში. ზოგჯერ კლიენტი აცხადებს, რომ უფრო აქტიური გახდება, როცა მოტივაცია და ენერჯია მოემატება. ასეთ დროს შეიძლება აუხსნათ, რომ მოტივაცია და ენერჯია ქცევითი აქტივაციის შედეგია. ამ მოსაზრების თაობაზე კამათის ნაცვლად, კლიენტის აზრები გამოიყენეთ, როგორც ქცევით ექსპერიმენტში მისი ჩართვის შანსი. გააკეთეთ ისე, რომ მან თავად შეადგინოს დავალება, შეამოწმეთ მისი განხორციელება და ის, გრძობენ თუ არა მეტ ან ნაკლებ ენერჯიას.

დასაწყისისთვის ქცევით დავალებად შეიძლება გამოდგეს ის, რომ კლიენტი დავითანხმობთ დაგეგმილი აქტივობების ოჯახის წევრთან ან მეგობართან ერთად შესრულებაზე სახლის გარეთ. ზოგადად, ადამიანები უფრო ადვილად თანხმდებიან აქტივობების შესრულებაზე, როცა ვინმე ელოდებათ. ითანამშრომლეთ კლიენტთან და თერაპიული შეხვედრები დაგეგმეთ დილით, თუ კლიენტს პრობლემები აქვს დღის დასაწყისში. საშინაო დავალება დაიწყეთ სესიის დროს, ან სთხოვეთ კლიენტს დაგეგმოს ერთ-ერთი დავალების შესრულება სესიის დამთავრებისთანავე. შესაძლებლობის შემთხვევაში, გამოიყენეთ თემში არსებული ისეთი რესურსები, როგორცაა თვით-დახმარების ჯგუფები ან თავისუფალი დროის



პროგრამები. ზოგ შემთხვევაში, შეიძლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პირებისთვის განკუთვნილი დღის პროგრამები ან კლუბებიც კარგი არჩევანი იყოს. კლუბების განვითარების საერთაშორისო ცენტრის ვებ-გვერდზე ([www.iccd.org/clubhousedirectory.aspx](http://www.iccd.org/clubhousedirectory.aspx)) მოცემულია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში არსებული ცენტრების სია. ეს ცენტრები შეიძლება ძალიან მოსახერხებელი იყოს დღის რეჟიმის მოსაწესრიგებლად, ასევე სხვა სოციალური დახმარების გასაწევად. მაგრამ ისინი ყველაზე სასარგებლოა იმ კლიენტებისათვის, რომლებსაც მძიმე ან ქრონიკული ფსიქიკური პრობლემები აქვთ. ბევრი კლიენტისთვის შეიძლება ძალიან სასარგებლო აღმოჩნდეს ყოველკვირეულად რამდენიმე საათიანი მობალისედ მუშაობის გამოცდილება, რამაც შეიძლება უკეთეს დღის განრიგამდე, პროდუქტულობამდე და თვით-ეფექტურობამდე მიგვიყვანოს.

პირობითი შეთანხმება (contingency contracting) სასარგებლო იქნება კლიენტისთვის, რომელსაც უჭირს რაიმე კონკრეტული დავალების დასრულება. ამ პროცედურის დროს კლიენტი თანხმდება შეასრულოს დავალება რაიმე კონკრეტული პირობის ან შედეგის სანაცვლოდ. კონტრაქტი თქვენსა და თქვენს კლიენტს შორის, ან კლიენტსა და მისი ნდობით აღჭურვილ მეგობარს შორის შეიძლება შედგეს ზეპირი ან წერილობითი ფორმით. მის ერთ-ერთ კომპონენტად შეიძლება გამოყენებულ იქნას თვით-დაჯილდოება, რომელიც მიცემული დავალების დასრულებას მოყვება. აღნიშნული სტრატეგიები გამოიყენეთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ფიქრობთ, რომ კლიენტი შეძლებს სათანადო კონტროლის განხორციელებას მათ ეფექტურად შესრულებაზე. ბევრ ნაკლებად აქტიურ ადამიანს აქვს მიდრეკილება, განურჩევლად ყველაფრისათვის დაჯილდოვოს საკუთარი თავი (მაგ., არაჯანსაღი საკვებით ან ტელევიზორთან განუსაზღვრელი დროის გატარებით), ხოლო შემდეგ თავი დამნაშავედ იგრძნოს ამის გამო. დარწმუნდით, რომ განმტკიცება თავად საშინაო დავალების ინტენსივობის შესაბამისია.

ოსტატობის აქტივობები ხშირად უფრო მნიშვნელოვანი და სასარგებლოა, ვიდრე უბრალოდ სასიამოვნო აქტივობები. მიუხედავად იმისა, რომ სასიამოვნო აქტივობები შეიძლება დროებით ამაღლებდეს განწყობას, ოსტატობის აქტივობები ქმნის არა მხოლოდ ამაღლებულ განწყობას, არამედ აუმჯობესებს თვით-ეფექტურობას. მათი დასრულების შემდგომ, სავარაუდოდ, კლიენტი უფრო მეტად ახდენს წარმატების საკუთარ თავთან ატრიბუციას და თვით-კონტროლის გაცილებით მეტი გრძნობა უჩნდება; გარდა ამისა, ის უფრო ადვილად ასრულებს ისეთ საჭირო პატარა დავალებას, როგორცაა გადასახადის გადახდა ან სატელეფონო ზარის განხორციელება. აღნიშნული დავალებებიდან რამდენიმეს შესრულება თანდათანობით შეამცირებს კლიენტის გადაღლის გრძნობას.

ყოველკვირეულად თავიდან გადააფასეთ პროგრესი, დაამატეთ ნაბიჯები და სხვა სტრატეგიები, რომლებიც აღნიშნული გეგმებით კლიენტის შემთხვევის ფორმულირებაში. ზოგ კლიენტს ქცევითი აქტივაციის დაწყებისთვის 2-3 კვირაზე მეტი დრო სჭირდება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც კლიენტს აქვს ღრმა დეპრესია ან ქრონიკული უმოქმედობის

პატერნი. მას შემდეგ, რაც თერაპიაში სხვა სტრატეგიაზე გადახვალთ, დარწმუნდით, რომ თქვენი კლიენტი აგრძელებს აქტიურობას.

## უნარების სწავლება და პრაქტიკა

არსებობს ისეთი უნარები, რომელთა სწავლებაც შეიძლება კოგნიტურ-ბიჰევიორული სესიების დროს. იგულისხმება, რომ ინფორმაციას მივანვდით კლიენტს თერაპიის ფსიქო-განათლების ნაწილში. უნარების დასწავლაზე დაფიქრება შემდეგ კლიენტებთან დაგვირდებათ:

- კლიენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ უნარების დეფიციტი ისეთ სფეროში, რომელშიც თქვენ შეგიძლიათ ტრენინგის ჩატარება (მაგ., რელაქსაციის ან კომუნიკაციის უნარები). კომუნიკაციის უნარების სწავლება ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ქცევითი ელემენტია თერაპევტის ინსტრუმენტთა შორის (იხ. ქვემოთ);

- კლიენტები, რომლებიც შფოთავენ საკუთარი უნარების გამო, მათთვის შეიძლება სასარგებლო იყოს დამატებითი პრაქტიკა, უკუკავშირი, და გენერალიზება. ამგვარი მიდგომა მათ უნარების მოქნილად გამოყენებასა და თავდაჯერებულობის გაუმჯობესებაში დაეხმარებათ;

- კლიენტები, რომლებიც განიცდიან ისეთი უნარების დეფიციტს, რომლებიც უკავშირდება მათ ძირითად პრობლემას (მაგ., კლიენტს აქვს მანქანის მართვის ფობია და ეჭვი ეპარება საკუთარ უნარებში). თქვენ, ცხადია ასეთ შემთხვევაში ვერ განახორციელებთ ტრენინგს. შესაბამისი მომსახურების მისაღებად უმჯობესია მიმართოთ ინსტრუქტორს, რომელიც გაგებით მოეკიდება თქვენი კლიენტის პრობლემებს.

- სხვა უნარები, რომლებიც დასწავლადია, მათ შორის რელაქსაციის, გაცნობიერებელი მიმდებლობის მედიტაციის (ჩვეულებრივ გამოიყენება რელაქსაციის პრევენციის დროს, იხ. თავი 9) და პრობლემების გადაჭრის უნარები (იხ. თავი 5).

## კომუნიკაციის უნარების ტრენინგი

ტრენინგები კომუნიკაციის უნარების დასწავლა, სოციალური უნარების დასწავლა სინონიმებად გამოიყენება. ამგვარ ინტერვენციებს კვლევისა და პრაქტიკული გამოყენების დიდი ხნის ისტორია აქვს და საჭიროების დროს ფართოდ გამოიყენება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტების მიერ.

სოციალური უნარების აშკარა დეფიციტს შეიძლება სხვადასხვა მიზეზი ჰქონდეს, ამიტომ მნიშვნელოვანია ისინი წარმოშობისთანავე შევადგათ და გავაცნობიეროთ. ზოგი კლიენტი უნარების ნაკლებობას განიცდის და შეიძლება არც წარსულში ჰქონია ინტერპერსონალური ან სოციალიზაციის ადეკვატური გამოცდილება. მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა კლიენტს

ზოგ სიტუაციაში ან ადამიანთან შეუძლია სოციალური უნარების კარგად გამოვლენა, გამორიცხული არ არის, რომ გარკვეულ ადამიანებთან ენა დაებათ და კომუნიკაცია ვერ განახორციელონ. ამგვარ სირთულეს შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს თანამდებობის პირებთან, პოტენციური რომანტიკული ინტერესის ობიექტთან, ან საჯარო გამოსვლისა და კონფლიქტური სიტუაციის დროს. აქედან გამომდინარე, მათთვის მთავარ ბარიერს უნარების არქონაზე მეტად, შფოთვა ან გარკვეული სახის ნეგატიური პროგნოზები წარმოადგენს (მაგ. “სხვებს არ მოეწონებ, ან გამიბრაზდებიან”). ძნელია ერთმანეთისაგან განასხვავო ინტერპერსონალური უნარების დეფიციტი და შფოთვა, რომელიც გავლენას ახდენს სოციალური ექსპრესიაზე. სიტუაცია განსაკუთრებით რთულდება მაშინ, თუ კლიენტს ამ პრობლემების კომბინაცია აღენიშნება.

სოციალური უნარის სწავლებასა და პრაქტიკული გავარჯიშების შეთავაზებაში არსებობს მნიშვნელოვანი სარგებელი და შედარებით მცირე რისკებიც. ზოგიერთი პრაქტიკული სავარჯიშოს გამოყენება შესაძლებელია უნარების დამატებით შეფასებისთვის, ასევე კლიენტის სოციალური თავდაჯერებულობის და გამოცდილების გაზრდისთვის. ზოგ კლიენტს შეიძლება ქაოსური წარსულის, ბავშვობაში ან მოზრდილობაში გადატანილი მძიმე დაავადების (ფსიქიკური ან ფიზიკური), ხანგრძლივად განხორციელებული თავის არიდების ქცევის, ან დაბალი “სოციალური ინტელექტის” გამო აკლდეს კომუნიკაციის ბაზისური უნარები. ეს მათ გულგრილს ხდის ზოგიერთი სოციალური სტიმულის ან არაპირდაპირი უკუკავშირის მიმართ. უფრო რთულ შემთხვევებში კლიენტს შესაძლოა ჰქონდეს შიზოფრენია ან ასპერჯერის სინდრომი, რაც პირდაპირ გავლენას ახდენს სოციალური სტიმულების გადამუშავების და სოციალური ადევკატურობის უნარზე. ასეთი კლიენტებისთვის სასარგებლო იქნება ბაზისური სოციალური უნარების სწავლება და პრაქტიკული გავარჯიშება.

კომუნიკაციის უნარების სწავლებაში შედის ბაზისური ვერბალური უნარების დასწავლა და პრაქტიკული გავარჯიშება, მაგ., როგორ დაიწყონ საუბარი, როგორ ჩაერთონ “ჭორაობაში” ან ზერეულე საუბრებში, გადავიდნენ თემიდან თემაზე და დასვან ან უპასუხონ შეკითხვებს. ასეთი ტრენინგი ასევე მოიცავს კომუნიკაციის ისეთი უნარების განვითარებას, როგორიცაა: საუბრის ტემპის კონტროლი, ხმის სიმაღლის მოდულაცია, ისეთი გარემო ან ჩვეული ვოკალური წამოძახილების აღმოჩენა და შემცირება, როგორიცაა “მმმ”, ან “აჰჰ”. გარდა ამისა, კომუნიკაცია მოიცავს ხმის ინტონაციასაც, რასაც შეუძლია გაამჟღავნოს მოსაუბრის ემოცია და განზრახვა (მაგ., დაკითხვის ან დადანიშაულების ტონი). კომუნიკაციის უნარების სწავლება შეიძლება ასევე მოიცავდეს სხეულის ენის სათანადოდ გამოყენებასაც, როგორიცაა ფიზიკური მანძილი, სახის გამომეტყველება, ხელების მოძრაობა და აქსესები. ძალიან ბევრი ადამიანი საერთოდ არ იცნობს საკუთარი ჩვეული და ავტომატური კომუნიკაციის პატერნებს. # 6.1. ცხრილში მოცემულია სოციალური უნარების გავარჯიშებისთვის საჭირო ტექნიკათა ჩამონათვალი, რომლებიც შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც ინდივიდუალურ, ისე ჯგუფურ სესიებზე.

კლიენტებს, როგორც წესი, ადევკატური ბაზისური უნარ-ჩვევები აქვთ, მაგრამ ძალისხმევა სჭირდებათ “უფრო რთული” უნარების შესაძენად, როგორცაა ასერტული კომუნიკაცია და კონფლიქტების მოგვარება. შესაძლოა სირთულეს წარმოადგენდეს ინტიმურ პარტნიორთან კომუნიკაციაც, რადგან ის ასოცირდებოდეს დაუცველობის, შიშის მომგვრელ გრძნობებთან. ასეთი გრძნობები კლიენტებს სირთულეებს უქმნის ურთიერთობებში არსებული პრობლემების მოგვარებაში.

### **ცხრილი 6.1. სოციალური უნარების სავარჯიშოების ჩამონათვალი**

1. მოსმენის უნარი - გულისყურით მოსმენა (attending) და დამახსოვრება.
2. მოსმენის უნარი - თემის გადატანა (საუბრის შეწყვეტის გარეშე).
3. მოსმენის უნარი- რა არის პერფორმირება?
4. თვით-გახსნის (self disclosure) უნარი - რას ნიშნავს სათანადო თვითგახსნა? რა არ არის თვით-გახსნა?
5. მოქნილობის სავარჯიშო - ვინმეს გაცნობის სხვადასხვა ფორმაზე დაფიქრება, სთხოვეთ ვინმეს წამოგყვეთ ყავის დასალევად, მოითხოვეთ რამე სადმე შესვლისას და ა.შ.
6. ადამიანების ჯგუფის გაცნობა - სახელების დამახსოვრებაში ვარჯიში.
7. როგორ გავუმკლავდეთ სოციალურ გარემოში „გონების დაბნელებას“?
8. სოციალურ სიჩუმესთან გამკლავება - სიჩუმის პრაქტიკა და ხანგრძლივობა.
9. რამდენიმე ადამიანის წინაშე საუბარი.
10. სხულის ენის ცოდნა/გააზრება.
11. ხმისა და ინტონაციის ცოდნა/გააზრება.
12. ვოკალური მანერების ცოდნა/გააზრება.
13. სხვა ადამიანისთვის თხოვნით მიმართვა.
14. “არას” თქმა.
15. კომპლიმენტების მიღება და “გაცემა”.
16. კრიტიკის მიღება და “გაცემა”.
17. შევითხვების დასმა სხვადასხვა ვითარებაში.
18. რთულ ადამიანებთან კონტაქტი (მაგ., კრიტიკოსი, გაბრაზებული, უარყოფელი, დამადანაშაულებელი).
19. ტელეფონით დარეკვა და ხმოვანი შეტყობინების დატოვება.
20. მოწვევები ფართო წრეში, ვინმეს პაემანზე დაპატიჟება.
21. სამსახურებრივი გასაუბრების უნარ-ჩვევები.

22. აქტივობის განხორციელება სხვა ადამიანების თანდასწრებით (მაგ., წერა, ჭამა, ცეკვა).
23. კონფლიქტებთან გამკლავება.
24. პასიურ-აგრესიულ ადამიანებთან გამკლავება.
25. ემოციურ რისკზე წასვლა.
26. გამიზნული შეცდომების დაშვება.
27. საკუთარი თავის და სხვების არასრულყოფილების მიმდებლობა.
28. შემწყნარებლობა - სხვა ადამიანების შეცდომების მიმართ ტოლფერანტობის გამოხატვა.
29. თანაგანცდა (ემპათია) - საკუთარი თავის სხვის ადგილას დაყენება.

ცოტა რამ შეიძლება იყოს აბსოლუტურად “სწორი” ან “მცდარი” კარგ და ეფექტურ კომუნიკაციაში. არსებობს სოციალურ ექსპერსიათა დიდი მრავალფეროვნება სხვადასხვა კულტურის, ასაკობრივი ჯგუფების, სამუშაო გარემოს მიხედვით. ჩვენ შევხვედრივართ მომხიბლავ და საინტერესო ადამიანებს, რომლებსაც “უცნაური” სოციალური ჩვევები აქვთ. ის, რაც ჩვენ, როგორც თერაპევტებს შეიძლება გვჭეროდეს, რომ სწორია (მაგ., “მნიშვნელოვანია გულდია და პირდაპირი კომუნიკაცია, და სხვების მიმართ ყოველთვის პატივისცემით მოპყრობა”), ყოველთვის ეფექტური ვერ იქნება რეალურ სიტუაციაში.

ცხადია, ვიცნობთ ადამიანებს, ვისაც სოციალური უნარების შედარებით შეზღუდული სპექტრი აქვთ ან არაადაპტური სოციალური უნარები აქვთ, თუმცა ისინი თავს საკმაოდ კარგად გრძნობენ საკუთარ გარემოში. სამწუხაროა, მაგრამ ფაქტია, რომ ზოგიერთ სოციალურ სიტუაციაში, მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება აგრესიული ქცევითი პატერნით უფრო ადვილად ხდება, ვიდრე ასერტული ქცევით. მაგალითად, მომხმარებელს, რომელიც მაღაზიაში ხმამაღლა გამოთქვამს პრეტენზიებს, შეიძლება უკეთ მოემსახურონ, ვიდრე პატივისცემის გამომხატველ, მშვიდ ადამიანს. ჩვენ, როგორც წესი, გახსნილი ვართ ჩვენი კლიენტების მიმართ და ვაცხადებთ, რომ გაგვაჩნია გარკვეული შეხედულებები და ღირებულებები იმასთან მიმართებაში, თუ რა არის კარგი სოციალური უნარები. ასევე მიგვაჩნია, რომ გონივრულია სხვებისგან მრავალფეროვანი მოსაზრებებისა და უკუკავშირის მიღება ამ თემასთან დაკავშირებით. ერთ-ერთი თერაპევტის კლიენტი მამაკაცები, რომლებიც სამშენებლო ობიექტებზე უნიფორმებში გამოწყობილი მუშაობდნენ, თერაპევტის ფრაზებს (“ვამჭობინებდი, თუკი...”, “გული მტკივა, როცა . . .”) საკმაოდ სასაცილოდ მიიჩნევდნენ. მამაკაცები ამბობდნენ, რომ კომუნიკაციის ასეთი სტრატეგიის გამოყენების შემთხვევაში, მათ აუცილებლად აიგდებდნენ მასხრად. ხშირად, თერაპევტს და კლიენტს ერთად შეუძლიათ კომპრომისის მიღწევა. ასეთი დისკუსია იძლევა გარკვეულ რეფლექსიისა და ისეთი ვარიანტების შერჩევის საშუალებას, რომელიც კლიენტს დაეხმარება გარემოსთან კომუნიკაციის ოპტიმალური გზების დასახვაში.



ჯგუფური მუშაობა განსაკუთრებით სასარგებლოა ნებისმიერი სახის სოციალური უნარ-ჩვევების სწავლებისთვის. თუ თქვენი კლიენტი მოკლებულია ელემენტარულ უნარ-ჩვევებს, ნამდვილად შეუძლია სარგებელი მიიღოს კომუნიკაციის უნარების განსავითარებელ ჯგუფებში ჩართვით., იფიქრეთ მის ჩართვაზე სოციალური უნარებისა თუ ასერტიულობის ტრენინგის ჯგუფში. ეს იქნება ინდივიდუალური თერაპიის დამხმარე აქტივობა. მიუხედავად იმისა, რომ ინდივიდუალურმა თერაპევტმა შეიძლება უზრუნველყოს კარგი უკუკავშირი, გასცეს რჩევები და შესთავაზოს კლიენტს პრაქტიკული უნარების გამომუშავების ვარიანტები, ჯგუფში ჩართული სხვა კლიენტები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ სწორედ ამ თვალსაზრისით. ჯგუფს გააჩნია მთელი რიგი სხვა სარგებელიც, როგორცაა სხვებისათვის უკუკავშირის მიცემის შესაძლებლობა, შეგრძნება, რომ ადამიანი არ არის მარტო ან არ განსხვავდება სხვებისგან. ჯგუფში ასევე შეიძლება შეიქმნას სხვადასხვა სახის პრაქტიკული შესაძლებლობებიც, მაგალითად, სოციალურ გარემოში როლური თამაშის სახით ან ადამიანთა ჯგუფის წინაშე სიტყვით გამოსვლით. #6.2 ცხრილში მოცემულია სოციალური უნარების სწავლების ზოგიერთი მეთოდი.

## **ცხრილი 6.2. სოციალური უნარების სწავლების მეთოდები და სტრატეგიები**

1. გამოიყენეთ ფსიქო-განათლების მასალები (მაგ., McKay, Davis, & Fanning, 1995, ზოგადი კომუნიკაციის უნარების შესახებ; Paterson, 2000, ასერტიული კომუნიკაციისთვის);
2. გამოავლინეთ პრობლემური უნარები შეფასებისა და დაკვირვების საფუძველზე;
3. კლიენტს შესთავაზეთ კონკრეტული ვერბალური უკუკავშირი, მიანოდეთ კონკრეტული მაგალითები, უპირატესად კი - სესიების დროს პირდაპირი დაკვირვების შედეგად მოპოვებული მაგალითები;
4. მიუთითეთ პრობლემური უნარების შედეგებზე (მაგ., “მე საუბრიდან გარიყულად ვგრძნობ თავს, როცა თქვენ თავს არიდებთ ჩემთან თვალთ კონტაქტს”; “შევამჩნიე, რომ როცა თქვენ მოუსვენრად ამოდრავებთ ხელებს, მე ყურადღება მეფანტება და ველარ ვიგებ რას ამბობთ”).
5. იმსჯელეთ სხვა ვარიანტებზე, კონკრეტული შეთავაზების მიწოდებით (მაგ., “შეგიძლიათ სცადოთ სამი წინადადების დანყება სიტყვებით: ვგრძნობ, რომ . . . ან ვფიქრობ, რომ . . .?”; “სცადეთ პაუზის გაკეთება და მოცდა ვიდრე შემდეგ კითხვაზე გიპასუხებთ”)
6. გამოიყენეთ ვიდრო უკუკავშირი თუკი ასეთი რამ შესაძლებელია. ჩაინერეთ ვიდროზე მოკლე სიუჟეტი, რომელშიც ვლინდება პრობლემური ქცევა და მიეცით კლიენტს საშუალება, დააკვირდეს საკუთარ თავს. ბევრ კლიენტს აშფოთებს საკუთარი თავის ცქერა, მაგრამ, ამავე დროს შესაძლებელი ხდება უშუალო, ნაბიჯ-ნაბიჯ უკუკავშირის

დამყარება. ამ გზით კლიენტებს შესაძლებლობა აქვთ დაინახონ, ზუსტად რას გულისხმობთ და სავარაუდოდ უფრო მეტად შეძლებენ ქცევის შეცვლას. ვიდეო უკუკავშირი ასევე გამოიყენეთ ცვლილებების მცდელობისთვის, რათა გააძლიეროთ და სრულყოფილი გახადოთ კლიენტის ძალისხმევა. ციფრული კამერები და მონიტორები მნიშვნელოვნად ხელმისაწვდომს ხდის ჩანერის პროცესს. დაარწმუნეთ კლიენტები, რომ ჩანანერი ნაიშლება სესიის დამთავრებისთანავე, გარდა იმ შემთხვევისა, თუკი ისინი თანახმა იქნებიან მასალა მოგვიანებით გამოყენებულ იქნას კვლევებში, ტრენინგებში და სუპერვიზიისას.

7. გამოიყენეთ მოდელირება. განასხვავეთ ოსტატობისა და გამკლავების ქცევის მოდელები. სავარაუდოდ, კლიენტები დადებითად რეაგირებენ თერაპევტზე, რომელსაც არ აქვს სრულყოფილი უნარები, მზად არის დაუშვას შეცდომა. გარდა ამისა, კლიენტები უფრო ადვილად იწყებენ მოქმედებას, როცა ხედავენ არა ექსპერტულ, მაგრამ გარკვეულწილად კომპეტენტურ მოდელს. კლიენტები აფასებენ თერაპევტს, რომელიც რისკავს სესიების დროს; ასეთი ქმედება მათთვისაც აადვილებს რისკის განვებას.
8. მიანოდეთ ვრცელი, მაგრამ გულწრფელად პოზიტიური უკუკავშირი და ცვლილებისთვის საჭირო კონკრეტული რჩევები. როგორც წესი, შესაძლებელია დადებითი და კონკრეტული უკუკავშირის მიწოდება ისეთი კლიენტებისთვისაც კი, რომლებიც სოციალურად საკმაოდ გარიყულები არიან.
9. სხვადასხვა სახით გამოიყენეთ როლური თამაშის სავარჯიშოები, მაგ., როცა კლიენტი მოირგებს “ექსპერტის” ან მისგან სრულიად განსხვავებული სოციალური უნარის მქონე პირის როლს. მაგალითად, ძალიან მორცხვმა და მშფოთვარე კლიენტმა შეიძლება გარკვეულწილად თავისუფლად იგრძნოს თავი აგრესიული, მყვირალა პირის როლის შესრულებისას. ნაკლებსავარაუდოა, რომ კლიენტს როლის შეუსაბამო ქცევა ჰქონდეს და შეიძლება საინტერესო იყოს ასეთი სახის სავარჯიშოს მოსინჯვა. გაცვალეთ როლები და თქვენ შეასრულეთ კლიენტის როლი. სცადეთ სხვადასხვა სახის რეაგირება ისე, რომ კლიენტმა დაინახოს როგორ გამოიყურება ცვლილება. იყავით მოქნილი და სავარჯიშოებს მიუდევით, როგორც გართობას. შექმენით ისეთი ატმოსფერო, რომ კლიენტს აგრძნობინოთ მხარდაჭერა და ნახალისოთ რისკის გასაწვად.
10. წახალისეთ რისკის განვება და ძალისხმევა და არა სრულყოფილება. აჩვენეთ კლიენტს, რომ ადამიანების უმრავლესობა თბილად იღებს სხვების ძალისხმევას, მაგრამ გარკვეულ შიშს გრძნობს ექსპერტებთან მიმართებაში. სასარგებლო სავარჯიშო იქნებოდა იმ ცნობილი სახეების იდენტიფიცირება, რომელთა სოციალურ უნარებსაც კლიენტი პატივს სცემს, შემდეგ კი დაეხმარეთ კლიენტს დაადგინოს პატივისცემის მიზეზი. ხშირად აღმოჩნდება ხოლმე, რომ აღფრთოვანების მიზეზი არ არის სრულყოფილი უნარები. შესაძლოა განსჯის საგანი გახდეს

ცნობილი ადამიანების სხვა პოზიტიური თვისებები და სოციალური სასურველობის უფრო ფართო პერსპექტივები გამოჩნდეს.

11. ნახალისეთ ხანმოკლე მიზნების, ნაბიჯების დასახვა საშინაო დავალებების შესასრულებლად. ყოველ ჯერზე სცადეთ თითო უნარის გავარჯიშება და დააკვირდით შედეგებს. მაგალითად, “ამ კვირაში სამსახურში ყოველდღე, დღეში სამჯერ ივარჯიშეთ თანამშრომლებთან მზერიით კონტაქტის გახანგრძლივებასა და გაღიმებაში. დაითვალეთ, რამდენი ადამიანი გაგიღიმებთ საპასუხოდ”).
12. სოციალური უნარების გავარჯიშება ბევრ შესაძლებლობას იძლევა ისეთი ქცევითი ექსპერიმენტებისთვის, როგორცაა ზემოთ აღწერილი სავარჯიშოები. ასეთი ექსპერიმენტები მხოლოდ სოციალური უნარების გავარჯიშებას კი არ უწყობს ხელს, არამედ ზოგიერთი კლიენტის აზრების ეჭვქვეშ დაყენების, კრიტიკულად შეფასების შანსსაც იძლევა. (იხ. თავი 7).

თერაპიის დროს გამოვლენილი სხვა უნარების დეფიციტი შეიძლება ეხებოდეს პრობლემების მოგვარების უნარს (იხ. თავი 5), დროის მართვას, ძილის ჰიგიენას, ნუტრიციული საკვების შესახებ ცოდნას, ვარჯიშის ჩვევას, ან ჯანსაღი ცხოვრების წესს. თერაპევტები არ არიან ექსპერტები ყველა ამ სფეროში. თუ თქვენს წინაშე ასეთი პრობლემა დადგა, ზოგადად გირჩევთ მოიპოვოთ თემასთან დაკავშირებული პროფესიული მასალა, კონსულტაცია გაიაროთ პროფესიონალებთან, ვისაც შესაძლოა ჰქონდეს ასეთი ცოდნა და განიხილეთ თქვენს თემში არსებული სხვა რესურსების გამოყენებაც. ინტერნეტში წარმოდგენილია იდეების ურიცხვი მრავალფეროვნება, თუ როგორ ვმართოთ სხვადასხვა სახის ქცევითი პრობლემა. თუკი ამ წყაროს გამოიყენებთ, დარწმუნდით, რომ ინტერნეტში განთავსებული მასალების ავტორები სანდონი არიან.

*სებასტიანს დიდი დრო არ დასჭირვებია იმის გასაცნობიერებლად, რომ მის კლიენტ ლორენს ჰქონდა ყოველდღიურ ცხოვრებაში გარკვეული ორგანიზაციული უნარების დეფიციტი. როგორც ჩანს, მას უჭირდა ბინის მოწყობა და დალაგება. ის საკმაოდ ხშირად არასწორ ადგილას დებდა თერაპიასთან დაკავშირებულ მასალას. შედეგად, პროგრესი იყო ნელი და უფრო რთული, ვიდრე სებასტიანს ეგონა, რომ „იქნებოდა“ და ამის გამო, ცოტა არ იყოს, იმედგაცრუებული იყო თერაპიით.*

*მეცხრე სესიაზე, მას შემდეგ რაც ლორენმა კვლავ განაცხადა, რომ არ შეუძლია საშინაო დავალების ზოგიერთი ასპექტის ორგანიზება, სებასტიანმა მკურნალობის შინაარსიდან გადაუხვია და აქცენტი საშინაო დავალების შესრულების პროცესზე გადაიტანა. არა-დამსჯელობითი ფორმით, მან მიანიშნა ლორენს დაფიქსირებულ ქცევით პატერნზე და სთხოვა მას შეფასება. ლორენი დათანხმდა, რომ ის ქრონიკულად არაორგანიზებული იყო, მაგრამ არ იცოდა, როგორ უნდა მოეგვარებინა ეს პრობლემა.*

სებასტიანი და ლორენი შეთანხმდნენ, რომ ეს საკითხი თავად იყო პრობლემა და რომ სესიას მიუძღვნიდნენ ისეთი მოსაზრებების განხილვას, რომელიც ლორენს ორგანიზებულობის გაუმჯობესებაში და ამ მოსაზრებების პრაქტიკულად განხორციელებაში დაეხმარებოდა. მათ შექმნეს მოსაზრებების მთელი წყება, რომელთა განხორციელებაც ლორენმა თავდაპირველად შეზღუდულად დაიწყო, მაგრამ შემდეგ, მომდევნო რამდენიმე კვირის განმავლობაში უკვე მზარდი ნარმატებით გააგრძელა.

ამ საკითხის დღის წესრიგში დაყენებით სებასტიანმა აღმოაჩინა, რომ მისი იმედგაცრუება შემცირდა. ლორენი თავიდან გარკვეულწილად უხერხულად გრძნობდა თავს, მაგრამ დროთა განმავლობაში მან დააფასა საკუთარი საქმიანობის ორგანიზების ახალი გზა. რაც ყველაზე მთავარია, როგორც კი ეს უნარი მისი ცხოვრების წესის რეგულარულ თვისებად იქცა, ლორენს საშუალება მიეცა გადასულიყო სხვა აქტუალური საკითხების მოგვარებაზე, რომელთა გამოც მოვიდა თერაპიაზე.

## რელაქსაციის უნარის სწავლება

რელაქსაციის უნარი ბევრ სხვადასხვა ადგილზე და გარემოში ისწავლება, დაწყებული აერობიკისა და იოგას გაკვეთილებით, დამთავრებული სტრესის მართვის პროგრამებით. მათი პოპულარობის გათვალისწინებით ჩვენ არ განვიხილავთ ამ მეთოდებს დეტალურად. სარელაქსაციო ტრენინგების შესახებ ყოვლისმომცველი ინფორმაციისთვის იხილეთ შემდეგი წყარო: Davis, Eshelman, და McKay, (2000).

თერაპევტების უმრავლესობას სასარგებლოდ მიაჩნია მრავალი სხვადასხვა სახის სარელაქსაციო პროგრამის ნარატივის არსებობა, როგორცაა, მაგ., კუნთების პროგრესული რელაქსაცია, სუნთქვითი ვარჯიშები, აუტოგენური რელაქსაცია, ან ვიზუალიზაციის სავარჯიშო. ეს შეიძლება სასარგებლო იყოს კლიენტისთვის პერსონალური აუდიო ჩანაწერის გასაკეთებლად, რომელიც კლიენტთან ერთად დაგეგმილ სტრატეგიებს ეხება, მაგ., როგორცაა რელაქსაციის სხვადასხვა სახის სტრატეგიების კომბინაცია. ასეთი ჩანაწერების გაკეთება ძალიან მარტივად შეიძლება სესიებზე, სანამ კლიენტი სავარჯიშოს ასრულებს (სთხოვეთ კლიენტს, მოიტანოს ჩამწერი მონყობილობა, რათა ჩანაწერი შეინახოს სესიის დამთავრების შემდეგაც). რელაქსაციის ცხოვრების წესად ქცევა სასარგებლო და რეკომენდირებულია ნებისმიერი ადამიანისთვის.

რელაქსაცია შეიძლება სასარგებლო იყოს

- როგორც პირადი, საკუთარ თავზე ზრუნვის აქტივობა;
- კლიენტებისთვის, რომლებიც ადვილად აღიგზნებიან და უჭირთ თავის დამშვიდება;

- როგორც ფიზიკური დაძაბულობის შემცირების გზა, კუნთების სისტემატური რელაქსაციით;
- როგორც მოდუნების და შინაგანი შვერძნებებისთვის ყურადღების მიქცევის გზა კლიენტებისთვის, რომლებიც მუდმივად „მზადყოფნის პოზიციაში“ არიან.
- სუნთქვითი ვარჯიშები სასარგებლოა კლიენტებისთვის, რომლებსაც ჰიპერვენტილაციის მიმართ აქვთ მიდრეკილება, ან კლიენტებისთვის, რომლებსაც პანიკის შეტევები აქვთ.

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს მცირე მტკიცებულება, რომ რელაქსაცია სასარგებლოა შფოთვითი აშლილობის მქონე კლიენტებისთვის (Antony & Swinson, 2000), ამგვარი კლიენტების უმრავლესობა აფასებს რელაქსაციის ეფექტს დაძაბულობისა თუ აჟიტირების მდგომარეობაში ყოფნის დროს. ჩვენი გამოცდილებიდან გამომდინარე, კლიენტები, როგორც წესი, აღნიშნავენ რელაქსაციიდან მიღებულ მყისიერ სარგებელს, თუმცა აცხადებენ, რომ ავინყდებით ან არ შეუძლიათ ამ უნარის გამოყენება ძლიერი აღელვების დროს. ამ მეთოდების გამოყენება შეიძლება გაძლიერდეს ვიზუალური მიმანიშნებლების საშუალებით, ხშირი ვარჯიშით და რელაქსაციის ყოველდღიურ საქმიანობასთან დაწყვილებით. მაგალითად, რელაქსაცია დილით, უშუალოდ შხაპის მიღების წინ, ან შემდეგ. მას შემდეგ, რაც რელაქსაცია ახალ ჩვევად გადაიქცევა, მისი გამოყენება სავარაუდოდ გაგრძელდება და კლიენტები შეძლებენ საჭიროების შემთხვევაში ამ უნარის გამოყენებას.

ალბათ გაგიკვირდებათ, თუკი თქვენს კლიენტს პანიკის შეტევა დაემართება რელაქსაციური სესიის დროს, მაგრამ ხანდახან ადამიანებს პარადოქსული რეაქცია აქვთ რელაქსაციისა და კონტროლის შესუსტების მიმართ. შესაძლოა დამშვიდების ნაცვლად პანიკის შეტევა და დისოციაციური ეპიზოდები დაეწყოს. მონყვლად კლიენტებში შფოთვა და პანიკა შეიძლება გამოიწვიოს რელაქსაციამ ან მედიტაციამ (Antony & Swinson, 2000; Barlow, 2002). ამგვარი რეაქციები შეიძლება გამოწვეული იყოს კონტროლის დაკარგვის შვერძნებით, ან ფიზიკური შვერძნებების გაძლიერებით, რაც კლიენტმა შეიძლება შიშის საფუძვლად აღიქვას. ყველაზე კარგი იქნება ასეთი გამოცდილება მიიღოს როგორც ფაქტი და სცადოს რელაქსაციის სხვა სახეების გამოყენება. თუმცა, ამგვარი რეაქციების გამომწვევი პროცესის შეფასებაში აუცილებლად გამოიყენოს თავად კლიენტის გამოცდილება. კერძოდ, აუცილებლად გამოავლინეთ ტრიგერები (მაგ., გარკვეული ფიზიოლოგიური შვერძნებები ან წარმოდგენები), რომლებიც შფოთვის მომატებას უკავშირდება. გარდა ამისა, დარწმუნდით, რომ რელაქსაცია არ გამოიყენება როგორც უსაფრთხოების ქცევა (იხ. ქვემოთ) ექსპოზიციური სავარჯიშოს დროს შფოთვის ეფექტის შემცირებისთვის.



## ქვეითი ჩარევა თავის არიდების ქვევის შესამცირებლად

ეფექტურმა კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპევტებმა იციან, როგორ გაუმკლავდნენ თავის არიდებას როგორც სესიის დროს, ასევე კლიენტის ცხოვრებაში. მიუხედავად კონკრეტული პრობლემისა, თავის არიდება ბუნებრივი ტენდენციაა სტრესული ემოციების, აზრების, მოგონებების, შეგრძნებების ან სიტუაციების შემთხვევაში. ყველა სახის შფოთვითი აშლილობის და პიროვნული აშლილობის მქონე კლიენტებისთვის თავის არიდების ქცევა ჩვეული ნიშანია, მაგრამ ის თავს იჩენს სხვა მრავალი აშლილობისა თუ პრობლემის დროსაც. შესაძლოა კლიენტმა ყოყმანი დაიწყოს, როცა სამსახურში რთულ პრობლემაზე მუშაობს, პაემანს უნიშნავს მიმზიდველ ადამიანს, განაცხადი შეაქვს ახალ ვაკანსიაზე ან რაიმე სხვა სახის ცვლილება აქვს ცხოვრებაში. თავის არიდების ქცევა არა მარტო ზრდის შფოთვას, არამედ ამცირებს თვით-შეფასებას და იწვევს სხვა ემოციებს, როგორცაა: დეპრესიული გუნება-განწყობილება და საკუთარი თავით იმედგაცრუება. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არის ცვლილებაზე ორიენტირებული მიდგომა; შესაბამისად, თავის არიდების ქცევის შემცირება პრაქტიკულად ყველა ინტერვენციის ცენტრალური კომპონენტია. ქვეითი ინტერვენციის ორი სახეობა, რომელიც კონკრეტულად თავის არიდების ქცევისთვისაა გამიზნული, გახლავთ: ექსპოზიციით მკურნალობა \*(Exposure Treatment) და ქვეითი აქტივაცია.

### ექსპოზიციით მკურნალობის ფორმები

ექსპოზიციამდე დაფუძნებული ინტერვენციები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ყველაზე უკეთ შესწავლილი და ეფექტური კომპონენტების რიცხვშია (Barlow, 2002; Farmer & Chapman, 2008; Richard & Lauterbach, 2007). ასეთი მკურნალობა შეიძლება მარტივად განესაზღვროთ, როგორც შიშის გამოწვევს სტიმულთან ექსპოზიცია, რომლის მიზანია ფსიქოლოგიურ შფოთვასთან ადაპტაცია, შიშის დაძლევა და ახალი ცოდნის შეძენის შესაძლებლობა. ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ეტაპობრივი და სისტემატური ექსპოზიცია ხელს შეუწყობს ახალი ცოდნის შეძენას, ხოლო კლიენტის თავის არიდების პატერნები თანდათანობით დაიწყებს გაქრობას.

იდეალურად ექსპოზიციური მკურნალობის გამოყენებაზე შემდეგ შემთხვევებში:

- აღელვებული და მშფოთვარე კლიენტებისთვის, იმისდა მიუხედავად, აკმაყოფილებენ თუ არა ისინი შფოთვითი აშლილობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს;
- კლიენტებისთვის, რომლებიც თავს არიდებენ იმას, რასაც ნეგატიური გავლენა აქვს მათ ცხოვრებასა და ფუნქციონირებაზე (მაგ., აქტივობა, სიტუაცია, პიროვნება, ემოცია, მოვლენა).

მიუხედავად იმისა, რომ უნარების სწავლება და მკურნალობის ტრადიციული ქცევითი აქტივაციის კომპონენტები ბუნებრივად ზრდის ექსპოზიციას

კლიენტების უმრავლესობაში, ისინი არ წარმოადგენს ჩვეულებრივ დაგეგმილ ექსპოზიციის სესიებს. თუმცა, ზოგჯერ შესაძლებელია მკურნალობის გეგმაში აქტივაციისა და ექსპოზიციის კომბინირება. ქვემოთ მოყვანილია ერთ-ერთი თერაპევტის მიერ კლიენტისთვის მომზადებული კონსპექტიდან ამონარიდი:

*ექსპოზიციით მკურნალობა ნიშნავს საკუთარი თავისთვის შფოთვის გამომწვევი სიტუაციების თანდათანობით და სისტემატურ ექსპოზიციას (წარდგენას). ნელ-ნელა შეძლებთ დარწმუნდეთ, რომ შეგიძლიათ მსგავსი, შიშის მომგვრელი სიტუაციების მართვა, რადგან თქვენი სხეული სწავლობს, როგორ გახდეს უფრო მორგებული ამ სიტუაციებზე, ექსპოზიციით მკურნალობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თქვენი გაჭანსაღებისთვის და გულისხმობს კონტროლირებული რისკების განვებას. იმისთვის, რომ ექსპოზიციით მკურნალობა შედეგიანი იყოს, თქვენ უნდა განიცადოთ გარკვეული შფოთვა - ძალიან მსუბუქი აღელვება არ იქნება საკმარისი თქვენთვის დისკომფორტის მოსანიჭებლად. გადაჭარბებული აღელვება ნიშნავს, რომ შეიძლება ყურადღება არ მიაქციოთ, თუ რეალურად რა ხდება მოცემულ სიტუაციაში. თუ თავს ზედმეტად არაკომფორტულად გრძნობთ, შეიძლება გაგიჭირდეთ გაიმეოროთ იგივე. ზოგადად, ეფექტური ექსპოზიცია მოიცავს შფოთვის განცდას დაახლოებით 70-დან 100 ქულამდე დისტრესის სუბიექტური შეფასების სკალაზე (Subjective Units of Distress Scale). წინასწარ იცოდეთ, რომ გეყენებათ გარკვეული შფოთვის განცდა. მას შემდეგ, რაც უფრო კომფორტულად იგრძნობთ თავს სიტუაციაში, შეგიძლიათ გადახვიდეთ შემდეგ ეტაპზე. ექსპოზიცია უნდა იყოს სტრუქტურირებული, დაგეგმილი და პროგრესირებადი. მას თქვენ უნდა აკონტროლებდეთ და არა სხვა.*

ადრე ქვევითი თერაპიისას, სისტემატური დესენსიტიზაცია მოიცავდა კუნთების პროგრესული რელაქსაციისა და წარმოსახვითი ექსპოზიციის კომბინაციას შემაშინებელი სტიმულების წარდგენის დროს. კვლევამ ნათლად დაგვანახა, რომ რელაქსაციის კომპონენტი არ არის აუცილებლად ყოველთვის შედეგის მომტანი და რომ „ცოცხალ“ ექსპოზიციას უფრო მეტი სარგებელი მოაქვს, ვიდრე წარმოსახვით ექსპოზიციას (Emmelkamp & Wessels, 1975). თუმცა, „ცოცხალი“ ექსპოზიცია არ არის დადასტურებულად ეფექტური ზოგიერთი სახის შიშებისა თუ სიტუაციების დროს; ზოგიერთ სესიაზე შეიძლება უკეთესი იყოს წარმოსახვითი ექსპოზიცია. ექსპოზიციის შესაძლო სამიზნედ შესაძლოა სხვადასხვა სტიმული მოგვევლინოს (იხ. ცხრილი 6.3).

### **ცხრილი 6.3. ექსპოზიციით თერაპიის შესაძლო სამიზნეები**

1. შიშის მომგვრელი სიტუაცია (ან სიტუაციები) კონკრეტული ფობიების დროს;

2. ობსესიური აზრები ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის დროს;
3. რუმინაცია და ნუხილები გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის დროს (ან ადამიანისთვის, რომელიც ძალიან ბევრს ნუხს).
4. სოციალური “მარცხი ან შეცდომები”, სოციალური შფოთვის დროს;
5. საზოგადოების ყურადღების ცენტრში ყოფნის ან საჯარო გამოსვლის შიში ისეთ ადამიანებში, რომლებსაც სოციალური შფოთვა ან საჯაროდ საუბრის შიში აქვთ;
6. საკუთარი თავის ან სხვების მიმართ არასრულყოფილების განცდა პერფექციონისტული თვისებების მქონე კლიენტებისთვის;
7. გაუგებრობა და გაურკვევლობა კონტროლის მაღალი საჭიროების მქონე კლიენტებში;
8. მომატებული აფექტური რეაქციები კლიენტებში, რომლებსაც ემოციური კონტროლის დაკარგვის შიში აქვთ;
9. ბრაზთან დაკავშირებული აფექტური რეაქციები კლიენტებისთვის, რომლებსაც სიბრაზეზე კონტროლის დაკარგვის შიში ან ბრაზთან დაკავშირებული სხვა პრობლემები აქვთ;
10. ფიზიოლოგიური შეგრძნებები (მაგ., თავბრუსხვევა, გახშირებული გულისცემა) კლიენტებში, რომლებსაც პანიკის სიმპტომები აქვთ;
11. დახმარების ობიექტისგან მოშორებით ყოფნა კლიენტებისთვის, რომლებსაც პანიკური აშლილობა აქვთ აგორაფობიით ან მის გარეშე;
12. გასაქცევად რთულ სიტუაციაში ყოფნა კლიენტებისთვის, რომლებსაც პანიკური აშლილობა აქვთ აგორაფობიით ან კლავსტროფობიით.
13. საშიში მოვლენები ან ხატები პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მქონე კლიენტებისთვის.
14. დროის მართო გატარება მშფოთვარე, დამოკიდებული კლიენტებისთვის.

### **ექსპოზიციის სესიის ეფექტური დაგეგმვა**

ეფექტური ექსპოზიციის უმნიშვნელოვანესი ელემენტია კლიენტისთვის მყარი დასაბუთების შეთავაზება მოცემული სტრატეგიით გათვალისწინებული რისკის განვითარების წასახალისებლად. ექსპოზიციისათვის უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს კარგი თერაპიული ალიანსის არსებობას. შიშის გამომწვევი სტიმულის კონკრეტული ელემენტების დასადგენად, რაც შეიძლება იყოს კონკრეტული აზრები, ემოციური რეაქციები, თანმხლები შედეგები ან სიტუაციები, საჭიროა ქცევითი შეფასების (იხ. თავი 2) დასრულება. მას შემდეგ, რაც ჩამოყალიბდება თერაპიული ალიანსი და განსაზღვრავთ სამუშაო მიზნებს, ყვადფთ იპოვოთ ექსპოზიციის ისეთი ტექნიკა, რომელსაც მაღალი ეფექტურობა ექნება. ეს თავისთავად კლიენტის ინტერესს გამოიწვევს.

ექსპოზიცია ყველაზე ეფექტურია, როდესაც ის ხშირად ხორციელდება და გრძელდება იქამდე, სანამ კლიენტის შფოთვა არ შემცირდება. კლიენტის ყურადღება ფოკუსირებული უნდა იყოს შიშის გამომწვევ სტიმულზე და არა მის რეაქციებზე, დისტრაქტორებზე, ან გარემოს სხვა ასპექტებზე. ექსპოზიციის ხანგრძლივი პერიოდებით გამოყენება უფრო ეფექტურია, ვიდრე მოკლე პერიოდებით. ზოგიერთი კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, რეკომენდებულია “ინტენსიური პრაქტიკა”(massed practice), განსაკუთრებით - ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების დროს (Foa, Jameson, Turner, & Payne, 1980). ინტენსიური პრაქტიკის სესიები საკმაოდ ხანგრძლივია (მაგ., 90-120 წუთი) და ტარდება კვირაში რამდენჯერმე. თერაპევტების უმრავლესობისათვის კარგად არის ნაცნობი სტიმულთა იერარქიის შემუშვება. ეს გახლავთ სტრუქტურირებული, წინასწარ დაგეგმილი პროცესი სტიმულთან ან სიტუაციებთან თანდათანობით, ინტერვალებით მიახლოებისთვის.

უფრო ნაკლებად საშიშ სტიმულებთან ექსპოზიცია მიმდინარეობს იქამდე, სანამ კლიენტი თავს კომფორტულად არ იგრძნობს, ამის შემდეგ კი ხდება შემდეგი ერთეულის, ყველაზე საშიში სტიმულის შეტანა იერარქიაში. შეიძლება კლიენტისთვის რთული იყოს ექსპოზიციის სავარჯიშოს მიმდინარეობისას შფოთვის დონის ზუსტად პროგნოზირება. სესიის დროს ზოგი კლიენტი არასათანადოდ აფასებს მოსალოდნელ შფოთვის დონეს და შემდეგ აღმოაჩენს, რომ გადაიღალა ტრიგერების წარდგენისას. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება სიტუაციიდან სასწრაფოდ თავის დაღწევის ან გაქცევის ძლიერი სურვილი გაჩნდეს. ამგვარი რეაქციები მიანიშნებს, რომ საჭიროა სიტუაციების ინტენსივობის კლება. იმისათვის, რომ ექსპოზიცია ეფექტური იყოს, შფოთვა უნდა გახდეს ზომიერად ინტენსიური, მაგრამ არა გადაჭარბებული ან დაუძლეველი. კლიენტი უნდა მოელოდეს გარკვეული დისკომფორტის გრძნობას. თუ შფოთვის ადგილი არ აქვს ან ძალიან დაბალია, მაშინ სავარჯიშო სასარგებლო ვერ იქნება. ზოგიერთი სახის შიშის შემთხვევაში, სტიმულის ინტენსივობის მოდულირება შეიძლება ძალიან რთული აღმოჩნდეს. ეს პრობლემა, განსაკუთრებით, ეხება სოციალურ შიშებს, რადგან სხვა ადამიანების რეაქციები არ ექცევა კლიენტის კონტროლის არეში. დასაწყისისათვის, დაგეგმეთ რაც შეიძლება კონტროლირებადი და პროგნოზირებადი სავარჯიშოები, შემდეგ კი პრაქტიკაში შეიტანეთ გაურკვევლობა ან სხვა ადამიანების მხრიდან ნეგატიური რეაქციები.

მიუხედავად იმისა, რომ წარმოსახვითი ექსპოზიცია თერაპევტისთვის უფრო მოსახერხებელია და ამავე დროს, უფრო სასარგებლოა ზოგიერთი შიშის მკურნალობის ადრეული ეტაპებისთვის, კონკრეტულ სიტუაციაში განხორციელებული ან რეალურთან ყველაზე მიახლოებული ექსპოზიცია უფრო სანდოა კლიენტისთვის. ნაახალისეთ კლიენტი ივარჯიშოს სხვადასხვა სიტუაციებში, გარემოებებში ან ისეთ ადამიანებთან, რომლებიც შედეგების გენერალიზებაში დაეხმარებიან. გარდა სესიის ფარგლებში ექსპოზიციის ვარჯიშისა, კლიენტებს უნდა მისცეთ ინსტრუქცია, რომ რეგულარულად ივარჯიშონ სესიებს გარეთ, რაც მათი საშინაო დავალების

შემაღვნილი ნაწილი იქნება. კლიენტისთვის სასარგებლოა სესიის დროს გავლილი პრაქტიკის დამოუკიდებლად გამეორება წარმოსახვითი ან რეალური ექსპოზიციის დროს. კლიენტების უმრავლესობა უფრო კომფორტულად გრძნობს თავს თერაპევტის კაბინეტში პრაქტიკული მეცადინეობის დროს, ამდენად, დამოუკიდებელი საშინაო დავალება მათ თავდაჭერებულობას განამტკიცებს. ურჩიეთ კლიენტს, დამოუკიდებლად გაივარჯიშოს იგივე ან ცოტა უფრო მარტივი სიტუაცია, რათა თავიდან იქნას აცილებული შფოთვის მომატება. დაავალეთ კლიენტს, ჩაიწეროს ვარჯიშები და პროგრესი, იმისათვის, რომ რეგულარულად ჰქონდეს მათი მიმოხილვის საშუალება. დაძლევის პოზიტიური სტრატეგიის დროს წამოჭრილი ფიქრები ხელს უწყობს შფოთვის თანმხლებ ავტომატურ ფიქრებთან დაპირისპირებას.

ექსპოზიციის თერაპიის უმნიშვნელოვანეს მახასიათებელს წარმოადგენს კლიენტის მიერ ექსპოზიციის ინტერპრეტაცია. იდეალურ შემთხვევაში, თქვენ შეძლებთ კლიენტს ექსპოზიციის საშუალებით ასწავლოთ და აღიარებინოთ, რომ სიტუაციები, რომლებსაც ის თავს არიდებდა, არ არის ისეთი საშინელი, არაპროგნოზირებადი ან კონტროლის ზონიდან გასული, როგორც წარმოედგინა. გარდა ამისა, ვიმედოვნებთ, რომ კლიენტი ისწავლის, რომ შეუძლია ისეთ სიტუაციებთან გამკლავება, რომელსაც ადრე თავს არიდებდა და საბოლოოდ, აუმაღლდება თვით-ეფექტურობის გრძნობა. თუ კლიენტმა თერაპიის დროს ჩამოაყალიბა თავისი აზრები და შემდეგ მიეცით ექსპოზიციის დავალება და ავარჯიშეთ დამოუკიდებლად, მისი მსჯელობა გახდება შესამჩნევად თანმიმდევრული, ხოლო რთული სიტუაციებისა და სტიმულების მიმართ მიდგომა - უფრო ეფექტური.

თერაპევტები ექსპოზიციით თერაპიას ბევრად უფრო იშვიათად იყენებენ, ვიდრე ამას ემპირიული ლიტერატურა გვიჩვენებს. ფრეიჰეიტის, ვეის, სვანის და კადის (Freiheit, Vye, Swan, და Cady, 2004) მიერ ჩატარებულ იქნა გამოკითხვა დოქტორანტ ფსიქოლოგებს შორის გამოყენებული მიდგომების შესახებ, რომლებიც რეგულარულად მკურნალობდნენ შფოთვითი აშლილობის მქონე კლიენტებს. რესპოდენტების უმრავლესობამ (71%) საკუთარი თავი კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მიდგომას მიაკუთვნა. პანიკური აშლილობის მკურნალობის დროს თერაპევტების 71%-მა მიუთითა, რომ მიმართავს კოგნიტურ რესტრუქტურირებას და რელაქსაციას, მაშინ, როდესაც მხოლოდ 12% იყენებს წარმოსახვით ექსპოზიციას. სოციალური შფოთვის შემთხვევაში 69% იყენებს რესტრუქტურირებას, ხოლო 59% - რელაქსაციის ვარჯიშებს, მაშინ, როცა 31% იყენებს თვით-მართულ რეალურ ექსპოზიციას, 7% და 1% შესაბამისად მიმართავს თერაპევტის მიერ მართულ და ჯგუფურ ექსპოზიციებს. გამოკითხვაში მონაწილეთა 26% მიუთითებს, რომ ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის დროს არასოდეს გამოუყენებია ექსპოზიცია და რეაქციის პრევენცია. აღნიშნული შედეგები ცხადყოფს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ თერაპევტებისთვის ცნობილია შფოთვითი აშლილობის დროს ემპირიული მხარდაჭერისა და მკურნალობის რეკომენდაციები, ისინი არჩევენ არა ექსპოზიციის, არამედ სხვა სტრატეგიის სასარგებლოდ აკეთებენ. ჰემბრიმ და კეიპილმა



(Hembree და Cahill, 2007) განიხილეს ექსპოზიციით მკურნალობის დროს წარმოშობილი პრობლემები და მის გამოყენებაში არსებული სხვა დაბრკოლებები.

თერაპევტების მიერ ექსპოზიციის მეთოდების არარეგულარულად გამოყენებას ბევრი სხვადასხვა მიზეზი აქვს. ეს შეიძლება იყოს თერაპევტის მხრიდან შეფთვა, განსაკუთრებით ძლიერი შეფთვის ან პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის მქონე კლიენტებთან. აღნიშნული მდგომარეობა, როგორც წესი, მოიცავს უარყოფით პროგნოზს, რომ შეიძლება ექსპოზიციამ კლიენტის ხელახალი ტრავმირება გამოიწვიოს ან გააუარესოს სიმპტომები. შეიძლება თერაპევტისთვის ადვილი იყოს მკურნალობის ამ მეთოდისთვის თავის არიდება, განსაკუთრებით მაშინ, თუ კლიენტი არ არის თანახმა დაუპირისპირდეს საკუთარ შიშს. ექსპოზიციური მკურნალობის დაწყებამდე, გააცნობიერეთ საკუთარი ფიქრები და სანინააღმდეგო ნეგატიური პროგნოზები “მოიცადე- დააკვირდი” დამოკიდებულებით. კლიენტთან მუშაობის დაწყებისას, შეგიძლიათ მოახდინოთ ექსპოზიციის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მიდგომის მოდელირება. ამ მიდგომაში გარკვეული წარმატებების მიღწევის შემდეგ, სავარაუდოდ აღმოაჩენთ, რომ დროთა განმავლობაში ამ მიდგომას მეტი თავდაჭერებით და ნაკლები შეზღუდვით იყენებთ.

ექსპოზიციას ხშირად უფრო მეტი დრო და კრეატიულობა სჭირდება, ვიდრე მკურნალობის სხვა კომპონენტებს, რადგან უნდა დაზუსტდეს სტიმულები, ტრიგერები ან ხელახლა შეიქმნას სიტუაციები. ჩვენ ორივემ ბევრი ვიარეთ სანაპიროზე და მოვავროვეთ სხვადასხვა ზომის მწერები; ვნახეთ ბევრი ფილმი, სადაც უამრავი სისხლი და საშინელება იყო, ვიარეთ საყიდლებზე, რათა ცოცხალი მღრღნელების მსგავსი თვალსაჩინოება შეგვეძინა. რეალური (*In Vivo*) ექსპოზიცია შეიძლება გულისხმობდეს ნებისმიერ რამეს, მაგალითად, ეს შეიძლება იყოს კლიენტის მიერ იმის ნახვა, როგორ იკეთებთ ნემსს სისხლის დონაციის დროს (ჩატარებულია K. S. D.-ს მიერ), სანამ თავად გაიკეთებს ინექციას (სისხლის-დაავადებების-ინექციის ფობია), ლიფტით განუწყვეტელი ასვლა-ჩასვლა (სპეციფიკური ფობია), ან სატრიალო სკამზე ბზრიალი (ინტეროცეპტური ექსპოზიცია). ექსპოზიციურ სესიებს თერაპევტები ვაჰყავთ ოფისისა და მათი “კომფორტის ზონის” ფარგლებს გარეთ.

ექსპოზიციით თერაპიაში შეიძლება პრაქტიკული, ტექნიკური პრობლემებიც წარმოიშვას. თერაპევტის მიერ მართული ექსპოზიცია შეიძლება შრომატევადი და მოუხერხებელი იყოს, რადგან ის შეიძლება მოიცავდეს აქტივობებს, როგორცაა, მაგ., აერობორტში გამგზავრება, საზოგადოებრივი სატრანსპორტო საშუალებებით მგზავრობა, ან სავაჭრო ცენტრში წასვლა. თუ კერძო პრაქტიკა გაქვთ და თქვენი მომსახურება ფასიანია, მაშინ მკურნალობის ღირებულება მაღალი იქნება კლიენტისთვის ან მისი დამფინანსებლისათვის. აქედან გამომდინარე, დამატებითი რესურსების გამოყენება შეიძლება მოსახერხებელი და ხარჯ-ეფექტური იყოს. კლიენტის პრაქტიკულ სავარჯიშოებში შეიძლება ჩაერთოს ნდობით აღჭურვილი პირი ან მეგობარი. ეს პიროვნება შეიძლება კლიენტთან ერთად

მოიწვიოთ ფსიქოგანათლებისა და დაგეგმვის სესიებზე დასასწრებად. ზოგ ვითარებაში შეიძლება სხვა პროფესიონალების გამოყენებაც, თუმცა, ისევ და ისევ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ ისინი უნდა ერკვეოდნენ ეფექტური ექსპოზიციის პრინციპებში. ხანდახან ჩვენ ვიყენებთ სხვა თანამშრომლების დახმარებას თუ კლიენტი თანხმდება პოსპიტალიზაციას ან ინტერდისციპლინური ჯგუფის მიერ შეფასებას. ასევე ადვილად შეიძლება სტუდენტებისა და სხვა მსმენელების ჩართვა მკურნალობაში, რაც მათ რეალური (In Vivo) ექსპოზიციის საშუალებით გამოცდილების მიღების საუკეთესო შესაძლებლობას მისცემს.

მნიშვნელოვანია, რომ კლიენტს მკაფიოდ განუმარტოთ თქვენი ოფისის გარეთ ჩატარებული ნებისმიერი ექსპოზიციის სესიის მიზანი და მათთან განიხილოთ შესაბამისი თერაპიული საზღვრები. ზოგიერთ კლიენტს ერევა ექსპოზიციის სესიის თერაპიული მიზანი, მაგალითად, ყავის დასალევად წასვლა. ასეთ ადგილებში წასვლამდე, ესაუბრეთ კლიენტს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში განსახილველი თემების შესახებ და აუხსენით, რომ არ უნდა ილაპარაკოს პირად საკითხებზე ისე, რომ სხვებმაც გაიგონ, ან თუ შეეკითხებიან, არ გაამჟღავნოს პირადი ინფორმაცია. შეგიძლიათ კლიენტთან ერთად გაითამაშოთ როლები, რა უნდა თქვათ, თუ რომელიმე თქვენგანის ნაცნობი შეგხვდებათ. წინასწარ გადანყვიტეთ, როგორ გადაიხდით, მაგალითად, ტრანსპორტის ბილეთის ან ყავის საფასურს.

ფრთხილად მოეკიდეთ გარკვეულ ასპექტებს გასვლითი ექსპოზიციის სესიის მომზადების დროს. გირჩევთ, ექსპოზიციის ადგილზე არ წახვიდეთ კლიენტთან ერთად. დაგეგმეთ, რომ შეხვდებით დათქმულ ადგილზე ან საზოგადოებრივ ტრანსპორტში, თუკი ეს უკანასკნელი უფრო მოსახერხებელია. თან იქონიეთ მობილური ტელეფონი გაუთვალისწინებელი შემთხვევისათვის, ხოლო საკონტაქტო ინფორმაცია დაუტოვეთ თქვენი ოფისის რეგისტრატორს ან სხვა თანამშრომელს. ეს საკითხები ყველაზე რელევანტურია მაშინ, როდესაც კლიენტის სახლში ვიზიტს გადაწყვეტთ. სიფრთხილით მოეკიდეთ თანმხლების გარეშე კლიენტის ბინაზე მონახულებას მაშინაც კი, როდესაც კლიენტს საკმაოდ კარგად იცნობთ. და კვლავ, დარწმუნდით, რომ კლიენტს ესმის, რომ ეს არის არა სოციალური ვიზიტი, არამედ სამკურნალო სესია, რომელიც მის ბინაში ტარდება. განჭვრიტეთ ნებისმიერი პრობლემა, რომელიც შეიძლება წარმოიშვას, რათა თავიდან აიცილოთ რაიმე სახის დისკომფორტი ან პრობლემა.

*წარმატებული ექსპოზიციის თერაპიის ხელისშემშლელი ფაქტორების მინიმუმამდე დაყვანა*

როდესაც ექსპოზიციის კონცეფციას წარადგენთ, კლიენტმა შეიძლება აღნიშნოს, რომ უკვე სცადა დამოუკიდებლად ექსპოზიცია და რომ ეს სულაც არ იყო სასარგებლო. დაუსვით კლიენტს კითხვები, რის დანახვა სცადა მან, რათა შეძლოთ იმის დადგენა, რა იყო მისი წარუმატებლობის

მიზნები. არსებობს სხვადასხვა სიტუაცია, რომლის დროსაც კლიენტი უნებლიედ ამცირებს ექსპოზიციის ეფექტურობას და ვერ აცნობიერებს, რომ გამოჯანმრთელებაში ხელს უშლის სწორედ ის, რასაც იგი აკეთებს. მაშინაც კი, თუკი მხარს დაუჭერთ მათ ინიციატივასა და ძალისხმევას, შეგიძლიათ მიანოდოთ გარკვეული საგანმანათლებლო ინფორმაცია, თუ როგორ ახორციელებთ ექსპოზიციას და რით განსხვავდება ის მათი ძალისხმევისგან.

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტებისთვის ცნობილია, რომ ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის დროს მენტალურ რიტუალებს და კომპულსიურ ქცევებს შფოთვის შემცირების ფუნქცია აქვს. ექსპოზიცია და რეაქციის პრევენცია გახლავთ ყველაზე ხშირად რეკომენდებული ფსიქოლოგიური ინტერვენცია ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობების დროს. კლიენტებს ეძლევათ ინსტრუქცია, რომ თავი აარიდონ მენტალურ და ქცევით კომპულსიებს, რომლებსაც ისინი ჩვეულებრივ შფოთვის შესამცირებლად იყენებენ, მაშინ როდესაც ობსესიურ აზრებთან ექსპოზიციას ახორციელებენ. სხვა შფოთვითი პრობლემების შემთხვევაში რეაქციის პრევენციის კონცეფცია არ გამოიყენება, მიუხედავად იმისა, რომ შფოთვის მქონე კლიენტების უმრავლესობას, როგორც წესი, აქვთ ისეთი მენტალური ან ქცევითი გამოვლინებები, რაც ფუნქციურად კომპულსიების მსგავსია და ემსახურება შფოთვის და ექსპოზიციის ეფექტურობის შემცირებას. მაგალითად, თუ სოციალური სიტუაციის მიმართ ექსპოზიცია არის ერთადერთი რამ, რაც სოციალური შფოთვის მკურნალობისათვისაა საჭირო, მაშინ გავრცელებით ის პირველ ადგილზე არ იქნებოდა იმისგათვალისწინებით, რომ პრაქტიკულად ყველა ადამიანს აქვს სოციალური ექსპოზიციის საკმაოდ მრავალი შესაძლებლობა სკოლაში სწავლის პერიოდში!

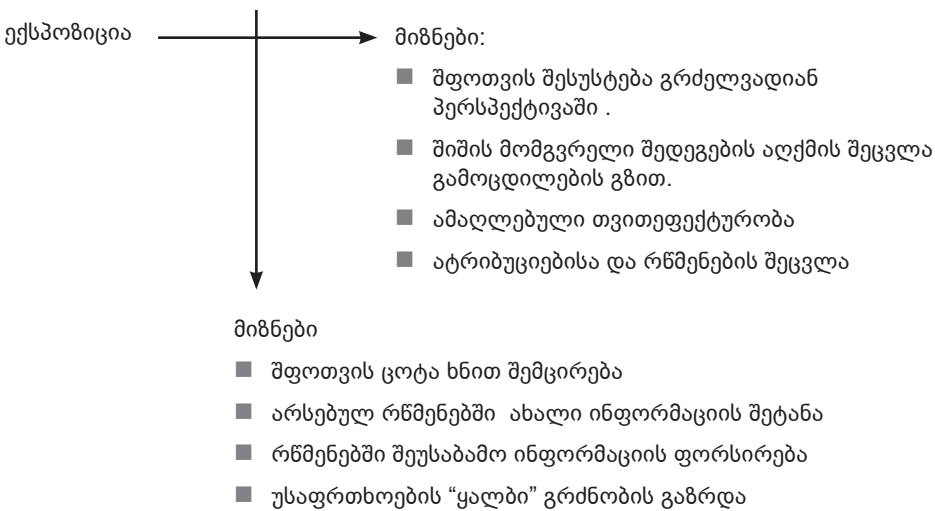
სალკოვსკისმა, კლარკმა და გელდერმა (Salkovskis, Clark, და Gelder, 1996) შემოიტანეს ტერმინი „ნევროტული პარადოქსი“ იმ ფაქტის აღსაწერად, რომ შფოთვითი აშლილობის მქონე პირებს არ ეხმარებათ, როდესაც არ ადგებათ ზიანი საშიშ სიტუაციებში განმეორებითი მოხვედრისას. ბევრმა კლიენტმა შეიმუშავა მთელი რიგი ქმედებები, უმოქმედობის, ყურადღების სტრატეგიები ან ატრიბუციის სტილი, რომელიც უნებლიედ ახდენს ექსპოზიციის ეფექტის განეიტრალებას ან თუნდაც სესიებზე მიღებული გამოცდილების მათ დისფუნქციურ რწმენებში ჩართვას.

შფოთვის განეიტრალება და შენარჩუნება, თუნდაც ექსპოზიციით, შეიძლება სხვადასხვაგვარად მოხდეს, მათ შორის დახვეწილად თავის არიდების, უსაფრთხოების ქცევებით და საკუთარ თავზე ან შფოთვაზე ფოკუსირებული ყურადღებით. გელდერის (Gelder, 1997) მიერ ეს ქცევები დაჯგუფებულ იქნა როგორც თავის არიდება, გაქცევა და დახვეწილად თავის არიდება (როგორც წესი, სიტუაციის ფარგლებში). ადამიანები ამგვარ ქცევებს იყენებენ ექსპოზიციამდე, მის განმავლობაში და მის შემდეგაც. კონცეპტუალურად, ეს ქცევები ასრულებენ იმავე ფუნქციას და წარმოადგენენ ფსიქოდინამიურ თეორიაში არსებული დაცვის მექანიზმების ბიჰევიორულ ეკვივალენტს. ზემოთხსენებული შფოთვის

თავიდან აცილების გაუცნობიერებელ პროცესად არის მიჩნეული. ნებისმიერი შემანარჩუნებელი ფაქტორის მიზანია შფოთვის დროებითი შემსუბუქება, რაც უნებლიედ ნაკლებ ეფექტურს ხდის მკურნალობას. თუმცა, იმის გამო, რომ კლიენტისთვის ჩვეული თავდაცვის სტრატეგიების „უეცარი მოშორება“ მასში ყოვლისმომცველ შფოთვას იწვევს, სასურველია, აღნიშნული განეიტრალების რეაქციების მოხსნა არ დაიწყეთ წინასწარი დაგეგმვის გარეშე.

შენარჩუნების სხვადასხვა ფაქტორს შორის, კვლევებში ყველაზე მეტი ყურადღება ექცევა უსაფრთხოების ქცევებს (მაგ., Wells და სხვ., 1995). უსაფრთხოების ქცევები ფსიქიკური ან ფიზიკური აქტივობებია, რომლებიც ხორციელდება შფოთვისა და მღელვარების შესამცირებლად შფოთვის მაპროვოცირებელ სიტუაციებში. მაგალითად, სოციალური შფოთვის მქონე კლიენტი თვალთვალის კონტაქტის ასაცილებლად შეიძლება მზის სათვალეს ატარებდეს. ადამიანი, რომელსაც პანიკური აშლილობის ეპიზოდი, შეიძლება დამამშვიდებელ მედიკამენტებს ატარებდეს ჯიბით, მაშინაც კი, თუ რეალურად არც აპირებს მათ გამოყენებას. ამგვარ მოქმედებებს, როგორც წესი უარყოფითი შედეგები აქვს, მათ შორისა: შფოთვაზე გაძლიერებული ფოკუსირება, პრობლემები ახალი ცოდნის მიღებასა და ექსპოზიციის პრაქტიკის განხორციელებაში. შესაბამისად, შფოთვის ნეიტრალიზაცია ან შემანარჩუნებელი ფაქტორები შეიძლება ზოგადად განისაზღვროს როგორც ნებისმიერი ფაქტორი, რომელიც მინიმუმამდე ამცირებს ექსპოზიციის ეფექტებს. როგორც წესი, მათი განხორციელება ხდება ავტომატურად, ჩვეულებისამებრ და შეიცავს აფექტურ, კოგნიტურ და ქცევით ასპექტებს. ექსპოზიციასა და შფოთვის შემანარჩუნებელ ფაქტორებს შორის ინტერაქციის კონცეპტუალური მოდელი წარმოდგენილია #6.2. დიაგრამაზე.

შემანარჩუნებელი ფაქტორები



**დიაგრამა. 6.2** ექსპოზიციისა და შფოთვის შემანარჩუნების ფაქტორები

შენარჩუნების ასეთი ფაქტორების მაგალითები განსხვავებულია კლიენტებისა და აშლილობების მიხედვით. ეს შეიძლება იყოს სიტუაციის მოლოდინის დროს განხორციელებული ერთგვარი მოსამზადებელი ქცევები (მაგ., ალკოჰოლის მიღება სოციალურ სესიაზე დასწრებამდე, დამამშვიდებელი მედიკამენტის მიღება ექსპოზიციის სესიის წინ), უსაფრთხოების ქცევები სესიის დროს ან მისი დასრულების შემდეგ (მაგ., გადამოწმება იმაში დასარწმუნებლად, რომ შეცდომა არ დაუშვია; ხელების დაბანა ექსპოზიციის შემდეგ). რამდენადაც ასეთი ქმედებები, როგორც წესი, საკმაოდ ავტომატურია და კლიენტი მათ მიიჩნევს უფრო სასარგებლოდ, ვიდრე საზიანოდ, რთული იქნება მათი გამოვლენა და შემცირება. სავარაუდოდ მათ შეცვლას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, თუმცა მდგომარეობის გაუმჯობესების ალბათობა შემცირდება თუ ვერ მოხერხდება მათი გამოვლენა, შემცირება და საბოლოოდ აღმოფხვრა.

დახვეწილი თავის არიდების სტრატეგიების მაგალითები, რომლებსაც ადგილი არ უნდა ჰქონდეს ექსპოზიციის დროს:

- ალკოჰოლის ან მედიკამენტების გამოყენება აფექტური რეაქციის წარმოქმნის შესამცირებლად (მედიკამენტი შესაძლოა ექიმის მიერ იყოს გამოწერილი ან არა)
- ყურადღების გაფანტვა;
- შინაგანი თავის არიდება (მაგ., ოცნებებში ჩაფლობა, “გამორთვა”, “მომსახურების ზონიდან გასვლა”).
- გასასვლელებთან ახლოს ჯდომა, ყველა გასასვლელისა და საპირფარეოს მდებარეობის ცოდნა;
- საუბრის ან მშვრით კონტაქტისთვის თავის არიდება;
- სადა ტანსაცმლის ტარება სხვების ყურადღების მიქცევის თავიდან ასაცილებლად;
- მხოლოდ “უსაფრთხო” ადგილებში სიარული, ან გარეთ გასვლა დღის “უსაფრთხო” მონაკვეთში;
- თავის დარწმუნება, რომ ექსპოზიციის სესიის შემდეგ მოხდება დეკონტამინაცია (საშიში სიტუაციის აბსოლუტური გაქრობა);
- საკუთარი თავის დარწმუნება, რომ ექსპოზიცია კარგია, რადგან ეს თერაპევტიკაა თქვა. თერაპევტი კლიენტს “სახიფათო” სიტუაციაში არ ჩააყენებს.
- თავის დარწმუნება, რომ ექსპოზიციისთვის თერაპევტის მასალები „უფრო უსაფრთხოა“ ან „ჩვეულებრივზე მეტად დახვეწილია“, ასე, რომ რისკი მინიმალურია.

მნიშვნელოვანია, რომ კლიენტი მიხვდეს ამგვარი დახვეწილი პატერნების შედეგებს, ისე, რომ შემდეგ შეძლოს მათი დამოუკიდებლად იდენტიფიცირება. ხშირად სასარგებლოა მოხდეს ამგვარი ქცევების ეტაპობრივად სისტემატური შემცირება ექსპოზიციაზე დაყრდნობით.



თავის არიდების ყველა პატერნის ერთდროულად შემცირებამ შეიძლება კლიენტი გადაღალს.

ალისია უკვე რამდენიმე კვირაა კარლთან მუშაობს დეპრესიისა და სოციალური შფოთვის საკითხთან დაკავშირებით. თავიდან კარლი უფრო აქტიური იყო, მაგრამ რისკის, საფრთხის და პროტენციური უხერხულობის განცდის გამო, მის საქციელში მთელი რიგი შეზღუდვები გაჩნდა. ალისიამ შეძლო კარლს დახმარებოდა სოციალურ სიტუაციებთან დაკავშირებული ამრებისა და შფოთვის შემანარჩუნებელი უსაფრთხოების ქცევის განხორციელების მიზნის ამოცნობაში. ისინი შეთანხმდნენ, რომ უსაფრთხოების ქცევების აღმოფხვრა პროგნოზების შემონშების გზა იქნებოდა. მათ ჩამოაყალიბეს ქცევების სია, რომლებიც მოიცავდა გარკვეულ დღეებში საყიდლებზე სიარულს, დატვირთული სავაჭრო ცენტრებისთვის თავის არიდებას, მუქი ფერის თავისუფალი სტილის ტანსაცმლის ტარებას, სამსახურში და ჯგუფურ სიტუაციებში ჩუმად ჯდომას, შეცდომების გასწორების არ თხოვნას, სატელეფონო ზარის ან კარზე კაკუნის შემთხვევაში იმის თქმას, რომ ვითომ შინ არ არის, და საზოგადოებრივი საპირფარეშოებით სარგებლობისთვის თავის არიდებას. დროთა განმავლობაში, იმ ეტაპზე, როცა კარლს ჩამოუყალიბდა მიმდებლობა დაგეგმილი სამუშაოს მიმართ, მათ დაიწყეს კარლის ფიქრების შემონშება და უსაფრთხოების ქცევების ელიმინაცია. ალისია და კარლი მიხვდნენ, რომ პროგრესს ნამდვილად მიაღწიეს. როცა კარლი არდადეგებზე წავიდა სახლში, სხვა ქალაქში, ეცვა ახალი, მოტკეცილი ტანსაცმელი მთელი შაბათ-კვირის განმავლობაში და თავისუფლად ეკამათებოდა დედას პოლიტიკურ თემაზე..

თქვენს კლიენტებთან, განზრახ თავის არიდების სტრატეგიების ხანმოკლე პერიოდით გამოყენების არჩევანს შეიძლება დავარქვათ “ყავარჯნებზე” დაყრდნობა. ეს სტრატეგია ცნობილია მხოლოდ აუცილებელი საჭიროების დროს გამოყენებულ მეთოდად და ეხმარება კლიენტებს იმაში, რომ დროის მოკლე პერიოდში სიტუაციის კონტროლის განცდა ჰქონდეს. დაგეგმილი, დროებითი “ტაიმ-აუტი” ამგვარი “ყავარჯნების” მაგალითია. ნდობით აღჭურვილ პირთან სატელეფონო ზარი, როცა კლიენტი თავს ზედმეტად აღელვებულად გრძნობს - კიდევ ერთი “ყავარჯნია”. მაგალითად, კლიენტი, რომელსაც აგორაფობია აქვს, შეიძლება საყიდლებზე წავიდეს დიდ სავაჭრო ცენტრში, სადაც უჩნდება პანიკის სიმპტომები, რომელიც არ სუსტდება. სიტუაციის მთლიანად დატოვების ნაცვლად, კლიენტს შეუძლია აიღოს მოკლე “ტაიმ-აუტი”, ჩამოკდეს სკამზე, ან დაურევოს მის ნდობით აღჭურვილ პირს და მოუყვეს ამ სიტუაციის შესახებ. როდესაც შფოთვა ცოტა დაიკლებს, კლიენტი სავარაუდოდ შეძლებს თავიდან დაბრუნდეს სიტუაციაში. ასევე შესაძლებელია კლიენტმა თავიდან შეაფასოს ამ კონკრეტული ექსპოზიციის მნიშვნელობა მაშინ, როდესაც შფოთვის მგომარეობაში არ იქნება. სიტუაციისთვის თავის არიდებას სჯობს “ყავარჯნის” გამოყენება. ზუსტად ისე, როგორც

მოტეხილი ან ნაღრძობი კიდურების მკურნალობის დროს დროებით გამოიყენება ყავარჯნები, ფსიქოლოგიური ყავარჯნებიც განკუთვნილია კლიენტის მიერ თავდაჯერებულობისა და პრობლემის მოგვარების უნარის ჩამოყალიბების საშუალებად. ყავარჯნების მუდმივი გამოყენება ნამდვილად არ არის რეკომენდებული. თავის არიდების შემცირებასა და ექსპოზიციის თერაპიიდან მიღებული სარგებელის შენარჩუნებაში კლიენტის დახმარებასთან დაკავშირებული დამატებითი რჩევებისთვის იხ. ცხრილი 6.4.

#### **ცხრილი 6.4. თავის არიდების შემცირებისა და ექსპოზიციის თერაპიით მიღებული სარგებელის შენარჩუნების მეთოდები**

1. ძირითადი შემანარჩუნებელი ფაქტორების იდენტიფიკაცია ფუნქციური ანალიზის გზით;
2. თერაპევტის მხრიდან სიფხიზლე და ყურადღებით დაკვირვება. შემანარჩუნებელი ფაქტორები შეიძლება საკმაოდ შეუმჩნეველი და ავტომატური იყოს თქვენი კლიენტისთვის;
3. კლიენტის განათლება და დახმარება იდენტიფიცირებაში. დაეხმარეთ კლიენტს, გაიაზროს თავის არიდება და გაიგოს მისი ფუნქციები;
4. პარტნიორის/ოჯახის დახმარება შემანარჩუნებელი ფაქტორების იდენტიფიცირებაში. დაეხმარეთ კლიენტისთვის მნიშვნელოვან ადამიანებს, გაერკვნენ და გაიგონ, როგორ შეუძლიათ თავის არიდების შემცირებაში დახმარება (კლიენტის თანხმობითა და მონაწილეობით);
5. ერთმანეთისგან განასხვავეთ შფოთვის დაძლევა და შფოთვისთვის თავის არიდება;
6. განსაზღვრეთ „გაქცევა“ და „ყავარჯნები“. „გაქცევა“ იწვევს მომატებულ თავის არიდებას, რაც საზიანოა ხანგრძლივ პერსპექტივაში, მაშინ როდესაც, „ყავარჯნები“ თანდათანობით ეხმარება კლიენტს თავის არიდების შემცირებაში. „გაქცევისა“ და „ყავარჯნების“ განსხვავების ერთ-ერთი მაჩვენებელი არის ის, რომ პირველი კლიენტს ეხმარება სიტუაციისთვის თავის არიდებაში, ხოლო მეორე - ეხმარება სიტუაციაში ჩართვაში;
7. კლიენტთან თანამშრომლობით თანდათანობით და სისტემატურად შეამცირეთ შემანარჩუნებელი ფაქტორები. გაითალისწინეთ, რამდენად შეეძლება მას ამ შემცირების ატანა;
8. თანდათანობით დაეხმარეთ კლიენტს ისწავლოს შფოთვის მოთმენა; შფოთვის მოთმენა, შფოთვის მიმართ ტელერანტობა ხშირად ექსპოზიციის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს.
9. გამოიყენეთ თერაპიული ურთიერთობები. გააძლიერეთ ნდობა როგორც თქვენს, ისე მიდგომის მიმართ.

10. დარწმუნდით, რომ კლიენტი წარმატებას უკავშირებს საკუთარ ძალისხმევას და არა გარეშე ფაქტორებს ან თქვენს ძალისხმევას ან უბრალოდ არსებობას.
11. შეაფასეთ და შეცვალეთ კლიენტის თვით-ეფექტურობასთან და დაძლევის უნართან დაკავშირებული რწმენები.
12. შეაფასეთ და შეცვალეთ კლიენტის რწმენები კონკრეტულ საფრთხესთან დაკავშირებით. მოახდინეთ ამ რწმენების რესტრუქტურირება ტიპური ტექნიკების საშუალებით, როგორცაა მონაცემთა შეგროვება საშიშ შედეგებთან დაკავშირებით.
13. გაიმეორეთ ექსპოზიცია და დაავალეთ კლიენტს, ივარჯიშოს იმაზე მეტი, ვიდრე თქვენ მიგაჩნიათ საჭიროდ.
14. აქტიურად გამოიყენეთ „სხვისი თვლით შეხედვა“ (პერსპექტივის განჭვრეტა) და ყველა შესაფერის და შესაძლო შემთხვევაში ჩართეთ იუმორი.
15. თერაპიის დასრულებისკენ გამოიყენეთ რელაქსის პრევენცია. მაგ., დასახეთ სამომავლო გეგმები, ინინასწარმეტყველეთ შესაძლო რეგრესი, და დაძლიეთ თავის არიდების სტრატეგიები. ამასთანავე თანდათან გაზარდეთ “შემომნების” ან “follow-up” სესიების ინტერვალები.

## ქცევითი აქტივაცია

### “მესამე ტალღის” ქცევითი აქტივაცია

“მესამე ტალღის” ქცევითი აქტივაცია (Martell და სხვ., 2001) კონტექსტუალურად განიხილავს დეპრესიას და ვარაუდობს, რომ თავის არიდება ხელს უწყობს დეპრესიული განწყობილების შენარჩუნებას. ეს განმარტება ლევინსონის (Lewinsohn, 1980) ზემოთ განხილული მიდგომის მსგავსია. ამ ორ მიდგომას შორის გარკვეული ურთიერთგადაფარვა არსებობს. “მესამე ტალღის” მიდგომა პირველ რიგში განიხილავს დეპრესიული ქცევის ფუნქციას ან პროცესს, ვიდრე - მის ფორმასა და შინაარსს. მარტელი (Martell და სხვ.,) მკაფიოდ აღნიშნავდა, რომ ამ მიდგომის მიზანს არ წარმოადგენს სიამოვნების მომგვრელი აქტივობების გაზრდა. ისევე, როგორც თავის არიდების ქცევები ინარჩუნებს შფოთვას, თავის არიდებით დაძლევის პატერნიც ინარჩუნებს დეპრესიულ განწყობას და დეპრესიის თანმდევი შედეგების ზოგიერთ სხვა სიმპტომს. „მესამე ტალღის“ ქცევითი აქტივაციის სამიზნეა თავის არიდებასთან, როგორც დეპრესიის უმთავრეს პრობლემასთან გამკლავება. მარტელი (Martell, და სხვ.,) გვიჩვენებს კარგად დავფიქრდეთ, რათა გავიგოთ ის გაუთვალისწინებელი გარემოებები, რომლებიც დეპრესიის შენარჩუნებას უწყობს ხელს. ის თვლის, რომ დასკვნები კლიენტთან ერთად უნდა განვიხილოთ და გავაანალიზოთ. მესამე ტალღის ქცევითი აქტივაცია

უფრო მეტად მუშაობს “გარედან შიგნით”, ვიდრე “შიგნიდან გარეთ”. ის მთლიანად კონტექსტუალურია და წახალისებს კლიენტს გახდეს უფრო მეტად შეგნებულად აქტიური, მიუხედავად იმისა, თუ როგორ გრძნობს ის თავს. რეაგირება ხდება როგორც ქცევების ფუნქციებზე, ასევე აზრების ფუნქციებზე და არა შინაარსზე (იხ. თავი 7).

იფიქრეთ ქცევითი აქტივაციის გამოყენებაზე შემდეგ შემთხვევებში:

- კლიენტებთან, რომლებიც ებრძვიან დეპრესიულ გუნება-განწყობას.
- კლიენტებთან, რომლებსაც თავის არიდების ქცევითი პატერნები აქვთ.
- კლიენტებთან, რომელთათვისაც დამახასიათებელია „დაყოვნება ან საქმის გადადება“(პროკრასტინაცია), და როგორც ჩანს, არ მუშაობენ ცხოვრებისეულ პრობლემებზე.

ჩვენი აზრით, ეს მარტივი, თუმცა დახვეწილი მიდგომა შეიძლება ზოგადად გამოყენებული იქნას თავის არიდებასთან მიმართებაში. ქცევით აქტივაციაში პირველ ნაბიჯს ფუნქციური ანალიზის ჩატარება წარმოადგენს, რათა დადგინდეს კლიენტის თავის არიდების პატერნები. ამ მიდგომაში გამოყენებული ზოგიერთი სტრატეგია უკვე განვიხილეთ ზემოთ. ესენია: კლიენტის მიერ ყოველდღიურად განხორციელებული საქმიანობის განრიგის, სიის გამოყენება, ოსტატობისა და სიამოვნების მომგვრელი ქცევების იერარქიების შექმნა, ზოგადი აქტივობის დონის მატების წახალისება, და თავის არიდების შემცირება. ხოლო განსაკუთრებით სასარგებლო კონკრეტული ინტერვენციები გახლავთ TRAP-ის (ტრიგერი, რეაგირება, თავის არიდების პატერნი) და TRAC-ის (ტრიგერი, რეაგირება, ალტერნატიული გამკლავება) იდენტიფიკაციისა და ანალიზის მოდელი (Martell და სხვ., 2001; იხ. დიაგრამა #6.3). ეს სტრატეგია მოიცავს თავის არიდების ტრიგერების იდენტიფიკაციას და მისი შედეგების განსაზღვრას იქამდე, სანამ არ დასახელდება და პრაქტიკულად არ განხორციელდება თავის არიდების ალტერნატივები.

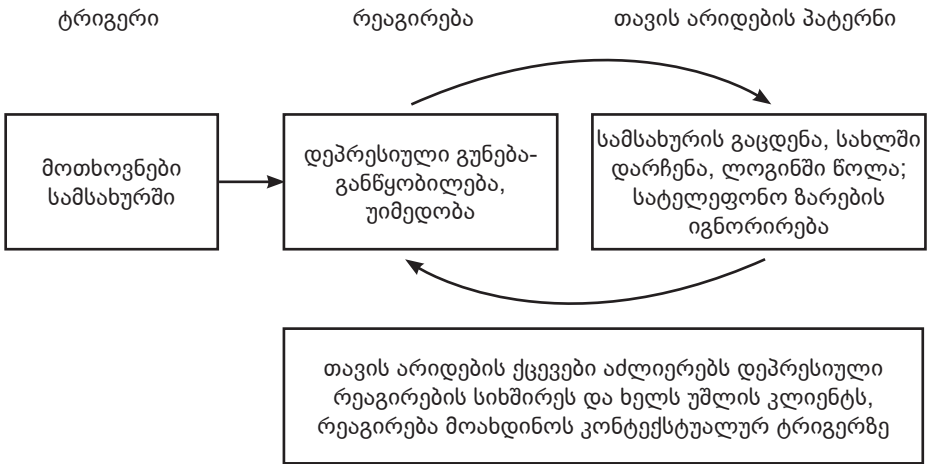
## **სოციალურ კონტექსტთან დაკავშირებული დასკვნითი კომენტარი**

ბევრი კლიენტი ცხოვრობს რთულ ცხოვრებისეულ პირობებში და გარკვეული ტრაგედიაც გადაუტანიათ წარსულში. მნიშვნელოვანია, რომ ჩვენი ინტერვენცია იყოს რეალისტური და გვახსოვდეს, რომ არანაირ ინდივიდუალურად დაგეგმილ ქცევით აქტივაციას, ექსპოზიციას ან უნარების სწავლებას არ შეუძლია მათი წარსულის შეცვლა. ჩვენ ვიმედოვნებთ, რომ კლიენტები კარგად მოემზადებიან თერაპიის პროცესში საკუთარი ანწყობის და მომავალი გარემოებების ცვლილებებისთვის. თუ კლიენტი შეძლებს მინიმუმამდე შეამციროს თავის არიდება, სიმპტომები და

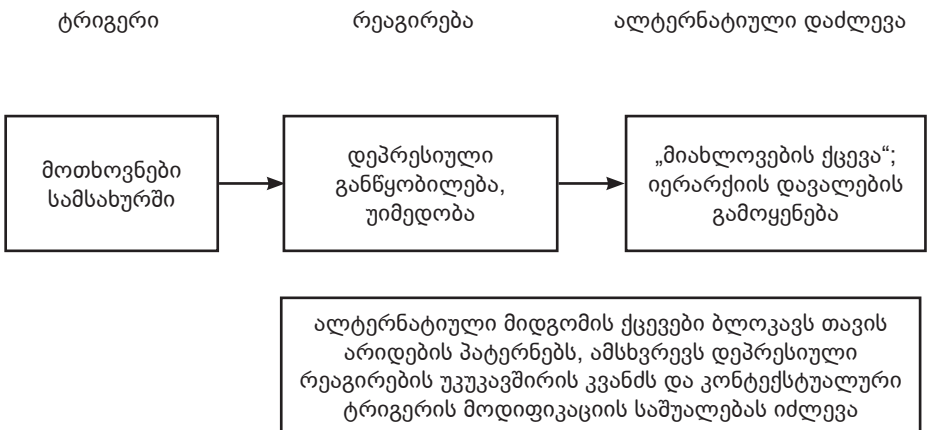
პრობლემური ქცევები, და ამავდროულად გაზარდოს საკუთარი უნარების დონე სხვადასხვა სფეროში, ეს ძალიან კარგია. ცხადია, ის უკეთ შეძლებს საკუთარი ცხოვრების გაუმჯობესებას და დადებითი გავლენა ექნება გარშემო მყოფ ადამიანებზე.

**დიაგრამა 6.3. TRAP და TRAC მოდელები.**

**TRAP მოდელის ნიმუში**



**TRAC მოდელის ნიმუში**





### ანა კ.-ს შემთხვევა, გაგრძელება

ანა კ.-ს საორიენტაციო და ფსიქოგანათლებლაზე მიმართული სესიების კვალდაკვალ, თერაპევტმა რამდენიმე სესია დაუთმო მისი ყოველდღიური საქმიანობის მიმოხილვას და ქცევას, აზრებსა და განწყობას შორის კავშირის დადგენას. რამდენადაც მუშაობის სრული მოდელი უკვე განხილული ჰქონდა, თერაპევტი ხშირად იყენებდა შესაძლებლობას, მიეთითებინა არა მხოლოდ თავის არიდებასა და ნეგატიურ განწყობას შორის კავშირზე, არამედ მიახლოებას, პოზიტიურ განწყობასა და თვით-ეფექტურობის მატებას შორის არსებულ კავშირზეც. ანამ აღნიშნა, რომ უკვე მოუთმენლად ელოდა სესიებზე მოსვლას. თერაპევტმა სთხოვა, დაკვირვებოდა საკუთარ ქმედებებს და შეეფასებინა ისინი ოსტატობისა და სიამოვნების ქცევების მიხედვით, რომლისთვისაც 6.1 სურათზე მოცემულ ფორმას გამოიყენებდა. აქტივობებში ჩართვის ანასეული ტენდენცია სხვა ადამიანებისთვის შესამჩნევი იყო, რადგან უჭირდა “არას” თქმა. მან სესიაზე სპონტანურად დაასახელა რამდენიმე ავტომატური აზრი, მაგ., როგორცაა: “ლუკა გაბრაზდება, თუ სახლში არ დავხვდები”, ან “დედამ შეიძლება თავი მიტოვებულად იგრძნოს, თუ მე არ გავყვები ექიმთან”. თერაპევტმა ხაზი გაუსვა, თუ როგორ შეუძლია ასეთ პროგნოზებს ანას მიყვანა საკუთარი საჭიროებების უგულვებელყოფამდე და როგორი გავლენის მოხდენა შეუძლია ანას ქცევებზე. აღსანიშნავია, რომ თერაპევტს არ გამოუყენებია სტანდარტული კოგნიტური რესტრუქტურირების ფორმა.

აქტივობების დაგეგმვის შემდეგ, მან ანას სთხოვა დაფიქრებულიყო საკუთარი თავის მოვლის საჭიროებაზეც. თერაპევტმა განიხილა ასერტული კომუნიკაცია, ხაზი გაუსვა ასერტულ რწმენებსა და ქცევას შორის არსებულ კავშირს. პრობლემის გადაჭრის ეტაპები იქნა გამოყენებული შესაძლო სტრატეგიების „გონებრივი იერიშისთვის“, რომლებიც შემდეგ სესიებზე პრაქტიკულად განხორციელდა როლური თამაშის სახით. თერაპევტი როლურ თამაშში მონაწილეობდა ჯერ ანას როლში, როცა ახდენდა დაძლევის უნარების დემონსტრირებას, ხოლო შემდეგ, როგორც ანას პარტნიორი. პრაქტიკულად ივარჯიშეს ასერტული უნარების სხვადასხვა ვარიანტებში. თერაპევტმა აღნიშნა, რომ სხვებთან კომუნიკაციისთვის არ არსებობს მხოლოდ ერთადერთი «სწორი» გზა. ასერტული კომუნიკაციის უნარების შესახებ საკითხავი მასალები (Paterson, 2000) გადასცა ანას საშინაო დავალების სახით, და ასევე დაავალა, რომ სამი სხვადასხვა სახის კონკრეტულ უნარზე ევარჯიშა კვირის განმავლობაში.

მოგვიანებით, თერაპიის განმავლობაში ანამ დაიწყო ცოდნის შექმნა იმის შესახებ, თუ როგორ გავლენას ახდენდა მისი ნუხილები პრობლემის გადაჭრის უნარზე. მას შეექმნა შთაბეჭდილება, რომ ნუხილი პოზიტიური ატრიბუტი იყო, რომელიც აჩვენებდა, რომ

ის ზრუნავს სხვებზე და არის პასუხისმგებლობის მქონე დედა. ამდენად, შეიქმნა წუხილების იერარქია და დაიწყო წუხილების ექსპოზიცია. თავდაპირველად თერაპევტმა სთხოვა ანას საშინაო დავალების სახით წერილობით ჩამოეყალიბებინა თავისი შიშები ვაჟიშვილის ასთმის შეტევებთან დაკავშირებით. მომდევნო სესიაზე მან ეს ჩანაწერი ოთხჯერ წაიკითხა ხმამაღლა, ხოლო თერაპევტმა გააკეთა მისი აუდიოჩანაწერი. მომდევნო კვირის განმავლობაში ანა ყოველ დღე უსმენდა აუდიოჩანაწერს და მოგვიანებით შფოთვის გაცილებით დაბალი დონე დაადასტურა ამ კონკრეტულ წუხილთან მიმართებაში. ანამ აღნიშნა, რომ ის გახდა უფრო პროაქტიული შვილის ასთმის დიაგნოზთან დაკავშირებით. მან შეხვედრა დანიშნა სუნთქვის სპეციალისტთან და დაუკავშირდა ალერგიისა და ასთმის ასოციაციის ადგილობრივ ფილიალს. ადრე ის თავს არიდებდა ორივე ამ ქმედების განხორციელებას იმის გამო, რომ შესაძლო დიაგნოზის ეშინოდა.

## თავი 7

### კოგნიტური რესტრუქტურის ინტერვენციები

კლიენტები სამკურნალოდ შეიძლება მოვიდნენ იმის ცოდნით, რომ მათი აზროვნება ნეგატიური ან პესიმისტურია. ეს აზრები შეიძლება იმდენად „ძლიერი“ იყოს, რომ ისინი თავს დათრგუნულად გრძობდნენ და ვერ ახერხებდნენ მათთან გამკლავებას. ხშირად კლიენტებს ასეთი აზრების „სისწორის“ სჯერათ და არ ჰკონიათ, რომ მათი დაძლევა შესაძლებელია. მოცემულ თავში ჩვენ განვიხილავთ რამდენიმე ზოგად სტრატეგიას, რომლებიც ჩვენს კლიენტებს დაეხმარება ამ პრობლემატური აზრების ამოცნობასა და დაძლევაში. თავდაპირველად, ჩვენ აღვწერთ რა საშუალებებით შეგიძლიათ დაეხმაროთ თქვენს კლიენტს ნეგატიური აზროვნების ამოცნობაში და გაგაცნობთ ინფორმაციის შეგროვების რამდენიმე მეთოდს. ჩვენ მოგანვძიებთ სხვადასხვა სახის აზრების დიფერენცირების ჩარჩოს და შემოგთავაზებთ რამდენიმე ეფექტურ სტრატეგიას ასეთ აზრებთან სამუშაოდ, რასაც ჩვენ ჩვეულებრივ კოგნიტურ რესტრუქტურის ვუნოდებთ. და ბოლოს, თავს დავასრულებთ იმ ზოგად დაბრკოლებებზე საუბრით, რომელიც მუშაობის დროს შეიძლება შეგხვდეთ და დაგეხმარებით თქვენ წინაშე არსებული შესაძლო სირთულეების დაძლევაში.

სანამ იმაზე დავიწყებთ საუბარს, როგორ ხდება ნეგატიური აზრებს იდენტიფიკაცია და მათზე მუშაობა, გვსურს ხაზი გავუსვათ მე-6 თავში ჩამოყალიბებულ ზოგად საკითხს - პრაქტიკული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენს დაეხმაროთ კლიენტებს მათი პრობლემების გადაჭრაში. ზოგიერთ შემთხვევაში, თვითონ ბიჰევიორულ ინტერვენციებს მოყვება პრობლემების მნიშვნელოვანი შემცირება. ზოგჯერ, მკურნალობა შეიძლება დასრულდეს მხოლოდ ბიჰევიორული ინტერვენციებით და კოგნიტური ცვლილებები გამოვლინდეს სპეციფიკური კოგნიტური ინტერვენციების გარეშე. გამოიყენეთ პრაქტიკული მიდგომა, განსაკუთრებით თუკი თქვენი დაწესებულება ფოკუსირებულია მოკლევადიან ინტერვენციებზე. მაგალითად, ახალი ინფორმაციის მიწოდებამ

შეიძლება საგრძობლად შეცვალოს კლიენტების მიერ საკუთარი პრობლემების გააზრება. დროდადრო კონცენტრაციის ფაქტმა შეიძლება ხელი შეუწყოს პრობლემების გადაჭრაზე უფრო აქტიურ ორიენტირებას. ჩვენ ასევე ვიცით, რომ ქცევის შეცვლის ტექნიკები ცვლიან არა მხოლოდ ქცევას. კლიენტები საკუთარი ქცევის აქტიური დამკვირვებლები არიან და დამოუკიდებლად აკეთებენ დასკვნებს იმასთან მიმართებაში, რასაც ხედავენ. მაგალითად, მამაკაცი კლიენტი, რომელსაც ეშინოდა სოციალური სიტუაციების, ხედავს, რომ მას შეუძლია სხვა ადამიანებთან მისვლა და არ შეუძლია არ აღიაროს, რომ მისი აზრები ასეთი სიტუაციებისადმი შეიცვალა. დეპრესიასა და უიმედობაში მყოფ კლიენტს, რომელიც გააქტიურდა საკუთარ ცხოვრებაში და ცდილობს საკუთარი პრობლემების გადაჭრას, არ შეუძლია არ აღიაროს, რომ მას შეეცვალა საკუთარი მომავლისადმი აქამდე არსებული დამოკიდებულება. შემთხვევების უმეტესობაში, თქვენ უნდა აკონტროლოთ ასეთი კოგნიტური ცვლილებები და დაეხმაროთ კლიენტებს მათ მიერ ინიცირებული სტრატეგიების შედეგად მიღწეული ასეთი ცვლილებების დანახვაში. თავის მხრივ, კოგნიტური ცვლილებების გააზრება ხელს უწყობს ქცევის შენარჩუნებას და შემდგომ განმტკიცებას.

თუმცა, ჩვენ ვაცნობიერებთ, რომ უმეტეს შემთხვევაში თქვენი კლიენტების ნეგატიური აზრები არა მხოლოდ ასახავს, არამედ აძლიერებს კიდევ მათ პრობლემებს. გვჯერა, რომ ასეთ შემთხვევებში თქვენ ეხმარებით კლიენტებს მათ აზრებს, ქცევასა და ემოციებს შორის კავშირების ჩვენებით. ასეთი კლიენტებისთვის სარგებლობა მოაქვს ამ კავშირებისა და იმ სტრატეგიების ცოდნას, რომლებიც პირდაპირ ახდენენ კოგნიციის შეცვლას. აღნიშნულ სტრატეგიებზე შემდეგ თავში ვისაუბრებთ.

კოგნიტურ რესტრუქტურისაციას მიმართეთ შემდეგ შემთხვევებში:

1. კლიენტების უმეტესობისთვის;
2. კლიენტებისთვის, რომელთაც მნიშვნელოვანი ემოციური დისტრესი ან დისფუნქციური ქცევა აღენიშნებათ;
3. კლიენტებისთვის, რომელთა კოგნიტური შეცდომები დადასტურებულია;
4. კლიენტებისთვის, რომლებიც რეგისტრენტულნი არიან ქცევის ცვლილებაზე მიმართული უფრო პირდაპირი მეთოდებისადმი.

## ნეგატიური აზრების იდენტიფიკაცია

სანამ შეძლებთ კლიენტებს დაეხმაროთ დისფუნქციური აზრების შეცვლაში, თქვენ უნდა დაეხმაროთ მათ უკეთ გააცნობიერონ საკუთარი აზრები და გაამბონ ამ გამოცდილების შესახებ. ზოგადად, თქვენ უნდა

უბიძგოთ მათ, უკან გადადგან ნაბიჯი ანმყო გამოცდილებიდან და ამის ნაცვლად დაფიქრდნენ ან გაიაზრონ საკუთარი წარსული გამოცდილება. მეტაკოგნიციის ეს აქტი (Wells, 2002) თავისთავად არის უნარ-ჩვევა, რომელსაც სწავლება და პრაქტიკა ესაჭიროება. ზოგიერთ კლიენტს საკმაოდ კარგი „ფსიქოლოგიური აზროვნება“ აქვს და ადვილად იგებს აღნიშნულ მოსაზრებებს, ხოლო ზოგიერთს უჭირს მსგავსი იდეებისა და სავარჯიშოების გააზრება. მართლაც, ზოგიერთი კლიენტი სამკურნალოდ აღნიშნულ ინტერვენციებში ჩართვის მზაობითა და უნარით მოდის, თუმცა ზოგიერთს ესაჭიროება მომზადება და პრაქტიკა საშუალო დონეზე ადაპტირებისთვისაც კი. ჩვენი რჩევაა, გაითვალისწინოთ ინდივიდუალური განსხვავებები და მზად იყოთ თქვენ კლიენტების შესაძლებლობებსა და უნარ-ჩვევებზე რეაგირებისათვის. შეიძლება ცვალოთ ის ენა, რომელსაც კლიენტებთან მუშაობისას იყენებთ, რათა დარწმუნებული იყოთ, რომ მათ ესმით რას ასწავლით და არ აქვთ ნეგატიური რეაქცია. ზოგიერთი კლიენტი შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს ისეთი ტერმინების გამოყენებას, როგორცაა „დისფუნქციური“ ან „დამახინჯებული აზრები“. ასეთ შემთხვევაში თერაპევტის პასუხისმგებლობაა, შეარჩიოს იმავე მნიშვნელობის მქონე, თუმცა კლიენტისათვის უფრო მისაღები ტერმინი. მაგალითად, შეიძლება გამოვიყენოთ ფრაზა „აზრები, რომელთა გამო თავს ცუდად გრძობთ“ ან „აზრები, რომლებიც ცუდ ემოციებს იწვევენ“.

კლიენტების მეტაკოგნიციის უნარის შეფასების კარგი საშუალებაა დაელოდოთ, როდის შეიქმნება თერაპიის სანყის ეტაპებზე სათანადო სიტუაცია, როდესაც მიხვდებით, რომ კლიენტების აზრები გავლენას ახდენენ გრძნობებზე და რეაგირების ფორმაზე. შეგიძლიათ გამოიყენოთ მაგალითი და აღწეროთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული მედიაციური მოდელის ძირითადი ვარიანტი სიტუაცია - აზრი - პასუხის (რეაქციის) ჯაჭვის იდენტიფიკაციით. შეგიძლიათ კლიენტს ჰკითხოთ, ესმის თუ არა, როგორ მივყავართ აზრებს ემოციურ ან ქცევით რეაქციამდე. თუკი პასუხი დადებითია, შეგიძლიათ კლიენტს სთხოვოთ, საკუთარი სიტყვებით აღწეროს ეს თანმიმდევრობა, რათა შეაფასოთ რამდენად ესმის მას ეს კავშირი. ამის ნაცვლად, შეგიძლიათ სთხოვოთ კლიენტს აღწეროს მსგავსი სიტუაცია, რომელიც იმავე პრინციპს გამოხატავს. თუკი პასუხი ნეგატიურია, მეტაკოგნიციის უნარ-ჩვევის სწავლება შეგიძლიათ ახსნის პერიფრაზირების, თერაპიის დროს წარმოქმნილი სხვა სიტუაციის ან რაიმე ჰიპოთეტური სიტუაციის გამოიყენებით.

მას შემდეგ, რაც კლიენტი დაინახავს სხვადასხვა სიტუაციაში მის აზრებსა და ამ სიტუაციაზე რეაქციებს შორის კავშირს, თქვენ შეგიძლიათ უბიძგოთ მას, მიაქციოს ყურადღება პასუხის მსგავს ნიმუშებს. შეიძლება მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე კლიენტს არაფორმალურად სთხოვოთ, უფრო მეტად გააცნობიეროს აზროვნების ასეთი ნიმუშები. თუკი ამას გააკეთებთ, დარწმუნდით, რომ შემდეგ სესიაზე კლიენტს აუცილებლად ესაუბრეთ ამ თემაზე. სთხოვეთ აღწეროს სიტუაცია - აზრი - რეაქციის პროცესი და დარწმუნდით, რომ კლიენტს ესმის ეს ნიმუში. თუ შესაძლებელია, განერეთ პროცესი ისე, როგორც ეს # 7.1. ცხრილშია ნაჩვენები.



ქვემოთ მოცემულია ზოგიერთი პრობლემა, რომელიც შეიძლება წარმოიქმნას აზრების იდენტიფიკაციისას.

### ცხრილი № 7.1. სიტუაცია - აზრი - პასუხის ნიმუში

სიტუაცია	აზრები	პასუხი
დღესასწაულზე, ვცდილობ	„ის ფიქრობს, რომ მე მოსაწყენი ვარ“.	გრძნობს შეშფოთებას. გრძნობს ნუხილს.
უცხო ადამიანთან საუბარს და ჩვენებას, რომ მეც საინტერესო პიროვნება ვარ	„მე არ ვიცი, რა ვთქვა“. „ის ფიქრობს, რომ მე ვიგონებ რაღაცებს“.	გრძნობს იმედგაცრუებას.

### კლიენტი, რომელსაც უჭირს მოვლენების ან ტრიგერების იდენტიფიკაცია

ერთ-ერთი მიზეზი, რატომაც უჭირთ კლიენტებს ტრიგერების იდენტიფიკაცია არის სიტუაციის საკმარისი გააზრების ნაკლებობა, როდესაც მასზე საუბრობენ. როდესაც კლიენტის მიერ სიტუაციის აღწერას ისმენთ, დარწმუნდით, რომ ეს ინფორმაცია თქვენს გონებაში მკაფიოდ და იმდენად დეტალურადაა მოცემული, რომ შეგიძლიათ საკუთარი თავი წარმოიდგინოთ ამ სიტუაციაში. გახსოვდეთ, რომ „სიტუაციები“ შეიძლება მოიცავდეს ინტერპერსონალურ ინტერაქციებს, ერთჯერად ან შესაძლოა წარმოსახვით მოვლენებსაც კი. ასევე შეიძლება მოიცავდეს მოგონებებს, მოვლენის ნაწილობრივ წარმოსახვას ან გონებაში აღბეჭდილ სურათს, რომელზეც კლიენტს რეაქცია აქვს, მოვლენები ასევე შეიძლება შეიცავდეს მულტისენსორულ კომპონენტებს, ხმებს, სუნს ან ტაქტილურ ელემენტებს. ხშირად ისინი დღის რომელიმე კონკრეტულ მონაკვეთთანაც არის დაკავშირებული, ასე რომ სიტუაციის კონტექსტუალური ასპექტების შესახებ კითხვების დასმით შეიძლება დაეხმაროთ კლიენტს მოგონებების გააქტიურებაში. მიუხედავად იმისა, რომ სავარაუდოდ სიტუაციასთან დაკავშირებული ასპექტების გაგება ყოველთვის არ იქნება საჭირო, სიტუაციის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებისას, მაინც უნდა გახსოვდეთ ყველა ეს შესაძლო ელემენტი.

ზოგჯერ შეიძლება სასარგებლო იყოს, თუ კლიენტი დახუტავს თვალებს და სიტუაციას გონებაში თქვენთან ერთად წარმოიდგენს. სთხოვეთ მას, დეტალურად აღწეროს სიტუაცია ხმამაღლა. იმისათვის, რომ კლიენტმა უკეთ შეძლოს კონკრეტულ სიტუაციისა და იმ კონკრეტულ მომენტში საკუთარი აზრების ვიზუალიზაცია, მან შეიძლება ვიზუალურად წარმოიდგინოს სივრცე, რომელშიც ის იმყოფებოდა და დაასახელოს

ადგილები, ხმები ან სხვა შეგრძნებები. თუკი სიტუაცია დაკავშირებული იყო ინტერპერსონალურ პროცესთან, მაშინ ალტერნატიულ ვარიანტად კლიენტმა შეიძლება აღწეროს სხვა პირების ქცევა. ამ დროს შეგიძლიათ მიმართოთ როლურ თამაშს და თვითონ განასახიეროთ ეს პირი, რათა კლიენტს დაეხმაროთ უკეთ წარმოიდგინოს თავი ამ სიტუაციაში და გაიხსენოს საკუთარი აზრები და რეაქციები.

ერთ-ერთი პრობლემა, რომელიც საკმაოდ ხშირად იჩენს თავს, დაკავშირებულია სიტუაციის დროის განმავლობაში აქტიურ განვითარებასთან, ფაქტთან, რომ სიტუაცია არ არის მხოლოდ ერთი სტატიკური მომენტი. მაგალითად, ინტერპერსონალური დავა შეიძლება დაიწყოს საკმაოდ მცირედი შეურაცხყოფით ან ზიანის აღქმით და შემდეგ სწრაფად გადაიზარდოს ორმხრივ შეურაცხყოფაში. საბოლოო შედეგი შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს, მათ შორის ის, რომ თქვენმა კლიენტმა გაბრაზებულმა დატოვოს ეს სიტუაცია. სავარაუდოა, რომ ამ მომენტთან დაკავშირებით კლიენტის აზრები და ემოციები თანდათან მძაფრდება და დროთა განმავლობაში იცვლება. ასეთ შემთხვევებში ზოგჯერ სასარგებლოა მოვლენების ჯაჭვის ცალკეულ მომენტებად ჩაშლა და სხვადასხვა რეაქციებთან დაკავშირებულ აზრებში მომხდარი ცვლილების სქემატურად ჩამოყალიბება. მიუხედავად იმისა, რომ ეს დავალება საკმაოდ დეტალური და მოსაწყენი შეიძლება ჩანდეს, ჩვეულებრივ მას სიტუაციის უკეთ გააზრება მოყვება შედეგად.

ზოგიერთ შემთხვევაში კლიენტმა, რომელსაც უჭირს გრძნობებისათვის სახელის დარქმევა, თერაპიული სესიის დროს შესაძლოა გუნება-განწყობის ცვლილება გამოავლინოს. ასეთი შემთხვევები მშვენიერი შესაძლებლობაა დაეხმაროთ კლიენტს შინაგან გამოცდილებაზე ფოკუსირებასა და ემოციური თვითგამოხატვის გაუმჯობესებაში. განაფული კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპეტი აკვირდება განწყობის ასეთ ცვლილებებს და საჭიროების შემთხვევაში, აძლევს კლიენტს დროს რეაგირებისთვის (მაგალითად, იტიროს), ამის შემდეგ სთავაზობს დამხმარე ფორმულირებას და ახდენს კოგნიტიურ-ბიჰევიორული შეფასებას. ასეთი შეფასება მოიცავს დებრიფინგს ისეთ საკითხებზე, როგორცაა კლიენტის ემოციური რეაქცია (რეაქციები), რეაქციის დამაჩქარებელი აზრები, შემდეგ ფორმულირება, ვიზუალიზაცია ან სესიაზე არსებული სხვა ტრიგერები, რომლებმაც ბიძგი მისცეს რეაქციებს. სესიის დროს განწყობის ცვლამ შეიძლება სიტუაცია - აზრი - რეაქციის ჯაჭვის ეფექტური გამოცდისა და კლიენტის ემოციურ პასუხებზე თქვენი სენსიტიური დამოკიდებულების დემონსტრირების შესაძლებლობა მოგცეთ. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპეტიები მზად უნდა იყვნენ სესიაზე, მოცემულ მომენტში, გამოვლენილ ემოციებზე მსჯელობისათვის და თავს კომფორტულად უნდა გრძნობდნენ, როდესაც კლიენტი ძლიერ ემოციებს მათთან ოფისში გამოხატავს. მიუხედავად ამისა, ჩვენ არ გირჩევთ გაამახვილოთ ყურადღება სესიის დროს ემოციურ გამოცდილებაზე, რამდენადაც ამ მკურნალობის ძირითადი ფოკუსია თვითონ კლიენტის რეალურ სამყაროში პრობლემის გადაჭრა. მაგალითად, წარმოიდგინეთ სიტუაცია, როდესაც გაიგეთ, რომ თქვენი

კლიენტი შფოთავს თერაპიულ სესიაზე მოსვლასთან დაკავშირებით იმის გამო, რომ ეშინია, არ გაბრაზდეთ ან იმედგაცრუებული არ დარჩეთ მის მიერ დავალების შეუსრულებლობის გამო. ცხადია, თქვენთვის მნიშვნელოვანია, რომ გაიგოთ მისი ეს ემოციური რეაქცია, ხოლო თერაპიულ სესიაზე ამ საკითხზე საუბარი სარგებლობის მომტანი იქნება. თუმცა, ჩვენ მოგიწოდებთ, საკმაოდ სწრაფად განსაზღვროთ, აქვს თუ არა ადგილი ასეთ რეაქციებს კლიენტის სხვა ურთიერთობებში და აქცენტირება არ გააკეთოთ მხოლოდ კლიენტი-თერაპევტის ურთიერთობებზე.

### კლიენტი, რომელსაც უჭირს ემოციების იდენტიფიკაცია

ზოგადად ადამიანების უმეტესობას შეუძლია საკუთარი ემოციების იდენტიფიკაცია და მათთვის სახელის დარქმევა, თუმცა ამ უნარებში საკმაოდ დიდი განსხვავებებიც არსებობს. ამ პროცესში განსაკუთრებული სირთულეები შეიძლება იმ კლიენტებს შეექმნათ, რომლებიც ემოციურად ღარიბი გარემოდან მოდიან, რომლებსაც შესაძლოა ნაკლებად ეძლეოდათ საკუთარ გრძნობებზე საუბრის საშუალება ან ვინც უბრალოდ ნაკლებად იცნობს ფსიქოლოგიას. ასეთ შემთხვევებში თქვენ შეგიძლიათ დაეხმაროთ კლიენტებს ამ პროცესების აღსაწერად გამოიყენონ სხვადასხვა ტერმინები, როგორცაა: *გრძნობები, ინსტინქტური რეაქციები, რეაქციები, გული, გამოცდილება, ემოციები*. ზოგი კლიენტი გაცილებით მეტ ყურადღებას აქცევს საკუთარ შინაგან რეაქციებს. მათთვის დახმარება იქნება იმ ტერმინების სწავლება, რომელსაც ისინი დაუკავშირებენ ამ რეაქციებს და უფრო ზუსტად შეძლებენ საკუთარი გრძნობებისათვის სახელის მინიჭებას. გაცილებით რთულ შემთხვევებში, შეიძლება მეტი დროის დათმობა დაგჭირდეთ კლიენტებისათვის ემოციებთან დაკავშირებული ტერმინების გაცნობასა და განმარტებაზე, რათა მათ შეძლონ ამ ტერმინების გამოყენება მომავალ სიტუაციებთან მიმართებაში.

ზოგჯერ კლიენტს ესაჭიროება მისი ემოციური ლექსიკონის გამდიდრებასა და გაუმჯობესებაში დახმარება. მაგალითად, კლიენტი, რომელიც ემოციური რეაქციის გამოსახატად იყენებს ტერმინებს „წყენა“ ან „ცუდი“, აშკარად გეუბნებათ, რომ მისთვის რაღაც ნეგატიური მოხდა, თუმცა არ არის ნათელი, რა ნეგატიური გამოცდილება იყო ეს. ასეთ კლიენტს უნდა ვურჩიოთ, ბუნდოვანი ტერმინების ნაცვლად, გამოიყენოს უფრო აღწერითი და კონკრეტული ტერმინები. ემოციებისთვის სახელის დარქმევის მრავალი მაგალითი შეიძლება იხილოთ შემდეგ ვებ-გვერდზე: [www.psychpage.com/learning/library/assess/feelings.html](http://www.psychpage.com/learning/library/assess/feelings.html). ზოგიერთი კლიენტი უპირატესობას ანიჭებს ემოციების ვიზუალურ გამოსახულებებს, როგორცაა: [www4.informatik.uni-erlangen.de/~msrex/how-do-you-feel.html](http://www4.informatik.uni-erlangen.de/~msrex/how-do-you-feel.html). ხშირად სასარგებლოა კლიენტებმა არა მხოლოდ სახელი დაარქვან საკუთარ ემოციურ რეაქციებს, არამედ აღწერონ მათი ინტენსივობაც. ინტენსივობის სარეიტინგო შეფასება შეიძლება გულისხმობდეს სხვადასხვა ისეთი ტერმინების გამოყენებას, როგორცაა: *საერთოდ არა, ცოტათი, თითქოს, ზომიერად, საკმაოდ, ძლიერ, სულ ოდნავ, ძალიან, ინტენსიურად*. ემოციის ინტენსივობის

ციფრებით აღსაწერად შეიძლება გამოყენებულ იქნას 0-დან 100 %-მდე სუბიექტური აღნიშვნები დისტრესის სკალაზე.

მე ვიგრძენი	საერთოდ	მონყენილად
მე ვიყავი	ცოტათი	დეპრესიულად
მე გამოვცადე	ზომიერი	უშნეობა
გული მქონდა	საკმაოდ	დემორალიზებული
ჩემი მხნეობა	ძალიან	დაეცა
ჩემი რეაქცია იყო	ზედმინევნით	უშნეო და უიმედო

მაგალითის სახით, წარმოიდგინეთ, რამდენად სხვადასხვაგვარად შეიძლება გამოიხატოს მონყენილობა. თუკი თქვენ შეძლებთ დაეხმაროთ თქვენს კლიენტს, უფრო ზედმინევნით და ზუსტად აღწეროს სიტუაცია, მაშინ შეძლებთ უკეთ შეაფასოთ, რამდენად დიდ პრობლემას წარმოადგენს ის თქვენი კლიენტისთვის და რა ოპტიმალური ჩარევა უნდა განახორციელოთ.

**კლიენტი, რომელიც ვერ ერკვევა თავისი გრძნობების ბუნებაში**

ზოგიერთი კლიენტი საკუთარი აზრების გამოსახატად იყენებს იმ ტერმინებს, რომელიც ჩვენთვის ემოციებთან და იმპულსურ აქტივობებთან ასოცირდება. მაგალითად, კლიენტმა შეიძლება თქვას: „მე ვფიქრობდი, რამდენად იმედგაცრუებული ვიყავი შვილით“, ან „სამწუხარო აზრებზე ვფიქრობდი“ ან „ვიგრძენი, რომ უნდა წამოვსულიყავი“. ასეთ შემთხვევებში თქვენ მეტი დრო დაგჭირდებათ, რათა კლიენტს დაეხმაროთ, მოახდინოს თავისი გრძნობების, აზრებისა და ქცევების უფრო ზუსტი დიფერენცირება. ამ ტერმინების დეფინიცია დაგეხმარებათ, თუმცა ასევე სასარგებლოა კლიენტის საკუთარი გამოცდილების გამოყენებაც, რაც მას დაეხმარება ამ დიფერენცირებულ რეაქციების უკეთ გაგებაში.

**კლიენტი, რომელსაც უჭირს საკუთარი აზრების იდენტიფიკაცია**

მაშინაც კი, თუკი თქვენს კლიენტს დაეხმარეთ უკეთ გარკვეულიყო მოვლენის ბუნებაში, სიტუაციაში, ტრიგერებსა და სტიმულებში და თუკი გარკვეული დრო დაუთმეთ იმაზე საუბარს, როგორ უნდა მოხდეს აზრების განსხვავება გრძნობებისა და ქცევებისგან, კლიენტს შეიძლება მაინც გაუჭირდეს საკუთარი აზრების იდენტიფიკაცია. ასეთ შემთხვევებში თქვენ შეიძლება გამოიყენოთ კითხვების სერია, რაც მას დაეხმარება საკუთარი აზროვნების პროცესისთვის ყურადღების მიქცევაში და აზრების იდენტიფიკაციაში (იხ. ცხრილი 7.1).

### ცხრილი 7.1. დამხმარე კითხვები კლიენტებისგან აზრების ამოსატანად

1. რას ფიქრობდით ამ სიტუაციაში?
9. რაზე შეიძლება გეფიქრათ მაშინ?
10. ხომ არ გახსენებთ ეს სიტუაცია სხვა, მსგავს სიტუაციას, როდესაც იცოდით რაზე ფიქრობდით?
11. ხომ არ შეიძლება გეფიქრათ, რომ - - - - - (შესთავაზეთ მსგავსი აზრი)?
12. ხომ არ შეიძლება გეფიქრათ, რომ - - - - - (შესთავაზეთ განსხვავებული აზრი, რომელზეც კლიენტს არ უფიქრია)?
13. გაქვთ გონებაში რაიმე კონკრეტული ხატები?
14. შეგიძიათ გაიხსენოთ ამ სიტუაციასთან დაკავშირებული რაიმე მოგონება?
15. რას ნიშნავდა ეს სიტუაცია თქვენთვის?
16. რას იფიქრებდა სხვა ამ სიტუაციაში ?
17. მე რომ იქ ვყოფილიყავი, რა შეიძლება მეფიქრა?
18. რას იფიქრებდით, ასეთი სიტუაცია რომ ყოფილიყო (უამბეთ სიტუაციების რაიმე ჰოპოთეტური ვარიანტი, რათა ნახოთ, რამდენად მსგავსი ან განსხვავებული არის კლიენტის აზრები)?

შენიშვნა: ადაპტირებულია J. S. Beck (1995). საავტორო უფლებები 1993 Judith S. Beck. ადაპტირებულია Judith S. Beck და The Guilford Press-ის ნებართვით.

### კლიენტი, რომელიც აზრებს კითხვის ფორმით აყალიბებს

ზოგიერთი კლიენტი აღიარებს, რომ პრობლემურ სიტუაციებთან მიმართებაში ისინი საკუთარ თავს უსვამენ კითხვას: „მიმიღებენ მე?“, „რა მოხდება, თუკი ვერ გავაკეთებ?“, „ეს ყოველთვის მე რატომ მემართება?“ ან „როგორ შეიძლება ამ სიტუაციიდან გამოვიდე?“, ეს კითხვები ჩვეულებრივ კლიენტის მომატებულ შფოთვაზე მიუთითებენ, თუმცა არასწორად წარმოაჩენენ არსებულ ნეგატიურ აზრებს. კლიენტების უმეტესობა არა მხოლოდ უსვამს საკუთარ თავს მსგავს კითხვებს, არამედ თვითონ პასუხობს მათ უარყოფითად. მაგალითად, კლიენტი რომელიც სვამს კითხვას „მიმიღებენ მე?“ სავარაუდოდ აკეთებს დასკვნას, რომ ის არ იქნება მიღებული. კლიენტს, რომელსაც ანუხებს მარცხის შესაძლო შედეგები, შესაძლოა სჭერა, რომ სწორედ ასეთ შედეგს მიიღებს. კლიენტს, რომელიც ნუხს იმაზე, როგორ გამოვიდეს ამა თუ იმ სიტუაციიდან, შეიძლება ეშინოდეს, რომ ის ვერ გაეცევა ამ სიტუაციას. როდესაც თერაპიული სესიის დროს კლიენტისაგან ასეთი კითხვები გვსმით, სთხოვეთ მათ, გასცენ პასუხი საუკეთესო ვარაუდიდან გამომდინარე. თუ კლიენტს არ



გააჩნია ამ კითხვებზე პასუხის გასაცემად შესაბამისი მტიკცებულებები, თვითონ ეს ინფორმაცია შეიძლება გახდეს ინტერვენციის ფოკუსი (იხ. ქვემოთ მოცემული ამონარიდი თერაპიული სესიიდან). კითხვებზე პასუხის უნარობა შეიძლება სწავლებისთვის იქნას გამოყენებული, თქვენ და თქვენს კლიენტს შეეძლება შეგედლებათ ერთად მუშაობა ინფორმაციის შესაგროვებლად:

**თერაპევტი:** როგორ ფიქრობთ, შეგიძლიათ ამ კვირაში რაიმე გააკეთოთ ამ პრობლემასთან დაკავშირებით?

**კლიენტი:** არ ვიცი, შეეძლებ თუ არა ვცადო. რა მოხდება თუკი ამას ვერ გავაკეთებ? ამ კვირაში საკმაოდ დაკავებული ვარ.

**თერაპევტი:** რას გულისხმობთ? შეგიძლიათ უპასუხოთ კითხვას: „რა მოხდება, თუკი ამას ვერ გავაკეთებ“?

**კლიენტი:** ჩემი ვარაუდით, მე ვფიქრობ, რომ ამის გაკეთებას ვერ შეეძლებ. ეს საკმაოდ მაშინებს. შეიძლება არ გამომივიდეს და მომიწიოს იქ დაბრუნება, საიდანაც ვიწყებდი. უარესიც კი, მე ვცადე და არ გამომივიდა. ახლა იმას მაინც ვაცნობიერებ, რომ შეიძლება მომავალში მომეცეს მცდელობის შესაძლებლობა.

**თერაპევტი:** ეს ისე ჟღერს, თითქოს მცდელობაც კი თქვენს შფოთვას იწვევს. საინტერესოა, თქვენი ერთ-ერთი მოლოდინი ხომ არა უკავშირდება იმას, რომ შესაძლოა მარცხი განიცადოთ?

## კლიენტი, რომელსაც აზრები ერევა რწმენებში, სქემებსა ან ვარაუდებში

ზოგიერთ შემთხვევებში კლიენტი შეიძლება არა მხოლოდ საუბრობდეს სიტუაციასთან ან მოვლენასთან დაკავშირებით საკუთარ აზრებსა და შეფასებებზე, არამედ მათ შესახებ დასკვნებსაც აკეთებდეს. მაგალითად, დეპრესიის მქონე კლიენტი, რომელსაც არ შეუძლია საშინაო დავალების შესრულება, შეიძლება ამბობდეს: „მე ვერ შევძელი საშინაო დავალების შესრულება, რადგან ვგრძნობდი, რომ არ შემწევდა უნარი დამეწყო დავალების კეთება, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს ჩემს უიღბლობას“. ამ მოსაზრებაში გადმოცემული პირველი რეაქცია ასახავს სიტუაციასთან დაკავშირებულ სპეციფიკურ აზრს უმოქმედობის შესახებ (თუმცა აზრი ჭერ კიდევ დაზუსტებას საჭიროებს), ხოლო შემდგომ კეთდება დასკვნა, რომელიც ეფუძნება იმას, რომ კლიენტს უჭირს აქტივობის დაწყება. თერაპიის ადრეულ ეტაპზე, სასარგებლო იქნება კლიენტის მიერ გაკეთებული დასკვნის ჩანიშვნა და მისი გამოყენება შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის ჩამოყალიბების დროს და არა მყისიერი კომენტარის გაკეთება. გაცილებით სასარგებლო იქნება ფოკუსირება პასუხის პირველ ნაწილზე, რომელიც წარმოადგენს „ავტომატურ აზრს“ (A. T. Beck და სხვ., 1979) და უკავშირდება კონკრეტულ მომენტში სამუშაოს დაწყების უნარობას.

მიუხედავად იმისა, რომ თერაპევტს ვურჩევთ მსგავს სიტუაციაში ფოკუსირება მოახდინოს სიტუაციისთვის სპეციფიკურ აზროვნებაზე, განსაკუთრებით კი თერაპიის ადრეულ სესიებზე, უნდა აღვნიშნოთ, რომ აზრი უფრო ღრმა პრობლემას ასახავს ბაზისური რწმენასთან ან სქემასთან მიმართებაში. ზემოთ მოყვანილ მაგალითში, ბაზისური რწმენა დაკავშირებულია მარცხის ან არაკომპეტენტურობის თემასთან. კლიენტის იმ ნეგატიური რეაქციის გათვალისწინებით, რომელიც უკავშირდება საშინაო დავალების დაწყების უუნარობას, თერაპევტს ამ შემთხვევაში შეუძლია განაგრძოს საშინაო დავალების მიცემა მიღწევებისა და წარმატების თემაზე, რათა დაინახოს: 1) კავშირშია თუ არა გაუმჯობესებული განწყობა წარმატების აღქმასთან და 2) კავშირშია თუ არა მომატებული დეპრესიული განწყობა და/ან უიმედობის გრძნობები მარცხის ან არაკომპეტენტურობის აღქმასთან. ორივე ეს წინასწარმეტყველება შესაბამისი იქნება შემთხვევის კოგნიტურ ფორმულირებასთან და ორივე რეაქცია ხელს შეუწყობს შემთხვევის მიმდინარე კონცეპტუალიზაციის დასაბუთებას.

### **კლიენტი, რომელიც რეაგირებს თავის ნეგატიურ აზრებზე**

მიუხედავად იმისა, რომ თქვენი მუშაობის თავდაპირველი ფოკუსი ავტომატური აზრების შეფასებაა, ბევრი კლიენტი შეიძლება მისვდეს, რომ თქვენი შემდეგი ნაბიჯი ამ აზრებთან დაკავშირებული ინტერვენცია იქნება. ზოგიერთ კლიენტს მკურნალობის დაწყებამდეც აქვს ინფორმაცია კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების შესახებ. აზრების ჩანერის მრავალი ფორმა შედგება სვეტებისაგან, სადაც კლიენტები წერენ საკუთარ რეაქციებს ნეგატიურ ავტომატურ აზრებთან მიმართებაში. ასეთი მინიშნებების არსებობისას გასაკვირი არ არის, რომ ზოგიერთი კლიენტი შეიძლება საკუთარ ნეგატიურ ავტომატურ აზრებზე რეაგირებდეს მანამდე, სანამ თქვენ მათთან მუშაობას დაიწყებთ. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი რეაქციები გარკვეულწილად პოზიტიურ ხასიათს ატარებს, რადგან გამოხატავს კლიენტის სურვილს, ჩაერთოს მუშაობის პროცესში და გაძლევთ მისი ამ სპონტანური უნარის შეფასების საშუალებას, ჩვენ მაინც არ გირჩევთ მათ გამოყენებას რამდენიმე მიზეზის გამო. უპირველეს ყოვლისა, სავარაუდოდ კლიენტებს ახასიათებთ წარუმატებელი სტრატეგიების გამოყენება, რაც მათ მიმდინარე პრობლემებში და თერაპიის საჭიროებაში აისახება. წარმატების ნაკლებობა თერაპიით უკმაყოფილებას განაპირობებს და ნდობის დაკარგვა და თერაპიის პროცესის ადრეული შეწყვეტაც კი შეიძლება განაპირობოს. უფრო მეტიც, ეს რეაქციები ხელს უშლიან სიტუაციაზე ნეგატიური რეაქციების გამოვლენას, რაც თავის მხრივ თქვენ გიშლით ხელს უკეთ გაიგოთ თქვენი კლიენტის აზრები და უარყოფითი სიტუაციებისადმი სხვა რეაქციები.

## ნებათიური აზრების შეგროვების მეთოდი

კოგნიტურ-ბიჰევიორული სფეროში მომუშავე ბევრი თერაპევტი ხშირად იყენებს ყოველდღიური დისფუნქციური აზრების ჩანაწერს (DTR; A. T. Beck და სხვ., 1979; J. S. Beck, 1995). რეალურად, DTR უკვე გახდა კოგნიტური შეფასების განმსაზღვრელი მახასიათებელი და დროთა განმავლობაში მისი სხვადასხვა ვერსია ჩამოყალიბდა. ეჭვგარეშეა, რომ ეს მეთოდი წარმოადგენს აზრების შეგროვების ეფექტურ მეთოდს და ჩვენც აქტიურად ვიყენებდით ჩვენს კლიენტებთან. მიუხედავად ამისა, DTR-ის კლასიკურ ვერსიას აქვს შემდეგი პოტენციური შეზღუდვები:

- ემოციების აღწერის სვეტის განლაგება აზრების სვეტის წინ არ შეესაბამება კოგნიტურ მოდელს;
- მიუხედავად იმისა, რომ ემოციების ინტენსივობის განსაზღვრა დაგეხმარებათ უძლიერესი ემოციური რეაქციები გამოიყენოთ შეფასებისთვის მიმართულების განსაზღვრაში, ჩვენი გამოცდილებით, ნაკლებად სასარგებლოა ამ აზრებთან მიმართებაში კლიენტის რწმენის სიძლიერის გაზომვა. ჩვეულებრივ, კლიენტების უმეტესობას, სჭერა საკუთარი აზრების.
- აღნიშნული ფორმის გამოყენებით არ ხდება ავტომატური აზრების თანმდევნი ქცევების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება;
- აღნიშნულ ფორმაში კოგნიტური შეცდომების სვეტის ჩართვა კლიენტებს აფიქრებინებს, რომ მათი აზროვნება დარღვეულია ან „მცდარია“. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი მცდარი ნეგატიური აზრი გარკვეულ ინტერვენციას მოითხოვს, მრავალი სხვა აზრი შეიძლება არ იყოს მცდარი, რაც ასეთი სვეტის არსებობის პრობლემატურობაზე მეტყველებს.
- აღნიშნულ ფორმაში რაციონალური პასუხების სვეტის ჩართვა ზოგჯერ უბიძგებს კლიენტებს მოახდინონ ნეგატიურ აზრებზე რეაგირებას მანამ, სანამ ამისთვის მზად იქნებიან.

ზოგადად, ჩვენ DTR-ის ტრადიციული ფორმის გარკვეულ მოდიფიკაციას ვიყენებთ. თერაპიის დაწყებამდე თქვენ შეგიძლიათ სთხოვოთ კლიენტს სესიაზე სატარებლად შეიძინოს ბლოკნოტი, რომელსაც ის საშინაო დავალებების, მკურნალობასთან დაკავშირებული კომენტარების, ნეგატიური აზრების შესაგროვებლად გამოიყენებს. რაც შეეხება აზრების DTR ფორმაში აღრიცხვას, კლიენტი ბლოკნოტში სვეტების ნაკრებს ინერს (როგორც ეს # 7.2. ცხრილშია ნაჩვენები) და იწყებს მონაცემების შეგროვების პროცესს.

ასეთი სვეტებიანი ფორმატი ასევე შეიძლება კომპიუტერში გაკეთდეს, თუკი კლიენტს სურს შექმნას ასეთი კომპიუტერული ფორმა ან ამოიბეჭდოს ჩვეულებრივ ფურცელზე. ასევე შეიძლება კლიენტს სთხოვოთ შეიძინოს სამ-განყოფილებიანი საქაღალდე, სადაც ის შეაგროვებს და ჩაიწერს

ყველა აზრს, ისევე როგორც მასალებსა და თერაპიასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას. ინფორმაციის შეგროვების სხვა საშუალებებიც შეიძლება იყოს ეფექტური. მაგალითად, კლიენტს შეიძლება სურდეს ქვემოთ მოყვანილი ფორმის გამოყენება:

სიტუაცია (თარიღი, დრო, მოვლენა)	
ავტომატური აზრები	
ემოციები (ჩამოთვალეთ სახეობა და ინტენსივობის მაჩვენებელი 0-დან 100- მდე)	
ქცევები ან მოქმედების ტენდენციები	

ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას დღიურის ფორმატი, იმ პირობით, თუკი მასში მოცემული იქნება აუცილებელი ინფორმაცია. თუმცა თვითონ ჩვენ ამის გამოცდილება არ გვაქვს, კლიენტს ასევე შეუძლია გამოიყენოს ციფრული ხმის ჩამწერი, გადაიტანოს ის ელექტრონულ ფაილში და გამოგიგზავნოთ ელექტრონული ფოსტის საშუალებით. რა თქმა უნდა, ჩვენი აზრით უმთავრესია არა ფორმატი, არამედ თვითონ ინფორმაცია, რომელიც DTR-ის ფორმაში არის შეგროვილი. კლიენტი აქტიურად უნდა ჩაერთოს ინფორმაციის შეგროვების ფორმასთან დაკავშირებით გადამწყვეტილების მიღებაში, რათა ის სასარგებლო იყოს და გაზარდოს საშინაო დავალების შესრულების ალბათობა.

**სქემა № 7.2. დობსონის მიერ ადაპტირებული აზრების ჩანწრის ფორმა ( მხოლოდ შეფასებისათვის)**

სიტუაცია (თარიღი, დრო, მოვლენა)	ავტომატური აზრები	ემოციები (ჩამოთვალეთ სახეობა და ინტენსივობის მაჩვენებელი 0-დან 100- მდე)	ქცევები ან მოქმედების ტენდენციები

ზოგჯერ ნეგატიური აზროვნების კონტექსტი გაცილებით ნაკლებ მნიშვნელოვანია, ვიდრე ამ აზრების სხვა განზომილებები. მაგალითად, კლიენტს შეიძლება ჰქონდეს განმეორებითი აზრები ერთი და იგივე პრობლემასთან მიმართებაში და არა ნეგატიური აზრები სხვადასხვა საკითხებთან მიმართებაში. ასეთ შემთხვევებში, აზრების ჩანწრის

ოპტიმალური ფორმა შეიძლება სინთეზის ადრეცხვა იყოს. ასეთი ადრეცხვა შეიძლება გაკეთდეს გოლფის დარტყმების მრიცხველით ან სინთეზის საზომი ნებისმიერი სხვა სისტემით, რამდენადაც ეს იქნება ზუსტად და სანდოდ გაკეთებული ადრეცხვა. სხვა შემთხვევაში, ერთი აზრი შეიძლება იყოს კლიენტის ყველაზე დიდი დისტრესის გამომწვევი (მაგალითად, ბავშვის ცუდ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის აღება). ასეთ შემთხვევაში თერაპიის წარმატების საუკეთესო მაჩვენებელი შეიძლება იყოს კლიენტის მხრიდან საკუთარ აზრთან დაკავშირებით რწმენის ინტენსივობის შეფასება და გადაფასება. რა თქმა უნდა, ყოველ ასეთ ცალკეულ სისტემაში იკარგება ისეთი ინფორმაცია, როგორცაა გარემო, სადაც ასეთი აზრები ჩნდება და აზროვნების ასეთი პატერნის შედეგები, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება დაასაბუთოთ, რომ ეს დამატებითი ინფორმაცია არც ისე მნიშვნელოვანია, როგორც სხვა საკითხები.

ზოგ კლიენტს უჭირს თერაპიული სესიის გარეთ ინფორმაციის ჩანერა აზრების ჩანერის ფორმაში. საშინაო დავალებად ამ ფორმის შევსების მიცემამდე დარწმუნდით, რომ კლიენტი თავს კომფორტულად გრძნობს ინფორმაციის ჩანერისას, რომ შერჩეული სისტემა კლიენტისათვის ადვილად დასამახსოვრებელია, ყოველთვის ხელმისაწვდომია და კლიენტს შეუძლია მისი კონფიდენციალობის დაცვა (მაგალითად, კლიენტების უმეტესობას არ სურს, რომ მათი აზრების ჩანაწერები მუშაობისას ვინმემ ნახოს). თუკი კლიენტი თავშეკავებულია ასეთ დავალებასთან მიმართებაში, შეიძლება დაგჭირდეთ სხვა სტრატეგიაზე შეთანხმება.

შესაძლოა, კლიენტებმა გითხრან, რომ მათ ჩანაწერების გაკეთების მაგივრად ურჩევნიათ ინფორმაციის ზეპირად დამახსოვრება. ზოგადად ჩვენ სკეპტიკურად ვუყურებთ ასეთ მოთხოვნას, მაგრამ თუკი კლიენტი კვლავ დაჟინებით მოითხოვს, ვაძლევთ საშუალებას ექსპერიმენტის სახით მოსინჯოს ინფორმაციის შეგროვება არა წერილობითი ფორმით. ჩვეულებრივ, კლიენტი აცნობიერებს, რომ მისი მეხსიერება გაცილებით ნაკლებად საიმედოა, ვიდრე მას თავიდან წარმოედგინა და გვთანხმდება ჩანაწერების გაკეთებაზე. კლიენტებს უფრო მეტად ამახსოვრდებათ საკუთარი აზრების ზოგადი ბუნება, ვიდრე მათი დეტალები. ზოგჯერ კლიენტები თავს არიდებენ წერას ცუდი კალიგრაფიის გამო, ისინი ნუხილს გამოთქვამენ საკუთარი ნაწერის ხარისხის გამო და ფიქრობენ, რომ მათ ამისათვის დაძრაბავენ. ზოგჯერ ხდება, რომ კლიენტი არასაკმარისად წიგნიერია, რაც შეიძლება შეფასების მომენტში არ გამოჩნდა. სირცხვილის გამო ისინი ასევე ცდილობენ თავი აარიდონ კითხვას და წერას. შეეცადეთ წახალისოთ კლიენტების ნებისმიერი მცდელობა, ჩაინერონ საკუთარი აზრები მაშინაც კი, თუ შედეგები განსხვავდება იმისაგან, რაც თქვენ სესიაზე განიხილეთ. მკურნალობის პროცესში ადვილია მოდიფიკაციების გაკეთება. თუ კლიენტები იგრძნობენ, რომ მათ არასწორად გააკეთეს საშინაო დავალება, შესაძლებელია თავი შეიკავონ შემდეგი მცდელობისაგან. თქვენ და თქვენს კლიენტს შეგიძლიათ ერთად გადააფასოთ პროცესი და ინფორმაციის სარგებლობა.



## ინტერვენსიები ნეგატიური აზროვნების შემთხვევაში

როგორც კი ნეგატიური აზრების შეგროვებას დაიწყებთ, მალევე დაინახავთ, რომ საკმაოდ დიდ ინფორმაციას ფლობთ. ზოგიერთი დამწყები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტისთვის მიღებული ინფორმაცია შეიძლება ძალიან ბევრიც კი იყოს და არ იცოდეს, საიდან დაიწყო ინტერვენცია. ნეგატიურ აზრებთან დაკავშირებული საკითხებია:

- ეძიეთ ნეგატიური აზრები, რომლებიც ძლიერ ემოციურ რეაქციებს უკავშირდებიან. ზოგადად, გირჩევთ, შეჩერდეთ და იმუშაოთ ემოციურად ყველაზე დატვირთულ აზრებთან ან „ცხელ კოგნიციასთან“.
- ეძიეთ აზრები, რომელიც ქცევითი რეაგირების მტკიცე პატერნებთან არიან დაკავშირებული. რამდენადაც ზოგიერთ „ცხელ კოგნიციას“ ემოციური, ხოლო ზოგს კი ქცევითი ვალენტობა აქვს, ეს პატერნები შეიძლება აღნიშნული აზრების იდენტიფიკაციაში დაგეხმაროთ.
- ეძიეთ აზრები, რომელიც მათთან დაკავშირებული რწმენის მაღალი ხარისხით ხასიათდება, რადგან ისინი სავარაუდოდ ყველაზე რთული იქნება სამუშაოდ.
- ეძიეთ განმეორებითი აზრები, რადგან სავარაუდოდ ისინი დაგეხმარებიან აზროვნების თემატიკის განსაზღვრაში და ასევე ბაზისური რწმენები, რომელიც საერთოა სხვადასხვა სიტუაციისთვის.

როდესაც კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციებს იწყებთ, შესაძლებელია თქვენ მიერ შერჩეული აზრი არ აღმოჩნდეს ყველაზე პროდუქტული და სასარგებლო, თუმცა ეს არჩევანი იმას მაინც გიჩვენებთ, რამდენად კარგად შეუძლია კლიენტს მუშაობა ამ მეთოდით, ხოლო თქვენ მიიღებთ ინფორმაციას, თუ სად არ უნდა განახორციელოთ ჩარევა მომავალში. ზოგადად, ჩვენი გვწამს, რომ თუ არსებობს დისფუნქციური აზრების პატერნი, მაშინ ის თავისთავად არ გაქრება ინტერვენციის გარეშე. მიეცით საკუთარ თავს მეორე შესაძლებლობა, დახვეწოთ თქვენს მიერ ჩამოყალიბებული შემთხვევის ფორმულირება და სცადეთ ეს კიდევ ერთხელ კლიენტთან ერთად. კლიენტებისათვის ასევე სასარგებლო იქნება იმის დანახვა, რომ მათი თერაპევტიც კი უშვებს შეცდომას!

### სამი კითხვა ნეგატიურ აზროვნებაზე სამუშაოდ

თუ თქვენ ყურადღებით იმუშავებთ აზრების შეგროვებაზე და შეძელით კლიენტის ყველაზე დისტრესული კოგნიციის იდენტიფიკაცია, თქვენ მზად ხართ დაიწყოთ კოგნიტური რესტრუქტურირების უფრო ფორმალური ნაწილი. როგორც კი ინტერვენციის კოგნიტურ სამიზნეს განსაზღვრავთ, ნეგატიური აზრების მოდიფიცირებისათვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ სამი ზოგადი კითხვა:

- რა მტკიცებულება არსებობს ამ აზრის დასაცავად და მის წინააღმდეგ?

- ამ სიტუაციის გააზრების რა ალტერნატიული გზა არსებობს ?
- რა გართულებები შეიძლება ჰქონდეს ამგვარ აზროვნებას?

ეს ყველაზე სასარგებლო კითხვები დამოკიდებულია თვითონ აზრის ბუნებაზე, თერაპიის ფაზაზე და ამ მეთოდებთან დაკავშირებით კლიენტის წარმატებულობაზე.

თითოეული ეს ზოგადი კითხვა ინტერვენციების სერიას წარმოადგენს. პირველი კითხვა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიტუაციებში, სადაც მიგაჩნიათ, რომ ნეგატიური აზრები სავარაუდოდ კოგნიტური შეცდომების შედეგს წარმოადგენენ, ან აზროვნება გაცილებით ნეგატიურია, ვიდრე ამას სიტუაცია განაპირობებს. მეორე კითხვა, რომელსაც ზოგჯერ მტკიცებულებათა შესახებ პირველი კითხვის შესწავლის შემდეგ უსვამთ კლიენტს, სთხოვს მას უპასუხოს, არის თუ არა მის მიერ სიტუაციის გააზრება ერთადერთი ან ყველაზე სასარგებლო გზა. მესამე ზოგადი კითხვა კლიენტს ეხმარება დაინახოს, მოახდინა თუ არა სიტუაციამ ბაზისური რწმენების აქტივაცია და ხომ არ ჩამოყალიბდა ამ სიტუაციაში არა-ადაპტირებადი დასკვნები. იმისათვის, რომ კითხვა მაქსიმალურად გასაგები იყოს კლიენტისთვის, შესაძლებელია მისი ფორმულირების შეცვლა. ქვემოთ განვიხილავთ თითოეული ამ ტიპის კითხვას.

### **რა მტკიცებულება არსებობს ამ აზრის დასაცავად და მის წინააღმდეგ?**

ზოგადად თუ ვისაუბრებთ, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინტერვენციები ყველაზე წარმატებულია მაშინ, როდესაც თერაპევტს შეუძლია იმის განსაზღვრა, რომ კლიენტს კოგნიტური შეცდომები აქვს. კოგნიტურ შეცდომებზე დიდი აქცენტი კეთდებოდა კოგნიტური თერაპიის ადრეულ აღწერაში (A. T. Beck, 1970; A. T. Beck და სხვ., 1979) და ამ შეცდომების მრავალი დახასიათება არსებობს (მაგალითად, იხ. ცხრილი # 7.2.). ყველა შეცდომისთვის საერთოა ერთი მოსაზრება, რომ კლიენტები გარკვეულწილად არასწორად ან შეცვლილად იაზრებენ რეალობაში მომხდარს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ხდება რეალური მოვლენების ისეთი მორღიფიცირება, რომ ის მეტად შეესაბამება კლიენტის რწმენებს, ვიდრე სიტუაციასთან დაკავშირებულ რეალურ ფაქტებს.

ამ შემთხვევაში რელევანტური, მნიშვნელოვანი ფილოსოფიური დებულებაა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები ზოგადად მხარს უჭერენ მოსაზრებას, რომ „რეალური სამყარო“ ჩვენს მიერ მისი აღქმისაგან დამოუკიდებლად არსებობს. ტყეში დაცემული ხე ხმას გამოსცემს მაშინაც კი, თუკი ეს არავის ესმის. ასეთი რეალისტური მოსაზრება (Dobson & Dozois, 2001; Held, 1995) თანხვედრაშია იმ აზრთან, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა უკავშირდება რეალურ სამყაროში მოვლენების უფრო ზუსტ შეფასებას და რომ გართულების მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები დაკავშირებულია რეალური სამყაროს არასწორად ან დამახინჯებულად აღქმასთან. როგორც ჩვენ ამას მოკლედ განვიხილავთ

შემდეგ თავში, ასეთი ეპისტემოლოგიური ხედვა გარკვეულწილად ეწინააღმდეგება კონსტრუქციული თერაპიის სფეროში ბოლო პერიოდის მიღწევებს.

**ხსრილი 7.2. კონსტრუქციული შეცდომების ზოგადი ფორმები**

დასახელება	დახასიათება
ყველაფერი-ან არაფერი	ასევე ცნობილია როგორც შავ-თეთრი ან დიქტომური ამროვნება. სიტუაციის ხედვა მხოლოდ ორი შესაძლო შედეგით.
კატასტროფიზაცია	მომავალი კატასტროფის წინასწარმეტყველება; შესაძლო პოზიტიური მომავლის უარყოფა.
მკითხაობა	მომავლის წინასწარმეტყველება შეზღუდული მტკიცებულების საფუძველზე.
ამრების ამოცნობა	წინასწარმეტყველება ან იმის რწმენა, რომ იცით, რას ფიქრობენ სხვა ადამიანები
პოზიტიურის დისკვალიფიკაცია	პოზიტიური ინფორმაციისთვის ყურადღების არ მიქცევა ან მისთვის არასაკმარისი მნიშვნელობის მინიჭება; იგივეა, რაც ნეგატიური „გვირაბული ხედვა“.
გაზვიადება/დაკნინება	ნეგატიური ინფორმაციის გაზვიადება; პოზიტიური ინფორმაციის დაკნინება.
შერჩევითი აბსტრაქცია	ასევე ცნობილია როგორც „გონებრივი ფილტრი“. ფოკუსირება ერთ დეტალზე და არა მთლიან სურათზე.
ზე-გენერალიზება	დასკვნების გამოტანა ერთი, ან მცირე რაოდენობის შემთხვევების საფუძველზე.
არასწორი დამოკიდებულება	სხვადასხვა მოვლენების გამომწვევი მიზეზებისადმი არასწორი დამოკიდებულება.
პერსონიფიკირება	სხვა მიზეზების განხილვის ნაცვლად, ფიქრი იმაზე, რომ თვითონ გამოიწვიეთ ნეგატიური მოვლენები.
ემოციური მსჯელობა	მტკიცება, რომ ყველაფერი ცუდად იქნება, რადგან ცუდი გრძნობა აქვს.
სახელდება (იარლიყის მინიჭება)	ზოგადი იარლიყის მინიჭება ვინმესთვის ან რაიმესათვის, ქცევების ან ნივთის ასპექტების აღწერის ნაცვლად.

შენიშვნა: ადაპტირებულია J. S. Beck (1995). საავტორო უფლება 1993 Judith S. Beck. ადაპტირებულია Judith S. Beck და გილფორდ პრესის ნებართვით.

მოდელის მეორე, რელევანტურ თეორიულ დებულებას წარმოადგენს დაშვება, რომ ჩვენი აღქმა ორ წყაროზე დამოკიდებულია: 1) იმ სიტუაციის ფაქტები ან გარემოებები, რომელშიც პიროვნება აღმოჩნდება და 2) პიროვნების რწმენები, ვარაუდები და სქემები. სწორედ ამ ორ წყაროს შორის ინტერაქცია ინვესტ სიტუაციისათვის სპეციფიკურ აზროვნებას. თავისი არსით, აღნიშნული მოდელი გულისხმობს, რომ მაშინ, როდესაც სამყაროს ზუსტ აღქმას განაპირობებს დროდადრო მიღებული გამოცდილების პერსპექტიული და სპეციფიკური ელემენტები, კოგნიტურ შეცდომას ინვესტ ბაზისური რწმენები, ვარაუდები ან სქემები, რომლებიც სიტუაციურ ავტომატურ აზრებს უკავშირდებიან. სინამდვილეში, ასეთ შემთხვევაში, *კოგნიტური შეცდომების იდენტიფიკაცია სქემებისკენ ყველაზე მარტივ გზას წარმოადგენს* (Strachey, 1957; ბოდიში ზიგმუნდ ფროიდიდან). სწორედ ამის გამო, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები ფრთხილად უდგებიან ამ საკითხს და კლიენტებზე დაკვირვების დროს ცდილობენ ჩანვდნენ მნიშვნელოვან შეცდომებს.

ვეფუძნებით რა მოსაზრებას, რომ ჩვენს კლიენტებს შეიძლება ჰქონდეთ კოგნიტური შეცდომები და რომ ისინი დაკავშირებულია ჩვენი კლიენტების ბაზისურ რწმენებთან და სქემებთან, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები მკურნალობის პროგრამას ხშირად ინყებენ ამ შეცდომების მოდიფიკაციის მცდელობით. შემდეგ ნაწილში ჩვენ აღვწერთ ამ მუშაობის ძირითად მეთოდებს. ასევე გირჩევთ გაეცნოთ აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებულ სხვა წყაროებსაც (J. S. Beck, 1995, 2005; Leahy & Holland, 2000; McMullin, 2000).

## ზოგადი პრინციპები

ავტომატური აზრებისა და მათ მტკიცებულებათა ბაზის შედარების მიზანს რამდენიმე ყოვლისმომცველი პრინციპი აქვს. ამ პრინციპების დემონსტრირება სხვადასხვა მეთოდითაა შესაძლებელი, როგორც ეს ქვემოთაა წარმოდგენილი. ეს შეიძლება იყოს კლიენტის დახმარება იმის გაცნობიერებაში, რომ მაშინ, როდესაც გრძნობენ, რომ მათი აზრები სწორია, მათ თვითონ შეუძლიათ მათი შეფასება. როგორც ასეთი, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებს მიაჩნიათ, რომ ალბათობა არ წარმოადგენს დადასტურებულ ფაქტს; რომ გარკვეული გრძნობის ქონა არ ახდენს იმ აზრების ვალიდაციას, რომელსაც გრძნობებამდე მივყავართ და რომ აზრები შეიძლება იყოს ზუსტი ან მცდარი.

ინტერვენციების დაგეგმვისათვის კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპევტებმა უნდა იცოდნენ კოგნიტური შეცდომების სპექტრი, რომელსაც კლიენტები ავლენენ და გახდნენ ექსპერტები მათი ამოცნობაში. ზოგადი სტრატეგიაა კოგნიტური შეცდომების ჩამონათვალის გაკეთება, რომელიც მისაწვდომი იქნება თქვენთვის და თქვენი კლიენტისათვის. კლიენტები, რომლებიც აღიარებენ კოგნიტური შეცდომების არსებობას, შეიძლება დაგეგმარონ მათი ტენდენციების იდენტიფიკაციაში. ზოგიერთ კლიენტს მოსწონს

ამ ჩამონათვალის თან ტარება, ისე რომ აზრების ჩანერის ფორმაში აზრების ჩანიშვნისას მათ შეძლონ მათი აზრების პოტენციური სიმცდარის შეფასება. ერთ-ერთ ჩვენგანს (K. S. D.) ჰყავდა კლიენტი, რომელიც ისე გაიწაფა კოგნიტური შეცდომების იდენტიფიკაციაში, რომ საკუთარ თავს ეუბნებოდა „ოჰ, ისე გაზვიადება“ და ეს საკმარისი იყო შეცდომის მნიშვნელოვნად შემსუბუქებისთვის. ზოგიერთი კლიენტი იწყებს მცდარი აზრების იდენტიფიკაციას სხვათა კომენტარებში, რაც ასევე ეხმარება ამ კოგნიტური სტილის გაცნობიერებაში. ფორმალურ საშუალებას, რითაც კლიენტს შეიძლება დავეხმაროთ კოგნიტური შეცდომების იდენტიფიკაციასა და სახელდებაში, არის აზრების ჩანერის ფორმაში კიდევ ერთი სვეტის დამატება, სადაც კლიენტს შეეძლება სახელი დაარქვას შეცდომას.

ავტორი აზრების შეფასების მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მიდგომის მეორე ზოგადი პრინციპია, რომ აზრები შეიძლება დაგროვილი გამოცდილების საწინააღმდეგოდ შეფასდეს. ხშირად გამოიყენება ისეთი ექსპერიმენტები ან დავალებები, სადაც კლიენტებს შეუძლიათ საკუთარი აზრების მტკიცებულებებთან მიმართებაში შედარება. ასეთი სტრატეგია ხელს უწყობს ჰიპოთეზის ემპირიულ ტესტირებას და პრობლემური სიტუაციების არა თავიდან არიდებას, არამედ მიახლოებას.

### **ნეგატიურ აზრებთან დაკავშირებული მთავრობის პრაქტიკის შესწავლა**

კოგნიტური შეცდომის დაძლევის ერთ-ერთი ყველაზე პირდაპირი გზა ვკითხვით კლიენტებს, რა მტკიცებულებას ეყრდნობიან ისინი (ანუ ის კი არა, თქვენ როგორ შეიძლება ხედავდეთ სიტუაციას, ან ისინი როგორ „უნდა“ ხედავდნენ მას). შეიძლება ყურადღება მიმართოთ მტკიცებულების სხვადასხვა ასპექტზე, როგორცაა მისი სახეობა, ხარისხი და რაოდენობა. თქვენ შეგიძლიათ დამხმარე მტკიცებულებები დაუპირისპიროთ იმ მონაცემებს, რომელიც არა თუ არ ამყარებს, არამედ შესაძლოა თავდაპირველი აზრების საპირისპიროც კი იყოს (მაგალითად, „დიახ, ამ კვირას გამართულ გაყიდვებთან დაკავშირებულ თათბირზე ჩემმა უფროსმა გამაკრიტიკა, მაგრამ 5 თვის წინ, მან საკმაოდ პოზიტიურად დამახასიათა ჩატარებული სამუშაოს ანგარიშში). აღნიშნული სტრატეგია სავარაუდოდ ყველაზე წარმატებული იქნება იმ შემთხვევაში, თუ კლიენტისაგან მიიღებთ ტრიგერი მოვლენის სრულ აღწერას და თუ გეგნებათ იმის განცდა, რომ კლიენტის აღქმა უფრო მეტად რწმენებითაა გამოწვეულია ვიდრე თვითონ მოვლენით.

ზოგიერთ შემთხვევაში თავდაპირველი ნეგატიური აზრის როგორც მხარდამჭერი, ასევე უარყოფი მტკიცებულების შესახებ კითხვები წარმოაჩენს, რომ კლიენტს არ აქვს მოვლენიდან ან სიტუაციიდან რაიმე სახის დასკვნების გამოსატანად საკმარისი ინფორმაცია. ასეთ შემთხვევებში, შეგიძლიათ კლიენტთან იმუშაოთ იმის განსასაზღვრად, არის თუ არა სიტუაცია საკმარისად მნიშვნელოვანი საშინაო დავალებისთვის სიტუაციასთან დაკავშირებული ფაქტების გამოსავლენად. ასეთი სახის



საშინაო დავალების შედეგად ხშირად საკმაოდ რთულია, რადგან თქვენ თითქოსდა ცდილობთ თავიდან შექმნათ შფოთვის გამომწვევი სიტუაცია და ნახოთ, შეიძლება თუ არა მისი სხვანაირად განხილვა. ზოგჯერ საშინაო დავალებად კლიენტს სხვა ადამიანებისათვის კითხვების დასმას ევალება, ისინი როგორ ხედავენ სიტუაციას. აღნიშნული სტრატეგიის გამოყენება, რა თქმა უნდა, შესაძლებელია, თუმცა თქვენ დარწმუნებული უნდა იყოთ, რომ კლიენტისათვის მისაღები იქნება ინფორმაცია იმ პირებისაგან, ვისაც ის შეკითხვით მიმართავს, რადგან წინააღმდეგ შემთხვევაში მან შეიძლება კვლავ კოგნიტური შეცდომის ჭრილში განიხილოს მიღებული ინფორმაცია. ამ დილემის გააზრების ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს საკუთარ თავს და კლიენტს დაუსვამთ კითხვა, „რა მტკიცებულება ან ინფორმაციაა თქვენთვის საჭირო იმაში დასარწმუნებლად, რომ თქვენი თავდაპირველი ავტომატური აზრები არ არის ზუსტი?“ თუკი არც თქვენ და არც თქვენს კლიენტს არ შეგიძლიათ ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა ან შეუძლებელია მტკიცებულების შეგროვება, დაეხმარეთ კლიენტს, აღარ იფიქროს მოცემულ მოვლენაზე, მაგრამ ყურადღება მიაქციოს მსგავს ინფორმაციას მომავალ სიტუაციებში.

### არარეალისტური მოლოდინების იდენტიფიკაცია

ბევრი კლიენტი მცდარად აღიქვამს არა მხოლოდ წარსულის მოვლენებს, არამედ ასევე ნეგატიურ მომავალს წინასწარმეტყველებს. ამ პროცესში ექსპერტებად მშფოთვარე კლიენტები გვევლინებიან. ზოგიერთ მათგანს ისიც კი შეუძლია, საკუთარი სავარაუდო ნეგატიური მომავალი რეალობად აქციოს. მაგალითად, ქალი კლიენტისთვის, რომელსაც სჭერა, რომ ბუნებით მორცხვი და მშფოთვარეა და ამის გამო თავს არიდებს სოციალურ სიტუაციებს, მიუღებელია ნებისმიერი მტკიცებულება, რომელიც მის რწმენებს არ განამტკიცებს. ამგვარი კლიენტის ნეგატიური მოლოდინების დასაძლევად შესაძლოა მძლავრი საშუალება იყოს თავდაპირველად მისი თვით-რეალიზებადი წინასწარმეტყველებების იდენტიფიკაცია და შემდეგ ამ წინასწარმეტყველებებთან დაკავშირებული მტკიცებულებების შეგროვება. როდესაც ფიქრობთ, რომ მნიშვნელოვანია ნეგატიურ წინასწარმეტყველებებთან დაკავშირებული მტკიცებულების შეგროვება, უნდა ჩაერთოთ სხვადასხვა, თერაპიისთან დაკავშირებულ, აქტივობაში:

1. დააზუსტეთ კლიენტის მოლოდინები: ჩანერეთ ისინი მაქსიმალურად მკაფიოდ.
2. განსაზღვრეთ, რა მტკიცებულებას იყენებენ ისინი საკუთარი წინასწარმეტყველების განსამტკიცებლად ან გასაქარწყლებლად. კარგი იქნება თუკი კლიენტს ჰკითხავთ, რა შეიძლება იყოს ყველაზე ცუდი, საუკეთესო და ყველაზე რეალისტური შედეგი (ზოგჯერ თვითონ ეს პროცესი შეიძლება დაგეხმაროთ წინასწარმეტყველებების დეკატასტროფიზაციაში).
3. აუხსენით კლიენტებს, როგორ უნდა შეაგროვონ სათანადო ინფორმაცია. ეს განაპირობებს ინფორმაციის გეგმაში მათი

მოლოდინების მაქსიმალურად შესაბამისი ინფორმაციის შეგროვებას. აუცილებლობის შემთხვევაში, იმისათვის, რომ თავიდან აიცილოთ შემდეგ სესიამდე კლიენტის მიერ მოვლენის ხელახალი ინტერპრეტაცია, ურჩიეთ კონკრეტული ჩანაწერების წარმოების სისტემის გამოყენება.

4. დაეხმარეთ კლიენტებს, ბეჭითად შეასრულონ საშინაო დავალება, რომლის ფარგლებშიც ისინი შეაგროვებენ ინფორმაციას, თუ ეს შესაძლებელი იქნება. თუ ასეთი იდეალური დავალების შესრულება შეუძლებელია (მაგალითად, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებში), დაკმაყოფილდით იმ შეზღუდული ინფორმაციით, რომლის შეგროვებაც კლიენტებს შეუძლიათ. ზოგჯერ მტკიცებულების შეგროვება ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც სიტუაციის შედეგები. მთავარი გზავნილი აქ ის, არის რომ კლიენტს შეუძლია შეეჭიდოს და არ გაერიდოს სიტუაციას, ხოლო ზოგჯერ მოულოდნელად მიღებული შედეგები შეიძლება შემდგომი სესიებისთვის ნისქვილზე წყლის დასხმა აღმოჩნდეს.
5. შემდეგ სესიაზე აუცილებლად შეადარეთ კლიენტის საშინაო დავალების მოლოდინები რეალურ შედეგებს. შედეგების გაზვიადების გარეშე და იმ დაშვებით, რომ შედეგები არ იყო იმდენად ნეგატიური, როგორსაც ისინი ელოდნენ, ჩართეთ კლიენტები სხვადასხვა აქტივობებში:
  - ა. სათანადოდ შეაფასონ საკუთარი ძალისხმევა.
  - ბ. ყურადღებით მოეკიდეთ და საპასუხო რეაგირება გააკეთეთ, თუკი ადგილი ექნება შედეგის დაკნინებას (მაგალითად, „ეს არ იყო ისე ძნელი, როგორც მეგონა“; „ბოლოს და ბოლოს ამას ყველა გააკეთებდა“).
  - გ. თუკი კლიენტები ზოგადად მიდრეკილი არიან უფრო ნეგატიური წინასწარმეტყველებებისკენ, სთხოვეთ მათ საკუთარ თავს დაუსვან კითხვა, ხომ არ სურთ, მომავალში სცადონ უფრო მეტად დაეყრდნონ მტკიცებულებებს.
  - დ. დაეხმარეთ კლიენტებს გააცნობიერონ, რომ თავის არიდების ნაცვლად სჯობს პირისპირ შეხედონ პრობლემას, რადგან ეს მათ დაეხმარება „რეალური“ პრობლემის შესახებ გაცილებით ზუსტი ინფორმაციის მიღებაში.
  - ე. დაეხმარეთ კლიენტებს, ისწავლონ, თუ როგორ გამოიყენონ პრობლემის გადაჭრა (იხ. თავი 5) საშინაო დავალების შესრულების დროს წამოჭრილ ნებისმიერ პრობლემასთან მიმართებაში.
  - ვ. (საჭიროების შემთხვევაში) ჩამოაყალიბეთ წინასწარმეტყველებასთან დაკავშირებული სხვა საშინაო დავალება, რათა ნახოთ, ხომ არ შეიძლება ეს პროცესი განმეორებული იქნას სხვა სფეროშიც.

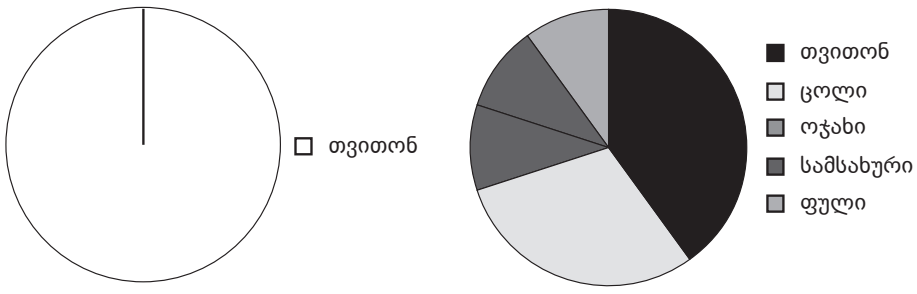
## ატრიბუციული მიკარძობის შესწავლა

ატრიბუცია არის ადამიანის მიერ ამა თუ იმ მოვლენის გამომწვევი მიზეზის განმარტება. ატრიბუციის სამ მნიშვნელოვან განზომილებას წარმოადგენს ლოკუსი (შინაგანი vs. გარეგანი), სტაბილურობა (ერთჯერადი/ არასტაბილური vs. მუდმივი/სტაბილური) და სპეციფიკურობა (ერთი სიტუაციისათვის დამახასიათებელი vs. გლობალური). ერთი მხრივ ის გვიჩვენებს, რომ დეპრესია დაკავშირებულია შინაგან, სტაბილურ და გლობალურ ატრიბუციებთან (მაგალითად, „მე არაფერი გამომდის“), ხოლო გარეგანი, არასტაბილური და სპეციფიკური ატრიბუციები წარმატებასთან (მაგალითად, „მაშინ მე გამომართლა“) (Abramson & Alloy, 2006). მეორე მხრივ, სიბრაზის პრობლემის მქონე კლიენტები მიდრეკილი არიან გარეგანი, სტაბილური და გლობალური ატრიბუციებისაკენ ნეგატიური შედეგების მიმართ, როგორცაა „მას ჩემი შეურაცხყოფა უნდოდა და ის ამას კიდევ გააკეთებს, თუკი ამის საშუალებას მივცემ“. თქვენ უნდა იყოთ მგრძობიარე და ყურადღება მიაქციოთ ატრიბუციული მიკარძობების ყველა გამოვლინებას. ერთ-ერთ სტრატეგიას წარმოადგენს სთხოვით კლიენტს, გაიმბოთ პრობლემური სიტუაციის დამატებით დეტალები და გაგიმჟღავნოთ წვრილმანი ურთიერთკავშირიც კი, რომელიც შეიძლება არსებობდეს მოვლენასა და ამ სიტუაციასთან მიმართებაში გაკეთებულ ატრიბუციასთან. ეს ასევე შეიძლება დაგეხმაროთ ისეთი კოგნიტური დარღვევის იდენტიფიკაციაში, როგორცაა კლიენტის მხრიდან აზრების ამოკითხვა, რასაც ასეთ შემთხვევებში ხშირად აქვს ადგილი. ზოგჯერ ჩვენს მიერ ზევით განხილული მტკიცებულებაზე დაფუძნებული საშინაო დავალება შეიძლება გამოყენებული იქნას ატრიბუციული მიკარძობის გამოსავლენად და სიტუაციასთან დაკავშირებით კლიენტის აზრებისა და მტკიცებულებათა შესადარებლად.

## მიზეზების რეატრიბუცია წრიული დიაგრამის გამოყენებით

მიზეზების რეატრიბუციის ერთ-ერთ სპეციფიკურ ინსტრუმენტს წარმოადგენს წრიული დიაგრამის გამოყენება. მაგალითად, თუკი კლიენტი მხოლოდ თავის თავს ადანაშაულებს მიღებული შედეგის გამო, (მაგალითად, ჩემმა ცოლმა მიმატოვა, რადგან მე ძალიან ცუდი პარტნიორი ვიყავი“) უპირველეს ყოვლისა, შესაძლებელია იმის იდენტიფიკაცია, რომ ეს აზრი კლიენტს აფიქრებინებს, რომ მხოლოდ ის არის სრულად პასუხისმგებელი შედეგზე. ამის შემდეგ თქვენ შეგიძლიათ ყურადღება გაამახვილოთ იმაზე, თუ რა ცუდად შეიძლება გრძნობდეს თავს ნებისმიერი ადამიანი, თუ მხოლოდ საკუთარ პასუხისმგებლობას გრძნობს ოჯახის დანგრევაში. თქვენ შეგიძლიათ დახატოთ წრიული დიაგრამა (იხ. დიაგრამა 7.3.) რომელიც აჩვენებს, რომ სავარაუდოდ ის 100 % დამნაშავეა. ამის შემდეგ სთხოვეთ დაასახელოს, ურთიერთობების რღვევის კიდევ რა მიზეზები შეიძლება არსებობდეს. იმ ფაქტმა, რომ მეუღლემ ის მიატოვა, შესაძლოა იმის მტკიცებულებაა, რომ მას (ცოლს) გარკვეული წვლილი მიუძღვის ურთიერთობების რღვევაში. ასევე შეიძლება ჰკითხოთ, კიდევ რა

ინფორმაცია შეიძლება მეტყველებდეს მისი მეუღლის პასუხისმგებლობაზე მიღებულ შედეგთან მიმართებაში (შესაძლოა, სავარაუდოდ ეს დაახლოებით 30% -ს შეადგენდეს). შეიძლება ნათლად გამოჩნდეს, რომ მეუღლეების ურთიერთობას დიდად არც ოჯახი უწყობდა ხელს, რაც საერთო პასუხისმგებლობის 10 %-ით ფასდება. ასევე, სტრესორებს შეიძლება წარმოადგენდა სამსახურობრივი საქმიანობა და სამსახურობრივი საჭიროების გამო მოგზაურობა, ისევე როგორც ფინანსები. თოთოეულ ამ პუნქტზე შესაძლებელია პასუხისმგებლობის 10 %-ის განაწილება. მთლიანობაში კი მიიღება სიტუაცია, რომელიც მარჯვენა მხარეს მდებარე დიაგრამაზეა წარმოდგენილი.



**დიაგრამა 7.3. თავდაპირველი და შეცვლილი ატრიბუციები**

რეატრიბუციის სავარჯიშო არ მოითხოვს წრიული დიაგრამების გამოყენებას. თქვენ უბრალოდ იყენებთ პროცენტული დანაწილების მეტაფორას მიზნების ატრიბუციისთვის. სხვა კლიენტთან შეიძლება უბრალოდ დაასახელოთ შედეგების გამომწვევი სხვადასხვა მიზეზი, პასუხისმგებლობაზე პროცენტული გადანაწილების გარეშე. მთავარი ამ ინსტრუმენტის გამოყენებაში იმაში დარწმუნებაა, რომ კლიენტი ითვალისწინებს შედეგის ყველა შესაძლო მიზეზს და საკუთარ ატრიბუციებს უსაბამებს გარემოებებს, რამდენადაც ეს შესაძლებელია.

**იარლიყების შეცვლა**

ჩვეულებრივ, ადამიანები მარტივად ანიჭებენ საკუთარი თავს ან სხვებს იარლიყს და ნაკლებად აკეთებენ ფოკუსირებას ამ იარლიყის განმაპირობებელ კონკრეტულ ქმედებებზე ან მახასიათებლებზე. იარლიყის მინიჭება შეიძლება მზაკვრული პროცესი იყოს, რადგან იარლიყები ეს ის პერმანენტული ატრიბუციებია, რომელიც ხელს უშლის ადამიანებს იარლიყმინიჭებული ადამიანის ცვლილების დანახვაში. თუ თქვენი კლიენტისათვის დამახასიათებელია დესტრუქციული ფორმით იარლიყების მინიჭება, ამ ტენდენციის შესასუსტებლად შეგიძლიათ სხვადასხვა ინტერვენცია გამოიყენოთ. უპირველეს ყოვლისა, შეგიძლიათ მიუთითოთ, რომ კლიენტი იყენებს იარლიყებს და განიხილოთ მათი

ეფექტი - როგორ აფერხებენ ისინი შემდგომ ემედებას და რეალურად ხდებიან თვით-განხორციელებადი. სასარგებლო სტრატეგიას წარმოადგენს სთხოვით კლიენტს დააზუსტოს, ამ იარაღის განმამტკიცებელ რომელ კონკრეტულ ქვევებს ან ატრიბუტებს ხედავს ის. ამის შემდეგ თქვენ შეგიძლიათ შეისწავლოთ ამ ქვევებთან და ატრიბუტებთან დაკავშირებული მტკიცებულებები. ასევე შეგიძლიათ წახალისოთ კლიენტი, დაინახოს, რამდენად ღირებულია იმ კონკრეტულ პრობლემაზე ფოკუსირება, რომლის შეცვლაც შესაძლებელია, ვიდრე უცვლელ (მუდმივ) იარაღებზე. ამის შემდეგ, გამოკვეთილი კონკრეტული პრობლემის სპეციფიკიდან გამომდინარე, გაითვალისწინოთ ისეთი მეთოდები, როგორცაა პრობლემის გადაჭრა, სოციალური უნარ-ჩვევების სწავლება ან ასერტიულობა.

### დიქტორი აზროვნების დიფერენცირებული აზროვნებით შეცვლა

ზოგად კოგნიტურ შეცდომას წარმოადგენს დიქტორი, ყველაფერი ან არაფერი, შავი და თეთრი ტიპის აზროვნება. დიქტორ აზროვნებაზე, როგორც ატრიბუციული მიკერძოების ერთ-ერთი სახეობაზე, მუშაობა ასევე შესაძლებელია აზრებთან დაკავშირებული მტკიცებულების შესწავლით. შესაძლებელია, თუმცა იშვიათად ხდება, როცა მოვლენები ან გამოცდილება არის კატეგორიული (მაგალითად, „ასე ცუდად თავი არასოდეს მიგრძენია“, „მსოფლიოში ყველაზე რთული ადამიანი“, „სრულიად ხელმოცარული“). მოუსმინეთ ცნებებს, რომელსაც ისინი იყენებენ საფუძვლად მდებარე კონტინიუმის აღსაწერად უკიდურესი საზღვრებით. უპირველეს ყოვლისა, შეგიძლიათ დაეხმაროთ კლიენტებს გაიაზრონ, რომ ისინი იყენებენ კატეგორიულ ტერმინებს, ხოლო ამის შემდეგ შეადარონ ამ მოსაზრების მხარდამჭერი და საწინააღმდეგო მტკიცებულებები. ასევე, შეიძლება დაელაპარაკოთ კლიენტებს, რათა დაინახოთ, შეუძლიათ თუ არა მათ საფუძვლად მდებარე კონტინიუმის ამოცნობა. ამის შემდეგ, სასარგებლო იქნება კონტინიუმის სხვადასხვა მომენტში საყრდენი მომენტების, კრიტერიუმების ან ნიმუშების იდენტიფიკაცია და იმის შეფასება, ემთხვევა თუ არა თავდაპირველი ავტომატური აზრი ამ კონტინიუმს, ან ხომ არ არის ის უკიდურესად გაზვიადებული. ასევე შეგიძლიათ დაგეგმოთ ექსპერიმენტი კატეგორიული ავტომატური აზრის ვალიდურობის განსაზღვრისათვის თავდაპირველი აზრის მხარდამჭერი და საწინააღმდეგო მტკიცებულების მოძიების გზით. ამით თქვენ კლიენტებს დაეხმარებით გამოიყენონ ნაკლებად კატეგორიული აზრები და ასევე აღიარონ აზრების სულ უფრო და უფრო ფართო სპექტრი. ზოგადად, ეს სავარჯიშო ახდენს კლიენტების წახალისებას, იარონ სასურველი ცვლილებებისკენ, იდენტიფიცირებული კონტინიუმის მიმართულებით და არა საფუძვლად მდებარე კატეგორიული აზრების უარყოფისა და გამოუყენებლობის გზით, რაც გაცილებით უფრო რთულია.



### **აზროვნების რა ალტერნატიული გზები არსებობს ამ სიტუაციაში?**

მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციური შეცდომების შეფასების მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სტრატეგიები, ეფექტურ მეთოდებს წარმოადგენს ზოგიერთი ნეგატიური აზრების შესამსუბუქებლად, ისინი ეფექტურია მხოლოდ მაშინ, როდესაც თავდაპირველი აზრია მცდარი. სხვა შემთხვევაში ნათელია, რომ აზრი ნეგატიურია და მას მოყვება ემოციური დისტრესი და დისფუნქციური ქცევა, თუმცა მკაფიოდ არ ჩანს, ეს აზრი სინამდვილეში ემყარება კლიენტის გარემოში ან გარემოებებში არსებულ პრობლემებს. სხვა შემთხვევებში, მაშინაც კი, თუ არსებობს პრობლემა და ზემოთ მოყვანილი რომელიმე მეთოდი ხელს უწყობს მასზე მუშაობასა და მის მოდიფიკაციას, თერაპევტს შეიძლება სურდეს, ცოტათი წინ წავიდეს თავის ინტერვენციებში. ასეთ შემთხვევებში, რეკომენდებულია ქვემოთ აღწერილი მეთოდები.

### **ალტერნატიული აზრების ფორმირება და შეფასება**

ზოგჯერ, ნეგატიურ აზრებთან დაკავშირებული მტკიცებულების განხილვა გვიჩვენებს, რომ ეს აზრები არ არის მდგრადი. სხვა შემთხვევებში, მტკიცებულება შეიძლება ზოგადად განამტკიცებდეს აზრს, მაგრამ თქვენთვის და თქვენი კლიენტისათვისაც ნათელი იყოს, რომ ამის მიუხედავად, ეს აზრი უსარგებლოა. შეიძლება კლიენტს სთხოვოთ მოიგონოს და გაარჩიოს მოკლე მოთხრობა უფრო ადაპტური ალტერნატიული აზრით. არსებობს ამის მიღწევის რამდენიმე მეთოდი:

1. მტკიცებულების განხილვის საფუძველზე, შეიძლება ნათელი გახდეს, რომ თავდაპირველი ნეგატიური აზრი არ შეესაბამება მტკიცებულებას. ასეთ შემთხვევაში, შეიძლება კლიენტისათვის სასარგებლო იყოს, თუ განუმარტავთ, რომ აზრები მნიშვნელობას იძენენ იმის საფუძველზე, თუ როგორ გრძნობს თავს და რას ფიქრობს (ე.ი. აზრი შესაბამისობაშია კლიენტის ბაზისური რწმენებთან) და გაცილებით სასარგებლო იქნება, თუ განიხილავთ ალტერნატიულ, ნაკლებად ნეგატიურ აზრებს. თუ კლიენტი გთანხმდებათ, შეგიძლიათ სთხოვოთ, მოიფიქროს ალტერნატიული აზრი, რომელიც სანდოა და ფაქტს შეესაბამება. აუცილებლად დარწმუნდით, რამდენად შეესაბამება ან არ შეესაბამება ახალი აზრი მტკიცებულებას და თუ ის არ არის სრულყოფილად ზუსტი, იმუშავეთ კლიენტთან სხვა ალტერნატივების გააზრებაზე.
2. თუ ამ მომენტამდე არ განგიხილავთ მტკიცებულება, მაგრამ თქვენ და თქვენი კლიენტი თანხმდებით, რომ მისი ნეგატიური აზრი უსარგებლოა, თქვენ შეგიძლიათ დაეხმაროთ კლიენტს ალტერნატიული აზრის ჩამოყალიბებაში. ამ შემთხვევაში, კლიენტს სთხოვთ არა მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ალტერნატივას, არამედ იმას, რომელიც შეიძლება უფრო სასარგებლო ან ადაპტური იყოს. ალტერნატივა უნდა იყოს ისეთი, რომელიც კლიენტისათვის იქნება მისაღები განსახილველად და ცხოვრებაში გამოსაყენებლად.

3. მას შემდეგ, რაც თქვენ ჩამოაყალიბებთ უფრო მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ან პოტენციურად უფრო ადაპტურ აზრს, სთხოვეთ კლიენტს განსაზღვროს როგორც თავდაპირველი, ასევე რედაქტირებული აზრის უპირატესობები და ნაკლოვანებები. დარწმუნდით, რომ ასეთი შეფასება ხდება თავდაპირველი აზრისადმი პატივისცემის გრძობით (ე.ი. არ უარყოთ აზრი როგორც „დამახინჯებული“ ან „მცდარი“) და აღნიშნეთ, რომ ალტერნატიული აზრი თითქმის ყოველთვის გულისხმობს გარკვეულ გამოწვევებს.
4. ზემოთ აღწერილი სტრატეგიის კიდევ უფრო გავრცობის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს ნეგატიურ აზრებზე ურთიერთსაპირისპირო პასუხების შემუშავება. ამ შემთხვევაში თქვენ და თქვენი კლიენტი შეიმუშავებთ სანდო და მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ალტერნატივას კლიენტის სხვადასხვა ავტორიტეტულ ნეგატიურ აზრებზე. თქვენ ასევე შეგიძლიათ გამოიყენოთ „საკარნახე“ ბარათები, სადაც ერთ მხარეს ჩანერთ თავდაპირველ, ხოლო მეორე მხარეს - ალტერნატიულ აზრს. ამის შემდეგ, დაასახელეთ ან ნაიკითხეთ თავდაპირველი აზრები და სთხოვეთ კლიენტს, გაივარჯიშოს ამ აზრების ალტერნატიული აზრების დასახელებაში. საჭიროების შემთხვევაში, შეგიძლიათ „კითხვებით ბომბარდირების“ ან „სასამართლო დარბაზში“ შეჭამების მსგავსად, ერთად აკინძოთ ნეგატიური აზრები და სთხოვოთ კლიენტს დაგისახელოთ ამ არგუმენტების ალტერნატიული აზრები. უფრო მეტიც, შეგიძლიათ გამოიყენოთ „ემშაკის ადვოკატის“ მიდგომა, სადაც თქვენ არა მარტო იმეორებთ თავდაპირველ ნეგატიურ აზრებს, არამედ რეალურად ახდენთ მათ გაძლიერებას იმგვარად, რომ კლიენტისათვის გამოწვევად იქცეს.
5. ნეგატიურ აზრებთან გამკლავების კიდევ ერთ მეთოდს წარმოადგენს რაციონალური როლური თამაში. ამ დროს ხდება ნეგატიური აზრებისა და მათი ალტერნატივის ვერბალიზება როლური თამაშის ფორმით, ნეგატიურ და უფრო ადაპტურ აზროვნებას შორის. იდეალურ შემთხვევაში, კლიენტი ახდენს უფრო ადაპტური აზრების ვერბალიზებას, მაგრამ თუკი ეს აუცილებელია, შეიძლება დროებით შეცვალოთ როლები, რა დროსაც კლიენტი აკვირდება ადაპტური აზრების ვერბალიზებას, სანამ მას თვითონ მიეცემა ამის პრაქტიკულად გაკეთების შესაძლებლობა. ამ სხვადასხვა სტრატეგიების მიზანია დაეხმაროს კლიენტს უფრო მკაფიოდ შეძლოს თავის ნეგატიურ აზრებზე რეაგირება და პასუხის გაცემა.
6. იდეალურ შემთხვევაში, თქვენ უნდა შეიმუშაოთ საშინაო დავალება, რომელიც კლიენტს აზროვნების ახალი გზების გამოყენების საშუალებას მისცემს. ამის გავარჯიშება თერაპიულ სესიაზე შეიძლება, მაგალითად, ერთი ან რამდენიმე ჰიპოთეტური და პრობლემური სიტუაციის ჩამოყალიბებით, რაც დაგანახებთ, შეუძლია თუ არა კლიენტს აზროვნების უფრო ადაპტური, ნაკლებ დისფუნქციური გზის გამოიყენება. კლიენტთან ერთად შეგიძლიათ აიღოთ „აზრების ჩანერის ფორმა“, ჩამოაყალიბოთ ალტერნატიული აზრები და

განიხილოთ ამგვარი აზროვნების უპირატესობები. ზოგად მეთოდს წარმოადგენს აღნიშნულ ფორმაში (იხ. სქემა 7.4) ორი სვეტის დამატება, რომელთაგან ერთში შესწავლილი და ჩანერილი იქნება ალტერნატიული აზრი, ხოლო მეორეში, ამ ახალი ალტერნატიული აზრის ემოციური და ქცევითი შედეგები (იდეალურ შემთხვევაში, ნაკლებ ნეგატიური და მეტად პოზიტიური ემოციები და ნაკლებ დისფუნქციური ქცევა).

7. ზოგიერთ კლიენტს უჭირს ნეგატიურ აზრებზე ადაპტური პასუხების ჩამოყალიბება. ასეთ სიტუაციაში არსებობს რამდენიმე შესაძლო ვარიანტი. შეიძლება თქვენ ჩამოაყალიბოთ ნეგატიური აზრების ალტერნატიული პასუხები. ეს ვარიანტი თერაპევტისთვის მარტივი და სწრაფია, თუმცა საჭიროა რამდენიმე საკითხის გათვალისწინება. დარწმუნდით, რომ ეს ალტერნატივები კლიენტს არ მიეწოდება როგორც აზროვნების „სწორი“ ან „ზუსტი“ ფორმა, არამედ როგორც შესაძლებლობა, თვითონ განიხილოს, შეაფასოს და მიიღოს ან არ მიიღოს ისინი. ხშირად, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები ამ ალტერნატივებს არჩევანის სახით სთავაზობენ (მაგალითად, „ფიქრობთ, რომ ამგვარი აზროვნება სასარგებლო იქნება?“), რათა წაახალისონ კლიენტი, აქტიურად ჩაერთოს მისი ცხოვრებისათვის მნიშვნელოვანი აზრების შერჩევაში. ალტერნატიული აზრების ჩამოყალიბების სხვადასხვა საშუალება არსებობს: ერთ-ერთი მათგანია გამოკითხვის ჩატარება თავდაპირველ ნეგატიურ აზრებთან დაკავშირებულ მტკიცებულებებზე აზრის შესწავლის მიზნით. მაგალითად, თუ კლიენტს კონკრეტულ ადგილებთან მიმართებაში, ჩამოყალიბებული აქვს აზრი, რომ ისინი „საფრთხის შემცველია“, სთხოვეთ მას, ჩაატაროს გამოკითხვა თავის მეგობრებსა და კოლეგებში, რამდენად იზიარებენ ისინი მის ამ მოსაზრებას. კიდევ ერთ საშუალებას წარმოადგენს, ნახოთ, არსებობს თუ არა თქვენი კლიენტის ცხოვრებაში ექსპერტი, რომელისგანაც შესაძლოა მიიღოს მის აზრებზე ახალი შეხედულება. მაგალითად, ზოგიერთი კლიენტების აზრებს შეიძლება მორალური ხასიათი ჰქონდეს ან ის, რისი მათ სჯერათ, უკავშირდებოდეს რაიმე რელიგიურ შეხედულებას. ასეთ შემთხვევებში, გონივრული იქნება კონსულტაცია სასულიერო პირთან კლიენტის შეხედულებებთან დაკავშირებით, რაც დაგეხმარება დაადგინოთ ამ აზრების შესაბამისობა მორალურ ან რელიგიურ დოქტრინასთან ან ის, თუ რა დიაპაზონში შეუძლია კლიენტს თავისი აზრების მოდიფიცირება.
8. ნეგატიური აზროვნების შეცვლის საკმაოდ დრამატული და პოტენციურად ძლიერი საშუალება შეიძლება იყოს იუმორის გამოყენება. იუმორის დეფინიცია, თავისთავად გულისხმობს თვალსაზრისის კრეატიულ, ზოგჯერ უცნაურ შეცვლას, როდესაც არსებული აზრი ან გამონათქვამი, „სულელურად“ და „სასაცილოდ“ კი ჩანს ახალ შეხედულებასთან მიმართებაში. დოქტორ ალბერტ ელისს ეკუთვნის ცნობილი გამონათქვამი, სადაც ის ამბობდა, რომ თუ

დედამიწას მარსიდან უცხოპლანეტელები ეწვევიან, ისინი სიცილით დაიხოცებიან ადამიანების ამდენი არარაციონალური აზრის გამო (Heery, 2001). თერაპიაში ასეთი მოსაზრების გამოყენებამ შეიძლება წაახალისოს კლიენტები, სხვა თვალთახედვით შეხედონ საკუთარ აზრებსა და სავარაუდოდ დაინახონ, რომ მათი აზროვნება ნამდვილად სასაცილოა. თუმცა, თუ იუმორს გამოიყენებთ, არ გააკეთოთ ეს ისე, რომ კლიენტებმა იფიქრონ, რომ სასაცილო არა მათი აზრი, არამედ თვითონ არიან. ასევე დარწმუნდით, რომ კლიენტებს იუმორი ბუნებრივად ესმით და არა მათ აზრებში ქექვის სარკასტული ან შეურაცხმყოფელი ფორმით. ჩვენი აზრით, იუმორი გაცილებით უკეთესი სტრატეგიაა თერაპიის მოგვიანებით ეტაპზე, როდესაც თქვენ და თქვენს კლიენტს შორის უკვე ჩამოყალიბებულია პოზიტიური სამუშაო ურთიერთობა და კლიენტის თავდაპირველი დისტრესი ოდნავ ნაკლებია, ვიდრე ეს თერაპიაზე პირველად მოსვლის დროს იყო. ასევე სასარგებლო შეიძლება იყოს საკუთარი თავის იუმორით წარმოდგენა, ისე, რომ კლიენტმა დაინახოს, თერაპევტმაც შეიძლება დაუშვას შეცდომა ან აღმოჩნდეს სახალისო სიტუაციაში (თვით-წარმოჩენის საკითხებზე დამატებითი ინფორმაციისათვის იხ. თავი 4.).

სიტუაცია (თარიღი, დრო, მოვლენა)	ავტომატური აზრები	ემოციები (ჩამოთვალეთ და შეაფასეთ ინტენსივობა 0-დან 100-მდე)	ქცევითი და ქმედების ტენდენციები	ალტერნატიული აზრები	შედეგები

**ცხრილი 7.4. დობსონის მიერ ადაპტირებული აზრების ჩაწერის ფორმა, ალტერნატიული აზრებისა და შედეგების სვეტების დამატებით.**

9. ალტერნატიული აზრების შეფასების კიდევ ერთ გზას წარმოადგენს დაისვას კითხვა, რამდენად სასარგებლო ან უსარგებლოა ნეგატიური აზრების გათვალისწინება პოზიტიურ აზრებთან შედარებით. ის კლიენტებიც კი, რომელთაც არ სჭერათ ალტერნატიული აზრის, ზოგჯერ თანხმდებიან, რომ თავდაპირველი ნეგატიური აზრები მათვის არ არის სასარგებლო. ასეთ შემთხვევაში, მათ შეიძლება

სურდეთ ნაკლებად გამოიყენონ ასეთი აზრები, ან მათი გაჩენისას ის მაინც გააცნობიერონ, რომ არა თვითონ მოვლენა, არამედ მათი აზრები იწვევენ დისტრესს. ზოგჯერ, თქვენ შეგიძლიათ დაეხმაროთ კლიენტებს, გაიაზრონ, როგორ შეძლებდნენ ისინი დახმარებოდნენ ანალოგიური აზროვნების მქონე მეგობარს. ხშირად, კლიენტები უფრო მეტად ყურადღებიანი არიან სხვებისადმი, ვიდრე საკუთარი თავისადმი. სასარგებლო იქნება, თუ მათ სთხოვთ გაივარჯიშონ, რას ეტყოდნენ ისინი ანალოგიურ სიტუაციაში აღმოჩნულ მათთვის ძვირფას ადამიანს. გარდა ამისა, შეიძლება შესთავაზოთ თავდაპირველი და ალტერნატიული აზრების ხარჯთეფექტურობის ანალიზი, რათა შეაფასოთ აზროვნების ამ ორი ფორმის შედარებითი სარგებლიანობა.

10. ზოგჯერ კლიენტები აცნობიერებენ წინააღმდეგობრივ აზრებს. ეს შეიძლება მოხდეს, მაგალითად, როდესაც დაბალი თვითშეფასების მქონე კლიენტი ხედავს თავისთავს როგორც არაეფექტურს, მაგრამ მიაჩნია, რომ პასუხისმგებელია ბევრ რამეზე, რაც მის გარშემო ხდება. როგორ შეიძლება ადამიანი იყოს არაეფექტური და ამავე დროს ასეთი დიდი გავლენა ჰქონდეს სხვებზე? თუ თქვენი კლიენტი იწყებს წინააღმდეგობრივ აზროვნებას, შეიძლება სასარგებლო იყოს ამ წინააღმდეგობაზე მითითება და კლიენტის დახმარება, გადავიდეს უფრო ადაპტურ, შესაძლოა მეტად მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ზომიერ პოზიციაზე.
11. კოგნიტიური შეცდომების ერთ-ერთი კონკრეტულ სახეობაა ე.წ. *ემოციური მსჯელობა*, რომელიც მაშინ ვლინდება, როდესაც ნეგატიური აზრის შედეგად აღმოცენებულ ემოციას კლიენტი ამ აზრის სისწორის მტკიცებულებად მიიჩნევს. ასეთი შეცდომა ლოგიკური შეცდომაა (მიზეზ-შედეგობრივ შედეგებს არ შეუძლია წინმსწრები პირობის გამყარება), რომელიც კლიენტთან უნდა განიხილოთ. ასევე შეგიძლიათ ექსპერიმენტის სახით ჩამოაყალიბოთ ალტერნატიული აზრები, რაც დაგეხმარებათ იმის დემონსტრირებაში, რომ „აზრები არ არის ფაქტები“, ან, რომ „აზრები ეს მხოლოდ მოსაზრებებია“.
12. აზრებზე ინტერვენციის კიდევ ერთ კონკრეტულ სახეობას წარმოადგენს ე.წ. „ტიკ-ტოკი“, აქრონიმი, რომელიც დაკავშირებულია საათის ქანქარის ხმასთან და ნიშნავს დავალების ხელშეშლელი კოგნიციას - დავალებაზე მიმართულ კოგნიციას (Task-Interfering Cognitions – Task-Orienting Cognitions). ამ მეთოდის გამოყენება შესაძლებელია განმეორებითი აზრების სერიის მქონე კლიენტთან, თუ ისინი ხელს უშლის რაიმე დავალებას ან დავალებათა კრებულს (მაგალითად, „მე არ შემიძლია ამის გაკეთება“). ინტერვენცია გულისხმობს სანდო, სხარტი ალტერნატიული აზრის არსებობას, რომლითაც კლიენტს შეუძლია ნეგატიური აზრის ჩანაცვლება (მაგალითად, „მე არ უნდა გავაკეთო ყველაფერი ეს ერთად; შემიძლია გავაკეთო ნელ-ნელა“). შემდგომში ყოველთვის, როდესაც ჩნდება ნეგატიური აზრი, ავტომატურად მიენოდება ალტერნატივა, საათის ქანქარას მუშაობის პრინციპის მსგავსად (ქანქარის აქეთ-იქეთ მოძრაობის მსგავსად).



## პოზიტიური აზრების კულტივირება

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ეს მეთოდი ფოკუსირებულია ნეგატიური აზრების მოდიფიკაციაზე, დისტრესის შემცირების საშუალებად შესაძლებელია პოზიტიური აზრების ხელშეწყობა და წახალისება იქნას გამოყენებული. ამ კონტექსტში გარკვეული განსჯის საფუძველს გვაძლევს სამი მეთოდი:

1. ზოგჯერ ნეგატიური აზრის განხილვა გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად ამ აზრის ნეგატიური შედეგისა, სინამდვილეში ის პოზიტიური საფუძველის მქონეა. მაგალითად, დედა, რომელიც გამუდმებით წუხს საკუთარი შვილების კეთილდღეობაზე, ამას აკეთებს იმიტომ, რომ ის მზრუნველი და პასუხისმგებლობის მქონე მშობელია; ან ადამიანი, რომელსაც მეგობრის მხრიდან კრიტიკა ეწყინა, ნაწყენია იმდენად, რამდენადაც მისთვის ეს ადამიანი მნიშვნელოვანია ამ და კიდევ სხვა შემთხვევებში, ზოგჯერ შესაძლებელია ნეგატიურ აზრებში პოზიტიური ასპექტების დანახვა და აზრის თავიდან ამ კუთხით ფორმულირება და ჩამოყალიბება (მაგალითად, „მე ვწუხვარ ჩემი შვილების გამო, რადგან მათზე ვზრუნავ“). ზოგჯერ ასეთი პოზიტიური ხელახალი ფორმულირება ეხმარება კლიენტებს, დაინახონ მათი აზრებისა და ქცევების პოზიტიური ასპექტები, რაც თქვენს მიერ შეიძლება გამოყენებულ იქნას სხვა პოზიტიური აზრებისა და ქმედებების წახალისებისათვის. თუ თქვენ იყენებთ ამ მეთოდს, დარწმუნდით, ასეთი პოზიტიური რე-ფორმულირება კლიენტისათვის სანდოა და რომ მას უფრო ფართოდ სურს მისი გამოყენება. თქვენი თერაპიული ურთიერთობები შეიძლება გაუარესდეს, თუ ეცდებით წახალისოთ კლიენტი გადაიტანოს თავისი ფიქრები იმაზე, რისიც არ სჭერა და ფიქრობს, რომ სინამდვილეში თქვენ საერთოდ არ გესმით მისი სამყარო. ძალიან მნიშვნელოვანია აზრებზე მუშაობის დროს არ მოახდინოთ კლიენტის დისტრესის დაკნინება (მინიმიზაცია), რაც არარეალისტურად პოზიტიურმა მიდგომამ შეიძლება გამოიწვიოს.
2. ასევე შესაძლებელია კლიენტი წახალისოთ, პოზიტიური ეფექტის მისაღებად, გაითვალისწინოს და გამოიყენოს ფუნქციური აზრები. მაგალითად, თქვენ შეგიძლიათ ერთმანეთს დაუპირისპიროთ ნეგატიური და პოზიტიური აზრები, რათა დაინახოთ, არის თუ არა კლიენტი მზად, გაზარდოს პოზიტიური აზრების სიხშირე. ასევე, შეგიძლიათ ყურადღება მიაქციოთ თერაპიის მსვლელობის დროს აზროვნებაში ცვლილებებს, გამოყოთ პოზიტიური ცვლილებები და მათი ემოციური და ქცევითი შედეგები კლიენტისათვის. ამის საპირისპიროდ, თუ პოზიტიურ ცვლილებას ხედავთ თვითონ თერაპიული სესიის დროს, მაგალითად, პაციენტი მოულოდნელად იღიმება ან იცინის, შეგიძლიათ გამოყოთ ეს ფენომენი და წახალისოთ კლიენტი, გაიმეოროს ის სხვა დროსაც თერაპიაში ან რეალურ ცხოვრებაში. მაგალითად, ერთ-ერთ ჩვენგანის კლიენტმა (K.S.D.), რომლის ისტორიაში იყო დეპრესია, თავი ნაკლებ დეპრესიულად იგრძნო და უფრო მეტად დაინტერესდა თავისი გარეგნული იერით. თერაპევტმა შეამჩნია ეს ცვლილება და

შემდეგ სესიებზე, თერაპევტმა და კლიენტმა შეიმუშავეს ერთგვარი „თამაში“, სადაც თერაპევტი ცდილობდა გამოეცნო, რა ცვლილება ჰქონდა კლიენტს იმ დღეს.

3. ზოგადად და ჩვენი აზრითაც, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ უმარტივესი გამოთქმა არის ის, რომ სტრატეგია დიდწილად გულისხმობს ნეგატიური აზრების ჩანაცვლებას პოზიტიური აზრებით. ზოგიერთმა ავტორმა მხარი დაუჭირა პოზიტიური დებულებების (აფირმაციების), როგორც პოზიტიური თვით-განცხადებების პრაქტიკაში გამოყენების გავარჯიშებას (McMullin, 2000). ჩვენი გამოცდილება ზოგადად არ ადასტურებს პოზიტიური თვით-განცხადებების ან დებულებების გამოყენების ეფექტურობას. ჩვენ ვხედავთ, რომ კლიენტებს უჭირთ მათი დაჯერება და არ აქვთ ის სტრუქტურა, „რომელსაც დაეყრდნობიან“ ან გამოიყენებენ უფრო პოზიტიური თვით-იმჯობის ჩამოსაყალიბებლად. ამდენად, მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენ კატეგორიულად არ ვუარყოფთ ამ დებულებების გამოყენებას, ამის ნაცვლად, მხარს ვუჭერთ უფრო კონტექსტუალიზებულ ცვლილებებს, ნეგატიურიდან პოზიტიურ აზროვნებაზე გადასვლისას. იმ შემთხვევაში, თუ გამოიყენებთ თვით-განცხადებებს, უმნიშვნელოვანესია, რომ კლიენტს ცოტათი მაინც სჭეროდეს მათი.

### **რა მოყვება შედეგად ამგვარ აზროვნებას?**

მესამე კითხვა, რომელიც იდენტიფიცირებულია ნეგატიურ აზრებთან მუშაობის კიდევ ერთ საშუალებად, შეისწავლის იმ კონტექსტუალურ შედეგებს, რომელიც ამგვარ აზრებს მოყვება. ასევე, შეიძლება იფიქროთ ისეთ ბოლო კითხვაზე, როგორიცაა: „მერე რა?“ ან „მერე რა, თუ ნეგატიური აზრები სიმართლეა? რას ნიშნავს ეს თქვენთვის ან იმ გარე სამყაროსთვის, რომელშიც თქვენ ცხოვრობთ?“ როდესაც კლიენტებს ვთხოვთ ამ კითხვაზე დაფიქრებას, ისინი სპონტანურად იწყებენ თავისი აზრების უფრო ფართო კონტექსტუალური შედეგების გააზრებას.

კონკრეტული აზრების შემდგომი შედეგების შესახებ კითხვის დასმის ზოგად მეთოდს წარმოადგენს ე.წ. „დაღმავალი ისარი“ (Burns, 1989, 1999; J. S. Beck, 1995). ამ მეთოდში თავდაპირველი ავტომატური აზრის განხილვის ნაცვლად, თერაპევტი რაღაც მომენტში დაუშვებს, რომ აზრი შეესაბამება სიმართლეს და კლიენტს ეკითხება, რა შედეგი შეიძლება მოყვეს ამ „ფაქტს“. კლიენტის პასუხი მიიღება როგორც თავისთავად ღირებული, ხდება მასთან დაკავშირებული დასკვნების შესწავლა და ასე გრძელდება, სანამ კლიენტი არ მიაღწევს, როგორც ამას სწრაფად აკეთებს ხოლმე, ძალიან გავრცობილ და საბოლოო დონეს, რომლის შემდგომაც შეუძლებელია დასკვნების გაკეთება. ჩვეულებრივ, გავრცობილ დასკვნებში აისახება ბაზისური რწმენები და სქემები საკუთარ თავთან და გარე სამყაროსთან მიმართებაში. ცხრილი 7.3. წარმოადგენს „დაღმავალი ისრის“ მეთოდს, სადაც ზუსტად არის წარმოდგენილი საკმაოდ მარტივი

კითხვები კლიენტის ბაზისური რწმენების შესაფასებლად (მოცემულ შემთხვევაში, სოციუმის მხრიდან განსჯა და უარყოფა მეტაფორულად გაიგივებულია სიკვდილთან).

დადმავალი ისრის მეთოდი შეიძლება გამოყენებული იქნას თერაპიის თითქმის ნებისმიერ მომენტში, იმის გამოსავლენად, თუ რამდენად ფართო მნიშვნელობას დებს კლიენტი კონკრეტულ აზრში. ასევე, რა თქმა უნდა, აზრებთან დაკავშირებული დასკვნების შესახებ კითხვების დასმა შესაძლებელია საკითხის ვრცლად და სიღრმისეულად შესწავლის გარეშე. მეთოდს თან ახლავს გარკვეული რისკები, რომელიც თერაპევტმა უნდა გაითვალისწინოს. როგორც ეს # 7.3. ცხრილში შეიძლება ნახოთ, ამ მეთოდს კლიენტი მიყავს იმ უფრო ღრმა და ბნელი ადგილებისაკენ, რომელიც უფრო სისტემატიურ და ფიქსირებულ სქემებს უკავშირდება. თერაპიის ადრეულ ეტაპზე ამ აზრების შესახებ კითხვების დასმამ შეიძლება გამოავლინოს ნედლი მოსაზრებები, თუმცა იმ კლიენტებში, რომელთაც ჯერ კიდევ არ აქვთ თერაპიაში პროგრესი და ასეთ კითხვებზე რეაგირების ან პასუხის გაცემის უნარ-ჩვევები. ამდენად, მიუხედავად იმისა, რომ ეს მეთოდი შეიძლება ძალიან სასარგებლო იყოს შემთხვევის ფორმულირების ჩამოყალიბებისთვის, დარწმუნდით, რომ ამ მეთოდის გამოყენებას იწყებთ იმ დათქმით, რომ გაცემული პასუხები თქვენს მიერ არ იქნება მიღებული როგორც თავისთავად ღირებული და რომ მომავალში ისევ დაუბრუნდებით მათ განხილვას. ასევე, დასრულებისას გამოიყენეთ დამხმარე მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა გასწავლათ თქვენ ამ მეთოდმა; რა მნიშვნელობა აქვს ამ მომენტში კლიენტის დისტრესს მის ბაზისურ რწმენებთან მიმართებაში და რამდენად მნიშვნელოვანია თერაპიის დროს ამ რწმენებზე მუშაობა. ისეთი სტრატეგიებისთვის, როგორიცაა „დადმავალი ისარი“, რომელიც ახდენს ბაზისური რწმენების გამოვლენას, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გქონდეთ მყარი, ნდობაზე დაფუძნებული თერაპიული ურთიერთობები.

არსებითად, „მერე რა?“ კითხვა ხელს უწყობს ბაზისური რწმენების იდენტიფიკაციას. ბაზისური რწმენების ან სქემების დიფერენცირება ხდება ავტომატური აზრებიდან, სადაც პირველი არის უფრო ვრცელი, სტაბილური და ბაზისური ასპექტი იმისა, თუ როგორ ფიქრობს კლიენტი საკუთარი თავის და მისი გარე სამყაროს შესახებ, ხოლო ეს უკანასკნელი კი არის სპონტანური აზრები, რომელიც კონკრეტულ სიტუაციაში წარმოიშვება. თავისი დეფინიციით, ავტომატური აზრები ასახავენ ბაზისური რწმენებს და ზოგჯერ თითქმის იგივე გრამატიკული გამოხატულება აქვთ (მაგალითად, „მე ბრყვი ვარ“, „ადამიანები ყოველთვის ჩემს წინააღმდეგ არიან“). ასევე, ის ავტომატური აზრები, რომელიც ებმის ბაზისურ რწმენებს, ხშირად წარმოიშვება შესაბამისი ტრიგერების არსებობის შემთხვევაში, ხოლო მათმა სიხშირემ შეიძლება თერაპევტი დააბნიოს და აფიქრებინოს, რომ ისინი ბაზისური რწმენებს წარმოადგენენ. მნიშვნელოვანია გონებაში კარგად გაიაზროთ, ისმენთ ავტომატურ, სიტუაციაზე დამყარებულ ავტომატურ აზრს თუ ბაზისურ რწმენას, რადგან ორივე ამ შემთხვევაში გამოყენებული ინტერვენციები განსხვავებულია, ისევე როგორც თერაპიაში მათი დროითი განაწილება.

### ცხრილი 7.3. „დაღმავალი ისრის“ მეთოდი

სოციალურად შემფოთებული კლიენტის მოსაზრებები	თერაპევტის პასუხები
„ამ კვირას იგივე გამეორდა. სამსახურში გუნდის შეხვედრა გვქონდა და ჩემმა ხელმძღვანელმა მე ჩამავლო მძიმე სიტუაციაში. მან პირდაპირ შემომხედა და დამისვა კითხვა, რომლსაც ჩვენ ყველა ვუფრთხოდით. ვეღარ ვლაპარაკობდი. გავიყინე.“	„როგორ ფიქრობთ, რა აზრებმა ან მოსაზრებებმა გავიელვათ თავში, სანამ გაიყინებოდით?“
„მე ვიფიქრე „ოჰ, არა, მე არა! მე ნუ მკითხავთ. მე სულელი გამოვჩნდები“.	„ეს არ არის ის, რაშიც მე აუცილებლად გეთანხმებით და ჩვენ ამას კიდევ დავუბრუნდებით, მაგრამ მოდით, ერთი წუთით წარმოვიდგინოთ, რა მოხდებოდა თუკი სულელი გამოჩნდებოდით? რას ნიშნავს ეს თქვენთვის?“
„ჩემი უცოდინრობა და შფოთვა ყველასათვის ამკარა გახდებოდა. მე შევცბუნდებოდი“.	„და თუ თქვენ შევცბუნდებოდით, რადგან ყველამ დაინახა თქვენი უცოდინრობა და შფოთვა, რას ნიშნავს ეს თქვენთვის?“
„ამის გამო მე სამსახურიდან გამავდებდნენ; ისლა დამრჩენოდა, წავსულიყავი და დავმალულიყავი. არავინ არ მიმიღებდა“.	„და რა მოხდებოდა, თუ ეს სიმართლე იქნებოდა, თუ სხვები არ მიგიღებდნენ?“
„ეს მე გამანადგურებდა და მოგვცდებოდი. რა აზრი ექნებოდა სიცოცხლეს?“	„რამდენადაც საშინელი არ უნდა იყოს ეს, შეგიძლია წარმოიდგინო რამე - ის, რის გამოც თვენი აზრით არ ღირს სიცოცხლე?“
„არ ვარ დარწმუნებული. არაფერი მახსენდება. რა შეიძლება იყოს ამაზე უარესი?“	

### ნეგატიურ აზრებთან მუშაობის სხვა გზები

მე-8 თავში ჩვენ განვიხილავთ, როგორ გადავდივართ ნეგატიური ავტომატური აზრებიდან უფრო სიღრმისეულ დონეზე, ბაზისური რწმენებთან მუშაობაზე. სანამ ამას გავაკეთებთ, მოკლედ განვიხილოთ ავტომატურ აზრებთან მუშაობის ორი მნიშვნელოვანი საკითხი: რეალისტურ ნეგატიურ აზროვნებასთან მუშაობა და პრობლემები, რომელიც კოგნიტური რესტრუქტურირებისას ჩნდება.

### რეალისტური ნეგატიური აზროვნება

ნეგატიური აზროვნების მტკიცებულებების განხილვის ერთ-ერთი პოტენციური შედეგია მტკიცებულების რეალისტურობა და უკეთესი ან უფრო სანდო ალტერნატივის არ არსებობა. ჩვენ გირჩევთ, თავი შეიკავოთ წინასწარ ასეთი დასკვნების გაკეთებისაგან და „არ აღმოჩნდეთ ჩართული“ თქვენი კლიენტის ნეგატიურ აზროვნებაში, მიუხედავად იმისა, რომ ვაცნობიერებთ, რომ ზოგიერთი სტრესის გამომწვევი სიტუაცია, ყველასთვის უკავშირდება ემოციურ და/ან ქცევით პრობლემებს. კლიენტებისთვის სასარგებლო იქნება იმის გააზრება, რომ მათ აზრები და რეაქციები აზრს მხოლოდ გარკვეულ გარემოებებში იძენენ. ერთ-ერთ ჩვენგანს (D. D.) ზოგჯერ უთქვამს კლიენტისთვის, რომ „მისი პასუხი ჩვეულებრივია არაჩვეულებრივ სიტუაციაში“. მაგალითად, კლიენტი, რომელმაც გამოიარა რთული განქორწინება, ეკონომიური სიძნელეები და ახალ, მარტოხელა ცხოვრებაში სავარაუდოდ თავს მოწყენილად გრძნობს და შფოთავს. ისეთი აზრები, როგორცაა „ეს სიტუაცია ძალიან მძიმე და უსამართლოა“ შეიძლება საკმაოდ რეალისტური იყოს. ასეთ შემთხვევაში, შეიძლება არჩიოთ იმ უფრო ქცევითი და ქმედებაზე ორიენტირებული სტრატეგიების გამოყენება, რომელიც ეხმარება კლიენტს შეცვალოს ის, რისი შეცვლაც მას შეუძლია, ამ სიტუაციის შედეგად მიღებული პრობლემა და მიიღოს ის, რაც მისაღებია. ამ კონტექსტში შესაძლებელია რამდენიმე მეთოდის გამოყენება.

რთულ სიტუაციებთან გამკლავების ერთ-ერთ სტრატეგიას დაძლევის ოპტიმალური უნარ-ჩვევების ხელშეწყობა წარმოადგენს (იხ. თავი 6). სასარგებლო იქნება, თუ კლიენტს წაახალისებთ მეტი დრო დაუთმოს თვით-მოვლის აქტივობებს მაქსიმალური მედეგობის უზრუნველსაყოფად. შეიძლება წაახალისოთ კლიენტები, დაიცვან ან გაიუმჯობესონ ცხოვრების ჯანსაღი წესი (მაგალითად, რეგულარული და ჯანსაღი კვება, რეგულარული ძილი, სხეულის შევნობა და ზრუნვა). მოუწოდეთ მათ, ჩაერთონ სოციალურ რესურსებსა და დახმარებაში. საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება მოიზიდოთ ახალი რესურსები, მათ შორის სოციალური სააგენტოები და ჯანდაცვის სერვისები.

ზოგჯერ, ნეგატიური აზრები თითქოს თავისთავად არსებობენ და არ არიან დაკავშირებული რაიმე მოვლენასთან. აზროვნების ამ კატეგორიას შეიძლება მივაკუთვნოთ განმეორებადი შფოთვა, ჩაღრმავებული და გარკვეულ დონეზე ობსესიური აზროვნებაც კი. ყველა ასეთი აზრი შეიძლება იყოს შედარებით რეალისტური, თუმცა მათი სიხშირე და განმეორებადობა შეიძლება კლიენტისათვის სტრესის გამომწვევი და დესტრუქციული იყოს. ამგვარ აზროვნებასთან სამუშაოდ შემუშავებულ ერთ-ერთ მეთოდს წარმოადგენს ე.წ. „შფოთვის დრო“, როდესაც კლიენტის შფოთვა შეზღუდულია დროის კონკრეტულ მომენტით, დღის ან კვირის განმავლობაში. ზოგიერთი კლიენტი ამბობს, რომ ამგვარად გამიზნული დროის არსებობა მას ეხმარება ნაკლებად შეშფოთდეს დროის სხვა მონაკვეთებში. ზოგი კი ამბობს, რომ შფოთვისთვის გამოყოფილ დროს (მაგალითად, 15 წთ. დღეგამოშვებით) მოყვება იმის გააზრება, რომ



შფოთვა უნაყოფოა და მოსაწყენიც კი, როდესაც ასე ფოკუსირებულად გამოიყენება. ასევე შეიძლება სასარგებლო იყოს, თუ კლიენტები შფოთვის დროს ჩაერთვებიან პრობლემის გადაჭრაში, რათა ისინი არა მხოლოდ შფოთავდნენ, არამედ ასევე ცდილობდნენ იმის მოგვარებას, რაც მათ შფოთვას იწვევს.

განმეორებადი აზროვნების დაძლევის კიდევ ერთ მეთოდს წარმოადგენს დისტრაქცია, ანუ აზრებიდან დროებით ყურადღების გადატანა. რამდენადაც კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტები ჩვეულებრივ ფოკუსირებული არიან აზრების შინაარსზე და ცდილობენ მათ პირდაპირ მოდიფიცირებას, განმეორებადი შფოთვის მქონე კლიენტებთან მუშაობისას, თერაპევტებს შეუძლიათ დაეხმარონ მათ, შეიმუშაონ აზრების იდენტიფიცირების სტრატეგია, როდესაც ხდება განმეორებადი აზრების ამოცნობა და მიზანმიმართულად ყურადღების გადატანა რაიმე სხვა პრობლემაზე. ეს მეთოდი ხშირად ეხმარება კლიენტებს მიაღწიონ აზრებიდან გარკვეულ დისტანცირებას და პერსპექტივაში დანახვას. შესაძლოა, ამის შემდეგ მათ უფრო პროაქტიურად ეძებონ პრობლემის გადაჭრის გზა და არა უბრალოდ შფოთავდნენ მასზე. ეს მეთოდი განსხვავდება იმ მეთოდებისაგან, როგორცაა აზრების შეჩერება ან აზრების დათრგუნვა, რომელთა გამოყენებასაც ჩვენ არ გირჩევთ. დადგენილია, რომ აზრების შეჩერება შედარებით არაეფექტურია ((Freston, Ladouceur, Provencher, & Blais, 1995), ხოლო აზრების დათრგუნვას შეიძლება საპირისპირო ეფექტი ჰქონდეს და შესუსტების ნაცვლად, გააძლიეროს აზრები.

ინტერვენციების ჯგუფი, რომელი სულ უფრო და უფრო პოპულარული ხდება, გულისხმობს ნეგატიური გამოცდილების, როგორც ადამიანური გამოცდილების ჩვეულებრივ ნაწილად მიმღებლობას (Wells, 2002; Hayes, Follette, & Linehan, 2004). როდესაც კლიენტების დისტრესი გაცილებით მაღალია, ჩვეულებრივ, ჩვენ არ ვახდენთ მიმღებლობაზე ორიენტირებული მეთოდების ნახალისებას, რადგან მათი გამოყენება გულისხმობს, რომ ჩვენ ვერ ვმუშაობთ უფრო პირდაპირ კლიენტის პრობლემებზე. ამდენად, რამდენადაც პრობლემის მიმღებლობა (და არა უარყოფას) ფუნდამენტურად ცვლის კლიენტის დამოკიდებულებებს მის პრობლემებზე, ასეთი ცვლილება ხშირად გულისხმობს ახალი რწმენის ჩამოყალიბებას ან რწმენისა და სქემის მოდოფიკაციას, რასაც პირველ ადგილზე მოყვება კლიენტის პრობლემები. ამ მიდგომას ჩვენ უფრო დეტალურად მე-8 თავში განვიხილავთ.

### **პრობლემები კოგნიტიურ რესტრუქტურირებაში**

თერაპევტების მიერ კოგნიტიური რესტრუქტურირებისას რამდენიმე ზოგადი პრობლემა ჩნდება (J. S. Beck, 2005). ზოგიერთი მათგანი დაკავშირებულია თერაპიულ ურთიერთობებში არსებულ პრობლემებთან ან კლიენტის მხრიდან წინააღმდეგობასთან (Leahy, 2001; აღნიშნული საკითხების განხილვა იხ. თავი # 10). მოცემულ თავში ჩვენ განვიხილავთ ზოგიერთ

ზოგად პრობლემას, რომელიც ამ პროცესში იჩენს თავს და მათ დაძლევის გზებს.

შეიძლება ძალიან რთული იყოს იმის განსაზღვრა, თუ რომელ აზრებზე უნდა მოვხდინოთ ფოკუსირება. რა თქმა უნდა, ყველაზე სასარგებლოა იმ აზრებზე ფოკუსირება, რომელიც აღმოჩნდა დისტრესის ეფექტთან ან დისფუნქციურ ქცევასთან დაკავშირებული. თეორიულად, თქვენს არჩევანში უნდა იხელმძღვანელოთ შემთხვევის კონცეპტუალიზაციით და საჭიროების შემთხვევაში უნდა გადახედოთ მას. ყურადღება მიაქციეთ იმ აზრებს, რომელიც ხშირად ჩნდება, რადგან მათი გააქტიურება ხდება ძირითადი (საფუძველში არსებული) სქემებითა და გარემოში არსებული ტრიგერებით. ზოგჯერ, ისეთი აზრების შემთხვევაში, რომელიც ხშირად არ ჩნდება, მაგრამ საკმაოდ ღრმა მნიშვნელობა აქვთ, ფოკუსირება უნდა მოახდინოთ „შესაძლებლობების სამიზნეებზე“. თუმცა, ზოგადად ჩვენ მიგვაჩნია, რომ მნიშვნელოვანი აზრები, რომელიც კლიენტის დისტრესთან არის დაკავშირებული, თავიდან იჩენს თავს. ამდენად, მაშინაც კი, თუ ამ შესაძლებლობას არ გამოიყენებთ, მნიშვნელოვანი „ცხელი კონცეპტია“ განმეორდება. აგრეთვე, თქვენ შეგიძლიათ გამოიყენოთ ის ინტერვენციებიც კი, რომელთაც სარგებლობა არ მოაქვს ან არც თუ დიდ დახმარებას გინევთ თქვენი შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის ფარგლებში, რადგან ისინი გაჩვენებენ, რა არ არის კავშირში კლიენტის პრობლემებთან.

დროდადრო, კლიენტი გეტყვით, რომ აზრების ჩანერას ან თქვენს მიერ გამოყენებულ ინტერვენციებს სარგებლობა არ მოაქვს. მოუხმინეთ ყურადღებით თქვენი კლიენტის ნუხილს, რაც ხშირად დაგეხმარებათ თქვენი ინტერვენციების რე-ფოკუსირებაში, ისე, რომ ისინი უფრო სასარგებლო გახდეს. რა თქმა უნდა, თუ ეფექტურობის ნაკლებობას ემატება ის, რომ არ რეაგირებთ კლიენტის მხრიდან უკუკავშირზე, შესაძლოა თერაპიული ალიანსი დაირღვეს. ამიტომ, დაბრუნდით უკან და დარწმუნდით, რომ კლიენტი სწორად ახდენს აზრების ჩანერას, რადგან არაეფექტური მეთოდები ხშირად სათავეს იღებს არაადეკვატური შეფასებიდან. დარწმუნდით, რომ კლიენტს ესმის, როგორ გამოიყენოს ისინი და გააკეთეთ ეს სესიის დროს ერთობლივი მუშაობით. ზოგჯერ არაეფექტურობა უკავშირდება თერაპევტის მიერ მეთოდების დაუდევრად გამოყენებას. იმისათვის, რომ მაქსიმალურად გაზარდოთ წარმატების ალბათობა, კვითხეთ რჩევა თქვენს კოლეგას და მიიღეთ მისგან განსხვავებული თვალთახედვა. თუმცა, ფაქტია, რომ ყველა მეთოდი ერთნაირად არ მუშაობს ყველა კლიენტთან, ამიტომ თუ ხედავთ, რომ მეთოდი ნამდვილად არაეფექტურია, დაბრუნდით უკან და სცადეთ სხვა მიდგომა. თერაპევტის მხრიდან გამოჩენილი მოქნილობა და შეუპოვრობა კარგ მაგალითს წარმოადგენს კლიენტისთვის.

ზოგიერთი კლიენტი გეუბნებათ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ესმის, რას გულისხმობთ თქვენ და რაციონალურად ინტერვენცია მისთვის მისაღებია, მაინც „ვერ გრძნობს მის რეალობას“. აღნიშნული მომენტი ზოგჯერ აღწერილია როგორც კონფლიქტი „გონებასა“ და „გულს“ შორის (J. S. Beck, 1995), ან როგორც ინტელექტუალური გაგებისა და ემოციური

გამოცდილების დაპირისპირება. როდესაც ასეთი ნუხილი გესმით, გახსოვდეთ, რომ ჩვეულებრივ ის ასახავს კონფლიქტს ორ განსხვავებულ რწმენას შორის. რაციონალური აზრი ჩვეულებრივ უკავშირდება არა-დისფუნქციურ რწმენას და იმ ალტერნატიულ ხედვას, რომლის ჩამოყალიბებაშიც თქვენ ეხმარებით კლიენტს; ემოციური გამოცდილება კი კავშირშია თავდაპირველ ბაზისური რწმენასთან. დაეხმარეთ კლიენტს დაასახელოს და ამოიცნოს ეს დაპირისპირებული რწმენები. ეს კონფლიქტი შეიძლება განვითარების ფაზის შემადგენელი ნაწილი იყოს, რომელიც მაშინ ჩნდება, როდესაც კლიენტი ახლებურად ამროვნებას იწყებს. თუმცა, ზოგჯერ ეს პრობლემა იმ ფაქტზე მიუთითებს, რომ კლიენტი ჭერ კიდევ ძველებურად ამროვნებს, ასე რომ, მეტად გვირდებათ ამ რწმენების იდენტიფიკაცია და მათ მოდიფიკაციაზე მუშაობა.

რაციონალურ გაგებასა და ცხოვრებისეულ გამოცდილებას შორის კონფლიქტის დასაძლევად ერთ-ერთ სტრატეგიას წარმოადგენს, კლიენტისთვის შევითხვის დასმა, რა მტკიცებულება სჭირდებათ ალტერნატიული აზრის, რომელსაც ებრძვის, არა მხოლოდ ინტელექტუალური, არამედ ემოციური მიმდებლობისთვის. ამის შემდეგ დაგეგმეთ საჭირო ექსპერიმენტები ალტერნატივის ნამდვილ ცხოვრებისეულ გამოცდილებად გადასაქცევად და არა უბრალოდ როგორც ამროვნების უფრო ნაყოფიერი ფორმის წარმოსაჩენად. მაგალითად, პერფექციონისტმა კლიენტმა შეიძლება თქვას, რომ ადამიანების უმეტესობისთვის საკმარისია რაიმეს საკმაოდ კარგად კეთება და სრულყოფილების მიღწევა მათთვის გონივრულ მიზანს არ წარმოადგენს. ის შეიძლება მზადაც კი იყოს მოსინჯოს რაიმე შედარებით „უსაფრთხო“ დავალება და გააკეთოს გაცილებით ნაკლები, ვიდრე აქამდე აკეთებდა. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთმა დავალებებმა შეიძლება შეასუსტოს თავდაპირველი აზრების ინტენსივობა, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ მათ საბოლოოდ ამოძრკვონ ბაზისური რწმენები და მათგან გამომდინარე აზრები. ასეთ შემთხვევებში შესაძლოა ღირდეს ჰკითხოთ კლიენტებს, რა მტკიცებულება იქნება მათთვის იმის დასტური, რომ მათი წინარე აზრები დისფუნქციური იყო და განთავისუფლდნენ მათგან. ასეთი მტკიცებულების შეგროვებას, რაც აუცილებლობითაც არის გამოწვეული, კლიენტები გამოჰყავს მათი კომფორტის ზონიდან და მოითხოვს იმ გამოცდილებას, რაც იმდენად შეუსაბამოა კლიენტის ამროვნების ძველ ფორმასთან, რომ ძველი აზრები საფუძველმოკლებული ხდება.

ერთი საკითხი, რომელიც გარკვეული დროის განმავლობაში ნეგატიურ აზრებზე მუშაობისას შეიძლება წამოიჭრას, არის იმის დანახვა, თუ რამდენად არაეფექტურია თქვენი ინტერვენციები. კლიენტმა შეიძლება მიიღოს ეს ნეგატიური ამროვნება, როგორც მისი ცხოვრების ნაწილი. გახსოვდეთ, რომ ასეთი პრობლემა შეიძლება წამოიჭრას მაშინ, როდესაც თქვენ დიდი ხნის მანძილზე მუშაობთ არსებულ, ღრმად ფესვგადგმულ აზრებზე. სიფრთხილით მოევიდეთ და არ გაიზიაროთ კლიენტის ნეგატიური პროგნოზები, სამყაროს ხედვა და რწმენები, მათი ყურადღებით განხილვისა და მრავალი მტკიცებულების გარეშე. რა თქმა უნდა, არ

უნდა შეუერთდეთ კლიენტის ნეგატიურ განაცხადებს სხვა პირებთან მიმართებაში (მაგალითად, „გასაკვირი არ არის, რომ თქვენი მეუღლე ამგვარად იქცევა“; „ყველა მამაკაცი ბოროტია“; „კი, უფროსები ხშირად მომთხოვნი არიან“). გაითვალისწინეთ, რომ ნეგატიური აზრების ასეთი მიღება შეიძლება თქვენს საკუთარ მსოფლმხედველობას ასახავდეს, ხოლო თერაპია არის არა თქვენი რწმენების ვალიდაციის სისტემა, არამედ ის უნდა დაეხმაროს კლიენტს მისი პრობლემების გადაჭრაში. შეიძლება დადგეს მომენტი, როდესაც თავს უმწეოდ და უიმედოდ იგრძნობთ თქვენი კლიენტების პრობლემების წინაშე. თუ ასე მოხდება, შეეცადეთ გაიაროთ კონსულტაცია და გაეცნოთ ახალ ხედვას თქვენი კლიენტის პრობლემებზე და/ან იფიქრეთ თქვენი კლიენტის სხვა თერაპევტთან გადამისამართებაზე.

ერთ-ერთ შედარებით უჩვეულო ფენომენს წარმოადგენს ზედმიწევნით ბეჭითი კლიენტი. ჩვენ გვყოლია კლიენტები, რომლებიც კოგნიტურ ინტერვენციებს იმდენად ძლიერად ეჭაჭვებიან, რომ თითქმის შეუძლებელი ხდება მათი ამ მიდგომისგან გათავისუფლება. მაგალითად, გვყოლია კლიენტები, რომლებმაც თვითონ შექმნეს ნეგატიური აზრების ჩანერის ელექტრონული ფორმატი, საკუთარი აზრების თვალის მისადევნებლად შემუშავეს პერსონალური დამხმარე საშუალებების კომპიუტერული პროგრამა, გახდნენ „სუპერდეტექტივები“ საკუთარი (და სხვა ადამიანების) კოგნიტური შეცდომების ამოცნობაში. ზოგიერთი კლიენტი საკუთარი ნეგატიური აზროვნების შესახებ საუბრის და არა შეცვლის ექსპერტი გახდა. აღნიშნული პატერნი შეიძლება საფუძველში არსებულ, პიროვნების ობსესიურ-კომპულსიურ აშლილობას ასახავდეს და კლიენტის ცხოვრების ამ ნაწილის ორგანიზების საჭიროებას. ზოგჯერ კი ის კლიენტის მზადყოფნის მაჩვენებელია, გაიზაროს, მაგრამ არა აუცილებლად შეცვალოს ნეგატიური აზროვნება. აზრების ამოცნობასა და გააზრებაზე ფოკუსირებამ შეიძლება ხელი შეუშალოს მათი შეცვლის მცდელობას, რადგან ის შეიძლება კოგნიტური თავის არიდების მაჩვენებელი იყოს. ნებისმიერ შემთხვევაში, როდესაც ამგვარი პატერნები გვხვდება, ჩვეულებრივ, ნეგატიური აზროვნებაზე ფოკუსირებიდან გადავდივართ ქცევით ან ემპირიულ ფოკუსირებაზე. ასეთი გადასვლა გვეხმარება თერაპიის ფოკუსის კლიენტის დისტრესსა და პრობლემებზე გადატანაში და ახდენს არა ინტელექტუალიზმის, არამედ ქმედების ნახალისებას. ზოგადად, როგორც ეს ადრეც აღვნიშნეთ, ჩვენ არ ვუჭერთ მხარს ცალკე აღებულ კოგნიტურ შეფასებას ან ინტერვენციას განყენებულად. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მიზანია რეალური პრობლემების გადაჭრა მათ ბუნებრივ გარემოში.

### ანა ს.- ს შემთხვევა, გაგრძელება

ანასთან დაგეგმილი მე-5 სესია გაუქმდა იმ დღეს, როდესაც შეხვედრა უნდა ჩატარებულიყო, რადგან სკოლიდან დაბრუნებული მისი ვაჟი თავს შეუძლოდ გრძნობდა და ანა მასთან უნდა დარჩენილიყო

სახლში. შეხვედრა შემდეგი კვირისთვის გადაიტანეს და როდესაც ანა მოვიდა, თერაპევტმა სესიის გაუქმება გამოიყენა როგორც შესაძლებლობა იმაზე სასაუბროდ, ხომ არ იყო ეს შემთხვევა ისევ იმის მაგალითი, რომ ანა ცხოვრებაში თავის საჭიროებებზე წინ სხვის საჭიროებებს აყენებდა. ანა დათანხმდა, რომ ეს ნამდვილად ასე იყო, მაგრამ ასევე დაამატა, რომ ის იშვიათად ხედავდა რაიმე სხვა ალტერნატივას. ანამ ასევე აღიარა, რომ ჩვეულებრივ, ასეთი მოვლენა აძლიერებდა მის შფოთვის სხვა ადამიანების ჯანმრთელობაზე.

თერაპევტმა ანას გააცნო კოგნიტური შეცდომების ცნება და მიანოდა ზოგიერთი იმ შეცდომის დეფინიცია, რომელსაც სავარაუდოდ ანა იყენებდა. კლიენტი ერთგვარად შეენინა აღმდეგა იმ აზრს, რომ ეს მცდარი აზრები იყო, რამდენადაც საკუთარ აზრებს „რეალისტურად“ მიიჩნევდა. მაგრამ თერაპევტი და ანა შეთანხმდნენ, რომ კარგი იქნებოდა ამ აზრების მონიტორინგი და ამისათვის თერაპევტმა ანას აჩვენა, როგორ უნდა ეწარმოებინა აზრების ჩაწერა, რათა ენახა, როდის ჩნდებიან აზრები და რა გავლენას ახდენენ ისინი ანაზე.

შემდეგ სესიაზე ანა მოვიდა ხუთი ჩანანერით, სადაც აზრების უმეტესობა უკავშირდებოდა ჯანმრთელობისა და ოჯახის წევრების შესახებ წუხილს. მისი დაკვირვებით, ის ძალიან ხშირად შფოთავდა და მცირედც საკმარისი იყო, რომ შფოთვა დაწყებოდა. ჩვეულებრივ, შფოთვა კიდევ უფრო აძლიერებდა მის დისტრესს, თუმცა ამას არ მოყვებოდა პრობლემის ნაყოფიერი გადაჭრა. მაგალითად, მედიაში გამოქვეყნებული ნებისმიერი მასალა სიმსივნეზე კიდევ უფრო აძლიერებდა ანას შფოთვის და სევდას დედასთან მიმართებაში, თუმცა ამას არ მოყვებოდა რაიმე კონკრეტული ცვლილება ანას დაძლევის ქცევებში. თერაპევტმა და ანამ ერთად განიხილეს ამ შფოთვის შინაარსი და განსაზღვრეს მისი შესაბამისი რამდენიმე შესაძლო კოგნიტური შეცდომა. ანა დათანხმდა გაეგრძელებინა აზრების ჩაწერა და თერაპევტი მასთან მუშაობდა კიდევ ორი სესია, რათა ანას უკეთ გაეცნობიერებინა საკუთარი ნეგატიური აზროვნება და დაეწყო კითხვების დასმა ასეთი აზრების გაჩენისას.

აზრების ჩაწერის ფორმის განხილვისას თერაპევტმა შენიშნა, რომ თვით-შენიშვნისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული შფოთვის გარდა, თავი იჩინა ახალმა პატერნმა. ეს იყო სიტყვა „უნდა“-ს საკმაოდ ხშირი ხსენება და ანას მაღალი მოლოდინები საკუთარი თავისადმი. გამოკითხვის გზით თერაპევტისათვის ნათელი გახდა, რომ ანა ხშირად ითხოვდა საკუთარი თავისაგან და არა სხვებისაგან მაღალ სტანდარტებს, რაც მასზე დამატებით ზეწოლას ახდენდა. თერაპევტი და ანა შეთანხმდნენ, რომ კარგი იქნებოდა იმ სფეროების განსაზღვრა, რომლის მიმართაც ანას განსაკუთრებით მაღალი მოლოდინები ჰქონდა, რათა მოგვიანებით შეძლებოდათ



თავიდან განხილვა და შესაძლო ცვლილებების განხორციელება. ანამ ასევე განაგრძო აქტივობების დაგეგმვა და მისი საქმიანობა უფრო ასერტიული გახდა, როდესაც ამის შესაძლებლობა მიეცა. მისი გუნება-განწყობა თანდათან უმჯობესდებოდა. მიუხედავად იმისა, რომ ის კვლავ წუხდა დედის გაუარესებულ ჯანმრთელობაზე, ის უფრო მეტად ჩაერთო პოზიტიურ აქტივობებში. ყველაფრიდან ჩანდა, რომ ანასა და თერაპევტს შორის ურთიერთობა იყო როგორც საქმიანი, ასევე ნაცოფიერი.

## თავი 8

### ბაზისური რწმენებისა და სქემების შეფასება და მოდიფიკაცია

კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელის მიხედვით, კლინიკური პრობლემები ბაზისური რწმენების ან სქემების და ამ რწმენების გამააქტიურებელი გარემო ტრიგერების ან მოვლენების კომბინაციის შედეგია. სწორედ რწმენებისა და გარემო ტრიგერების ინტერაქცია წარმოშობს კონკრეტულ სიტუაციასთან დაკავშირებულ სპეციფიკური აზროვნების სტილს. საბოლოოდ კი ამ აზროვნების სტილს ადაპტურ ან არაადაპტურ ემოციურ და ქცევით შედეგებამდე მივყავართ. წინამდებარე თავში ჩვენ შევხებით ნეგატიურ რწმენებსა და სქემებს; შემოგთავაზებთ სხვადასხვა გზას, როგორ უნდა მოახდინოთ ბაზისური რწმენების თუ სქემების შეფასება, ხოლო შემდეგ წარმოგიდგინთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და ლოგიკურ სტრატეგიებს, რათა საჭიროების შემთხვევაში, კლიენტებს დაეხმაროთ ამ რწმენების ან სქემების შეცვლაში; ასევე ვისაუბრებთ იმაზე, თუ როდის არ არის საჭირო ასეთი მუშაობა.

ჩვენ განვიხილეთ კონცეპტუალიზაციის სტრატეგიები, რომლის საშუალებითაც კლიენტის პრობლემებს ვუკავშირებთ მის ნეგატიური აზრებსა და ქცევებს. ასევე, განვიხილეთ პრობლემის ფუნქციური/ქცევითი ასპექტები, რომლებიც უნდა გავითვალისწინოთ დაძლევის უნარებზე მუშაობის დროს. წიგნის მე-7 თავში წარმოგიდგინეთ ნეგატიურ, სიტუაციისთვის სპეციფიკურ აზროვნებასთან მუშაობის სხვადასხვა გზები. ამ თავში წარმოგიდგინთ სტრატეგიებს, რომლებიც გამოიყენება ნეგატიური ბაზისური რწმენების ან სქემების შეფასებისა და ინტერვენციის განხორციელებისთვის. შეიძლება გაგიკვირდეთ, თავიდანვე ამ საფეხურიდან რატომ არ დავიწყეთ, თუკი ნეგატიური ბაზისური რწმენები ასეთი მნიშვნელოვანია დარღვევის პროცესში.

არსებობს რამდენიმე მიზეზი, თუ რატომ მოხდა ამ თავის მოგვიანებით წარდგენა სახელმძღვანელოში. ამ საკითხების განხილვა, როგორც წესი, თერაპიის მოგვიანებით ფაზაში ხდება ხოლმე, ასე რომ ჩვენ მკურნალობის

ტიპურ თანმიმდევრობას მივყავებით. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ხშირად კლიენტები თერაპიაზე მაშინ მოდიან, როდესაც თავად ვეღარ ახერხებენ პრობლემური სიტუაციის დაძლევის ან მასთან გამკლავებას. ასევე, კლიენტების უმრავლესობა თერაპიაზე მოდის ემოციური და ქცევითი ჩივილებითაც, რამდენადაც თეორიულად, ასეთი ჩივილები არასასურველი კოგნიტურ-ბიპვეიორალური პროცესების საბოლოო პროდუქტს წარმოადენს. ზოგიერთი კლიენტი საკუთარი აზროვნების პატერნს თერაპიის დაწყებამდე აცნობიერებს, რაც შეიძლება მიღწეული იყოს ადრე გავლილი მკურნალობის დროს ან კოგნიტურ-ბიპვეიორული ლიტერატურის გაცნობის გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ეს კლიენტები შეიძლება აცნობიერებდნენ თავიანთი აზრების მავნე გეგავლენას საკუთარ ემოციებსა და ქცევაზე, ისინი ნაკლებად ხვდებიან, თუ როგორ უნდა შეცვალონ ეს პატერნი. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ საკმაოდ უცნაური იქნება მკურნალობა ბაზისური რწმენების პირდაპირი იდენტიფიცირებით და შეცვლით დაიწყოს. რადგან შესაძლოა სახეზე იყოს კლიენტის ძლიერი დისტრესის ან /და სხვა უფრო მეტად გადაუდებელი პრობლემები.

თერაპიის გარკვეულ ეტაპზე, როდესაც თქვენ, კლიენტთან ერთად შეძელით მკურნალობის გადაუდებელი საკითხების განხილვა, ჩამოაყალიბეთ კარგი სამუშაო ალიანსი და კლიენტმა დაისწავლა აზროვნების ნეგატიური სტილის დაძლევის რამდენიმე მეთოდი, შესაბამისად, კოგნიტური პატერნებიც უფრო ნათლად გამოვლინდა. სწორედ თერაპიის ამ ეტაპზე შეგიძლიათ უკვე უშუალოდ ამ პატერნებზე პირდაპირ მუშაობა.

სქემაზე ფოკუსირებულ სამუშაოზე გადასვლა მხოლოდ ზოგიერთ კლიენტთან ხდება საჭირო. სხვებმა შეიძლება მკურნალობა დაასრულონ, როდესაც დისტრესი შეუმცირდებათ და გარკვეული პრობლემები მოგვარდება. ზოგიერთ შემთხვევაში, კლიენტებს შეიძლება არ ჰქონდეთ ამ პროცესის დაწყების ენერჯია ან ინტერესი, ან უბრალოდ მკურნალობის გასაგრძელებელი ფინანსური რესურსები. რადგან სქემაზე ფოკუსირებული მუშაობა მოყვება სიმპტომების გაუმჯობესებას და ყურადღების გამახვილება ხდება ძირეულ ფაქტორებზე, ის სხვა ტიპის კოგნიტურ-ბიპვეიორული ინტერვენციებთან შედარებით მეტ დროს მოითხოვს. მოგვიანებით, ამავე თავში, ჩვენ შევხვებით იმას, თუ როგორ მოვევიდეთ პატივისცემით კლიენტის არჩევანს, არ გააგრძელოს სქემებთან დაკავშირებული მკურნალობა.

სქემაზე ფოკუსირებული თერაპია შეიძლება გამოიყენოთ ისეთ კლიენტებთან მუშაობისას:

- რომელთა ბაზისური რწმენები ან სქემები რელაფსის საფრთხეს ქმნიან.
- რომელთა უშუალო, მყისიერი სიმპტომები ან პრობლემები მნიშვნელოვნად შემცირდა.
- რომელთაც უფრო აბსტრაქტულ დისკუსიებში ჩართვა შეუძლიათ.

- რომლებიც ამ ეტაპზე არ იმყოფებიან ფსიქოტური აშლილობის საფრთხის წინაშე.
- რომელთაც აქვთ რესურსი და ინტერესი, გააგრძელონ ხანგრძლივი მკურნალობა.

## სქემების განმარტება

ხშირად ჩნდება ხოლმე შეკითხვა იმასთან დაკავშირებით, თუ რატომ გამოიყენება კოგნიტური პატერნების აღსანიშნად ძალიან ბევრი ტერმინი, როცა საქმე კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას ეხება? ტერმინები, რომლებიც შესაძლოა ლიტერატურაში შეგვხდეთ, გახლავთ *ატიტუდები*, *ფასეულობები*, *დაშვებები*, *რწმენები* და *სქემები*. ნუთუ მართლა აქვს მნიშვნელობა რომელი ტერმინი იქნება გამოყენებული? ჩვენი აზრით, ამას დიდი მნიშვნელობა არ აქვს. ატიტუდები და ფასეულობები ხშირად განისაზღვრება, როგორც რაიმე თემის, საგნის, ან პიროვნების შესახებ არსებული ძველი, დიდი ხნის შეხედულებები; ისინი ხშირად ემოციურ ვალენტობასაც მოიცავენ. ჩვენ ხშირად ვფიქრობთ პოზიტიურ ან ნეგატიურ ატიტუდებზე (თუმცა ატიტუდები შეიძლება ნეიტრალურიც იყოს) და ხშირად აქცენტს ვაკეთებთ გარკვეული ადამიანების, იდეებისა და ობიექტების დაფასებაზე ან გაუფასურებაზე. მათგან განსხვავებით, დაშვებები სხვადასხვა ცნებებსა ან ადამიანებს შორის ურთიერთობების შესახებ დიდი ხნის მანძილზე ჩამოყალიბებულ აზრებს გულისხმობს. მაგალითისთვის, ჩვენ შეიძლება დავუშვათ, რომ “ცუდი ადამიანები” რაიმე გზით მაინც დაისჯებიან და რომ ადამიანები, რომლებიც ბევრს მუშაობენ, კარიერულ წინსვლას მიაღწევენ, ან შესაძლოა ვფიქრობდეთ შემდეგს: “რადგან მე არ ვარ მიმზიდველი, ჩემზე არავინ არასდროს იზრუნებს.” ასეთი მოსაზრებები, განმარტების თვალსაზრისით “თუ ასეა-მაშინ” ლოგიკას ექვემდებარება. როგორც ასეთ, ეს ლოგიკა მისაღებია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისთვის. უკანასკნელი ასევე ხშირად იყენებს მოდელს, რომელიც სხვადასხვა სიტუაციებზე კლიენტების რეაქციას სწავლობს და საშუალებას გაძლევთ თქვენ, თერაპევტს, გამოიყენოთ განსხვავებული ტექნიკები - მათ შორის ისეთი, რომელიც სიტუაციის ცვლილებაზე ამხვილებს ყურადღებას ან ისეთი, რომელიც სიტუაციაზე კლიენტის რეაქციის ცვლილებას გულისხმობს.

რწმენები და სქემები, შედარებით მუდმივი წარმოდგენებია საგნების, ადამიანების, ცნებებისა და მათ შორის ურთიერთობების შესახებ. ისინი სავარაუდოდ განვითარების პროცესების კომპლექსური ნაკრების შედეგად ფორმირდება. ბავშვის განვითარებად სქემებზე რიგ შემთხვევებში გავლენას ახდენს ის აზრები, რომელიც მის გარესამყაროში არსებობს (იგულისხმება მშობლების, ოჯახის წევრებისა და ახლობლების, მეგობრების, მედიის, მუსიკის, განათლების ზეგავლენა). ბავშვის ზრდასთან ერთად, სამყაროში მიღებული პირადი გამოცდილება აყალიბებს იმ იდეებსა და ქმედებებს,

რომელიც აცოცხლებს, განამტკიცებს ან გამოწვევის წინაშე აყენებს ამ იდეებს, რომელიც დროთა განმავლობაში სქემებად ყალიბდება. რწმენები და სქემები შეიძლება იყოს კატეგორიული (მაგ., “ყველა კაცი ეგოისტია”), ან ფარდობითი (მაგ., “მიმზიდველი ადამიანების უმრავლესობა საბოლოოდ სხვა მიმზიდველ ადამიანს პოულობს”). ისინი ასევე შეიძლება მიმართული იყოს საკუთარი თავისკენ, სხვისკენ და ზოგადად სამყაროსკენ. რწმენები და სქემები შეიძლება იყოს წარსულთან დაკავშირებული და სპეციფიკური (მაგ., “ბავშვობაში ბედნიერი და უდარდელი ვიყავი”), ან ფუნქციონალური და ზოგადი (მაგ., “ვერასოდეს წავალ წინ”). ადამიანები ხშირად საკუთარ რწმენებს მიმართავენ თვით-შეფასებისთვის რელევანტური ისეთი საერთო ღერძისკენ, როგორცაა სოციალური ორიენტაცია, ინტელექტი ან პოპულარობა. თუმცა რწმენები და სქემები ასევე შეიძლება იყოს საკმაოდ იდიოსინკრეტული და ინდივიდუალური განვითარების პროცესზე დამოკიდებული.

სქემები პოტენციურად პიროვნული მახასიათებლების მსგავსია, რამდენადაც ისინი „მე“-ს ხანგრძლივ მახასიათებელს წარმოადგენენ, მაგრამ განსხვავება იმაშია, რომ მახასიათებლები, როგორც წესი, მხოლოდ „მე“-ს გამოხატულებად აღიქმება. სამწუხაროდ, პიროვნული თვისებების კვლევებიც და თეორიებიც ხშირად ასოცირებულია პიროვნულ აშლილობებთან (A. T. Beck, Freeman, & Davis, 2004; Widiger და Frances, 1994). რეალურად პიროვნების თეორიები ბევრად მეტ კონსტრუქტს გვანვდიან, ვიდრე დიაგნოსტიკურ ფორმულირებაში გამოყენებული (cf. Murray, 1938; Jackson, 1967; Widiger & Simonse, 2005), თუმცა კლინიკურ ფსიქოლოგიასა და ფსიქიატრიაში ყურადღება ხშირად აზრების, ქცევის, ან ემოციის მხოლოდ პრობლემატურ პატერნებზეა გამახვილებული და არა ამ კონსტრუქტების სრულ სპექტრზე. ამასთანავე, პიროვნების კონცეფცია ხშირად ყურადღებას ინდივიდში მიმდინარე პროცესებზე ამახვილებს და თითქოს ნაკლებ აქცენტს აკეთებს გარემო ან სიტუაციურ ფაქტორებზე, რომლებიც სწორედ ამ პროცესების გამოვლენას უწყობენ ხელს ან მათ შეკავებას ახდენენ. ამ მიზეზების გამო, კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში შემთხვევის შემთხვევის ფორმულირების დროს ვცდილობთ არ წავახალისოთ პიროვნულ ფაქტორებზე ფოკუსირება.

ამ დისკუსიაზე დაყრდნობით წარმოგიდგენთ სტრატეგიებს, თუ როგორ უნდა შეაფასოთ და შეცვალოთ რწმენები თუ სქემები. ეს ტერმინები მონაცვლეობით იქნება გამოყენებული, რადგან მათ მნიშვნელობებს შორის სხვაობა მინიმალურია. ჩვენი კონცეპტუალიზაციის მიხედვით, რწმენები და სქემები წარმოადგენენ შედარებით სტაბილურ ასპექტებს, რომლებიც თან ახლავს ჩვენს მიერ სამყაროს აღქმას და გამოცდილების გააზრებას. სქემის განმარტება ასეთია: “სქემა, წინარე (მანამდე არსებული) ორგანიზებული ცოდნის კოგნიტური სტრუქტურაა, რომელიც სპეციფიკური გამოცდილების აბსტრაქციას წარმოადგენს. სქემები ახალი ინფორმაციის გადამუშავებას და შენახული ინფორმაციის აღდგენას უწყობენ ხელს” (Kovacs და Beck, 1978, p. 527). ეს განმარტება ხაზს უსვამს კოგნიტურ პროცესებს, რომლებზეც სქემები ახდენენ გავლენას. მათ შორის



იგულისხმება მესხიერების მიკერძოებულობაც, რომელიც არსებულ სქემებს განამტკიცებს. ასევე, მომავალზე ორიენტირებული მიკერძოება, როდესაც უფრო მეტად ხდება ყურადღების გამახვილება ინფორმაციაზე, რომელიც არსებულ სქემებთან არის თავსებადი და დასკვნის მიკერძოებულობა, როდესაც ნაკლებად ხდება ყურადღების გამახვილება არსებულ სქემასთან შეუსაბამო ან არა-რელევანტურ ინფორმაციაზე (Mahoney, 1991). კოგნიტური მიკერძოებულობა თავისთავად ჩნდება, რაც სქემის შენარჩუნების მექანიზმს წარმოადგენს.

იანგმა, კლოსკომ და ვეიშარმა (2003) (Young, Klosko, და Weishaar, 2003) განიხილეს, თუ როგორ ხდება სქემების დროში შენარჩუნება. ზოგიერთი ადამიანი ახორციელებს *სქემის შემნარჩუნებელ* ქცევებსა და აქტივობებს, რომლებიც შესაბამისობაშია ინდივიდის თვით-რწმენასთან და განამტკიცებს მას. მაგალითად, კლიენტს, რომელსაც სჯერა, რომ ის არ არის მიმზიდველი და შედეგად არასოდეს ერთვება ინტიმურ ურთიერთობებში, სწორედ ამ ინტიმურობის არარსებობა განუმტკიცებს და უძლიერებს არამიმზიდველობის შესახებ რწმენას. სხვამ, რომელსაც ასევე სჯერა, რომ არ არის მიმზიდველი, შესაძლოა მთელი თავისი ყურადღება, დრო და ენერჯია იმ ქმედებებისკენ მიმართოს, რომლებიც ინტიმურობასთან არ არის კავშირში. ასეთი *სქემის თავიდან არიდების* ქცევა, მიუხედავად იმისა, რომ პირდაპირ არ ამტკიცებს არამიმზიდველობის სქემას, მაინც არ აძლევს საშუალებას ადამიანს სქემის სანინააღმდეგო მტკიცებულება ან გამოცდილება წარმოადგინოს. საბოლოო ჯამში კი სქემის შენარჩუნებასთან გავქვს საქმე. და ბოლოს, არსებობენ კლიენტები, რომლებიც *სქემის კომპენსატორულ* ქცევებს ავლენენ, რაც სქემის ჰიპერკომპენსაციას ახდენს. მაგალითად, კლიენტი არამიმზიდველობის სქემით, შეიძლება სექსუალურად თავაშევებული გახდეს და ბევრი მამაკაცი იყოლიოს გარშემო. თუმცა ეს ურთიერთობები რეალურად არ არის ინტიმური, ზრუნვის გამომხატველი და კვლავ კლიენტის იმ რწმენას განამტკიცებენ, აძლიერებენ, რომ ის არამიმზიდველი პიროვნებაა. იანგმა და სხვა ავტორებმა სქემისთვის დამახასიათებელი ქცევების განვითარება, შენარჩუნება და მკურნალობის გზები აღწერეს იმ კლიენტებისთვის, რომლებსაც ინტერპერსონალური და სხვა სახის პრობლემები აქვთ.

როგორც მანამდე აღვნიშნეთ, სქემები ყველა ადამიანს აქვს და ეს სქემები ბევრ სხვადასხვა თემას ეხება. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, ჩვენ ფოკუსირებას უფრო მეტად „მე“-სა და ინტერპერსონალური ურთიერთობების სქემებზე ვახდენთ, რადგან ძირითადად სწორედ ესენია დისტრესთან და თერაპიულ მიზნებთან დაკავშირებული. მომდევნო ქვეთავებში განვიხილავთ თუ როგორ უნდა მოხდეს ამ სქემების იდენტიფიცირება და შეფასება, და როგორ უნდა მივუდგეთ მათ ცვლილების ან მიმღებლობის პერსპექტივიდან.

## რწმენებისა და სქემების გამოვლენა

რწმენებისა და სქემების იდენტიფიცირება თერაპიაში რამდენიმე გზით ხდება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, შემთხვევის ფორმულირების შემადგენელი ნაწილია ბაზისური რწმენებისა თუ სქემების გააზრება, რაც კლიენტს საშუალებას აძლევს უფრო ადვილად გამოააშკარაოს საკუთარი პრობლემები. სპეციფიკური დარღვევების შესახებ არსებულ ბევრ ნაშრომშია აღწერილი ამ დარღვევებში გამოვლენილი ყველაზე ხშირი სქემები (cf. Riso, du Toit, Stein, & Young, 2007).

მე-7 თავში ერთმანეთისგან განვასხვავებთ კონკრეტული სიტუაციური აზრები და უფრო სტაბილური ბაზისური რწმენები თუ სქემები. თუ თქვენი კლიენტის მიერ გამოთქმული აზრი არ ეხება დროში კონკრეტულ მომენტს ან სიტუაციას, მაგრამ უფრო თემატური და სტაბილურია, მაშინ დიდი ალბათობით, თქვენ ბაზისურ რწმენასთან გაქვთ საქმე. თუმცა, რადგან თქვენ, როგორც თერაპევტი, რომელიც ამ თემებს იძიებთ, ცხადია მათ მოისმენთ და შემთხვევის ფორმულირებისთვისაც გამოიყენებთ. გაითვალისწინეთ, რომ მაშინაც კი, თუ მოსმენილი ადასტურებს თქვენს ჰიპოთეზას, არ გააკეთოთ ნაადრევი დაშვებები თქვენი კლიენტის სქემების შესახებ და ეცადეთ გააცნობიეროთ ჰიპოთეზის უარყოფელი მტკიცებულებებიც. გახსოვდეთ, რომ ბაზისურ რწმენას შესაძლოა ემოციებიც და ქცევითი პატერნებიც ასახავდნენ. კლიენტს, რომელიც ჩვეულებრივ ბრაზიანია, ან რომელიც ხშირად სოციალურ სიტუაციებს არიდებს თავს, სავარაუდოდ ისეთი რწმენები აქვს, რომლებსაც ის ასეთ რეაქციებამდე მიჰყავს. ამასთანავე, კლიენტი, რომელიც საკუთარ თავს მსგავს სიტუაციებში ხშირად აღმოაჩენს (მაგ., იმ ადამიანებთან ერთად, რომლებიც მისით ღიზიანდებიან) ხშირად მოქმედებს სქემის მიხედვით, რაც თავისთავად სხვებში გარკვეულ რეაქციებს წარმოშობს.

### თემების ძიება

თემების ძიებისას დროთა განმავლობაში ქცევითი ან ემოციური პატერნები თავად იჩენენ თავს რაიმე კონკრეტული შეფასების საჭიროების გარეშე. როგორც თერაპევტმა შესაძლოა გაიაზროთ ეს პატერნები და მკურნალობის გარკვეულ ეტაპზე თქვენს კლიენტს აღუწეროთ. ჩვენი რჩევა იქნება, რომ თავდაპირველად კლიენტს გააცნოთ თქვენი დაკვირვების შედეგები და ნახოთ, აღიქვამს თუ არა ამას პატერნად თავად კლიენტი. კონკრეტული შემთხვევიდან გამომდინარე, კლიენტს მიეცით საშუალება პატერნს დაარქვას სახელი, ხოლო შემდეგ შეაფასეთ, რამდენად აცნობიერებს მას. თუ პატერნის აღწერა მსუბუქად მიეწოდება კლიენტს (მაგ., „ეს არის ჩემი დაკვირვება და ვარაუდები“) და არა კონფრონტაციის გზით, დიდი ალბათობა, რომ კლიენტი მონაწილეობას მიიღებს და ბოლომდე ჩაერთვება პროცესში. გახსოვდეთ, რომ მიუღებელია თქვენს მიერ აღმოჩენილი სქემის ჯერ დასახელება, ხოლო შემდეგ კლიენტისთვის ახსნა, თუ როგორ ფუნქციონირებს ის ან როგორ არის ის პრობლემებთან მიბმული.

ზოგიერთი კლიენტი თავადვე აცნობიერებს საკუთარ პატერნებს და თერაპიაზე მოსვლისას შესაძლოა უკვე მზად იყოს მათ განსახილველად. სხვა კლიენტები თერაპიის პროცესზე აბსოლუტურად ზუსტი წარმოდგენით იწყებენ, განსაკუთრებით მაშინ თუ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაზე მოსვლამდე სხვა ტიპის თერაპიაში იყვნენ ჩართულნი. ასევე შესაძლოა კლიენტი საკუთარი პრობლემების შესახებ კითხულობდეს ლიტერატურას, ან ან თვით-რეფლექსიისა და თვით-განსჯის უნარით იყოს გამორჩეული. გირჩევთ, კლიენტს ჯერ ჰკითხოთ რა მტკიცებულებები ან გამოცდილებები დაინახა პროცესის მსვლელობის დროს. აქ შეიძლება გადაწყვეტილების მიღების დრო დადგეს - გაამახვილოთ თუ არა ყურადღება ბაზისური რწმენებზე. თერაპიისას აუცილებელია ჯერ რამდენიმე კონკრეტული პრობლემა მოგვარდეს და ამასთანავე, მნიშვნელოვანია ამ კლიენტთან მუშაობის საკმარისი გამოცდილება მიიღოთ იმისთვის, რომ სქემით ოპერირების საჭიროების დანახვა შეძლოთ. ამ პროცესში ნაადრევად ჩართვამ შეიძლება არასწორ ინტერვენციებამდე მიგიყვანოთ, ან უარეს შემთხვევაში, კონფრონტაცია გამოიწვიოს მკურნალობის თქვენეულ გეგმასა და კლიენტის სქემებს შორის. მაგალითად, თუ თქვენი კლიენტის სქემაა, რომ მას სათანადოდ არ აფასებენ და გსურთ, რომ მან ეს შეცვალოს, ინტერვენციის ამ აქტმა შეიძლება კლიენტი მიიყვანოს დასკვნამდე, რომ თქვენც არ აფასებთ ან არ ზრუნავთ მის პიროვნებაზე. მეორე მხრივ, თუ კლიენტი იაზრებს გარკვეული ბაზისური რწმენების ნეგატიურ გავლენას, სწორედ ასეთ დროს შეგიძლიათ დაიწყოთ ამ პროცესის უკეთ გააზრება, ან პირდაპირ ინტერვენციაზე გადახვიდეთ. წინა მაგალითს რომ დაუბრუნდეთ - შეგიძლიათ კლიენტს სთხოვოთ, გითხრათ თავად როგორ განიცდის და აღიქვამს, რომ მას სათანადოდ ვერ აფასებენ, მაგრამ ამავე დროს უთხრათ, რომ თქვენ ღელავთ იმის გამო, რომ ის თავს კვლავ დაუფასებლად იგრძნობს. ასე მოქცევით თქვენ იწყებთ რწმენისათვის სახელის დარქმევას და აფასებთ კლიენტის მზადყოფნას ამ პროცესების გამოსაკვლევად.

## განმეორებადი გამოცდილება

კლიენტის მიერ გამოთქმული მოსაზრება, რომ ამჟამინდელი გამოცდილება მას წარსულ ცხოვრებისეულ გამოცდილებას ახსენებს იმის მიმანიშნებელია, რომ თქვენ ახლოს ხართ ბაზისური სქემის იდენტიფიცირებასთან. განმეორებადი გამოცდილებები, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ისინი როგორც მსგავსი ისე “აღიქმება”, მიანიშნებს კლიენტის სქემაზე, რომელიც ამ მოგონებით გააქტიურდა. მიზანშეწონილი სტრატეგია იქნება, თუ კიდევ უფრო შორს წახვალთ - მის წარსულ სიტუაციას/სიტუაციებს გაიხსენებთ და ჰკითხავთ, რა აერთიანებს ამ სიტუაციებს ერთმანეთთან. კვლავ ვიმეორებთ, შეეცადეთ კარგად მოიფიქროთ, როგორ შეიძლება ზემოთ ნახსენები სიტუაციების შემთხვევის ფორმულირებაში გამოყენება.

## დადგენილი ისარი

როგორც მე-7 თავში აღვწერეთ, ბაზისური რწმენების შესაფასებელი სპეციფიკური ტექნიკის, დადგენილი ისრის, გამოყენებით შესაძლებელია ბირთვულ რწმენებამდე “ჩასვლა” ან იმის გამოკვლევა, თუ რა დასკვნებს აწვებებს კლიენტი სხვადასხვა მოვლენებს, აზრებს ან სხვადასხვა გამოცდილებებს. ამ დასკვნების ერთმანეთთან დაკავშირება და ანალიზი დაგეხმარებთ კლიენტის ბაზისური რწმენების გამოვლენაში. მაშინაც კი თუ სრულად არ გამოიყენებთ დადგენილი ისრის მეთოდს, მიხვდებით, თუ რა დასკვნებს აკეთებს და რა მნიშვნელობას ანიჭებს მათ კლიენტი.

## შემთხვევის ფორმულირების გაზიარება

სქემების როლის შეფასებისა და გამოაშკარავების კიდევ ერთი, ხშირად გამოყენებადი სტრატეგიაა კლიენტთან შემთხვევის ფორმულირების განხილვა. როგორც უკვე გითხარით, შემთხვევის ფორმულირება შეიძლება პირველი სესიის შემდეგ ჩამოყალიბდეს, ხოლო მკურნალობის პროცესში ის ბუნებრივად ვითარდება და ხდება უფრო დახვეწილი, დეტალური. როდესაც თქვენ და თქვენი კლიენტი მზად ხართ სქემის განსახილველად, ამისათვის შეგიძლიათ მრავალი განსხვავებული ფორმატიდან ერთ-ერთი გამოიყენოთ. 3.2 სურათში წარმოდგენილ ფორმატს ხშირად ვიყენებთ, რათა აღვწეროთ სქემებს, აღმძვრელ სიტუაციებს, ავტომატურ აზრებსა და ქცევით და ემოციურ შედეგებს შორის ურთიერთმიმართება. თუ რა სახით მოხდება შემთხვევის ფორმულირების გაზიარება კლიენტისათვის, თავად კლიენტზეა დამოკიდებული. დისკუსიისთვის შეგიძლიათ პერსონის (1989) ან ჯ.ს. ბეკის (1995) მიერ შემუშავებული ნიმუშები გამოიყენოთ. ნებისმიერი ამ ტექნიკის მეშვეობით კლიენტს სქემებისა და მათი ზეგავლენის მეტაკოგნიტური შეფასებისკენ უბიძგებთ და თავიდან აირიდებთ საკუთარი სქემების უშუალო შედეგების გარეშე გამოკვლევას.

## ქცევითი დავალებები

სქემების შეფასება ქცევითი დავალებებითაც არის შესაძლებელი. მაგალითად, თქვენ და თქვენმა კლიენტმა შეიძლება ივარაუდოთ, რომ მას აქვს მთავარი რწმენა, რომ თუ ის გახსნილი და პატიოსანი იქნება, სხვები მას უარყოფენ. კლიენტს შეგიძლიათ თქვენი ვარაუდი გაუზიაროთ, რომ ასეთი ტიპის დაშვება ზოგადად ისეთ უფრო ღრმა რწმენაზეა დაფუძნებული, როგორიცაა „სოციალურად არასასურველი ვარ“. თუმცა, ამ წინასწარმეტყველების შესამოწმებლად შეგიძლიათ ერთად მოიფიქროთ დავალება, სადაც კლიენტი განზრახ იქნება უფრო გახსნილი, ვიდრე ჩვეულებრივ და დააკვირდეთ, მოხდება თუ არა ამ დაშვების გააქტიურება. გაითვალისწინეთ, რომ ეს საშინაო დავალება რწმენის გასაბათილებელ მტკიცებულებასაც წარმოადგენს, მაგრამ იმავდროულად შეფასების მნიშვნელოვანი ნაწილიცაა. შეფასებისას უნდა ნახოთ თავად

სიტუაცია ახდენს თუ არა შემთხვევის ფორმულირებაში დაფიქსირებული, მოსალოდნელი ავტომატური აზრების პროვოცირებას.

### ჰიპოთეტური სიტუაციები

წინა მეთოდთან შედარებით ნაკლებ ძალისხმევას მოითხოვს ჰიპოთეტური შემთხვევების აგება და კლიენტის აზრის მოსმენა იმის შესახებ, თუ როგორ რეაგირებას მოახდენდა ასეთ სიტუაციებში. დიდია ალბათობა, რომ ასეთი წინასწარმეტყველება ახლოს იქნება რეალური რეაგირების სტილთან (თუმცა გახსოვდეთ პროგნოზირების დროს სავარაუდო მიკერძოების არსებობის შესახებ). ჰიპოთეტური სიტუაციების ერთ-ერთი ღირსებაა, რომ შედარებით მარტივად ხდება მათი შექმნა და მოდიფიკაცია. შესაბამისად ადვილად განისაზღვრება სიტუაციის რა პარამეტრებია ყველაზე მეტად ნეგატიურ რეაგირებებთან დაკავშირებული. ჰიპოთეტური სიტუაციებით შეფასება გამოიყენება მაშინაც, როდესაც უჩვეულო ტრიგერებია პრობლემის გამომწვევი ან რთულია მათი დაგეგმვა საშინაო დავალებების დროს. მიუხედავად ამისა, გახსოვდეთ, რომ ეს აზრების ექსპერიმენტი, რამაც შეიძლება გამოავლინოს ან არ გამოავლინოს კლიენტის რეალური გამოცდილება რეალურ სიტუაციაში. ამასთანავე, ზოგიერთმა კლიენტმა შეიძლება სიხარულით ისაუბროს, თუ რას ფიქრობს შესაძლო რეაქციების შესახებ, თუ ეს თქვენს კმაყოფილებას გამოიწვევს და ამით თავი აარიდოს პროგნოზების რეალურ გამოცდას. შეძლებისდაგვარად ეცადეთ, შეიმუშაოთ ბაზისური რწმენების *ინ ვივო (In Vivo)* შეფასება და არ დაეყრდნოთ მხოლოდ ჰიპოთეტურ შემთხვევებს.

### წარსული გამოცდილების გათვალისწინება

სქემების შესაფასებლად შეგიძლიათ კლიენტის წარსულ გამოცდილებასაც დაეყრდნოთ. ზოგადად სქემები ყალიბდება სამყაროს შეცნობის ან არსებულ სიტუაციასთან ადაპტაციის პროცესში. მაგალითად, გარდატეხის ასაკში ადამიანს, რომელსაც უყალიბდება რწმენა, რომ ის “არასრულყოფილია”, თავისთავად ეს რწმენა ეხმარება გაიგოს, რას ნიშნავს იყო სოციალურად უარყოფილი. თუ თქვენ შეძლებთ დაადგინოთ კლიენტის ცხოვრების დაახლოებით რომელ პერიოდში ჩამოყალიბდა პირველად ეს სქემა, და გაიაზროთ *იმ დროისთვის* ეს სქემა რასთან ადაპტაციაში ეხმარებოდა მას, შეიძლება კიდევ უფრო მეტი მტკიცებულება მიიღოთ, უფრო ადვილად შეძლებთ ადრეული სქემის ზუსტ იდენტიფიცირებას. ადრეული სქემა შესაძლოა შენარჩუნდა დროთა განმავლობაში და ახლა დისტრესს ან რაიმე დარღვევას იწვევს კლიენტში.

### ემოციური სანყისი

სქემების შეფასების კიდევ ერთ სტრატეგიას წარმოადგენს სქემების გამომწვევის ან გააქტიურებისთვის ემოციებზე ორიენტირებული ტექნიკების



გამოყენება. მაგალითად, კლიენტმა შესაძლოა თერაპიაზე სიარული დეპრესიის და კიდევ სხვა სირთულეების გამო დაიწყოს. სანამ თქვენ უფრო ღიად შეეხებით სქემებს, კლიენტის დეპრესიის დონე შესაძლოა შემცირდეს, რაც უფრო ართულებს კლიენტისთვის საკუთარი სქემისა და მისი შედეგების გაცნობიერებას. ასეთ შემთხვევებში, შეგიძლიათ გააკეთოთ შეფასება, სადაც კლიენტს სთხოვთ, გაიხსენოს მისი ცხოვრების სევილიანი პერიოდი და გულწრფელად სცადოს, შეიგრძნოს ეს გამოცდილება ისე, თითქოს ეს ამჟამად ხდება. ამით ნახავთ, შეუძლია თუ არა ამ ემოციურ პრაიმს იმ რწმენების ამოქმედება, რომლებიც წარსულში არსებობდა. ასეთი ტიპის ემოციური პრაიმების ამოტანა ზოგიერთ შემთხვევაში დაგეხმარებათ კლიენტს დაანახოთ, რომ მათი სქემა ან რწმენა კვლავ არსებობს, მაგრამ ნაკლებად აქტიურია წარმატებული მკურნალობის გამო.

## საკითხავი მასალა

ზოგიერთ კლიენტს ძალიან ეხმარება ბაზისური რწმენებისა და სქემების შესახებ არსებული ლიტერატურის წაკითხვა. თუ კლიენტი გამოთქვამს სურვილს და ამასთანავე აქვს ინტელექტუალური შესაძლებლობები, ჩვენ მზად ვართ, ვურჩიოთ წიგნები ან სხვა მასალები, რათა დავეხმაროთ მას, უკეთესად გაიაზროს კოგნიტურ -ბიჰევიორული მოდელი და ის, თუ როგორ არის მისი პრობლემები დაკავშირებული დისფუნქციურ რწმენებთან. შერჩეული თავები შემდეგი წიგნებიდან: *The Feeling Good Handbook* (Burns, 1989, 1999), *Reinventing Your Life* (Young & Klosko, 1994), ან *Mind over Mood* (Greenberg & Padesky, 1995) კარგ საკითხავ ლიტერატურას წარმოადგენს. გვყოლია კლიენტები, რომლებიც თერაპევტის სახელმძღვანელოებს კითხულობდნენ, რათა კარგად გაეაზრებინათ, რამდენად კარგად შეესაბამება მათ სპეციფიკური დარღვევის მოდელი. მიუხედავად იმისა, რომ ძირითადად კოგნიტურ-ბიჰევიორული მიმართულების საკითხავ მასალას ვურჩევთ კლიენტებს, შემთხვევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, შეიძლება სხვა თერაპიულ მიდგომებზე არსებული საკითხავიც მივანდოლოთ .

## ფორმალური შეფასება

სქემების ფორმალური შეფასების გზა კითხვარების გამოყენებაა. დისფუნქციური ატიტუდების სკალა (Dysfunctional Attitude Scale, DAS; Weissman & Beck, 1980) და სოციოტროპია-ავტონომიის სკალა (Sociotropy-Autonomy Scale, SAS; Bieling, Beck, & Brown, 2000; D. A. Clark & Beck, 1991) კონკრეტულად დეპრესიის შესაფასებელი ინსტრუმენტებია. ორივე მათგანი კლიენტისგან მოითხოვს, წაიკითხოს დებულებები, რომლებიც შესაძლო დისფუნქციურ რწმენებს ასახავენ და შესაბამისად დაადასტუროს თითოეული დებულება. DAS თავდაპირველად 100 დებულებისგან შედგებოდა, მაგრამ საბოლოოდ ორი ერთმანეთის მსგავსი 40 დებულებისგან შემდგარი ვარიანტი ჩამოყალიბდა. „ა“ ფორმა უფრო ხშირად გამოყენებადი ფორმაა

(Nezu და სხვ., 2000), რომელიც ფაქტორული ანალიზის მიხედვით შედგება ორი სკალისგან, რომელიც SAS-ის სკალის იდენტურია. ეს სკალები ასახავენ სოციოტროპიას ან ავტონომიას. *სოციოტროპია* განისაზღვრება (A.T.Beck.,1993) როგორც სოციალური ურთიერთობებიდან დასკვნების გამოტანისა და მათი ვალიდაციის ტენდენცია. სოციოტროპი ადამიანები მიდრეკილნი არიან შფოთვისადმი, თუ მათ ურთიერთობების ან სოციალური კონტაქტის დაკარგვის შიში აქვთ და ---დეპრესიისადმი, თუ ნეგატიური მოვლენები რეალურად ხდება. *ავტონომია* დამოუკიდებლობასა და აღიარებასთან დაკავშირებულ ნუხილს უკავშირდება. ავტონომიური ადამიანები მიდრეკილნი არიან შფოთვისადმი თუ მათ აზრებს ვინმე უპირისპირდება და დეპრესიისადმი, თუ კარგავენ დამოუკიდებლობას, არ ხდება მათი წარმატების აღიარება, ან წარუმატებლობას წააწყდებიან. კვლევები ამტკიცებენ, რომ კონკრეტულად სოციოტროპიის სკალაზე მიღებული მაღალი ქულები ტრიგერების არსებობის შემთხვევაში მომავალში დეპრესიის გამოვლენას წინასწარმეტყველებენ; კვლევაში ავტონომიურობის წინასწარმეტყველებაზე ნაკლებადაა საუბარი (D. A. Clark, Beck, and Alford, 1999).

იანგის სქემების კითხვარი სქემების შესაფასებელი თვით-ადმინისტრირებადი სკალაა (Young Schema Questionnaire, YSQ; [www.schematherapy.com/id55.htm](http://www.schematherapy.com/id55.htm)), რომელიც 205 დებულებისგან შედგება. YSQ-ში მინოდებული დებულებები სხვადასხვა შესაძლო სქემებს აღწერენ, რომლებიც კლიენტმა უნდა დაადასტუროს. იანგის ნამუშევრებზე დაყრდნობით სკალაში ორი რაციონალურად გამოგონილი ნეგატიური სქემაა შეტანილი (იხ. ცხრილი 8.1). ფაქტორულმა ანალიზმა YSQ-ის თეორიული სტრუქტურა (Lee, Taylor, და Dune, 1999) დაადასტურა. კითხვარი შედარებით გრძელია და ქულების დათვლისათვის საკმაოდ დროს საჭიროებს, თუმცა სკალა ნამდვილად იძლევა სხვადასხვა სქემების პროფილს, რომელიც თქვენს კლიენტს შეიძლება შესაბამებოდეს. YSQ-ს ავტორებმა დეტალურად აღწერეს თითოეული სქემის ფენოტიპი, აღწერეს სქემების ჩამოყალიბების და მათი მოქმედების პროტოტი და დაახასიათეს ამ სქემებისთვის საჭირო პოტენციური ინტერვენციის გზები, რაც ამ სკალის ძლიერ მხარეს წარმოადგენს (Young და სხვ., 2003).

საინტერესოა, თერაპიის რომელ ეტაპზე უნდა მოხდეს სქემების კითხვარის გამოყენება?

თუ ამ ინსტრუმენტის შევსება მკურნალობის დასაწყისში მოხდება, ქულები შეიძლება კლიენტის იმდროინდელმა დისტრესმა გაზარდოს. თუ სკალის შევსება თერაპიის პროცესში შედარებით გვიან მოხდება, შესაძლო სქემების ცვლილების გამო გართულდება მათი ზეგავლენის გაზომვა. ჩვენი რჩევა იქნება, რომ შეფასება არ დაიწყოს, სანამ კლიენტის საწყისი პრობლემები გარკვეულწილად არ გაუმჯობესდება. თუმცა გახსოვდეთ, რომ კლიენტი კვლავ უნდა შეებრძოლოს ნეგატიურ აზრებს. ასეთ დროს სქემები კვლავ მოქმედა, ექვემდებარება შეფასებას, და დისტრესის ფონზე შედეგების გაზვიადების ნაკლები ალბათობაა. კლიენტს

ინსტრუმენტი შეგიძლიათ გააცნოთ როგორც მათი ფიქრებისა და აზრების უკეთ გაგების საშუალება. კლიენტისთვის შედეგების წარდგენისას ასევე რეკომენდებულია შემთხვევის ფორმულირების დეტალური აღწერა და კლიენტის უკუკავშირის მიღება. ბევრ კლიენტს ძალიან ეხმარება YSQ - სა და სხვა საზომებიდან მიღებული უკუკავშირი და არსებულ სქემებზე შემდგომი დისკუსიები.

## სქემების შეცვლა

თქვენ უკვე მიაღწიეთ თერაპიაში იმ საფეხურს, როდესაც კლიენტის ყოველდღიური ფუნქციონირება გაუმჯობესებულია. უკვე განსაზღვრეთ კლიენტის რომელმა ბაზისური რწმენამ შეიტანა წვლილი მისი თავდაპირველი პრობლემების ფორმირებაში. დიდი ალბათობით განიხილეთ კიდევ კლიენტთან ამ სქემების რამდენიმე საფუძველი, რაც წარსულში იღებს სათავეს და ისიც, თუ როგორ მოახდინეს მათ სქემების განვითარებაზე გავლენა. შესაძლოა კითხვარებიც გამოიყენეთ არსებული სქემების შესაფასებლად. ცხადია, რომ ამ დროისათვის თქვენ უკვე ნამდვილად გეჭნებათ ჩამოყალიბებული შემთხვევის ფორმულირება, იმსჯელებდით კლიენტთან და სავარაუდოდ, გარკვეულ კონსენსუსსაც მიაღწევდით. ასეთ შემთხვევაში, თქვენ პოტენციურად მზად ხართ სქემის შეცვლის პროცესში ჩაერთოთ, არა იმისთვის, რომ ამჟამინდელი პრობლემები მოაგვაროთ, არამედ უმეტესად იმისთვის, რომ რელაქსის ან მომავალი რეგრესის რისკი შეამციროთ.

თუმცა, სანამ სქემის შეცვლის ინტერვენციაზე გადახვალთ, გირჩევთ, რომ დროებით მცირე პაუზა აიღოთ. მიუხედავად იმისა, რომ ლოგიკურია დისფუნქციური სქემების შეცვლა, რაც მომავალში დისტრესისადმი მონყვლადობას ამცირებს და კლიენტს შეიძლება თანახმა იყოს მუშაობის ამ ფორმით გაგრძელებაზე, მაინც დაფიქრდით. სქემების შეცვლა ნამდვილად რთული სამუშაოა. კლიენტს მოეთხოვება, რომ იმ ძირითად შეხედულებებს შეეჭიდოს, რომლითაც საკუთარი თავი ააგო და სამყარო შეიმეცნა. სქემების შეცვლამ შეიძლება კლიენტს საჭიროება გაუჩინოს, შეცვალოს საკუთარი სოციალური წრე, დაუპირისპირდეს ადამიანებს, რომლებსაც წარსულში იცნობდა, ან შესაძლოა „გედმეტი ცვლილებების“ ფონზე თავად გახდეს სხვებისგან უარყოფილი. ასეთ სამუშაოს იდენტობის შესახებ წარმოდგენების ცვლილებამდე მიყავს ადამიანი, რაც შესაძლოა დისტრესის ზრდას იწვევდეს მცირე პერიოდით.

ამასთანავე, მწირია სქემის შეცვლის აუცილებლობის მხარდამჭერი მტკიცებულებები. ღრმა დეპრესიასთან მუშაობისას, კოგნიტური თერაპიის კომპონენტების ანალიზმა აჩვენა, რომ ქვევითი აქტივაციის თერაპიის მეთოდისათვის კოგნიტური რესტრუქტურირების ან სქემებზე ფოკუსირებული ინტერვენციების დამატება არ აუმჯობესებდა კლინიკურ

შედევებს (Jacobson და სხვ., 1996). უფრო მეტიც, ორწლიანი შემდგომი დაკვირვებისას აღმოჩნდა, რომ ქცევითი აქტივაციის თერაპიაზე ამ ინტერვენციების დამატებამ არ შეამცირა რელაფსის რისკი (Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998; ასევე იხ. Dimidjian და სხვ., 2006). აქედან გამომდინარე, დეპრესიის მკურნალობის შემთხვევაში, სქემაზე მუშაობის დამატებითი სარგებელის შესახებ მტკიცებულებები სამეცნიერო ლიტერატურაში ნაკლებია. უკანასკნელი ნაშრომების მიხედვით სქემაზე ფოკუსირებული თერაპია ამცირებს ხანმოკლე და ხანგრძლივ დისტრესს მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის კონტექსტში (Giesen-Bloo და სხვ., 2006). სხვა მხრივ, სქემაზე დაფუძნებული ინტერვენციების ღირებულებას მხოლოდ კლინიკური შემთხვევის აღწერისას და არა-კონტროლირებადი ექსპერიმენტების შედეგების განხილვისას აღიარებენ. ეჭვგარეშეა, რომ თერაპევტთან არაფორმალური დისკუსიების დროს მიღებული შემთხვევების მტკიცებულებები იანგისა და მისი კოლეგების (2003) ნაშრომის გამოყენებას უჭერენ მხარს, მაგრამ მეტი კვლევა საჭირო.

აქედან გამომდინარე სანამ კლიენტებთან ერთად „სქემებში მოგზაურობას“ დავიწყებთ, ყველას გულწრფელად უნდა გვჭეროდეს, რომ ამ „მოგზაურობიდან“ მიღებული სარგებელი დროსთან, ფულთან და სავარაუდო ემოციურ დისტრესთან დაკავშირებულ ხარჯებს გადაწონის. ასევე, კლიენტები თითქმის არასდროს მოდიან თერაპიაზე ასეთი ტიპის ცვლილების მიზნით, რადგან ამ ბაზისური დისფუნქციური სქემების გაცნობიერება თერაპიის პროცესში იჩენს თავს, ამიტომ ჩვენი ეთიკური ვალდებულებაა, კლიენტისგან ექსპლიციტური თანხმობა მივიღოთ ასეთ სამუშაოზე. ერთ-ერთი პირველი რამ, რაც ამ კონტექსტში უნდა გავეთდეს, არის ის, რომ კლიენტს სქემების შეცვლის არსსა და პოტენციურ შედეგებზე უნდა გავესაუბროთ, იმისთვის, რომ კარგად გაიგონ თავიანთი ვალდებულება. ჩვენ პატივს ვცემთ კლიენტის უფლებას, უარი თქვას ამ თანხმობაზე, და ასეთ შემთხვევაში თერაპიის დასრულების და რელაფსის თავიდან აცილების დაგეგმვის რეჟიმზე გადავდივართ (იხ.მე-9 თავი). ამასთანავე, მიუხედავად იმისა, რომ ვაცნობიერებთ ამ საკითხთან დაკავშირებით არსებულ ორაზროვან მონაცემებს, კოგნიტური მოდელის პროგნოზით კლიენტებს, რომლებიც არ ცვლიან სქემებს, უფრო მეტი ალბათობით შეიძლება დაემართოთ რელაფსი. შესაბამისად, კარგ პრაქტიკად ითვლება “ღია კარის” შეთავაზება, როდესაც კლიენტებს შეუძლიათ მალევე დაუბრუნდნენ თერაპიას, იმისთვის, რომ იმ პერიოდში სწრაფად მოახერხონ ცვლილებაზე რეაგირება. ასევე დიდა ალბათობა იმისა, რომ დროთა განმავლობაში, კლიენტებმა პირდაპირი ინტერვენციების გარეშე თანდათანობით შეცვალონ სქემები. თუ მკურნალობის დასრულების შემდეგაც ასე გააგრძელებენ, სავარაუდოა, რომ მათი სქემები განსხვავებული გამოცდილებების გამო ფორმალური სქემაზე ფოკუსირებული თერაპიის სარგებელის გარეშე შეიცვლება.

### **ცხრილი 8.1. იანგის სქემების კითხვარით იდენტიფიცირებული ადრეული არაადაპტური სქემები**

1. მიტოვება/არასტაბილურობა (Abandonment/instability)
2. უნდობლობა/ძალადობა (Mistrust/abuse)
3. ემოციური დეპრივაცია (Emotional deprivation)
4. არასრულფასოვნება/სირცხვილი (Defectiveness/shame)
5. სოციალური იზოლაცია/გაუცხოება (Social isolation/alienation)
6. დამოკიდებულება/არა-კომპეტენტურობა (Dependence/incompetence)
7. ზიანის ან დაავადების მიმართ მონყვლადობა (Vulnerability to harm or illness)
8. ავტონომიის არმქონე/განუვითარებელი „მე“ (Enmeshment/undeveloped self)
9. მარცხი, წარუმატებლობა (Failure)
10. განდიდება/გრანდიოზულობა (Entitlement/grandiosity)
11. არასაკმარისი თვით-კონტროლი/თვით-დისციპლინა (Insufficient self-control/self-discipline)
12. დომინირება, კონტროლი (Subjugation)
13. თავგანწირვა (Self-sacrifice)
14. სხვისგან მოწონების ძიება/აღიარების ძიება (Approval seeking/recognition seeking)
15. ნეგატიურობა/პესიმიზმი (Negativity/pessimism)
16. ემოციების გამობატვის შეკავება (Emotional inhibition)
17. მკაცრად მომთხოვნი სტანდარტები/ ზედმეტი კრიტიკულობა (Unrelenting standards/hypercriticalness)
18. დამსჯელობა (Punitiveness)

შენიშვნა. იანგის, კლოსკოსა და ვეიშერის ნაშრომიდან (2003). გამოცემა, 2003. The Guilford Press - ის მიერ. დაბეჭდვა ნებადართულია.

## **სქემის შეცვლის მეთოდები**

დავუშვათ, რომ თქვენ და თქვენი კლიენტი სქემის შეცვლის კლინიკურ სარგებლიანობაზე შეთანხმდით და მისგან თანხმობაც მიიღეთ ამ სამუშაოს განხორციელების თაობაზე. გახსოვდეთ, მიზნის მისაღწევად ორი სტრატეგია არსებობს: მტკიცებულებაზე დაფუძნებული და ლოგიკური შეცვლის მეთოდები. თითოეული მათგანი სათითაოდ არის ქვემოთ განხილული.



## მტკიცებულებებზე დაფუძნებული შეცვლის მეთოდები

არსებობს რამდენიმე სტრატეგია იმისთვის, რომ თქვენს კლიენტებს ბაზისური რწმენებისა ან სქემების შეცვლაში დაეხმაროთ. როგორც წესი, ასეთი ინტერვენციები არსებული ან “ძველი” სქემის იდენტიფიცირებით იწყება, რომლის შედარებაც შემდეგ სასურველ ან “ახალ” სქემასთან ხდება. პრაქტიკული თვალსაზრისით მიგვაჩნია, რომ საუბარი დავინწყოთ ლოგიკური დისკუსიით ძველი და ახალი სქემების უსარგებლობასა და სარგებელზე, რათა კლიენტებს დავეხმაროთ იმის გააზრებაში, რომ სქემის შეცვლა ზოგადად კარგი იდეაა (იხ. ქვემოთ განვრცობილი დისკუსია), ხოლო შემდეგ გამოვიყენოთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მოსაზრებები, რომ ხაზი გავუსვავთ ცვლილების ფასეულობას.

### კონტინუუმების შეცვლა

სქემაზე მუშაობის ერთ-ერთი სტრატეგიაა სქემების შეცვლა კატეგორიული მახასიათებლებიდან უფრო კონკრეტულ კონტინუუმამდე. მაგალითად, კლიენტის არსებული სქემაა, რომ ის “არამიმნდობი” პიროვნებაა. ეს სქემა სხვადასხვა ცხოვრებისეული გამოცდილებების შედეგად შეიძლება განვითარებულიყო, მათ შორის ალბათ გავლენა იქონიეს მშობლებმა, რომლებიც არ იყვნენ მის აღზრდაში ჩართულნი. რამდენიმე სოციალური უარყოფის შემთხვევამ, ან ძალადობრივმა ურთიერთობებმაც შეიძლება გამოიწვიოს ასეთი სქემა. თუმცა ახლა უნდობლობა დაკავშირებულია მარტო ყოფნასთან, ნებისმიერი სოციალური სიახლოვის უარყოფასთან, სხვების მიმართ შიშთან, სხვების მოტივებთან დაკავშირებულ ეჭვებთან და ამ მოტივების ამოსაცნობად აზრების წაკითხვასთანაც კი. იმის მაგივრად, რომ “უნდობლობის” ზოგადი სქემის შეცვლა სცადოთ, უფრო მარტივი იქნება ამ სქემის მთავარი ქვევითი ან ემოციური მარკერები აღმოაჩინოთ და ისინი შეცვალოთ. უფრო მარტივია აზრების წაკითხვის ამოცნობა, შეფასება და მათი რესტრუქტურირება, ვიდრე უფრო გლობალური კონსტრუქტის შეცვლა, როგორცაა უნდობლობა. უკვე ვახსენეთ და გავიმეორებთ, რომ სქემის მთავარი ელემენტების ცვლილებით დროთა განმავლობაში მთლიანად სქემა იცვლება დაგვიშლი ინტერვენციის გარეშე.

### პოზიტიური ჩანაწერების დღიური

სქემების მოდიფიკაციის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ერთ-ერთი სტრატეგიაა ახალი და სასურველი სქემის მთავარი მარკერების იდენტიფიცირება. ასეთ დროს კლიენტს ევალება, ყურადღება მიაქციოს და ჩანაწერი გააკეთოს დღიურში იმ მტკიცებულებების შესახებ, რომლებიც ახალი სქემის განვითარებას უწყობენ ხელს. ამ დროს ყურადღება პოზიტიურ მტკიცებულებებზეა გადატანილი, რაც ხელს უწყობს სხვა პოზიტიურ ქმედებებსა თუ კოგნიციებს, რომლებიც პოზიტიურ რწმენას აძლიერებენ. მაგალითად, დედას, რომელიც გამუდმებით

ღელავს საკუთარ უფროს შვილებზე და ამის გამო ხშირად შეიძლება მათ ცხოვრებაშიც იჭრებოდეს, შეუძლია “მზრუნველის და დაინტერესებულის” სქემის განვითარება სცადოს - შეიმუშავოს რამდენიმე გზა ამ ახალი სქემის გამოსავლენად, და პოზიტიური ჩანაწერების დღიურის საშუალებით თვალყური ადევნოს და/ან გაზარდოს მათი რაოდენობა. როგორც წესი, ჩანაწერების განსახორციელებლად დღიურში გამოყოფილი უნდა იყოს ორი სვეტი. გვერდის ზედა ნაწილში იწერება ძველი და ახალი სქემების სახელები. ერთ სვეტში ახალ სქემასთან თავსებადი მონაცემები იწერება, მეორე სვეტი კი ძველ სქემასთან თავსებადი მტკიცებულებების მონიტორინგისთვის გამოიყენება.

### **მტკიცებულებები ძველი და ახალი სქემებისთვის**

როდესაც კლიენტის სქემები ცვლილებას იწყებენ, პოზიტიური ჩანაწერების დღიურის გასავრცობად საჭიროა კლიენტმა იმ მტკიცებულებების შესახებ დაიწყოს ჩანაწერების გაკეთება, რომლებიც ძველი და ახალი სქემების არსებობას და მათ ზეგავლენას ამყარებენ. თავდაპირველად შესაძლებელია, რომ არსებული მტკიცებულება მკაფიოდ მიუთითებდეს ძველ რწმენათა სისტემის დომინანტობაზე, მაგრამ ცვლილების დაწყებასთან ერთად გაძლიერდეს და უტყუარი გახდეს ახალი რწმენის მტკიცებულებები.

### **რა არის საჭირო რწმენის შესაცვლელად?**

ძველი და ახალი რწმენების შესახებ უფრო ობიექტური ინფორმაციისათვის თვალყურის დევნებით კლიენტი იმ მტკიცებულებების შესახებ იწყებს დისკუსიას, რომლებიც მას დაეხმარება სრულად დაიჭეროს, რომ ახალმა სქემამ “ფესვი გაიდგა”. შესაბამისად, კლიენტი იწყებს საკუთარი ქცევითი არჩევანისა და სიტუაციების ინტერპრეტაციების მართვას. ასეთი დისკუსია ძალიან ღირებულია, რადგან კლიენტს ეხმარება უფრო ნათლად დაინახოს საკუთარი რწმენების ცვლილების ბუნება, სავარაუდო ცვლილების დიაპაზონი, და ის კრიტერიუმები, რასაც თავად იყენებს ამ სფეროში ცვლილების ამოსაცნობად. ზოგიერთი კლიენტი ისეთ მაღალ სტანდარტებს აწესებს, რომ ნაკლებად სავარაუდოა მათ მიერ ცვლილების შემჩნევა ან დაჭერება. სხვებმა კი შეიძლება ერთი ჩავარდნა იმის მტკიცებულებად მიიღონ, რომ ისინი წარუმატებლები არიან სქემის შეცვლაში. კლიენტებთან ერთად ასეთი წინააღმდეგობის წინასწარ განჭვრეტა და ცვლილების კონკრეტული, ობიექტური მარკერების დაწესება ამ სირთულეების რისკის შემცირებას უწყობს ხელს.

შეკითხვა, თუ რა შეიძლება იყოს საჭირო იმისათვის, რომ რწმენა შეიცვალოს, თქვენ, როგორც თერაპევტს დაგეხმარებათ, შეაფასოთ კლიენტის მიერ ინტერნალიზებული, განცდილი ცვლილების რეალურობა. მაგალითად, თუ კლიენტისათვის პრობლემას წარმოადგენს ნდობის

ნაკლებობა, და ფიქრობს, რომ სქემის ცვლილებაში დასარწმუნებლად იგი ყველასთან სანდო და მშვიდი უნდა იყოს, მას სავარაუდოდ გული აუცრუვდება და საკუთარ თავს ამ მიზნის მიღწევაში პოტენციურად წარუმატებლად აღიქვამს. უფრო რეალისტური ახალი სქემა იქნება სხვებს მისცეს შანსი, რომ დაამტკიცონ სანდოობა. კიდევ ერთი შესაძლო ვარიანტია კლიენტმა ისწავლოს სანდო და არა სანდო აღამიანების განსაზღვრის ხერხები. კვლავ გავმეორდებით, ახალი სქემისკენ სვლა კლიენტთან დისკუსიის გზით და რეალისტური ორიენტირების ჩამოყალიბებით უფრო შესაძლებელია, ვიდრე მალაღი სტანდარდების ან მიზნების დასახვით.

### **თერაპიული როლური თამაშები**

სქემების შეცვლის კიდევ ერთი სტრატეგია თერაპიის დროს ვარჯიშს გულისხმობს. მაგალითად, თუ კლიენტის ძველი სქემა იყო “არაკომპეტენტური”, ხოლო ახალი სქემა - “დარწმუნებული და კომპეტენტური”, მაშინ თქვენ შეგიძლიათ დაეხმაროთ კლიენტს თერაპიის პროცესში ივარჯიშოს თავდაჯერებულ და კომპეტენტურ მოქმედებებში. ზოგიერთ კლიენტს შესაძლოა ქცევითი ინსტრუქცია ან რაიმე სხვა მეთოდი დასჭირდეს, (იხილეთ მე-6 თავი), რათა ქცევითი ცვლილებები მოახდინოს. ეს განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებს ეხება, თუ კლიენტმა ბავშვობა სიღარიბეში გაატარა და ვერ მოხერხდა მისი საჭირო უნარებით აღჭურვა. ამ უნარების გავარჯიშება შესაძლებელია მოხდეს თერაპიის დროს, რათა კლიენტებს საშუალება მიეცეთ მაქსიმალურად გაზარდონ თავიანთი წარმატება. იდეალურ შემთხვევაში თქვენ შეგიძლიათ თავად შეიმუშაოთ და განავითაროთ რაიმე სახის როლური თამაშიც, სადაც თანდათანობით უფრო მეტად მოახდენთ ახალი და პოზიტიური სქემების გამონვევას. თქვენ “ემშაკის ადვოკატადაც” კი შეგიძლიათ წარადგინოთ თავი და გამოიყენოთ კლიენტის მიერ წარსულზე მოწოდებული ინფორმაცია, რათა დაადანაშაულოთ ან გააკრიტიკოთ იგი. ეს საშუალებას მოგცემთ ნახოთ, თუ როგორ უმკლავდება კლიენტი ამ მტკიცებულებას, როდესაც ახალი სქემა ვითარდება.

### **თერაპიული “კონფრონტაცია”**

როგორც იანგმა და მისმა კოლეგებმა (2003) განიხილეს, სქემის ცვლილების ხელშესაწყობად ძალიან გამოსადეგია თერაპიული ურთიერთობის გამოყენება. მაგალითად, თუ გყავთ კლიენტი, რომელიც სოციალურად დამოკიდებული ან მომთხოვნი და ამიტომ მისი სქემა გაუბედაობა და ცვლილების შეუძლებლობაა, თქვენ და მან შეგიძლიათ განიხილოთ, თუ როგორ ახდენს მისი სქემა თერაპიულ ურთიერთობაზე გავლენას. თქვენ შეგიძლიათ მოახდინოთ იმ ნიშნების იდენტიფიცირება და ამოცნობა, რომლებიც თერაპიულ ურთიერთობაში სქემის ცვლილებაზე მიუთითებს და ასეთი ცვლილება წაახალისოთ თქვენი კომენტარებითა და ქმედებებით. საუკეთესო შემთხვევაში, როდესაც ამ ნიშნებს დაინახავთ, პოზიტიური

უკუკავშირი მიეცით კლიენტს, უთხარით, რომ ცვლილებებს ამჩნევთ. ასეთი გზით, თავად თერაპიული ურთიერთობა შესაძლოა გახდეს მექანიზმი იმის მტკიცებულებად, რომ სქემები იცვლება.

ჯონს უკვე გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ნახულობთ. თავდაპირველად გენერალიზებული შფოთვითა და დეპრესიული სიმპტომებით წარსდგა თქვენ წინაშე. დროთა განმავლობაში შეამჩნიეთ, რომ ის ეძებს თქვენგან მისი მოსაზრებების დადასტურება და უფრო მოკრძალებული ხდება. როდესაც მისი სიმპტომები გაუმჯობესდა, მან გამოთქვა ინტერესი სქემის შეცვლის თერაპიაზე. როცა თქვენ ერთად მოახდინეთ შემთხვევის ფორმულირება, გამოიკვეთა სქემები, რომლებიც დაკავშირებულია სხვა სანდო ადამიანებთან დამოკიდებულებასა და წარუმატებლობის შიშთან. თერაპიის დროს თქვენ უთითებთ იმ შემთხვევებზეც, როდესაც ჯონი თქვენს მითითებას ელოდება და მინიმუმადე დაყავს ცვლილებისათვის საკუთარი მცდელობები. თქვენ აღნიშნავთ, რომ შესაძლოა შეცდომა დაუშვათ მისთვის რჩევის მიცემაში და აქვებთ მას, რომ შეხვედრების დროს გარისკოს და თავად მიიღოს გადაწყვეტილებები. თქვენ და ჯონი ერთად აფასებთ თერაპიის პროგრესის მიმდინარეობას და პროცესში გულწრფელ უკუკავშირს აძლევთ უპირატესობას.

### **ქცევითი საშინაო დავალებები**

ახალი სქემის საჭიროების მტკიცებულებების გამოსავლენად ერთ-ერთი ხშირი და ეფექტური სტრატეგიაა ქცევითი დავალებების გამოყენება. ასეთ დროს კლიენტთან ინყობთ განხილვას, რა სავარაუდო ქცევებს, აზრებსა და გრძნობებს გამოავლენდა ის, ახალი სქემის ინტერნალიზაციის შემთხვევაში. შემდეგ, თქვენ და თქვენი კლიენტი ისეთ ქცევით დავალებას მოიგონებთ, სადაც ახალი სქემის გამოყენება იქნება საჭირო. მაგალითად, წყარო და პასიურმა ქალბატონმა, რომელიც სამსახურში მონამის როლს ირგებს და რეგულარულად რჩება გვიანობამდე, რომ დამატებით იშუაოს უუნარო უფროსის “გადასარჩენად”, შესაძლოა გადაწყვიტოს, რომ გახდეს უფრო ასერტული და აღარ დარჩეს გვიანობამდე სამსახურში. ახალ სქემასთან დაკავშირებული ქმედებების შედეგად მიღებული უშუალო გამოცდილება ახალი გზით ფიქრისა და მოქმედების დასწავლას უწყობს ხელს. იმედია, რომ საშინაო დავალების განხილვის დროს კლიენტი უფრო კარგად დაინახავს ახალი სქემის საჭიროებას და წახალისდება, რომ კიდევ უფრო მეტი ნაბიჯი გადადგას ამ მიმართულებით.

*ჯონი, იგივე კლიენტი, კვლავ ითხოვს თქვენს მხარდაჭერას, ხელახალ გადარწმუნებას თქვენი მხრიდან და არ ცდილობს გარისკვას. თქვენ ახლიდან ახდენთ დამოკიდებულებისა და წარუმატებლობის შიშის სქემების გამოაშკარავებას. მას შემდეგ, რაც იმსჯელებთ იმაზე, თუ როგორ აფერხებენ ეს სქემები ცვლილებას, ერთად შეიმუშავებთ ქცევით დავალებას. ის თანხმდება მოიქცეს ისე, “თითქოს” არ არის იმ ადამიანებზე დამოკიდებული, ვისაც პატივს სცემს. ჯონი*

ცდილობს შეეწყოს თავის პარტნიორს, როდესაც ის უქმე დღეებში სავარაუდო აქტივობებს გეგმავს. ჯონი სთავაზობს ისეთ აქტივობებს, რომლითაც თვითონ არის დაინტერესებული, მაგრამ წარმოდგენა არ აქვს მის პარტნიორს მოსწონს თუ არა ისინი. ამასთანავე, თქვენ და თქვენი კლიენტი თანხმდებით, რომ ის დამატებით ჩაატარებს ექსპერიმენტებს მისთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე, მაგრამ სესიის დროს მათი განხილვა არ მოხდება.

### **„თითქოს“ მოქმედება**

მსგავსი, მაგრამ უფრო გავრცობილი ქცევითი დავალებაა, როდესაც ადამიანი ისე იქცევა, თითქოს ახალი სქემა რეალურად სრულიად ჩართულია მისი სქემის სისტემაში. ამ მეთოდს ასევე მოიხსენიებენ როგორც “ითამაშე, სანამ არ გააკეთებ” მეთოდს, რასაც სამუხაროდ ნეგატიური კონტაქტია აქვს. დავალების დროს იწყება დისკუსია, თუ რას ფიქრობს, გრძნობს და როგორ იქცევა კლიენტი ძველი სქემით და ადარებს მის სავარაუდო ფუნქციონირებას ახალი სქემის გამოყენებას. დისკუსია შეიძლება გავრცელდეს ტანსაცმელსა თუ ცხოვრების სტილზე, კარიერულ გზასა თუ სოციალურ კავშირებზე. მოსაზრებების განხილვის შემდეგ ჰკითხეთ კლიენტს, რამდენად შეუძლია მას ამ იდეის კიდევ უფრო განვრცობა, თითქოს ბოლომდე სჯერა ამ ახალი სქემის, ხოლო შემდეგ მასთან ერთად დაგეგმეთ ექსპერიმენტი. კრეატიულობის, წარმოსახვისა და ნათელი გონების გამოყენებით. ამ ტიპის ქცევითი დავალების გაგრძელება კლიენტებისთვის სახალისო და მამოტივირებელიც კი შეიძლება იყოს.

როგორც წესი, „თითქოს“ ტექნიკა ფუნქციონირების სხვადასხვა სფეროს მოიცავს. კლიენტის სოციალურ წრეში არსებული ადამიანებისთვის ამგვარი სავარჯიშო ისეთი დრამატული შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ აუცილებელია მისი წინასწარ დაგეგმვა. მაგალითად, წინასწარ უნდა გააფრთხილოთ კლიენტი, რომ აღქმულ ცვლილებებზე სხვებისგან გარკვეული კომენტარები, ნეგატიური რეაქციები და სოციალური ზეწოლაა მოსალოდნელი, რამაც ის შესაძლოა კვლავ ძველი გზით ცხოვრებისკენ შემოაბრუნოს. მათი ასეთი პასუხები მიუთითებს იმაზე, თუ ვინ არის კლიენტის სამყაროში მისი პოზიტიური ცვლილების მხარდამჭერი და ვინ არა. მეორე მხრივ, კლიენტი ასევე უნდა გავაფრთხილოთ, რომ შესაძლოა სხვა ადამიანებმა ვერც კი შეამჩნიონ ეს ცვლილება, რაც ასევე გამოსადეგი ინფორმაციაა. კლიენტმა თავად შეიძლება საკმაოდ არაკომფორტულად იგრძნოს თავი ახალი ქცევებით და შეიძლება ისევ ძველ პატერნებთან დაბრუნება მოინდომოს. თავის დანებების ან უკან დაბრუნების იმპულსის ხარისხი თავისთავად ძველი სქემის სიძლიერის მაჩვენებელია.

მაგალითისთვის, ერთ-ერთი ჩვენგანი (K.S.D.) დეპრესიის მქონე კლიენტს მკურნალობდა. კლიენტის პრობლემის ერთ-ერთი ნაწილი ინტიმურ ურთიერთობებთან დაკავშირებული მისი დაბალი თვით-შეფასება იყო. კლიენტი თვლიდა, რომ საკუთარი ღირებულების



შეგრძნებისათვის აუცილებლად სჭირდებოდა მამაკაცის სიყვარული. გარდა იმისა, რომ იგი წარმატებული, საქმიანი ქალბატონი იყო, ხშირად დადებითად რეაგირებდა მამაკაცების ფლირტზე, რაც ხშირად მთავრდებოდა სექსუალური კავშირებით. ეს კი მოგვიანებით ქალს სინანულისა და დამცირების შეგრძნებას უტოვებდა. მიუხედავად ამისა, სქემების გავლენით, თითოეული კვირის მოახლოებისას იგი განიცდიდა ფარულ სასონარკვეთას, რადგან გრძნობდა, რომ პარტნიორის მოზიდვა სჭირდებოდა. პარადოქსულია, მაგრამ მის მიერ დროებით აღიარებული, მიუღებელი პარტნიორები, საბოლოო ჯამში ვერ აკმაყოფილებდნენ მას. ამ ქცევითი პატერნისა და მის საფუძვლად არსებული სქემის იდენტიფიცირების შემდეგ, თერაპევტმა განიხილა, თუ როგორ მოიქცეოდა ის ასეთი სქემის არარსებობის შემთხვევაში. მოხდა კლიენტის სოციალურ აქტივობებში განსახორციელებელი ცვლილებების იდენტიფიცირება, --მაგ., ადამიანების, ვისთანაც კომუნიკაციას ახორციელებდა, ჩაცმულობის მანერის. ასევე მოხდა ალტერნატიული ქცევების იდენტიფიცირება, მათ შორის ბარში მამაკაცების მიზიდვა, საკუთარი ბინის კედლების შეღებვა, იმისთვის, რომ შეექმნა პირადი სივრცე, დავიწყებული საყვარელი საქმიანობის დაბრუნება. კლიენტი დათანხმდა ექსპერიმენტს, რომ ეცადა ერთი თვე ისე ეცხოვრა, "თითქოს" მას სრულყოფილებისთვის არ სჭირდებოდა მამაკაცის სიყვარული. შეცვალა სოციალური აქტივობები და პატერნები (და გაუძლო გარკვეულ უარყოფით უკუკავშირებს სხვებისგან). საკუთარ ბინაში მან რამდენიმე ოთახი შეღება, რამაც პოზიტიურად განაწყო. დროდადრო იგი მართოდ გრძნობდა თავს და ერთხელ სასტიკ ცდუნებასაც კი გაუძლო, შეეწყვიტა ექსპერიმენტი. თვის ბოლოს კლიენტი ამაცობდა საკუთარი გამძლეობით და აღნიშნავდა, რომ თავს უფრო სრულყოფილად გრძნობდა და საკუთარი თავისადმი მეტი მზრუნველობით გამოირჩეოდა. მას სურდა ინტიმური ურთიერთობა, მაგრამ გააცნობიერა, რომ წინა სტრატეგიით იგი სასურველ შედეგს ვერ მიაღწევდა. რა თქმა უნდა, საჭირო იყო დამატებითი თერაპია, რომ კიდევ უფრო უკეთ განსაზღვრულიყო ახლად წარმოქმნილი სქემა და დაგეგმილიყო, როგორ შეიძლებოდა მისი ამოქმედება. ეს ერთთვიანი "თითქოს" მოქმედების ექსპერიმენტი „მე“-სთან დაკავშირებული სქემის ცვლილების მნიშვნელოვანი ნაწილი იყო .

### **წარსულთან კონფრონტაცია**

კიდევ ერთი მეთოდი, რომელიც სქემებთან დაკავშირებულ მტკიცებულებებს ამოწმებს არის სქემის წარმოშობის ისტორიის განსაზღვრა და შეძლებისდაგვარად, წარსულთან კონფრონტაცია. ეს მეთოდი კარგად მუშაობს, როდესაც კლიენტი კონფლიქტურ გრძნობებსა თუ აზრებს გამოხატავს წარსულ მოვლენებთან მიმართებაში. მაგალითად, კლიენტმა შეიძლება ისაუბროს, თუ როგორ ზრდიდნენ მას მშობლები. ამბობდეს, რომ აღზრდის ამგვარი სტილი არაეფექტური, უგულვებელყოფი ან ძალადობრივიც კი იყო. თუმცა საბოლოო ჯამში შესაძლოა მაინც პოზიტიურად აფასებდეს აღზრდის პროცესს. მიუხედავად იმისა, რომ მისი

სქემები შეიძლება უკავშირდებოდეს იმ გამოცდილებას, რაც მან აღზრდის პროცესში გაიარა, კლიენტს შეიძლება გაუჭირდეს ამაზე საუბარი. ეს იმითაა გამოწვეული, რომ მას მშობლების მიმართ ამბივალენტური გრძნობები აქვს. ასეთ შემთხვევებში შეგიძლიათ კლიენტს სთხოვოთ, დეტალურად გაიხსენოს ზოგიერთი ადრეული გამოცდილება და სცადოს წარმოსახვის საშუალებით სრულიად ახლიდან განიცადოს ეს მოვლენები. ხშირად სიტუაციის ასეთი გაცოცხლება ხელს უწყობს იმის დემონსტრირებას, რომ მშობლები წარმოადგენდნენ პრობლემების თავდაპირველ წყაროს ბავშვობაში. ასეთი სახით წარსულის განცდა შეიძლება დაეხმაროს კლიენტს ახლიდან ახსნას ცხოვრებისეული მოვლენები. ცხადია ეს ახლებური ახსნა არ მიესადაგება ნეგატიურ სქემებს და ამ გზით ის გზას გაუხსნის ცვლილებებს. თერაპიაში ასეთი მეთოდის გამოყენება, სავარაუდოდ, ძლიერ და კონფლიქტურ ემოციებს გამოიწვევს. ზოგიერთი კლიენტი მწვავე დანაშაულის ან სირცხვილის გრძნობას განიცდის, როდესაც ადრეულ გამოცდილებებს იხსენებს. სხვებს, განსაკუთრებით მათ, ვისაც წარსულში ტრავმული გამოცდილება ჰქონიათ, შეიძლება დისოციაციური განცდები ჰქონდეთ. მიუხედავად იმისა, რომ ძალიან ხშირია ასეთი მწვავე ემოციური რეაქციები, თქვენ ალბათ უკვე კარგად გეცოდინებათ თქვენი კლიენტი ამ დროისათვის და გააცნობიერებთ დისტრესის შემცირების იმ ხარისხს, რამაც ის თერაპიაზე მოიყვანა. ემოციური რეაქციების დროს გამოვლენილი “ცხელი” კოგნიციები საჭიროა სქემის შეცვლისთვის.

ზოგიერთ შემთხვევებში, კლიენტის წარსულიდან დაკავშირებული მესხიერება ძალიან ბუნდოვანი ან ემოციურად იმდენად დატვირთულია, რომ ჭირს წარსული შთაბეჭდილებების კონფრონტაცია ან შეცვლა. სხვა შემთხვევებში კლიენტებს შეიძლება ამ ეტაპზეც ჰქონდეთ შეხება წარსულში არსებულ ადამიანებთან და შესაძლოა მოახდინონ რეალური დაპირისპირება. მაგალითად, კლიენტი შეიძლება ესაუბროს დედას აღზრდის სტილზე, რომ ნახოს შეესაბამება თუ არა საკუთარი აღქმები და მოგონებები დედის მოგონებებს. და-ძმასთან გაზიარებული გამოცდილების შესახებ საუბარი ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას სქემის ჩამოყალიბებაში. ამგვარი საუბარი გვეხმარება ოჯახის როლის შესამოწმებლად და ამ მოვლენების შესახებ სხვადასხვაგვარი მოსაზრების მისაღებად. აღსანიშნავია, რომ ზემოთხსენებული საუბრებისას დასმული შეკითხვების მიზანი სქემის შემოწმება, გამონწვევა უნდა იყოს და არა იმის განსაზღვრა, თუ ვისი მოგონებებია უფრო ზუსტი.

მიუხედავად იმისა, რომ წარსულთან დაპირისპირებამ შესაძლოა სქემის შეფასების საჭიროებასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ახალი ინფორმაცია მოგვანდოს, ეს მეთოდი გარკვეულ რისკებს მოიცავს. ამ მეთოდთან დაკავშირებულ ერთ-ერთ რისკს წარმოადგენს ის, რომ კლიენტის სქემებმა შეიძლება მესხიერებაზე გავლენა მოახდინონ და მესხიერების მიკერძოებულობა გამოიწვიონ, რაც ართულებს ან შეუძლებელსაც კი ხდის მათ ახლებურად დანახვას. ამასთანავე, სქემების განვითარებაში ჩართულ ადამიანებთან კონფრონტაცია საჭიროებს ამ ადამიანების სქემების გაგებასა და შეფასებას. სხვებს შეიძლება არ

ჰქონდეთ განხილვის სურვილი ან არ დაეთანხმონ კლიენტს წარსული მოვლენების გახსენების სარგებლიანობაზე. თუ ეს სტრატეგია იქნება გამოყენებული, კარგი იქნება თუ სიფრთხილით დაიგეგმება და როლური თამაშებით მოხდება გასაუბრების გავარჯიშება სხვა ადამიანებთან. ამ შემთხვევებში საუბარი აუცილებელია, სანამ კლიენტი სქემების ისტორიულ რეკონსტრუქციას გაივლის. და ბოლოს, სქემის განვითარებასთან დაკავშირებული ადრეული გამოცდილებების ახლიდან გამოკვლევა ვერ იქნება თვითმიზანი, რადგან მაშინ ამ სავარჯიშოდან მიღებული ინფორმაცია სხვა სქემის ცვლილების სავარჯიშოში უნდა გაერთიანდეს.

## ლოგიკური ცვლილების მეთოდი

ყველა ჩამოთვლილი მეთოდი მოიცავს ძველ და ახალ სქემებთან დაკავშირებულ მტკიცებულებების მოპოვებას, შედარებას და გამოცდას. თუ სამუშაო ჩატარდება დაგეგმილად, კლიენტის და თერაპევტის თანამშრომლობით, მაშინ კლიენტი დაინწყებს ახალი სქემის აღქმას პოზიტიურად და ადაპტურად. ხშირად ასეთი სტრატეგიები (მტკიცებულებებზე დაფუძნებული) გამოიყენება სქემის შეცვლის უფრო ლოგიკურ ან ინდუქციურ მეთოდებთან ერთად, რასაც აქ განვიხილავთ. ამგვარად, სქემის შეცვლა შეგიძლიათ დაიწყოთ იდენის ლოგიკური განხილვით, მოიფიქროთ ადრეული პრაქტიკული სავარჯიშო სქემის გავლენის შესამოწმებლად, გამოიწვიოთ შემდგომი ლოგიკური დისკუსია, რამაც შეიძლება ახალი მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სავარჯიშოს იდეა მოგანოდოთ, ასე შეგიძლიათ გააგრძელოთ მანამ, სანამ კლიენტი რეალურად დაინწყებს თავისი რწმენებისა და სქემების შეცვლას.

### „ახალი მე“-ს წარმოდგენა

როგორც მანამდე აღვნიშნეთ, სქემის შეცვლის აუცილებელი პირობაა ძველი და ახალი სქემების შედარება. ამისათვის, რაც შეიძლება მკაფიოდ უნდა განისაზღვროს ახალი „მე“, რათა კლიენტმა მისი გავლენის წარმოდგენა სრულად და ნათლად შეძლოს. ახალი სქემის მხოლოდ წარმოსახვის პროცესმაც კი შეიძლება იქონიოს გავლენა, „მოადუნოს“ კლიენტის ძველი გზით აზროვნება და უფრო მეტი მოქნილობა მისცეს მას.

ერთ-ერთი მეთოდი დაეხმაროთ კლიენტს შესაცვლელი გზების წარმოდგენაში არის ის, რომ შეკითხვები დაუსვათ ცხოვრების იმ ნაწილზე, რომლითაც ისინი უკმაყოფილო არიან და რისი შეცვლაც სურთ. ყვადეთ ეს იდეები დაკავშირით იმ პრობლემურ სიტუაციებთან, რაც თერაპიის დროს დაინახეთ და დაეხმაროთ კლიენტს იფიქროს ამ ცვლილებების შესაძლებლობებზე. საუკეთესო შემთხვევაში კლიენტებს იდეები თავად გაუჩნდებათ, მაგრამ თუ ეს ასე არ მოხდა, თქვენ შეგიძლიათ ურჩიოთ ბიოგრაფიული წიგნები ან ფილმები გამოიყენოს იდეებისთვის. შეგიძლიათ მისცეთ საკითხავი, სადაც განხილულია მსგავსი საკითხები (მაგ., *Feeling*

Good - ის [Burns, 1999] ბოლო თავები ან *Reinventing Your Life* [Young & Klosko, 1994]. შეგიძლიათ მოიყვანოთ მაგალითები იგავებიდან (ეზოპოს იგავები) ან კლასიკოსი მწერლების ნაწარმოებებიდან, საკუთარი სამუშაო გამოცდილებიდან. თუ თქვენთვის მისაღები იქნება, შეგიძლიათ საკუთარ თავზეც ისაუბროთ და განიხილოთ, თქვენ რა ცვლილებები მოახდინეთ ცხოვრების გზაზე (გახსოვდეთ, რომ საკუთარი თავი იდეალურად არ წარმოაჩინოთ). ზოგჯერ შეგიძლიათ კონკრეტული რჩევებიც მისცეთ კლიენტს, მაგრამ დარწმუნდით, რომ პატივს სცემთ კლიენტის იმ გადაწყვეტილებას, რასაც თავად აირჩევს. კლიენტმა შეიძლება ქრისტოფერ რივისის (Christopher Reeve) ბიოგრაფია წაიკითხოთ, ადამიანის, რომელმაც მიუხედავად მისი ცხოვრებისეული გამოწვევებისა, საოცარი საქმეები გააკეთა, ან მარკ ტუქსბურის (Mark Tewksbury) ბიოგრაფია, რომელმაც საბოლოოდ გადალახა სირცხვილი და სტიგმა, რათა ყოფილიყო მართალი თავის ნამდვილ „მე“-სთან.

### **სოციალური მხარდაჭერისა და კონსენსუსის მოთხოვნა**

„ახალი მე“-ს წარმოდგენასთან ერთად, თქვენ შეგიძლიათ უბიძგოთ კლიენტებს მათ სოციალურ სფეროში მყოფი სხვა ადამიანებისგან აიღონ იდეები და რეაქციები დაგეგმილი ცვლილებებისთვის. ამ სავარჯიშოში შეგიძლიათ დაეხმაროთ კლიენტებს, დაგეგმონ ის, თუ რისი ჩვენება სურთ სხვებისთვის და რა ტიპის რეაქციების მიღებას ელიან მათგან. ასეთი უკუკავშირი თქვენ და თქვენს კლიენტებს დაგეგმარებათ გამოიცნოთ, რა ტიპის სოციალურ რეაქციებს წააწყდებიან ისინი მომავალში, თუ თავად დაიწყებენ გადაწყვეტილებების მიღებას. მაგალითად, კლიენტი, რომელიც აღმოაჩენს, რომ მისი გეგმები - შეიტანოს მოკრძალებული ცვლილებები ცხოვრებაში არა მხოლოდ მოწონებულია, არამედ მიღებულიცაა მეგობრებისა და ოჯახისგან, ის მეტად ეცდება შეცვალოს საკუთარი ცხოვრება. ამ თემაზე სხვებთან დისკუსია ეხმარება, ნებისმიერი მოსალოდნელი ცვლილებებისთვის მომზადებაში. დარწმუნდით, რომ კლიენტები მოიძიებენ სოციალურ მხარდაჭერას ან ინფორმაციას იმ ადამიანებისგან, ვისაც ენდობიან, ან ვისთანაც სურვილი აქვთ, რომ ამ იდეებზე ისაუბრონ. არ იქნება გამოსადეგი ან სასარგებლო, თუ კლიენტი მისთვის არასაჭირო და არა ღირებული ადამიანებისგან მიიღებს ამა თუ იმ რეაქციას.

### **ძველი და ახალი სქემების უპირატესობებისა და ნაკლების (დროებითი და ხანგრძლივი) განხილვა**

ახალი სქემის მიღებისთვის ერთ-ერთ კლასიკურ და ფორმალურ გზას მისი სხვადასხვა კუთხით გამოცდა, მის პოტენციურ სარგებლიანობასა და შედეგებზე მსჯელობა გახლავთ. ამისთვის ხშირად ძველი და ახალი სქემების უპირატესობებსა და ნაკლებზე საუბარია საჭირო. იმ დროისთვის, როდესაც თქვენი კლიენტი უკვე მზად არის იფიქროს ახალი სქემის მიღებაზე, სავარაუდოდ, უკვე დანახული აქვს ძველი სქემის ნეგატიური

მხარე და მის ალტერნატივას იდეალურად აღიქვამს. გირჩევთ, რომ ასეთ დროს შეჩერდეთ და ძველი და ახალი სქემის ყველა ასპექტის გამოკვლევა უფრო სრულად, დეტალურად მოახდინოთ. კოგნიტურ-ბიპევიორული მიდგომის მიხედვით, სქემები ძველ გამოცდილებებზე დაყრდნობით ვითარდება და ადამიანებს თავიანთი სამყაროს შეცნობაში ეხმარება. ამიტომ, ყველაზე დეფორმირებული და აშკარად დისფუნქციური სქემაც კი, სავარაუდოდ, “აზრის მატარებელი” ან როგორღაც ადაპტური იყო მისი წარმოშობისა და ჩამოყალიბების პერიოდში. ასევე გახსოვდეთ, რომ კლიენტებს კარგად გამოსდით ნეგატიურ რწმენებთან დაკავშირებული “უპირატესობების” წარმოდგენა. მაგალითად, კლიენტი, რომელსაც სჭერა, რომ ის არ არის მიმზიდველი, არ სჭირდება, რომ ჰქონდეს სერიოზული ურთიერთობა და ამით გულის ტკენის საფრთხე შეუქმნას თავს. კლიენტი, რომელიც ფიქრობს, რომ ის “არასრულყოფილია”, მისთვის განმეორებითი უარყოფა სერიოზული „რისკია“. პერფექციონისტმა შეიძლება გაიგოს, რატომ არის ის მუდამ ფრუსტრირებული სხვებით და რატომ უცრუებენ მას ისინი იმედებს. მეორე მხრივ, ყველაზე მიმზიდველი ალტერნატიული რწმენაც კი გარკვეულ „რისკებთან“ არის დაკავშირებული. კლიენტმა, რომელიც ფიქრობს, რომ არ არის მიმზიდველი, უნდა გარისკოს გულის ტკენა ურთიერთობებში, როდესაც იწყებს ამ რწმენაზე მუშაობას. „არასრულყოფილია“ კლიენტმა უნდა ისწავლოს, რომ მასაც აქვს გარკვეული პოზიტიური მახასიათებლები, და რომ მანაც უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა სოციალური კავშირების თავისი წილი წარმატებისთვის (ან წარუმატებლობისთვის). პერფექციონიზმის გადალახვის ერთ-ერთ საშუალებაა ადამიანმა ისწავლოს საკუთარ თავში და სხვებში არასრულყოფილების ატანა. ცხადია, ცვლილებები სტრესული და რთულია კლიენტებისთვის. თუმცა, შეგიძლიათ კლიენტებს მიუთითოთ, რომ ნებისმიერი პოზიტიური ცვლილება რისკზე წასვლას გულისხმობს.

ჩვენ, ასევე ვაცნობიერებთ, რომ ძველი და ახალი სქემების გარკვეულ უპირატესობებსა და ნაკლს განსხვავებული დროითი ჩარჩოები აქვთ. ამგვარად, ძველი სქემების “უპირატესობები”, სავარაუდოდ, უფრო შორეულ წარსულში ჩამოყალიბდა, თუმცა ნეგატიური შედეგები უმეტესად უახლოეს წარსულში ან აწმყოში აქვთ. ამის საპირისპიროდ, ახალ, ადაპტურ სქემებს უფრო ხანმოკლე არახელსაყრელი პირობები აქვთ, მაგრამ მეთა ალბათობა იმისა, რომ მომავალში დადებითი შედეგი მოგვცეს. 8.2 ცხრილი ასეთი ტიპის ანალიზის მაგალითია, როდესაც ჰიპოთეტურ შემთხვევაში კლიენტს აქვს დისფუნქციური სქემა, რომ ის არასრულყოფილია. გახსოვდეთ, რომ ასეთი ტიპის ანალიზს გარკვეული დრო სჭირდება. შესაბამისად, თერაპევტს და კლიენტს რეფლექსიის, ლოგიკური ანალიზისა და ქცევითი ექსპერიმენტების კომბინაციის გამოყენებით, ერთად შეუძლიათ იმუშაონ ამ საკითხზე.

## **დროის პროექცია**

ბაზისური რწმენების შესაცვლელად კიდევ ერთი სტრატეგიაა კლიენტს უბიძგოთ დაუშვას, რომ მისი ახალი სქემა უკვე ჩამოყალიბდა და



მოახდინოს საკუთარი თავის დროში წინ, მომავალში პროექცია. კლიენტმა საკუთარი პიროვნება ისეთად უნდა წარმოიდგინოს, როგორც მას უნდა რომ იყოს. ამ ტექნიკის განხორციელებისთვის შესაძლოა ახალი პირადი სცენარების დაწერა, რასაც შეიძლება ნარატიული დოკუმენტების სახე ჰქონდეს. ეს ნარატივი ან მოკლე მოთხრობის, ნოველის მსგავსია ან პირიქით, ჩამოწერილია სასურველი ქცევების სია. მნიშვნელოვანია გაიაზროთ, რომ ეს არ გავს უბრალო მტკიცებულებებს, როგორცაა “ყოველ დღე ყველა მხრივ უკეთესი და უკეთესი ვხდები.” ჩანაწერი აუცილებლად მიზანზე ორიენტირებულ ცვლილებას ახსენებს კლიენტს, რომელსაც წარმატების მიღწევის კონკრეტული და სპეციფიკური კრიტერიუმები აქვს. მაგალითად, კლიენტს, რომელსაც საკუთარი თვით-გამოხატვის შეცვლა სურს, რათა სხვების თვალში უფრო თბილი და სალმიანი გამოჩნდეს, შეუძლია კარადის სარკვეზე მიმანიშნებელი ბარათი მოათავსოს - “ჩაიცვი ისე, როგორც გინდა რომ თავს გრძნობდე.”

დროის პროექციის შედარებით უფრო უსიამოვნო, მაგრამ ეფექტური სავარჯიშოა, როდესაც კლიენტები საკუთარ თავს სიცოცხლის ბოლო წუთებში წარმოიდგენენ და ისაუბრებენ ისე, როგორ სურთ, რომ სხვებს დაამახსოვრდეთ. ასეთი ტიპის პროექციისთვის შეიძლება კლიენტმა მემუარები, გასვენებაში გამოსამშვიდობებელი წერილი ან პერსონალური ეპიტაფია დაწეროს. ამ მეთოდის გამოყენებისას აუცილებელია გარკვეული სიფრთხილის გამოჩენა. დარწმუნდით, რომ თქვენი კლიენტი მიდრეკილი არ არის უიმედობის და/ან თვითმკვლელობისკენ. ეს სავარჯიშო სხვებს ეხმარება ყურადღება გაამახვილონ იმაზე, რაც მათთვის მნიშვნელოვანია, რასაც შემდეგ, ცხოვრებაშივე ახერხებენ და სქემების ცვლილებამდეც მიდიან.

**ცხრილი 8.2. ძველი და ახალი სქემების შედარება**

შესაფასებელი სფეროები	ძველი სქემა: “მე “ არასრულყოფილი” ვარ „მე დაბადებიდანვე არასრულყოფილი ვარ“	ახალი სქემა: “მთლიანობაში მე კარგად ვარ და ვაკეთებ ჩემს მაქსიმუმს.”
უპირატესობა ხანმოკლე	“მე არ მჭირდება რომ მქონდეს ბევრის მოლოდინი.” “მე არ მჭირდება უფრო მეტად ვეცადო.”	“ შემიძლია ცხოვრებაში უფრო მეტ პოზიტიურ შედეგებს მოველოდე.” “შემიძლია სხვებისგან უფრო მეტს ველოდე. ეს რწმენა საშუალებას მაძლევს გავიზარდო და განვვითარდე.”

ხანგრძლივი	“ეს ხსნის იმას, თუ რატომ მცემდა მამაჩემი ბავშვობაში.”	“შანსი -- ვიყო ბედნიერი.” “ახალი ურთიერთობებისა და პირადი სიახლოვის შანსი.” “შანსი -- ვიმუშაო იმ მიზნის მისაღწევად, რისიც მჭერა.”
უარყოფითი მხარე ხანმოკლე	“მწირი პიროვნული და კარიერული წარმატება.”	“ეჭვის ქვეშ ვაყენებ საკუთარ ნამდვილ ღირებულებებს.” “ზოგიერთმა ადამიანმა შეიძლება არ იცოდეს რა რეაქცია უნდა ჰქონდეს ჩემზე.” “რთული სამუშაო მეყენება გასავლელი, რომ ჩემი ნეგატიური რწმენა შევცვალო.”
ხანგრძლივი	“დაბალი თვით-შეფასება.” “დეპრესია.” “სოციალური ურთიერთობების სიმცირე.” “ბევრი მართოდ გატარებული ღამე.” “რისკზე წასვლის შიში.”	“ჩემთვის აუცილებელია რისკზე წასვლა, რომ გავიზარდო, და არსებობს დიდი ალბათობა იმისა, რომ ხშირად მარცხით დასრულდეს ეს.”

## მიმღებლობაზე დაფუძნებული ინტერვენცია

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ზოგადად ცვლილებებზეა ორიენტირებული. აქამდე განხილული თერაპიული ტექნიკები მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ან ლოგიკურ ანალიზთან დაკავშირებულ ცვლილებებს იწვევს. ზოგ კლიენტს შეიძლება სჭეროდეს, რომ ამ ცვლილების მოხდენა შეუძლებელია ან პირიქით, მათთვის სრულიად სასურველი იყოს ცვლილება. ზოგჯერ კი კლიენტი თერაპიის დროს ხვდება, რომ გარკვეული პოზიტიური ცვლილებები უკვე შეინიშნება მის ცხოვრებაში, მთლიანობაში უკეთ გრძნობს თავს და თერაპიისგან შესვენებას ირჩევს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი უნარია, შეძლოს განასხვავოს, როდის არის ცვლილება შესაძლებელი და კლიენტს ამ მიმართულებით გზის გაგრძელებისკენ უბიძგოს. ასევე მისი ამოცანაა განსაზღვროს როდის უფრო უკეთესია კლიენტის გაცნობიერების და მიმღებლობის პოზიციებზე გადასვლა და ეს იყოს თერაპიის საბოლოო მიზანი.

ის, რაზეც ახლა ვიმსჯელებთ, არ გულისხმობს სქემის შეცვლაზე აბსოლუტურად თავის დანებებას. პირიქით, ჩვენ განვიხილავთ გაცნობიერებულ და ერთობლივ გადაწყვეტილებას, რომ დროის მოცემულ მომენტში არ ვიმუშაოთ სქემის შეცვლაზე. ეს არჩევანი, საბოლოოდ კლიენტმა უნდა

მიიღოს და თქვენ გევალებათ, მას საუკეთესო გადანაცვტილების მიღებაში დაეხმაროთ. თუ კლიენტი გადანაცვტს, მკურნალობა მნიშვნელოვანი სქემის შეცვლის გარეშე დაასრულოს, შეგიძლიათ რამდენიმე სტრატეგია გამოიყენოთ:

1. დაეხმარეთ კლიენტს, გაიაზროს და მიიღოს ანმყოში მიღებული გადანაცვტილების სისწორე. ასეთი დამოკიდებულება ეხმარება მას, რომ მომავალში კვლავ გადახედოს თავის გადანაცვტილებას, გააცნობიეროს, რომ შესაძლოა ეს შეიცვალოს, და მიხედვს, რომ მას კვლავ შეუძლია თერაპიას დაუბრუნდეს ამ გადანაცვტილების კიდევ ერთხელ განსახილველად.
2. განიხილეთ მისი გადანაცვტილების პოტენციური შედეგი, განსაკუთრებით რელაფსის რისკთან მიმართებაში (იხ. მე-9 თავი). შესაძლოა სქემის შეცვლის თერაპიაში ჩაურთველობამ თეორიულად გაზარდოს რელაფსის საფრთხე, თუმცა მწირია ამ წინასწარმეტყველების მხარდასაჭერი მტკიცებულებები.
3. წამოიწყეთ ისეთი ინტერვენციები, რომლებიც მდგრადს ხდის კლიენტს რელაფსის მიმართ, სქემის შეცვლის არარსებობის დროსაც კი. ასეთი ინტერვენციებია:
  - ა. დაისწავლონ, თუ როგორ იწინასწარმეტყველონ, იცნონ და გაუმკლავდნენ იმ სტრესს, რომელიც შეუცვლელი სქემებიდან მომდინარეობს. მაგალითად, “ტანჯულის/წამებულის კომპლექსის” მქონე ადამიანმა შეიძლება დაისწავლოს, როგორ გააცნობიეროს ტანჯულის ფიქრები თუ ქცევები და ელოდოს ამ პატერნთან დაკავშირებულ ნეგატიურ შედეგებს. ზოგჯერ პატერნის წინასწარმეტყველებამ და სახელდებამ შეიძლება დისტრესი შეამციროს, მიუხედავად იმისა, შეცვლილია თუ არა პატერნი. დროთა განმავლობაში, გაცნობიერებასთან ერთად, სქემა თანდათანობით, მკურნალობის გარეშე იცვლება.
  - ბ. სქემასთან დაკავშირებული სტრესის საკომპენსაციოდ სხვა კომპეტენციების განვითარება შეძლონ. მაგალითად, პერფექციონისტს, რომელსაც ძალიან მაღალი სტანდარტები აქვს და საკუთარი თავისთვის მრავალ პიროვნულ დისტრესს იქმნის, შეუძლია უფრო მეტად განავითაროს სოციალური უნარები და გაზარდოს აქტივობები, რათა პერფექციონიზმთან დაკავშირებული დისტრესი შეამციროს.
  - გ. განავითარონ კომპენსატორული სტრატეგიები. იანგი და კოლეგები (2003) ვრცლად წერენ სქემის კომპენსაციის შესახებ და ნიმუშად ნეგატიური სტრატეგიები მოჰყავთ. მაგალითად, სქემასთან დაკავშირებული თემებისთვის თავის არიდების უმეტეს ფორმას ავტორები არაადაპტურად მიიჩნევენ, და ასეც არის, რადგან ასე სქემის შენარჩუნება ხდება. თუმცა, თუ მიზანი სქემებთან ერთად ცხოვრება და შეგუების სწავლებაა და არა მათი შეცვლა, მაშინ

თავის არიდება ადაპტაციურ ფუნქციას ემსახურება. მაგალითად, მამაკაცმა, რომელიც სირცხვილისა და „ნაკლის“ გამო ისევ ფსიქოლოგიურად მოძალადე ქალებისკენ ისწრაფის, შეიძლება მიზანმიმართულად გადაწყვიტოს, რომ თავი აარიდოს ასეთი ტიპის ქალებთან ურთიერთობებს. სქემის თავიდან არიდება სავარაუდოდ არ შეცვლის სქემას, თუმცა მინიმუმამდე იქნება დაყვანილი სქემასთან დაკავშირებული ნეგატიური გამოცდილებები.

- დ. თუ სრულად მოხდება სქემის პატერნების ახსნა და გაანალიზება, მაშინ ნათელი გახდება თუ რა არის ამ სქემის ამდგომელი სტიმულები ან ტრიგერები. ამ ცოდნის მეშვეობით კლიენტს შეუძლია შეამციროს ტრიგერებთან ექსპოზიცია. მაგალითად, თუ წარსულში კლიენტი მუდმივად უპირისპირდებოდა პარტნიორს, როცა ის ბევრს სვამდა და შედეგად ასეთი ქცევის პატერნს ის ძალადობასა და თვით-გვემამდე მიჰყავდა, ახლა ამის მაგივრად მას შეუძლია პარტნიორს განერიდოს, როდესაც ის სვამს. ასეთი განრიდება ამცირებს „აფეთქების“ და თვითგვემის ნეგატიური პატერნის გამოვლენის ალბათობას.
- ე. დინამიკის სანახავად მომდევნო სესია დაგეგმეთ. მიუხედავად იმისა, რომ კლიენტი თავდაპირველად შეიძლება სქემის შეცვლის აუცილებლობას ვერ ხედავდეს, მას შემდეგ რაც პირველად შეამჩნევს პატერნს, ასეთი რამის გაკეთება შეიძლება რამდენიმე თვის შემდეგ მოუნდეს. თუ ვივარაუდებთ, რომ თქვენი სერვისის ასეთი გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობას იძლევა, კარგი იქნება საკონტროლო შეხვედრა ექვსი თვის შემდეგ დანიშნოთ, და კლიენტს მიანიშნოთ, რომ ხელმისაწვდომი ხართ მისთვის თუ ის მზად არის თერაპიის შემდეგ საფეხურზე გადასასვლელად.
- ვ. მონაწილეობა მიიღეთ მიმღებლობის(acceptance) ინტერვენციაში. ბოლო პერიოდში კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში ნეგატიური გამოცდილების, როგორც ადამიანის ცხოვრების თანმდევი, ჩვეული ნაწილის მიმღებლობის მნიშვნელობაზე ხდება ხაზგასმის (Hayes და სხვ., 2004). მიმღებლობაზე მუშაობისას, მიზანი დისტრესის შეცვლა ან შემცირება კი არა, მისი გაცნობიერებაა - ნებისმიერი ცხოვრებისეული გამოცდილების სიღრმის და ბუნების გაცნობიერება და მისი მიღება, როგორც ნორმალურის, უფრო მეტიც, როგორც ნეგატიურ სიტუაციაზე ჭანსალი რეაქციის. ასეთი დამოკიდებულება განსაკუთრებით რელევანტურია, როდესაც კლიენტები ქრონიკულ ან დარჩენილ სიმპტომებს ებრძვიან, რადგან ალბათ არარეალურია აბსოლუტური ცვლილების მოლოდინი. გაცნობიერება და მიმღებლობა არ არის იგივე, რაც ტოლერანტობა და მისი მიღწევა არ არის მარტივი. სამკურნალო პროგრამები, რომლებიც მიმღებლობის ხელშეწყობისთვის შეიქმნა (Hayes და სხვ., 2004; Segal და სხვ.,

2002) მკურნალობის ცალკეული, ავტონომიური ტექნიკის სახით არიან წარმოდგენილნი.

პარადოქსულია, მაგრამ გაცნობიერებული მიმღებლობა და თვითონ მიმღებლობა თავისთავად ცვლილების შემადგენელი ნაწილია, რაც კლიენტისგან საკუთარი გამოცდილების და სხვადასხვა სიტუაციებისადმი მიდგომის რეფლექსიას, ანუ მეტაკოგნიციას მოითხოვს (Wells, 2002). გამოცდილების შესახებ მეტაკოგნიცია შეიძლება იყოს ნეგატიური, ამიტომ, ასეთ დროს, როგორც წესი, კლიენტი ნეგატიურ გამოცდილებას უარყოფითად აფასებს და შესაბამისად, ასეთი გამოცდილების აღმოფხვრას ან მისგან თავის არიდებას ცდილობს. მიმღებლობა კი ნეიტრალურ პოზიციას გულისხმობს ნეგატიური გამოცდილების მიმართ, როდესაც კლიენტი აცნობიერებს გამოცდილებას და იღებს გადაწყვეტილებას, არ შეენიღამდგოს ან ებრძოლოს მას. შესაბამისად, უნდა მოხდეს პერსპექტივის შეცვლა. პერსპექტივის შეცვლის მისაღწევად გამოიყენება სენსორული გამოცდილების გაცნობიერება, მედიტაცია, სხეულის შეცნობის მეთოდები, იოგის მეთოდები და კონტროლის “გაშვების” ტექნიკებზე საუბარი (Hayes და სხვ., 2004; Kabat-Zinn, 1994; Segal და სხვ., 2002).

### ანა ს.-ს შემთხვევა, გაგრძელება

ანა ს.-მ თერაპიის მეცხრე სესია დედამისის გაუარესებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო გააუქმა. სატელეფონო საუბრისას ანამ თერაპევტს შეატყობინა, რომ დედამისი ჰოსპისში გადაჰყავდათ და სავარაუდოდ სიცოცხლის რამდენიმე კვირალა ჰქონდა დარჩენილი. ასეთ ნაბიჯს წინააღმდეგობაში მოჰყავდა ანა. მიუხედავად იმისა, რომ ჰოსპისში ყოფნისას დედას უკეთესადაც მოუკლიდნენ და უფრო თანმიმდევრულად იზრუნებდნენ მასზე, ის თავს დამნაშავედ გრძობდა, რომ თავად ვერ იზრუნებდა დედაზე.

შემდეგ სესიაზე ანა საკმაოდ აღელვებული იყო ძირითადად დედის ჯანმრთელობის გამო. მისი ქალიშვილიც ბოლო პერიოდში რთულ ქცევებს ავლენდა, ხოლო მეუღლე კვლავ ხანგრძლივი დროით მუშაობდა, რაც ასევე აძლიერებდა მის სტრესს. საბედნიეროდ, ანამ გააცნობიერა საკუთარი აზრების როლი პიროვნული დისტრესის გაძლიერებაში და შეძლო ზოგიერთი ნეგატიური ფიქრის იდენტიფიცირება და მათი გამონწვევა. მან ასევე საკუთარ თავზე ზრუნვის რუტინაში ყოველდღიური გასეირნება და ფორმალური ლანჩის შესვენებები შეიტანა, რაც მისივე თქმით, მას ამშვიდებდა და საკუთარ მნიშვნელოვნებას აგრძობინებდა. ანა უფრო მეტად იაზრებდა, თუ როგორ მოირგო ეგრეთწოდებული “მონამის” როლი და ხვდებოდა, რამდენად მავნებელი იყო ეს მისთვის და მისი გარემოსთვის. ანას გარშემო მყოფი ადამიანები არც ისეთი კომპეტენტურები იყვნენ, როგორებიც უნდა ყოფილიყვნენ, რადგან მათ საქმეს თავად ანა აკეთებდა ყოველთვის. ანამ



ბაგალიბად ბოიყვანა ბემბხევა, როდესაც საკუბარი ქალიბვილის საბინაო დავალება ერთ ღამეს ბავად ბეასრულა - გოგონა ცუდი საქციელის გამო დასაბინებლად ადრე გაუბვეს, ბუმცა, ამავე დროს გასაკვებელი დარბა სკოლის დავალება ბემდეგი დღისბვის.

ბომდევნო ბრი სესიის დროს, ანა ინარბუნებდა გაუმბობესებულ გუნება-განწყობილებას და დაბლევის გბებს. ასევე, აღბოაბინა, რომ დედის ჰოსპისბი ყოფნა სინამდვილები ბას აბლევდა მეტ დროს, რათა ეკვებინა ის, რასაც ადრე ვერ ახერხებდა. მე-11 სესიაზე ანამ ბერაბევტს ამცნო, რომ სურდა ბესვენება აედო ბერაბიბდან, უმებესად დედის ბოსალოდნელი სიკვდილის გამო და განუცხადა, რომ დრო სბირდებოდა საბბახო საქმებისბვის. ბერაბევტბა ბის ბხოვნას მბარი დაუბირა და აღნიბნა, რომ ბოგბერ ბერაბიბდან ბესვენების აღება ბავისბავად საკუბარ ბავზე ბრუნვის ნიბანიცაა. ისინი ბეთანხბდნენ კიდევ ბრ ბესვედრაბე. დაგეგმეს, რომ განიბილავდნენ, ბუ რა ისნავლა ანამ ბერაბიის მსვლელბობისას და ბეიმუბავებდნენ გეგმას, პობენციური რელაფსის ბავიბდან აცილებისბვის.

## თავი 9

# მკურნალობის დასრულება და რელაფსის პრევენცია

ყველა თერაპიას აქვს დასასრული, რომელიც დგება მაშინ, როცა თერაპიული მიზნები მიღწეულია და შედეგად, კლიენტის მდგომარეობაც გაუმჯობესებულია. წარმატებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საბოლოო ეტაპს რელაფსის პრევენცია წარმოადგენს, თუმცა, ის ვერ განხორციელდება, თუკი სიმპტომების ნაწილობრივ რემისიას მაინც არ მივალწევთ. რა შეიძლება ითქვას კლიენტზე, რომელიც ვერ გამოჯანმრთელდა? როგორ უნდა მოვიქცეთ, თუკი კლიენტმა მიატოვა მკურნალობა ან აღმოჩნდა, რომ მიღწეული გაუმჯობესება არამდგრადია? როგორ მოვიქცეთ, თუკი თქვენს კლიენტს დაზღვევამ მხოლოდ რვა სესია დაუფინანსა ან დაწესებულებაში მკაცრად არის შეზღუდული მკურნალობის ხანგრძლივობა? გაუმჯობესება ვარიანტებს შემთხვევების მიხედვით და რთულია შედეგების წინასწარ განსაზღვრა. წინამდებარე თავში, ჩვენ განვიხილავთ მკურნალობის დასრულების კლინიკურ რეალობას, მათ შორის რელაფსის პრევენციის სტრატეგიებს.

იდეალურ სამყაროში, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას „განკურნება“ მოყვება, ხოლო კლიენტები განაგრძობენ თერაპიის დროს ნასწავლი მეთოდების გამოყენებას შემდგომი მკურნალობის საჭიროების გარეშე. ჩვენ ხშირად ვუბნებით კლიენტებს, რომ თერაპევტების მიზანს წარმოადგენს კლიენტებისთვის საკუთარი თავის თერაპევტობის სწავლება. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, ჩვენ კლიენტებს ვასწავლით მეთოდოლოგიას და „აზროვნების სტილს“, რათა თერაპიის დასრულების შემდეგ მათ თავად შეძლონ ამ მეთოდების გამოყენება. ლიტერატურის კითხვისას, შეიძლება შეგექმნათ შთაბეჭდილება, რომ მკურნალობის დასრულება და რელაფსის პრევენცია მარტივი და მშვიდი პროცესია. წიგნებში აღწერილი შემთხვევებისა და მაგალითების უმრავლესობაში, კლიენტი განიკურნება. მიუხედავად გამოწვევებისა, საბოლოოდ მაინც იმარჯვებს თერაპევტი და თერაპია.

კლინიკურ რეალობაში, კლიენტები ხშირად ავლენენ რთულ და კომპლექსურ პრობლემებს, რომელიც შეიძლება გამოსწორდეს, მაგრამ არ აღმოიფხვრას დროის მოკლე მონაკვეთში. კლინიკური პრაქტიკის მქონე კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები აღნიშნავენ, რომ ისინი ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში მუშაობენ კლიენტებთან ან ატარებენ „პერიოდულ“ თერაპიას, რაც გულისხმობს კლიენტის ახალ პრობლემებზე მუშაობას. ასეთი კლიენტები შეიძლება თავდაპირველად მოვიდნენ ერთი პრობლემით, თუმცა რამდენიმე თვის ან წლის შემდეგ ისინი ბრუნდებიან მსგავსი ან განსხვავებული პრობლემებით. თერაპევტები, რომლებიც კლიენტებს ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ხვდებიან, ზოგჯერ თავს გრძობენ დამნაშავედ. მათ აქვთ გრძობა, რომ სათანადოდ ვერ ასრულებენ სამუშაოს, რადგან მათი კლიენტები ვერ აღწევენ გაუმჯობესებას ისე სწრაფად, როგორც ეს წინგებშია აღწერილი. გარდა ამისა, თერაპიული ალიანსისა და კარგი თანამშრომლობითი ურთიერთობების ჩამოყალიბებისათვის განეული შრომის შემდეგ, თქვენც და თქვენს კლიენტსაც, შესაძლოა, გაგიჭირდეთ ერთმანეთთან დამშვიდობება. კლინიკურ დანესებულებებში, თერაპევტებსა და კლიენტებს ხშირად უჭირთ თერაპიული კურსის დასრულება. კლიენტებს ხშირად აქვთ დარჩენილი სიმპტომები ან პრობლემები და ზოგ შემთხვევაში მკურნალობის დასრულება ისე მოულოდნელად ხდება, რომ აღარ რჩება რელაქსის პრევენციაზე მუშაობის საშუალება.

ამ თავის პირველი ნაწილი ეხება თერაპიის დასრულების სხვადასხვა საკითხებსა და ცნებებს, როგორც წარმატებულ, ისევე, როგორც ნაკლებად წარმატებულ შემთხვევებს, მეორე ნაწილში განვიხილავთ კითხვებს, რომელიც მკურნალობის დასრულებისას ჩნდება. ჩვენ შემოგთავაზებთ პრაქტიკულ რჩევებს ამ კითხვებთან დაკავშირებით. და ბოლოს, ჩვენ განვიხილავთ რელაქსის პრევენციასთან დაკავშირებულ ცნებებსა და საქმიანობას.

## **თერაპიის დასრულებასთან დაკავშირებული ცნებები და სისტემური ფაქტორები**

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ ლიტერატურას ახასიათებს ოპტიმიზმის ტენდენცია, ხოლო ლიტერატურა, სადაც შედეგებია აღწერილი, განამტკიცებს ამ პოზიტიურ დამოკიდებულებას. მიუხედავად ამისა, მნიშვნელოვანია კლინიციისტებს ახსოვდეთ, რომ ყველა კლიენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება პოზიტიური შედეგების მქონე კლინიკურ კვლევებშიც კი, ზოგჯერ გაუმჯობესებას აქვს ადგილი, მაგრამ ის არ არის დამაკმაყოფილებელი ცხოვრებაში ეფექტური ფუნქციონირებისთვის. ზოგჯერ მართლდება ძველი მოსაზრება იმის შესახებ, რომ კლინიკური და სტატისტიკური მნიშვნელოვნება ერთი და იგივე არ არის, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კლინიკურად ძალიან მცირე გაუმჯობესებას შეიძლება

ასახავდეს. ბოლო პერიოდის რანდომულ კლინიკურ კვლევებში დაინყეს როგორც კონკრეტული ინტერვენციის შედეგების, ასევე რემისიის შეფასება (მაგ., Dimidjian და სხვ., 2006; Dobson და სხვ., 2008). რელაფსის შესახებ ლიტერატურაში (Bieling & Antony, 2003) აღწერილი დეფინიციები მოიცავს შემდეგს:

- **რემისია** - სიმპტომების სრული ან ნაწილობრივი გაუმჯობესება, იმდენად, რომ ის აღარ შეესაბამება დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს.
- **გამოჯანმრთელება** - რემისია, რომელიც გრძელდება წინასწარგანზრახულზე მეტხანს (მაგ., 6 თვე);
- **ჩავარდნა (lapse)** - სიმპტომების ან პრობლემური ქცევების ხანმოკლე, დროებითი ან მსუბუქი რეციდივი;
- **რელაფსი** - სიმპტომების ან პრობლემური ქცევების განმეორება რემისიის შემდგომ, იმდენად, რომ ისინი შეესაბამება დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს.
- **რეციდივი** - სიმპტომების ან პრობლემური ქცევების გამოვლენა გამოჯანმრთელების შემდეგ, რომელიც მოიცავს დიაგნოსტიკურად პრობლემის ახალი ეპიზოდის არსებობას.

ყველა ეს ტერმინი ეხება | ღერძს ან ეპიზოდურ პრობლემებსა და მდგომარეობას. ასევე, ისინი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ისეთი პრობლემებისთვის, როგორცაა დაბალი თვით-შეფასება, არასაკმარისად განვითარებული კომუნიკაციის უნარები, ქორწინებასთან დაკავშირებული დისტრესი; თუმცა, არ არსებობს რემისიის ან გამოჯანმრთელების შეფასების რაიმე სტანდარტიზებული მეთოდი არაკლინიკლინიკური ან სუბკლინიკური შემთხვევებისთვის. ასევე, კიდევ უფრო რთულია გაუმჯობესების გაზომვა მაშინ, როდესაც თერაპია მიმართულია დიდი ხნის განმავლობაში არსებული ქცევების, ინტერპერსონალური პატერნების ან ბაზისური სქემების ცვლილებაზე. შედეგად, რელაფსის პრევენციაზე მიმართული ინტერვენციები ძირითადად ეხება | ღერძის პრობლემებს ან იმ შემთხვევებს, როდესაც მკურნალობის მიზანს წარმოადგენს პრობლემის აღმოფხვრა და არა უნარების, ცოდნის ან პოზიტიური ფუნქციების გაუმჯობესება.

მაშინაც კი, თუკი | ღერძის სიმპტომები ქრება, ზოგიერთი კლიენტი ითხოვს თერაპიის გაგრძელებას სხვა ცხოვრებისეული სირთულეების გამო, რომელმაც მომავალში შესაძლოა ცხოვრებით უკმაყოფილება ან სიმპტომების წარმოშობა განაპირობოს. რა თქმა უნდა, ხანგრძლივად არსებულ პრობლემაზე მუშაობა გაცილებით უფრო ეფექტურია მაშინ, როდესაც კლიენტს არ აქვს მწვავე სიმპტომები და შესაბამისად, ნაკლები დისტრესი აღენიშნება. მაგ., კლიენტს შეიძლება ჰქონდეს დეპრესია, არასაკმარისი სოციალური მხარდაჭერა და სამსახურით უკმაყოფილება. კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ ინტერვენციებს, რომელიც რელაფსის პრევენციასაც გულისხმობს, შეუძლია შეამსუბუქოს როგორც

ეს სიმპტომები, ასევე კლიენტის შიში რელაფსისადმი. თუმცა, კლიენტი შეიძლება დარჩეს ისეთივე ცხოვრებისეულ სიტუაციაში, რომელიც პრობლემების წარმოშობის მიზეზს წარმოადგენს. ზოგიერთ კლიენტს სურს ამ პრობლემებზე მუშაობა, მას შემდეგ, რაც გადაჭრის პირველად პრობლემას. აღნიშნული საკითხი კიდევ ერთხელ ხაზს უსვამს სხვადასხვა ინტერვენციების დროში განსაზღვრას. გახსოვდეთ, რომ კლიენტების უმრავლესობა, დახმარებისათვის პრობლემის პიკურ სტადიაზე მოდის, ასე, რომ ხშირად მათი დისტრესი საკმაოდ მაღალია. დისტრესმა, თავისთავად, შეიძლება გაართულოს ძირითადი პრობლემების გადაჭრა, თუმცა პრობლემის გადაჭრა სავარაუდოდ მომავალში შეამცირებს დისტრესს.

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებზე გავლენას ახდენს არა მხოლოდ კვლევები და სფეროში არსებული ლიტერატურა, არამედ სხვა კონცეფციები, მოდელები და სისტემები, რომლის ფარგლებშიც ისინი მუშაობენ. გარდა კვლევითი ლიტერატურიდან გამომდინარე პოზიტიური რწმენებისა, არსებობს ზოგადი რწმენები და გავლენები, რომელიც მკურნალობის სხვა მოდელებიდან და ტრადიციული პრაქტიკიდან გამომდინარეობს. ასევე, ცვლილებასთან დაკავშირებით შეიძლება არსებობდეს ნეგატიური რწმენები, განსაკუთრებით კლინიკებსა და ინსტიტუციურ სისტემებში. მაგ., იმ დანესებულებებში, სადაც მიიმე და მდგრადი სიმპტომების მქონე კლიენტებს მკურნალობენ, აქცენტი შეიძლება კეთდებოდეს „დაავადების მართვაზე“ და არა „აშლილობის განკურნებაზე“. ბევრ დანესებულებაში, ტერმინი „ფსიქიკური აშლილობის“ ნაცვლად გამოიყენება ტერმინი „ფსიქიკური დაავადება“. ბიოლოგიური პროფილის მქონე დანესებულებებში, ზოგიერთი დარღვევა აღიქმება როგორც მუდმივი პრობლემა, რომლის მართვაც უნდა ხდებოდეს ადამიანის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. ასეთი რწმენები შეიძლება გავლენას ახდენდეს ზოგიერთ კლიენტზე, რომელთაც თქვენ ხვდებით, ამიტომ თქვენ შეიძლება დაგჭირდეთ ამ რწმენებზე მუშაობა. თუმცა, მნიშვნელოვანია, თქვენს კლიენტთან მკაფიოდ გქონდეთ გარკვეული, რომ შემთხვევათა უმრავლესობაში, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მიმართულია ხანგრძლივ ცვლილებაზე ხანმოკლე დროის განმავლობაში. ზოგადად, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებს რეკომენდაციას ვუწევთ, გამოიყენონ ტერმინები, რომელიც შესაბამისობაშია ისეთ ხედვასთან, როგორიცაა: „დარღვევა“, „სიმპტომი“ ან „პრობლემა“ და არა ისეთი ტერმინები, როგორიცაა „ავადმყოფობა“ ან „დაავადება“, რადგან ეს უკანასკნელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების უფრო ქრონიკულ და ბიოლოგიურ ბუნებაზე აკეთებს აქცენტს.

სხვადასხვა თეორიული განათლების მქონე თერაპევტები ხშირად იყენებენ ტერმინებს „დამოკიდებულება“ და „დასრულება“. ეს ტერმინები თავდაპირველად წარმოიშვა ფსიქოდინამიკურ თერაპიაში და ხშირად გამოიყენება სხვა სისტემებშიც. აღნიშნული ტერმინები ძალიან დიდ გავლენას ახდენენ როგორც თერაპიულ პრაქტიკაზე, ასევე იმაზე, თუ როგორ განიხილება კლიენტის პრობლემები. კლიენტის მხრიდან



თერაპევტზე ან თერაპიულ პროცესზე დამოკიდებულება ჩვეულებრივ განიხილება როგორც ნეგატიური და პათოლოგიური ასპექტი, რომელიც მეტყველებს კლიენტის უნარობაზე, თერაპიის გარეთ ჩამოაყალიბოს კარგი ურთიერთობები. რამდენადაც „დამოუკიდებლობა“ ძალიან ფასდება დასავლურ სამყაროში, ხშირად ის განიხილება, როგორც მიზანი, რომლისკენაც უნდა ისწრაფოდეს ადამიანი როგორც თერაპიაში, ასევე, ზოგადად, ცხოვრებაში. თუმცა, კლიენტები ზოგჯერ დაბეჭიტებით აგრძელებენ თერაპიას ხანგრძლივი დროით, რადგან ისინი სათანადოდ ვერ გამოტანდნენ თვითონ ან, ეჭვი ეპარებათ, რომ შეუძლიათ „იმის დამოუკიდებლად გაკეთება“. თერაპევტს ხშირად უჭირს იმის გარკვევა, თუ რა არის ძლიერი დამოკიდებულების მიზეზი - ინტერპერსონალური პრობლემები, მაღალი დისტრესი თუ რელაქსის შიში. არის შემთხვევები, როდესაც კლიენტები აკმაყოფილებენ დამოკიდებული პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს და სპეციფიკურ ინტერვენციასაც საჭიროებენ, თუმცა სხვა შემთხვევებში, სისტემაში არსებული, სხვაზე დამოკიდებულებასთან დაკავშირებული ნეგატიური კულტურული რწმენები ართულებს ამ საკითხის მართვას, როგორც კლიენტისთვის, ისე თერაპევტისთვის.

ზოგიერთი კლიენტის შემთხვევაში, თერაპევტზე ძლიერი დამოკიდებულება არასახარბიელო პროგნოზის მანიშნებელია. მაგ., კლიენტი შეიძლება არ უკავშირებდეს ცვლილებას საკუთარ ძალისხმევას და უჭირდეს ცვლილების განზოგადება არათერაპიულ გარემოში. შეიძლება კლიენტი კითხვას სვამდეს იმის შესახებ, თუ როგორ შეინარჩუნოს გაუმჯობესება მკურნალობის დასრულების შემდეგ. მიუხედავად იმისა, რომ რთულია იმის პროგნოზირება, ეწეება თუ არა კლიენტს პრობლემები თერაპიის დასრულების შემდეგ, არსებობს კონკრეტული ორიენტირები, რომლითაც უნდა იხელმძღვანელოთ თერაპიული გადანყვეტილების მიღებისას. „სხვაზე დამოკიდებულების“ იდენტიფიცირებისა და მართვის გზები კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, იხილეთ ცხრილში #9.1

### **ცხრილი №9.1. „სხვაზე დამოკიდებულების“ საკითხების იდენტიფიცირებისა და მართვის სტრატეგიები**

1. ნაახალისეთ კლიენტები, აიღონ პასუხისმგებლობა მკურნალობაზე. სტრატეგიები შეიძლება გულისხმობდეს იმას, რომ მათ თავად მიიღონ გადანყვეტილება საშინაო დავალების შესრულებაზე და ჩამოაყალიბონ რელაქსის პრევენციის საკუთარი გეგმა. დარწმუნდით, რომ ისინი თავად (და არა სხვები) იღებდნენ პასუხისმგებლობას მკურნალობაზე. მაგ., შეხვედრის დაგეგმვისა და სესიებზე მოსასვლელად, ზოგიერთი მოზარდი დამოკიდებულია მშობლებზე. მკურნალობის მსვლელობისას, შეწყვიტეთ ასეთი აქტივობები გრადუირებული, მზარდი ექსპოზიციის (graduated exposure) ან ქცევის მართვის პრინციპების (contingency management) გამოყენებით.

2. ბევრი კლიენტი იყენებს ექსტერნალურ ატრიბუციებს ცვლილების შესაფასებლად და მკურნალობის შედეგებს უკავშირებს თერაპევტის ძალისხმევას, მედიკამენტებს ან გარემოში მომხდარ ცვლილებებს. ხშირად მიუთითებენ და დაეხმარებენ კლიენტებს გააცნობიერონ ის, რომ ცვლილების მიღწევა მათ საკუთარი ძალისხმევით შეძლეს, თუნდაც გადაწყვეტილების მიღებით, რომ მიეღოთ მედიკამენტი და გაეძლოთ გვერდითი ეფექტებისთვის, თერაპიაზე სიარულით, საშინაო დავალების შესრულებით, და ხშირად მკურნალობის რთულ სამუშაოში ჩართულობით. გარდა ამისა, კლიენტებს დაეხმარება მკურნალობის პროცესში შესრულებული დავალებების სიის შექმნა, რომელიც ასევე მოიცავს მათ მიერ დამოუკიდებლად ჩამოყალიბებულ იდეებსა და სტრატეგიებს.
3. გაითვალისწინეთ, რომ ზოგიერთი კლიენტი ხშირად თერაპევტისაგან ელოდება განმტკიცების მიღებას. აღნიშნული ტენდენცია განსაკუთრებით ახასიათებთ იმ კლიენტებს, რომელთაც აკლიათ თვით-ეფექტურობა, არ არიან დარწმუნებულნი საკუთარ თავში ან შფოთავენ. შესაძლოა, სასარგებლო იყოს ამ ტენდენციის, როგორც პრობლემის, ოფიციალურად იდენტიფიცირება კლინიკური შემთხვევის ფორმულირებაში და მის შესუსტებაზე მუშაობა.
4. ზოგადად, რაც უფრო მეტად არის კლიენტი სხვაზე დამოკიდებული, მით უფრო მნიშვნელოვანია, რომ აიღოს პასუხისმგებლობა მკურნალობის პროცესზე. ასეთი კონტროლი შეიძლება გულისხმობდეს თერაპიული სესიების მეტ სტრუქტურირებას, საშინაო დავალების და რელაქსის პრევენციის გეგმის შემუშავებას. ასევე ის შეიძლება გულისხმობდეს იმის სწავლას, თუ როგორ არის შესაძლებელი კრიზისის ან პრობლემის მართვა თერაპევტის გარეშე. თუკი კლიენტები შეძლებენ თვითონ მართონ კრიზისი წარმატებით, მაშინ მათი თავდაჭერებულობა სავარაუდოდ გაიზრდება.
5. ინდივიდუალურ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან ერთად გამოიყენეთ დამატებითი რესურსები. იდეალურ სიტუაციაში, კლიენტები დამოკიდებულნი არიან სხვადასხვა რესურსებზე, მათ შორის ისეთ სერვისებზე, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემისგან დიფერენცირებულია. ეს რესურსები შეიძლება გულისხმობდეს პროფესიულ საქმიანობასთან ან დასაქმებასთან დაკავშირებულ კონსულტაციას, დასვენებისა და თავისუფალი დროის გატარების სერვისებს, კვებასთან ან მკურნალობის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებულ კონსულტაციებს, როგორცაა ჯგუფური და ოჯახის თერაპია. ამ პროცესის გზით, კლიენტები სწავლობენ, როგორ გახადონ მათთვის ხელმისაწვდომი არსებული სათემო რესურსები და შეამცირონ მათი დამოკიდებულება ფსიქოთერაპიაზე.
6. თანდათან, სესიების სიხშირის შემცირებით, ისევე როგორც სესიების ჩატარების ჩვეული ფორმის შეცვლით, „ჩამოაშორეთ“ კლიენტები თერაპიას. თუ კლიენტები ძალიან შფოთავენ რეგულარული

სესიების არქონის გამო, მოუწოდეთ მათ, ეს აღიქვან როგორც „დამოუკიდებლობის“ ექსპერიმენტი და დაგეგმეთ სესია ამ ექსპერიმენტის შედეგების განსახილველად. ამ პროცესს შეიძლება ხელი შეუწყოს მოკლე სატელეფონო ზარებმა ან ელექტრონულმა მიმონერამ. კლიენტები ხშირად უფრო კომფორტულად გრძნობენ თავს სესიების შემცირებასთან დაკავშირებით, თუკი მათ მიეწოდებათ ინფორმაცია შევითხვამე: „როგორ მოვიქცე თუ ...?“ ეს ინფორმაცია შეიძლება გულისხმობდეს სათემო კრიზისულ ცენტრებს, გადაუდებელი დახმარების კონტაქტებს ან კრიზისული ინტერვენციის გეგმას.

7. შეთანხმდით მკურნალობიდან მოკლე შესვენების აღებაზე, დაგეგმეთ შემდგომი მონიტორინგის სესია (follow-up session), რომლის თემატ იქნება კლიენტის რეაქციის შეფასება მკურნალობის ნაკლებობაზე. ურჩიეთ კლიენტს, არ ჩაერთოს მკურნალობის რაიმე სხვა ფორმაში, მაშინ როცა ის ასრულებს დამოუკიდებლობის ექსპერიმენტს.
8. მშვიდად მიიღეთ ის, რომ ვერ თანხმდებით. თუ თქვენ ფიქრობთ, რომ კარგი იქნებოდა მკურნალობის დასრულება, ხოლო თქვენი კლიენტი ამაში არ გეთანხმებათ, უთხარით მას ამის შესახებ. თუკი თქვენ გჯერათ, რომ შემდგომი მკურნალობა არ დაეხმარება მას და უფრო მეტიც, ხელს შეუწყობს სხვაზე დამოკიდებულების გაძლიერებას, გულახდილად გამოხატეთ თქვენი ნუხილი და დაეხმარეთ მას, რომ შეისვენოს. ზოგჯერ, შეიძლება საჭირო გახდეს კლიენტის გაგზავნა სათემო დახმარების ჯგუფში ან სხვა სახის სერვისის მისაღებად.

ერთ-ერთ ჩვენგანს (D. D.) ჰყავდა კლიენტი, სახელად დონი, რომელსაც აღენიშნებოდა ღრმა დეპრესიის სიმპტომები და ძალიან ეშინოდა, რომ ვერ გამოჯანმრთელდებოდა. სიმპტომების გამოვლენამდე იგი კომპეტენტური პროფესიონალი იყო, მაგრამ მკურნალობის დასაწყისში მას არ შეეძლო დამოუკიდებლად ფუნქციონირება, არც სახლში და არც სამსახურში. კლინიკაში დეპრესიის სამკურნალოდ შემოსვლის შემდეგ, იგი გაგზავნეს ამბულატორიული მკურნალობისათვის.

რეფერირების დოკუმენტში აღნიშნული იყო, რომ მას ჰქონდა სხვაზე დამოკიდებულების ტენდენცია. დონის სიმპტომები ძალიან ნელა რეაგირებდნენ მკურნალობაზე და მან გასამხნეველად დაიწყო ხშირად ისეთი კითხვების დასმა, როგორიცაა „როგორ ფიქრობთ, მე ოდესმე უკეთ გავხდები?“ ან „რა დამეხმარება მე თერაპიის გარეშე?“. სუიციდური აზრებისა და ინტენსიური დისტრესის გამო, თავდაპირველად კვირაში ორჯერ მოდიოდა სესიაზე. დონის ოჯახი ძალიან შეწუხებული იყო დონის მხრიდან თვითდაზიანების შესაძლო რისკისა და მკურნალობაზე ნელი რეაგირების გამო.

დონის მდგომარეობა ნელ-ნელა გაუმჯობესდა და მას კვირაში ერთხელ უტარდებოდა სესიები. მას ჰქონდა გაუარესების რამდენიმე შემთხვევა და ძალიან მგრძობიარე იყო ნებისმიერი აღქმული

სტრესის ან თერაპიული სესიების რეგულარობის დარღვევის საფრთხისადმი, მაგალითად, თერაპევტის შვებულება მისთვის საფრთხეს წარმოადგენდა. მისი თერაპია გაგრძელდა საშუალოზე მეტხანს (მაგ., 30 სესიაზე მეტი). დონს თითქოს ჩვეულებრივზე ნელა უყალიბდებოდა თვით-ეფექტურობა. თერაპევტს აინტერესებდა, თუ რა გავლენას მოახდენდა მკურნალობის დასრულება დონზე და აკმაყოფილებდა თუ არა დონი სხვაზე დამოკიდებულების პიროვნული აწლილობის კრიტერიუმებს. მას შემდეგ, რაც დონის სიმპტომები შესუსტდა, მისი პიროვნების სხვა მხარეები გამოიკვეთა. თანდათან მას დაუბრუნდა მდგომარეობის გაუმჯობესების რწმენა და პროგრესის შენარჩუნების უნარი. დონი იყო ჩართული, იუმორით სავსე და ჰქონდა ცხოვრებაში წინსვლის სურვილი. ის, რაც თავდაპირველად ჩანდა როგორც სხვაზე დამოკიდებულების სიმპტომი, ახლა გამოჩნდა როგორც მისი დისტრესისა და მონყვლადობის გრძნობის გამოვლინება.

**შენწყვეტა** (termination) ფსიქოდინამიკურ თერაპიაში მკურნალობის პროცესის ბოლო ეტაპს წარმოადგენს, რომელიც თერაპევტთან ტრანსფერის „ჩართვის“, „გაგებისა და მიმღებლობის“ გზის გავლის შემდეგ დგება (Ellman, 2008). თერაპიული ურთიერთობების წარმატებით შეწყვეტა თერაპიის დასრულების აუცილებელ ეტაპს წარმოადგენს. ეს კონცეფცია ზუსტად შეესაბამება კონსერვატივიზმ-ლიბერალიზმ თერაპიას, თუმცა ტერმინი ბევრ დანესებულებაში, თერაპიის სხვა სახეობებშიც გამოიყენება. მოცემულ სახელმძღვანელოში, ჩვენ არ ვიყენებთ ტერმინს „შენწყვეტა“ (cf. O’Donohue & Cucciare, 2008); ჩვენი აზრით, უფრო ზუსტი ტერმინია *თერაპიის „დასრულება“* (მიზნების მიღწევა ან პრობლემის გადაჭრა). იდეალურ შემთხვევაში, მკურნალობა მთავრდება მაშინ, როდესაც მიღწეულია თავდაპირველად ჩამოყალიბებული მიზნები. ასეთი დასასრული შეიძლება იყოს დროებითი, რადგან მომავალში შეიძლება სხვა პრობლემები ან სიმპტომები წარმოიშვას და კლიენტი დაბრუნდეს დახმარებისათვის. ჩვენი აზრით, „შენწყვეტა“ არ არის კარგი მიზანი თერაპიისათვის; თერაპიის მიზანს წარმოადგენს იმ პრობლემების გადაჭრა, რომლითაც კლიენტი მოვიდა სამკურნალოდ.

მკურნალობის დასასრულს, კლიენტებისათვის ხშირად სასარგებლოა შედეგების შენარჩუნებელი ან გამამხნეველი სესიების ჩატარება, რადგან მათი მიზანია სტრატეგიების გავარჯიშება თერაპევტისაგან მეტ-ნაკლებად დამოუკიდებლად. მაგ., შეიძლება კლიენტს შეხვდეთ კვირაში ერთხელ, ორ კვირაში ან თვეში ერთხელ, შეიძლება კვარტალურად ან წელიწადში ორჯერაც კი. ასეთი სახის ყურადღებას, რომელიც განამტკიცებს დამოუკიდებლობას თერაპიის პროცესისაგან მონყვეტის გარეშე, შეუძლია გარკვეული დროით გაახანგრძლივოს მკურნალობის პერიოდი. ზოგიერთ დანესებულებაში, ასეთი პრაქტიკისადმი ნეგატიური დამოკიდებულება არსებობს, რადგან შეიძლება ის აღიქმებოდეს, როგორც თერაპიაზე ან თერაპევტზე დამოკიდებულების წამახალისებელი. სხვა შემთხვევებში, შეუძლებელიც არის ასეთი მუშაობა, რადგან ზოგიერთი დანესებულება

აქტიურად ეწინააღმდეგება შემანარჩუნებელ თერაპიას, რადგან შეზღუდვას აწესებს მკურნალობის ხანგრძლივობაზე. კლიენტისათვის ხელმისაწვდომი დაზღვევა შეიძლება არ უზრუნველყოფდეს შენარჩუნების მკურნალობას. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ზოგჯერ, სხვადასხვა თეორიული განათლების მქონე სპეციალისტები, რომლებიც მულტიდისციპლინურ გუნდს ქმნიან, სკეპტიკურად აფასებენ კლიენტის თერაპევტზე დამოკიდებულების საკითხს. ამგვარი დამოკიდებულება გამოწვეულია იმით, რომ პრაქტიკოსებს არ აქვთ გააზრებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თეორიის სხვადასხვა ცნებები (იხ. თავი 12). ჩვენ გირჩევთ, იფიქროთ თქვენს საკუთარ მოსაზრებებზე „შენწყვეტასთან“ და მკურნალობის პროცესის დასრულებასთან დაკავშირებით, რათა დაინახოთ, ეწინააღმდეგება თუ არა თქვენი რწმენები შემანარჩუნებელ ან გამამხნეველ სესიებს.

რა თქმა უნდა, ყველა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტისათვის მნიშვნელოვანია, რომ მათ კლიენტებს შეეძლოთ მკურნალობის შედეგად მიღებული ცვლილებების განზოგადება, უნარების დამოუკიდებლად დახვეწა და ცვლილებისათვის შინაგანი ატირბუციის შექმნა. თუმცა, ხშირად არარეალურია ველოდოთ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს არასოდეს დასჭირდებათ თერაპია, მას შემდეგ რაც კონკრეტულ პრობლემაზე ფოკუსირებულ 10-20 სესიას დაასრულებენ. თქვენს პრაქტიკაში ნახავთ, რომ ბევრ თქვენს კლიენტს უკვე ექნება წარსულში შეფასება და მონაწილეობა მიღებული სხვადასხვა სახის ინტერვენციაში. ამ ინტერვენციებიდან ბევრი საკმაოდ წარმატებული იქნებოდა დროის გარკვეულ მონაკვეთში, მაგრამ შემდეგ, ამ ადამიანების ცხოვრებაში თავიდან ჩნდება პრობლემები ან სხვა სტრესორები. პრობლემების რეციდივი არ ნიშნავს, რომ წარსულში ჩატარებული მკურნალობა წარუმატებელი იყო.

ის, რაც უდიდეს გავლენას ახდენს მკურნალობის დაგეგმვაზე და რაც ჯერ კიდევ არ არის შესწავლილი და ლიტერატურაში ასახული, არის თავად ის დაწესებულებები ან სისტემა, სადაც თერაპევტები მუშაობენ. თქვენს დაწესებულებაში ხელმისაწვდომი მკურნალობის მოცულობა და არსებული შეზღუდვები შეიძლება ისევე აისახოს მკურნალობის ხანგრძლივობაზე, როგორც იმ პრობლემებზე, რომლითაც კლიენტი მოგმართავთ. ამასთან დაკავშირებით, ჩვენ გვჯერა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემები მეტ სარგებელს მიიღებენ მკურნალობის დასრულების ახალი მოდელის შემოღებით. მაგ., უმეტესობა ჩვენგანს არ აღელვებს, რომ შეიძლება სტომატოლოგზე გახდეს დამოკიდებული და თითქმის ყველა სისტემა გვირჩევს და მხარს უჭერს წელიწადში ორჯერ სტომატოლოგიურ შემოწმებას! ანალოგიურად, ჩვენ გვჯერა, რომ წელიწადში ორჯერ ჩატარებული „შენარჩუნების“ სესია ან შეფასება, დაეხმარება ადამიანებს, მონიტორინგი გაუწიონ ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. ჯანდაცვის სისტემებს და ორგანიზაციებს შეუძლიათ ხელი შეუწყონ ფსიქიკური მდგომარეობის შემოწმების პოპულარიზაციას. ჯერ-ჯერობით არ დაწყებულა აღნიშნული პრევენციული პრაქტიკის ადვოკატირება ჯანდაცვის ორგანიზაციების მიერ, მიუხედავად იმისა, რომ ის შეიძლება ძალიან მნიშვნელოვანი აღმოჩნდეს, განსაკუთრებით მონყვლადი ან მაღალი-რისკის ჯგუფებისათვის.



ამჯერად, ჩვენ მივუბრუნდებით თერაპიის დასრულების პრაქტიკულ საკითხებს, შემდეგ მიმოვიხილავთ თქვენს კლიენტებში რელაქსის პრევენციამე მუშაობის გზებს. ჩვენ განვიხილავთ კვლევის შედეგებიდან გულდასმით ამოკრეფილ მკურნალობის სახელმძღვანელო პრინციპებს, ისევე როგორც იმას, თუ როდის და როგორ უნდა ჩავერთოთ „შენარჩუნების“ თერაპიაში. ამ თავში ჩვენ შევისწავლით ზრუნვის არსებულ სისტემებსა და „იდეალურ“ მკურნალობას შორის არსებულ წინააღმდეგობებს.

უპირველეს ყოვლისა, სასარგებლო იქნება განვასხვავოთ პრაქტიკის ორი მოდელი, რომლის შესახებაც ჯერ არ გვისახებია და ეს არის: „ოჯახური პრაქტიკა“ – „სპეციალიზებული კლინიკის მოდელი“ საპირისპიროდ. *ოჯახურ პრაქტიკას* (R. Wilson, personal communication, April 10, 1985) განეკუთვნება კლინიკური მომსახურების ფორმა, სადაც კლიენტს რეფერირების გარეშე, თავად შეუძლია მივიდეს, და ურთიერთობა ჰქონდეს ერთსა და იმავე პრაქტიკოსთან სხვადასხვა პრობლემაზე, დროის სხვადასხვა პერიოდში. კლიენტი შეიძლება მოვიდეს კონკრეტული პრობლემით, თუნდაც თერაპიის დასრულებიდან რამდენიმე წლის შემდეგ და თავიდან დაიწყოს მკურნალობა სხვა პრობლემის გამო, რომელმაც თავი იჩინა ცხოვრების გარდამტეხ ეტაპზე. ამგვარი სერვისის პირობებში, კლიენტი თავს კომფორტულად გრძნობს. ის მოდის კლინიკაში ან თერაპევტთან, რადგან აქვს კითხვები ოჯახის წევრებთან ან საკუთარ თავთან დაკავშირებით. მას შეუძლია დახმარებისათვის მოვიდეს სხვადასხვა მიზეზით, როგორცაა კრიზისულ სიტუაციაში დახმარება, ემოციური რეაგირება, ურთიერთობის ან რაიმე სხვა პრობლემები. ტერმინი „ოჯახური პრაქტიკა“ გამოიყენება, რამდენადაც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები მუშაობენ როგორც ზოგადი პრაქტიკოსები, ოჯახის ექიმების მსგავსად. ასეთი სახის მოდელი კარგად მუშაობს კერძო პრაქტიკისათვის, სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკების ან სხვა ამბულატორიული კლინიკებისათვის. კლიენტის რეფერირება სპეციალიზებულ სერვისებში შეიძლება საჭირო გახდეს იმ შემთხვევაში, თუკი წამოჭრილი პრობლემები თერაპევტის ან კლინიკის კომპეტენციას არ შეესაბამება.

აღნიშნულის საპირისპიროდ, სპეციალიზებული კლინიკა ჩვეულებრივ ფოკუსირებულია რომელიმე კონკრეტულ პრობლემაზე, ისევე როგორც ურთიერთდაკავშირებული დარღვევების ჯგუფზე ან კონკრეტული მკურნალობის მოდალობაზე და ხშირად განთავსებულია კლინიკაში, ამბულატორიულ სერვისში, კვლევით ან საუნივერსიტეტო დაწესებულებაში. ამგვარი სპეციალიზებული სერვისები მოიცავს ადრეული ფსიქოზის მკურნალობას, დიალექტიკურ ბიჰევიორულ თერაპიას, ბიპოლარულ ან ადიქტოლოგიურ სერვისებს. სპეციალიზებული კლინიკები სხვადასხვაგვარია, იმის მიხედვით, თუ რა პრობლემებზეა ფოკუსირებული კლინიკა (მაგ., კვებითი დარღვევები) ან რა სახის ინტერვენციებს (მაგ., გაცნობიერებული მიმდებლობის მედიტაცია (mindfulness meditation)) სთავაზობს კლიენტებს. ასეთი სპეციალიზებული სერვისების ხელმისაწვდომობა განსხვავებულია კონკრეტული ადგილმდებარეობის მიხედვით და ჩვეულებრივ, სერვისის მისაღებად საჭიროა რეფერირება.

სპეციალიზებული სერვისები შეიძლება იყოს შეზღუდული, მკურნალობა მიმდინარეობდეს კონკრეტული პროტოკოლების მიხედვით, როგორც ეს კვლევით დაწესებულებებში ხდება. ასევე, ჩვეულებრივ თერაპევტისათვის რთულია კლიენტთან შეხვედრა მკურნალობის დასრულების შემდეგ, რადგან უმეტესად, კლიენტების გადამისამართება შემდგომი მეთვალყურეობისათვის (follow-up) ხდება თავდაპირველ სერვისში ან კლინიკაში. კლიენტები კლინიკიდან უნდა „გაიწვინონ“, იმისთვის, რომ მოხდეს ახალი კლიენტების „მიღება“. ასეთი სახის პრაქტიკა, რა თქმა უნდა, გარკვეულწილად პრობლემატურს ხდის „შენარჩუნების“ თერაპიას, გამამხინვეებელ სესიებს და მკურნალობის მისაღებად უკან დაბრუნებას. ნაცვლად ამისა, შემდგომ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები მიეწოდება თავდაპირველ კლინიკებს, რათა მათ შეძლონ მკურნალობის შედეგების შენარჩუნება.

## თერაპიის დასრულება

### რა ხანგრძლივობის უნდა იყოს თერაპია?

შეუძლებელია ზეპირად გავცეთ პასუხი კითხვას: რა ხანგრძლივობის უნდა იყოს თერაპია? სამკურნალოდ მოსულ კლიენტებს პრობლემებისა და გარემოებების უნიკალური მოცემულობა აქვთ. კონკრეტულ-ბიომედიცინული თერაპია წარმოადგენს შედარებით მოკლევადიან მკურნალობას, რომელიც I-ლი დერძის ან ეპიზოდური პრობლემების შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, ექვსიდან ოც სესიამდე გრძელდება. კლინიკურ კვლევებში, დეპრესიის მკურნალობა თექვსმეტიდან ოც სესიამდე მოიცავს. შფოთვითი აშლილობის შემთხვევებში, მკურნალობა გრძელდება რვიდან თორმეტ სესიამდე, თუმცა კონკრეტული ფობიების ან კრიზისის დროს მკურნალობას შეიძლება მხოლოდ რამდენიმე სესია დასჭირდეს. მეორე მხრივ, მკურნალობის სახელმძღვანელოებში მითითებულია, რომ კომორბიდული მდგომარეობების ამ მნიშვნელოვანი ინტერპერსონალური პრობლემების შემთხვევაში, საჭიროა გაცილებით გრძელვადიანი და ინტენსიური მკურნალობა (Whisman, 2008). კლიენტს შეიძლება სჭირდებოდეს კვირაში რამდენიმე სესია ან მკურნალობის გეგმაში დამატებითი კომპონენტების ჩართვა. მაგალითად, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში, დიალექტურ ბიომედიცინული თერაპია მოიცავს როგორც უნარების დასწავლის ჯგუფში ჩართვას, ასევე, არანაკლებ ერთნაირ ინდივიდუალურ თერაპიას (Linehan, 1993). სუიციდისკენ მიდრეკილების მქონე კლიენტებს, რომლებიც ვერ ახერხებენ ცხოვრებაში ეფექტურად ფუნქციონირებას ან დისტრესთან გამკლავებას, შეიძლება დასჭირდეთ სტაციონარულ ან დღის ცენტრის სერვისში ჩართვა.

კლიენტის პრობლემები, თავისი ბუნებით, შეიძლება იყოს განმეორებითი ან ქრონიკული. დეპრესიის მქონე ადამიანების დაახლოებით 10-20%-ს აქვს

ქრონიკული სიმპტომები (Bockting და სხვ., 2005), ხოლო მკურნალობის გარეშე გამოჯანმრთელების შენარჩუნების შანსი მათთვის 20%-ია (Keller, 1994). როდესაც დეპრესია მწვავედება და მოიცავს რეციდივის ეპიზოდებს, ამ შემთხვევაში რელაფსის ალბათობა მეტია. მკურნალობის შემთხვევაშიც კი, ერთ-ერთ კვლევაში ჩართული პაციენტების 30%-მა, რომლებმაც პანიკური შეტევებისთვის და აგორაფობიისთვის კოგნიტურ-ბიჰევიორალური თერაპიის კურსი გაიარეს, ვერ დააკმაყოფილეს „დასასრულისთვის მოსალოდნელი მაღალი ფუნქციონირების“ კრიტერიუმი (D. M. Clark და სხვ., 1994). გენერალიზებული შფოთვისით აშლილობის დროს, ადამიანების ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული პრობლემის კლინიკური გაუმჯობესების სავარაუდო მაჩვენებელი 38 %-დან 63%-მდე მერყეობს (Waters & Craske, 2005). სხვა პრობლემებს, როგორცაა ნივთიერებებზე დამოკიდებულება ან კვებითი აშლილობები, ცნობილია, რომ რელაფსის მაღალი მაჩვენებლები ახასიათებთ (McFarlane, Carter, & Olmstead, 2005; Rotgers & Sharp, 2005) და ხშირად ძალიან რთულია მათი წარმატებით მკურნალობა. ბევრ კლიენტს, დარჩენილი სიმპტომები წარმატებული თერაპიის დასრულების შემდეგაც აღენიშნება, ხოლო, რაც შეეხება სხვა პრობლემებს, 2 წლის შემდგომი შემდგომი საკონტროლო სესიების მონაცემები ნაკლებად მოიპოვება. ზოგიერთი პრობლემის შემთხვევაში, განსაკუთრებით დეპრესიის დროს, დარჩენილი სიმპტომები რელაფსის პროგნოზირებას წარმოადგენს (Rowa, Bieling, & Segal, 2005). საშუალოდ, რაც უფრო ღრმა ან ქრონიკულია ინდივიდის პრობლემა, მით უფრო მეტია რელაფსის ალბათობა. შედეგად, არარეალისტურია მოლოდინი იმისა, რომ სპეციალიზებულ კლინიკაში ჩატარებული, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მოკლე კურსი ამგვარი პრობლემების მქონე კლიენტს სტაბილურად გამოაჯანმრთელებს. ასეთ შემთხვევაში, დიდი მნიშვნელობა აქვს შემდგომი საკონტროლო სესიების გაგრძელებას ოჯახის პრაქტიკის მოდელით მომუშავე კლინიცისტთან.

უფრო პოზიტიური კუთხით რომ მივუდგეთ, ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შემთხვევაში, გაცილებით ნაკლებია რელაფსის სიხშირე, ვიდრე ჩვეულებრივი ან მედიკამენტოზური მკურნალობის დროს (Hollon, Stewart, & Strunk, 2006). ბოლო პერიოდში ჩატარდა რელაფსის სიხშირის შედარებითი კვლევა დეპრესიის მქონე კლიენტებისთვის, რომლებმაც მკურნალობა წარმატებით დაასრულეს. შედეგად აღმოჩნდა, რომ კლიენტების ერთ მესამედს, რომლებმაც ქცევითი აქტივაციის ან კოგნიტური თერაპიის კურსი დაასრულეს, რელაფსი 2 წლის შემდეგ გამოუვლინდათ. შედარებისათვის, რელაფსი აღენიშნებოდა ანტიდეპრესანტებით მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მყოფი კლიენტების სამ-მეოთხედზე მეტს (Dobson და სხვ., 2008). ბოლო პერიოდის კიდევ ერთ კვლევაში, სტრანკმა (Strunk და სხვ., 2007) აღმოაჩინა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კომპეტენციების ჩამოყალიბება და დამოუკიდებლად გამოყენება, საშუალო ან ღრმა დეპრესიის მქონე პაციენტების ჯგუფში, რელაფსის დაბალი რისკის პროგნოზს იძლეოდა. ყველა ამ კლიენტს წარმატებით ჩაუტარდა მკურნალობა, შემდგომი ერთწლიანი მეთვალყურეობით. აღნიშნული კვლევა უკავშირდება

არა მხოლოდ რელაფსის სიხშირის შემცირებას იმ პაციენტებში, ვინც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით მკურნალობდა, არამედ თავად მათ მიერ სტრატეგიების კომპეტენტურად გამოყენებას. საბოლოოდ, ეს დასკვნა ამყარებს იმ მოსაზრებას, რომ პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებას იწვევს თავად სტრატეგიები და არა რაიმე სხვა ფაქტორები.

ზოგიერთი ინტერვენცია, რომელიც უშუალოდ რელაფსზე მიმართული, წარმატების შენარჩუნების გრძელვადიან შედეგებს აჩვენებს. ეფექტური აღმოჩნდა ისეთი ინტერვენციები, როგორიც არის: რელაფსის პრევენციაზე მიმართული ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, გაცნობიერებულ მიმდებლობაზე დაფუძნებული კოგნიტური თერაპია (Teasdale და სხვ., 2000; Ma & Teasdale, 2004), გაგრძელების ფაზის კოგნიტური თერაპია (continuation phase cognitive therapy) და გამამხნეველი სესიები. აღნიშნული თერაპიის სახეები განსაკუთრებით ეფექტურია დეპრესიის შემთხვევაში. შფოთვის მქონე კლიენტებს, რომელთაც წარმატებით ჩაუტარდა მკურნალობა, მისი დასრულების შემდეგაც აღენიშნებათ შემდგომი გაუმჯობესება და რელაფსის სიხშირის შედარებით დაბალი დონე (Dugas, Radomsky, & Brillon, 2004). სოციალური შფოთვის დარღვევის შემთხვევაში, რელაფსის პრევენციის წარმოადგენს თავის არიდება და შეცვლილი ქცევის გენერალიზების სირთულე.

მთლიანობაში, კლინიკურ პრაქტიკაში, რელაფსის პრევენციაზე მომუშავე კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებს რეკომენდაციას ვაძლევთ:

- ჩართეთ რელაფსის პრევენციის ფაზა თერაპიაში;
- იმუშავეთ პრობლემის სრულ და არა ნაწილობრივ შემცირებაზე;
- სცადეთ ყველა ნარჩენი სიმპტომის/სიმპტომების აღმოფხვრა;
- იმუშავეთ დისფუნქციური თავის არიდების პატერნის აღმოფხვრაზე ან მინიმუმამდე დაყვანაზე, ნებისმიერი დარღვევის ან პრობლემის შემთხვევაში.
- აქტიურად შეუწყვეთ ხელი კლიენტის მხრიდან ცვლილების გენერალიზებას;
- ცვლილებაზე მუშაობისას გამოიყენეთ რამდენიმე მოდალობა, მათ შორის: ქცევითი, კოგნიტური, ემოციური და ფუნქციონირების სოციალური სფეროები;
- დაეხმარეთ კლიენტს, ცვლილების მისაღწევად გამოიყენოს შინაგანი ატრიბუციები;
- კლიენტის გამოჯანმრთელებისთანავე თანდათან შეამცირეთ სესიების სიხშირე და ხელი შეუწყვეთ დამოუკიდებელ მუშაობას.
- რელაფსის პრევენციის ეტაპზე, საჭიროების მიხედვით გამოიყენეთ გამამხნეველი და შენარჩუნების სესიები;
- მედიკამენტოზური მკურნალობის შეწყვეტის დროს გამოიყენეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია.

უფრო მწვავე პრობლემები მეტ თერაპიას მოითხოვს. ზოგიერთი პრობლემა (მაგ., ფსიქოზური დარღვევები ან პიროვნული აშლილობები) შეიძლება შენარჩუნებაზე მიმართულ ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებდეს. თუმცა, დარღვევის სიმძიმისა და კლიენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე, მათ შეიძლება მიმდინარე მკურნალობა, სესიების სიხშირის მატება ან კლება დასჭირდეთ.

### **კლინიკური რეალობა, რომელიც ეწინააღმდეგება იდეალური მკურნალობის არსებობას**

არ არსებობს ჯანდაცვის ან მისი დაფინანსების იდეალური სისტემა. კლიენტებს არ აქვთ ამოუწურავი ფინანსები იმისთვის, რომ სრულად დაფარონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობა. ბევრ კლიენტს ლიმიტირებული დაზღვევა ან დაფინანსება აქვს კონკრეტული პრობლემის მკურნალობისთვის და შეიძლება მხოლოდ რამდენიმე სესიისთვის საკმარისი თანხა გააჩნდეს. ასეთ შემთხვევაში, შეიძლება დაგჭირდეთ, რომ დამატებითი დაფინანსების შესახებ განაცხადით მიმართოთ სხვა, მესამე მხარეს. კლიენტებს შეიძლება არ ჰქონდეთ რესურსი იმისა, რომ გადაიხადონ შემდგომი სესიების საფასური მაშინაც კი, თუკი ნათელია, რომ ეს მათ სჭირდებათ და თან სრულიად ეთანხმებიან მკურნალობის გაგრძელებას. მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია შედარებით მოკლევადიანი მკურნალობაა, არსებული ფინანსური შეზღუდვები გავლენას ახდენს ბევრ სისტემაში მომუშავე თერაპევტზე. კლიენტები ზოგჯერ მნიშვნელოვანი არჩევანის წინაშე დგებიან, ცხოვრებისეულ აუცილებლობაზე ან მიმდინარე მკურნალობაზე ფინანსების გამოყენებას შორის. ასეთ შემთხვევაში, თქვენ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ბაზისური კურსის შეთავაზების საშუალება გაქვთ. პოზიტიური კუთხით თუ განვიხილავთ, შეზღუდული რაოდენობის სესიები ხელს უწყობს კლიენტს და მის თერაპევტს, რომ უფრო ეფექტურად იმუშაონ პრობლემაზე. ეყადეთ, ხელმისაწვდომი გახადოთ თქვენს თემში არსებული მკურნალობის მაქსიმალური მოცულობა. შეზღუდული რესურსების მაქსიმალური ეფექტურობით გამოყენებასთან დაკავშირებული რჩევები მოცემულია ცხრილში # 9.2.

### **ცხრილი №9.2. შეზღუდული რესურსების მაქსიმალური ეფექტურობით გამოყენება**

1. პირდაპირი იყავით თქვენს კლიენტებთან. თუ თქვენს დაწესებულებას ყველა კლიენტისთვის სესიების მხოლოდ შეზღუდული რაოდენობა აქვს, გააზრებულად დაგეგმეთ თქვენი დრო.
2. გონივრულად გამოიყენეთ სესიები; ყოველთვის იხელმძღვანელოთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სტრუქტურით. შეიმუშავეთ გეგმა და მიყევით მას.



3. დაისახეთ კონკრეტული მიზნები არსებული რესურსების შესაბამისად. მიზნის დასახვასთან დაკავშირებული მეტი ინფორმაციისთვის გაეცანით ამ წიგნის მე-4 თავს. კონკრეტული მიზნების დასახვასა და მიღწევას ძალიან დიდი დახმარება შეუძლია აღმოუჩინოს კლიენტებს. თქვენს კლიენტებს უნდა შეეძლოთ მათ ცხოვრებაში სხვა პრობლემებთან დაკავშირებითაც აღნიშნული მეთოდოლოგიის გამოყენება.
4. თუ კლიენტების პრობლემები შედარებით მსუბუქია, დაფიქრდით ნაკლებად რესურსული ინტერვენციების გამოყენებაზე, როგორცაა ბიბლიოთერაპია, ვებზე-დაფუძნებული ინტერვენციები, ან ფსიქოსა-განმანათლებლო სესიები, რომლებიც შეიძლება თქვენს თემში იყოს ხელმისაწვდომი.
5. თუ ეს თქვენი კლიენტებისთვის შესაფერისი იქნება, დაგეგმეთ ნაკლებად ხშირი ან უფრო ხანმოკლე სესიები. კლიენტთა დაფინანსების პროგრამების უმრავლესობა წელიწადში სესიების გარკვეულ რაოდენობას ან საათების კონკრეტულ მოცულობას ფარავს და ყოველწლიურად განახლებადია. წელიწადი შეიძლება იყოს როგორც კალენდარული წელი, ასევე გადამხდელის ფინანსური წელი.
6. შეამოწმეთ კლიენტების დაფინანსების კონკრეტული მექანიზმები, რადგან დაფინანსება შეიძლება სხვადასხვაგვარად იყოს განსაზღვრული, კლიენტის ან პრობლემის მიხედვით. მაგალითად, ზოგიერთი სადაზღვევო პროგრამა კლიენტებს წელიწადში ერთ პრობლემაზე 6 სესიას უფინანსებს, ზოგიერთი - წელიწადში კლიენტს 8 სესიით უზრუნველყოფს და ოჯახის თითოეულ წევრსაც იგივეს სთავაზობს.
7. თუ დაფინანსება შეზღუდულია და კლიენტს ისეთი პრობლემები აქვს, რომლებიც სწრაფ ცვლილებას არ ექვემდებარება, დაიწყეთ სხვა შესაძლებლობების ძიებაც პირველი ორი სესიის შემდეგ. თქვენს ფაილებში მუდმივად გქონდეთ განახლებადი ინფორმაცია თემში არსებული რესურსების შესახებ.
8. სადაც შესაძლებელია გამოიყენეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული ჯგუფური ინტერვენციები. ჯგუფი, რომელიც ასწავლის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ძირითად კომპონენტებს, ხარჯთ-ეფექტური და ეფექტიანია.

ხშირად კლიენტს, თერაპევტსა და სისტემას განსხვავებული ხედვა აქვთ მკურნალობის მიზნებთან მიმართებაში. ცხადია, რომ მთავარია კლიენტის სურვილები, რაც ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენს სიმპტომების შესუსტებას, დისტრესის აღმოფხვრას, საკუთარი მდგომარეობით ზოგად კმაყოფილებას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. ჩვეულებრივ, სამკურნალოდ მოსული კლიენტების სურვილია, თავი იგრძნონ უკეთ და არა ის, რომ გამოჯანმრთელდნენ კონკრეტული დარღვევისაგან. თერაპევტების სურვილი ჩვეულებრივ იგივეა, რაც კლიენტის; თუმცა, ისინი უფრო მეტად არიან ფოკუსირებული გამოჯანმრთელებაზე ან

რემისიაზე და თერაპიული მიზნების მიღწევაზე. ცხადია, რომ ჩვენ, როგორც კლინიცისტებს, კმაყოფილების გრძნობა გვეუფლება მაშინ, როდესაც ჩვენი კლიენტები თერაპიას ასრულებენ ფუნქციონირების გლობალური შეფასების გაცილებით დაბალი ქულებით და „რემისიით“. ჩვენთვის ასევე მნიშვნელოვანია კლიენტების კმაყოფილება მკურნალობით, ისევე როგორც მათ მიერ სხვებისათვის გაზიარებული პოზიტიური კომენტარები მიღებულ სერვისებთან დაკავშირებით. მიუხედავად ამისა, ხშირად თერაპევტები მკურნალობის პროცესში გაცილებით მეტს ფიქრობენ კლიენტის თავდაპირველი პრობლემის საფუძველში არსებული ან მისი გამომწვევი მიზეზების გადაჭრაზე. კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის კონტექსტში, თერაპევტის მოსაზრება შეიძლება გულისხმობდეს ბაზისური რწმენებისა და სქემების იდენტიფიცირებას და მოდიფიკაციას (იხ. თავი 8). რაც შეეხება სისტემებს, ეს შეიძლება იყოს კლინიკა, ჯგუფური პრაქტიკა ან ჯანდაცვის გაცილებით გაფართოებული სისტემა, როგორცაა სამედიცინო უზრუნველყოფის ორგანიზაციები (მაგ., HMO), ჰოსპიტალი ან ჯანდაცვის რეგიონული სისტემა. ზოგადად, სისტემების მიზანი მეტად უკავშირდება ზოგადად პოპულაციას, ვიდრე კონკრეტულ კლიენტებს. შედეგად, სისტემა მიზნად ისახავს მინიმალური დანახარჯებით კლიენტების დიდი რაოდენობის მკურნალობას და სისტემის წვლილის შეფასებას (მაგ., ჰოსპიტალიზაცია და მისი ხანგრძლივობა, ჩივილები). ცხადია, კლიენტების მდგომარეობის გაუმჯობესება მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემისათვის, თუმცა ასევე მნიშვნელოვანია, კლიენტების კმაყოფილება მათ მიერ მიღებული სერვისებით. სისტემები, სადაც რეგულარულად გამოიყენება კმაყოფილების შესწავლა, ხშირად შეცდომით აიგივებენ კმაყოფილებას გაუმჯობესებასთან, მაშინ, როდესაც კლიენტისათვის არ არსებობს რაიმე კორელაცია ამ ორ ცვლადს შორის (Pekarik & Wolff, 1996; თუმცა, კვლევამ აჩვენა საშუალო კორელაცია კლინიცისტების მიერ შეფასებულ შედეგებსა და კმაყოფილებას შორის).

ასევე მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ ზოგიერთ კლიენტთან, კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის ოპტიმალური კურსის ჩატარების შემთხვევაშიც ვერ ვაღწევთ გამოჯანმრთელებას. თუკი გულდასმით ჩატარებული, გამორიცხვის კრიტერიუმების მქონე რანდომული ექსპერიმენტის მიხედვით კლიენტების ორი-მესამედი აღწევს გამოჯანმრთელებას, „რეალურ-ცხოვრებისეულ“ პირობებში, ეს ციფრი გაცილებით უფრო დაბალია. უფრო მეტიც, ამ კლიენტების გარკვეულ პროცენტში, დროის გასვლის შემდეგ გვხვდება ჩავარდნები, რელაფსები და რეციდივები, პრობლემიდან და იმ ცხოვრებისეული პირობებიდან გამომდინარე, რომელშიც ისინი ხვდებიან. ზოგიერთ კლიენტს შეუძლია გარკვეული პრობლემების გადაჭრა, ზოგს კი არა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც პრობლემის გაკონტროლება კლიენტზე არ არის დამოკიდებული. ასეთი კლიენტები, შეიძლება მომავალში კვლავ მოვიდნენ თქვენთან, რაც იმის მანიშნებელი იქნება, რომ ისინი გენდობიან და თავს კომფორტულად გრძნობენ, როდესაც დახმარებისთვის თქვენ მოგმართავენ.

## მკურნალობის დასრულების გადაწყვეტილება

მკურნალობის დასასრულის გადაწყვეტილებას კლინიკური შემთხვევის კონცეპტუალიზაცია განსაზღვრავს, თუმცა თერაპევტებს განსხვავებული მიდგომა აქვთ მკურნალობის შეწყვეტის ან დასრულების მიმართ. გონივრული იქნება, თუკი მკურნალობის ხანგრძლივობას და თერაპიის დასრულების პროცესს თავიდანვე, მკურნალობის დაწყებისთანავე დაგეგმავთ, მაშინაც კი, როდესაც ძნელია ასეთი პროგნოზის გაკეთება. დროში შეზღუდულმა თერაპიამ, მისი შეწყვეტის საკითხი შეიძლება ძალიან გაამარტივოს: მაგ., თუკი მაქსიმუმი რვა სესია, აცნობეთ თქვენს კლიენტს ამის შესახებ წინასწარ. სათანადოდ დაგეგმეთ კლინიკური შემთხვევის კონცეპტუალიზაცია, რაც შეიძლება გულისხმობდეს ყველაზე მწვავე პრობლემებზე ფოკუსირებას. ყოველ ჯერზე შეახსენეთ კლიენტს დარჩენილი სესიების რაოდენობა. გადაწყვეტილების მიღება ასევე მარტივია მაშინ, როდესაც იყენებთ (მარტივ და სწორხაზოვან) სახელმძღვანელოში განერილ პროგრამას ან დროში შეზღუდულ ჯგუფურ თერაპიას. დროში შეზღუდული მკურნალობის პროტოკოლის დამთავრების ან კლიენტისათვის მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი რაოდენობის სესიების ამონურვისთანავე, აუცილებელია შემდგომი შემდგომი შეფასება და იმ კლიენტების იდენტიფიცირება, ვისი მდგომარეობაც ვერ გაუმჯობესდა შემდგომი მეთვალყურეობის ეტაპზე გადასასვლელად.

გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, გამომდინარე თქვენი დაწესებულების საქმიანობიდან, კლიენტის უპირატესობებიდან და თავად თქვენი კლინიკური მსჯელობიდან, გაითვალისწინეთ შემდეგი ნაბიჯები:

■ *დაასრულეთ თერაპია მაშინ, როდესაც დაინახავთ, რომ გადაიჭრა პრობლემა, რომლითაც კლიენტმა მოგმართათ.* ბევრი კლიენტი დახმარებას ითხოვს მაშინ, როდესაც აქვს პიროვნული კრიზისი, ცხოვრების გარდამავალი ეტაპი ან რაიმე კონკრეტული პრობლემა და არა რაიმე დიაგნოსტიკური მდგომარეობა. მაგ., კლიენტმა დახმარებისათვის შეიძლება მოგმართოს, როდესაც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება აქვს მისაღები ან როდესაც დისტრესს განიცდის ურთიერთობის განწყობისას. თუკი კლიენტს არ აქვს სერიოზული ფსიქოლოგიური დარღვევა (ზოგჯერ მაშინაც კი, როდესაც აქვს), კრიზისი შეიძლება დაძლეულ იქნას საკმაოდ სწრაფად, თერაპევტის მხრიდან მინიმალური ინტერვენციით. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის რამდენიმე სესიაც კი შეიძლება საკმარისი აღმოჩნდეს იმისათვის, რომ კლიენტს გაუჩნდეს ხედვა, პრობლემის გადაჭრასთან დაკავშირებით და თავის არიდების ნაცვლად ისწავლოს პრობლემის პირისპირ დადგომა. ასეთ კლიენტთან მუშაობისას, შესაძლებელია რელაქსის ამოცნობა, გარდა იმ შემთხვევისა, თუკი მის ცხოვრებაში რაიმე სხვა ცვლილება არ მოხდა. ასეთ ვითარებაში, შეიძლება გონივრული იყოს რელაქსის პრევენციის ხანმოკლე (ერთი-ორი სესია), მომავალსა და პოტენციური პრობლემების მართვაზე ფოკუსირებული კურსი. გულახდილად აუხსენით კლიენტებს მიზნები, თუ რატომ სთავაზობთ რელაქსის პრევენციას. კრიზისის დასაძლევად შეიძლება საჭირო იყოს მხოლოდ ხანმოკლე

ინტერვენცია. ზოგჯერ, კლიენტმა შეიძლება თერაპია დაასრულოს მაშინაც კი, როცა თქვენ ამას არ ურჩევთ, განსაკუთრებით მაშინ, თუკი კრიზისმა გადაიარა და კლიენტი ნაკლებ დისტრესს გრძნობს. კიდევ ერთ სტრატეგიას წარმოადგენს შემდგომი მონიტორინგის (follow-up) სესიების დაგეგმვა დროის შედარებით ხანმოკლე პერიოდში, როდესაც თქვენ და თქვენი კლიენტი შეძლებთ თავიდან შეაფასოთ შემდგომი ინტერვენციების საჭიროება.

■ *დაასრულეთ თერაპია მაშინ, როდესაც 1 დერძის სიმპტომები შემსუბუქებული ან საერთოდ აღმოფხვრილია* - თერაპიის დასრულების ეს მიზანი საკმაოდ გავრცელებულია მრავალ ამბულატორიულ კლინიკასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში. სამკურნალოდ მოსული კლიენტების უმრავლესობას სურს, რომ თავი იგრძნოს უკეთ, იყოს ნაკლებ დისტრესში და ამიტომ ისინი მზად არიან დაასრულონ თერაპია მაშინ, როდესაც ასეთი ცვლილება სახეზეა. ასეთ შემთხვევაშიც, გონივრული იქნება, სიმპტომის სავარაუდო რელაფსის თავიდან ასაცილებლად, კლიენტებს შესთავაზოთ რელაფსის პრევენცია, როგორც თერაპიის ნაწილი. მომავალში, რელაფსები ან რეციდივები შეიძლება ჰქონდეს როგორც იმ კლიენტებს, ვინც მკურნალობას მყისიერი კრიზისის დაძლევისთანავე ასრულებს, ასევე მათ, ვინც თერაპიას სიმპტომების შემსუბუქების შემდეგ ასრულებს, თუკი ისინი არ ისწავლიან რელაფსის ამოცნობას, არ შეიმუშავენ მისი პრევენციის სტრატეგიებს და ვერ შეძლებენ პრობლემის გამომწვევი ტრიგერების იდენტიფიცირებას. ბევრი კლიენტი, თერაპიის ადრეულ ეტაპზევე გრძნობს შვებას მხოლოდ იმიტომ, რომ სპეციალისტისთვის მიმართვის გადაწყვეტილება, გრძნობს მხარდაჭერას და შეუძლია საკუთარი წუხილის გამოხატვა. ცხადია, თერაპიასთან დაკავშირებული პოზიტიური ცვლილებების მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს თანამოსაუბრის არსებობა. სავარაუდოდ, მდგომარეობის ამგვარი გაუმჯობესება დიდ ხანს არ გრძელდება. ერთ-ერთი ჩვენგანი (D. D.), ხვდებოდა კლიენტს, რომელსაც თავდაპირველად ჰქონდა ძალიან მაღალი დისტრესი, მათ შორის BDI და BAI სკალის ქულები, რომლებიც სიმპტომების უკიდურეს სიმძიმეზე მეტყველებდა. სულ რაღაც ორი კვირის შემდეგ, ისეთი ბაზისური ინტერვენციების საშუალებით, როგორიცაა თვით-მონიტორინგი და აქტივობების განრიგის შედგენა, მისი ქულები ნორმაში ჩაჯდა, თუმცა მუშაობა მიმართული არ ყოფილა არც მის ავტომატურ აზრებზე და არც ძალიან დაბალ თვით-ფეფქტურობაზე. თერაპიის ამ ეტაპზე დასრულების შემთხვევაში, სავარაუდოდ მაღალი იყო რელაფსის რისკი, რამდენადაც მისი სიმპტომების შესუსტება, უპირველეს ყოვლისა, მხარდაჭერის შედეგი უფრო იყო, ვიდრე კონკრეტული ინტერვენციების.

■ *დაასრულეთ თერაპია მაშინ, როდესაც მიღწეულია თერაპიის მიზნები, მიუხედავად იმისა, შეიცვალა თუ არა სიმპტომები.* ზოგჯერ თერაპიის მიზანი შეიძლება არ იყოს არსებულ სიმპტომებზე ფოკუსირება. ასევე, თქვენ შეიძლება მუშაობდეთ ისეთ დაწესებულებაში, რომელიც არ მოითხოვს დიაგნოსტიკას DSM-ის მიხედვით. ჩვეულებრივ, დისტრესი ან სიმპტომები სუსტდება ქცევის ან კოგნიციის ცვლილებასთან ერთად;



თუმცა, სიმპტომების შემსუბუქება ყოველთვის არ ხდება. მაგ., კლიენტისთვის მკურნალობის მიზანი შეიძლება იყოს მისი პრობლემური ურთიერთობები. ასეთი კლიენტი შეიძლება რეალურად განიცდიდეს დისტრესის მატებას მაშინ, როდესაც ცდილობს გადაჭრას მის ცხოვრებაში არსებულ პირებთან დაკავშირებული საკითხები - ის, რასაც იგი წლების მანძილზე თავს არიდებდა. სიმპტომების გაუმჯობესება შეიძლება ყოველთვის არ იყოს რელევანტური; ზოგი კლიენტი შეიძლება ფსიქოლოგიური დარღვევისთვის სხვა პროფესიონალთან მუშაობდეს, ხოლო თქვენთან მოვიდეს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საშუალებით სხვა სირთულეების დასაძლევად. მაგალითად, შიზოფრენიის მქონე კლიენტი შეიძლება გთხოვდეთ, დაეხმაროთ ურთიერთობების გაუმჯობესებაში და ამავე დროს სიმპტომებზე ფოკუსირებულ ფსიქიატრიულ მკურნალობას იღებდეს სხვაგან. ასევე შეიძლება გყავდეთ კლიენტები, რომლებიც აღწევენ მკურნალობის მიზნებს, თუმცა მაინც აღენიშნებათ სიმპტომები, რომელზეც არ გიმუშავიათ ან განეუღმა მუშაობამ სათანადო შედეგი ვერ გამოიღო. ასეთ დროს, უმჯობესია თავიდან განიხილოთ მკურნალობის სხვა მიზნები და გადახედოთ შემთხვევის ფორმულირებას ან კლიენტი სხვაგან გააგზავნოთ დარჩენილ პრობლემებზე სამუშაოდ (მაგ., სპეციალიზებულ კლინიკაში). გაიხსენეთ ჩვენი ვარაუდი, რომ ზოგიერთი სახის ცვლილებას შეიძლება მოყვას გაუმჯობესება, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ვცდებოდეთ.

■ დაასრულეთ თერაპია მაშინ, როდესაც მიღწეულია როგორც სიმპტომების ცვლილება, ასევე მიზნებიც. შედეგების ასეთი კრებული ყველაზე სასურველია, რადგან მიღწეულია მიზნები, ხოლო სიმპტომები შესუსტებული ან აღმოფხვრილია. რელაფსის პრევენცია სახეზეა და თერაპევტიც და კლიენტიც თავს კომფორტულად გრძნობენ გამომწვიდობებისას. აღარ არსებობს შემდგომი მკურნალობის აშკარა საჭიროება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მიგვაჩნია, რომ პრობლემის გამომწვევი ფაქტორები მნიშვნელოვნად ზრდიან რელაფსის შანსს. ეს ის იდეალური შემთხვევებია, როდესაც ხდება თერაპიის დროს ნასწავლი სტრატეგიების განხილვა, რათა ყურადღება გამახვილდეს ჯანსაღი აზროვნებისა და ქცევის მნიშვნელობაზე და შენარჩუნდეს მკურნალობის შედეგები.

■ დაასრულეთ თერაპია მაშინ, როდესაც პრობლემის სავარაუდო, საფუძვლად მდებარე, ან გამომწვევი ფაქტორები (მაგ., რწმენები, სქემები, დამამძიმებელი სიტუაციები, როგორცაა ოჯახური ან სამსახურობრივი სტრესი) შეიცვლება. ამ კატეგორიაში ჯდება სქემაზე დაფუძნებული ყველა თერაპია და ზოგი სხვა სახის ინტერვენცია, განსაკუთრებით ის თერაპიები, რომელთა მიზანია II ღერძის პრობლემებისთვის გრძელვადიანი ცვლილებების მიღწევა. ძნელია დასკვნების გამოტანა იმასთან დაკავშირებით, თუ რა მოცულობის ცვლილება იქნება ამ შემთხვევაში საკმარისი, რადგან როგორც თერაპევტს, ასევე კლიენტსაც შეიძლება სურდეს ბაზისური სქემის ან გარემოს ცვლილება. ფსიქოლოგიური დარღვევების სფეროში მომზადებულ თერაპევტებს, გაცილებით ადვილად შეუძლიათ დაინახონ პრობლემები, ვიდრე ძლიერ მხარეები და





აძლევს კლიენტს, კლიენტი უარყოფს თერაპევტის მიერ შეთავაზებულ მეთოდს, ან ურთიერთობის სხვა პრობლემური საკითხები იჩენს თავს. ასეთ შემთხვევებში კლიენტმა შეიძლება უხეშად „დაითხოვოს“ თერაპევტი თერაპიის ადეკვატურად დასრულების შანსის მიცემის გარეშე. საუკეთესო რამ, რაც ამ დროს შეიძლება გირჩიოთ არის ის, რომ მაქსიმალურად ეცადოთ, არ ჩადგეთ თავდაცვის პოზიციაში და გულახდილად შეაფასოთ, თუ რა მოხდა ამ შემთხვევაში, რათა შეძლოთ უკეთ მოემსახუროთ მსგავს კლიენტს მომავალში. შემთხვევის სუპერვიზია ან კონფიდენციალური მსჯელობა კოლეგასთან, რომელსაც ენდობით, დაგეხმარებათ გაერკვეთ, რა მოხდა და როგორ შეიძლება მომავალში დაძლიოთ ამგვარი პრობლემა.

## რელაფსის პრევენცია

რელაფსის პრევენცია კონსტრუქციული მკურნალობის ბოლო ფაზას წარმოადგენს, თუმცა მისი განხორციელებისათვის საჭიროა გაუმჯობესდეს კლიენტის მდგომარეობა. რელაფსის პრევენცია მოიცავს მკურნალობის განხილვას, მომავლის გეგმის ჩამოყალიბებას და თერაპიის დასრულებასთან დაკავშირებით როგორც თერაპევტის, ასევე კლიენტის გრძნობებზე მსჯელობას (Antony, Ledley, & Heimberg, 2005). ზოგ შემთხვევაში, რელაფსის პრევენცია თერაპიის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც პრობლემა ქრონიკული ან განმეორებითი ხასიათისაა. მიუხედავად აღნიშნულისა, უმრავლეს შემთხვევაში, რელაფსის პრევენცია ხდება ბოლო ორი ან სამი სესიის განმავლობაში. კლიენტებს, რომელთა მკურნალობაც ქრონიკული ან რთული პრობლემის გამო, უფრო ხანგრძლივია, შეიძლება მეტი დახმარება დასჭირდეთ ამ ფაზის დროს. ქვემოთ მოცემულია რეკომენდაციები, რომლებიც თერაპიის აღნიშნული ფაზის განხორციელებაში დაგეხმარებათ (იხ. ცხრილი 9.3 უმთავრესი მეთოდების შეჯამებისთვის).

### ცხრილი 9.3. რელაფსის პრევენციის სტრატეგიები, რომლებიც გასათვალისწინებელია თერაპიის დასრულებამდე.

1. თერაპიის მსვლელობისას, ეტაპობრივად, გადაეცით მეტი პასუხისმგებლობა კლიენტებს ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა განრიგის შედგენა, სესიების გრაფიკის შემუშავება, საშინაო დავალების განსაზღვრა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ კლიენტებისათვის, ვინც თავს კომფორტულად არ გრძნობს თერაპიის დასრულებასთან დაკავშირებით.
2. ჩაატარეთ კლიენტის მიერ წარმართული სესიების ექსპერიმენტი. უფრო რეალური ეფექტის მისაღებად შეგიძლიათ სკამებიც კი გაცვალოთ. ეს ნაბიჯი კლიენტს დაეხმარება, რომ საკუთარი თავის თერაპევტი გახდეს.

3. ზოგიერთი კლიენტი მკურნალობის მსვლელობისას სესიებზე ჩანაწერებს აკეთებს. თუკი მათ ეს არ გაუკეთებიათ, სთხოვეთ დაწერონ სესიების მოკლე შეჯამება ან ჩატარებული მუშაობის განხილვისას გამოიყენონ სამუშაო რვეული.
4. გაარკვიეთ კლიენტები ახდენენ თუ არა წარმატების შინაგან ატრიბუციას მკურნალობის განმავლობაში. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმისათვის, რომ კლიენტებს განუვითარდეთ საკუთარი შესაძლებლობების რწმენა, რაც მათ თერაპიის შემდგომ პერიოდთან გამკლავებაში დაეხმარება.
5. ჯერ კიდევ მკურნალობის პროცესში ჩავარდნები გამოიყენეთ, როგორც სწავლის შესაძლებლობა. დაეხმარეთ კლიენტებს, წინასწარ ამოიცნონ და მოემზადონ ჩავარდნებისთვის, რომელიც თერაპიის დასრულებას მოყვება.
6. ნაკლები სიხშირით დაგეგმეთ სესიები, როგორც კი შესუსტდება სიმპტომები, როდესაც კლიენტები აქტიურად დაიწყებენ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული სტრატეგიების გამოყენებას. განიხილეთ და განამტკიცეთ მათი უნარები შემდეგ სესიაზე.
7. განიხილეთ და სთხოვეთ კლიენტს ჩაინეროს ან თქვენ ჩაინერეთ, რომელი სტრატეგიები აღმოჩნდა ყველაზე სასარგებლო.
8. ხშირი უკუკავშირი მიანოდეთ კლიენტს იმაზე, თუ რა ცვლილებებს ხედავთ და რა სახის სამუშაო უნდა გაგრძელდეს თერაპიის შემდგომ.
9. კლიენტის დახმარებით ჩამოაყალიბეთ თერაპიის ინდივიდუალიზებული შეჯამება. თუკი ეს მანამდე არ გაგიკეთებიათ, სთხოვეთ კლიენტს შექმნას თერაპიის საქალაქი. მასში ჩართული შეიძლება იქნას თერაპიის ყველა მასალა, მათ შორის მკურნალობის შეჯამება და რელაქსის პრევენციის გეგმა.

იდეალურ შემთხვევაში, თერაპია ორივე მხარისათვის მკურნალობის „დასრულების“ გრძობით მთავრდება. ასე რომ, შეიძლება პარადოქსულად ჟღერდეს, მაგრამ ხშირად, სასარგებლოა მკურნალობის დასრულების მოახლოებისას, გაკეთდეს გაუარესების პროგნოზი. ამგვარი პროგნოზირება ხელს უწყობს რეალობის განსაზღვრას და სამომავლო პრობლემების მართვის შესახებ მსჯელობას. თერაპიაში გაჩენილი ნებისმიერი გაუარესება გამოიყენეთ როგორც სიახლის დასწავლის შესაძლებლობა. გააფრთხილეთ კლიენტები, რომ რეგულარული სესიების დასრულების შემდეგ, შეიძლება მათ გაუჩნდეთ სურვილი, რომ შეისვენონ. საერთოდ, ეს არ არის გონივრული გადაწყვეტილება, რადგან აღნიშნული სტრატეგიები შეიძლება სრულყოფილად არ ჰქონდეთ მათ გათავისებული. ასევე, შესვენებები შეიძლება მეტყველებდეს თავის არიდების დახვეწილ მცდელობაზეც. იმსჯელეთ კლიენტებთან ერთად იმაზე, თუ როგორ არის შესაძლებელი ბალანსის დაცვა თერაპიულ სტრატეგიებსა და მათი ცხოვრების სხვა მიზნებსა და სურვილებს შორის.

ყველა კლიენტის ცხოვრებაში არსებობს ტრიგერები ან გამომწვევი მოვლენები, რომელსაც ნეგატიური რეაქციები მოყვება, და რომელთა მართვასაც ისინი მკურნალობამდე ვერ ახერხებდნენ. თერაპიის მსვლელობისას, კლიენტების უმეტესობა ახერხებს ტრიგერების იდენტიფიცირებას. კლიენტებთან ერთად განიხილეთ, რა განსხვავებული გზებით შეუძლიათ მათ ტრიგერების დაძლევა თერაპიის დასრულების შემდგომ. დაეხმარეთ მათ, სცადონ ამ ტრიგერებთან გამკლავება დამოუკიდებლად, რაც განამტკიცებს მათ თავდაჯერებულობას და თვით-ეფექტურობას. ასევე, მნიშვნელოვანია კლიენტთან ერთად განსაზღვროთ, როგორ გამოიყურება რელაფსის „ადრეული ნიშნები“ და რა შეუძლიათ გააკეთონ მათ იმ შემთხვევაში, თუკი ეს ნიშნები იჩენს თავს. ისეთი სიმპტომები, როგორცაა ძილის დარღვევა, აგზნებადობა ან სუიციდური აზრები, ზოგიერთი კლიენტისათვის იმის მანიშნებელია, რომ დახმარება სჭირდება. აღნიშნულთან მიმართებაში, ერთ-ერთი სტრატეგიაა გამაფრთხილებელი ნიშნებისა და სიმპტომების სიის დაწერა და მათი დაძლევის სტრატეგიების განსაზღვრა თერაპიაზე მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე. აღნიშნული სია შეიძლება შეინახოს კლიენტმა და საჭიროების შემთხვევაში მიმართოს მას.

თუკი ეს საერთოდ შესაძლებელია, ჩაატარეთ თერაპიის დასრულების შემდგომი შეფასება. ბევრი თერაპევტი ბრწყინვალე სამუშაოს ატარებს სანყისი შეფასებისას, მაგრამ ნაკლებ ყურადღებას აქცევს შემდგომ შეფასებას. მიაწოდეთ კლიენტს ინფორმაცია თერაპიის შემდგომი შედეგების შესახებ და შეადარეთ ის თერაპიის დაწყებამდე მიღებულ შედეგებს. ეს ინფორმაცია შეგიძლიათ კლიენტს წარუდგინოთ გრაფიკის ან სქემის სახით. ამგვარი სქემა შესაძლოა მოიცავდეს მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდგომ საზომებს, ქცევათა ჩამონათვალს ან ცვლილებისადმი სენსიტიურ რომელიმე სხვა საზომს, რომელიც ერთობლივი მუშაობის შედეგს ასახავს. გულწრფელად აღწერეთ სფეროები, სადაც ნაკლები ცვლილება იქნა მიღწეული, რამდენადაც შეიძლება ზუსტად ეს სფეროები ასახავდეს იმ განზომილებებს, რომლის მიმართაც გაცილებით მაღალია რელაფსის რისკი. იმსჯელეთ, როგორ შეუძლიათ კლიენტებს გააგრძელონ ამ პრობლემებზე მუშაობა დამოუკიდებლად ან სხვა ინტერვენციების საშუალებით.

ასწავლეთ კლიენტებს, როგორ შეაფასონ საკუთარი თავი. ზოგიერთი კლიენტისათვის შეიძლება მართებული იყოს, წერილობითი ფორმით გადასცეთ იმ ტიპური სიმპტომების ჩამონათვალი, რომელიც დამახასიათებელია მის შემთხვევაში არსებული დარღვევისათვის. შემდგომში კლიენტებს შეეძლება თან იქონიონ ეს ჩამონათვალი, რომელიც მათ დაეხმარება გადანყვიტონ, როდის შეიძლება დასჭირდეთ დახმარება მომავალში. რეკომენდებულია, რომ თერაპიის დასრულების შემდეგ, კლიენტმა საკუთარ თავთან გააგრძელოს თერაპიული სესიები. ამგვარი „თვით-სესიებით“ შესაძლებელია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროცესის იმიტირება: კლიენტი აყალიბებს არსებული პრობლემების განრიგს, განიხილავს ყველა ამ პრობლემას თერაპიის პროცესში ნასწავლი



მეთოდების გამოყენებით და საკუთარ თავს შეუდგენს საშინაო დავალებას, რომელიც პირდაპირ იქნება მიმართული ცალკეულ პრობლემურ სფეროზე მიბმულ ნეგატიურ აზრებსა და ქცევებზე. კლიენტს შეუძლია „თვით-სესიების“ ჩატარება დაიწყოს ექსპერიმენტის სახით თერაპიის ბოლო პერიოდის განმავლობაში და წარმოქმნილი პრობლემები განიხილოს შემდეგ დაგეგმილ სესიაზე. ასეთი თერაპიები ასევე შეიძლება დაგეგმოს ძირითადი თერაპიული სესიების განმავლობაშიც. აქ მთავარ აზრს წარმოადგენს ის, რომ კლიენტისათვის, რომელიც იწყებს „თვით-სესიების“ მოსინჯვას, პირველი რამდენიმე კვირა ხელმისაწვდომი იყოს თქვენთან კონსულტაცია - მოკლე სატელეფონო საუბრის ან ელექტრონული ფოსტის საშუალებით - რაც მას დაეხმარება გაუმკლავდეს პრობლემებს, როგორც კი ისინი გამოვლინდებიან.

მიუხედავად იმისა, რომ კლიენტთან მუშაობის ბოლო ეტაპზე ხართ, დაეხმარეთ მას, ჩამოაყალიბოს მიზნები, რომლის მიღწევაზეც ის თერაპიის დასრულების შემდეგ იმუშავებს. განიხილეთ ის მეთოდები და დროითი მონაკვეთი, რომლის ფარგლებშიც უნდა იმუშაოს მან ამ მიზნებთან მიმართებაში. მოახდინეთ ჩავარდნებსა და რელაფსთან დაკავშირებული შიშების „ნორმალიზება“, თუმცა განხილვის დროს რეალისტურად მიუდევით რისკების შეფასებას. აუხსენით კლიენტს, რომ რელაფსი თავს იჩენს ხოლმე ინტერვენციების შემთხვევაშიც კი და რომ პრობლემის ხელახალი წარმოშობის შემთხვევაში მან საკუთარი თავი არ უნდა დაიდანაშაულოს. დაეხმარეთ მას, განსაზღვროს ნორმალურ ნეგატიურ ემოციებსა და დარღვევებს ან სიმპტომებს შორის არსებული სხვაობა. ბევრ კლიენტს უჭირს ამის გაკეთება და შესაძლოა, ნაკლებ ტოლერანტული იყოს ჩვეულებრივი დისტრესისადმი. მოუწოდეთ თქვენს კლიენტებს, გარკვეული დროის მანძილზე თავად ეცადონ საკუთარი პრობლემის მოგვარება, მაგრამ ასევე უთხარით, რომ მომავალში, აუცილებლობის შემთხვევაში მათ შეუძლიათ თქვენთან დაკავშირება.

იმუშავეთ თქვენს კლიენტებთან რელაფსის პრევენციის წერილობითი გეგმის შემუშავებაზე, რომელიც მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორცაა: მკურნალობის პროცესში დასწავლილი ყველაზე სასარგებლო სტრატეგიების მოკლე შეჯამება, მკურნალობის შემდგომი მიზნები, რეკომენდაციები შემდგომი მუშაობისათვის და ის, თუ როგორ მიიღონ მომავალში დახმარება საჭიროების შემთხვევაში. დაიწყეთ ეს გეგმა კლინიკური შემთხვევის კონცეპტუალიზაციით და მკურნალობასთან დაკავშირებული თქვენი კომენტარებით, სადაც ჩამოთვლილი იქნება თქვენს მიერ გამოყენებული ინტერვენციები და მათზე კლიენტის საპასუხო რეაქციები. ამ გეგმამ შესაძლოა შეასრულოს ტრამპლინის როლი, მკურნალობის ბოლო სესიებზე გეგმის განხილვისათვის. ზოგიერთ კლიენტს მოსწონს, როდესაც მას აქვს მასალები სხვა სახის ფსიქო-საგანმანათლებლო ინფორმაცია, სიმპტომების ან სტრატეგიების ჩამონათვალი ან ილუსტრირებული მიმანიშნებლები, რომელსაც ისინი ერთად კრავენ, რელაფსის პრევენციის კონსპექტის ან საქალაქის შესაქმნელად.



რამონი გადიოდა თერაპიას, რომელიც დაახლოებით 6 თვის მანძილზე მოიცავდა 22 სესიას. მკურნალობის დასასრულისაკენ იგი და მისი თერაპევტი შეთანხმდნენ რელაფსის პრევენციის კონსპექტის შემუშავებაზე. რამონი დათანხმდა შეესრულებინა საშინაო დავალება, რომლის მიხედვითაც უნდა გადაეხედა თერაპიის კურსის განმავლობაში მის მიერ შევსებული აზრების აღრიცხვისა და ყველა სხვა ფორმებისთვის. ასევე, იგი დათანხმდა გადაეკითხა პირადი დღიური, რომელსაც აწარმოებდა. ბოლო სამი თერაპიის განმავლობაში შემუშავებული რელაფსის პრევენციის კონსპექტი მოიცავდა შემდეგ კომპონენტებს:

- აღრე არსებული სიმპტომების ჩამონათვალი და ყველა შესაძლო სიმპტომი, რომელიც რელაფსზე შეიძლება მიუთითებდეს;
- სიმპტომების კითხვარი, დროის ნებისმიერ მომენტში მისი მდგომარეობის შესაფასებლად;
- თერაპიაში გამოყენებული უმთავრესი სტრატეგიების რეზიუმე, ჩამოყალიბებული რამონისათვის გასაგებ ენაზე;
- ცარიელი თერაპიული ფორმები ან ბლანკები, რომლებიც რამონის აზრით, ყველაზე სასარგებლო იყო;
- თერაპევტის საკონტაქტო ინფორმაცია და მომავალში, საჭიროების შემთხვევაში მასთან დაკავშირების ინსტრუქციები.

მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ზოგადად ეფუძნება ცვლილებას და ინდივიდის ცხოვრებაში პრობლემებთან პირდაპირ კონფრონტაციას, მიმდებლობაზე დაფუძნებული ინტერვენციები, როგორცაა გაცნობიერებულ მიმდებლობაზე ტრენინგი (mindfulness training) შეიძლება გამოყენებულ იქნას რელაფსის პრევენციის, როგორც მკურნალობის შემადგენელი ეტაპის, ან მკურნალობის შემდგომი სესიების დროს. ზოგიერთ ამ ინტერვენციას, როგორც რელაფსის პრევენციის დამხმარე ან დამოუკიდებელ კომპონენტს, აქვს ემპირიულად დამტკიცებული საფუძველი ზოგიერთი დარღვევის შემთხვევაში, რემისიის დადგომის შემდგომ (e.g., Segal, Williams, & Teasdale, 2001). თუკი თქვენ გსურთ ამ მოსაზრებების გამოყენება თქვენს მიერ შემუშავებულ მკურნალობის გეგმაში, გირჩევთ, გაიართო სპეციფიკური მომზადება გაცნობიერებულ მიმდებლობაზე დამყარებულ კოგნიტიურ თერაპიაში (mindfulness-based cognitive therapy) ან გააგზავნოთ თქვენი კლიენტი შესაბამის სერვისში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მოსაზრებები შეუმონღებელ ვარაუდებად რჩება, გაცნობიერებულ მიმდებლობაზე დამყარებული მიდგომის მომხრეები თერაპევტებს ურჩევენ, კლიენტებთან მუშაობისას ოპტიმალური შედეგებს მისაღებად, ეს სტრატეგიები გამოიყენონ ყოველდღიურ მუშაობაში. იმ შემთხვევაში, თუ თქვენ არ შეგიძლიათ ამ მიდგომის განხორციელება, იფიქრეთ იმაზე, რომ მიმართოთ გაცნობიერებული მიმდებლობის მედიტაციის ტრენინგ ჯგუფს ან პროგრამას.

კლიენტების უმრავლესობა, რომელსაც პოზიტიური თერაპიული გამოცდილება აქვს, თერაპიის დასრულების გამო გამოხატავს შფოთვის ან წუხილს იმასთან დაკავშირებით, რომ არ ეწეება თერაპევტთან საკუთარი პრობლემების განხილვის შესაძლებლობა. ასევე ხშირად ხდება, რომ თერაპიის დასრულების გამო თერაპევტებიც გრძნობენ გარკვეულ მოწყენილობას და „ჭანსად დედობრივ გრძნობას“ მათი კლიენტის მომავალ კეთილდღეობასთან დაკავშირებით. უთხარით თქვენს კლიენტებს, რომ ადამიანების უმრავლესობას ახასიათებს ასეთი გრძნობები და აბსოლუტურად ბუნებრივია ამ თემაზე საუბარი და მისი განხილვა. საჭიროების შემთხვევაში, უთხარით თქვენს კლიენტს, რა პოზიტიურ ცვლილებებს მიაღწია მან და რა გასწავლათ პირადად თქვენ მასთან მუშაობამ. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების უმთავრეს ფოკუსს კლიენტის მიერ ცვლილების მიღწევა წარმოადგენს, თუმცა ისევე, როგორც ჩვენ ვახდენთ ჩვენს კლიენტებზე გავლენას, ასევე მდგრადია მათ მიერ ჩვენზე მოხდენილი გავლენაც. მიუხედავად იმისა, რომ კლიენტის მხრიდან საჩუქრის მიღებას თერაპევტი არ ელის და ეს არც კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის არის დამახასიათებელი, ჩვენ ნამდვილად არ მოგიწოდებთ, უარი თქვათ მცირე საჩუქრებზე ან ღია ბარათზე, თუკი ეს კლიენტისათვის მნიშვნელოვანია და ეხმარება მას მადლიერების გამოხატვაში.

კლიენტებთან ერთად განიხილეთ, საჭიროების შემთხვევაში, როგორ არის შესაძლებელი მომავალში დახმარების მიღება. მკურნალობის კურსის განმავლობაში, კლიენტებს შეუძლიათ მუშაობასოციალური მხარდაჭერის სისტემის გაფართოებაზე. დარწმუნდით, რომ ასეთი სოციალური დახმარება არსებობს და რომ ის გაგრძელდება თქვენი კლიენტისთვის. რაც შეეხება სოციალურად იზოლირებულ კლიენტებს, ყვადფთ გადაამისამართოთ ისინი თვით-დახმარების ჯგუფში და სხვა მიმდინარე დახმარების სერვისში. წაახალისეთ თქვენი კლიენტები, იზრუნონ საკუთარ თავზე და დააბალანსონ ცხოვრების სტილი. ის, თუ რას გულისხმობს ცხოვრების სტილის ბალანსი, განსხვავებულია ყოველი კონკრეტული ინდივიდისთვის. ასე რომ, განსაზღვრეთ, რას გულისხმობს იგი კლიენტისათვის.

### ანა ს. - ს შემთხვევა, გაგრძელება

მიუხედავად იმისა, რომ ანამ თავისი სურვილით დახურა საქალაქდ, დაასრულა მკურნალობა და მასთან ბოლო შეხვედრის შემდეგ ნ თვეზე მეტი იყო გასული, თერაპევტს არ გაკვირვებია, როდესაც მას ანამ დაურეკა. ანამ თერაპევტს უთხრა, რომ ხუთი თვის წინ დედა გარდაეცვალა და მიუხედავად იმისა, რომ საკმაოდ კარგად გაუმკლავდა ამ სტრესს, გააცნობიერა, რომ მისი ზოგიერთი ძველი ჩვევა უკან უბრუნდებოდა.

როდესაც ანა შეხვდა თერაპევტს, მოუყვა, რომ მისი შფოთვა ვაჟთან დაკავშირებით კიდევ უფრო უარესდებოდა და ის სულ უფრო და უფრო მეტ მზრუნველობას იჩენდა ოჯახის წევრებისადმი. ანა აცნობიერებდა, რომ ეს პატერნი ასახავდა „მონამეობის“ სქემას, რომლისაც ის ადრე, თერაპიის დროს გაეცნო, თუმცა არ იცოდა ზუსტად, როგორ შეეცვალა ეს პატერნი. ანა და მისი თერაპევტი შეთანხმდნენ, რომ ცვლილება მისთვის სასარგებლო იქნებოდა და ამ საკითხზე სამუშაოდ ექვსი სესია დაგეგმეს.

ანასთვის მკურნალობის მეთოდები მოიცავდა შემდგომების დანერგვას, საკუთარი საჭიროებების გააღწერების ფორმების სწავლას, არაგონივრულ მოთხოვნებზე „არა“-ს თქმას. მას შემდეგ რაც ანამ გააცნობიერა, რომ მის გონებაში, თავდადებისა და სხვებზე ზრუნვის საპირისპირო აზრს „ეგოიზმი“ წარმოადგენდა, შესწავლილ იქნა ამ დიქტომორი აზროვნების შედეგები. თერაპევტი და ანა შეთანხმდნენ, რომ ანა ექსპერიმენტის სახით მოსინჯავდა, ყოფილიყო ეგოისტი, რათა ენახა როგორი გრძობაა ეს. ამისთვის მან აირჩია წასულიყო ტორონტოდან ჩიკაგოში ნათესავების სანახავად. იქ ყოფნისას ანაზე ზრუნავდნენ და მას შეეძლო ყურადღება დაეთმო საკუთარი საჭიროებებისა და სურვილებისათვის. ეს „თითქოს“ დავალება, საკმაოდ მძლავრი აღმოჩნდა. ანამ გააცნობიერა, რომ ჰქონდა ლატენტური უნარი, სიამოვნება მიეღო გამოცდილებიდან და „ჩამოეშორებინა“ საკუთარ თავზე აღებული ტვირთი. ამ მოგზაურობამ, ასევე საშუალება მისცა მის ოჯახის წევრებს, საკუთარ თავზე აეღოთ პასუხისმგებლობა და დაენახათ ანა ახლებურად. როდესაც ანა სახლში დაბრუნდა, ის მზად იყო, თავიდან გაენაწილებინა როლები ოჯახის წევრებისთვის. იგი დაელაპარაკა ლუკას იმ დამატებით დახმარებაზე, რაც მას სჭირდებოდა და ლუკაც დათანხმდა. შემდეგ მათ ორივემ ერთად დაგეგმეს მოვალეობები შვილებისათვის. ანა და ლუკა დარეგისტრირდნენ სალამოს ცეკვის კურსებზე, ადგილობრივ სათემო ცენტრში, რაც მათ აიძულებდათ გასულიყვნენ სახლიდან ერთად, რასაც ანა ძალიან აფასებდა. მნიშვნელოვანი იყოს ისიც, რომ ანა ცდილობდა მიეღო და მიიღო კიდევ უკეთესი პოზიცია, მეტი ხელფასითა და სარგებლით იმ იურიდიულ კომპანიაში, სადაც იგი მუშაობდა.

თერაპიის საინტერესო ნაწილი დროის ამ მომენტისათვის იყო ის, რომ ანასა და თერაპევტს შორის ურთიერთობა საგრძნობლად „მომწიფდა“. ანა უფრო ღიად გამოთქვამდა საკუთარ აზრებს და აქტიურად მონაწილეობდა სესიებს შორის დავალებების დაგეგმვაში. თერაპევტმა შეამჩნია და კომენტარი გააკეთა ამ ცვლილებებზე და ანამაც აღიარა ისინი. თუმცა, ის კიდევ უფრო წინ წავიდა და თქვა, რომ როდესაც პირველად მოვიდა თერაპიისათვის, ის თითქოს

ზედმეტად უკმაყოფილო იყო თერაპევტით, რაც მისი თვით-რწმენებით აიხსნებოდა. ამ მსჯელობამ კიდევ უფრო გააღრმავა თერაპევტისა და ანას მიერ თერაპიული პროცესის გაგება, რაც ინტერპრეტირებული იქნა როგორც ანას რწმენების სისტემის ცვლილება.

ევესი სესიის შემდეგ, ანამ თქვა, რომ ის გრძნობდა მზაობას დამოუკიდებელი ფუნქციონირებისათვის, რადგან მისი წუხილი და მონამეობრივი გრძნობები გაცილებით შესუსტდა. თერაპევტმა და ანამ მეშვიდე სესია დაუთმეს იმის განხილვას, თუ რა ისწავლა ანამ წინა თერაპიის განმავლობაში. ასევე განიხილეს ბოლო პერიოდის ცვლილებები, რაც უკავშირდებოდა „ეგოისტი“ და საკუთარ თავზე მზრუნველი ქალისა და დედის გამოცდილების შედეგს. ანამ შენიშნა, რომ იგი საკუთარ თავს ადრინდელზე გაცილებით კომპლექსურად ხედავდა, რაც მას მოსწონდა და რასაც პატივს სცემდა. ანამ პირად ვალდებულებად დაისახა ამ მიმართულებით სვლის გაგრძელება.

## თავი 10

### გამონწვევები კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ჩატარებისას

ამ თავში განხილულია ზოგიერთი გამონწვევა, რომელმაც შეიძლება თავი იჩინოს კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ სიტყვა „გამონწვევა“ ნეგატიური ტონალობა აქვს, თერაპევტისადმი ნაყენებული მოთხოვნები გარკვეულწილად კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტის სამუშაოს საინტერესოს და დამაჭილდოვებელს ხდის. ნარმოდგენილი მიმოხილვის მასშტაბი შეზღუდულია; ჩვენ ვამჯობინეთ შეგვეჩია ყველაზე გავრცელებული გამონწვევები, ნაცვლად იმისა, რომ ყოვლისმომცველი მიმოხილვა დაგვეწერა. სხვა ნაშრომებში განხილულია სხვადასხვა სახის გამონწვევები; თუ ამ საკითხთან დაკავშირებით მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილი გექნებათ, გაეცანით დატილიოს და ფრიმანის (Dattilio and Freeman, 2000), ჯ.ს. ბეკის ( J. S. Beck, 2005), ა.ტ. ბეკის (A. T. Beck და სხვ., 2004), ლინეჰანის (Linehan, 1993), და იანგის (Young და სხვ., 2003) ნაშრომებს.

კლინიცისტებს შორის „გამონწვევის“ სხვადასხვა განმარტება არსებობს, თუმცა არის სიტუაციები, რომლებიც თანაბრად რთულია პრაქტიკოსების უმეტესობისათვის. მოცემულ თავში, *გამონწვევის ელემენტებს* განვსაზღვრავთ როგორც სიტუაციებს, რომლებიც მეტ ძალისხმევას მოითხოვს და რთული მოსაგვარებელია თერაპევტის არსებული კომპეტენციის ფარგლებში. ამდენად, არა მარტო სხვადასხვა თერაპევტს შეიძლება ჰქონდეს გამონწვევები, არამედ ყოველ მათგანს შეიძლება შეხვდეს მსგავსი გამონწვევა გარკვეული დროის შემდეგ. გამონწვევები შეიძლება შემდეგნაირად იქნას დაჯგუფებული: გამონწვევები, რომლებიც კლიენტის მხრიდან იჩენს თავს; გამონწვევები, რომლებიც თერაპევტის მხრიდან იჩენს თავს; გამონწვევები, რომლებიც თერაპიის პროცესში იჩენს თავს და გამონწვევები, რომლებიც თერაპიის მიღმა იჩენს თავს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს განსხვავებები გარკვეულწილად ხელოვნურია და სავარაუდოდ



ყველა მათგანი ურთიერთქმედებაში მყოფი და ურთიერთგადამფარია, მათი შემდგომი განხილვის მიზნით ძალიან მოსახერხებელია გამოწვევების წყაროების დიფერენცირება. ჩვენ აღვწერთ ზოგიერთ გავრცელებულ გამოწვევას თითოეულ ამ სფეროში, შესაძლებლობის შემთხვევაში განვიხილავთ სათანადო კვლევებს, შემოგთავაზებთ პრაქტიკულ რჩევებს თქვენი საქმიანობისათვის. მოცემულ თავში ჩვენი მიზანია დაგეხმაროთ ისწავლოთ, როგორ უნდა მოახდინოთ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში გამოწვევების იდენტიფიკაცია და მათი დაძლევის სტრატეგიების შემუშავება.

## **გამოწვევები, რომლებიც კლიენტის მხრიდან იჩენს თავს**

### **მკურნალობის მითითებების დაუცველობა**

მკურნალობის მითითებების დაცვასთან დაკავშირებით კლიენტის პრობლემები შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს დაწყებული სამკურნალო სესიების გაცდენიდან, დამთავრებული ე.წ. საშინაო დავალებების შეუსრულებლობით ან თავად კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სტრუქტურასთან წინააღმდეგობაში მოსვლით. მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში თავის არიდება დამკვიდრებული პრობლემაა, ამ თავში ჩვენ მას დეტალურად არ განვიხილავთ (იხ. თავი 6). აშკარაა, რომ დასწრება ნებისმიერი სახის ინტერვენციაში ცვლილების წინაპირობას წარმოადგენს! კლიენტს, რომელსაც მკაფიო მიზანი აქვს დასახული და ბეჭითად ასრულებს საშინაო დავალებებს უფრო მეტი შანსი აქვს მიიღოს სასურველი შედეგები, ვიდრე მას, ვინც ასე არ იქცევა (Burns & Spangler, 2000; Helbig & Fehm, 2004; Rees, McEvoy, & Nathan, 2005).

თუკი თქვენ ისეთ კლიენტთან მუშაობთ, რომელიც არ იცავს მკურნალობის ზოგიერთ ასპექტს, პრობლემის მიზეზების განსაზღვრამდე, პირველ რიგში უნდა მოახდინოთ მისი ქცევითი პატერნების იდენტიფიკაცია და აღწერა. სცადეთ უბრალოდ ჩაინიშნოთ ეს პატერნები, სანამ რაიმე ზომებს მიმართავთ. ზოგიერთი კლიენტის პრობლემა შეიძლება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სტრუქტურის მიმართ წინააღმდეგობით იყოს გამოწვეული. ზოგი კლიენტი თერაპიული სესიის დროს წამოჭრის უამრავ საკითხს, საიდანაც ნაწილი დაკავშირებულია პრობლემასთან, მაგრამ ნაწილი საერთოდ არ არის რელევანტური, რითიც გადაჭარბებულად ტვირთავს საკუთარ თავს. ზოგი კლიენტი არაორგანიზებულია და შეიძლება დაეკარგოს, ან დაავინყდეს საშინაო დავალება. ზოგმა შეიძლება თერაპიული სესია დატოვოს საუკეთესო განზრახვებით და მკაფიო იდეით, თუ რა უნდა გააკეთოს, ხოლო შემდეგ “ნერვები არ ეყოს” სახლში. თუმცა, შეიძლება ვიღაც საერთოდ არ ასრულებდეს მიცემულ საშინაო დავალებას და მის ნაცვლად გააკეთოს რაიმე სხვა, რასაც თავად მოინდომებს. თერაპევტის მითითებების დაუცველობის სხვადასხვა ფორმას შეიძლება სხვადასხვა საფუძველი გააჩნდეს.

თუ თქვენ კლიენტის მიერ მითითებების დაუცველობაში რაიმე პატერნს ამოიცნობთ, დაიკავეთ დამკვირვებლის პოზიცია, სცადეთ არ მოახდინოთ კლიენტის ქცევაზე ნეგატიური რეაგირება და არ ჩათვალოთ ის თქვენს მიმართ მომართულ რეაქციად და გამომწვევ ქცევად. შეაგროვეთ მონაცემები რაღაც დროის მანძილზე და არა კრიტიკული, პირდაპირი ფორმით წარუდგინეთ აღნიშნული პატერნი კლიენტს. ნახეთ, შეძლებთ თუ არა თქვენ და კლიენტი ერთად მოდელის იმ პრობლემად იდენტიფიცირებას, რომელიც შესაძლოა ხელს უშლიდეს წარმატებულ მკურნალობას. დაუსვით კლიენტს შეკითხვები ორივე თქვენთაგანის შეხედულებაზე.

მას შემდეგ, რაც მოახდენთ რომელიმე არსებული პატერნის იდენტიფიცირებას, პირველ რიგში სცადეთ მისი რაც შეიძლება მარტივად ახსნა. თერაპევტმა შეიძლება უპირატესობა მიანიჭოს კლიენტის ქცევასთან დაკავშირებით ჩამოყალიბებული ჰიპოთეზის განვითარებას. თავდაპირველად, სწორი იქნება თავი შევიკავოთ იმის ინტერპრეტაციისგან, თუ რატომ არ შეასრულა კლიენტმა საშინაო დავალება ან სხვაგვარად არ შეასრულა გეგმები. ბევრ თერაპევტს გამოუთქვამს სპეკულაციები კლიენტის რეაქციებთან მიმართებაში (ზოგჯერ აღნიშნულს რეგისტრენტობას უწოდებენ) რაც ხშირად, როგორც მცდარი, დადასტურებულია (Leahy, 2001). მაგალითად, დოქტორანტი სტაჟიორის მიერ ჩატარებული თერაპიის სუპერვიზიის დროს, ერთ-ერთმა ჩვენგანმა (D. D.) აღმოჩინა, რომ სუპერვიზიის ქვეშ მყოფს სისტემატიურად არ შემოჰქონდა სუპერვიზიის სესიებზე მისი ერთ-ერთი კლიენტის ანკეტი. ქცევის ეს პატერნი რამდენიმე კვირის განმავლობაში ვლინდებოდა, რის გამოც სუპერვიზორმა დაიწყო ჰიპოთეზების ფორმულირება, თუ რატომ არიდებდა თავს სუპერვიზიის ქვეშ მყოფი თერაპევტი ერთი კონკრეტული კლიენტის საქმის განხილვას. ერთ-ერთი ასეთი განხილვის შემდეგ სუპერვიზორმა აღმოაჩინა, რომ გამორჩენილი კლიენტის ჩანაწერების საქალაქო განსხვავებული ფერის იყო დანარჩენი კლიენტების საქალაქოებისაგან. ყველაზე მეტად სავარაუდოა, რომ სუპერვიზიის ქვეშ მყოფ თერაპევტს კლიენტის ისტორიის შემოტანა მხოლოდ მისი განსხვავებული ფერის გამო ავიწყდებოდა და არა თავის არიდების ან კონტრტრასფერის გამო! პრობლემა ადვილად გადაიჭრა საქალაქის ფერის შეცვლით.

რთული სესიის შემდეგი ვიზიტის გაუქმება სპეკულირებისთვის გარკვეულ ცდუნებას წარმოადგენს. ბევრმა თერაპევტმა შეიძლება მაშინვე “გამოიტანოს დასკვნები” და იფიქროს, რომ კლიენტმა ნეგატიური რეაქცია გამოავლინა სესიის მიმართ, არ შეასრულა საშინაო დავალება, თავს არიდებს თერაპიის ამ რთულ ეტაპს, ფიქრობს თერაპიის შეწყვეტაზე. რასაკვირველია, ასეთი მოსაზრებები შეიძლება არ იყოს საფუძველს მოკლებული, თუმცა, ყოველთვის უნდა გახსოვდეთ, რომ კლიენტი შეიძლება უბრალოდ გაცივდა და ავად გახდა! მომდევნო სესიაზე, პირველ რიგში გამოიკითხეთ გაცდენილი სესიის შესახებ, სანამ რაიმე ვარაუდებს გამოთქვამდეთ თერაპიის შეწყვეტასთან დაკავშირებით. სამწუხარო იქნება, თუკი კლიენტი თავს დამნაშავედ იგრძნობს ან მოუხდება თავის მართლება თქვენი დაუდასტურებელი ეჭვების გასაქარწყლებლად, რამაც შეიძლება თერაპიული ალიანსის დარღვევა გამოიწვიოს.



სხვა ინფორმაცია. თერაპიული მასალებისთვის ერთადერთი წყაროს ქონამ შეიძლება დადებითად იმოქმედოს კლიენტებზე (თუმცა შეიძლება არც იმუშაოს, თუკი კლიენტი მას დაკარგავს ან დაავინყდება მოტანა). ამდენად, მსგავსი პრობლემების მოსაგვარებლად გამოდგებოდა ამ მასალების ასლების ჩართვა კლიენტის საქალაქურ დონეზე.

*როჯერი ახალ კლიენტთან, პოლთან მუშაობდა. მიუხედავად იმისა, რომ როჯერმა პოლთან ერთად საკმაოდ კარგად იმუშავა გონივრული საშინაო დავალებების შემუშავებისათვის და პოლს გადასცა საშინაო დავალების აღრიცხვისთვის საჭირო ფორმები, პოლი მუდმივად კარგავდა მათ. მან თქვა, რომ მთელი დღის განმავლობაში კომპიუტერთან მუშაობდა და იშვიათად ფიქრობდა ქალაქურ დონეზე. მან თერაპევტს შესთავაზა, გამოეყენებინათ მისი მობილური ტელეფონი, სადაც საკუთარ თავს გაუგზავნიდა მოკლე ტექსტურ გზავნილს მიცემული საშინაო დავალების შესახებ. შემდეგ ამ ინფორმაციას გადაიტანდა თავის კომპიუტერში დაგეგმილი შეხვედრების პროგრამაში. პოლმა ასევე შეიმუშავა მის მიერ საშინაო დავალებების შესრულებაზე მონიტორინგისა და შემოწმების პროგრამული ფორმა, რომელსაც ბეჭდავდა თითოეული სესიის წინ. მიუხედავად იმისა, რომ თავიდან როჯერს ეს პროცესი უფრო რთულად მოეჩვენა, ვიდრე მარტივი წერილობითი ფორმა, ცხოვრებისადმი პოლის ტექნიკური მიდგომის პირობებში ამ პროცესმა უკეთ იმუშავა და საკმაოდ წარმატებით იქნა გამოყენებული.*

ყოველ მომდევნო სესიაზე მოიკითხეთ საშინაო დავალება და განიხილეთ სერიოზულად და ყურადღებით. გამოყავით თერაპიული სესიების გარკვეული ნაწილი ამ სამუშაოს შესასრულებლად, განსაკუთრებით პირველ რამდენიმე სესიაზე, რომლის დროსაც თქვენ აყალიბებთ მკურნალობის ემოციურ ფონს. ღიად და მეგობრულად განიხილეთ კლიენტებთან ნებისმიერი პრობლემა, მათ შორის დავალების შეუსრულებლობაც. გირჩევთ, თერაპიის მითითებების შეუსრულებლობა გამოიყენოთ კლიენტის მიერ პრობლემების გადაჭრის უნარის შეფასების საშუალებად. დააკვირდით, რა პრობლემები იჩენს თავს და ეცადეთ ეფექტურად გადაჭრათ ისინი კლიენტებთან ერთად; თუ საშინაო დავალება მნიშვნელოვანია, თავიდან დაავალეთ მისი შესრულება. თუ დავალება მეორედაც არ იქნება შესრულებული, კიდევ დაუთმეთ დრო მის შესრულებას. აუხსენით კლიენტებს, რამდენად არსებითია თერაპიის ეს ნაწილი და ის, რომ მათ უნდა მოძებნონ გზა, რათა სესიებზე განხილული საკითხები გადაიტანონ რეალურ ცხოვრებაში. ამ გზავნილის გადაცემისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ ფრაზა: „ის, რაც თქვენს ცხოვრებაში ხდება სესიებს შორის პერიოდში, ბევრად უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ის, თუ რაზე ვლაპარაკობთ შეხვედრების დროს“.

საშინაო დავალებების მიზანია მაქსიმალურად გაიზარდოს კლიენტების წარმატებულობა და თვით-ეფექტურობა. შეეცადეთ, ხელი შეუწყოთ წარმატების ადრეულ ეტაპზე მიღწევას და წარმატების შემთხვევაში დაეხმარეთ კლიენტს საკუთარი თავი დააჯილდოვონ განულებული



ძალისხმევისა და წარმატებისთვის. შეგიძლიათ თავად შეაქოთ ისინი რეალურად მიღწეული წარმატებისათვის იმდენად, რომ შექება იყოს მიღწევის თანაზომვადი და არ ჰქონდეს კლინიკური უკუჩვენება. თუმცა, თუ კლიენტები საშინაო დავალების შესრულებას არ თვლიან წარმატების მაჩვენებლად, არ შეაქოთ ამისთვის. უმჯობესია აღქმის ასეთი აცდენა გამოიყენოთ კლიენტების აღქმის უკეთ გაგებისთვის და შემთხვევის საკუთარი კონცეპტუალიზაციის ჩამოყალიბებისთვის.

სთხოვეთ კლიენტს აწარმოოს წერილობითი ჩანაწერები საშინაო დავალების შესრულებასა და მიღებულ შედეგებთან დაკავშირებით. გარდა ამისა, დაანესეთ საშინაო დავალებებში არარეალისტური მოლოდინებისა თუ პერფორმანსისთვის შეცდომის ზღვარი. იყავით რეალისტური კლიენტის მიმართ თქვენს მოლოდინებში. მაგალითად, დავალებამ, რომლის მიზანია მოცემული ქცევის გამეორება ყოველდღე, ნაკლებ სავარაუდოა წარმატებამდე მიიყვანოს კლიენტი, ვიდრე დავალებამ, რომელიც იმავე ქცევის გამეორებას კვირაში 4-5-ჯერ გულისხმობს და რამდენიმე დღით “ასვენებს” კლიენტს. კლიენტები უფრო მიდრეკილნი არიან გაიმეორონ წარმატებული, ვიდრე წარუმატებელი ქცევა. თუკი ისინი იმედგაცრუებას განიცდიან “შეუსრულებელი” საშინაო დავალების შემდეგ, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ მათ სცადონ დამატებითი საშინაო დავალების შესრულება, რამაც შეიძლება თვით-ეფექტურობის დაქვეითებამდე მიიყვანოს. მითითებების ზუსტ შესრულებასა და შეუსრულებლობის პრობლემის შესაძლო მოგვარების საშუალებებთან დაკავშირებული კითხვების ჩამონათვალი შეგიძლიათ იხილოთ შესაბამისად ცხრილებში 10.1 და 10.2.

ზოგჯერ, თქვენი თავდაუზოგავი ძალისხმევის მიუხედავად, კლიენტი არ ასრულებს საშინაო დავალებებს, მაშინაც კი, როდესაც დაჟინებით იმეორებს, რომ ნამდვილად უნდა ცვლილებების მიღწევა. გაუთვალისწინებელ ვითარებებზე შეთანხმება (Contingency contracting) შეიძლება განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდეს იმ კლიენტებისთვის, ვისი მითითებების შეუსრულებლობის მოდელიც უცვლელია დროთა განმავლობაში და ხელს უშლის თერაპიას. ერთ-ერთი ჩვენგანი (D. D.) თერაპევტად მუშაობდა შედეგების კვლევაში, რომლის დროსაც საშინაო დავალების შეუსრულებლობა ავტომატურ საფუძველს წარმოადგენდა მომდევნო სესიის გასაუქმებლად. პროტოკოლი თერაპევტს საშუალებას აძლევდა 10 წუთი დაეთმო მითითებების შეუსრულებლობის მიზეზების განხილვისთვის, შემდეგ საშინაო დავალების ხელახლა მიცემისთვის, თუმცა სესიის დანარჩენი დრო გაუქმებულად ითვლებოდა. ყველა მონაწილემ იცოდა ეს წესი წინასწარ. დარღვევის მხოლოდ ერთი შემთხვევა იყო თერაპიის დასაწყისში და თერაპევტს გაუჭირდა ამ “შეცდომა” შეთანხმების დაცვა, თუმცა, წინასწარშეთანხმებული შედეგების დაცვამ საგრძნობლად გააუმჯობესა საშინაო დავალებების შესრულება.



### ცხრილი 10.1. კითხვები, რომლებიც უნდა გავითვალისწინოთ მითითებების შესრულებლობის დროს

1. პრობლემა ერთჯერადად იჩენს თავს თუ ის სქემის ნაწილია?
2. თერაპიული სესიების გარეთაც ახასიათებს კლიენტს ქცევის იგივე, თუ პრობლემა მხოლოდ თერაპიის დროს იჩენს თავს?
3. მიუღია თუ არა კლიენტს მონაწილეობა სხვა სახის თერაპიაში, სადაც არ იყო სტრუქტურა და საშინაო დავალებები?
4. აქვს თუ არა კლიენტს პრობლემები თერაპიის სტრუქტურასთან მიმართებაში?
5. ესმის კლიენტს საშინაო დავალებების შესრულების მნიშვნელობა?
6. გამოხატავს კლიენტი რეაქციას თერაპიის ან თერაპევტის სტილის რომელიმე ასპექტის მიმართ?
7. ჩამოყალიბდა თანამშრომლობითი ურთიერთობა?
8. გააჩნია კლიენტს უნარები და/ან რესურსები იმისთვის, რომ მიჰყვეს პროცესს?
9. ესმის კლიენტს როგორ უნდა შეასრულოს საშინაო დავალება?
10. რამდენად ორგანიზებულია კლიენტი? ზოგადად ხომ არ აქვს პრობლემები საკუთარი დროის, წერილი სამუშაოს ან აქტივობების ორგანიზებასთან დაკავშირებით?
11. მიეცა კლიენტის სახლში წასაღებად მკაფიოდ და კონკრეტულად ჩამოყალიბებული წერილობითი გეგმები?
12. არსებობს რაიმე სიმპტომები (მაგალითად, ყურადღების ცუდი კონცენტრაცია, მოტივაცია, შფოთვა), რომლებიც გავლენას ახდენენ თქვენი კლიენტი მიერ მითითებების შესრულებლობაზე?
13. მითითებების შესრულებაზე და/ან საშინაო დავალებაზე მსჯელობისას რამდენად მკაფიოდ გამოხატეთ თქვენი აზრი?
14. აგირიდებიათ თავი თქვენს კლიენტთან რაიმე მწვავე (რთული) საკითხების წამოჭრისგან?
15. გაგიკვეთებიათ რაიმე ისეთი, რაც საშინაო დავალების მნიშვნელობას დააკნინებდა? მაგალითად, დაგავინწყდათ გამოგეკითხათ დავალება ან დადებითი უკუკავშირი მიგეცათ კლიენტისთვის განუვლ ძალისხმევაზე?
16. კლიენტთან მუშაობისას იცავდით თუ არა კორუფციის-ბიჰევიორული თერაპიის მიზნებსა და გეგმებს?

## ცხრილი 10.2. მკურნალობის მითითებების ზუსტად დაცვის ფასილიტაციის მეთოდები

1. დარწმუნდით, რომ კლიენტებს ესმით და ისინი ეთანხმებიან მკურნალობის ლოგიკას.
2. დარწმუნდით, რომ კლიენტები ნებისმიერ საშინაო დავალებაში ხედავენ აზრდს და ესმით, თუ რა კავშირშია თითოეული ნაბიჯი მკურნალობის საბოლოო მიზანთან.
3. სესიის მსვლელობისას ჩაანერინეთ კლიენტებს ძირითადი საკითხები, შეჯამებები და რჩევები. თუ გთხოვენ სესიის ფორზე ჩანერის ნებართვას, უთხარიტ “დიახ”.
4. გაიმეორეთ საკითხები იმაზე მეტჯერ, ვიდრე თქვენ ფიქრობთ, რომ საჭიროა და ისაუბრეთ კლიენტისთვის გასაგებ ენაზე.
5. წინასწარ განსაზღვრეთ პრობლემები. დასვით შეკითხვები, როგორიცაა: “რა შანსი არსებობს, რომ ამ საშინაო დავალებას წარმატებით შეასრულებთ?” თუ კლიენტის პასუხი 60% ან 70%-ზე ნაკლები შანსია, შეცვალეთ დავალება ან გაამარტივეთ ის.
6. იყავით მუდამ თანამშრომლობითი და დარწმუნდით, რომ კლიენტების მხრიდან საკმაო ძალისხმევაა ჩადებული თერაპიის მიზნებში, მეთოდებსა და პროცესში, მათ შორის საშინაო დავალების ჩათვლიტ.
7. ყოველთვის გახსოვდეთ, საშინაო დავალება გამოკითხოტ დეტალურად. განამტკიცეთ დავალების შესრულებაზე განეული ძალისხმევა. თუ დავალება არ იქნა შესრულებული, განიხილეთ რა წინააღმდეგობები შეხვდატ გზად. თუ საშინაო დავალება არ იქნა შესრულებული ზედიზედ რამდენიმე სესიის განმავლობაში, მაშინ შეცვალეთ ის. ზოგიერთი კლიენტი ახერხებს მდგომარეობის გაუმჯობესებას არც თუ კარგად შესრულებული დავალებების ფონზეც.
8. იყავით კრეატიული საშინაო დავალებების გამოყენებისას. ზოგ კლიენტს წინააღმდეგობრივი დამოკიდებულება აქვს წერილობით დავალებებთან, თუმცა კარგად ასრულებს სხვა სახის დავალებებს, როგორიცაა, მაგალიტად, ვიდეოების ყურება, სხვა ადამიანებისგან უკუკავშირის მიღება, კომპიუტერული კვლევის ჩატარება ან ბიჰევიორულ ექსპერიმენტებში მონაწილეობა. მიუხედავად იმისა, რომ თერაპევტების უმრავლესობას უყვარს კითხვა, გახსოვდეთ, რომ ყველა კლიენტს არ მოსწონს ამის კეთება.
9. ნუ დააკნინებთ კლიენტის შფოტვის მნიშვნელობას ახალი ქცევების მოსინჯვის ან სესიებს გარეთ დამოუკიდებელი ექსპოზიციის დროს. საშინაო დავალებასთან დაკავშირებული პრობლემების შეფასების შემდეგ, თუ შიშმა შეიძლება კლიენტის მიერ საშინაო დავალების შესრულების შანსი შეამციროს, სესიის მსვლელობის დროს გაიარეთ რეპეტიცია.

10. დარწმუნდით, რომ საშინაო დავალება კლიენტებისთვის არ არის ძალიან მოუხერხებელი. მაგალითად, ადგილობრივ სატრენაჟორო კლუბში განწვრიანება უფრო წარმატებით განხორციელდება, ვიდრე ქალაქის ყველა მაღაზიაში ფასდაკლებით ვაჭრობის უფლებაზე ხელმოწერა.
11. გაითვალისწინეთ ყველა შესაძლო ბარიერი, რომლის ხსენებაც კლიენტს შესაძლოა არ უნდოდეს (მაგალითად, ხარჯი, განათლების დონე, ადამიანები მათი გარემოცვიდან, რომლებიც არ უჭერენ მხარს). დარწმუნდით, რომ კლიენტს გააჩნია გეგმის განსახორციელებლად საჭირო უნარები და რესურსები.
12. ყოველთვის ჩაწერეთ საშინაო დავალება ან ჩააწერინეთ კლიენტს. ერთ-ერთმა ჩვენგანმა (D. D.) შეიმუშავა ცვლილებების დანიშნულების ფორმა (იხ. ნახ. 5.1), რომელიც ჰგავს ექიმის მიერ გაცემულ რეცეპტს. ფორმაზე იწერება საშინაო დავალება და ასევე მითითებულია შემდეგი შეხვედრის დრო და თერაპევტის საკონტაქტო ინფორმაცია.
13. ზოგ კლიენტს მოსწონს თერაპიის საქალაქის გამოყენება, სადაც იწერს დროთა განმავლობაში საშინაო დავალებების შესრულებაში მიღწეულ პროგრესს.
14. დაიცავით დროითი შეზღუდვები. თუ კლიენტი აგვიანებს, ნუ გააგრძელებთ სესიას მაშინაც კი, როდესაც ამის საშუალება გაქვთ.
15. დროდადრო საშინაო დავალებები მიეცით საკუთარ თავსაც (მაგალითად, კლიენტისთვის სტატიის მოძებნა). მიჰყევით თქვენ საშინაო დავალებას და შემდეგ სესიაზე ისაუბრეთ მიღწეული შედეგების შესახებ.
16. შეიძლება მარტივად ჟღერდეს, მაგრამ მოსახერხებელი იყოს ოთხი P-ს გამოყენება: შეუპოვრობა (Persistence), მოთმინება (Patience), ნელი, თანმიმდევრული ნაბიჯებით სვლა (Pacing) = პროგრესს (Progress)! არ დანებდეთ. თქვენი გამბედაობა დაეხმარება კლიენტს გახდეს უფრო გაბედული.

მეორე შემთხვევაში, ახალგაზრდა მამაკაცს ჩვევად ჰქონდა სესიაზე არა ნაკლებ 10 წუთით დაგვიანება. მას ჩამოუყალიბდა მძინარას სქემა, რაც არ აძლევდა თვით-ორგანიზების და სესიებზე დროულად მოსვლის საშუალებას. პრობლემის იდენტიფიცირების შემდეგ თერაპევტი და კლიენტი შეთანხმდნენ, რომ თუ კლიენტი გარკვეულ წუთებზე მეტი დროით დაიგვიანებდა, სესია გაუქმდებოდა და გადაიდებოდა შემდეგი კვირისთვის. ეს შეთანხმება საკმაოდ ეფექტური აღმოჩნდა. ასეთი შედეგები კლიენტს აწვდის გზავნილს, რომ სერიოზულ ყურადღებას საჭიროებს არა მხოლოდ მისი საშინაო დავალებები, არამედ თერაპევტის დროც ძალიან მნიშვნელოვანი და დასაფასებელია. გაითვალისწინეთ, რომ ასეთი სახის ინტერვენცია ეფექტურია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კლიენტი აფასებს თერაპიას და კარგი თერაპიული ალიანსია ჩამოყალიბებული. ასევე წინასწარ უნდა იქნას შეთანხმებული ანაზღაურების საკითხიც, რადგან შეიძლება კლიენტის აღშფოთება გამოიწვიოს ჩაუტარებელი სესიისთვის თანხის გადახდამ.

ერთ-ერთი ჩვენგანი (K. S. D.) ზოგჯერ სთავაზობდა "სამი ამბოხის" მდგომარეობას, რომლის არსიც შემდეგში მდგომარეობს: კლიენტთან თერაპიის შეწყვეტაზე შეიძლება იფიქროთ, თუ კლიენტი ვერ ან არ ასრულებს დავალებებს; თუ მიუხედავად თქვენი და კლიენტის თავდაუზოგავი მუშაობისა, არ სრულდება ერთიდაიგივე მნიშვნელოვანი დავალება; და თუ წინა სესიებზე პრობლემასთან დაკავშირებულ მითითებების შესრულებასთან დაკავშირებით კლიენტის მხრიდან დაუმორჩილებლობა ვლინდებოდა. ძალიან ხშირად, თქვენ, როგორც თერაპევტს ხელები გაქვთ შეკრული, თუ კლიენტი არ ან ვერ ასრულებს თერაპიის მითითებებს. შესაძლოა, უკეთესი იყოს თქვენი დრო დაუთმოთ იმ კლიენტებს, ვინც მზად არიან მეტი ერთგულებით მოეკიდონ საქმეს. თუკი დარწმუნებული ხართ, რომ ეს თქვენი მხრიდან არ იქნება უბრალოდ პრობლემური კლიენტის „დასტა“, მაშინ შეიძლება საპასუხისმგებლო გადაწყვეტილება მიიღოთ მკურნალობის გადავადებასა ან შეწყვეტასთან დაკავშირებით. გარდა ამისა, თუ თქვენ იყენებთ გაუთვალისწინებელ პირობებზე შეთანხმების ან მიზეზ-შედეგობრივ სისტემებს, მაშინ განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია, ზედმიწევნით დაიცვათ წინასწარ შეთანხმებული მიზეზ-შედეგობრიობა. გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ ისეთი სიტუაციები, როდესაც კლიენტთან ან სხვა პირების მიმართ აშკარა რისკი ან სხვა სახის საგანგებო მდგომარეობა არსებობს.

და ბოლოს, მნიშვნელოვანია მოვახდინოთ იმის იდენტიფიკაცია, ხომ არ წარმოადგენს მითითებების შეუსრულებლობის სქემა მნიშვნელოვან ინტერპერსონალურ პრობლემას, როგორცაა მაგალითად, ღერძი II-ის აშლილობები. ასეთი პრობლემები შეიძლება მყისიერად არ იყოს შესამჩნევი, მაგრამ დროთა განმავლობაში გაგიჩნდეთ ეჭვი მათი არსებობის შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი გამონაკლისი უკავშირდება კლიენტის ხანგრძლივად არსებულ ინტერპერსონალურ სტილს ან კოგნიტიურ სქემებს, ჩვენს მიზანს არ წარმოადგენს წინამდებარე ტექსტში ღერძი II-ის პრობლემების განხილვა. პიროვნული აშლილობის მქონე კლიენტების ფსიქოლოგიური მკურნალობის შესახებ ინფორმაციისთვის გაეცანით წინამდებარე დოკუმენტში ზემოთ მოხსენიებულ ტექსტებს (A. T. Beck და სხვ., 2004; Young და სხვ., 2003). კოგნიტიურ თერაპიაში რეზისტენტულობის ამომწურავი მიმოხილვისთვის იხილეთ Leahy (2001). ღერძი II-ის აშლილობების კლინიკური მანიშნებლების ჩამონათვალი იხილეთ ცხრილში 10.3.

## ზედმეტად დამჯერე კლიენტები

ზოგიერთ კლიენტს საერთოდ არ უჭირს მითითებების შესრულება და პირიქით, უკიდურესად დამჯერია. მიუხედავად იმისა, რომ დამჯერ კლიენტებთან მუშაობა შეიძლება სასიამოვნოც იყოს, ამგვარმა ტენდენციამ შეიძლება გამოწვევის წინაშე დააყენოს და შეაფერხოს პროგრესი. შეიძლება თანდათანობით მიხვდეთ, რომ ასეთი კლიენტები არა მხოლოდ ძალიან დამჯერი, არამედ, ამავე დროს ძალიან პასიურები

არიან და ცდილობენ თქვენ გასიამოვნონ. ისინი არ სვამენ ბევრ კითხვას, მაგრამ ხშირად ითხოვენ თქვენგან რჩევებს და დახმარებას. არასოდეს იგვიანებენ; ფაქტიურად უმეტესად ადრეც მოდიან და მოსაცდელ ოთახში ათვალეირებენ საკუთარ საშინაო დავალებებს. არ არიან მიდრეკილნი სესიების გაცდენის ან გაუქმებისკენ; პირიქით, შეიძლება სესიაზე გამოცხადდნენ მაშინაც კი, როდესაც აშკარად ავად არიან. ისინი არა მხოლოდ იწერენ ყველა აქტივობას, არამედ საკუთარ კომპიუტერებში ქმნიან სპეციალურ ფორმებსაც, სადაც შეაქვთ დამატებითი მონაცემები, შემდეგ კი წარმოგიდგენენ სესიაზე თქვენი დასტურის მისაღებად. ეს ის კლიენტები არიან, რომლებმაც შეიძლება დღესასწაულებზე მცირედი საჩუქარიც მოგიტანონ და ხშირად წუხილს გამოხატავენ თერაპიული სესიების დასრულების გამო.

მიუხედავად იმისა, რომ თერაპევტისთვის შეიძლება საკმაოდ სასიამოვნო იყოს ასეთ კლიენტებთან მუშაობა, მნიშვნელოვანია დარწმუნებული იყოთ, რომ სახეზეა რეალური თანამშრომლობა. საუკეთესო შემთხვევაში, კლიენტები არა მხოლოდ აფასებენ თერაპევტის ძალისხმევას, არამედ თანამშრომლობით როლსაც ასრულებენ თერაპიაში. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მიზანია დაეხმაროს კლიენტს “გახდეს საკუთარი თავის თერაპევტი”. ზოგიერთი კლიენტი შეიძლება ძალიან დამჭერი იყოს, რადგან ეს მისი ტიპური მოდელია და მას საკმაოდ კარგ სამსახურს უწევს; სხვა კლიენტები კი შეიძლება უბრალოდ “მექანიკურად მოქმედებდნენ” და რეალურად არ გამოხატავდნენ საკუთარ აზრებსა და მოსაზრებებს თერაპევტთან.

### **ცხრილი 10.3. ღერძი II-ის პრობლემების კლინიკური მანიშნებლები**

1. კლიენტის, სხვა მნიშვნელოვანი პირების და სხვა პროფესიონალების ანგარიშებიდან გამომდინარე ჩანს, რომ პრობლემა ხანგრძლივი ისტორიის მქონეა.
2. კლიენტი წინა მკურნალობების დროსაც არ იცავდა მკურნალობის მითითებებს ზუსტად.
3. ჩანს, რომ მკურნალობას ახასიათებს “დანყება - შეჩერების” სქემა, რომელიც ხანდახან ყოველგვარი აშკარა მიზეზის გარეშე იწყებს მოქმედებას.
4. როგორც ჩანს, კლიენტს წარმოდგენა არ აქვს რა გავლენას ახდენს ის სხვა ადამიანებზე და შეიძლება სხვებს ადანაშაულებდეს საკუთარ პრობლემებში.
5. სხვა პროფესიონალებმა ეჭვქვეშ დააყენეს კლიენტის მკურნალობის მოტივაცია.
6. კლიენტი საუბრობს მკურნალობის მნიშვნელობაზე, თუმცა არ არის, ან ძალიან მცირეა შესამჩნევი ცვლილებები. მაშინაც კი, როდესაც ადგილი აქვს გაუმჯობესებას, არ ხდება მათი შენარჩუნება.
7. ფსიქო-აქტიური მედიკამენტები არ აღმოჩნდა სასარგებლო.



8. კლიენტი საუბრობს პრობლემებზე, როგორც მისი პიროვნების "ძირითად" შემადგენელ ნაწილზე. სახეზეა პრობლემების "ეგოსინტონური" ბუნება.
9. ამჩნევთ, რომ ადგილი აქვს ხშირ კრიზისებს და მკურნალობა "მცირე კრიზისების" სერიას ემსგავსება. ხედავთ, რომ სესიების დასრულების შემდეგ კლიენტზე ღელავთ.
10. რეფერირებისას წარმოდგენილი მოცულობითი ჩანაწერები მრავალჯერადად ჩატარებულ წინა მკურნალობებზე მიანიშნებს. კლიენტს შეიძლება ჰქონდეს გადაუდებელი დახმარების კაბინეტის მომსახურებით სარგებლობის, ჰოსპიტალიზაციის და წინა "წარუმატებელი" მკურნალობების ისტორია, მათ შორის წამლებზე რეაგირების არ ქონა. შესაძლოა პროფესიონალებს (თქვენი ჩათვლით) უარყოფითი რეაქცია ჰქონდათ კლიენტის მიმართ, რაც გაბრაზებას და იმედგაცრუებასაც გულისხმობს. შეიძლება შემთხვევის განხილვისას არსებობდეს აზრთა სხვადასხვაობა იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა მოხდეს სიტუაციის მართვა ან მკურნალობის გაგრძელება.
11. კლიენტი აკეთებს იმას, რის გაგებაც მაშინვე არ შეგიძლიათ, რაც მის ხასიათში არ ჯდება ან თვით-დამარცხებაზე მიმართული.

*შენიშვნა:* ეფუძნება Freeman and Leaf (1989) მონაცემებს. ადაპტირებულია არტურ ფრიმანის ნებართვით.

როგორც კი მოახდენთ ამ სქემის, როგორც პრობლემის იდენტიფიცირებას, თქვენი პირველი ნაბიჯი უნდა იყოს კლიენტებთან მისი ღიად განხილვა და იმის გარკვევის მცდელობა, რა უდევს საფუძვლად ამ სქემას. ეს რწმენები შეიძლება ცვლილების წინასწარშეთანხმებული მიზნების ნაწილი გახდეს. ეცადეთ, რომ ასეთმა კლიენტებმა თავად დაინიშნონ საშინაო დავალებები. შესაძლებლობის შემთხვევაში, ან, როდესაც თქვენ უნიშნავთ საშინაო დავალებას, დარწმუნდით, რომ კლიენტისგანაც გარკვეული ძალისხმევაა ამაში ჩადებული. მათ შეიძლება ჰქონდეთ ავტომატური აზრები, როგორცაა "თერაპევტმა უკეთ იცის"; "ჩემი შეხედულებები არ არის ისეთი მნიშვნელოვანი, როგორც თერაპევტის აზრი"; "უფრო მნიშვნელოვანია ასიამოვნო სხვა ადამიანებს, ვიდრე ვთქვა, რა მინდა მე" ან "ჩემი თერაპევტი გაბრაზდება თუ მე -----". შეიძლება მოგინდეთ, პირდაპირ უპასუხოთ ამ ავტომატურ აზრებს და კლიენტს აუხსნათ, რომ თქვენ გირჩევნიათ გულწრფელად გამოხატონ უთანხმოება და საკუთარი აზრები, ვიდრე იყონ მუდმივად ყველაფერზე თანახმა.

ზედმეტად დამჭერი კლიენტების კოგნიტიურ და ბიჰევიორულ სქემებში შესაძლოა პერფექციონიზმი აღმოაჩინოთ. თუ მათი თვინიერების მიზანი თქვენთვის სიამოვნების მონიჭება უფროა, ვიდრე საკუთარ თავში ცვლილებების მოხდენა, ჩაატარეთ ბიჰევიორული ექსპერიმენტები, რომლის დროსაც ისინი გააზრებულად ეცდებიან თქვენი უკმაყოფილების გამოწვევას. ასეთი ექსპერიმენტები შეიძლება გულისხმობდეს სესიის გაუქმებას გონივრული მიზეზის გარეშე, რამდენიმე წუთით დაგვიანებას, ან

საშინაო დავალების არასწორად შესრულებას. ასეთი სახის ექსპერიმენტის გამოყენება შეიძლება ძალიან რთული, თუმცა სასარგებლო იყოს კეთილსინდისიერი და პერფექციონისტი კლიენტებისთვის. ერთ-ერთმა ჩვენგანმა (D. D.) თავის ზედმეტად პუნქტუალურ კლიენტს მისცა დავალება, სესიაზე დაეგვიანა 5 წუთით (ორივე მხარის შეთანხმებით). თერაპევტი აკვირდებოდა, როგორ იდგა კლიენტი კუთხესთან და ელოდა, რომ ზუსტად შეთანხმებული რაოდენობის წუთებით დაეგვიანა! ამ ექსპერიმენტების შედეგების სესიაზე განხილვა შეიძლება ძალიან სასარგებლო იყოს. ამგვარი ექსპერიმენტების გზით კლიენტები სწავლობენ სხვა ადამიანების რეაქციებს და ვიმედოვნებთ, რომ ასევე სწავლობენ საკუთარი საჭიროებების დაკმაყოფილებას და არა უსიტყვო თანხმობას მათ მიერ სხვა ადამიანების საჭიროებების აღქმაზე. პარადოქსია, თუმცა ზოგ კლიენტში მითითებების შეუსრულებლობის მტკიცებულება შეიძლება დამოუკიდებელი აზროვნების და თვითკმარობის ნიშანი იყოს.

### **მომთხოვნი, აგრესიული ან ძალიან ბრაზიანი კლიენტები**

ბრაზიანი და აგრესიული კლიენტები ძალიან განსხვავდებიან ზედმეტად თვინიერი და დამტყვრ კლიენტებისგან. ისინი ძალიან ბევრს მოელიან თერაპევტისგან და ღიზიანდებიან, როდესაც მოლოდინები არ უმართლდებათ. იმედგაცრუების შემთხვევაში, მათ შეიძლება თქვენ დაგადანაშაულონ ამაში. ასეთი სქემები შეიძლება აშკარად არ ჩანდეს შეფასების დროს, მაგრამ აშკარა ხდება გარკვეულ ვითარებაში. მაგალითად, თუ თქვენ შეცვლით შეხვედრის დროს, დაიგვიანებთ სესიაზე ან გონებაგაფანტული იქნებით, ამან შეიძლება გააღიზიანოს მომთხოვნი კლიენტები. თუ მიცემული საშინაო დავალებები ისე არ შესრულდა, როგორც დაგეგმილი იყო, შედეგებში თქვენ დაგადანაშაულებენ. თუ ასეთი კლიენტები კვირის განმავლობაში კლინიკაში შემოივლიან, მათ მოლოდინი ექნებათ, რომ თქვენი დღის განრიგიდან გამოყოფთ დროს წვრილმან პრობლემებზე სასაუბროდ. მაგალითად, ერთ-ერთ ჩვენგანს (D. D.) ჰყავდა კლიენტი, რომელიც მისთვის დანიშნული დროის გარდა, პერიოდულად შემოივლიდა ხოლმე კლინიკაში. იგი იძახებდა რეგისტრატორს და ითხოვდა თერაპევტთან შეხვედრას ან ტელეფონის გამოყენებას; ისე იქცეოდა, თითქოს სჭეროდა, რომ მისი პრობლემები სხვა კლიენტების პრობლემებზე უფრო მნიშვნელოვანი იყო.

მნიშვნელოვანია, რომ ასეთ საკითხებს თავი კი არ ავარიდოთ, არამედ ვუნოდოთ მათი თქვენი ან იმ ორგანიზაციის “პრობლემები”, სადაც თქვენ მუშაობთ. როგორც ნებისმიერი პრობლემის დროს, მნიშვნელოვანია, რომ გულახდილი ესაუბროთ კლიენტებს და კარგად გავიგოთ მათი ქცევის საფუძვლად მდებარე რწმენები. დაამყარეთ უკუკავშირი. ადამიანები, რომლებიც სიბრაზეს გამოხატავენ, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ცხოვრებაში სხვა ადამიანებისგან იღებდნენ უკუკავშირს. სხვები სავარაუდოდ უსიტყვოდ ასრულებენ ასეთი კლიენტების მოთხოვნებს ან დროთა განმავლობაში სწავლობენ მათთვის თავის სრულად არიდებას



ჩვევაში, თუმცა ეს არ არის თქვენი შესაფერისი როლი! თქვენ უნდა შეძლოთ თერაპიასთან მიმართებაში იუმორის, როგორც შესაძლო პრობლემის დანახვა და მისი ეჭვქვეშ დაყენება. ასეთი კლიენტები გამართობის როლის მორგებით შეიძლება თავიდან აცილების მოდელის ექსპოზიციას ახდენდნენ. მაგალითად, კლიენტისთვის შეიძლება ძნელი იყოს ნეგატიური ემოციების გამოხატვა ან საკუთარი ცხოვრებისეული პრობლემების განხილვა. თავის არიდების ასეთ ტიპს შეუძლია ცვლილებისთვის ხელის შეშლა როგორც თერაპიული სესიების ფარგლებში, ისე საშინაო დავალებების შესრულებისას. მიეცით ასეთ კლიენტებს უკუკავშირი და აკონტროლეთ თქვენი რეაქციები მათ მხიარულ სტილზე.

ასეთმა “მხიარულმა” პატერნმა შეიძლება ხელი შეუშალოს თერაპიას, თუმცა არის მომენტები, როდესაც ნამდვილად სასარგებლოც კი იქნება თქვენი კლიენტის სტილზე რეაგირება. განსაზღვრეთ, როდის არის პატერნი თერაპიის ხელშემშლელი და არა მისი ხელშემწყობი. ადამიანების უმეტესობა დროდადრო მხიარული და იუმორით აღსავსეა ან უცნაური ინტერესები და ჩვევები აქვს. როდესაც ასეთი სტილი პრობლემური პატერნის ნაწილს არ წარმოადგენს, თქვენი მხრიდან კლიენტის იუმორზე ან მონათხრობზე დადებითი რეაქცია შეიძლება მათთვის საკმაოდ კარგი განმამტკიცებელი იყოს. თქვენს ღიმილს ან მხიარულ განწყობას დახმარების განევა შეუძლია თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბებაში. დეპრესიული კლიენტის მიერ მოყოლილ ანეგდოტზე გაცინება სავარაუდოდ გააუმჯობესებს მის განწყობას და დაოსტატების გრძნობას. თუ თქვენს კლიენტს პასუხობთ როგორც რთულ პიროვნებას და აღიარებთ და აფასებთ მისი ინტერესებისა და გამოცდილების მრავალფეროვნებას, ასეთი პასუხი ასევე დაეხმარება კლიენტს საკუთარი თავის შესახებ შეხედულების შეცვლაში.

## სხვა რთული ინტერპერსონალური სტილის მქონე კლიენტები

არსებობს მრავალი სხვა ინტერპერსონალური მოდელი, მათ შორის ზედმეტად დამოკიდებული და არა-კომუნიკაბელური კლიენტები და აკვიატებული, წუნუნა ან ნეგატიური კლიენტები. წინამდებარე თავში ამ ყველა პატერნის განხილვის ნაცვლად, გირჩევთ, თერაპიის რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე მოახდინოთ ასეთი ინტერპერსონალური სტილების იდენტიფიკაცია და რეგულარულად გადასინჯოთ ხოლმე შემთხვევის ფორმულირება. რა პროგნოზებს აკეთებთ სესიამდე? ელით თუ არა კლიენტთან შეხვედრას, ან ხომ არ გაქვთ იდუმალი იმედი, რომ გააცდენს ან გააუქმებს სესიას? გიხარიათ, როდესაც სესია მთავრდება? ხომ არ გაღიზიანებთ კონკრეტული კლიენტი? კლიენტთა რომელიმე გარკვეულ ჯგუფზე უფრო მეტად ხომ არ შეგტკივათ გული, ვიდრე სხვებზე? იმუშავებ თქვენი თვით-ცნობიერების განვითარებაზე. მოუსმინეთ საკუთარ ავტომატურ აზრებს კლიენტების შესახებ. თქვენი ავტომატური აზრებისთვის გამოიყენეთ დისფუნქციური აზრების ჩანაწერები. შეაფასეთ - თქვენი აზრები კლიენტის შესახებ კოგნიტურ შეცდომებს შეიცავს თუ

რეალისტურია? რამდენად ესადაგება თქვენი რეაქცია შემთხვევის თავდაპირველ ფორმულირებას? ხომ არ არსებობს იმის შანსი, რომ თქვენივე რეაქციები კლიენტს იმგვარად მიეწოდებოდეს, რომ პატერნი თვით-შესრულებადი გახდეს? საჭიროების მიხედვით შეიტანეთ ცვლილებები შემთხვევის ფორმულირებაში. ზოგადად უფრო გონივრულია, იყოს ღია და გამჭვირვალე კლიენტებთან მიმართებაში მაშინაც კი, თუკი თქვენს თერაპიულ ალიანსს და კომუნიკაციის სტილს კონფიდენციალურად განიხილავთ.

### **კლიენტები, რომლებსაც ცვლილებისადმი ურთიერთსაწინააღმდეგო მოდელეები აქვთ**

ზოგჯერ ხდება, რომ კლიენტი ბოლომდე არ “აღიარებს” თერაპიის კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მოდელს, მიუხედავად თერაპევტის მიერ ამ მიდგომაში მათი სოციალიზაციისთვის განეული მაქსიმალური ძალისხმევისა. არ არსებობს საბოლოო შედეგების რომელიმე ცნობილი კვლევა, სადაც შედარებული იქნებოდა იმ კლიენტების შედეგები, რომლებიც აღიარებენ და არ აღიარებენ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მოდელს მათ პრობლემებთან მიმართებაში. თუმცა ჯანსაღი აზრი გვკარნახობს, რომ კლიენტი, რომელსაც ესმის და ეთანხმება მოდელს, სავარაუდოდ უფრო ბეჭითად მუშაობს და ცვლილებას უკავშირებს საკუთარ ძალისხმევას და არა რაიმე სხვა ფაქტორებს; ასევე, ისინი თერაპიას ასრულებენ გაუმჯობესებული თვით-ეფექტურობით, რასაც მომავალში მათი მხრიდან მეტი ძალისხმევა და რელაფსის ნაკლები რისკი მოყვება.

კლიენტის რწმენები მისი პრობლემების გამომწვევ მიზეზებთან დაკავშირებით შეიძლება ისევე განვიხილოთ, როგორც ნებისმიერი სხვა რწმენა. მათ მიმართ თერაპიაში შეიძლება გამოყენებულ იქნას საერთო კოგნიტური სტრატეგიები, როგორცაა კოგნიტიური რესტრუქტურისაცა და ბიჰევიორული ექსპერიმენტირება. მაგალითად, თუ კლიენტს სჯერა, რომ მისი პრობლემების გამომწვევი მიზეზი ბიოლოგიურია, ის ნაკლებად შეძლებს საკუთარი ძალისხმევით გამომწვეული ცვლილების დანახვას. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება განხორციელდეს ბიჰევიორული ექსპერიმენტი. ექსპერიმენტი შედგება თვით-მონიტორინგისა და ABAB ექსპერიმენტისგან, რომლის დროსაც კლიენტი ახორციელებს თვით-მონიტორინგს, იწყებს ქცევას, აჩერებს მას, შემდეგ კვლავ იწყებს, და ამავდროულად აფასებს ცვლადებს, როგორცაა განწყობა, ავტომატური აზრები, და სხვა თანმდევი შედეგები. ასეთი სახის ექსპერიმენტის დროს კლიენტი სწავლობს, რომ შეუძლია კონტროლი დაამყაროს საკუთარ რეაქციებზე (პასუხებზე) და რომ ბიოლოგიური ცვლადები მისი ფუნქციონირების დონის მხოლოდ ერთ-ერთი შესაძლო გამომწვევი ცვლადები იყვნენ.

იმ კლიენტებისათვის, რომლებიც თავისი პრობლემების გამომწვევი მიზეზების შესახებ რწმენებს ებრძვიან, შეიძლება სასარგებლო იყოს ამ მიზეზების სხვადასხვა ფაქტორებთან ატრიბუცია (e.g., Zubin & Spring, 1977).



მიზნებთან მიმართებაში ასეთი სხვადასხვა აზრები კლიენტს მიიყვანს ცვლილებებისადმი კომპლექსურ ატრიბუციამდე, მათ შორის კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში მათ ძალისხმევაზე ატრიბუციამდე. თერაპიაში ჩვენ ვიყენებთ სავარჯიშოს, რომლის დროსაც კლიენტს ვთხოვთ ჩამოთვალოს ყველა შესაძლო გამოწვევი ცვლადი, როგორცაა გენეტიკური ფონი, ადრეული და ბოლოდროინდელი გამოცდილებები, კავშირები და სხვა გარემო ფაქტორები, თვითკონტროლი და “უიღბლობა” ან ბედისწერა. ამის შემდეგ ვთხოვთ თითოეულ ცვლადს მიაწერონ შესაბამისი პროცენტული წილი. შემდეგი სავარჯიშო შეიძლება გულისხმობდეს იმის შეფასებას, რამდენად შეუძლია კლიენტს თითოეული ცვლადის კონტროლი დროის მოცემულ მომენტში. ზოგიერთი ცვლადი (მაგალითად, გენეტიკური ფონი ან ადრეული გამოცდილება) ვერ შეიცვლება; ზოგიერთი (მიმდინარე გარემო ფაქტორები, კავშირები, რწმენები და დამოკიდებულებები) შეიძლება გადაადგილდეს. ეს სავარჯიშო დაგეხმარებათ შეაფასოთ კლიენტის მიზნებთან დაკავშირებული რწმენები და წარმოადგინოთ გამოწვევი მიზნების მულტიფუნქციური მოდელი. ამგვარი განხილვა ასევე მიგანიშნებთ არსებული პრობლემების შეცვლის გზებს. აქ ზოგადი პრინციპი იმაში მდგომარეობს, რომ არსებობს უამრავი სხვადასხვა მიზეზი, როგორც პრობლემების წარმოშობის და ასევე მათი დაძლევისათვის (რაც ყოველთვის არ არის ერთი და იგივე!).

იყავით რეალისტური კლიენტებთან ცვლილების მოდელის განხილვისას, რადგან ისინიც იღებენ სხვადასხვა ურთიერთსაწყინააღმდეგო გზავნილებს სხვა ადამიანებისგან და მედიისგან. ზოგჯერ “აღიარების” ნაკლებობა შეიძლება უკავშირდებოდეს იმ სხვა ადამიანების რწმენებს და მათ გავლენას, როგორცაა, მაგალითად, პარტნიორი, მშობელი ან ოჯახის ექიმი. ოჯახის წევრებმა შეიძლება კლიენტს მიაწოდონ გზავნილი, რომ უბრალოდ “უნდა გამხნევდნენ”, “წელში გაიმართონ”, ან მიიღონ დანიშნულება სწორ წამალზე. თუკი ასეთი სახის შეუსაბამობა აშკარა ხდება, განიხილეთ კლიენტთან სხვადასხვა სახის მოდელები და შეაფასეთ ამ იდეებისადმი მათი მიმდებლობა. შეგიძლიათ კლიენტს დაეხმაროთ გაივარჯიშოს, რა უნდა უპასუხოს მის ცხოვრებაში არსებულ ადამიანებს, რომლებიც არ ეთანხმებიან თერაპიულ მოდელს. სხვა სტრატეგიებია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიული მოდელის შესახებ ოჯახის წევრებისთვის წერილობითი ინფორმაციის მიწოდება, ან სხვა პირის მოწვევა ფსიქო-საგანმანათლებლო სესიაზე (კლიენტის თანხმობის შემთხვევაში). თუ ოჯახის წევრთან მართავთ სესიას, ზოგადად გირჩევთ, რომ კლიენტიც დაასწროთ მას.

გადაამოწმეთ და დარწმუნდით, რომ კლიენტს არ მიუღია წინააღმდეგობრივი გზავნილები სხვა პრაქტიკოსებისგან, რომლებსაც ის ხვდება. მაგალითად, ოჯახის ექიმს შეუძლია კლიენტის რეფერირება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაზე, მაგრამ ამავდროულად შეიძლება საფუძველი გამოაცვალოს თერაპიის წარმატებას. მაგალითად, მან შფოთვის შემთხვევაში კლიენტს შეიძლება გაუზარდოს ბენზოდიაზეპინების დოზა. ზოგჯერ კლიენტმა პროგრესის ნაკლებობის შესახებ შეიძლება თავის

ეჭიშტან გამოთქვას პრეტენზიები და არა კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტან. ასე შეიძლება მოიქცეს კლიენტი, რომლისთვისაც არაკომფორტულია დიდი ხნის მანძილზე არსებული პრობლემების შესახებ საკუთარი წუხილების პირდაპირ გამოხატვა, როდესაც პროგრესის შესახებ სხვა პროფესიონალი ეკითხება. ასეთ შემთხვევებში, ეჭიშტა შეიძლება კონსულტაციის გარეშე მისცეს სხვა მომსახურებაზე მიმართვა. აშკარაა, რომ ასეთი სახის პრაქტიკა კლიენტს უბიძგებს ეჭვქვეშ დააყენოს ან თქვენს მიერ ჩატარებული მკურნალობის შესაბამისობა, ან თქვენი კომპეტენცია. ამ პრობლემების თავიდან აცილების მთავარ გზას წარმოადგენს ღია და ხშირი კონსულტაციები კლიენტის მკურნალობაში ჩართულ ყველა სპეციალისტთან. ასეთმა პრობლემებმა შეიძლება თავი იჩინოს უბრალოდ დროის უქონლობის ან იმ ფაქტის გამო, რომ პრაქტიკოსები ხშირად სხვადასხვა გეოგრაფიულ არეალში მუშაობენ და ძალიან მწირი შესაძლებლობა აქვთ ერთმანეთთან პირდაპირი კომუნიკაციისთვის. დარწმუნდით, რომ თქვენს განრიგში გამოყოფილი გაქვთ საკმარისი დრო სხვა სერვის-პროვაიდერებთან კომუნიკაციისთვის. კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპევტმა არ უნდა გააკეთოს ისეთი კომენტარები, რომელიც დააკნინებს კლიენტის მიერ მიღებულ სხვა სახის მკურნალობას, მაგალითად, მედიკამენტოზურ მკურნალობას. ამ რეკომენდაციებში გამონაკლისებს წარმოადგენს მკურნალობის ის ფორმები, რომლებიც აშკარად არაეფექტურია, აქვს უკუჩვენება ან პოტენციურად საზიანო ეფექტი. მკურნალობის ფსიქო-საგანმანათლებლო ნაწილში თქვენ შეგიძლიათ ინფორმაცია მიანოდოთ მკურნალობის შედეგების კვლევების შესახებ ან კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების შესახებ, რის შემდეგაც კლიენტი თავად გააკეთებს დასკვნებს. კლიენტებისთვის დახმარების განწვევა, შეიმუშაონ მათი წუხილების სხვა პრაქტიკოსებთან განხილვის სტრატეგია, არ არის იგივე, რაც მათი მკურნალობის პირდაპირ კრიტიკა ან დაკნინება. როდესაც კლიენტი უფრო მეტად ერთგულია სხვა მკურნალობის მიმართ, რომელიც არ შეესაბამება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას, შეიძლება გონივრული იყოს თერაპიის შეჩერება ან დასრულება. ზოგადად, კლიენტისთვის არ არის კარგი, იღებდეს ფსიქოლოგიურ მკურნალობის კონკურენტულ ფორმებს სხვადასხვა პრაქტიკოსებისგან, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც მკურნალობის ეს ფორმები მჭიდროდაა კოორდინირებული და ერთმანეთთან ჰარმონიაში მიმდინარეობს საერთო მიზნის მისაღწევად. მაგალითად, თავსებად სტაციონარულ ან სარეაბილიტაციო ცენტრში მკურნალობის პროგრამები ხშირად გამოიყენება ამბულატორიულ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან ერთად. ხანდახან შეწყვილებული თერაპია აგვარებს ურთიერთობების პრობლემებს, მაშინაც კი, როდესაც თქვენ მუშაობთ კლიენტის ინდივიდუალურ პრობლემებზე.

მედიკამენტებისა და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პარალელურ რეჟიმში გამოყენება განსაკუთრებული განხილვის თემას წარმოადგენს. კლიენტების უმრავლესობას კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტთან მოსვლამდე ერთი კონსულტაცია მაინც ექნება გავლილი პრაქტიკოს ეჭიშტან, ამდენად, შესაძლებელია, მედიკამენტური დანიშნულებაც

ჰქონდეთ მიღებული. ზოგ შემთხვევაში, რაც დამოკიდებულია კლიენტის პრობლემების სირთულის დონეზე, მედიკამენტებისა და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პარალელურმა გამოყენებამ შეიძლება გაზარდოს მკურნალობის წარმატება (Pampollona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Muniz-za, 2004).

ზოგ შემთხვევაში, შეიძლება ეჭვქვეშ დააყენოთ მედიკამენტების დამატებითი ფასეულობა ან დაინტერესდეთ მაინც, ხომ არ აისახება მედიკამენტები თქვენს სამუშაოზე. მაგალითად, ანქსიოლიტური მედიკამენტების გამოყენება შეიძლება “უსაფრთხო ქცევად” იქცეს შფოთვის მქონე კლიენტებისთვის, რაც ექსპოზიციურ თერაპიას ნაკლებად ეფექტურს ხდის და საბოლოოდ ამცირებს მკურნალობის ეფექტურობას. ასეთი პრობლემა უფრო სავარაუდოა წარმოიქმნას ანქსიოლიტური მედიკამენტების “საჭიროების მიხედვით” მიღების შემთხვევებში, ანუ, პრაქტიკულად ექსპოზიციური თერაპიის დაწყების წინ ან მისი მიმდინარეობისას. იმის ნაცვლად, რომ დაიწყეთ კლიენტის დარწმუნება შეწყვიტოს მედიკამენტების მიღება, გირჩევთ დაუკავშირდეთ ამ მედიკამენტების გამომწერ ექიმს და მასთან განიხილოთ მედიკამენტოზური მკურნალობა.

ზოგადი პროფილის პრაქტიკოსები არ არიან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სპეციალისტები და შეიძლება არც იცნობდნენ მკურნალობის დროს ემოციური გამოცდილებების საჭიროებას. ხანდახან, ამ კითხვის დასმა მედიკამენტების გამოყენების გადაფასებამდე მიგვიყვანთ. ზოგადად, გირჩევთ რომ მედიკამენტების გამომწერ ექიმს სთხოვოთ არ შეუცვალოს კლიენტს წამლის სახეობა ან დოზა იმ პერიოდში, როდესაც თქვენ მუშაობთ მასთან. თუ შეძლებთ ამ ცვლილების მდგრადად შენარჩუნებას, კლიენტისთვის უფრო ადვილი იქნება, რომ მის ცხოვრებაში მიმდინარე გაუმჯობესება დაუკავშიროს თქვენს მუშაობას და არა მედიკამენტებს. რამდენადაც ზოგადად კლიენტებს ახასიათებთ ცვლილებების მეტად ატრიბუცია მედიკამენტებთან, ვიდრე საკუთარ ძალისხმევასთან, მედიკამენტის მუდმივი დოზა ასეთი სახის ატრიბუციას ნაკლებ სავარაუდოს ხდის. როდესაც კლიენტი ახალი ან უფრო დიდი დოზით მედიკამენტების მიღების გარეშე ხედავს გაუმჯობესებას მთლიანად საკუთარ ფუნქციონირებაში, ასეთმა ინფორმაციამ ის შეიძლება დააფიქროს მედიკამენტების მიღების გაგრძელების საჭიროებაზე. თუ კლიენტს აქვს ასეთი ცვლილების სურვილი, შესაძლებლობის შემთხვევაში, თქვენ, კლიენტმა და დანიშნულების მიმცემმა ექიმმა ერთად უნდა შეიმუშაოთ მედიკამენტების შემცირების და/ან მისი ამოღების გეგმა, მაშინაც კი, როდესაც თქვენ ჯერ კიდევ აგრძელებთ კლიენტის დახმარებასა და შეფასებას, თერაპიის საბოლოო დასრულებამდე. განიხილეთ ეს საკითხი თქვენს კლიენტთან და მის მკურნალ ექიმთან ერთად. არსებობს სიტუაციები, როდესაც შეუძლებელია ან არ არის მიზანშეწონილი მედიკამენტების შეწყვეტა ან დოზის შემცირება (მაგალითად, ანტიფსიქოტური მედიკამენტების) და მნიშვნელოვანია, რომ კლიენტს არ შეუქმნათ წარუმატებლობის აზრი მედიკამენტებით მკურნალობის ხანგრძლივად გაგრძელების შემთხვევაში ან არ შექმნათ ვითარება, როდესაც კლიენტი რისკის ქვეშ დადგება სხვა მკურნალობისადმი დაუმორჩილებლობის გამო.

ფრენსისი გარკვეული დროის განმავლობაში იღებდა ანტიდეპრესანტის დაბალ დოზას, როდესაც პირველად შეხვდა პენის დაბალი თვითშეფასების და საშუალო სიმძიმის დეპრესიის სამკურნალოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიაზე. მედიკამენტებით მკურნალობის პრობლემაზე ყურადღების გამახვილების ნაცვლად, პენი და ფრენსისი თანამშრომლობით მუშაობდნენ პრობლემებზე, რომლებიც თერაპიაზე იყო წარმოდგენილი და იყენებდნენ სხვადასხვა კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მეთოდს ფრენსისის მიმდინარე ნეგატიური კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელების გამოსავლენად და შესაცვლელად. დროთა განმავლობაში გამოიკვეთა, რომ ფრენსისს ჰქონდა გარკვეული ბაზისური რწმენები, რომლებიც საფუძვლად ედო ამ პატერნებს. ეს რწმენები მოიცავდა ზოგადად თავდაჭერებულობის სიმცირეს და სხვა ადამიანებსა და გარე მხარდაჭერაზე დამოკიდებულებას.

როდესაც ფრენსისმა მედიკამენტებისადმი ნდობის პრობლემა წამოჭრა, როგორც მისი რწმენის ერთ-ერთი გამოვლინება, პენიმ ფრენსისთან განიხილა, ეწნებოდა თუ არა სურვილი ჩაეტარებინათ ექსპერიმენტი, რომლის დროსაც ფრენსისი შეამცირებდა ან სრულად შეწყვეტდა მედიკამენტების მიღებას. ფრენსისი დათანხმდა და მათ ერთად შეიმუშავეს სტრატეგია, დაკავშირებოდნენ მკურნალ ექიმს ამ საკითხთან მიმართებაში. რამდენადაც ამ დროს ფრენსისს არანაირი სიმპტომი აღენიშნებოდა, ექიმი დათანხმდა შემოთავაზებას. მათ ერთად იმუშავეს მედიკამენტების დოზის შემცირებასა და საბოლოოდ მის შეწყვეტაზე მაშინაც კი, როდესაც პენი ჯერ კიდევ აგრძელებდა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიას ფრენსისის ძირეულ რწმენებთან მიმართებაში. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის დასრულების მომენტისათვის ფრენსისი საერთოდ აღარ იღებდა მედიკამენტებს და შედეგად, ქმედითობის მაღალი უნარი გამოავლინა.

## უფრო და უფრო მეტი პრობლემების მქონე კლიენტები

ზოგი კლიენტი დამატებით პრობლემებს წამოჭრის მას შემდეგ, რაც დასახულია თერაპიული მიზნები და შედგენილია კონტრაქტი. მართლაც, კლიენტებს ზოგადად უფრო მეტი პრობლემა აქვთ, ვიდრე ის ერთი, რომელზეც ხდება ფოკუსირება. ზოგიერთი კლიენტის ცხოვრებაში ხშირად თავს იჩენს ისეთი პრობლემა, რომელსაც შეუძლია თერაპევტი შემოვლით გზაზე გადაიყვანოს ან თერაპია სხვა მიმართულებით წაიყვანოს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს პრობლემები არ წარმოადგენს კრიზისს, შეიძლება პირველადი მიზნებიდან გადახვევის ცდუნების წინაშე დადგეთ, რადგან კლიენტი დისტრესს განიცდის, როდესაც ასეთი პრობლემები იჩენს თავს.

მრავლობითი პრობლემების მქონე კლიენტებთან მუშაობისას, სასარგებლო სტრატეგია იქნება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საფუძვლების



განუხრელად დაცვა. ყოველთვის გახსოვდეთ, რომ საჭიროა თითოეული სესიისთვის დღის წესრიგის შედგენა. პატივი ეცით თქვენი კლიენტის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას, თუ კი მას სურვილი აქვს განიხილოს დამატებითი საკითხები, მაგრამ ყოველი ასეთი შემთხვევისთვის დააწესეთ დროის ლიმიტი. დაამყარეთ უკუკავშირი დღის წესრიგიდან გადახვევის შესახებ, რათა დარწმუნდეთ, რომ კლიენტი იცნობს მოდელს. თქვენი მოვალეობაა ყოველი სესიისთვის მოამზადოთ სტრუქტურა. მარტივი სტრატეგია გულისხმობს თქვენს კაბინეტში კლიენტის ზურგსუკან საათის არსებობა, რაც საშუალებას მოგცემთ მხოლოდ თქვენ ხედავდეთ რა დროა. თერაპიული სესიის დასრულებამდე გაფრთხილება “დარჩა 10 წუთი” კარგად მოქმედებს ზოგ კლიენტზე. დღის წესრიგიდან ხშირი გადახვევა იმის სიგნალია, რომ უნდა თავიდან შეაფასოთ მკურნალობის პირველადი მიზნები.

ზოგჯერ, კლიენტი სესიის ბოლოსკენ წამოჭრის მნიშვნელოვან საკითხს, რომელიც დღის წესრიგში არ მდგარა. ამ მოდელს შეიძლება “ბოლო შანსი” ფენომენი ვუწოდოთ. სხვადასხვა ორიენტაციის მქონე გამოცდილი თერაპევტები ამბობენ, რომ ასეთი რამ ძალიან ხშირად ხდება სესიის ბოლო 5 წუთის განმავლობაში. მაშინ, როდესაც კონსულტაციური-ბიჰევიორული თერაპევტი ძალას არ იშურებს, რომ მოახდინოს სესიის შეჯამება და განიხილოს საშინაო დავალება, კლიენტმა შეიძლება მოისურვოს ისეთი რამის დამატება, რაც ადრე არ უხსენებია. მნიშვნელოვანი ამბის გამხელას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც კლიენტი დგება და იწყებს ლაბადისა და ჩანთის აღებას, ან თუნდაც, როდესაც ალებს კარს და გადის ოთახიდან. ასე, მაგალითად: “როდის დავიწყებთ ჩემი სექსუალური პრობლემების განხილვას?”; “გითხარით უკვე, რომ ჩემმა პარტნიორმა მიმატოვა ამ კვირაში?”; ან “ვფიქრობ ვცადო EMDR გამოყენება (თვალის მოძრაობის დესენსიტიზაცია და გადამუშავება)”. ყველა ასეთ კომენტარს შეიძლება „წამოეგოს“ თერაპევტი, რათა გაახანგრძლივოს სესია ამ მნიშვნელოვანი საკითხების განხილვისათვის.

შეწინააღმდეგეთ სესიის გახანგრძლივების ცდუნებას გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც სახეზეა ნამდვილად გადაუდებელი სიტუაცია! თუ არსებობს კრიზისი ან გადაუდებელი მდგომარეობა, მაშინ ასეთი რამ ყოველთვის შესამჩნევი იქნება ჯერ კიდევ სესიის მიმდინარეობისას. ზოგჯერ კლიენტი წამოჭრის რთულ საკითხებს, რომელთა შესახებაც სიღრმისეულად საუბარი არ სურს, მაგრამ უნდა, რომ თერაპევტი საქმის კურსში იყოს ამ საკითხებთან დაკავშირებით. ამგვარად, გამჟღავნების “ბოლო შანსისადმი” კარგი პასუხი იქნება, თუ განაცხადებთ, რომ ჩაინიშნავთ კლიენტის წუხილს ან შეკითხვას და განსახილველად შეიტანთ დღის წესრიგში მომავალი სესიის დასაწყისისთვის. ზოგმა კლიენტმა შეიძლება თერაპიის ლიმიტების შესამოწმებლად გამოიყენოს “ბოლო შანსი” და დააკვირდეს თქვენს რეაქციას. მაგალითად, თუ თქვენ არ იქნებით მოკირებული ან გაოცებული სექსუალური თემის გამხელის გამო, კლიენტმა შეიძლება უფრო კომფორტულად იგრძნოს თავი შემდეგ სესიაზე ამ თემის განხილვის დროს. არ არის მიზანშეწონილი სესიის



გავრძელება იმის გამო, რომ კლიენტმა გამუდმების ძალა მოიკრიბა სესიის ბოლოს. თქვენ ასევე გადაუხვევთ კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიული სესიის ჩვეულ სტრუქტურას, თუ კლიენტს მიაწოდებთ გზავნილს, რომ სინამდვილეში დღის წესრიგს მნიშვნელობა არ აქვს. პრაქტიკული პერსპექტივიდან გამომდინარე, შეიძლება უხერხულობა წარმოიშვას შემდეგ კლიენტთან მიმართებაში, ან მოხდეს მისი დროის შეზღუდვა თუ თქვენ სესიას გაუგრძელებთ “ბოლო შანსის” გამომყენებელ კლიენტს. დღის ბოლოსაც კი, ან თუნდაც მაშინ, როდესაც მოსაცდელში არავინაა, სესიის გახანგრძლივება კლიენტს მიაწინებს, რომ მისთვის სულაც არ არის საჭირო თქვენი დროისა თუ სხვა პასუხისმგებლობების მხედველობაში მიღება.

### კრიზისულ და გადაუდებელ მდგომარეობაში მყოფი კლიენტები

ამბულატორიული მკურნალობა ყველაზე გავრცელებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა პრობლემის, ღრმა დარღვევებისა და ხშირი კრიზისებისა თუ სუიციდური აზროვნების მქონე კლიენტებისთვის. მკურნალობის ხარჯების დამფინანსებელი მესამე მხარეები, როგორცაა, მაგალითად, სადაზღვევო კომპანიები და ჯანდაცვის ორგანიზაციები, ხშირად აწესებენ შეზღუდვებს თერაპიის ხანგრძლივობასთან მიმართებაში. ხანგრძლივი თერაპია ფუფუნებაა, რომელიც კლიენტების უმრავლესობისთვის არ არის ხელმისაწვდომი, მაშინაც კი, როდესაც ამის საჭიროება არსებობს ან რეკომენდებულია. როდესაც ხდება სტაციონარულ თერაპიაზე მიღება, მისი ადგილზე ყოფნის პერიოდი უფრო მცირეა, ვიდრე ადრე იყო, რის გამოც კლიენტი ვერ იღებს ადეკვატურ შემდგომ მეთვალყურეობას საავადმყოფო სისტემისგან. ჰოსპიტალიზაციის პირობებში რამდენიმე კლიენტის მკურნალობაც კი საკმარისია, რომ დაინახოთ ამბულატორიული პაციენტები, რომლებსაც აქვთ როგორც მწვავე და ქრონიკული სუიციდური აზრები, ასევე სხვა სახის კრიზისები (Joiner, Walker, Rudd, & Jobes, 1999). მაშინაც კი, თუ კრიზისი არ არის ხშირი თქვენს პრაქტიკაში, ისინი განიცდიან ტიპურ სტრესს სიტუაციაში ჩართული ყველა მხარის მიმართ. ყველა კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპევტისთვის უპირველესი საჭიროების ამოცანაა შეისწავლოს, თუ როგორ უნდა მართოს და უმკურნალოს სხვადასხვა ტიპის კრიზისებს.

სუიციდისა და მისი მართვის შესახებ ცოდნა სავალდებულოა ფსიქიატრებისთვის. მოზრდილთა შორის სუიციდის ჩამდენთა 90-93%-ს ძლიერი ფსიქიკური აშლილობა აღმოაჩნდა (Kleespies, Deleppo, Gallagher, & Niles, 1999). ხოლო სუიციდის ჩამდენთა 30-40%-ს დასმული ჰქონდა ღერძი II-ის აშლილობის დიაგნოზი (Kleespies და სხვ., 1999). სუიციდის რისკის საუკეთესო პრედიქტორია სუიციდის მცდელობების ისტორია; თუმცა, სუიციდის მცდელობის მქონე პირთა 60-70%, სუიციდს ახორციელებს პირველივე მცდელობისას (Kleespies და სხვ., 1999). სუიციდის შეფასებისა და ინტერვენციის მიზნებიდან გამომდინარე, არ არის

მიზანშეწონილი უბრალოდ კლიენტის დიაგნოზის ან სუიციდის მცდელობის ისტორიის ცოდნა.

ჯოინერის (Joiner და სხვ. (1999) ნაშრომი სუიციდის რისკს აღწერს, როგორც კონტინუუმს არარსებულიდან ექსტრემალურამდე. ავტორები განიხილავენ რისკების შეფასების კონკრეტულ გზებს. რუდმა და ჯოინერმა (Rudd და Joiner; 1998) კიდევ უფრო დაყვეს სუიციდთან დაკავშირებული ფაქტორები, ესენია: მაპროვოცირებელი ფაქტორები (მაგალითად, გენდერი, ოჯახური ისტორია ან სუიციდი), რისკ ფაქტორები (მაგალითად, მწვავე სიმპტომები, მიმდინარე სტრესები) და დამცავი ფაქტორები (მაგალითად, სოციალური დახმარება, პრობლემის გადაწყვეტის უნარი). მაპროვოცირებელი ფაქტორები არ არის ცვლადი, თუმცა რისკ ფაქტორები შეიძლება შემცირდეს მოკლევადიანი ინტერვენციებით, ხოლო დამცავი ფაქტორები შეიძლება გაიზარდოს გარემოს ცვლილებით ან მოკლევადიანი კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციებით. მოკლევადიანი ინტერვენციები მიმართულია მიმდინარე სიტუაციაზე და არა მის საფუძველში არსებულ მიზეზებზე, როგორცაა ემოციების მართვასთან დაკავშირებული პრობლემები, უნარების დეფიციტი, ან გრძელვადიანი ინტერპერსონალური სირთულეები.

ზოგადად, ყველა თერაპევტს აქვს გავლილი ტრენინგი სუიციდის რისკების შეფასებასა და ინტერვენციაში. სუიციდის რისკის შეფასება და ინტერვენცია ერთნაირია მრავალ სხვადასხვა გარემოში, ხოლო სიტუაციის უსაფრთხოდ და ეფექტურად მართვაზე პასუხისმგებლობა თერაპევტს ეკისრება. ადგილობრივი კანონები და რეგულაციები განსხვავდება ადგილმდებარეობის მიხედვით, ამდენად, შესაბამისი კლინიკური გადაწყვეტილების მისაღებად თქვენ უნდა შეისწავლოთ თქვენი ლოკალური იურისდიქციის შესაბამისი ნორმები და სტანდარტები. ზოგიერთ ვითარებაში არსებობს ამ პრობლემის მართვისთვის საჭირო პროტოკოლები. სუიციდის შეფასებისა და ინტერვენციის სპეციფიკის განხილვა სცდება წინამდებარე სახელმძღვანელოს საზღვრებს. ამ მხრივ საყურადღებოა ავტორების -სიმონ და ჰალეს (Simon and Hales, 2006) ნაშრომი, რომელიც შეიცავს სუიციდის შეფასებისა და მკურნალობის პრაქტიკულ გაიდლაინებს. ცხრილი # 10.4 წარმოგვიდგენს სუიციდის რისკის მართვასთან დაკავშირებულ მოსაზრებებს, კერძოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან მათი კავშირის კუთხით.

არსებობს მოსაზრება, რომ თვითდაზიანების ხასიათის მქონე ქცევები, მათ შორის სუიციდი და პარასუიციდი, შეიძლება პრობლემის მოგვარების მცდელობას და არა თავად პრობლემას წარმოადგენდეს. ლინეჰანი (Linehan 1993) თვითდაზიანების ასეთ ჭრილში დანახვას განიხილავს მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შესახებ ნაშრომში. მაგალითად, თვითდაზიანების ხასიათის მქონე ქცევა შეიძლება წარმოადგენდეს ემოციის რეგულირების მცდელობას, სხვა ადამიანებთან კომუნიკაციის მეთოდს, ან პრობლემის გადაჭრის არასწორ გზას. მაშინ, როდესაც კლიენტი ძალიან იტანჯება, შეიძლება ვერც კი მოხერხდეს საფუძველში არსებული მიზეზების დადგენა. თუ კლიენტს მანამდე იცნობდით, შეიძლება

პრობლემის არსებობის საჭიროების კურსში იყო და სცადოთ მასთან პირდაპირი გამკლავება რამდენიმე სესიის განმავლობაში. მაგალითად, უიმედობამ, რომელიც მომავალთან მიმართებაში ნეგატიური პროგნოზით არის გამოწვეული, შეიძლება ადამიანი სუიციდურ ქცევამდე მიიყვანოს. ამგვარ აზრებთან მუშაობა შეიძლება კოგნიტიური რესტრუქტურირებით ან ბიჰევიორული ინტერვენციებით, ძლიერი და მხარდამჭერი თერაპიული ურთიერთობის კონტექსტში.

კლიენტებში ხშირად იჩენს თავს სხვადასხვა სახის კრიზისული თუ საგანგებო გარემოებები. მნიშვნელოვანია, კრიზისი განვასხვავოთ საგანგებო გარემოსგან. ქლისფისის (Kleespies და სხვ. 1999) ნაშრომში, კრიზისი განსაზღვრულია, როგორც ემოციურად მნიშვნელოვანი და ძალიან სტრესული მოვლენა, რომელიც არ არის აუცილებელი შეიცავდეს სერიოზულ ფიზიკურ თუ სიცოცხლისათვის საფრთხის შემცველ საშიშროებას. თუმცა, კრიზისმა შეიძლება გამოიწვიოს ან მოახდინოს საგანგებო ვითარების ესკალაცია, რომელიც უფრო ფოკუსირებული პრობლემაა და ნარმოიქმნება დროის მოცემულ პერიოდში. რამდენადაც კრიზისში მყოფი ადამიანი, როგორც წესი, ემოციურად გაუნონასწორებელია, ძალიან ადვილია კრიზისის გადრმავება. ამდენად, აუცილებელია გარკვეული სახის ქმედებების განხორციელება სიტუაციის დეესკალაციისათვის. ქლისფისის (Kleespies და სხვ.) ნაშრომში აღნიშნულია, რომ საგანგებო ვითარებას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც ინტერვენციის არარსებობის გამო გარდაუვალია სერიოზული თვითდაზიანების ან სხვების დაზიანების რისკი. ამ პოზიციიდან გამომდინარე, საგანგებო გარემოების მაგალითები მოიცავს მაღალი რისკის მქონე სუიციდურ მდგომარეობას, პოტენციური ძალადობის მდგომარეობას, ლოგიკური მსჯელობის მნიშვნელოვან დარღვევას და უმცროსი თუ დაუცველი ინდივიდებისთვის მაღალ რისკს.

მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკურ პრაქტიკაში ყველაზე გავრცელებულ საგანგებო ვითარებას სუიციდი წარმოადგენს, შეიძლება თავი იჩინოს სხვა სერიოზულმა პრობლემებმაც. საგანგებო ვითარების სხვა შესაძლო ვარიანტებში შედის ძალადობა ან აგრესია სხვა ადამიანების მიმართ, მათ შორის თერაპევტის მიმართაც. კლიენტები შეიძლება ავლენდნენ მკვლევლობისკენ მიდრეკილებას, ძალადობრივ ფანტაზიებს ან იმუქრობდნენ სხვა ადამიანების მისამართით. შეიძლება მათ განაცხადონ, რომ შეურაცხყოფა ან ჭრილობა მიაყენეს ბავშვს ან მოზარდს.

რისკის შეფასების დასრულების შემდეგ, როგორც წესი, ინტერვენცია მოიცავს ჩართული ადამიანების უსაფრთხოების გაძლიერებას. ამ მიზნით ხდება სხვა ადამიანების გაფრთხილება ან პოლიციის გამოძახება. სხვა რისკებს მიეკუთვნებიან კლიენტები მსჯელობის დროებითი დარღვევით, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ფსიქოზური მდგომარეობით (მაგალითად, დელუზიური (ბოდვითი) რწმენები, თავის ტვინის დაზიანება ან ტოქსიკომანია). ასეთ შემთხვევებში დაცვა სჭირდება როგორც კლიენტს, ასევე სხვა ადამიანებს. ამ დროს უნდა დაისვას ისეთი კითხვები, როგორიცაა:

- სესიის დროს არის თუ არა კლიენტი წამლის ზემოქმედების ქვეშ?
- წამალი აქვს მიღებული თუ დოზას გადაამეტა? რა და რამდენი?
- შეუძლია უსაფრთხოდ მართოს მანქანა? თუ არ შეუძლია, როგორ წავა სახლში (საჭიროების შემთხვევაში)?
- პანიკის შეტევა ხომ არ აქვს?
- კლიენტი დისოციაციურია სესიაზე? (გახსოვდეთ, რომ დისოციაცია შეიძლება წარმოიშვას ძლიერი შფოთვის ან სხვა აშლილობის დროს)
- ავლენს საკმარის ფსიქოზურ სიმპტომებს, რომელმაც შეიძლება დაარღვიოს მისი მსჯელობა და უსაფრთხოება?
- ხომ არ გადაუტანია ტრავმა ბოლო დროს?
- არსებობს თვითდაზიანების რისკი (პარასუიციდი) სუიციდური რისკისგან დამოუკიდებლად?
- არსებულ გარემოში ხომ არ გემუქრებათ გარდაუვალი რისკი თქვენ ან სხვებს?

#### **მხრილი 10.4. რჩევები სუიციდის რისკის მართვისთვის**

1. ჩამოაყალიბეთ კლიენტთან ძლიერი ალიანსი და გამოიყენეთ ის მკურნალობის გეგმაში.
2. კარგად არის დასაბუთებული სუიციდური ამროვნების შედარებით მოკლევადიანი, პრობლემის გადაჭრაზე და კრიზისზე ორიენტირებული ამბულატორიული მკურნალობის ეფექტურობა.
3. სატელეფონო კონტაქტებისა და ბინაზე ვიზიტების გზით ინტენსიურმა მეთვალყურეობამ შეიძლება მოკლევადიან პერსპექტივაში გააუმჯობესოს მკურნალობისადმი დაქვემდებარება დაბალი რისკის მქონე კლიენტებში.
4. გადაუდებელ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გამარტივებამ (მაგალითად, კრიზისზე ინტერვენციის მკაფიო გეგმა) შესაძლოა შეამციროს შემდგომი სუიციდის მცდელობები და ამ სერვისებზე მოთხოვნა პირველი სუიციდური მცდელობის მქონე პირების მხრიდან.
5. მკურნალობის ინტენსივობა უნდა იცვლებოდეს რისკის ხარისხის შესაბამისად.
6. მოკლევადიანი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, რომელშიც პრობლემების გადაჭრაზე მუშაობა გამოყენებულია ძირითად ინტერვენციად, ეფექტურად ამცირებს სუიციდის იდეის ფორმირებას, დეპრესიას და უიმედობას 1 წლამდე პერიოდის განმავლობაში. მოკლევადიანი მიდგომები არ არის ეფექტური გრძელვადიან პერსპექტივაში. მწვავე კრიზისების შემთხვევაში, გამოიყენეთ შედარებით მოკლევადიანი დირექტიული მიდგომა.

7. მაღალი რისკის მქონე პირებად შეფასებული ადამიანებისთვის, მცდელობის შემდეგ ყველაზე მიზანშეწონილია ინტენსიური განმეორებითი მკურნალობა. “მაღალი რისკი” მოიცავს ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ: მრავალჯერადი მცდელობის ისტორია, ფსიქიატრიული დიაგნოზი, და კომორბიდული პრობლემები.
8. გრძელვადიანი მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს სუიციდური ქცევის გამომწვევი მიზეზისკენ, როგორცაა: ემოციის რეგულირების პრობლემა, იმპულსურობა, ნეგატიური თვითშეფასება ან ინტერპერსონალური პრობლემები. ქრონიკული კრიზისის შემთხვევაში (განსაკუთრებით ისეთი კრიზისების დროს, რომლებიც მოიცავს დერძი II-ის აშლილობებს), მიუსადაგეთ შედარებით უფრო გახანგრძლივებული მიდგომა, რომლის აქცენტიც მიმართული იქნება გამომწვევ მიზეზებზე.
9. თუ ამბულატორიული პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია შესაძლებელი და ხელმისაწვდომია, მაშინ მაღალი რისკის მქონე კლიენტების მკურნალობა შეიძლება უსაფრთხოდ და ეფექტურად განხორციელდეს სტაციონარში.
10. განმეორებითი და რეფერალური პროცესების სტრუქტურული გამოყენება (მაგალითად, წერილობითი ან სატელეფონო კონტაქტებით) შეამცირებს მკურნალობის შემწყვეტი ადამიანების რისკებს.
11. რთული პრობლემების მქონე კლიენტების თაობაზე გაიარეთ კონსულტაცია, მიიღეთ სუპერვიზია და მხარდაჭერა

*შენიშვნა: დაფუძნებულია Kleespies, Deleppo, Gallagher, and Niles (1999) and Rudd, Joiner, Jobes, and King (1999) მასალებზე.*

ბევრი თერაპევტის საბედნიეროდ, კლიენტის ძლიერი დისტრესი არ არის ხშირი მკურნალობაში, თუმცა ეს შეიძლება მოხდეს და თქვენ მზად უნდა იყოთ ასეთი შემთხვევისთვის. მწვავე საგანგებო ვითარების დროს შეიძლება რთული იყოს ემოციური და ფიზიკური სტრესების დიფერენცირება. შეიძლება თქვენ არ გქონდეთ დისოციაციური ან პანიკური სიმპტომების მქონე კლიენტთან ურთიერთობის გამოცდილება და როდესაც ეს პირველად მოხდება, შეიძლება გამოიწვიოს როგორც კლიენტის, ასევე თერაპევტის შემფოთება. შეიძლება არ გიმუშავიათ უშუალოდ ფსიქოზური სიმპტომების მქონე კლიენტებთან, ამდენად არც ის გვეცოდინება, რა მოლოდინი უნდა გქონდეთ. იხ. ცხრილი # 10.5, სადაც წარმოდგენილია პრაქტიკაში კრიზისულ და საგანგებო ვითარებებთან გამკლავების რეკომენდაციები.

თქვენს უსაფრთხოებას უპირატესი მნიშვნელობა აქვს ისევე, როგორც იმ ადამიანების უსაფრთხოებას, ვისთანაც მუშაობთ. ვერ იქნებით ეფექტური თერაპევტი თუ საკუთარი კლიენტების შეგეშინდებით. მიმართეთ კეთილგონიერებას და ლოგიკურ მსჯელობას და ენდეთ საკუთარ ინტუიციას. ზოგადად ცუდი აზრია კლიენტებთან შეხვედრა,



როდესაც მართო ხართ კაბინეტში, განსაკუთრებით სამუშაო საათების შემდეგ. ზოგიერთ დანესებულებაში საქმე იქამდე მიდის, რომ თერაპიის კაბინეტების მონყობაში გათვალისწინებულია თერაპევტის ოთახიდან მარტივად გასვლის შესაძლებლობა, თუკი ის რაიმე საშიშროებას იგრძნობს. ასევე შესაძლებელია დამონტაჟდეს “პანიკის ღილაკი”, რომლის მეშვეობითაც სწრაფად ხდება დახმარების აღმოჩენა. იზრუნეთ საკუთარ თავზე, განსაკუთრებით კრიზისზე ინტერვენციის ან საგანგებო ვითარების მოგვარების დროს. გამოიყენეთ ფსიქოლოგიური პირველი დახმარების სტრატეგიები საჭიროების მიხედვით (იხ. ცხრილი # 10.6).

## **გამონვევები, რომლებიც თერაპევტის მხრიდან იჩენს თავს**

ისევე როგორც კლიენტების მხრიდან, თერაპევტების მხრიდანაც იჩენს თავს სხვადასხვაგვარი გამონვევები. ხშირად ჩვენზე დიდ გავლენას ახდენს ჩვენი სამუშაო. შეიძლება შეგვცვალონ კლიენტებმა, რომლებსაც ვხვდებით, მაშინაც კი როდესაც თავად ვცდილობთ მათ დავეხმაროთ ცხოვრებაში ცვლილებების გატარებაში. თერაპევტის საქმიანობაში არსებული სასიამოვნო მომენტები და გამონვევები შესანიშნავადაა გადმოცემული კოტლერის (Kottler, 1986) ნაშრომში. აუცილებელი და სასურველია კონსულტაციური-პროფესიული ინტერვენციების დროდადრო საკუთარ თავზე გამოყენება (Persons, 1989). სუპერვიზია და თანასწორის მხარდაჭერა შესაძლოა ინტერვენციის სასარგებლო ფორმა იყოს ისევე, როგორც საჭიროების შემთხვევაში ფორმალური თერაპია. ზოგადად, დროდადრო ყველა თერაპევტი განიცდის თავდაჭერებულობის კრიზისს. თავისთავად შეიძლება საეჭვოც კი იყოს, თუკი არასოდეს გიჩნდებათ ეჭვი საკუთარ თავთან მიმართებაში, რადგან ასეთი ზედმეტი თავდაჭერებულობა შესაძლოა უკავშირდებოდეს საკუთარი თავის შეცნობის ნაკლებობას ან კომპეტენციის საზღვრების არასაკმარის ცოდნას. მოცემულ თავში განვიხილავთ კონსულტაციური-პროფესიული თერაპიის ზოგიერთ რთულ ელემენტს როგორც ნაკლებად გამოცდილი, ისე უკვე ღვანლმოსილი თერაპევტებისთვის.

### **ცხრილი № 10.5. კრიზისთან და საგანგებო ვითარებებთან გამკლავების რეკომენდაციები**

1. დაასრულეთ შეფასება და განსაზღვრეთ პრობლემის სიმძიმე და რისკის ხარისხი;
2. კრიზისის მართვისა და საგანგებო ვითარების პრევენციის გზები მოიცავს შემდეგს:
  - ა. კრიზისის განმავლობაში სხვა პერიოდებთან შედარებით მეტად იაქტიურეთ. რაც უფრო დიდია კლიენტის დისტრესი ან



8. ჰკითხეთ აზრი ახლოს მყოფ კოლეგას მეორე ადამიანის მოსაზრების გასაგებად.
- თ. იფიქრეთ, არის თუ არა საჭირო ჰოსპიტალიზაცია. თუ სტაციონალურ დანესებულებაში არ მუშაობთ, შეიძლება დაგვირდეთ კლიენტის უსაფრთხო მეთოდით ტრანსპორტირების მოგვარება. თუ კლიენტი თანახმაა და ჩანს, რომ თავადაც შეუძლია ჰოსპიტალში მისვლა, გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკოს ექიმს შეატყობინეთ, რომ თქვენი კლიენტი უნდა მივიდეს. უთხარით კლიენტს, რომ თქვენი ეს ნაბიჯი არის გამაფრთხილებელი ზომა.
- ი. თუ კლიენტის კრიზისული მდგომარეობა ესკალირდება საგანგებო ვითარებამდე (მაგალითად, გარდაუვალია რისკი მისი ან სხვა ადამიანების მიმართ) და კლიენტი არ თანხმდება უფრო ინტენსიურ ინტერვენციაზე, თქვენ საქმეში უნდა ჩართოთ სხვებიც, როგორცაა პოლიცია ან დაცვა. ხელთან ახლოს იქონიეთ საგანგებო კონტაქტების შესახებ ინფორმაცია.
3. კონსულტაცია გაიარეთ სხვებთან. დოკუმენტურად ასახეთ, რა გააკეთეთ და რატომ მიიღეთ მოცემული გადაწყვეტილება. ასევე, დოკუმენტურად ასახეთ ყველა კონსულტაცია. საჭიროების შემთხვევაში, შეატყობინეთ თქვენს სუპერვიზორს ან მენეჯერს მომხდარის შესახებ. “რისკის მართვის ორ საყრდენს დოკუმენტირება და კონსულტაცია წარმოადგენს” (Kleespies და სხვ., 1999, p. 457).
4. მომხდარის კვალდაკვალ თქვენც მიიღეთ დახმარება (იხ.ცხრილი # 10.6).

### **ცხრილი № 10.6. კომპიუტერ-ბიომეტრიული პირველი დახმარება თერაპევტისთვის**

კრიზისთან თუ საგანგებო მდგომარეობასთან გამკლავების შემდეგ ჩვეულებრივი მდგომარეობაა შფოთვა და საკუთარ ქმედებებზე წუხილი. ასეთი შფოთვა, როგორც წესი, უკავშირდება ქვემოთ მოყვანილიდან ერთ ან რამდენიმე კითხვას:

- სწორად მოვიქცევი?
- გამომრჩა რამე? შეიძლებოდა ჩემი მხრიდან ინტერვენციის გაუმჯობესება?
- გაზარდა ინტერვენციამ ჩემი კლიენტის უსაფრთხოება?
- რა შედეგს მივიღებ?
- ვიგრძნობ თავს უსაფრთხოდ კლიენტთან მომავალში თერაპიის გაგრძელების დროს?
- როგორია კლიენტებისთვის ჩემს მიერ დასაწესებელი შესაფერისი შეზღუდვა?

პირველი დახმარების ზომები მოიცავს შემდეგს:

- რაც შეიძლება რეალისტურად უპასუხეთ ზემოთ დასმულ კითხვებს. განიხილეთ მტკიცებულება, რომელიც ამყარებს ან უარყოფს ნეგატიურ აზრს და ჩამოთვალეთ თქვენი ინტერვენციის ყველა პლიუსი და მინუსი. თქვენი ინტერვენცია თანაფარდობაში მოიყვანეთ მტკიცებულებასთან. დაუსვით საკუთარ თავს სოკრატესული კითხვები.
- ანონეთ საკუთარი საჭიროებები თქვენი კლიენტის საჭიროებებთან ან იმ სისტემასთან მიმართებაში, რომელშიც მუშაობთ.
- მიიღეთ ემოციური მხარდაჭერა კოლეგებისგან, ოჯახისგან და სხვა თქვენთვის ახლობელი ადამიანებისგან.
- საჭიროების შემთხვევაში გაიარეთ კონსულტაცია. როგორც წესი, მარწმუნებელი ძალა აქვს იმის ცოდნას, რომ სხვებიც იგივე ზომებს მიიღებდნენ, რაც თქვენ მიიღეთ.
- გააძლიერეთ თვით-შემეცნება; ყველას გვაქვს კრიზისზე ემოციური რეაქცია.
- იზრუნეთ საკუთარ ემოციურ, კოგნიტიურ და ფიზიკურ მდგომარეობაზე.
- კონსულტაციები გაიარეთ კოლეგებთან. დოკუმენტურად ასახეთ თქვენს მიერ გადადგმული ნაბიჯები კაბინეტის დატოვებამდე, რაც დაგეხმარებათ, რომ ეს ვითარება არ გაგყვით თან.
- დაგეხმარებათ ყურადღების სხვა რამეზე გადატანა. გაისეირნეთ ფეხით, ივარჯიშეთ ან გააკეთეთ ისეთი რამ, რაც სამუშაოს შემდეგ მთელ თქვენს ყურადღებას დაიკავებს. შესაფერის შემთხვევაში დაგეგმეთ შვებულება გარკვეული დროით.

## სირთულეები კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მოდელის მითითებების შესრულებაში

კლიენტი არ არის ერთადერთი, ვინც მკურნალობის მოდელისა თუ თერაპიული ინტერვენციების მითითებებს არ ასრულებს! საკმაოდ ადვილია მკურნალობის ნებისმიერი მოდელიდან “გადახრა”, განსაკუთრებით ისეთ კლიენტებთან მიმართებაში, რომლებიც გენინაალმდევებიან, ან აქვთ კარგი რეაქცია, ზედმეტად ექსპანსიურები არიან, ან არ ეთანხმებიან მოდელს. თუ გავლილი გაქვთ ტრენინგი ან კონსულტაცია სხვა თეორიული ორიენტაციით, შეიძლება თერაპიაში სხვა მოდელისა თუ ინსტრუმენტების შემოტანის ცდუნების წინაშე დადგეთ, რამაც შეიძლება დაგაბნოთ თქვენც და თქვენი კლიენტიც და საბოლოო ჯამში მუშაობა ნაკლებ ეფექტური აღმოჩნდეს. ხშირად გვსმენია, როგორ განმარტავენ თერაპევტები საკუთარ მიდგომას როგორც “ეკლექტურს”. მაგალითად, შეიძლება მოახდინონ ფსიქოდინამიკური შემთხვევის ფორმულირება, მაგრამ შიგადაშიგ “საჭიროებისამებრ” გამოიყენონ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული სტრატეგიები.

ასეთი პრაქტიკა მიუთითებს მოდელის მითითებების დაუცველობაზე და არ წარმოადგენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სათანადოდ გამოყენებას, კოგნიტურ-ბიჰევიორული შემთხვევის ფორმულირებასთან (იხ. თავი 3) და ასევე, ამ კონცეპტუალიზაციიდან გამომდინარე მეთოდებთან და სტრატეგიებთან მიმართებაში.

თქვენს მიერ მითითებების დაცვის შემონიშნების საუკეთესო საშუალებაა, თუ თქვენი სუპერვიზორი ან კოლეგა დააკვირდება თქვენს მუშაობას და შეგაფასებთ კოგნიტური თერაპიის სკალის მიხედვით (Young & Beck, 1980) ინტერნეტ გვერდზე [www.academyofct.org](http://www.academyofct.org); (იხ. დანართი A, ხოლო ტექსტისთვის იხ. თავი 12). მეორე ვარიანტია სესიის ვიდეო ფორმე გადაღება და იმავე სკალით საკუთარი თავის შეფასება. თუ იმდენად ილბიანი ხართ, რომ ხელმძღვანელობთ სტუდენტ-თერაპევტებს ან ტრენინგს ატარებთ, შესაძლოა მიზანშეწონილი იყოს, რომ სხვები დააკვირდნენ თქვენ სესიებს და პირიქით. შემთხვევის შესახებ რეგულარული კონსულტაციები და თანასწორის ხელმძღვანელობა სასარგებლო სტრატეგიებია იმაში დასარწმუნებლად, რომ იცავთ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ პრაქტიკას.

კლიენტების მსგავსად, ყველა თერაპევტი როდი “აღიარებს” კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მოდელს. თუ დარწმუნებული არ ხართ “შეფერება” თუ არა ეს მოდელი თქვენს ინტერპერსონალურ და თერაპიულ სტილს, მაშინ ნაიკითხეთ მეტი, ან მონაწილეობა მიიღეთ პრაქტიკულ ვორქშოპებში, სუპერვიზიასა თუ სხვა სახის სატრენინგო აქტივობებში. მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ინტერვენციებს შეუძლია უფრო მეტად ემპირიული დახმარების განევა, ვიდრე სხვა სახის ინტერვენციებს, ეფექტური, უტყუარი და ჭეშმარიტი თერაპიის ჩატარების მეთოდისა და სტილის შერჩევაზე პასუხისმგებლობა თერაპევტებს აკისრიათ.

### **თერაპევტის “თვითმარქვიას სინდრომი”**

ძალიან გამაღიზიანებელია, როდესაც არასაკმარისად თავდაჯერებული ხართ ან ეჭვი გეპარებათ თქვენს შესაძლებლობებში, დაეხმაროთ თქვენთან თერაპიაზე მოსულ ადამიანებს. თუმცა, ასეთი შფოთვა ბუნებრივია დამწყები თერაპევტისთვის, განსაკუთრებით პროფესიული ტრენინგისა და სტაჟირების ან რეზიდენტურის შემდეგ, რომლის დროსაც თქვენ გქონდათ საკმარისი სუპერვიზია და დრო, რომ წაგვეკითხათ თქვენი კლიენტების პრობლემების შესახებ. დატვირთული პრაქტიკის დროს შეიძლება გამოწვევას წარმოადგინდეს ახალი თანამედროვე მეცნიერული და კვლევითი მიღწევების საქმის კურსში ყოფნა. კერძოდ, უამრავი სხვადასხვა სახის პრობლემის მქონე უამრავ კლიენტთან შეხვედრით და დამოუკიდებელი პრაქტიკის ქონით შეიძლება ადვილად იგრძნოთ გადაღლა და იზოლირება. შეიძლება გაგიჩნდეთ ავტომატური აზრები, როგორცაა “მე მართლა არ შემიძლია არავის დახმარება”, ან “ეს კლიენტი ჩემ აზრებს კითხულობს და იცის, რომ აზრზე არ ვარ რას ვაკეთებ”.



ზოგ შემთხვევაში შეიძლება მოახერხოთ მკურნალობასთან დაკავშირებით თქვენი საკუთარი კოგნიტური შეცდომების აღმოჩენა და ამოცნობა. დისფუნქციური აზრების ჩანაწერის შევსება დაგეხმარებათ მსგავსი აზრების გამოვლენასა და შეფასებაში. თუ თქვენ “დამახინჯებული” აზრები გაქვთ, თქვენი შემეცნებისთვის გამოწვევად გამოიყენეთ თქვენს ხელთ არსებული მტკიცებულება. მაგალითად, დახმარებისხარო სხვებს წარსულში? შეეცადეთ ერთმანეთისგან გააცალკევოთ არარეალისტური აზრები და პრაქტიკა, რომელიც სცდება თქვენი კომპეტენციის საზღვრებს. უნდა ჩამოიყალიბოთ თავდაჯერება იმისთვის, რომ “უარი” თქვათ ისეთი კლიენტების მიღებაზე, რომელთა მკურნალობისთვისაც თავს კომპეტენტურად არ გრძნობთ. სხვა ახალბედა თერაპევტებთან დისკუსიების საშუალებით გამოავლენთ, რომ მსგავსი აზრები სხვებსაც აწუხებთ და მოახდენთ საკუთარი მიზნების აღიარებას. კლიენტებიც და თერაპევტებიც ერთნაირად გრძნობენ წახალისებას და მხარში ამოდგომას იმის გაცნობიერებით, რომ სხვებიც იზიარებენ მათ პრობლემებს. ყველა თერაპევტისთვის, თუმცა განსაკუთრებით დამწყები თერაპევტებისთვის, სასარგებლო კარგი თანასწორის მხრიდან კონსულტაციისა და სუპერვიზიის მიღება.

## თერაპევტის სტრესი და მღელვარება

ძალიან დამქანცველია სტრესულ მდგომარეობაში კლიენტებთან მუშაობა, განსაკუთრებით, თუ ეჭვი გეპარებათ საკუთარ თავში. თუმცა, სტრესსა და მღელვარებას განიცდიან ის თერაპევტებიც კი, რომლებიც ყოველთვის დარწმუნებულნი არიან საკუთარ უნარებსა და კომპეტენციებში. შეიძლება იყოს კლიენტების თუ პრობლემების გარკვეული ტიპი, რომელიც აღძრავს თქვენი ალელვების გრძნობას. ზოგ სამკურნალო დანესებულებაში თანამშრომლებისთვის უფრო მეტი დახმარებაა ხელმისაწვდომი, ვიდრე სხვაგან. დამოუკიდებელი პრაქტიკა სტრესულია მრავალი დამწყები თერაპევტისთვის, რამდენად აცმათ შეზღუდული აქვთ საკუთარი მღელვარების გაზიარების ან უფრო გამოცდილი კოლეგისგან კონსულტაციის მიღების შესაძლებლობა.

ძალიან მნიშვნელოვანია, დააკვირდეთ თქვენი სტრესის ხარისხს, რათა დარწმუნდეთ, რომ არ განიცდით თქვენი სამუშაოს თანმდევ ნეგატიურ შედეგებს. # 10.6. ცხრილში მოყვანილია თერაპიული პირველი დახმარების რამდენიმე რჩევა, რომელთა გამოყენებაც გათვალისწინებულია კრიზისზე ინტერვენციის კვალდაკვალ ან საგანგებო ვითარებაზე რეაგირების დროს. გარდა ამისა, ადრეულ ეტაპზე უნდა ჩამოაყალიბოთ თვითდახმარების ზოგადი სტრატეგიები და მოახდინოთ მათი რეგულარული გამოყენება. ამ სტრატეგიებში იგულისხმება დროის მართვა და კოგნიტური, ემოციური და ბიჰევიორული თვითდახმარება. მეტი აქცენტირება პროფესიული ცხოვრების პოზიტიურ, ვიდრე ნეგატიურ ასპექტებზე, დაგეხმარებათ გახდეთ უკეთესი მისაბაძი მოდელი კლიენტისთვის. სამუშაოს პოზიტიური ასპექტები მოიცავს კლიენტში ცვლილებების დანახვით გამოწვეულ კმაყოფილებას, ხშირ ინტელექტუალურ სტიმულირებას, ფსიქოთერაპიისა და ბიჰევიორული

აშლილობების სხვადასხვა ასპექტების შესახებ ცოდნის მიღებას, მჭიდრო ფსიქოთერაპიული ურთიერთობების დამყარებას და მეტ კრეატიულობას კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების განხორციელებაში.

და ბოლოს, ბევრი ახალბედა თერაპევტს მოსდის კოგნიტიური შეცდომები, როგორცაა პერსონალიზაცია (“თუ ჯენინი არ გამოკვთდება, დამნაშავე მე ვიქნები და ის ჩემზე გაბრაზდება”) და “ყველაფერი ან არაფერი” აზროვნება (“თუ ვერც გაუგრძელდება ზოგიერთი სიმპტომი, ეს ნიშნავს, რომ საერთოდ არ უმჯობესდება მისი მდგომარეობა”), რაც აძლიერებს შფოთვას. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ დაუკვირდეთ საკუთარ აზრებს და გააცნობიეროთ თქვენი კოგნიტიური შეხდომები. უმნიშვნელოვანესია, გაიგოთ რა მოცულობით შეგიძლიათ თქვენი კლენტების ნაცვლად პასუხისმგებლობის აღება. ლიჰმა (Leahy 2001)-მა შეიმუშავა თერაპევტის სქემის კითხვარი, სადაც მოცემულია ზოგადი სქემები შესაბამის დასკვნებთან ერთად. ამგვარი სქემები გულისხმობს კლიენტის მხრიდან თანხმობის საჭიროებას, უმწეობას და გადაჭარბებულ თავგანწირვას.

### თერაპევტის “გადაქანცვა” და “გადანვა”

ზოგჯერ თერაპევტებს სამუშაო მთლიანად ცლის ემოციებისგან, რის გამოც კლიენტებთან დაკავშირებით ნეგატიური აზრები უჩნდებათ (მაგალითად, თავის მობეზრება ან განსჯა). ამდენად, მათ შეიძლება ნეგატიური პროგნოზები გააკეთონ კლიენტებთან მიმართებაში, მაგალითად, როგორცაა: “კლიენტი ცდილობს ჩემს პროვოცირებას”, “კლიენტს არ აქვს ცვლილებისთვის მოტივაცია”, “არ მუშაობს საკმარისად ბეჭითად”, ან “ალბათ ვერ შეძლებს შეცვლას, ან უიმედოა”. იმის ნაცვლად, რომ თავს ენერგიულად გრძნობდეთ სესიის შემდეგ, შეიძლება იმედგაცრუებას ან სიბრაზეს განიცდიდეთ. სავსებით ნორმალურია ნეგატიური განცდების ქონა პერიოდული სესიების შემდეგ, მაგრამ თუ ასეთი გრძნობები მიმდინარე მოდელის ნაწილი ხდება, მაშინ ის ადვილად გადაიზრდება ცინიკურ დამოკიდებულებაში. თუ თქვენ არ მიმართავთ თვითდახმარებას და ისე ინარჩუნებთ ბალანსს, მაშინ დიდი რაოდენობით კლიენტებით უწყვეტად დატვირთვამ შეიძლება ფსიქოლოგიურ გადაქანცვამდე მიიყვანოთ. არავის აქვს იმუნიტეტი ფსიქოლოგიური პრობლემების წინააღმდეგ. საკუთარი თავის მონიტორინგის გარდა, ამ პრობლემებთან გამკლავებაში დაგეხმარებათ თვით-შემეცნება და კრიზისის შემდგომ პირველი დახმარების მეთოდები.

სტრესისა და გადაქანცვის შესამცირებლად მიიღეთ პრევენციული ზომები:

- შეხვდით მრავალი სხვადასხვა პრობლემების მქონე კლიენტებს, სიმძიმის სხვადასხვა ხარისხით.
- დაუკვირდით, როგორ გრაფიკს უდგენთ ყველაზე რთულ კლიენტებს, გრაფიკი შეადგინეთ ისე, რომ ასეთი კლიენტები არ დაიბაროთ ერთმანეთის მიყოლებით ან დღის ბოლოს, როდესაც ძნელი იქნება დახმარების ან კონსულტაციის მიღება.

- იყავით რეალისტური იმის განსაზღვრისას, თუ რის მართვა შეგიძლიათ.
- ისწავლეთ, იყოთ დამარწმუნებელი ხელმძღვანელებთან, სტუდენტებთან, კლიენტებთან ან სხვებთან, ვინც მოითხოვს თქვენ დროსა და ენერჯიას.
- გააცნობიერეთ და გამონვევის წინაშე დააყენეთ საკუთარი კოგნიტური შეცდომები კლიენტის შესახებ.
- დარწმუნდით, რომ სამუშაო კვირის განმავლობაში დაგეგმილი გაქვთ მრავალფეროვანი აქტივობები, მათ შორის დრო გაქვთ გამოყოფილი წერისთვის, კითხვისთვის, კოლეგებთან კონსულტაციისა და სადილზე წასასვლელად.
- დარწმუნდით, რომ მონაწილეობთ რეგულარულ, უწყვეტ საგანმანათლებლო აქტივობებში, როგორცაა: თანასწორის ხელმძღვანელობა, ვორქშოპები და კონფერენციები.
- იყავით პოზიტიურად განწყობილი თქვენი სუპერვიზორის ან ხელმძღვანელის მიმართ თქვენს სამსახურებრივ დატვირთვასთან დაკავშირებით.
- დარწმუნდით, რომ ფლობთ და იყენებთ თვითდახმარების აქტივობებს, როგორცაა რეგულარული ვარჯიში, პირადი ჰიგიენა, ჰობი, სოციალური აქტივობები და შვებულება.

## **გამოწვევები, როგორც თავს იჩენს თერაპიულ ურთიერთობებში**

თერაპიულ ურთიერთობებში პრობლემები უკავშირდება როგორც კლიენტებს, ასევე თერაპევტებს. ადრეულ ფაზაში განხილულმა საკითხებმა შეიძლება მკურნალობის ურთიერთობებში და თერაპიულ ალიანსში პრობლემები წარმოშვას. მაგალითად, თუ კლიენტი თანმიმდევრულად არ ეთანხმება მოდელს ან აგრესიულად იქცევა თერაპევტის მიმართ, ამან შეიძლება თერაპევტის იმედგაცრუება და კლიენტის მიმართ ნეგატიური რეაქცია გამოიწვიოს. თერაპიულ ალიანსში შეიძლება გაჩნდეს განხეთქილება (თერაპიული ურთიერთობების შესახებ ინფორმაცია იხ. ე-4 თავში). კლიენტის მხრიდან თავის არიდება გავრცელებული პრობლემაა კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, თუმცა ხანდახან ეს თერაპევტის მხრიდანაც იჩენს თავს (იხ. თავი 5).

ყველა კლიენტი ვერ ძლევს თავის პრობლემებს და ვერც ყველას მდგომარეობა უმჯობესდება თუნდაც საუკეთესო კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ჩატარების შემდეგ. ხანდახან, კლიენტის მდგომარეობა შეიძლება გაუარესდეს კიდევ. ძალიან ბევრი კლიენტი ესწრება მხოლოდ რამდენიმე სესიას და შემდეგ თავს ანებებს, თუმცა, თუ დაუკავშირდებით, სავარაუდოდ კმაყოფილებას გამოთქვამენ მიღებული შედეგების გამო.

არც ერთ მკურნალობის კურსს არ აქვს 100%-ანი წარმატება. მართალია კლიენტების უმრავლესობა კმაყოფილებას გამოხატავს მკურნალობის გამო, ყველა მაინც ვერ იქნება კმაყოფილი.

მედიაში კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის პოზიტიურმა გაშუქებამ და ემპირიული მხარდაჭერის გაძლიერებამ უფრო მეტი დადებითი მოლოდინი გააჩინა როგორც კლიენტებში, ასევე თერაპევტებში. მიუხედავად იმისა, რომ გაზრდილი მოლოდინები უკეთეს შედეგებს უნდა იწვევდეს, ისინი შეიძლება ხანდახან არარეალისტურიც კი იყოს. ყველა თერაპევტი ებრძვის მოლოდინებს საკუთარი თავის, კლიენტების და თერაპიის შედეგების შესახებ. რა თქმა უნდა, ბუნებრივია პროგნოზების კეთება, მაგრამ გახსოვდეთ, რომ შეიძლება შეცდეთ. თერაპევტებს ახასიათებთ უფრო მაღალი მოლოდინების ქონა, ვიდრე მათ კლიენტებს. გახსოვდეთ, რომ შედეგების კვლევა მხოლოდ კლიენტთა საშუალო რაოდენობის შედეგებზე მიუთითებს ან იმ ადამიანების პროცენტულ წილს ასახავს, რომლებმაც მდგომარეობა გაუმჯობესეს. შეგვიძლია ამ შედეგების გადატანა ჩვენ კლიენტებზე, მაგრამ ეს პროგნოზები ყველაზე ხშირად მხოლოდ ცოდნაზე დაფუძნებული ვარაუდებია. კლიენტთან მუშაობა დამთრგუნველი იქნება განსაკუთრებით მაშინ, თუ მას ბევრი პრობლემა აქვს, ან რთულ გარემოებებში ცხოვრობს. ისწავლეთ გაურკვევლობასა და ორამბროვნებასთან ერთად ცხოვრება.

ზოგჯერ კლიენტი თერაპიაზე ბრუნდება როგორც წარმატებული, ასევე წარუმატებელი შედეგების შემდეგაც. ფსიქოდინამიკური მიდგომები წარმატებული თერაპიის ბოლო ფაზას *შენყვებას* უწოდებენ (Ellman, 2008). მართლაც, მესამეული რგოლის სამედიცინო სისტემები ფსიქოდინამიკური მოდელის მსგავსად იყენებენ ცნებას “შენყვება”. ბევრი სისტემა განიხილავს ამბოლატორიულ თუ სტაციონალურ პროგრამაში ხელახალ მიღებას როგორც რელაფსის ნიშანს და პროგრამული დაფინანსების ხარჯს. ჩვენი აზრით, მკურნალობაში დაბრუნება არ უნდა იყოს აუცილებლად განხილული როგორც მარცხი. ბევრი დაბრუნებული კლიენტი აღნიშნავს, რომ დაბრუნდა, რადგან თერაპია სასარგებლო იყო, კომფორტულად გრძნობდა თავს თერაპევტთან და მოელის, რომ ის კვლავ სასარგებლო იქნება. “კმაყოფილი კლიენტის” დაბრუნება ადვილად შეიძლება განვიხილოთ როგორც წარმატების და არა მარცხის ნიშანი. თერაპიის დასრულებისა და რელაფსის პრევენციის შესახებ იხ. თავი 9.

## **გამოწვევები, რომლების თერაპიის მიღმა წარმოიშობა**

თერაპია არსებობს კლიენტისა და თერაპევტის ცხოვრების კონტექსტში და ასევე ორგანიზაციულ კონტექსტში. ცხოვრება არ წყდება, როდესაც კლიენტი თერაპიას გადის და უამრავი სხვადასხვა სახის სტრესმა შეიძლება იქონიოს გავლენა თერაპიაზე. შეიძლება კლიენტის პარტნიორი

გარდაიცვალოს ან მიატოვოს ის, შეიძლება კლიენტმა სამუშაო დაკარგოს, უბედური შემთხვევა შეემთხვეს ან სიცოცხლისთვის საშიში დაავადება შეეყაროს. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ისეთ პოზიტიურ ცვლილებას, რომელიც გავლენას ახდენს თერაპიაზე. ზოგჯერ კლიენტმა შეიძლება ასეთ ცვლილებებს მიაღწიოს მხოლოდ თერაპიაში მონაწილეობის შედეგად.

როდესაც თქვენი კლიენტის ცხოვრებაში მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება, თერაპიის მიზანი შეიძლება შეიცვალოს ისე, რომ ფოკუსი დროებით გადავიდეს ამ განსხვავებულ საკითხებზე. ხანდახან შეიძლება სასარგებლო იყოს მიმართოთ ინტერვენციის სხვა სახეს, როგორცაა მწუხარებაში მყოფი ადამიანისთვის ფსიქოლოგიური კონსულტაციის განწვევა ან ოჯახური თერაპია. მიზანშეწონილია, რომ ეფექტური კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტი ინფორმირებული იყოს თემში ხელმისაწვდომი სხვადასხვა სერვისების შესახებ. კარგი იქნება, თუ სათემო გადაუდებელი სერვისების განახლებული საკონტაქტო ინფორმაცია და ჩამონათვალი თვალსაჩინო ადგილას გექნებათ, რათა საჭიროების შემთხვევაში სწრაფად გამოიყენოთ. აქ იგულისხმება სურსათით უზრუნველყოფა, ბავშვების მოვლა, ფინანსური დახმარება, ტრანსპორტი, ჯანდაცვა, საცხოვრებელი პირობების შექმნა და კრიზისზე ინტერვენციის სამსახური. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ალბათ არ იქნება შედეგიანი, თუ სხვა უფრო გადაუდებელი პრობლემების გამო არ დაკმაყოფილდება თქვენი კლიენტის ბაზისური საჭიროებები. ზოგჯერ კლიენტები უხერხულ მდგომარეობაში არიან ასეთი გარემოებების გამო. თუ ასეა, ყველაფერი გააკეთეთ სირცხვილის გრძნობის დასაძლევად, რათა კლიენტმა შეძლოს საკუთარი წუხილის გამოხატვა, ხოლო თქვენ უნდა გააგზავნოთ ისინი იმ სამსახურებში, სადაც დახმარებას მიიღებენ.

წინამდებარე სახელმძღვანელოში აღწერილი სიტუაციების მსგავსი მომენტები შეიძლება შეგხვდეთ თქვენს საკუთარ ცხოვრებაშიც. ორგანიზაციამ თუ სისტემამ, რომელშიც მუშაობთ, შეიძლება დაფინანსება დაკარგოს ან მანდატი შეიცვალოს. შეიძლება თქვენი მშობლები გახდნენ ავად და დაუძლურდნენ. შეიძლება თქვენს პარტნიორს დაჭირდეს ჰოსპიტალიზაცია და ინტენსიური მკურნალობა. ღიად და გულწრფელად ისაუბრეთ ასეთ საკითხებზე თქვენს კლიენტებთან, თანამშრომლებთან და კოლეგებთან. თუ სჭირდებათ თერაპიის შეცვლა, შეჩერება ან დასრულება, მაშინ ეცადეთ იპოვოთ თქვენი თანამოაზრე თერაპევტი, ვისაც გადასცემთ კლიენტებს; ამით მინიმუმამდე შეამცირებთ მოცემულ მომენტამდე ჩატარებულ სამუშაოზე ნეგატიურ ზემოქმედებას.



## თავი 11

### კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის კვლევითი კონტექსტი

წინამდებარე თავში უფრო ფორმალურად გაგაცნობთ იმ მოსაზრებას, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიას კვლევები უდევს საფუძვლად. განვიხილავთ იმას, თუ რამდენად უკავშირდება ერთმანეთს მეცნიერება და პრაქტიკა, შევაჯამებთ ორ უმთავრეს გზას, რომლის საშუალებითაც ხდება კვლევითი ლიტერატურის პრაქტიკული გამოყენება. ხსენებული გზებიდან პირველი ეხება თერაპევტისა და კლიენტის შესახებ ლიტერატურას და ასახავს იმას, თუ რა წვლილი შეაქვს თერაპიულ ურთიერთობებს საბოლოო შედეგების მიღებაში. მეორე გზა კი იკვლევს ინტერვენციებთან დაკავშირებული მტკიცებულებების საფუძველს და იმას, თუ რამდენად უკავშირდება იგი შედეგებს. ვამტკიცებთ, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში საუკეთესო გამოცდილების მისაღწევად საჭიროა ორივე აღნიშნული საკითხის ოპტიმიზაცია.

პირველ თავში ჩვენ გამოვიყენეთ “ხიდების შენების” მეტაფორა. ვალიარებთ, რომ ფსიქოთერაპიის ფუნდამენტს წარმოადგენს როგორც კვლევების შედეგად მიღებული მტკიცებულებები, ასევე გამოცდილებიდან შეძენილი ცოდნა, ანუ, როგორც ხშირად ამბობენ, ის ერთდროულად წარმოადგენს ერთგვარ ხელოვნებასაც და მეცნიერებასაც. საუკეთესო შემთხვევაში, ხიდი უნდა იყოს მრავალზოლიანი მყარი ავტომაგისტრალი, რომელზეც უამრავი ტრანსპორტი იმოძრავებს. ზოგ სფეროში ხიდი თოკზე დაკიდებულ ბენვის ხიდს უფრო ჰგავს, რომელიც მხოლოდ შემთხვევით გამვლელს თუ გამოადგება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, არსებობს სფეროები, სადაც მტკიცებულებითი საფუძველი მტკიცე და საკმარისია პრაქტიკის მხარდასაჭერად, ხოლო პრაქტიკა თავის მხრივ უკან აბრუნებს კვლევის საშუალებით შესასწავლ საკითხებს. სხვა სფეროებში პრაქტიკისა და კვლევითი საფუძველების კავშირი უფრო თავისუფალია და პრაქტიკას იშვიათად მივყავართ საკვლევ შევითხვებამდე.

ამ თავში ჩვენ შევაჯამებთ, თუ რა არის ცნობილი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მტკიცებულებითი საფუძვლის შესახებ. ამავდროულად, ყურადღებას გავამახვილებთ კვლევის ორ ფართო სფეროზე. პირველი დაკავშირებულია თერაპიის ინტერპერსონალურ ასპექტებთან, იმასთან, თუ რა გავიგეთ ურთიერთობის ფაქტორებისა და შედეგების მნიშვნელობის შესახებ, ხოლო კვლევის მეორე სფერო ეხება ტექნოლოგიებისა და ინტერვენციების ანალიზს და იმას, თუ რა კავშირშია ისინი შედეგებთან. ჩვენ არ ვცდილობთ ვიყოთ ამომწურავი ნაწილობრივ იმის გამო, რომ მოცემულ დარგში საკმარისი ლიტერატურა არსებობს და მისი მოცულობა დღითიდღე იზრდება. ნაცვლად ამისა, გთავაზობთ კვლევითი ლიტერატურის შეჯამებას, ხოლო დაინტერესებული მკითხველისთვის წარმოგიდგინებთ დამატებითი ინფორმაციის წყაროებს.

## შედეგების გლობალური ხედვა

დიდი ხანია გრძელდება დისკუსია იმ კლინიკური შედეგების პროცენტულ მაჩვენებლებთან დაკავშირებით, რომლებიც შეიძლება სხვადასხვა კაუზალურ ფაქტორს მიენეროს. კამათის მთავარ თემას წარმოადგენს ინტერპერსონალური ფაქტორები (ანუ, რასაც “არასპეციფიკურ” ფაქტორებსაც უწოდებენ [DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005], რამდენადაც ისინი ფსიქოთერაპიის ფორმების უმეტესობაში მოიპოვება) და მკურნალობისთვის სპეციფიკური ტექნიკები ან მეთოდები (Wampold, 2005). ამ ფაქტორებს შესაძლოა უკავშირდებოდეს საზომების ფართო ვარიაციულობა და შესაბამისად, შედეგების ერთ ჭრილში ინტერპრეტაციის სირთულე ამ არაერთგვაროვნებიდან გამომდინარე. ზოგ შემთხვევაში, ვამტკიცებთ, რომ განსახილველი საკითხები საკამათოა. ეს იგივეა, რაც კამათი იმაზე, თუ რა ამოძრავებს ადამიანს - ძვალსახსროვანი, ნერვული თუ კუნთოვანი სისტემა. თითოეული ეს ფაქტორი აუცილებელია, თუმცა არასაკმარისი. ასევეა ფსიქოთერაპიაშიც. კლიენტსაც და თერაპევტსაც თერაპიის კაბინეტში მოაქვთ თავისი უნიკალური მახასიათებლები და გამოცდილება. პრობლემის მოგვარების პროცესი გულისხმობს კლიენტისა და თერაპევტის ინდივიდუალურობას, ურთიერთობების პრობლემებსა და მკურნალობის მეთოდებს; ყველა მათგანი აუცილებელია, თუმცა არც ერთი არ არის საკმარისი. პრაქტიკული მოსაზრებიდან გამომდინარე, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მოიცავს როგორც ურთიერთობას, ისე აქტივობებისა თუ ინტერვენციების ნაკრებს და არც ერთი მათგანი არ არსებობს მეორის გარეშე.

აღნიშნული დებატების მიზანს წარმოადგენს ის, რომ გავიგოთ კლიენტის, თერაპევტის, ურთიერთობებისა და ტექნიკების ხვედრითი წილი კლინიკურ შედეგში. მაგრამ სიტუაცია უფრო კომპლექსურია, ვიდრე უბრალოდ საშუალო ან ტიპური კლიენტისთვის ამ მახასიათებლების განსაზღვრა. იმდენად, რამდენადაც კლიენტთა უმრავლესობა არ შეესაბამება ტიპური

კლიენტის დახასიათებას, საჭიროა კვლევების შედეგების მორგება კონკრეტული კლიენტისთვის საჭირო თერაპიული გადამწყვეტილების მისაღებად. ამ საკითხს მოგვიანებით კიდევ დავუბრუნდებით, მაგრამ, პირველ რიგში განვიხილავთ, თუ რას გვამცნობს კვლევა ხსენებული ოთხი დამხმარე ფაქტორიდან თითოეულის შესახებ (იხ. ნახ. 11.1).

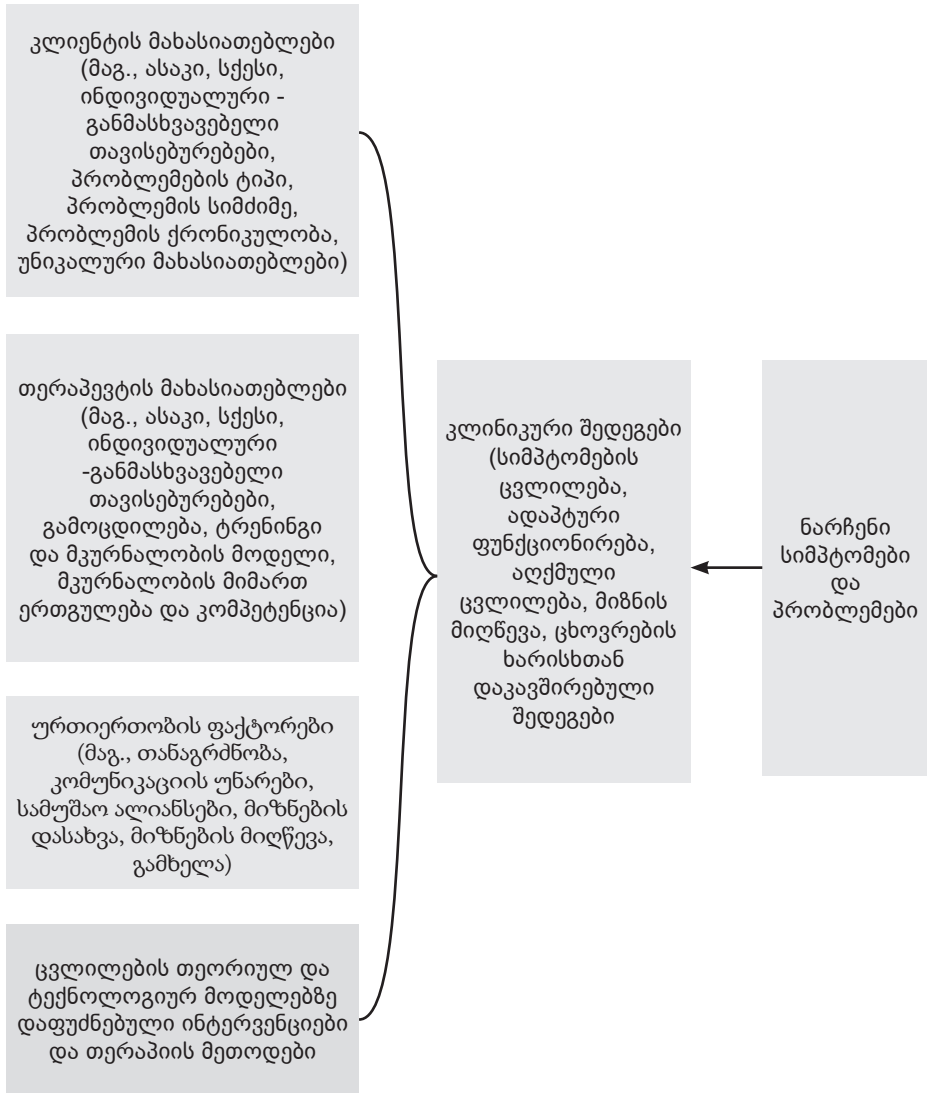
## კლიენტის ფაქტორები და საბოლოო შედეგი

სანამ კლიენტის ცვლადებსა და კლინიკურ შედეგებს შორის ურთიერთობებთან დაკავშირებულ მტკიცებულებებს განვიხილავთ, გვინდა, მოკლედ შევხვთ ამ საკითხის შესასწავლად გამოყენებულ მეთოდოლოგიას. ამ კვლევებში, პირველ რიგში, სწავლობენ კლიენტის ცვლადებს ანუ დახასიათებლებს და აფასებენ კლინიკურ შედეგებთან მათ კორელაციას. ზოგ შემთხვევაში შეიძლება მოცემული იყოს კლიენტის ცვლადების ფართო სპექტრი, მაგრამ ფსიქოთერაპიის მრავალ კვლევაში კლიენტის ცვლადების შესაძლო დიაპაზონი შეზღუდულია. დიაპაზონის ასეთი შეზღუდვები ჩნდება ისეთი ფაქტორების გამო, როგორცაა: ზოგიერთ კვლევაში გამოყენებული შერჩევის და გამორიცხვის კრიტერიუმები, ფსიქოთერაპიული კვლევისთვის სპეციალიზებული კლინიკის გამოყენება და თერაპეუტის არჩევანი კლიენტთა გარკვეული ტიპის შერჩევასთან დაკავშირებით. მაგალითად, ლიტერატურის მნიშვნელოვანი ნაწილი იკვლევს კლიენტის ცვლადებსა და კლინიკურ შედეგებს შორის კავშირს კონტროლირებადი ფსიქოთერაპიული ცდების კონტექსტში, რომლებიც პოტენციურ გავლენას ახდენენ დასაკვირვებელ კავშირებზე.

კლიენტის ცვლადობაში ყველა შეზღუდვის ეფექტი “დიაპაზონის შეზღუდვაში” და კლიენტის ფაქტორებსა და შედეგს შორის კავშირის გამოვლენის გართულებაში მდგომარეობს. ყველაზე ექსტრემალური მაგალითისთვის გეტყვით, რომ შეუძლებელი იქნებოდა თქვენთვის რელიგიასა და მკურნალობის შედეგს შორის კავშირის გამოკვლევა, თუკი ყველა თქვენი კლიენტი ქრისტიანი, ან სხვა რომელიმე ერთი აღმსარებლობის მატარებელი იქნებოდა.

კლიენტის ცვლადების შედეგთან შეპირისპირება კიდევ უფრო რთულდება თუნდაც იმ ფაქტით, რომ ზოგი ასეთი ცვლადი წყვეტილია (მაგ., სქესი, ოჯახური მდგომარეობა, დიაგნოსტიკური სტატუსი), ხოლო დანარჩენი - უწყვეტი (მაგ., ასაკი, სხვადასხვა პიროვნული ნიშანი თუ განზომილება), ამდენად, სხვადასხვა დახასიათებლებსა და შედეგებს შორის ასოციაციების რეგისტრაციის სტატისტიკაც უნდა შეიცვალოს. უფრო მეტიც, მიუხედავად იმისა, რომ კვლევების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიმართულია მოცემული კლიენტის ცვლადსა და კონკრეტულ შედეგობრივ საზომს შორის ურთიერთკავშირის შეფასებაზე, კვლევის კიდევ უფრო რთული მოდელები არსებობს. მაგალითად, არსებობს ისეთი სტატისტიკური მეთოდები, რომლებშიც მრავალი განსხვავებული კლიენტის ცვლადი შეიძლება ერთდროულად იყოს განხილული როგორც შედეგის პრედიქტორები, ან

რომლის დროსაც ხდება შედეგის მრავალგანზომილებიან ფენომენად კონცეპტუალიზაცია. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, კვლევამ მხოლოდ დაიწყო ზოგიერთი პოტენციურად კომპლექსური გზის ანალიზი, რომელთა საშუალებითაც კლიენტის ცვლადები შესაძლოა დაკავშირებული იყოს კლინიკურ შედეგთან.



**ნახაზი 11.1. კლინიკური შედეგის კონცეპტუალური მოდელი**

ბევრჯერ აღვნიშნეთ, რომ ჩვენ შეგვიძლია შემოგთავაზოთ რამდენიმე ზოგადი დასკვნა კლიენტის ცვლადებსა და შედეგებს შორის კავშირის შესახებ. ჰაბმა და სხვ., ლიტერატურის სისტემატური მიმოხილვა ჩაატარეს მრავალ ფაქტორსა და შედეგს შორის ურთიერთკავშირზე კოგნიტურ-

ბიჰევიორულ თერაპიაში დესპრესიის, პანიკური აშლილობის და გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის დროს. 33 კონტროლირებად კლინიკურ კვლევაზე დაყრდნობით მათ აღმოაჩინეს, რომ აშლილობის სახეობა არ იყო შედეგთან კავშირში. თუმცა, აღინიშნა სხვა ორი ცვლადი, რომელიც დაკავშირებული იყო შედეგთან: (1) კვლევის წარმომავლობა: ინგლისურენოვან ქვეყნებში ჩატარებული კვლევები შედარებით უფრო ძლიერ ეფექტს აღწერდნენ, ვიდრე არაინგლისურენოვან ქვეყნებში (თუმცა, გაითვალისწინეთ, რომ ეს არ არის მხოლოდ კლიენტის ცვლადები, და რომ არაინგლისურენოვანი კვლევების რიცხვიც მცირეა); (2) კავშირი კლიენტის პრობლემის საწყის სიმძიმესა და მკურნალობის დაბალეფექტიანობას შორის (Haby, Donnelly, Corry, და Vos, 2006).

დეპრესიის მქონე კლიენტთან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით მუშაობის პროგნოზების უფრო ფოკუსირებულ მიმოხილვაში ჰამილტონმა და დობსონმა (Hamilton and Dobson, 2001) აღმოაჩინეს, რომ კლიენტის პრობლემის სიმძიმე გავლენას ახდენდა შედეგზე, თუმცა, ასევე განაცხადეს, რომ დეპრესიის უფრო ხშირი ეპიზოდების მქონე კლიენტებს (გაზრდილი ქრონიკულობა) უარესი შედეგები ჰქონდათ დეპრესიის უფრო იშვიათი ეპიზოდების მქონე კლიენტებთან შედარებით. საათსი, ჰარდი და კაჰილი (Saatsi, Hardy, და Cahill, 2007) ამტკიცებენ, რომ კლიენტები, რომლებსაც უფრო უსაფრთხო მიჯაჭვულობის სტილი ახასიათებთ, დეპრესიის შემთხვევაში კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენებით უკეთეს შედეგებს აღწევენ.

ქასტუნგუეიმ და ბიუთლერმა (Castonguay და Beutler, 2006) გამოავლინეს კლიენტის ცვლადები, რომლებიც შედეგის პროგნოზირებას ახდენს, თუმცა არ არის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისთვის სპეციფიკური. შედეგად, მკურნალობის უფრო ცუდ საბოლოო შედეგთან დაკავშირებული ცვლადებია კლიენტის აშლილობის მაღალი დონე, პიროვნული აშლილობა და ფინანსური და/ან პროფესიული სირთულეების წარმოქმნა. გარდა ამისა, ისინი აღნიშნავენ, რომ კლიენტის ასაკი (რაც უფრო უფროსი იყო კლიენტი) და ეთნიკური ან რასობრივი უმცირესობის სტატუსი კავშირშია დისფორიული აშლილობის მკურნალობისას უარესი შედეგის მიღებასთან. უფრო მეტიც, მათ ასევე აღნიშნეს, რომ თერაპევტისა და კლიენტის ეთნიკურობის ან რასობრივი სტატუსის დამთხვევა უკავშირდებოდა მკურნალობის კურსის მიტოვების შემთხვევების შემცირებას, დისფორიული აშლილობის მკურნალობაში შედეგების გაუმჯობესებას და იმას, რომ მკურნალობა, რომელიც არ იწვევდა კლიენტის მხრიდან წინააღმდეგობას (ან უფრო თანამშრომლობითი იყო) უკეთეს შედეგს აჩვენებდა.

ქვემოთ, # 11.1 ცხრილში შეჯამებულია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში პოზიტიური შედეგის განმსაზღვრელი პრედიქტორები. ისინი მოიცავს კლიენტის პრობლემის სიმძიმისა და ქრონიკულობის დაბალ დონეს, პიროვნული აშლილობის არქონას, და მკურნალობის მიმართ პოზიტიურ დამოკიდებულებას ან მოლოდინს. მიუხედავად იმისა, რომ პირველი სამი ფაქტორი შეიძლება შერჩევის ფაქტორებად ჩაითვალოს, რადგან იმ მახასიათებლებს შეიძლება წარმოადგენდნენ, რომლის მიხედვითაც



აირჩიეთ, თქვენ რეალურად არ შეგიძლიათ ამ პარამეტრების შეცვლა მკურნალობის დაწყებამდე. ამის საპირისპიროდ, ალბათ, კლიენტის დამოკიდებულება ან მოლოდინი წარმოადგენს პოზიტიური ან ნეგატიური დამოკიდებულებების კომბინაციას. ასევე თქვენი, როგორც თერაპევტის და თქვენ მიერ შეთავაზებული თერაპიის შესახებ ცოდნას და გამოხატულ დამოკიდებულებას. ეს არის პრობლემები, რომლებიც შეგიძლიათ შეცვალოთ იმ ხერხით, რომლითაც იწყებთ კლიენტთან მუშაობას და კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელის გაცნობას (იხ. თავი 4).

**თერაპევტის ფაქტორები და შედეგი**

თერაპევტის ფაქტორები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ნაკლებად შესწავლილ ფენომენს წარმოადგენს. როდესაც ამ თავზე ვმუშაობდით, ვერც ერთი მიმოხილვა ვერ მოვიძიეთ, რომელიც ეცდებოდა ამ საკითხის, როგორც სპეციფიკური თემის, სიღრმისეულ კვლევას. ჰეიბი (Haby და სხვ. 2006) შედეგების პრედიქტორების მიმოხილვისას მეტ-ნაკლებად ეხებოდა რამდენიმე პრედიქტორს. იგი აცხადებდა, რომ “ფსიქოლოგების” ჩატარებულ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას უკეთესი შედეგები ჰქონდა, ვიდრე “თერაპევტების” მიერ ჩატარებულს, თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ ზოგადი პროფილის თერაპევტების მიერ ჩატარებული თერაპიის კვლევები შედარებით ნაკლებია და ამ კვლევებში ხშირად არ არის ცნობილი თერაპევტების მიერ გავლილი ტრენინგების ან განათლებისა თუ გამოცდილების შესახებ.

**სხრილი № 11.1. მკურნალობის უკეთეს შედეგთან დაკავშირებული კლიენტის ცვლადები**

<i>ზოგადი</i>	<i>კონკრეტული</i>
■ პრობლემის სიმძიმის დაბალი ხარისხი	■ ახალგაზრდა ასაკი (დისფორიული აშლილობის შემთხვევაში)
■ პრობლემის ქრონიკულობის დაბალი დონე	■ რასობრივი ან ეთნიკური/უმცირესობის ჯგუფისადმი კუთვნილების არარსებობა (დისფორიული აშლილობის შემთხვევაში)
■ პიროვნული აშლილობის არარსებობა	■ კლიენტისა და თერაპევტის რასობრივი ან ეთნიკური სტატუსის დამთხვევა (დისფორიული აშლილობის შემთხვევაში)
■ მკურნალობის მიმართ პოზიტიური მოლოდინები	■ მკურნალობის დანიშვნა, რომელიც ამცირებს კლიენტის რეგისტრაციის სიხშირეს (დისფორიული აშლილობისთვის)

შესაძლოა გასაკვირიც კი იყოს ჰეიბის (Haby და სხვ., 2006) მიმოხილვაში აღნიშნული მიგნება, რომ თერაპევტის მიერ გავლილი ტრენინგებისა თუ საკვალიფიკაციო კურსების რაოდენობა არ უკავშირდება შედეგს. მსგავს შედეგებს ვხვდებით სხვა კვლევებშიც (მაგ., Jacobson და სხვ., 1996), სადაც აღნიშნულია, რომ ძლიერი ურთიერთკავშირი არ არსებობს თერაპევტის განათლებისა და კომპეტენციის დონესა და კლინიკურ შედეგს შორის. ეს შედეგი ნაკლებად გასაკვირი იქნება, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ შემთხვევაში მონაცემთა უმრავლესობა მიღებულია რანდომული კლინიკური კვლევების დროს. ასეთ კვლევებში მონაწილე თერაპევტები, როგორც წესი, კარგად არიან მომზადებული და არიან სათანადო სუპერვიზიისა და მონიტორინგის ქვეშ. ამდენად, მიუხედავად იმისა, რომ კომპეტენციის საშუალო დონე მაღალია, კომპეტენციის დიაპაზონი შედარებით შეზღუდულია, რაც შედეგთან კორელაციას უფრო ართულებს, ვიდრე ცვლადების ფართო დიაპაზონი.

როგორც ლამბერტის (Lambert, 2005) ნაშრომშია აღნიშნული, შედარებით მცირეა იმ კვლევების რაოდენობა, რომლებიც სისტემატურად შეისწავლიდა ახალბედა თერაპევტების შედეგებს გამოცდილ თერაპევტებთან შედარებით, განათლების გავლენას თერაპიის შედეგებზე, ან თუნდაც მკურნალობის მითითებების დაცვისა და თერაპიული შედეგებისთვის კომპეტენციის ფარდობით მნიშვნელობას (იხ. McGlinchey & Dobson, 2003). გამონაკლისია ბრაითის, ბეიკერისა და ნეიმეიერის (Bright, Baker, და Neimeyer, 1999) ნაშრომი, სადაც შედარებულია პროფესიონალებისა და პარაპროფესიონალების მუშაობა დეპრესიის მქონე კლიენტებთან კონსტრუქციული თერაპიისა და ურთიერთდახმარების ჯგუფური თერაპიის განხორციელებისას. მიუხედავად იმისა, რომ კონსტრუქციული თერაპიის პირობებში მომუშავე თერაპევტთა ორი ჯგუფის მცირე შედეგები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა ტრადიციული სტატისტიკური ანალიზისგან, კლინიკური მნიშვნელოვნების მაჩვენებლები პროფესიონალი თერაპევტების უპირატესობაზე მიუთითებდა. ამ სფეროში გამართლებული იქნება დამატებითი კვლევების ჩატარება.

### **ურთიერთობის ფაქტორები, რომლებიც მუშაობს კონსტრუქციული თერაპიაში**

მრავალ კვლევაში იქნა განხილული თერაპევტისა და კლიენტის ურთიერთობისა და მკურნალობის პროცესების ასპექტები. აღნიშნული ლიტერატურის უმეტესი ნაწილი მკურნალობის მოდელების კონტექსტს ეხება, რომელიც ხაზგასმით მიუთითებს ინტერაქციულ პროცესებზე, როგორც მკურნალობის უმთავრეს ასპექტზე, როგორცაა ფსიქოდინამიკური და გამოცდილებაზე დაფუძნებული თერაპიული მიდგომები (მაგ., Norcross, 2002; Teyber, 2000; Yalom & Leszcz, 2005). გავრცელებულია მითი, რომ კონსტრუქციული თერაპევტები ყურადღებას არ აქცევენ აღნიშნულ ფაქტორებს და რომ მათი ყურადღების ერთადერთი საგანი თერაპიის ტექნიკაა (დამატებით ინფორმაციისთვის

იხ. თავი 12 მითის შესახებ). სიმართლე სადღაც შუაშია. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტები კარგად აცნობიერებენ, რომ ფსიქოთერაპია ხორციელდება ინტერპერსონალურ სივრცეში. თუმცა, ასევე სჯერათ, რომ ამ სიტუაციაში გამოყენებულ ტექნიკას მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს მკურნალობის შედეგში.

კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში მკურნალობის სახელმძღვანელოების უმეტესობა ასახავს ოპტიმალური ფსიქოთერაპიული ურთიერთობების ბუნებას. ხშირად ასეთი სახელმძღვანელოები გვასწავლიან, რომ თერაპევტი უნდა იყოს გულშემატკივარი, ემპათიური, მზრუნველი და პატივისმცემელი და უნდა ფლობდეს კარგ სოციალურ უნარებს, მათ შორის, მას უნდა შეეძლოს: კლიენტის თერაპიაში ჩართვა, ორმხრივი მიზნების ჩამოყალიბება და შემდგომ მათი შესრულებისთვის მუშაობა, კლიენტისთვის საჭირო უკუკავშირის მიწოდება, უნარების სწავლება და ურთიერთობაში შესაძლო სირთულეების განჭვრეტა და მოგვარება. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მიმდინარეობის მკვლევრები შედარებით მეტ დროს უთმობენ სხვადასხვა აშლილობების დროს მკურნალობის ეფექტურობის დადგენას და უფრო ნაკლებ დროს ხარჯავენ ურთიერთობების ფაქტორების კვლევაზე. თუმცა ეს არ მიანიშნებს ამ უკანასკნელის აბსოლუტურ უკულებელოებაზე. მაგალითად, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის სკალაზე (Young & Beck, 1980), რომელიც ყველაზე ფართოდ გამოიყენება დარგში თერაპიული კომპეტენციის გასაზომად, რამდენიმე პუნქტი პირდაპირ დამოკიდებულებაშია ურთიერთობასთან და თერაპევტის მახასიათებლებთან, რომელიც გავლენას ახდენს ურთიერთობის ხარისხზე.

და ისევ, ფსიქოთერაპიაში ურთიერთობის ფაქტორების დადგენისთვის გამოყენებული კვლევის მეთოდები განხილვას იმსახურებს. ზოგ შემთხვევაში მეთოდოლოგია ძალიან ჰგავს კლიენტის ცვლადების კვლევას. თერაპიული ურთიერთობის დაწყებამდე თერაპევტი იმავე კრიტერიუმების მიხედვით ფასდება. შემდეგ, განისაზღვრება ის, თუ რამდენად კორელირებს ფსიქოთერაპიული მკურნალობის შედეგები თერაპევტის შეფასების შედეგებთან.

ამგვარად, ცვლადები, როგორცაა თერაპევტის ასაკი ან სამუშაო გამოცდილების ხანგრძლივობა, შეიძლება კორელაციაში იყოს შედეგთან. სხვა კვლევებში კი თერაპევტების და/ან კლიენტების მიერ თერაპიის კურსის მსვლელობის დროს გაკეთებული რეიტინგები დაკავშირებულია შედეგთან. კვლევის ასეთი ტიპი უფრო კომპლექსურია, რადგან თერაპიაში წარმოქმნილმა ადრეულმა ცვლილებებმა შესაძლოა “დააბნოს” ან შეცდომაში შეიყვანოს თერაპევტი. ასევე შესაძლოა შეცვალოს კლიენტის წარმოდგენა თერაპიის ან სხვა პირის შესახებ. ეს პოტენციური პრობლემა უფრო მწვავედება, როდესაც თერაპევტისა და კლიენტის რეიტინგები ჯამდება მკურნალობის უფრო გვიან ეტაპზე. მაგალითად, თუ თერაპევტს თერაპიის პირველი სესიის შემდეგ ჰკითხავთ კონკრეტული შემთხვევის სავარაუდო შედეგის შესახებ, მას მოუწევს საკუთარ ცოდნაზე დამყარებული პროგნოზების გამოთქმა. თუ იგივე შეკითხვას მესუთე სესიის შემდეგ დაუსვამთ, თერაპევტს უკვე ექნება გავლილ სესიებზე დაგროვილი

გამოცდილება და ასევე თერაპიის ადრეულ ეტაპზე დაკვირვების შედეგები, რომლებზეც დამყარებული იქნება შედეგების მისეული პროგნოზები.

შედეგისა და პროცესის შესახებ თერაპევტ-კლიენტის წარმოდგენებს შორის პოტენციური გაუგებრობის შესამცირებლად, ფსიქოთერაპიის რამდენიმე მკვლევარმა თერაპიული სესიის გარე შეფასებას, თერაპიის პროცესისაგან დამოუკიდებელ მესამე პირის მიერ შეფასებას, მიმართა. ასეთი სტრატეგია ამცირებს თერაპევტის ან კლიენტის მხრიდან მიკერძოებას, თუმცა გააჩნია უარყოფითი მხარეებიც. ერთი მხრივ, ერთი სესიის ფარგლებში თერაპიის შეფასების პროცესი მოითხოვს ექსპერტულ ცოდნას, რათა შემფასებელმა იცოდეს რას ეძებს და ამოიცნოს აღმოჩენისთანავე. დამოუკიდებელ შემფასებლებს შორის შეთანხმება წარმოადგენს ერთ-ერთ გზას იმის საჩვენებლად, რომ შესაძლებელია თანმიმდევრული რეიტინგების მიღება. თუმცა ზოგიერთ ზემოთხსენებულ კვლევაში რთული იყო შემფასებელთა შორის სანდოობის მიღწევა. ეს ფაქტი მიუთითებს, რომ ზოგიერთი კონსტრუქტი შესწავლის დროს ძნელი აღმოსაჩენი ან ძნელად ამოსაცნობია. მეორე პრობლემა, რომელიც უდავოდ შემფასებლის (ექსპერტის) თანმიმდევრულობას ეხება, იმაში მდგომარეობს, რომ სესიის შეფასება მკურნალობის სხვა ნაწილების გარეშე სესიის დეკონტექსტუალიზაციას ახდენს. შემფასებლისთვის რთულია იცოდეს, რა იყო, რა ხდებოდა მანამდე ან რომელი ზოგადი კურსი იყო არჩეული თერაპიაში, ამდენად ის იძულებულია გამოთქვას ვარაუდები ან შეივსოს შემთხვევის შესახებ ცოდნის დანაკლისი.

სესიის დამოუკიდებელ შეფასებაში არსებული კიდევ ერთი პრობლემა ეხება იმის შინაარსს, თუ რის შეფასებაც ხდება. ზოგიერთი მკვლევარი დაინტერესებულია სპეციფიკური ქცევებით. ზოგადად, სპეციფიკური ქცევის (მაგ., რამდენჯერ გაიმეორა თერაპევტმა “ვეთანხმები”?) შეფასება უფრო ადვილია, ვიდრე კატეგორიების ან თერაპიის თავისებურებების (მაგ., რამდენად ემპათიურია თერაპევტი?). გარდა ამისა, ზოგი მკვლევარი ინტერესდება თერაპიის პროცესით და აქცენტი გადააქვს ისეთ პრობლემებზე, როგორცაა ემპათია, თანამშრომლობა, ურთიერთობებში არსებულ დაბრკოლებებზე რეაგირება და ა.შ.

სხვა მკვლევრები, რომელთა ინტერესის სფეროს თავად მკურნალობის განზომილებები წარმოადგენს, აქცენტს აკეთებენ მკურნალობის მთლიანობის (McGlinchey & Dobson, 2003) შეფასებაზე. მკურნალობის მთლიანობა თავის მხრივ შედგება ორი ასპექტისგან: მოდელისადმი ერთგულებისა და კომპეტენტურობისაგან. ერთგულება განსაზღვრავს, თუ რამდენად რჩება თერაპევტი თერაპიის კონკრეტული მოდელის ერთგული და ინტერვენციებს ისე თანმიმდევრულად ახორციელებს, რომ არ იყენებს სხვა მოდელის მეთოდებს. კომპეტენტურობა ეფუძნება მოდელისადმი ერთგულებას და მიუთითებს კვალიფიციურ და დროულ ინტერვენციას, რომლის დროსაც მოცემულ კლიენტთან და თერაპიის მოცემულ ეტაპზე გამოსაყენებელი ოპტიმალური მეთოდების ალგორითმი გამოიყენება. შესაბამისად, თერაპევტი შეიძლება ძლიერად გამოხატავდეს ერთგულებას, მაგრამ არ იყოს კომპეტენტური, ან თერაპევტს შეიძლება

უსტად გამოხატული ჰქონდეს ერთგულებაც და კომპეტენციაც. ამდენად, კიდევ ერთხელ აღვნიშნავთ, რომ შემფასებლებს შორის ურთიერთნდობის მიღწევა უფრო ადვილია ერთგულებასთან მიმართებაში, ვიდრე კომპეტენციასთან.

აღნიშვნის ღირსია ის ხედვაც, რომლის ჭრილშიც მკვლევრები თერაპიის პროცესს აკვირდებიან, და რომელიც ნაწილობრივ ირეკლავს მათ რწმენებს თერაპიის უმთავრეს ასპექტებთან დაკავშირებით და აძლიერებს ამ სქემებს. მკვლევრები, რომლებიც აქცენტს აკეთებენ თერაპიული პროცესის არასპეციფიკურ ან ზოგად ასპექტებზე, უფრო მეტად ემხრობიან ეკლექტური თერაპიის პრაქტიკას და რწმენას, რომ ფსიქოთერაპიის შედეგების უმრავლესობა შეიძლება აღმოვაჩინოთ მკურნალობის ამ ასპექტებში (Lambert & Barley, 2002; Teyber, 2000). მკვლევრები, რომლებიც მკურნალობის სპეციფიკურ კომპონენტებს გამოყოფენ, იხრებიან მკურნალობის მთლიანობის კვლევისკენ და იზიარებენ რწმენას, რომ თერაპიის ეს ასპექტებია გადამწყვეტი ოპტიმალური შედეგების მისაღებად (DeRubeis, Brotman, და სხვ., 2005). სავარაუდოდ, ეს უკანასკნელი ჯგუფი რანდომულ კლინიკურ კვლევებს ატარებს, ერთი კონკრეტული თერაპიის მეორესთან შესადარებლად და განსაზღვრავს უკეთეს ან ოპტიმალურ მკურნალობას მოცემული აშლილობისათვის, ხოლო “უკეთესი” მკურნალობა განისაზღვრება კლინიკური თუ სიმპტომური განზომილებების შედეგებით.

## მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პროცესის ცვლადები

წინა დისკუსიებიდან ჩანს, თუ რამდენად კომპლექსური შეიძლება იყოს თერაპიული პროცესის კვლევა, როგორ შეიძლება მისადმი მიდგომა სხვადასხვა კუთხით და მეთოდით და როგორ შეუძლია თავად კვლევის პროცესს გააძლიეროს რწმენები, თუ რომელი ასპექტი არის უფრო მნიშვნელოვანი მკურნალობის შედეგისთვის. თუ ვაღიარებთ, რომ ეს თემები მნიშვნელოვანია ფსიქოთერაპიისთვის, მაშინ ვნახოთ, რას გვეუბნება ამის შესახებ ლიტერატურა; ზოგადად, ის ამბობს, რომ დადებით შედეგთან ყველაზე მეტად ასოცირებული თერაპევტის თვისებები მოიცავს ემპათიას, გულწრფელობას, ზრუნვასა და სითბოს გამოხატვას (Castonguay & Beutler, 2006; იხ. ცხრილი 11.2; ასევე იხ. Josefowitz & Myran, 2005). უკეთესი შედეგების მქონე თერაპევტები ავლენენ უსაფრთხო მიჯაჭვულობის სტილს სხვებთან ურთიერთობაში. მათ შეუძლიათ კლიენტების მიმართ პოზიტიური განწყობის დემონსტრირება, მაშინაც კი, როდესაც საჭიროა კონკრეტულ აზრებთან და ქცევებთან შეწინააღმდეგება. არსებობს მტკიცებულება, რომ შედარებით წარმატებულ თერაპევტებს შეუძლიათ სათანადო დროს გამოიყენონ თვით-გამხელა (Goldfried, Burckell, & Eubanks-Carter, 2003; Hill & Knox, 2002).

არსებობს ლიტერატურა, რომელიც თერაპიული პროცესის სხვადასხვა ინტერპერსონალურ ასპექტს ეხება და მათ კლინიკურ შედეგებთან



აკავშირებს (იხ. ცხრილი #11.2). თერაპიის მოდელისგან დამოუკიდებლად ირკვევა, რომ შედეგები უმჯობესდება, როდესაც ადგილი აქვს თერაპიულ თანამშრომლობას, ან როგორც მას ზოგჯერ უწოდებენ - ძლიერ თერაპიულ ალიანსს. თანამშრომლობითი ემპირიზმის კონცეფცია, რომელიც აღწერილია, როგორც ძლიერი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მიზანი, როგორც წესი, შესაბამისობაშია მტკიცე სამუშაო ურთიერთობების ჩამოყალიბებისა და შენარჩუნების იდეასთან, თუმცა ამ კონცეფციას ემატება ემპირიზმი (დამატებითი ინფორმაციისთვის იხ. Keijsers და სხვ., 2000).

**ცხრილი № 11.2. ურთიერთობის ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში მკურნალობის შედეგებთან**

თერაპევტზე დაფუძნებული ფაქტორები	ფარდობითი ფაქტორები
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ემპათია</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ თერაპიული თანამშრომლობა ან ალიანსი</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ პოზიტიური დამოკიდებულება, გულწრფელობა, ზრუნვა და სიბოლო</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ მიზნის შესახებ შეთანხმება და მიზნის მიღწევისკენ სვლა</li> <li>■ კონგრუენტულობა</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ უსაფრთხო მიჯაჭვულობის სტილი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ უკუკავშირი</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ თვით-გამხელა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ურთიერთობებში არსებული დაბრკოლებების მართვა</li> <li>■ ურთიერთობებში აფექტის ამოცნობა და მასზე პასუხი (ტრანსფერი და კონტრ-ტრანსფერი)</li> </ul>

ირკვევა, რომ ზოგადი მიზნების ჩამოყალიბებისა და მათ მისაღწევად მუშაობის უნარი, ხელს უწყობს მკურნალობაში წარმატების მიღწევას. ეს მოსაზრება შეესაბამება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ძირითად დებულებებს. ამ მიდგომაში ადრეული მუშაობის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს მკურნალობის მკაფიო და შეთანხმებული მიზნების ჩამოყალიბება, რომლებიც იდეალურ შემთხვევაში კონსენსუსის პროცესში ჩნდება. მტკიცებულება მიგვანიშნებს, რომ თერაპევტები, რომლებსაც შეუძლიათ ასახონ კლიენტის დისტრესი და ემოციური მდგომარეობა, ან აჩვენონ შესაბამისობა, როგორც წესი, უკეთეს შედეგებს აღწევენ ისევე, როგორც თერაპევტები, რომლებიც კლიენტთან უკუკავშირს ამყარებენ.

არსებობს კიდევ ერთი მტკიცებულება იმისა, რომ მკურნალობის წარმატების გაზრდისთვის მნიშვნელოვანია დასწრება და ურთიერთობებში არსებული დაბრკოლებების მართვა. მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება ასეთი მოვლენების არსებობა თერაპიულ ურთიერთობებში საკამათო იყოს,

თერაპევტს მხედველობიდან არ უნდა გამორჩეს ასეთი შესაძლებლობა და შეეძლოს რეაგირება მათი წარმოქმნის შემთხვევაში (Leahy, 2003). ბოლოს, მტკიცებულება მიგვანიშნებს, რომ წარმატებული თერაპევტები, ზოგადად, აცნობიერებენ ურთიერთობასთან დაკავშირებულ გავლენებს და რეაგირებას ახდენენ მათზე, რაც ფსიქოანალიტიკურ თეორიაში ტრადიციულად მოიხსენიება, როგორც „ტრანსფერი“ და „კონტრ-ტრანსფერი“ (Gelso & Hayes, 2002). თუმცა, რამდენადაც ჩვენთვის ცნობილია, არც ერთი კვლევა არ განიხილავს უშუალოდ ამ თემებს; ინტერპერსონალური პროცესის საკითხები, როგორცაა რეზისტენტობა, განხილულია კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის კონტექსტში (Leahy, 2001). ასეთი სახის გამონვევებზე კლინიკური რეაგირება ხდება კოგნიტიური თვალთახედვით (J. S. Beck, 2005; თავი 10).

გარდა ამისა, კვლევებში განხილულია კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის რამდენიმე მნიშვნელოვანი თემა. ეს თემები მოიცავს საშინაო დავალების გამოყენებას, ზოგადი და სპეციფიკური პროფილის მქონე თერაპევტების როლს და “უეცარი ცვლილების” პრობლემას. თითოეულ ამ საკითხს მოკლედ განვიხილავთ ქვემოთ.

### **საშინაო დავალება**

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ძირითადი პრინციპია თერაპიის მიმდინარეობის დროს გამართული დისკუსიის დავალებებად, ანუ სესიებს შორის შესასრულებელ საშინაო დავალებებში “გადატანის” საჭიროება. ეს საშინაო დავალებები შეიძლება მოიცავდეს თერაპიის დროს წამოჭრილი პრობლემებისა თუ საკითხების დამატებით შეფასებას ან ცვლილებაზე ორიენტირებულ დავალებებს, მაგრამ ასეთი მკურნალობის ტრანსფორმაციული ნაწილი განიხილება, როგორც მოვლენა, რომელიც ძირითადად (ან უმეტესად) ხდება სესიებს შორის და არა სესიების დროს. კვლევა მხარს უჭერს საშინაო დავალების შესრულების მნიშვნელობას, განსაკუთრებით თერაპიის ადრეულ ეტაპზე, როგორც მკურნალობის შედეგის პოზიტიურ პრედიქტორს (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000; Whisman, 1993). აქედან გამომდინარე ლოგიკურია, რომ თერაპიული პროცესის მთავარ ასპექტს წარმოადგენს იმის განსაზღვრა, თუ როგორ დავებმართო კლიენტს “გადაიტანოს” ეს საუბრები ქმედებაში. თერაპიული პროცესის ამ ნაწილის კვლევისა და თეორიული დამუშავების საჭიროება ცხადია (Kazantzis & L’Abate, 2007).

### **ზოგადი და სპეციფიკური ტექნიკები**

იმის გათვალისწინებით, რომ ლიტერატურაში გაცილებით მეტი ყურადღება ეთმობა არასპეციფიკური ან ზოგადი ტექნიკების ფარდობით მნიშვნელობას, ვიდრე თეორიული საფუძვლის მქონე ინტერვენციებს, ალბათ გასაკვირი არ უნდა იყოს, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ამ საკითხს იკვლევს.

მაგ., ქასტონგუეიმ, ვაისერმა, რაუემ და ჰეისმა (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, Hayes, 1996) დეპრესიის მქონე 30 კლიენტის მაგალითზე შეისწავლეს როგორც კონკრეტული, ისე ზოგადი ფაქტორები, რომლებიც შედეგებს პროგნოზირებდნენ. მიუხედავად იმისა, რომ მათ კვლევაში ზოგადი მეთოდები (თერაპიული ალიანსი და კლიენტის ემოციური გამოცდილება) საბოლოო შედეგებს წინასწარმეტყველებდა, კოგნიტურ შეცდომებზე ფოკუსირების სპეციფიკური კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდი სინამდვილეში ნეგატიურ კორელაციაში აღმოჩნდა შედეგთან. ავტორების მხრიდან ამ შედეგის ინტერპრეტაციის მიხედვით, ზოგიერთი თერაპევტი შესაძლოა ზედმეტად ეყრდნობოდა სპეციფიკურ ტექნიკას ნაცვლად იმისა, რომ ყურადღება გაემახვილებინა თერაპიულ ალიანსში არსებულ პრობლემებზე.

ქასტონგუეის (Castonguay და სხვ., 1996) კვლევისგან განსხვავებით, ორ სხვა კვლევაში განხილულ იქნა დეპრესიის შემთხვევაში კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში გამოყენებული სპეციფიკური და ზოგადი ტექნიკები. ორივე კვლევაში (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999) აღინიშნა, რომ სპეციფიკური ტექნიკები უფრო მეტ შედეგს წინასწარმეტყველებდა, ვიდრე ზოგადი თერაპია. გარდა ამისა, მათ ასევე განიხილეს თერაპიული ალიანსი, როგორც კრიტერიუმი და დაადგინეს, რომ თერაპიაში ცვლილების პროგნოზირებაზე მეტად, თერაპიული ალიანსი უმჯობესდებოდა მხოლოდ სიმპტომის შემსუბუქების შემდეგ. ამ შედეგების კვალდაკვალ, მათ ივარაუდეს, რომ შესაძლებელია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში ისეთი სპეციფიკური ინტერვენციების გამოყენება, რომლებიც სიმპტომების შეცვლამდე მიგვიყვანს და სიმპტომების ცვლილება კი თერაპიულ ალიანსამდე. ეს მოსაზრებები, დეპრესიის გარდა, დამატებით შესწავლას საჭიროებს სხვადასხვა აშლილობების შემთხვევაშიც.

### **უეცარი ცვლილება**

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პროცესის შესახებ ბოლოდროინდელი, გარკვეულწილად მოულოდნელი, დასკვნები მიუთითებს, რომ ზოგიერთ კლიენტს არ აღენიშნება სიმპტომებისგან თანაბარზომიერი და თანდათანობითი რემისია; ამის ნაცვლად, ისინი “უეცარ ცვლილებას” განიცდიან. კლიენტებს, რომლებსაც უეცარი ცვლილება და მისი შენარჩუნება შეუძლიათ, როგორც ჩანს, ცვლილების უფრო სტაბილური პატერნი გააჩნიათ, რასაც მკურნალობის შემდეგ რელაფსის დაბალი ალბათობა ადასტურებს (Tang & DeRubeis, 1999; Tang, DeRubeis, Beberman, & Pham, 2005; Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, & Shelton, 2007). ეს შედეგები ნარჩუნდება მაშინაც კი, თუ კლიენტები საბოლოო ჯამში დიდად ვერ აღწვევენ სრულ ცვლილებას სხვა კლიენტებთან შედარებით. ამ დასკვნებს მეტი კვლევა სჭირდება, განსაკუთრებით აშლილობების უფრო ფართო დიაპაზონში. თუმცა, თუკი ეს პატერნი საიმედო აღმოჩნდება სხვადასხვა დარღვევებისთვისაც, მაშინ ის მიუთითებს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში კონკრეტული პროცესის არსებობაზე.

## მკურნალობის ფორმები, რომლებიც ეფექტურია

დასკვნა იმის შესახებ, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ეფექტურია, დეტალურ შესწავლას საჭიროებს. კითხვები, რომლებიც უნდა დაისვას, მოიცავს შემდეგს: რა სახის პრობლემებისთვისაა ის ეფექტური? არსებობს კონკრეტულ კლიენტთა ქვეჯგუფი, რომლისთვისაც არის თერაპია ეფექტური? ეს თერაპია სხვა თერაპიული მიდგომების მსგავსად ეფექტურია, თუ უკეთესი? რა სახის მტკიცებულება გამოიყენება ამ დასკვნების გასაკეთებლად? ფსიქოთერაპიული კვლევა დარგობრივი მეცნიერების უფრო და უფრო სპეციალიზებული სფერო ხდება. ამჯერად, ჩვენი მიზანი გახლავთ იმ საკმარისი ინფორმაციის მოწოდება, რაც უნდა გახსოვდეთ, თუ კვლევის ჩატარებას გადაწყვეტთ. ამრიგად, ჩვენ განვიხილავთ მეთოდებს, რომლებიც მკურნალობის შესაფასებლად გამოიყენება, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მკურნალობის მეთოდებს და რასაც ჩვენ “მტკიცებულებებზე დებატებს” ვუწოდებთ და შემდეგ განვიხილავთ უშუალოდ სხვადასხვა დარღვევასთან დაკავშირებულ მტკიცებულებებს.

## მკურნალობის შეფასების მეთოდები

როგორც ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ, ფსიქოთერაპიული კვლევების სფერო მნიშვნელოვნად განვითარდა მკურნალობის ამგვარი მიდგომის წარმოშობის კვალდაკვალ. ფსიქოთერაპიის გამოჩენასთან ერთად, ფროიდი და სხვა ადრეული ფსიქოანალიტიკოსები გვთავაზობენ ფსიქო-პათოლოგიის მოდელებსა და მკურნალობის პრაქტიკულ შემთხვევებს. ბრეიერის და ფროიდის “ისტერიის კვლევები”, რომელიც პირველად 1895 წელს გამოქვეყნდა (Strachey, 1957), დღემდე ფსიქოლოგიური დარღვევების პროცესისა და შინაარსის ფართო მოდელების განსავითარებლად კონკრეტული შემთხვევების გამოყენების კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს. პირველად შემუშავებულ ბიჰევიორულ მოდელებშიც გამოიყენებოდა ერთი შემთხვევის კვლევები, რაც  $N = 1$  კვლევის მეთოდის სახელითაა ცნობილი.

დროთა განმავლობაში სხვადასხვა დარღვევების მკურნალობის უფრო ზოგადი მოდელების განვითარებასთან ერთად, ალბათ, ბუნებრივად იყო სხვადასხვა აშლილობების კონტექსტში მკურნალობის მრავალფეროვანი შედეგებზე ღია ექსპერიმენტების არსებობა. 1960-ანი წლებისთვის ლიტერატურაში პირველად გამოჩნდა ფსიქოლოგიური თერაპიისა და საკონტროლო ჯგუფების შედარება, და კვლევის ეს მიმართულება იმდენად გავითარდა, რომ შესაძლებელი გახდა სამეცნიერო ლიტერატურის შეჭამება ე.წ. *მეტა-ანალიზის* საშუალებით, რომელიც სხვადასხვა კვლევების შედეგებს აერთიანებს (Smith & Glass, 1977). ეს შედეგები ზოგადად ადასტურებს ფსიქოლოგიური მკურნალობის ზოგად ეფექტიანობას, თუმცა რამდენიმე დეტალის გათვალისწინებით (ზოგ თერაპევტს უკეთესი შედეგი ჰქონდა სხვებთან შედარებით, ხოლო ზოგი აშლილობა უფრო უკეთეს შედეგთან ასოცირდებოდა, ვიდრე სხვები).

1970-ანი წლების ბოლოს მოხდა ორი მოვლენა, რამაც დარგის შეუქცევადი შეცვლა გამოიწვია. პირველი იყო ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის მიერ DSM-III-ის პუბლიკაცია (American Psychiatric Association, 1980). DSM-III-ის გამოცემებთან შედარებით, ფსიქოპათოლოგიის უფრო აღწერით, სიმპტომებზე დაფუძნებული დიაგნოზის მოდელს გვთავაზობს. ამ აქცენტების საშუალებით, შესაძლებელი გახდა მკურნალობის უფრო მკაფიოდ შეფასება კონკრეტულ აშლილობებთან მიმართებაში. მეორე მოვლენა გახლდათ მკურნალობის სახელმძღვანელოები, რომლებშიც ასახული იყო უფრო სტანდარტიზებული მკურნალობა, რაც ფსიქოთერაპიის უფრო ამომწურავად შესწავლის საშუალებას იძლეოდა (Luborsky & DeRubeis, 1984). მკურნალობის შესახებ სახელმძღვანელოებში ხაზგასმულია სპეციფიკური თერაპიის ტექნიკები და კარგი თერაპიული ალიანსის მნიშვნელობა.

ორივე მოვლენის, სიმპტომებთან მიმართებაში შედეგის კონცეპტუალიზაციისა და მკურნალობის სახელმძღვანელოს გამოყენები, შექმნისა და დამტკიცების შემდეგ, გარდაუვალი გახდა რანდომული კლინიკური კვლევების სტრატეგიის გამოყენება ფსიქოლოგიური მკურნალობის მეთოდების შეფასებისთვის. ამავე პერიოდში დაიწყო «კოგნიტიური რეკონსტრუქცია» ფსიქოლოგიასა და ფსიქოთერაპიაში, და ამდენად, გასაკვირიც არ არის, რომ კოგნიტიურ-ბიპოლარულ თერაპიას მოხმარდა უამრავი კვლევითი ფონდი. ეს იმან გამოიწვია, რომ იმედის მომცემი იყო ასეთი მკურნალობის წინასწარი შედეგები. მოძრაობამ მალევე მოიკრიბა ძალა და მკურნალობის ეს მეთოდი დარგში არსებულ დისციპლინებს შორის მის აშუამინდელ დომინანტურ პოზიციაზე აიყვანა (Weissman და სხვ., 2006).

მეორე მოვლენა, რომელმაც ხელი შეუწყო კოგნიტიურ-ბიპოლარული თერაპიის პოზიციის განმტკიცებას, გახლდათ ემპირიულად მხარდაჭერილი თერაპიული მიდგომების მიმართ დაწყებული მოძრაობა (Chambless & Ollendick, 2001). ეს მიდგომა იყენებდა სამედიცინო კლინიკურ კვლევებში გამოყენებულ ზოგად კრიტერიუმებს და დასაშვებად მიიჩნედა კვლევითი ცდების დროს მიღებული მტკიცებულებების გამოყენებას იმ მკურნალობის განსაზღვრისთვის, რომლებიც აღნიშნული კრიტერიუმების მიხედვით ეფექტური იყო. ფსიქოლოგიური მკურნალობისთვის მტკიცებულებების მოპოვების ასეთ მიდგომას შეზღუდვებიც გააჩნია (Chambless & Ollendick, 2001; Dobson & Dobson, 2006). პირველი იმიტომ, რომ კლიენტების მკურნალობაზე მიმართვა ხდება რანდომული პრინციპით, ამ კვლევებში აქცენტი კეთდება დამოუკიდებელ ცვლადზე, რომელიც დაკვირვების ქვეშ მყოფ თერაპია(ებ)ს წარმოადგენს. შესაბამისად, კლიენტის ცვლადები ასეთ კვლევაში შედარებით ნაკლებ მნიშვნელოვნად მიიჩნევა. მეორე იმიტომ, რომ ასეთ კვლევებში გამოიყენება სტანდარტიზებული სახელმძღვანელო პრინციპებ პირობების იდენტობის დაცვის მიზნით და შესაბამისად, შეზღუდულია თერაპევტის მოქნილობა. სახელმძღვანელოში განვრილი პრაქტიკა სავარაუდოდ არ ასახავს ზუსტად იმას, თუ რა ხდება რეალური კლინიკური პრაქტიკის დროს. მესამე იმიტომ, რომ ამ კვლევებში აქცენტი



კვლავ ინტერვენციაზე კეთდება და კვლევაში კლიენტის შერჩევისა და გამორიცხვის გაიდლაინები საკმაოდ მკაფიოა. შერჩევისა და გამორიცხვის წესებს ხშირად მიყვარათ საკმაოდ ერთგვაროვან შერჩევამდე, რაც სავარაუდოდ კიდევ უფრო ზღუდავს კონკრეტული კლინიკური პრაქტიკის გენერალიზებას, რომელშიც ხშირად ხვდებიან რთული ან მრავალფეროვანი პრობლემების მქონე კლიენტები. ამ შეზღუდვების მიუხედავად, რანდომული კლინიკური ცდები მნიშვნელოვანია, რამდენადაც ისინი ქმნიან ემპირიულ საფუძველს თერაპიის კონკრეტულ მოდელთან ან ტექნიკასთან მიმართებაში და იძლევიან იმის განსაზღვრის საშუალებას, თუ რომელი თერაპია “შუაობს” სხვადასხვა პრობლემის შემთხვევაში.

ამ სფეროში არსებულ კიდევ ერთ ძალას, რომელიც მტკიცებულების არსებული მდგომარეობის ფორმირებას უწყობს ხელს, წარმოადგენს მონაცემთა შეჭამებისთვის სტატისტიკური ინსტრუმენტების ჩამოყალიბება. ნაწილობრივ რანდომული კლინიკური ცდების მეთოდების ფართოდ გავრცელების გამო, შესაძლებელია სტატისტიკური ინსტრუმენტის, ე.წ. *მეტა-ანალიზის* გამოყენება სხვადასხვა კვლევების განსხვავებული შედეგების ერთ მონაცემად შეჭამებისთვის. გასათვალისწინებელია, რომ *მეტა-ანალიზის* დროს ხდება იმის დაშვება, რომ შერჩეულ კვლევებში კლიენტთა ჯგუფები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება ერთმანეთისგან კვლევის დასაწყისში მათი ჯგუფებში რანდომულად განაწილებისას. ამგვარი მეთოდით მკურნალობის შედეგები შეიძლება პირდაპირ შედარდეს (როგორც წესი, თერაპიის მწვავე ეტაპის დასასრულს) და მიღებული ციფრები შეიძლება განზოგადდეს სხვა კვლევებზეც. როგორც ქვემოთაა შეჭამებული, ამჟამად კონსულტაციის-ბიჰევიორული თერაპიის სხვადასხვა სფეროში გამოიყენება *მეტა-ანალიზის*, და უფრო მეტიც *მეტა-ანალიზის* მიმოხილვაც კი (Butler და სხვ., 2006).

შედეგების შესახებ ლიტერატურის კიდევ ერთი ასპექტი, რომელსაც მცირე ყურადღება ეთმობა, არის სტატისტიკური და კლინიკური მნიშვნელოვნების შემოწმება. კვლევითი ლიტერატურის უმეტესობაში, იმის გასარკვევად, არის თუ არა ინტერვენცია უფრო ეფექტიანი ერთ რომელიმე განზომილებაზე იყენებს სტატისტიკური მნიშვნელოვნების ტესტირების ტრადიციული მეთოდები. ასეთი ტესტები ძალიან სასარგებლოა, თუ მოხდება იმის დაშვება, რომ კვლევის დასაწყისში, შესასწავლი ჯგუფები დაახლოებით ერთმანეთის მსგავსია, რადგან კვლევის ბოლოს, მნიშვნელოვანი განსხვავებები შეიძლება გონივრულად უფრო მეტად იყოს დამოკიდებული ერთი ინტერვენციის შედეგზე, ვიდრე მეორეზე. როგორც უკვე აღინიშნა, შესაძლებელია სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტის მიღება ისეთი მკურნალობის შედარებითი კვლევისას, რომელსაც მცირე პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. მაგალითად, თუ მკურნალობის განსხვავება შეიძლება ზუსტად გაიზომოს, ან თუ კვლევაში გამოყენებულია მონაწილეთა საკმარისი რაოდენობა, შეიძლება, რომ სტატისტიკური მნიშვნელობის თვალსაზრისით, უმნიშვნელო, მაგრამ სანდო სხვაობებს მივალნიოთ.

სტატისტიკურ მნიშვნელოვნებასთან დაკავშირებული ინტერესების გათვალისწინებით, განვითარდა კვლევითი ცდების შეფასების კიდევ ერთი მეთოდი, რომელიც მიმართულია კლინიკური მნიშვნელოვნების შეფასებაზე (Jacobson & Truax, 1991). ეს მეთოდი, როგორც წესი, აფასებს კონკრეტული მკურნალობის ქვეშ მყოფი კლიენტების პროპორციას, რომლებიც კლინიკური დისტრესის მქონე პოპულაციის დიაგნოზში კვლევას იწყებენ და ამთავრებენ მოცემული განზომილების შეცვლილი ქულებით. მაგალითად, შეიძლება მოცემული დიაგნოზის კოეფიციენტის შედარება მკურნალობის დასაწყისსა და დასასრულს, თუ ასეთ შედარებას კლინიკური მნიშვნელობა ექნება. გარდა ამისა, თუ მოცემულ განზომილებაში ათვლის ქულა შეიძლება დადგინდეს უარესი შედეგებისგან უკეთესის დიფერენცირებისთვის, მაშინ შეიძლება შესწავლილ იქნას იმ ადამიანების პროცენტული წილი, რომლებიც ნაკლებ ქულებს დააგროვებენ. მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკური მნიშვნელოვნების მქონე ტესტები პოტენციურ სტრატეგიას წარმოადგენს კლინიკისტების მოსაზრებების კვლევაში დუბლირებისთვის და მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი კვლევების მრავალი მაგალითი არსებობს, კვლევითი ლიტერატურა აგრძელებს სტატისტიკური მნიშვნელოვნების შეფასებაზე ფოკუსირებას. გარდა ამისა, მეტა-ანალიტიკური მეთოდი უფრო მეტად ეყრდნობა სტატისტიკურ შედეგებს, ვიდრე შედეგების კლინიკური მნიშვნელოვნების შეფასებას. ვიმედოვნებთ, რომ ეს სიტუაცია დროთა განმავლობაში შეიცვლება.

## ლიტერატურის მიმოხილვა

მოდით ვნახოთ, რას გვეუბნება ლიტერატურა. ჩვენ ვცადეთ მტკიცებულებების იმგვარად შეჯამება, რომ ეს მოსახერხებელი ყოფილიყო პრაქტიკოსებისთვის. ამდენად, სპეციფიკური კვლევების დეტალური განხილვის ნაცვლად, B დანართში გთავაზობთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სხვადასხვა სფეროების შესაბამის სტატიების ჩამონათვალს. გირჩევთ, თქვენი პრაქტიკის სპეციფიკიდან გამომდინარე მოიძიოთ და გაეცნოთ ამ სტატიებს, ან კვლევებს, რომელთა შესახებაც დაინერა ეს სტატიები. გახსოვდეთ, რომ თითოეულ კვლევას საკუთარი თავისებურება გააჩნია, რომლებიც ხანდახან ზემოქმედებს კვლევის შედეგზე, ან ალბათობაზე, რომ კვლევის გამეორების შემთხვევაში შედეგები კიდევ ერთხელ იქნება მიღწეული.

# 11.3 ცხრილში ჩვენ ასევე შევაჯამეთ B დანართში ჩამოთვლილი კვლევების შედეგები. ამ ცხრილში ჩამოთვლილია DSM-ის მიხედვით კონკრეტული დიაგნოზები, რომლებსაც მკურნალობდნენ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით და შეჯამებულია მკურნალობის წარმატების კონცეპტუალიზაციის სამი სხვადასხვა ხერხი. “აბსოლუტური ეფექტიანობა” არის ზღვარი, სადამდეც კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას უკეთესი შედეგები აქვს ვიდრე მკურნალობის არ არსებობას, მოლოდინის სიას,

ან ჩვეულებრივ მკურნალობას. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ აბსოლუტური ეფექტიანობა, ამ თვალსაზრისით, რეალურად წარმოადგენს შედარებების სხვადასხვა სახეს. მოცემული მკურნალობის შედარება მოლოდინის სიასთან ან მკურნალობის არ არსებობასთან, გარკვეული თვალსაზრისით არ არის ძალიან მომთხოვნი შედარება, რადგან პოზიტიური შედეგები ადვილად მისაღწევია. მაგრამ, ასეთი სახის კვლევაში პოზიტიური შედეგები შეიძლება მარტივად იყოს გამოწვეული ზრუნვის, დახმარების, ან პრობლემებთან დაკავშირებით ვინმეს დახმარებით და არა თვითონ თერაპიის სახეობით. ამდენად, შედეგები არ არის ძალიან მეტყველი. მკურნალობასთან შედარება, როგორც წესი, უფრო მომთხოვნია, რადგან ასეთ შედარებებში რეალურად გათვალისწინებულია ჩვეულებრივ ზრუნვით და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით მიღებული დამატებითი სარგებელი. ასევე, აღსანიშნავია, რომ მაშინ, როდესაც ადრეულ ფსიქოთერაპიულ კვლევებში საკმაოდ ხშირად გამოიყენებოდა მკურნალობის არ არსებობა ან მომლოდინეთა სიის ჭკუფი შესადარებლად, ჩვეულებრივი მკურნალობა უფრო ხშირად ხდება შედარების საგანი მკურნალობის ბოლოდროინდელ კვლევებში. ეს ხდება პირველ რიგში კვლევითი ცდების დროს მკურნალობის არ ჩატარებასთან დაკავშირებული ეთიკური და სამართლებრივი მოსაზრებებიდან გამომდინარე.

მომდევნო ორი სვეტი წარმოგვიდგენს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შედეგებს, ან ეფექტს სხვა ორი შედარების მიხედვით. ერთ-ერთი მათგანი, მედიკამენტებით მკურნალობა, ფართოდ გამოიყენება მრავალი აშლილობის მკურნალობის დროს. მეორე სვეტი, სხვა ფსიქოთერაპიებთან შედარება, ან ფსიქოთერაპიული მიდგომების ნაკრებთან შედარება, თუკი ასეთი მონაცემები ხელმისაწვდომია (წინამდებარე ნაშრომის მოცულობიდან გამომდინარე, აქ არ ჩამოვთვლით რომელ მონაცემებზეა საუბარი, თუმცა, ინფორმაციის მოძიება შესაძლებელია სტატიების მიმოხილვაში). გახსოვდეთ, რომ ამ სვეტში რეალურად მოცემულია შედარებების რაოდენობა, რომლებიც უფრო ნათელი გახდება დამატებითი მონაცემების შეგროვების კვალდაკვალ. მაგალითად, მაშინ, როდესაც ბევრ კვლევას, რომლებიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისა და სხვა სახის ფსიქოთერაპიის შედარებას ეძღვნებოდა, არ დაუდგენია მნიშვნელოვანი განსხვავებები, ხოლო ჩვენ დავასკვნით, რომ მრავალ სფეროში არსებობს მიახლოებითი თანაფარდობა, უფრო და უფრო მეტი კვლევების ჩატარების შემდეგ მოსალოდნელია კონკრეტული განსხვავებების აღმოჩენა.

როგორც #11.3 ცხრილიდან ჩანს, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას აქვს მხარდამჭერი მტკიცებულებების საკმაოდ დიდი რაოდენობა, განსაკუთრებით ჩვეულებრივი მკურნალობის, მომლოდინეთა სიის, ან მკურნალობის არ არსებობის პირობებთან შედარებით.

### ცხრილი 11.3. კოგნიტურ-ბიჰევიორული მიდგომების მტკიცებულებების მოკლე შეჯამება

დარღვევა	მკურნალობა	ეფექტურობის მონაცემთა ტიპი		
		აბსოლუტური ეფექტიანობა	მედიკამენტებთან დაკავშირებული ეფექტიანობა	სხვა ფსიქო-თერაპიებთან დაკავშირებული ეფექტიანობა
სპეციფიური ფობია	ექსპოზიცია და კოგნიტური რესტრუქტურირება	++	+	
სოციალური ფობია	ექსპოზიცია და კოგნიტური რესტრუქტურირება	++	=	=
ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა	ექსპოზიცია და რეაქციის პრევენცია	+		+
პანიკური აშლილობა	ექსპოზიცია და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+	=	+
პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა	ექსპოზიცია და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+	+	=
გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა	ექსპოზიცია და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+	=	+
კლინიკური დეპრესია	აქტივობა, ექსპოზიცია და კოგნიტური რესტრუქტურირება და სქემის ცვლილება	+	+	=
ბიპოლარული აშლილობა	აფექტის რეგულირება და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+		+
ნევროზული ანორექსია	კვების რეგულირება და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+	=	+

ნევროზული ბულიმია	კვების რეგულირება და კოგნიტური რესტრუქტურირება	++	+	+
ძილის დარღვევები	ბიჰევიორული კონტროლი და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+		+
ფსიქოზი	აფექტის რეგულირება და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+		+
ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები	აფექტის რეგულირება, ბიჰევიორული კონტროლი, და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+		=
სომატური აშლილობა	ბიჰევიორული კონტროლი, და კოგნიტური რესტრუქტურირება	+		

შენიშვნა: ცარიელი სივრცე მიუთითებს მტკიცებულების არ არსებობაზე; + ნიშნავს პოზიტიურ მტკიცებულებას; = ნიშნავს დაახლოებით ეკვივალენტობას; ++ მიუთითებს მკურნალობის უპირატეს ფორმას.

ზოგ შემთხვევაში, მტკიცებულება საკმაოდ მყარია იმის დასადასტურებლად, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მკურნალობის უპირატეს ფორმას წარმოადგენს (მაგ., კონკრეტული და სოციალური ფობიების, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის და ბულიმიის დროს). მედიკამენტოზური მკურნალობის შედარებითი კვლევები ზოგადად გვიჩვენებს, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიების ეფექტიანობა მინიმუმ იგივეა, რაც მედიკამენტებისა, თუმცა შედარებები არ გვხვდება ზოგიერთ აშლილობასთან მიმართებაში (კერძოდ, ბიპოლარული აშლილობების და ფსიქოზის დროს, როდესაც ფსიქოლოგიური თერაპია, როგორც წესი, გამოიყენება მხოლოდ მედიკამენტოზური მკურნალობის დამხმარე თერაპიად) და ამდენად, სამომავლო კვლევების ყურადღების საგანი უნდა გახდეს. კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპიამ აჩვენა, რომ ზოგიერთი აშლილობის შემთხვევაში, მას უფრო კარგი შედეგები აქვს, ვიდრე სხვა თერაპიებს. ლიტერატურის ეს ასპექტი, ალბათ,



ყველაზე რთულად შესაჯამებელია, რადგან საკმაოდ ფართოა ჩვენს მიერ შესწავლილი შედარებითი მკურნალობების სპექტრი, რომლებიც იცვლება კოგნიტური ელემენტის არ მქონე ბიჰევიორული თერაპიიდან მოკლევადიან ფსიქოდინამიკური საფუძვლის მქონე ფსიქოთერაპიამდე და მთლიანად კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიულ კომპონენტებამდე. თუ დაინტერესებული ხართ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფარდობითი ეფექტურობით სხვა ფსიქო-სოციალურ მკურნალობებთან შედარებით, გაეცანით ამ შედეგებთან დაკავშირებულ სტატიების მიმოხილვას.

# 11.3 ცხრილში მოცემული შედარებების უმრავლესობა წარმოგვიდგენს სახელმძღვანელოში განერილი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტებს. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმძღვანელოები სხვადასხვა მოცულობისაა და განსხვავებული დეტალიზაცია აქვთ, მათი უმრავლესობა არ მოიცავს მხოლოდ ერთეულ ინტერვენციას, არამედ, რეალურად, ინტერვენციების სერიებს აქსოვს ერთმანეთში თანმიმდევრული, კონცეპტუალურად გამყარებული რიგითობით. გარდა ამისა, იმის მიუხედავად, რომ არსებობს შემთხვევები, როდესაც შედარებით კომპლექსურ სახელმძღვანელოში განერილი მკურნალობა გამოიყენება მისი შემადგენელი კომპონენტების გარეშე, რათა გაირკვეს თუ მკურნალობის რომელი ასპექტი უფრო მეტად ასოცირდება ცვლილებასთან, ასეთი კვლევების რაოდენობა შედარებით მცირეა იმ კვლევებთან შედარებით, სადაც განხილულია მკურნალობის მთელი პაკეტი. მიუხედავად იმისა, რომ შეგვიძლია ვთქვათ, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია “მუშაობს” გარკვეული რაოდენობის აშლილობების დროს, ჩვენ ძირითადად იმ კვლევების მხოლოდ საწყის ეტაპზე ვართ, რომლებიც ამომწურავად ავლენენ, თუ რატომ აქვს ამ თერაპიებს პოზიტიური ეფექტი.

ასევე მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ # 11.3 ცხრილში გადმოცემული შედეგები ძირითადად შემოიფარგლება მკურნალობის მყისიერი შედეგებით. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგ სფეროში მითითებულია, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ხანგრძლივი ეფექტი სიძლიერით უთანაბრდება ან უფრო ძლიერიცაა ვიდრე მოკლევადიანი შედეგები (მაგ., Paykel, 2007), შედარებით რთულია ხანგრძლივი თერაპიის შედეგებისთვის მეტა-ანალიზის ჩატარება. კვლევებში თერაპიის ეფექტურობის შესაფასებლად ყურადღების ფოკუსი გადატანილია ან კლიენტების დახმარებაზე შეამცირონ სიმპტომები ან აღარ აკმაყოფილებდნენ კონკრეტული დიაგნოზის კრიტერიუმებს. თერაპიებს სხვა ეფექტებიც აქვთ, რომლებიც ნაკლებად შეისწავლება. აქ იგულისხმება თვითშეფასებისა და სხვა ფსიქოლოგიური მახასიათებლების გაუმჯობესება, უკეთესი სოციალური და პროფესიული ადაპტაცია, სოციალური და გარემოს მხარდაჭერა, ჯანმრთელობის უკეთესი ზოგადი მდგომარეობა, ან ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. თუ რამდენადაა ასეთი სარგებელი მკურნალობის პირდაპირი ეფექტის თანმხლები, ან რამდენად შეაქვს წვლილი სიმპტომების შემცირებაში - ეს კითხვა კვლავ ღიაა რჩება.

## მკურნალობა, რომელიც “არ მუშაობს”

მკურნალობის შედეგების შესახებ ლიტერატურის განვითარებასთან ერთად, დარგს უფრო მეტი საშუალება მიეცა აღმოეჩინა მკურნალობები “რომლებიც არ მუშაობს”, ან რომლებსაც შეზღუდული შედეგები აქვთ. ნორკოსმა, კუჩერმა და გაროფალომ (Norcross, Koocher, and Garofalo, 2006) შეისწავლეს მთელი რიგი ფსიქოლოგების აზრი დისკრედიტირებული მკურნალობების და შეფასების ინსტრუმენტების შესახებ და შეძლეს განესხვავებინათ ფსიქოლოგიური ინტერვენციების მთელი წყება, რომლებიც საზოგადოდ მიიჩნევა როგორც არაეფექტიანი და შეუსაბამო, ან როგორც მკურნალობები, რომლებიც შეიცავს დაუსაბუთებელ რისკს. ამ ნუსხაში შედიან “ახალი თაობის” თერაპიული მიდგომები (მაგ., „ანგლოზის თერაპია“, პირამიდა, ორგონის თერაპია), ფსიქოდინამიკურ თერაპიაზე დაფუძნებული მოდელების შესაბამო გაგრძელება (მაგ., ხელახლა დაბადება, პირველი ყვრილით თერაპია) და სხვა. მიუხედავად იმისა, რომ სიაში ასევე არის ერთი-ორი კოგნიტურ-ბიჰევიორული ტექნიკაც (მაგ., ობესიური ფიქრების შეჩერება), ისინი მაინც გამოწვევის ნარმოადგენენ და თითქმის სიის ბოლოში არიან მოხსენებული მათი დისკრედიტაციის საშუალო ქულის თვალსაზრისით.

ხედავ იმის შესახებ, რომ მკურნალობის გარკვეული ფორმები არ მუშაობს, ასევე უკავშირდება იმას, რომ მათ შეიძლება რეალური ზიანიც კი გამოიწვიონ. ლილიენფელდმა (Lilienfeld, 2007) შექმნა საზიანო მკურნალობის გამოვლენის კრიტერიუმი. აქ მოიაზრება მკურნალობები, რომლებიც: (1) ზრდის ფუნქციონირების ცვალებადობას; (2) სიმპტომების შესუსტებასთან ერთად აძლიერებს ზოგიერთ სხვა სიმპტომს; (3) ზრდის მეგობრებისა თუ ოჯახის წევრების მიმართ ზიანის მიყენების რისკს; (4) ზრდის მდგომარეობის გაუარესების რისკს; (5) ზრდის თერაპიის მიტოვების შანსს. მან, ასევე გამოავლინა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ორი ტექნიკა, როგორც პოტენციურად საზიანო. პირველი მათგანია კრიტიკული ინციდენტის სტრესის დებრიფინგის მყისიერი და უნივერსალური გამოყენება, რადგან ზოგ შემთხვევაში, ასეთმა არასატირო და აქტიურმა ინტერვენციამ შეიძლება რეალურად გაზარდოს ზოგიერთი კლიენტის ტრავმული სიმპტომები. მეორე არის პანიკისადმი მიდრეკილი პაციენტის რელაქსაციური მკურნალობა, რადგან ამ მიდგომამ შეიძლება რეალურად გაზარდოს პანიკის ალბათობა. ჩვენი თვალსაზრისი ამ შემთხვევაში არ გულისხმობს, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას აქვს რაიმე თანდართული რისკი. პირიქით, ზემოაღნიშნული კვლევითი ლიტერატურა ზოგადად მხარს უჭერს ამგვარი თერაპიული მიდგომებით მიღებულ პოზიტიურ შედეგებს. თუმცა, ნებისმიერი თერაპიას, არასათანადოდ გამოყენების შემთხვევაში, რისკები ახლავს თან. შედეგად, ჩვენი რჩევაა, რომ ყოველთვის გაიაზროთ, აქვს თუ არა თქვენს მიერ დაგეგმილ მკურნალობას მტკიცებულებით დადასტურებული საფუძველი. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა ასევე ასოცირდება მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ შეფასებასთან, ისე, რომ გაზომვადი იყოს მკურნალობის არაპირდაპირი ან მოულოდნელი ნეგატიური ეფექტი, და

სატიროების შემთხვევაში, შესაძლებელი იყოს მკურნალობის ხელახალი შეფასება.

### თერაპიის საერთო პრინციპები

ბოლოდროინდელი, საკმაოდ მიმზიდველი მოსაზრებაა, რომ ძირითადი პრინციპები, რომლებიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტურ ფორმებში გვხვდება, ხსნის ამ მკურნალობების პოზიტიურ შედეგებთან დაკავშირებული ვარიანტობის დიდ ნაწილს. ბარლოუმ, ალენმა და ჩოუტმა (Barlow, Allen, და Choate, 2004) გამოთქვეს მოსაზრება, რომ არსებობს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში მოქმედი სამი პრინციპი, რომლითაც აიხსნება ამ მკურნალობათა შედეგების უპირატესობა ემოციური აშლილობების დროს. ესენია: (1) ემოციური დარღვევების წინმსწრები კოგნიტური შეფასებების შეცვლა; (2) ნეგატიური ემოციური გამოცდილებისთვის თავის არიდების პრევენცია, და (3) ისეთი ქმედებების ნახალისება, რომლებიც კავშირში არ არის დისფუნქციურ ემოციებთან. ამ მხრივ, კოგნიტურ გადაფასების მეთოდების ფართოდ გამოყენება ემოციურად შემაშფოთებელ სტიმულების ექსპოზიციასთან ერთად, ჩანს, როგორც ზოგადი სტრატეგია შფოთვისთან და დეპრესიასთან დაკავშირებული აშლილობების და სხვა პრობლემების დროს (მაგ., კვებითი აშლილობა).

ბარლოუს (Barlow და სხვ., 2004) ნაშრომში ჩამოყალიბებულია სამი ზოგადი პრინციპი. ნაშრომში მოყვანილი არგუმენტის მიხედვით, ხსენებულ სამი პრინციპს შეუძლია მოქნილად წარმოშვას შესაფერისი ინტერვენციები სხვადასხვა კლიენტებისთვის, რომლებსაც ემოციური აშლილობა აღენიშნებათ. ნათლად არ ჩანს, თერაპიის პრინციპების გაგების ეს „მეტა-მოდელი“ მიდგომა ნამდვილად ამარტივებს თუ არა კლინიცისტის სამუშაოს მკურნალობის სახელმძღვანელოს გამოყენებასთან დაკავშირებით. ასევე, მისასალმებელი იქნებოდა ამ საკითხის განხილვისადმი მიძღვნილი კვლევების ხილვა. მკურნალობის ინტერნალიზებული მოდელის ცნება არის ის, რასაც ჩვენ ვემხრობით. ვიმედოვნებთ, რომ ამ წიგნის წაკითხვის შემდეგ, თქვენ დაინახავთ, როგორ არის ინტეგრირებული ცვლილების ძირითადი პრინციპები კოგნიტურ-ბიჰევიორულ პრაქტიკაში. ასევე, იმედი გვაქვს, რომ თქვენ შეძლებთ გაცდეთ სახელმძღვანელოში განერილი პრაქტიკის საზღვრებს და შემთხვევის ფორმულირებაზე დაყრდნობით კოგნიტურ-ბიჰევიორულ ტექნიკებს მოქნილად გამოიყენებთ.

### მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის მიმართულებით

ნამდვილად შეგვიძლია დარწმუნებით განვაცხადოთ, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ოპტიმალურ გზას გვთავაზობს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკისკენ? მტკიცებულებები ჯერ კიდევ არასაკმარისია მიუხედავად იმისა, რომ თუნდაც ათი წლის წინანდელ პერიოდთან

შედარებით, დარგი მნიშვნელოვნად განვითარდა. ახლა უკვე განვიხილეთ კლინიკური კვლევების მრავალი გაიდლაინი და დავადგინეთ, რომ საუკეთესო შედეგები აქვთ მრავალფეროვანი თერაპიული მიდგომებისა და პირობების შედარებაში. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში მაინც არ გვაქვს მონაცემები, რომლებიც საშუალებას მოგვცემდა გადამწყვეტი განცხადება გაგვეკეთებინა აბსოლუტური ან ფარდობითი ეფექტურობის შესახებ. გარდა ამისა, არსებობს მთელი რიგი სფეროები, რომელშიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისა და სხვა მკურნალობათა შედარებითი მონაცემები გვიჩვენებს დაახლოებით ეკვივალენტურ შედეგებს. ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ ამ მიდგომამ დააგროვა ძლიერი მტკიცებულებების გარკვეული რაოდენობა, ჯერ კიდევ საჭიროა შემდგომი კვლევები.

უფრო მეტიც, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ მონაცემების უმრავლესობა დაფუძნებულია მოკლევადიანი თერაპიის შედეგებზე, უმეტესად ეფექტიანობის კვლევის კონტექსტში თავად ცდების ეფექტურობის ნაცვლად. ეფექტურობის ცდები უფრო ახლოსაა ფაქტობრივ კლინიკურ პრაქტიკასთან, რამდენადაც ასეთი კვლევები, როგორც წესი, იყენებს მონაწილეთა ნაკლებად კონტროლირებულ შერჩევას, თერაპევტთა გამოცდილების ფართო სპექტრს, და ასევე, ხშირად კლინიკურ პირობებში ტარდება (Barlow, 2004). მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტურობის დამადასტურებელი რამდენიმე კვლევა არსებობს, კვლევების რიცხვი საკმარისი მაინც არ არის. კლინიცისტებს, რომლებიც პრაქტიკულ გარემოში მუშაობენ, საუკეთესო საშუალება აქვთ ასეთი სამუშაოს ჩასატარებლად (იხ. Wade, Treat, & Stuart, 1998, როგორც საუკეთესო მაგალითი).

თუ ვაღიარებთ, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიული მიდგომები ზოგადად მხარდაჭერილია კვლევებით, მაშინ რა იქნება შემდეგი ნაბიჯი განვითარებისთვის? ჩვენ გვჭირდება კიდევ უფრო მეტი კვლევა, კიდევ უფრო ფართო შედეგებით, რათა შევძლოთ მკურნალობის ეფექტების სრულად შეფასება. უფრო მეტი კვლევები გვჭირდება, როგორც სტატისტიკური, ისე კლინიკური მნიშვნელოვნების შესაფასებლად. მეტი გრძელვადიანი კვლევები გვჭირდება, რათა შევძლოთ მკურნალობის არა მხოლოდ მყისიერი, არამედ გრძელვადიანი ეფექტების გაგება. ჩვენ გვჭირდება დანახარჯისა და სარგებლის კვლევა, რაც საშუალებას მოგვცემს ავაგოთ ეკონომიკური არგუმენტები მკურნალობის პოტენციური უპირატესობის შესახებ. APA-ს საპრეზიდენტო ჯგუფის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის (2006) შესაბამისად, ჩვენ ასევე ვეთანხმებით მოსაზრებას, რომ კვლევები საჭიროა კლიენტის ისეთი მახასიათებლების განსახილველად, რომლებსაც პოტენციურად შეუძლია მკურნალობასთან ურთიერთქმედება და მკურნალობის უკეთეს ან უარეს შედეგებამდე მიყვანა. თუ შეიძლება დადგინდეს ასეთი ე.წ. “მიდრეკილებისა და მკურნალობის ურთიერთქმედება”, ეს შედეგები დაგვეხმარება განვსაზღვროთ ანიჭებს თუ არა კლიენტთა სპეციფიკური ჯგუფი გარკვეულ თერაპიას უპირატესობას. ჩვენ, ასევე გვჭირდება ეფექტურობის კვლევა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, იმის განსაზღვრად, თუ რამდენად კარგად მუშაობს ასეთი მკურნალობები კლინიკურ გარემოში.

უფრო ფართო გაგებით, ჩვენ ასევე ვფიქრობთ, რომ დარგმა უნდა ცნოს, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის და თერაპიული ურთიერთობების ტექნიკები უნდა ემყარებოდეს მტკიცებულებებს. როდესაც დარგი იმოძრაებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის და პრაქტიკული სახელმძღვანელოების განვითარების მიმართულებით (ემპირიულად მხარდაჭერილი თერაპიული მიდგომების საპირისპიროდ), თერაპიის კონტექსტი, და შინაარსი იქნება აღიარებული და ეს აღიარება დაუკავშირდება კლინიკური შედეგების ხელშეწყობ მნიშვნელოვან ფაქტორებს. როდესაც დარგი უფრო მეტი სიმნიშვნის ფაზაში შევა, გვჯერა, რომ მტკიცებულების ორივე ასპექტის პრაქტიკაში ინტეგრირება უფრო მარტივი გახდება. ჩვენ წინამდებარე ნაშრომში ვცადეთ ამის საწყისი ნიმუშის წარმოდგენა.



## თავი 12

### მითები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ

კლიენტი: „მე ცოტა ხნის წინ შევითქვე კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ. 20 წლის მანძილზე ვღებულობდი ანტიდეპრესანტებს - რატომ აქამდე არავინ გამაგზავნა თერაპიაზე“ ?

ექიმი: „არ მიმაჩნია, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია შესაბამისი მკურნალობაა ჩემი პაციენტისთვის. მას ძლიერი დეპრესია აქვს და მედიკამენტები სჭირდება. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია დამხმარე თერაპიაა მსუბუქი და საშუალო დონის დეპრესიის მქონე პირებისთვის. არ მგონია, რომ მას გავაგზავნი ამ თერაპიაზე“.

ფსიქოლოგი: “ჩემი კლიენტი არ არის საკმარისად გამჭრიახი ფსიქოდინამიური თერაპიისთვის. მან ვერ შეძლო ემოციების გამოხატვა და უკუკავშირის მიღება ჯგუფური ინტერპერსონალური თერაპიის დროს. ის, ალბათ, უფრო წარმატებული იქნება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, რადგან ეს თერაპია უფრო კონკრეტული და ინტელექტუალურია.“

ეს ის მოსაზრებებია, რომლებიც ჩვენ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ გვსმენია. მაგრამ რამდენად ვალიდურია ისინი? ამ თავში ჩვენ გამოვავლენთ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებულ ზოგად რწმენებს. ამით ჩვენ ვეცდებით მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მოსაზრებებით გავაქარწყლოთ არსებული მითები.

ჩვენი ზოგადი დაშვება იმაში მდგომარეობს, რომ კლიენტებს, პრობლემების გადასატრელად, ყველაზე ეფექტური მკურნალობის მიღება სურთ. იგივე სურთ კლინიცისტებსაც საკუთარი კლიენტებისთვის. მიუხედავად ამისა, ჩვენ, როგორც ადამიანებს, განსხვავებული მოსაზრებები და რწმენები გვაქვს სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, შეესაბამება ეს რწმენები რეალობას თუ არა. თერაპიის შესახებ ზოგადად გავრცელებულ, დამახინჯებულ აზრებს შეიძლება კლინიკური მითები ვუწოდოთ. ბევრი სხვადასხვა სახის კლინიკური მითი არსებობს

როგორც კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის, ასევე მკურნალობის სხვა ფორმების შესახებ. კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპევტები, რომლებიც სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში მუშაობენ, ხშირად აწყდებიან ამგვარი თერაპიის არასწორ გაგებას. ასევე, კლიენტებს ხელოვნურ ბარიერებს შეიძლება უქმნიდნენ კლინიცისტები, რომლებიც არასწორი ინფორმაციის გამო, მათ არ აგზავნიან კოგნიტურ-ბიპევიორულ თერაპიაზე. დამახინჯებული რწმენები, ასევე, დამატებით შეფერილობას სძენს იმას, თუ როგორ აღვიქვამთ ჩვენ კლიენტის რეაგირებას მკურნალობაზე. ჩვენ შეიძლება პოზიტიურად ავსხნათ პროგრესის ნაკლებობა (მაგალითად, „კლიენტის მდგომარეობა უნდა გაუარესდეს, სანამ გაუმჯობესდება“, „მე სხვა მეთოდების გამოყენება მჭირდება ამ კონკრეტული პაციენტის დასახმარებლად“) ან პირიქით (მაგალითად, კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია არ მუშაობს“).

ჩვენი საქმიანობის ფარგლებში, დრო შეიძლება დავუთმოთ პროფესიონალებისა და სტუდენტების განათლებას. ეს საგანმანათლებლო აქტივობები შეიძლება იყოს კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპიის შესახებ არასწორი მოსაზრებების იდენტიფიცირება, მათი ეჭვქვეშ დაყენება და შესწორება. ასეთი კოგნიტური შეცდომები შეიძლება წარმოიშვას სხვადასხვა მიზეზის გამო, მათ შორის:

- ინფორმაციის ან გამოცდილების ნაკლებობა;
- კოგნიტური მიკერძობა;
- გაუგებრობა, რომელსაც წარმოშობს ლიტერატურიდან ან ტრენინგიდან მიღებული ინფორმაციის არასწორად ინტერპრეტაცია;
- სხვა სახის თეორიული მიდგომების გამოყენებით მიღებული გამოცდილება.

ბოლო დროს, კოგნიტურ-ბიპევიორული მკურნალობის საკითხი ფართოდ იქნა გაშუქებული მედიაში. მაგალითად, ჟურნალში „თაიმი“ (*Time*) (2003 წ. 20 იანვარი), კოგნიტურ-ბიპევიორული თერაპია აღწერილია როგორც „სწრაფი, პრაქტიკული და მიზანზე ორიენტირებული“. ასევე, გამოქვეყნებულ იქნა საინფორმაციო სტატია „იფიქრე მსუბუქად, რომ გახდე მსუბუქი“ („Think Thin to Get Thin“) ყოველკვირეულ ჟურნალ „ნიუსვიკში“ (*Newsweek*) (19 მარტი, 2007) და ინტერვიუ რობერტ ლიჰთან (*Robert Leahy*) მღელვარების დაძლევის თემაზე (1 იანვარი, 2007). მიუხედავად მთელი ამ მასალის პოზიტიური ხასიათისა, ის მაინც არ იყო ამომწურავი. პოპულარული მასმედიის მიერ მასალის გამარტივებულად მიწოდებამ შეიძლება სწორი ინფორმაციის ნაკლებობა და კოგნიტურ-ბიპევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებული მითების გაჩენა განაპირობოს.

კლინიკური მითების გაჩენას ხელი შეუწყვეს პროფესიულმა და სამეცნიერო საზოგადოებებმაც. კოგნიტურ-ბიპევიორული მკვლევრების უმრავლესობა ყურადღებას ამახვილებს მკურნალობის ძლიერ და არა სუსტ მხარეებზე. მეცნიერები პრესას ნაკლებად უზიარებენ აღმოჩენებს,

სანამ შედეგებში საბოლოოდ არ დარწმუნდებიან, რაც აშკარად იშვიათ და ნაკლებსავარაუდო მოვლენას წარმოადგენს. ამგვარი დამოკიდებულების გამო კი მედიას უჭირს დაბალანსებული ინფორმაციის მიღება. მრავალი წლის მანძილზე მიმდინარეობდა ემპირიულად დამტკიცებული თერაპიების შესახებ დისკუსია და მათი კრიტიკულად შეფასება (მაგალითად, Bryce-land & Stam, 2005). რადგან ემპირიულად დამტკიცებული თერაპიების უმეტესობა არის კოგნიტიურ-ბიპვეიორული, შესაძლოა ეს სხვა მიდგომებით მომუშავე პრაქტიკოსების მხრიდან ნეგატიურ დამოკიდებულებას იწვევდეს, რაც კიდევ უფრო მეტ გაუგებრობას ქმნის.

კოგნიტიურ-ბიპვეიორული თერაპიის ერთ-ერთი ძირითადი მახასიათებელი გახლავთ ის, რომ იგი ემპირიულ მონაცემებს ეყრდნობა. ამიტომ, ჩვენ ვუბრუნდებით არსებულ ლიტერატურას, იმისათვის, რომ გავიგოთ, რა არის ცნობილი არასწორი შეხედულებების შესახებ და მოვიძიოთ მტკიცებულება მათ ეჭვის ქვეშ დასაყენებლად. მე-11 თავში ჩვენ უკვე მიმოვიხილეთ ზოგიერთი კვლევის შედეგები. ამჯერად კი განვიხილავთ ამ რწმენების მხარდამჭერ და საწინააღმდეგო მონაცემებს. საჭიროების მიხედვით, ჩვენ მოკლედ მიმოვიხილავთ კვლევას და სადაც ეს შესაძლებელი იქნება, მოვიხსენიებთ წიგნის სხვა თავებსაც. შესაძლოა თქვენ უკვე მზად ხართ, ეჭვქვეშ დააყენოთ ქვემოთ მოყვანილი ზოგიერთი მოსაზრება. მას შემდეგ რაც ამ თავს წაიკითხავთ, იმედი გვაქვს, რომ თქვენ უკვე გექნებათ საკმარისი ინფორმაცია იმისათვის, რომ შეწინააღმდეგოთ ზოგიერთ არგუმენტსა და მოსაზრებას, რომელიც კლინიკური შემთხვევების განხილვისას, კონფერენციებზე, და სხვა შეხვედრებზე შეიძლება მოისმინოთ. ლიტერატურის სრულყოფილი მიმოხილვა შეუძლებელი იქნებოდა ამ თავში (იხ. თავი 11).

კოგნიტიური შეცდომებისკენ მიდრეკილება ყველა ადამიანს ახასიათებს. კოგნიტიურ-ბიპვეიორული თერაპევტები ხშირად გადაჭარბებულად, ხოლო სხვა მიმართულების პრაქტიკოსები არასათანადოდ აფასებენ კოგნიტიურ-ბიპვეიორული თერაპიის ეფექტურობას. არასწორი შეხედულების სხვადასხვა ფორმების გათვალისწინებით, ამ თავის პირველ ნაწილში განვიხილავთ უფრო „ნეგატიურ“ რწმენებს, რომელიც გავრცელებულია სხვა მიდგომის წარმომადგენლებთან, ხოლო მეორე თავში, კოგნიტიურ-ბიპვეიორულ თერაპიაში მომუშავე პრაქტიკოსებისთვის დამახასიათებელ „პოზიტიურ“ რწმენებს. ჩვენ განვიხილავთ არასწორი შეხედულებების სხვადასხვა კატეგორიებს, მათ შორის თავად თერაპიის, თერაპიული პროცესის და კოგნიტიურ-ბიპვეიორული მკურნალობისა და ტრენინგისათვის შესაბამისი კლიენტების შესახებ. ასევე, შეძლებისდაგვარად, ჩვენ ვისაუბრებთ თერაპევტებისა და ემპირიული მონაცემების შესახებ არსებულ, გავრცელებულ შეხედულებებზე.

## ნებაბიური რწმენები

### კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ ნებაბიური რწმენების მაგალითები

- „იმის გამო, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია სახელმძღვანელოს მიხედვით წარმართება, ის არის ხისტი, ზედმეტად სტრუქტურირებული და არ ითვალისწინებს ცალკეული კლიენტების საჭიროებებს“.
- „იმის გამო, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, უპირველეს ყოვლისა, წარმოადგენს ცვლილების მიღწევისთვის აუცილებელი ინსტრუმენტების ან სტრატეგიების ნაკრებს, იგივე ინსტრუმენტები შეიძლება ჩავრთოთ ნებისმიერ თერაპიულ ჩარჩოში“.
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, ჩვეულებრივ, 6-დან 20 სესიამდე გრძელდება.“
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არ არის ფოკუსირებული ემოციებზე. ის არის “ინტელექტუალური” თერაპია, რომელიც არ უწყობს ხელს “ემოციურ ინსაიტს“.
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია იგივეა, რაც ფსიქოგანათლება. ამდენად, ის შეიძლება წარმოადგენდეს თერაპიის დასაწყისს, მაგრამ არა თავისთავად თერაპიას“.
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მიმართულია პრობლემის სიმპტომებზე, მაგრამ არა თავად პრობლემაზე. მას არ მოყვება რეალური ცვლილება, როგორც ასეთი და მხოლოდ სიმპტომების ჩანაცვლებას ემსახურება.“
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია „ანტიფემინისტურია“, რადგან ახდენს ლოგიკური აზროვნების ნახალისებას და არწმუნებს ქალებს, რომ ისინი ირაციონალურები არიან“.
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ეფუძნება რაციონალურ და ინტელექტუალურ თეორიას, რომელიც იგნორირებას უკეთებს პრობლემების სოციალურ კონტექსტს.“

ზემოთ მოყვანილი მოსაზრებები მხოლოდ ნაწილია იმ კრიტიკისა, რომელიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გარშემო ჩამოყალიბდა. ისინი ჩვენ გვსმენია ინტერდისციპლინურ კლინიკურ დაწესებულებებში და წარმოადგენს გაუგებრობას, რომელიც ადვილად შეიძლება გაქარწყლდეს. თუმცა, ისევე როგორც მითების შემთხვევაში, შესაძლოა ზოგიერთ მათგანში სიმართლის მარცვალაც აღმოჩნდეს.

შემთხვევის ფორმულირებით განხორციელებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (იხ. თავი 3) არის მოქნილი, იდიოგრაფული და არა ხისტი ან

გედმეტად სტრუქტურირებული. მკურნალობის ძირითადი მახასიათებელი არის კოგნიტურ-ბიჰევიორული კონცეპტუალური მოდელი, საიდანაც ლოგიკურად გამომდინარეობს სტრატეგიები და ინსტრუმენტები. აქედან გამომდინარე, ნათელია, რომ თუკი პრაქტიკოსი არ იყენებს შემთხვევის ფორმულირებას, მაშინ ის არ იყენებს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის იდიოგრაფულ ფორმას. ასევე, კოგნიტურ-ბიჰევიორალურ თერაპიად არ არის მიჩნეული კოგნიტურ-ბიჰევიორული სტრატეგიების გამოყენება სხვა მიდგომაზე ორიენტირებული კლინიცისტების მიერ. სავარაუდოდ ისინი, კლიენტის პრობლემის ასახსნელად, იყენებენ მკურნალობის სხვა მოდელს, ან მუშაობენ „ეკლექტური“ ან შერეული მოდელით. მაგალითად, სხვა მოდელებით მომუშავე პრაქტიკოსებს შეუძლიათ გამოიყენონ ისეთი კოგნიტურ-ბიჰევიორული სტრატეგია, როგორცაა კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების სწავლება და ჩართონ ის მათ მიერ ჩამოყალიბებულ მკურნალობის გეგმებში. ასეთი სახის პრაქტიკა საკმაოდ გავრცელებულია. მუხედავად ამისა, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის უმთავრესი მახასიათებელი არის კლიენტის პრობლემის საფუძვლის თეორიული გააზრება. თუკი თერაპევტები არ მუშაობენ კოგნიტურ-ბიჰევიორული მოდელით, მაგრამ იყენებენ მის სტრატეგიებს, ჩვენი აზრით, ისინი არ ახორციელებენ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მკურნალობას. ეს მოსაზრება არ უნდა იქნას გაგებული როგორც კრიტიკა, რადგან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები ასევე შეიძლება იყენებდნენ სხვა მოდელის სტრატეგიებს (მაგალითად, გემტალტ თერაპიის ცარიელი სკამის მეთოდი), თუმცა რჩებიან საკუთარი მოდელის მიმდევრებად.

მიუხედავად იმისა, რომ ინდივიდუალური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია გულისხმობს კლინიკური შემთხვევის ფორმულირებას, მისი ზოგიერთი პრაქტიკა მოითხოვს სახელმძღვანელოში დეტალურად განწერილი ინსტრუქციის შესრულებას, რის გამოც ის ნაკლებად მოქნილია და არ ითვალისწინებს კლიენტების იდიოსინკრეტულობას. ასეთი შეიძლება იყოს ჭკუფური მკურნალობა (მაგალითად, სოციალური უნარ-ჩვევების სწავლება შიზოფრენიის შემთხვევაში [Lieberman, DeRisi, & Mueser, 1989]) და უფრო სტრუქტურირებული ინდივიდუალური პროტოკოლები (MAP-3 [Barlow & Craske, 2000]). მიუხედავად იმისა, რომ კრიტიკოსების მიერ ეს პროგრამები ხასიათდება როგორც „ხისტი“, დადასტურებულია მათი გამოყენების საუკეთესო შედეგები. ასევე გაიხსენეთ, რომ არასაკმარისი მონაცემი არსებობს იმის დასადასტურებლად, რომ შემთხვევის ფორმულირებაზე დაფუძნებული მიდგომა უკეთეს შედეგებს გვაძლევს, ვიდრე სახელმძღვანელოში განწერილი კოგნიტურ-ბიჰევიორული მიდგომა.

შემთხვევის ფორმულირებას მოყვება ინდივიდუალური მკურნალობის დაგეგმვა, რაც ასევე გულისხმობს მკურნალობის „დოზირების“ განსაზღვრას კლიენტის პრობლემიდან გამომდინარე. მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობის ხანგრძლივობა, შედეგების კვლევისას ზუსტად კონტროლდება და მისი ტიპური ხანგრძლივობა შფოთვითი აშლილობების შემთხვევათა უმრავლესობაში 8 - 10, ხოლო ღრმა დეპრესიის შემთხვევაში



16-20 სესიას შორის მერყეობს, კლინიკურ პრაქტიკაში სესიების რაოდენობა ძალიან განსხვავებულია. კლინიკურ დანესტრუქტურებში მკურნალობის ხანგრძლივობაზე ბევრი სხვადასხვა ფაქტორი ახდენს გავლენას. ღრმა და ქრონიკული პრობლემების დროს, კლიენტებს გაცილებით ხანგრძლივი მკურნალობა სჭირდებათ, ვიდრე უფრო მწვავე პრობლემებისას (Hamilton & Dobson, 2002). ასევე ითვლება, რომ თუ პრობლემების ძირითად საფუძველს პიროვნული აშლილობები წარმოადგენს, მაშინ ინტერპერსონალური პრობლემები ხანგრძლივ მკურნალობას მოითხოვს (მაგალითად, A. T. Beck და სხვ., 2004; Castonguay & Beutler, 2006; Linehan, 1993). ასევე, მეტი დახმარება სჭირდებათ მრავლობითი ან კომორბიდული პრობლემების მქონე პირებს.

ზოგადად, არსებობს მოსაზრება, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ხანგრძლივობა გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე სხვა მოდელების, კერძოდ კი ფსიქოდინამიკური თერაპიის შემთხვევაში. რა თქმა უნდა, ასეთი პრაქტიკა საკმაოდ გავრცელებულია, თუმცა არასაკმარისი მონაცემები არსებობს სხვადასხვა მოდელით მომუშავე პრაქტიკოსების მიერ რეალურად ჩატარებული სესიების რაოდენობის შედარების თვალსაზრისით. ვესტენმა, ნოვოტნიმ და ტომპსონ-ბრენერმა (Westen, Novotny, and Thompson-Brenner, 2004) აღმოაჩინეს, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია გაცილებით უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ეს მკურნალობის სახელმძღვანელოებშია რეკომენდებული. ავტორები აღნიშნავენ, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მკურნალობა სხვა მიდგომებთან შედარებით უფრო ხანმოკლეა (მაგალითად, ეკლექტიურ-ინტეგრაციული ან ფსიქოდინამიკური მკურნალობა), თუმცა, კვლევის მიხედვით, იგი საშუალოდ 69 სესიას მოიცავდა, რაც გაცილებით მეტია, ვიდრე ამას ნებისმიერი სახელმძღვანელო გვთავაზობს. აღნიშნული შედეგები ემყარება, კლინიკისთვის რანდომულად შერჩეულ ჯგუფში ჩატარებულ კვლევას ამერიკის შეერთებულ შტატებში.

კვლევები ჩატარდა დოზა-რეაგირების ეფექტზე, სადაც კითხვა დაისვა მკურნალობის იმ ხანგრძლივობასთან დაკავშირებით, რომელიც კლიენტისათვის მნიშვნელოვანი ცვლილების მისაღებადაა საჭირო. აღმოჩნდა, რომ მიუხედავად კლიენტის დიაგნოზისა და მკურნალობის ფორმისა, საშუალოდ 13-დან 18 სესიამდე არის საჭირო სიმპტომების შემსუბუქებისათვის (Hansen, Lambert, & Forman, 2002). მიუხედავად იმისა, რომ ეს დასკვნა არ ეხება კონკრეტულად კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მკურნალობის ფორმებს, კვლევის შერჩევაში ჩართული იყო მრავალი კოგნიტიურ-ბიჰევიორული შემთხვევა. კვლევამ ასევე დაადასტურა, რომ საშუალოდ, კლიენტების უმრავლესობა არ იღებდა მკურნალობის ადეკვატურ „დოზას“, რამდენადაც სესიების საშუალო რაოდენობა 5-8-ზე ნაკლები იყო.

მკურნალობის ხანგრძლივობაზე გადამწყვეტ გავლენას ახდენს კლიენტისაგან დამოუკიდებლად არსებული ფაქტორები, როგორცაა ხელმისაწვდომი ფინანსების წყარო და რაოდენობა, დანესტრუქტურაში არსებული ტიპური პრაქტიკა და თავად თერაპევტის რწმენები

მკურნალობასთან დაკავშირებით. მაგალითად კლიენტს, რომელიც თავად იხდის თანხას მომსახურებისათვის, შეიძლება უფრო აღელვებდეს ხარჯები, ვიდრე იმ კლიენტებს, რომელთა მკურნალობასაც სახელმწიფო ან მესამე მხარე აფინანსებს. კერძო პრაქტიკის დაწესებულებებში, კლიენტები გაცილებით ნაკლებ სესიებს ესწრებიან, ვიდრე სახელმწიფო დაწესებულებებში. თუმცა, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ასეთ კლიენტებს შეიძლება ნაკლებად მძიმე პრობლემები ჰქონდეთ. ის, რომ კლიენტებს საკუთარი თერაპიის დაფინანსება შეუძლიათ, შეიძლება ნიშნავდეს იმას, რომ მთლიანობაში ისინი უკეთ ფუნქციონირებენ და ცვლილებისადმი გაცილებით მაღალი მოტივაცია აქვთ. ბევრ სადაზღვევო კომპანიას, დასაქმებულთა დახმარების პროგრამებსა და ჯანდაცვის ორგანიზაციებს (HMOs) დაწესებული აქვთ სესიების რაოდენობის ან ხელმისაწვდომი დაფინანსების „ზედა ზღვარი“. ასეთი შეზღუდვები აიძულებს როგორც კლიენტებს, ასევე პრაქტიკოსებს, ეფექტურად გამოიყენონ ხელმისაწვდომი დრო. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი „ზედა ზღვარი“ არსებობს სხვადასხვა მიმართულებაში მომუშავე პრაქტიკოსებისათვის, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები, სავარაუდოდ, გაცილებით ადვილად ახერხებენ ამ სესიების ფარგლებში მუშაობას. შესაბამისად, თავის საქმიანობაში კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებს მოეთხოვებათ არა მხოლოდ მოქნილობა და კლიენტის საჭიროებებზე რეაგირება, არამედ კონკრეტული პარამეტრების დაცვით მუშაობა.

რწმენა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას ძირითადად ინტელექტუალური ხასიათი აქვს, ნაწილობრივ სიმართლეს შეესაბამება. უმეტესად, მკურნალობის გეგმის საწყისი ფაზა, როგორც ინდივიდუალური, ასევე ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შემთხვევაში, ფსიქოგანათლების კომპონენტს შეიცავს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ ელემენტს ფსიქოგანათლება წარმოადგენს (იხ. თავი 5. Barlow, Allen, & Choate, 2004). თერაპევტმა შეიძლება გამოიყენოს ვერბალური პრეზენტაცია, წერილობითი მასალები, კლიენტის ცოდნის შეფასება. ზოგიერთი თერაპევტი ასევე იყენებს ტესტებს, როგორცაა კოგნიტური თერაპიის ცოდნის სკალა (Cognitive Therapy Awareness Scale (Wright და სხვ., 2002), რათა დარწმუნდეს, რომ ცოდნა შენარჩუნებულია. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფართოდ გამოყენებულ ელემენტს ასევე წარმოადგენს საშინაო დავალება. უმეტეს შემთხვევაში, კლიენტებს სთხოვენ საკუთარი აზრების ასახვას და თანამშრომლობას მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ან ემპირიულ პროცესში. შესაძლოა, ისინი ჩაერთონ თვით-მონიტორინგში და ჩაატარონ სხვადასხვა სახის ქცევითი ექსპერიმენტი. რა თქმა უნდა, ყველა ეს აქტივობა ფოკუსირებულია კლიენტის პრობლემების ინტელექტუალურ გააზრებაზე. ადვილი დასანახია, როგორ შეიძლება ამ პროცესის ზედმეტად ინტელექტუალურობის შესახებ შთაბეჭდილება შეექმნათ იმ პრაქტიკოსებს, რომლებიც კლიენტებს სესიაზე ემოციების იდენტიფიცირებასა და გამოხატვაში ეხმარებიან.

როგორც წესი, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კრიტიკოსებს არასწორად ესმით ან შესაძლოა არასწორ ინტერპრეტირებას უკეთებდნენ

იმას, რომ კოგნიტური მეთოდები თავისთავად არ იძლევა შედეგს, მაგრამ „ემსახურება“ ემოციურ და ქცევით ცვლილებას. ცვლილების მისაღებად, ყველა სახის ექსპოზიციური თერაპია (იხ. თავი 6) მოითხოვს ემოციების გაღვივებას შიშის აღმძვრელი სტიმულის არსებობის პირობებში. შიშის აღმძვრელი სტიმული შეიძლება იყოს თავისთავად ინტენსიური ემოცია, ხოლო ჩვეულებრივი ინტერვენცია არის ემოციის რეგულაცია. სესიის განმავლობაში მუშაობა ხდება ავტომატურ აზრებზე და ემოციებზე (თავი 7). კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სამიზნე არის არა ინტელექტუალური ცნობიერება ან გააზრება, არამედ ემოციური დისტრესის შემცირება, თვით-ეფექტურობის ამაღლება და დაძლევის უნარებისა და ქცევების გაუმჯობესება. ამგვარად, თუკი თერაპიის პროცესში არ მოხდება ფსიქოგანათლება, ნაკლები ცვლილების მიღწევა იქნება მოსალოდნელი. სავარაუდოდ, არც ერთი კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტი არ დაუჭერს მხარს ფსიქოგანათლების, როგორც ცალკე მდგომი თუ ცალკეული მკურნალობის ფორმას.

ის, თუ როგორ ურევს ერთმანეთში ფსიქოგანათლებასა და კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას ზოგიერთი პრაქტიკოსი, გარკვეულწილად დამაბნეველია. ერთ-ერთ ჩვენგანს (D. D.) სმენია, რომ ბევრი პრაქტიკოსი, ამ ორ ტერმინს დროდადრო სინონიმად იყენებს. ამ არასწორ გაგებას არა მხოლოდ ინდივიდუალური პრაქტიკოსები, არამედ ფსიქოლინამიკის სასწავლო კურიკულუმის შემქმნელებიც ამყარებენ. მაგალითად, ადგილობრივ, ეროვნულ დონეზე აკრედიტებული ჯგუფური ფსიქოთერაპიის სასწავლო პროგრამაში, ტერმინი ფსიქოგანათლება გამოყენებულია ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მაგივრად. ამგვარი არასწორი ინტერპრეტაციის დამცველებთან საჭიროა დისკუსია და მათი განათლება.

ზოგიერთ დანვსებულებაში, „ინტელექტუალურ“ და „ემოციურ“ ინსაიტზე საუბრისას კლინიცისტები თვლიან, რომ ეს ორი სახეობა ცალ-ცალკე შეიძლება განიხილებოდეს. ზოგიერთი კლინიცისტი ასევე ვარაუდობს, რომ ემოციური ინსაიტი დაკავშირებულია „რეალურ“ ცვლილებასთან, ხოლო ინტელექტუალური - არა. ინსაიტი არსებითად იგივეა, რაც გაგება და გაცნობიერება. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, არსებობს გაგებისა და გაცნობიერების მრავალი სხვადასხვა ფორმა, როგორიცაა: ქცევითი პატერნების, ტრიგერების, ემოციებისა და კოგნიციების გაცნობიერება, ან ფაქტორებს შორის ფუნქციური კავშირების გაგება. ცნობიერების ყველა ეს ფორმა აქტიურად გამოიყენება იმისათვის, რომ კლიენტს დავებმართო მათი ცხოვრების შეცვლაში. რეალური ცვლილების მისაღებად და ცხოვრებისეული პრობლემების გადასაჭრელად საჭიროა არა მხოლოდ გაცნობიერება, არამედ განსხვავებული ქცევაც. თუკი კლიენტები სხვადასხვა სახის გამოცდილებას იძენენ როგორც სესიის განმავლობაში, ასევე ქცევითი ექსპერიმენტის შედეგად, მათი ნეგატიური რწმენები სავარაუდოდ ნელ-ნელა შეიცვლება. ზოგადად, შედეგი მოყვება არა რაიმეს კეთების შესახებ საუბარს, არამედ ქცევის პრაქტიკაში გამოყენებასა და გამოცდილების მიღებას. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ფოკუსირებულია კეთებაზე,

რასაც მოყვება გამოცდილებაზე დაფუძნებული გააზრება და კოგნიტური ცვლილება.

სიმპტომების ჩანაცვლება ფსიქოდინამიკური თერაპიის კონცეფციას წარმოადგენს, რომელიც ზოგადი თერაპიის პროფესიული ენაშია გავრცელებული (Yates, 1958). სიმპტომების ჩანაცვლების შესახებ რწმენა დაკავშირებულია არასწორ შეხედულებასთან, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არის ზედაპირული და არ განიხილავს სიმპტომების წარმოშობის მიზეზებს. ინტრაფსიქიკური ფსიქოდინამიკური პროცესის მიხედვით, საფუძველში არსებულ მიზეზებზე მუშაობის გარეშე პრობლემების გადაჭრა ვერ მოხერხდება. ამგვარად, ამ მოდელით მომუშავე პრაქტიკოსებისათვის, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას (გარდა სქემებზე ფოკუსირებული თერაპიის შესაძლო გამონაკლისისა) ვერ მივყავართ რეალურ ცვლილებამდე. ამგვარი არასწორი მოსაზრების ეჭვქვეშ დაყენება საკმაოდ ადვილია, თუნდაც შედეგების მონაცემების ჩვენებით (იხ. თავი 11). კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პოზიტიურ შედეგებზე დავა, სულ უფრო და უფრო რთულდება. თუკი ხდება მხოლოდ სიმპტომების ჩანაცვლება და არა რეალური ცვლილების მიღება, მაშინ რატომ არის შედეგები ამდენად პოზიტიური? რატომ გვაჩვენებს მრავალი კვლევა, რომ რელაფსის მაჩვენებელი გაცილებით დაბალია, ვიდრე მედიკამენტების გამოყენებისას (მაგ., Hollon და სხვ., 2006)? ზოგადად, კლიენტებს ახასიათებთ რელაფსის რისკი (იხ. თავი 9), თუმცა ამ შემთხვევაშიც თავს იჩენს იგივე, და არა განსხვავებული პრობლემა. არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება ამ შეხედულების საპირისპიროდ და არც რაიმე მტკიცებულება, რომელიც დაადასტურებს სიმპტომების ჩანაცვლებას. შედეგად, ამ მითს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ, არანაირი საფუძველი არ აქვს. ახდენს თუ არა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია სოციოლოგიური კონტექსტის იგნორირებას და „ადანაშაულებს“ თუ არა კლიენტს არასწორ აზროვნებაში? ზოგიერთი ფემინისტური თეორეტიკოსი და კლინიცისტი იტყვის, რომ „დიახ, ასეა“, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საუბარია ქალებში დეპრესიის შემთხვევებზე (Stoppard, 1989). ფემინისტური მოდელი ამტკიცებს, რომ დეპრესია ქალებში შეიძლება იყოს ბუნებრივი რეაქცია საზოგადოებაში არსებულ შეხედულებებზე, რომლებიც აკნინებენ და მსხვერპლად აქცევენ ქალს. მაგალითად, სიღარიბის, სექსუალური ძალადობისა და სექსუალური დევნის მსხვერპლი ხდება გაცილებით მეტი ქალი, ვიდრე მამაკაცი. ასევე ქალებს ნაკლებად ეძლევათ საშუალო ადგილზე დანიშნულების შესაძლებლობა. თერაპიულმა მოდელმა, რომელიც ფოკუსირებულია უპირველეს ყოვლისა იმაზე, თუ „რა არის არასწორი საკუთარ თავში“ ნაცვლად იმისა, თუ „რა ხდება არასწორი სოციალურ სტრუქტურებში“, შეიძლება კიდევ უფრო განუმტკიცოს ქალს აზრი, რომ მას აქვს მცდარი აზროვნება. ნეგატიური აზროვნების შეცვლაში არასწორად განეული დახმარებით, ქალს შეიძლება უნებურად განუმტკიცოთ პრობლემისადმი მიმდებლობა, ნაცვლად მისი შეცვლისა. გაგაცნობთ ერთ-ერთი თეორეტიკოსის ციტატას, რომელიც კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მიდგომებს აკრიტიკებს:



„ნათელია, რომ თეორიები ფსიქიკური ჯანმრთელობისადმი მამაკაცების მიკერძოებული ხედვის პროდუქტს წარმოადგენენ და ხელს უწყობენ მის პოპულარიზაციას. ამგვარი თეორიები ძალიან ცოტა იმედს გვაძლევს იმისას, რომ მკვლევრები იმუშავებენ დეპრესიის პრობლემის უკეთ გააზრებაზე, რაც გააძლიერებს ქალებს, შეცვალონ თავისი მდგომარეობა იმგვარად, რომ შემცირდეს დეპრესიის მაჩვენებლის სისტემატიური მატება“ (Stoppard, 1989, p. 47).

სიმართლე კი იმაში მდგომარეობს, რომ ბევრი ჩვენი კლიენტი ცხოვრობს რთულ ცხოვრებისეულ ვითარებაში და რომ ქალები უფრო მეტად განიცდიან ისეთ პრობლემებს, როგორიცაა დეპრესია, შფოთვა და ოჯახური ძალადობა (Kessler და სხვ., 2003; Breslau, Davis, Andreski, Peterson, & Schultz 1997; Norris, 1992). გაცილებით მეტი ქალი ითხოვს ნებისმიერი სახის ფსიქოთერაპიას, ვიდრე მამაკაცი. (McAlpine & Mechanic, 2000; Leong & Zachar, 1999). ასეთი გენდერული განსხვავებულობის უკან, ბევრი სხვადასხვა მიზეზი დგას; მიუხედავად ამისა, უსამართლო იქნებოდა იმის მტკიცება, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტები უარყოფენ პრობლემების განვითარების, შენარჩუნებისა და მკურნალობის ექსტრაფსიქიკურ ფაქტორებს. თავისი დეფინიციით, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია კლიენტებთან თანამშრომლობას გულისხმობს. თერაპევტებმა შემთხვევის ფორმულირების დროს, უნდა გაითვალისწინონ ისეთ პრობლემები, როგორიცაა სიღარიბე ან ოჯახური ძალადობა.

მეორეს მხრივ, კოგნიტიური მოდელი, ისევე როგორც ბევრი სხვა პირველადი „ინტრაფსიქიკური“ მეთოდი, ფოკუსირებულია თავად კლიენტებში მიმდინარე პროცესებზე. ეძებენ რა კოგნიტიურ შეცდომებს, მოსალოდნელია, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტები მას სხვა თერაპევტებზე უფრო ადვილად აღმოაჩენენ. უფრო მეტიც, ზოგიერთ კლიენტს რეაქცია აქვს ისეთ ტერმინებზე, როგორიცაა დამახინჯებული, ირაციონალური ან დისფუნქციური აზროვნება. ჩვენ გვსმენია, რას ამბობენ კლიენტები ამის გამო - „მე არა მართო ცუდად ვგრძნობ თავს, არამედ გავიგე, რომ ყველა ჩემი აზრი არასწორი ყოფილა.“ ჩვენ ორივეს გვყოლია კლიენტები, რომლებიც უარს ამბობდნენ დისფუნქციური აზრების ფორმის შევსებაზე, მისი სათაურიდან გამომდინარე. ერთ-ერთ შემთხვევაში, კლიენტი დათანხმდა ფორმის გამოყენებას, როდესაც მას სახელი შეეცვლა და გახდა უფრო აღწერილი - „ნეგატიური აზრების რეგისტრაცია“; მეორე შემთხვევაში კლიენტმა გადაიკითხა ფორმა და გადაამოწმა ფუნქციური აზრები, რამაც გამოიწვია ფოკუსის გადატანა ფუნქციური აზრების გაძლიერებაზე და არა დისფუნქციური აზრების შესუსტებაზე. რა თქმა უნდა, ჩვენ ყველა კლინიცისტს და მკვლევარს ვურჩევთ, მგრძობიარე იყოს კლიენტების პრობლემებისა და უკუკავშირის მიმართ. ასევე გვჭერა, რომ ყველა კლიენტთან - როგორც ქალებთან, ასევე მამაკაცებთან, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კონტექსტუალური განვითარებისა და პრობლემების შენარჩუნების გათვალისწინებას.



## თერაპიის პროცესისა და თერაპიული ურთიერთობების შესახებ ნეგატიური რწმენების მაგალითები

- „კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტები ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ თერაპიულ ურთიერთობებს“.
- „კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში არ არის აუცილებელი ან ზოგადად მიღებული, ემპათიის ან სოციალური მხარდაჭერის გამოყენება“.
- „სავარაუდოდ, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტები არ არიან გახსნილები და ტოვებენ შთაბეჭდილებას, რომ არიან მიუკერძოებელი და „ფორმალური.“
- „ნამდვილად არ აქვს მნიშვნელობა, რა სახის თერაპიას ვიყენებ მე. ყველა ფსიქოთერაპევტი დაახლოებით ერთნაირ შედეგებს იღებს, რადგან პირველად ცვლილებას „არასპეციფიკური“ ფაქტორები განაპირობებენ.“
- „ცვლილების მისაღებად აუცილებელი და საკმარისია თერაპიული ურთიერთობები, ასე, რომ მეთოდებს არანაირი მნიშვნელობა არ აქვს“.

ამ სფეროში გავრცელებული ზოგადი მითები, ხშირად ემთხვევა კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიასა და თერაპევტების თვისებებთან დაკავშირებულ მითებს. ჩვენს კლინიკურ გამოცდილებაში გავრცელებულია აზრი, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ყურადღებას არ ამახვილებს თერაპიულ ურთიერთობებზე და ნაკლებ აქცენტს აკეთებს ისეთ ზოგად თერაპიულ ფაქტორებზე, როგორცაა ემპათია, დახმარება, უპირობო პოზიტიური მხარდაჭერა და თერაპევტის გულახდილობა. ქვემოთ მოყვანილი მსჯელობა შეისწავლის კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფარგლებში ფსიქოთერაპიულ პროცესთან დაკავშირებულ ვარაუდებს, ამ პროცესთან დაკავშირებულ კვლევებს და ურთიერთკავშირს თერაპიის პროცესსა და შედეგებს შორის.

კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია ზოგადად ცდილობს კლიენტების სიმპტომების შემცირებას კოგნიტიური და/ან ქცევითი ცვლილების გზით. შესაბამისად, ის უფრო მეტად ფოკუსირებულია შედეგებზე და არა თავად თერაპიის პროცესზე. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, თერაპიული პროცესი ემსახურება კლინიკური შედეგების მიღებას. უფრო მეტიც, შედეგების შესახებ ლიტერატურაში, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის „არასპეციფიკური“ ფაქტორებს ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება, უფრო ტექნიკური და „თეორიულად-სპეციფიკური“ ფაქტორების სასარგებლოდ. თეორიისათვის დამახასიათებელია იმის წინასწარმეტყველება, რომ თერაპიაში ცვლილებებისაკენ მივყავართ არა ურთიერთობის ფაქტორებს, არამედ ისეთ მეთოდებს, როგორცაა ქცევითი აქტივაცია ან კოგნიტიური რესტრუქტურირება (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley და სხვ., 1999). შედეგების შესახებ ლიტერატურაში ამგვარ აქცენტებს მივყავართ იმ სტრატეგიამდე, რომელიც ზოგჯერ გვირჩევს კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში არასპეციფიკური ფაქტორების

გაკონტროლებას მათი პირდაპირ შესწავლის ნაცვლად. ასეთი ფაქტორები შეიცავს ურთიერთობის ცვლადებს (მაგალითად, თერაპიული ალიანსი, კლიენტისა და თერაპევტის მოლოდინები ცვლილებასთან დაკავშირებით) და უფრო სტრუქტურირებულ ცვლადებს (მაგალითად, მკურნალობის ხანგრძლივობა და ფორმატი). კლინიკურ პრაქტიკასა და თეორიულ ლიტერატურაში არსებული მითები ან „კოგნიტური შეცდომები“ მიუთითებენ იმაზე, რომ ეს ფაქტორები ეკვივალენტურია სხვადასხვა თერაპიაში, ან მათ არ ექცევათ სათანადო ყურადღება და ნაკლებ მნიშვნელოვანია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში. ყურადღების ამგვარი ნაკლებობითაა გამოწვეული ის მითი, თითქოს თერაპიული ალიანსი და სხვა ზოგადი ფაქტორები ნაკლებ მნიშვნელოვანია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, ვიდრე სხვა თეორიული მიმართულებების მქონე თერაპიებში. ზოგადად, გავრცელებულ მოსაზრებას წარმოადგენს ის, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია უფრო ტექნიკური და დიდაქტიკურია, ვიდრე კლიენტთან ურთიერთობაზე ორიენტირებული.

არასპეციფიკურ, მრავალმხრივ და კომპლექსურ ფაქტორებს, სხვაგვარად პლაცებოს, ლიტერატურაში მოიხსენიებენ როგორც არასპეციფიკურს ან ზოგადს. ტერმინი „პლაცებო“ იქნა გაკრიტიკებული (Lambert, 2005), რამდენადაც სამედიცინო ლიტერატურაში ის ნიშნავს „თეორიულად ინერტულს“. თერაპიებში, მათ შორის მოკლევადიან დინამიკურ ფსიქოთერაპიაში, სადაც აქცენტი კეთდება თერაპიულ ურთიერთობებზე, როგორც ცვლილების ძირითად „ინგრედიენტზე“, ამკარაა, რომ პროცესის ფაქტორები არ არის „ინერტული“. ამასთან ერთად, ტერმინის „არასპეციფიკური ფაქტორები“ გამოყენების საკითხს აქტიურად ეწინააღმდეგებიან ქასტონგიუ და გროს ჰოლტფორსი (Castonguay and Grosse Holtforth, 2005), რადგან მიაჩნიათ, რომ ის დაბნეულობას იწვევს. ისინი უპირატესობას ანიჭებენ ტერმინს „ზოგადი ფაქტორები“ და უხეშად განასხვავებენ ტექნიკურ და ინტერპერსონალურ ფაქტორებს. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი განცალკევება შეიძლება გამოიყენებოდეს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიასთან მიმართებაში, ის არ ეხება ინტერპერსონალურ თერაპიებს, რადგან ტექნიკური ფაქტორები თავისთავად არის ინტერპერსონალური ბუნების. ეს ავტორები აცხადებენ, რომ თერაპიული ალიანსი არის ერთ-ერთი ყველაზე მკაფიოდ განსაზღვრული თერაპიული ცვლადი და რომ მთლიანობაში, ლიტერატურაში აღწერილია 1,000 -ზე მეტი პროცესი-შედეგის დასკვნა.

ბორდენის აზრით (Borden, 1979), თერაპიულ ალიანსი სამი ურთიერთდაკავშირებული კომპონენტისგან შედგება, ესენია: მიზნები, ამოცანები და კავშირი თერაპევტსა და კლიენტს შორის. რაც უფრო მტკიცეა ალიანსი, მით უკეთ თანხმდებიან თერაპევტი და კლიენტი მკურნალობის მიზნებსა და ამოცანებზე და მით უფრო უკეთესია მათ შორის კავშირის ხარისხი. შესაბამისად, ალიანსი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სპეციფიკური, ვიდრე არასპეციფიკური ცვლადი. ზოგადად, თერაპიული ალიანსი იზომება სამუშაო ალიანსის ინსტრუმენტის (Working Alliance Inventory) საშუალებით (Horvath & Greenberg, 1986). მიუხედავად იმისა,

რომ კონცეფცია წარმოიშვა ფსიქოანალიტიკურ ლიტერატურაში, ბოლო პერიოდში იგი განიხილება, როგორც ტრანსთეორიული ცნება (Castonguay და სხვ., 1996).

პრაქტიკულად ყველა წიგნში, რომელშიც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თეორიის პრაქტიკული გამოყენებაა განხილული, ხაზგასმით არის აღნიშნული თერაპიული ურთიერთობების ან ალიანსის მნიშვნელობა შედეგის მისაღებად. ასეთ ავტორებს მიეკუთვნება ბეკი (A. T. Beck და სხვ., 1979), რომელიც თავის პირველ წიგნში აღნიშნავდა, რომ ისეთი მახასიათებლები, როგორიცაა სითბო, სწორი ემპათია და გულწრფელობა არის „აუცილებელი, მაგრამ არა საკმარისი, ოპტიმალური თერაპიული ეფექტის მისაღწევად“ (p. 45). თერაპიული თანამშრომლობის მნიშვნელობა, კოგნიტური თეორიის განვითარების პერიოდში ყოველთვის ხაზგასმით აღინიშნებოდა, ხოლო ინტერპერსონალურ პროცესზე ასეთი აქცენტირება დროთა განმავლობაში სულ უფრო იხვეწებოდა. მაგალითებში აღწერილია, თუ როგორი უნდა იყოს თერაპიული ურთიერთობა კომპლექსური პრობლემების მქონე კლიენტებთან (J. S. Beck, 2005), როგორ უნდა მოხდეს რეზისტენტობის მართვა კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში (Leahy, 2001) და ასევე, როგორ უნდა ჩამოყალიბდეს ინტერპერსონალური ურთიერთობის მოდელი კოგნიტური თერაპიის ფარგლებში (Safran & Segal, 1990). ასევე ზოგადად მიჩნეულია, რომ რაც უფრო მაღალია ინტერპერსონალური პრობლემების ხარისხი, მით უფრო მეტი აქცენტი კეთდება ფსიქოთერაპიულ ურთიერთობებზე (მაგ., Young და სხვ., 2003).

კეთდებოდა რა აქცენტი კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში ეფექტურობის კვლევაზე, მრავალ მათგანში ბუნებრივად განხორციელდა არასპეციფიკური ფაქტორების კონტროლი (მაგ., Heimberg და სხვ., 1990). გაცილებით ცოტა კვლევა ისახავდა მიზნად განესაზღვრა და შემდეგ შეესწავლა არასპეციფიკური ცვლადები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კონტექსტში. ერთ-ერთ გამონაკლისს წარმოადგენს ქასტონგიუს (Castonguay და სხვ., 1996) მიერ ჩატარებული კვლევა, რომელშიც გამოიყენეს დეპრესიაზე მიმართული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მონაცემები, იმისათვის, რომ დაედგინათ როგორც ზოგადი, ასევე უნიკალური ფაქტორების პრედიქტული მნიშვნელობა. თერაპიული ალიანსის გაზომვა მოხდა სამუშაო ალიანსის ინსტრუმენტის (Working Alliance Inventory) საშუალებით (Horvath & Greenberg, 1986). ქასტონგიუს და მისი თანაავტორების (Castonguay და სხვ., 1996) შედეგები მიუთითებენ იმაზე, რომ როგორც ალიანსი, ასევე კლიენტის ემოციური გამოცდილება დაკავშირებული იყო გაუმჯობესებასთან. როგორც უკვე მე-11 თავში აღვნიშნეთ, მათ აღმოაჩინეს, რომ კოგნიტურ შეცდომებზე ფოკუსირება, ნეგატიურ კორელაციაში აღმოჩნდა შედეგებთან.

კარპიაკა და ბენჯამინმა (Karpiaak and Benjamin, 2004) წარმოადგინეს ორი კვლევა, რომელთაგან ერთ-ერთი იკვლევდა მოკლევადიან კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას, ხოლო მეორე დროში შეზღუდულ დინამიკურ ფსიქოთერაპიას (TLDP) გენერალიზებული შფოთვისითი აშლილობისთვის. აღნიშნული კვლევა შეისწავლიდა თერაპევტისაგან მიღებულ ინფორმაციას,

როგორც სპეციფიკურ ცვლადს და მის ეფექტს კლინიკურ შედეგებზე. შედეგებმა აჩვენა, რომ თერაპევტის მხრიდან, განმამტკიცებელი კომენტარების საშუალებით მიღწეული მყისიერი განმტკიცების ეფექტი ძალიან მაღალი იყო კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ჯგუფში, თუმცა ნაკლები - დროში შეზღუდული დინამიკური ფსიქოთერაპიის (TLDP) ჯგუფში. მკვლევრებმა ეს შედეგი ახსნეს, როგორც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ფოკუსირებული ბუნების შესაძლო რეფლექსია, რომელიც თერაპევტებს უფრო სპეციფიკური, განმამტკიცებელი კომენტარების გავრცელების სტიმულს უჩენს. მათ ასევე აღმოაჩინეს, რომ ძნელად ადაპტირებადი პაციენტის შემთხვევაში, რაც უფრო მაღალი იყო განმტკიცების მაჩვენებელი, მით უფრო უარესი შედეგები ვლინდებოდა მკურნალობის დასრულებიდან 12 თვიანი დაკვირვების პირობებში.

ვოლსონმა და გელერმა (Watson და Geller, 2005) შეისწავლეს კლიენტის მიერ შეფასებულ ურთიერთობის პირობებს, შედეგებსა და სამუშაო ალიანსს შორის კავშირები, როგორც კოგნიტურ-ბიჰევიორული, ასევე პროცესი-გამოცდილების თერაპიაში. მათ აღმოაჩინეს, რომ კლიენტების მიერ შეფასებული ურთიერთობის პირობები წარმოადგენდა პრედიქტორს შედეგებისთვის. თერაპევტები, რომლებიც კლიენტების აღქმით, იყენებდნენ ემპათიას, თანასწორობასა და მიმღებლობას, ასევე უკეთესად ამყარებდნენ სამუშაო ალიანსებს. ამ კვლევის ავტორების აზრით, იმისათვის, რომ კლიენტებისათვის განუღივოს სერვისი ეფექტური იყოს, კომპეტენტური თერაპევტები უნდა იყვნენ ემპათიის, მიმღებლობის მქონე, იცავდნენ თანასწორობის პრინციპს, არ უნდა განსჯიდნენ, რა სახის თერაპიასაც არ უნდა ატარებენ ისინი.

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, თერაპევტსა და კლიენტს შორის ინტერპერსონალური ქცევის საკითხის კვლევის შედეგების ფართო განხილვის საფუძველზე, კეისერსმა (Keijsers და სხვ., 2000) დაასკვნა, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები, სხვა თეორიული ორიენტაციის მქონე თერაპევტების მსგავსად იყენებენ ურთიერთობის უნარ-ჩვევებს. მაგალითად, აღმოჩნდა, რომ ინსაიტზე ორიენტირებულ თერაპიასა და კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას შორის არ არის მნიშვნელოვანი განსხვავება იმაში, თუ რამდენად ხშირად იყენებენ თერაპევტები თვით-გახსნას, ისევე, როგორც არ არის რაიმე კავშირი ღიაობასა და შედეგს შორის (Keijsers და სხვ., 2000). უფრო მეტიც, „კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, თერაპიული ურთიერთობებისათვის დამახასიათებელია უფრო აქტიური და დირექტიული პოზიცია თერაპევტის მხრიდან და ემოციური მხარდაჭერის გაცილებით მაღალი დონე, ვიდრე ეს ინსაიტზე ორიენტირებულ თერაპიაშია“ (p. 285). კვლევის ავტორებმა ასევე დაასკვნეს, რომ თერაპიულ ალიანსსა და შედეგებს შორის კავშირის სანდობა დადასტურებულია სხვა მრავალი კვლევის შედეგებითაც. თუმცა, რა თქმა უნდა, ლიტერატურაში არსებობს გარკვეული მიკერძოებული დამოკიდებულებაც. კლიენტები, რომლებიც ნამდვილად უკმაყოფილონი არიან საკუთარი თერაპევტებით ან მათთან ცუდი სამუშაო ალიანსით, აუცილებლად ცუდი შედეგებით არ გამოირჩევიან. ამიტომაც, ავტორები



ამბობენ, რომ (ნეგატიური) ურთიერთობის ფაქტორები შესაძლოა უფრო მეტად თერაპიის მიტოვებას წინასწარმეტყველებდეს, ვიდრე მის შედეგებს. იმ კლიენტების უმრავლესობას, ვინც დაასრულა თერაპია და კმაყოფილია საკუთარი თერაპევტით, საკმაოდ კარგი თერაპიული ალიანსიც აქვთ.

ლორი, ოლატუმჯი, პარკერი და დე-მაიო (Lohr, Olatumji, Parker, and De-Maio, 2005) ასევე უპირისპირდებიან დიდი ხნის განმავლობაში არსებულ მოსაზრებას არასპეციფიკური ფაქტორების შესახებ და მიზანმიმართულ, სპეციფიკურ მკურნალობას განმარტავენ, როგორც თერაპიის მახასიათებელს, რომელიც ცვლილების მისაღწევად ერთდროულად აუცილებელიც არის და საკმარისიც. ისინი ასევე ვარაუდობენ, რომ თერაპიები შეიძლება მუშაობდეს რაიმე სხვა მიზეზის გამო, ვიდრე ამას ჰიპოთეზა გულისხმობს. მიზანმიმართულ მკურნალობას ისინი აღწერენ, როგორც ეფექტურ მკურნალობას, რომელიც მუშაობს ამხსნელი თეორიის მიხედვით გაკეთებული წინასწარმეტყველების გამო. მკურნალობის ბევრი ფორმა შეიძლება იყოს ეფექტური, მაგრამ თუ მათ გამოიყენებენ და აღწერენ არასწორი რწმენებისა და განზრახვების საფუძველზე, მაშინ ის შეიძლება გადაიქცეს მითად, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის სანაცვლოდ. ავტორებს მაგალითად მოჰყავთ თვალის მოძრაობის დესენსიტიზაციის და ხელახალი გადამუშავების მეთოდი, რომელიც შესაძლოა ეფექტური იყოს ექსპოზიციის და არა თვალის მოძრაობის გამოყენების ან ინფორმაციის გადამუშავების გამო. ისინი ამტკიცებენ, რომ იგივე არგუმენტი შეიძლება მიესადაგებოდეს დეპრესიის შემთხვევაში კოგნიტურ-ბიპვეიორული თერაპიის გამოყენებას, რადგან ბიპვეიორული აქტივაციის კომპონენტი შეიძლება იყოს აქტიური ინგრედიენტი და არა ის ტიპური რწმენა, რომ ცვლილება კოგნიტურ ინტერვენციებს მოყვება (Jacobson და სხვ., 1996).

დერუბეისი, ბროტმანი (DeRubeis, Brotman, და სხვ., 2005) ამტკიცებენ, რომ აუცილებელია სხვადასხვა სახის ფსიქოთერაპიის არაეკვივალენტურობის შესწავლა. არსებობს დაშვება, რომ თუ ორ სხვადასხვა მკურნალობას ერთნაირი შედეგი აქვს, მაშინ განსხვავება განპირობებულია „არასპეციფიკური ფაქტორებით“. ამის საპირისპიროდ, ავტორები ამტკიცებენ, რომ ცვლილება შეიძლება იყოს სხვადასხვა სპეციფიკური ფაქტორის შედეგი. ისინი განიხილავენ თერაპიული ალიანსის საბოლოო შედეგებს და ამტკიცებენ, რომ თერაპიული ალიანსის როლი არაკონსისტენტურია, განსაკუთრებით კი კოგნიტურ-ბიპვეიორულ თერაპიაში. ისინი ციტირებენ ტენგის და დერუბეისის ნაშრომს (1999) „უეცარ ცვლილებაზე“, რომელიც გულისხმობს, რომ თერაპიული ურთიერთობების გაუმჯობესება ხდება დადებითი კლინიკური შედეგის მიღების შემდეგ და არა მანამდე. თავის კვლევაში, ტენგმა და დერუბეისმა აღმოაჩინეს, რომ ალიანსის ხარისხი მაღალი იყო არა უშუალოდ უეცარი თერაპიული ცვლილების, არამედ მის მომდევნო სესიაზე. ორმა კვლევამ აჩვენა, რომ მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე შეფასებული, კარგად შერჩეული სპეციფიკური, თეორიით მართული ტექნიკები დეპრესიული სიმპტომების შემსუბუქების პრედიქტორია (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley და სხვ., 1999).



ეს კვლევები გვიჩვენებს, რომ ურთიერთობის გაუმჯობესებული ხარისხი შედეგად მოყვება მკურნალობის პოზიტიურ შედეგს, რასაც სავარაუდოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში ვხედავთ, თუმცა ის შეიძლება არ წინასწარმეტყველებდეს საბოლოო შედეგს. ამასთან დაკავშირებით კლეინმა (Klein და სხვ., 2003) აღმოაჩინა მცირე, მაგრამ მნიშვნელოვანი კავშირი ალიანსსა და საბოლოო შედეგს შორის. ადრეულ ეტაპზე ჩამოყალიბებული ალიანსი, მკურნალობის განმავლობაში გაუმჯობესების პროგნოზს იძლევა, ხოლო ადრეულ ეტაპზე მიღწეული გაუმჯობესება, არ იძლევა შემდგომი ალიანსის ჩამოყალიბების პროგნოზს. მიუხედავად ამისა, ისინი აღნიშნავენ, რომ საბოლოო შედეგებსა და ალიანსს შორის კორელაცია არ გულისხმობს მიზეზ-შედეგობრიობას. დერუბეისის (DeRubeis, და სხვ., 2005) და მისი თანაავტორების ძირითადი აზრი არის ის, რომ ამ სფეროში შეცდომას წარმოადგენს ფსიქოთერაპიების არასპეციფიკური ფაქტორებისა და სპეციფიკური თერაპიული მეთოდების ერთ დონეზე დაყენება“ (p. 180).

ზემოთ მოყვანილ სტატიაზე კომენტარებისას, ქრაიგჰედმა, შითსმა, ბიორნსონმა და არნარსონმა (Craighead, Sheets, Bjornsson, და Arnarson, 2005) აღნიშნეს, რომ თერაპიული ალიანსის შემთხვევაში სპეციფიკური და არასპეციფიკურის შეპირისპირების არგუმენტი წარმოადგენს ბეკის (A.T. Beck) მიერ განსაზღვრული დიქტომური აზროვნების კარგ მაგალითს. „უპირატესობის ჩამოყალიბება არ ნიშნავს სპეციფიკურობის ჩამოყალიბებას“ (p. 190). ისინი მიუთითებდნენ, რომ მტკიცე თერაპიული ალიანსი წარმოადგენს ყველა სახის ფსიქოთერაპიის, მათ შორის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ძირითად ინგრედიენტს და რომ ის, რაც არასპეციფიკურ და სპეციფიკურ ცვლადებად იწოდება, მჭიდროდ არის ურთიერთდაკავშირებული. მაგალითად, კომპეტენციის შეფასების სკალები, ჩვეულებრივ აფასებენ არასპეციფიკურ ფაქტორებს. კოგნიტური თერაპიის სკალა (იხ. დანართი 1), რომელსაც მკურნალობის შედეგების შეფასების კვლევებში იყენებენ, მოიცავს ზოგადი თერაპიული უნარების შესახებ ექვს დებულებას და უფრო თეორიული - სპეციფიკური უნარების შესახებ ხუთ დებულებას. (Young & Beck, 1980). ამდენად, იმისათვის რომ თერაპევტი კომპეტენტური იყოს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, მას უნდა ჰქონდეს კარგი შეფასება ზოგად თერაპიულ უნარებში, როგორცაა ემპათია, სითბო, გულწრფელობა და შეეძლოს რეაგირება კლიენტის ვერბალურ და არავერბალურ უკუკავშირზე.

გოლდფრაიდი (Goldfried და სხვ., 2003) ამტკიცებდა, რომ თვით - გახსნა ეფექტურ ინსტრუმენტს წარმოადგენს ალიანსის განმტკიცებისათვის და ხელს უწყობს ცვლილებას კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში. როგორც ჩანს, ინსაიტზე დაფუძნებულ თერაპიასა და კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში, თერაპევტის თვით-გახსნის სიხშირეში დიდი სხვაობა არ არის. მათ ასევე აღნიშნეს, რომ თვით-გახსნასა და საბოლოო შედეგებს შორის არ არსებობს ძლიერი კავშირი. ზოგიერთი მითის საპირისპიროდ, არ აღმოჩნდა საკმარისი მონაცემი იმის დასამტკიცებლად, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები, თერაპიას ცივი და ფორმალური მიდგომით ახორციელებენ (Keijsers და სხვ., 2000).

საბოლოოდ, ზემოაღნიშნული კვლევებიდან, სტატიებიდან და მრავალი კლინიკური კვლევიდან ნათლად ჩანს, რომ სხვა თეორიული ორიენტაციით მომუშავე თერაპევტების მსგავსად, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტებიც ავლენენ ემპათიას, მხარდაჭერას კლიენტებთან და ზრუნავენ პოზიტიური თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბებაზე. ნაკლებად არის შესწავლილი ამ ცვლადებთან დაკავშირებული შედეგების თანაფარდობა. ძალიან რთულია, თუკი ეს საერთოდ შესაძლებელია, ამ ცვლადების ერთმანეთისაგან, ისევე, როგორც მკურნალობის უფრო ტექნიკური ასპექტებისგან, დიფერენცირება. შესაძლოა სარწმუნო იყოს ზოგიერთი კვლევის შედეგი იმის შესახებ, რომ, პოზიტიური კლინიკური შედეგები კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში აუმჯობესებს თერაპევტსა და კლიენტს შორის ურთიერთობას. იმის მტკიცება, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არასათანადოდ აფასებს ან უგულებელყოფს თერაპიულ ურთიერთობებს, აშკარად, არასწორია.

**ნეგატიური რწმენები, რომლებიც კლიენტებს და თერაპიის შედეგის განმსაზღვრელ ფაქტორებს ეხება:**

- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია შესაფერისია ისეთი კლიენტებისთვის, რომლებიც არ არიან „ფსიქოლოგიურად მოაზროვნენი“.
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიიდან ყველაზე მეტ სარგებელს იღებენ ის კლიენტები, ვისაც სტრუქტურა, სწავლება და პირდაპირი ხელმძღვანელობა სჭირდებათ.“
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია შესაფერისია ნიჭიერი და ინტელექტუალური კლიენტებისათვის, რადგან მათ შეუძლიათ ლიტერატურის კითხვა და რეფლექსია“.
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია შესაფერისია საშუალო სიმძიმის პრობლემების მქონე კლიენტებისათვის, ხოლო სერიოზული პრობლემების შემთხვევაში კლიენტებს სიმპტომების სამართავად მედიკამენტები სჭირდებათ“.
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია ყველაზე ეფექტურად მუშაობს მოტივირებულ კლიენტებთან, ვინც მზად არის შეასრულოს საშინაო დავალება.“
- „კვლევის შედეგები არ შეესაბამება ჩემს კლიენტებს. მათი მდგომარეობა გაცილებით უფრო რთულია, ისინი მეტ დისტრესს განიცდიან და უფრო მწვავე დარღვევები აქვთ, ვიდრე სხვა კლიენტებს.“

თუკი რეფერირების სამსახურს არ აქვს ზუსტი ინფორმაცია, რა ტიპის კლიენტებისათვის შეიძლება იყოს სასარგებლო კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, მაშინ საკმაოდ მაღალია ალბათობა იმისა, რომ ისინი არასწორად გააკეთებენ რეფერირებას. თერაპიაზე არ გაიგზავნიან კლიენტები, ვისაც სარგებლის მიღება შეუძლიათ და პირიქით, გაიგზავნიან ისინი, ვისთვისაც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არაეფექტური აღმოჩნდება. რეფერირების წყაროებს ხშირად აქვთ

ვარაუდები იმის შესახებ, თუ რა ტიპის კლიენტებისთვისაა მკურნალობის ეს ფორმა შესაფერისი. სამწუხაროდ, ასეთმა ვარაუდებმა შეიძლება შემზღუდოს კლიენტებისათვის საჭირო მკურნალობის ხელმისაწვდომობა. მაგალითად, როდესაც ერთ-ერთი ჩვენგანი (D. D.) ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, დღის პროგრამაში წარმოადგენდა დამწყებ პრაქტიკოსს, ის ხშირად ხვდებოდა კლიენტებს, რომელთაც მანამდე უამრავი წარუმატებელი მკურნალობის კურსი ჰქონდათ გავლილი. ასევე იყვნენ კლიენტები, რომლებზეც ექიმები ფიქრობდნენ, რომ მათ არ ჰქონდათ ფსიქოლოგიური აზროვნება და შესაბამისად, ისინი ვერ შეძლებდნენ ინსაიტზე ორიენტირებული თერაპიისგან სარგებლის მიღებას. რწმენა იმის შესახებ, რომ კონსტრუქციული თერაპია შესაბამისია ნაკლებად ინტელექტუალური, კონკრეტულად მოაზროვნე და ინსაიტზე ნაკლებად ფოკუსირებული კლიენტებისთვის, სათავეს იღებს იმ შეხედულებიდან, რომ კონსტრუქციული თერაპიის შემთხვევაში კლიენტების წინაშე არსებული მოთხოვნები ნაკლებია სხვა მიდგომებთან შედარებით, რამდენადაც იგი უფრო სტრუქტურირებული და დირექტიულია. ზემოთ ხსენებულმა რწმენამ, შესაძლოა, გავლენა მოახდინოს კლიენტის რეფერირების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაზე და ნაცვლად კონსტრუქციული თერაპიისა, ის გადაამისამართონ ინსაიტურ თერაპიაზე. ასევე, რწმენამ იმის შესახებ, რომ კონსტრუქციული თერაპია უფრო სტრუქტურირებულია, ასევე შეიძლება გავლენა იქონიოს გადაწყვეტილებაზე, გამოყენებული იქნას კონსტრუქციული თერაპია ან მედიკამენტოზური მკურნალობა, რადგან ეს მოდელები განიხილება როგორც კლიენტის მიმართ ნაკლებად მომთხოვნი.

პარადოქსულია, თუმცა ჩვენ ასევე გვინახავს საპირისპირო რწმენის მტკიცებულებაც, კერძოდ, კონსტრუქციული თერაპია ყველაზე შესაფერისია ნიჭიერი და ფსიქოლოგიურად მოაზროვნე კლიენტებისათვის, რადგან მათთვის შეიძლება ჩვეული იყოს სასწავლო მასალები, საშინაო დავალების შესრულება და მუშაობის პროცესში საკუთარ აზრებზე რეფლექსია.

კონსტრუქციული თერაპიის შესახებ ამგვარი წინააღმდეგობრივი და დისფუნქციური რწმენების კვალობაზე, რას გვიჩვენებს მტკიცებულება „არა-სიმპტომებზე დამოკიდებული“ პრედიქტორების შესახებ? პრედიქტორებს შეიძლება წარმოადგენდეს დემოგრაფიული ფაქტორები (სქესი, ასაკი, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, ეთნიკური წარმომავლობა), ფსიქოლოგიური ფაქტორები (ინტელექტი, „ფსიქოლოგიური აზროვნება“, ცვლილების მოტივაცია), კომუნკაციასთან დაკავშირებული ფაქტორები (თერაპევტთან ურთიერთობის ჩამოყალიბების უნარი, ღიაობა) და თერაპიასთან დაკავშირებული ფაქტორები (შესაბამისობა, მოლოდინები, ცვლილებისათვის „მზაობა“ ).

კეისერის (Keijsers და სხვ., 2000) მიერ განხორციელდა კვლევითი ლიტერატურის ვრცელი მიმოხილვა, სადაც ავტორები შეისწავლიდნენ როგორც თერაპევტის, ასევე კლიენტის ინტერპერსონალური ქცევების გავლენას კონსტრუქციული თერაპიის საბოლოო შედეგებზე.

აღმოჩნდა, რომ კლიენტებისთვის დამახასიათებელი კომუნიკაციის ფორმა არ განსხვავდება სხვადასხვა თერაპიის დროს და არსებობს პოზიტიური კავშირი კლიენტის ღიაობის დონესა და თერაპიის შედეგებს შორის. ამავე დროს, არ მოიძებნა მონაცემები იმაზე, თუ რა გავლენას ახდენს თვით-გამორკვევა და ინსაიტი შედეგებზე, რაც შესაძლოა აიხსნას იმით, რომ ამ ფაქტორებზე არ ხდება აქცენტის გაკეთება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებული ცვლადების შესწავლისას. გარკვეულწილად გასაკვირია და ამავე დროს იმედგაცრუებას იწვევს კლიენტის მოტივაციისა და საშინაო დავალებებში ჩართულობის მნიშვნელობასთან დაკავშირებული ემპირიული დასკვნები.

თერაპიის შეწყვეტისა და საბოლოო შედეგების საკითხის განხილვისას, მნიშვნელოვან ცვლადს წარმოადგენს თერაპიისადმი კლიენტის დამოკიდებულება. თერაპიისადმი დამოკიდებულება გულისხმობს კლიენტის მოტივაციას და თერაპიულ ცვლილებებთან დაკავშირებულ მოლოდინებს. დამოკიდებულებას შეიძლება გაცილებით დიდი ეფექტი ჰქონდეს მოკლევადიან მიზანზე ორიენტირებული ფსიქოთერაპიების დროს, როგორცაა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, რადგან დროში არსებული შეზღუდვა მოითხოვს სწრაფ და მიზანმიმართულ მუშაობას (Koss & Shiang, 1994). კეისერისა და ავტორების (Keijsers და სხვ., 2000) კვლევის ერთ-ერთ ყველაზე მკაფიო შედეგს წარმოადგენს მყარი კავშირი დაბალ მოტივაციასა და თერაპიის მიტოვებას შორის. მარტივად რომ ვთქვათ, დაბალი მოტივაციის მქონე კლიენტები ადვილად ანებებენ თავს თერაპიას. ამიტომ, დამოკიდებულება და ურთიერთობის ფაქტორები, შეიძლება უფრო მეტად იყოს თერაპიის ვადამდე მიტოვების, ვიდრე საბოლოო შედეგების პრედიქტორი. როგორც უკვე აღვნიშნეთ (Tang & DeRubeis, 1999), ადრეულ გაუმჯობესებას შეიძლება შედეგად მოყვას გაუმჯობესებული ალიანსი, რამაც თავის მხრივ, შესაძლოა გაზარდოს მოტივაცია და მკურნალობისადმი ერთგულება (adherence).

გარდა ამისა, მთელი რიგი კვლევებისა ადასტურებს, რომ კლიენტები, რომლებიც ეთანხმებიან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ლოგიკურ დასაბუთებას, სავარაუდოდ გაცილებით უფრო მეტი წარმატებით გამოირჩევიან, ვიდრე ისინი, ვინც ასეთ დასაბუთებას არ ეთანხმება (Addis & Jacobson, 2000). მაგალითად, ფერნელმა და ტისდეილმა (Fennell and Teasdale, 1987), თერაპიაზე მიღების დროს კლიენტებს მიაწოდეს ბროშურა, დეპრესიაზე მიმართული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თეორიის შესახებ. შედეგად, იმ კლიენტებმა, ვისთვისაც ეს ბროშურა მისაღები იყო, გაცილებით მეტ წარმატებას მიაღწიეს მკურნალობის პირველი ოთხი სესიის განმავლობაში, ვიდრე სხვებმა, რომლებმაც ბროშურა არ აღიარეს. გარდა ამისა, იმავე კლიენტებს უკეთესი შედეგები ჰქონდათ მკურნალობის დასრულების შემდეგაც. ედისმა და იაკობსონმა (Addis და Jacobson, 1996) კლიენტებს გააცნეს დეპრესიის მიზეზებისა და მკურნალობის ლოგიკური დასაბუთება, ფერნელისა და ტისდეილის (Fennell და Teasdale, 1987) მიერ გამოყენებული ბროშურის დახმარებით. კვლევამამ შემთხვევაშიც აჩვენა, რომ უკეთესი შედეგები ჰქონდათ იმ კლიენტებს, ვინც აღიქვა,



რომ მკურნალობა სასარგებლო იქნებოდა. ბერნსმა და ნოლენ-ჰოექსემამ (Burns და Nolen-Hoeksema, 1991) აღმოაჩინეს, რომ პაციენტის მზაობა კავშირში იყო დეპრესიაზე მიმართულ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში მიღწეულ უკეთეს შედეგებთან. და ბოლოს, კეიჯსერსმა, ჰუგდუინმა და შააპმა (Keijsers, Hoogduin, და Schaap, 1994) აღმოაჩინეს, რომ ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის შემთხვევაში ბიჰევიორული თერაპიის დროს მოტივაცია მნიშვნელოვნად უკავშირდებოდა თერაპიის შედეგებს.

შეისწავლიდნენ რა მკურნალობამდე არსებული ცვლადების პრედიქტორულ ღირებულებას დეპრესიაზე მიმართული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შედეგისთვის, ჰამილტონმა და დობსონმა (Hamilton and Dobson, 2002) აღმოაჩინეს, რომ სიმპტომებთან ასოცირებული ცვლადები (მაგალითად, სიმპტომების სიმძიმე და ქრონიკულობა) დაკავშირებული იყო არასასურველ შედეგებთან. თუმცა, კვლევათა რაოდენობა, რომელიც შეაფასებდა დემოგრაფიული ფაქტორების გავლენას კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შედეგებზე, საკმაოდ მცირეა. ჰამილტონმა და დობსონმა შეძლეს მხოლოდ იმის დემონსტრირება, რომ დაქორწინებულ კლიენტებს ჰქონდათ უკეთესი შედეგები, ვიდრე დაუქორწინებულს, რაც შეიძლება უფრო მეტად უკავშირდებოდეს ქორწინებაში მყოფი კლიენტების გაუმჯობესებულ სოციალურ უნარ-ჩვევებს, ვიდრე უშუალოდ ქორწინებას.

ქასტონგუაიმ და ბიუთლერმა (Castonguay and Beutler, 2006) განსაზღვრეს თერაპიული ცვლილების ემპირიულად დასაბუთებული პრინციპები, რომლებიც საერთოა ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა მოდელისათვის. ეს პრინციპები განსაზღვრავს როგორც კლიენტის, ასევე თერაპევტის თვისებებს, ურთიერთობის პირობებს, თერაპევტის ქცევას და იმ ინტერვენციების სახეობებს, რომელსაც ცვლილება მოყვება. ეს ავტორები აღნიშნავენ, რომ აღნიშნული პრინციპები უფრო ზოგადია, ვიდრე თეორიით მართული მეთოდები და უფრო სპეციფიკური, ვიდრე თეორიული ფორმულირებები. სხვა, უფრო გავრცელებულ კლინიკურ პრობლემებთან დაკავშირებით (დისფორიული აშლილობა, შფოთვითი აშლილობა, პიროვნული აშლილობა, ნივთიერებებზე დამოკიდებულება) არსებული ფსიქოთერაპიული ლიტერატურის ვრცელ მიმოხილვაში, ისინი აღნიშნავენ, რომ კლიენტის მახასიათებლებსა და თერაპიის შედეგებთან დაკავშირებით არსებული ზოგიერთი ზოგადი დასკვნა შეიძლება უკვე არარელევანტური იყოს. ღრმა დარღვევის, ისევე როგორც II ღერძის დიაგნოზის მქონე კლიენტები, ნაკლებ სარგებელს იღებენ ნებისმიერი სახის ფსიქოთერაპიიდან, ვიდრე ისინი, ვისაც ამგვარი მახასიათებლები არ აქვს. აღნიშნული მახასიათებლების მქონე კლიენტებს გაცილებით უფრო ხანგრძლივი მკურნალობა სჭირდებათ. გარდა ამისა, თერაპიისგან შედარებით ნაკლები სარგებელი შეიძლება მიიღონ ფინანსური ან ოკუპაციური პრობლემების მქონე კლიენტებმა, ვიდრე ამგვარი პრობლემების არ მქონე ინდივიდებმა. მკურნალობის შედეგების კიდევ ერთ ნეგატიურ პრედიქტორს ასაკის ზრდა წარმოადგენს. კლიენტისა და თერაპევტის წარმომავლობის (მაგალითად, ეთნიკურობა) თანხვედრა გარკვეულწილად აუმჯობესებს მკურნალობის საბოლოო შედეგებს;



თუმცა გაუმჯობესება შედარებით დაბალია დაუცველი ეთნიკური ან რასობრივი ჯგუფის წევრებში, ვიდრე მოსახლეობის უმრავლესობის წარმომადგენლებში.

### **ნეგატიური რწმენები, რომლებიც უკავშირდება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიასა და სწავლებას**

- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არის პირდაპირი მიდგომა, რომლის სწავლაც შეუძლია ყველას, მინიმალური მომზადებისა და სუპერვიზიის გზით. სამუშაო შეხვედრებზე დასწრება ან რამდენიმე წიგნის წაკითხვაც კი შეიძლება საკმარისი აღმოჩნდეს.“
- „კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენებაში მომზადებული პარაპროფესიონალები არიან ისევე ეფექტური, როგორც მაღალ დონეზე მომზადებული თერაპევტები.“

თერაპევტების უმრავლესობას სჯერა, რომ მათ მიერ გამოყენებული თერაპია მოითხოვს შესაბამის უნარებს, მომზადებას და გამოცდილებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამაგისტრო და რეზიდენტურის პროგრამები მოითხოვენ მრავალწლიან განათლებას, სპეციფიკურ მომზადებას და გამოცდილებას, რაც ხშირად ინტენსიური სუპერვიზიით ხორციელდება. თუმცა მწირია კვლევები, რომლებიც პირდაპირ შეისწავლიდნენ გამოცდილების და პროფესიული მომზადების გავლენას კლიენტის საბოლოო შედეგებზე. უფრო მეტიც, არსებული კვლევები არ ადასტურებენ მაღალკვალიფიციური თერაპევტების უპირატესობას. კლიენტთან პოზიტიურ შედეგებს აღწევნა როგორც სპეციფიკური თერაპიული მეთოდების გამოყენებაში მომზადებული, ასევე ამგვარი მომზადების არ მქონე თერაპევტები (Lambert, 2005).

არსებობს რამდენიმე ყურადსაღები მტკიცებულება. ბრაითმა (Bright და სხვ., 1999) შეისწავლა პროფესიონალი და პარაპროფესიონალი თერაპევტების ეფექტურობა, დეპრესიის მქონე კლიენტებთან, ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიითა და ურთიერთდახმარებით მუშაობის შემთხვევაში. თერაპევტების კლასიფიკაცია მოხდა მათი განათლების დონის მიხედვით. უნდა აღინიშნოს, რომ პროფესიონალი თერაპევტები, წარმოდგენდნენ კლინიკური და საკონსულტაციო ფსიქოლოგიის დოქტორანტურის სტუდენტებს, რომელთაც საშუალოდ 4 წლიანი მომზადება ჰქონდათ გავლილი ფსიქოთერაპიაში სუპერვიზიით. რაც შეეხება პარაპროფესიონალ თერაპევტებს, ისინი არ იყვნენ სტუდენტები და არც პროფესიონალური მომზადება ჰქონდათ ფსიქოლოგიაში. ამ კვლევის მიხედვით, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ჯგუფის მონაწილეები, რომელთაც პროფესიონალები ხელმძღვანელობდნენ, მკურნალობის შემდეგ იყვნენ ნაკლებ დეპრესიულნი, ვიდრე პარაპროფესიონალთა ჯგუფის წევრებთან შედარებით. ხოლო ურთიერთდახმარების ჯგუფებში მკურნალობის შედეგები მსგავსი აღმოჩნდა, კერძოდ, კლიენტებს

დეპრესიის სიმპტომები შეუმცირდათ. შესაბამისად, პროფესიონალური მომხმარებელი და განათლება დაკავშირებული იყო თერაპიის შედეგებთან, მხოლოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შემთხვევაში. ამგვარი შედეგები შეიძლება გაკვირვებას იწვევდეს, რადგან პარაპროფესიონალების დაახლოებით ნახევარს, ჰქონდა კლიენტებთან მუშაობის წინარე გამოცდილება, ხოლო სტუდენტებს არა. სწორედ წინარე გამოცდილების გათვალისწინებით, ურთიერთდახმარების ჯგუფებთან მუშაობისას, პარაპროფესიონალები შეიძლება პროფესიონალებზე უფრო ეფექტურებიც ყოფილიყვნენ. ხოლო კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის წარმატებით განხორციელება ჯგუფებთან, შესაძლოა, მეტ უნარებსა და გამოცდილებას მოითხოვდეს, ინდივიდუალურ თერაპიასთან შედარებით.

ჰუპერტმა (Huppert და სხვ., 2001) აღმოაჩინა, რომ პანიკური აშლილობის შემთხვევაში კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიით მუშაობისას, ზოგადი ფსიქოთერაპიული გამოცდილების თერაპევტებს უკეთესი შედეგები აქვთ, ამგვარი გამოცდილების არმქონე პირებთან შედარებით. თუმცა, გამოცდილებასა და მკურნალობის შედეგებს შორის კავშირი უფრო მეტად განპირობებული იყო ფსიქოთერაპიაში ზოგადი გამოცდილებით და არა კონკრეტულად კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიაში მუშაობის წლებით. ჰეიბის (Haby და სხვ., 2006) მიხედვით, ფსიქოლოგის მიერ ჩატარებულ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიას გაცილებით უკეთესი საბოლოო შედეგები აქვს, ვიდრე თერაპევტის მიერ ჩატარებულს. სწავლასთან დაკავშირებული შემდგომი დეტალები განხილული არ ყოფილა.

ბერნსმა და ნოლენ-ჰოეკსმა (Burns and Nolen-Hoeksema, 1992) შეისწავლეს ურთიერთკავშირი დეპრესიის შემთხვევაში კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საბოლოო შედეგებსა და თერაპევტის გამოცდილების ხანგრძლივობას შორის. ისინი აკონტროლებდნენ არასპეციფიკურ ფაქტორებს, როგორცაა თერაპიული ალიანსი და თერაპევტის ემპათიურობა, საშინაო დავალების შესაბამისობა და კლიენტის შემოსავალი. ბრაითის კვლევის მსგავსად (Bright და სხვ., 1999), კვლევამ დაადასტურა გამოცდილი თერაპევტის საჭიროება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში. შედეგებმა აჩვენა, რომ დამწყები თერაპევტების კლიენტებს გაცილებით ნაკლები პოზიტიური შედეგები ჰქონდათ, ვიდრე გამოცდილი თერაპევტებისას. უფრო კონკრეტულად რომ ვთქვათ, მკურნალობის შემდეგ, ბეკის დეპრესიის სკალაზე (BDI) გაცილებით დაბალი ქულები ჰქონდათ იმ კლიენტებს, ვისთანაც უფროსი თერაპევტები მუშაობდნენ, ვიდრე მათ, ვინც დამწყებ თერაპევტებთან გადიოდა თერაპიას.

## კოგნიტური (მაგრამ მცდარი) რწმენები

ვიმედოვნებთ, რომ მსჯელობისა და ლიტერატურის მიმოხილვის გზით, ჩვენ შევძელით ეჭვქვეშ დაგვეყენებინა ამ თავის დასაწყისში, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ ჩამოთვლილი ზოგიერთი ნეგატიური

რწმენა. ჩვენი მიზანია, მოგაწოდოთ ზუსტი ინფორმაცია კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ, არარეალური პოპულარიზაციის ნაცვლად. ამისათვის, ჩვენ სავარაუდოდ, უკვე შევძელით ეჭვქვეშ დაგვეყენებინა კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებთან დაკავშირებული, ზოგიერთი, ყველაზე გავრცელებული მითი. ნებისმიერი მიდგომის უპირობოდ მიღებას და ადვოკატირებას ახლავს რისკი იმისა, რომ ის განიხილონ, როგორც „გველის შხამით“ მკურნალი ან „ყველასთვის ერთი საზომის მქონე“, ნებისმიერი პრობლემის შემთხვევაში შესაბამისი - რაც არც თუ ისე ბევრ კლიენტს მოუტანს სარგებელს. მიუხედავად იმისა, რომ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან დაკავშირებით ბევრი რამის პოპულარიზაცია შეიძლება, არსებობს გარკვეული მიზეზები, იმისათვის, რომ შევინარჩუნოთ თავმდაბლობა და დავაფასოთ სხვა სახის ეფექტური ინტერვენციებიც.

**კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიასთან, მის ემპირიულ მხარდაჭერასთან და სწავლასთან დაკავშირებული პოზიტიური რწმენების მაგალითები**

- „კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენება შეიძლება თითქმის ყველა სახის პრობლემასთან მიმართებაში“.
- „ყველა პრობლემის გადაჭრა შესაძლებელია 12 – 20 სესიაში“.
- „კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ყველა ასპექტი ემპირიულად არის დადასტურებული. რადგან მე კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიას ვიყენებ, ჩემი მუშაობა არის ემპირიულად დადასტურებული“.
- „რადგანკოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია მუშაობს, კლიენტის ბრალია, თუკი მისი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება“.
- „კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის სწავლა გაუჭირდებათ იმ ინდივიდებს, ვისაც არ გაუვლია ექსტენსიური ტრენინგი და სუპერვიზია. სფერომ უნდა გააკონტროლოს მისი გამოყენება“.

ეს და ამ თავში ჩვენს მიერ მოყვანილი სხვა მოსაზრებები, მომავალშიც ღია დარჩება სალი დისკუსიისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ მრავალი კვლევის შედეგებმა წარმოაჩინა კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტურობა, (იხ. თავი 11) სხვადასხვა სახის ფსიქოლოგიური მკურნალობის შედეგებს შორის სხვაობა ჩვეულებრივ გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე მაშინ, როდესაც ხდება მკურნალობის შედარება პლაცებოს ან საკონტროლო სარემედიკოზო სიასთან. ზოგადად, შეიძლება ვიცოდეთ, რომ ეფექტურია მკურნალობის „პაკეტი“; ასევე შეიძლება ვიცოდეთ მკურნალობის ზოგიერთი შედეგებით ეფექტური კომპონენტის შესახებ, თუმცა გაცილებით ნაკლები რამ არის ცნობილი ტიპური კლინიკური პრაქტიკისა და აპლიკაციების ეფექტურობაზე.. ამ არგუმენტების შესახებ დამატებითი დეტალები იხილეთ ნიგნის მე-9 თავში.

როგორც ქასტონგუაი და ბიუთლერი (Castonguay and Beutler, 2006) აღნიშნავენ, მკურნალობებს შორის განსხვავების დაშვება არ შეადგენს

კლიენტის მდგომარეობის ცვლილების ვარიანტების 10%-ზე მეტს. ტექნიკებზე დაფუძნებული თერაპიის მრავალი კრიტიკოსი ამტკიცებს, რომ თერაპიული ურთიერთობები, ცვლილების უმთავრეს ინგრედიენტს წარმოადგენს; მიუხედავად ამისა, ქასტონგუაი და ბიუთლერი (Castonguay and Beutler, 2006) ამტკიცებენ, რომ თერაპიულ ალიანსზე ცვლილების იგივე წილი მოდის, ხოლო თერაპევტის სხვა ფაქტორებისა და ურთიერთობის ასპექტების წილი ცვლილებაში 10 % - ზე ნაკლებია. ცხადია, ჩვენ ჯერ კიდევ ბევრი რამ არ ვიცით ცვლილების პროცესისა და განსხვავებულ ცვლადების შორის ინტერაქციის შესახებ.

წინის ამ და სხვა თავებში მოყვანილი არგუმენტების თანახმად, მრავალი პრობლემა არსებობს, რომლის გადაჭრაც შეუძლებელია დროის ხანმოკლე მონაკვეთში. მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სიმპტომების შემსუბუქებას და ახალი უნარების ათვისებას, ქრონიკული პრობლემები, ინტერპერსონალური საკითხები და მრავლობითი სირთულეები, სავარაუდოდ, გაცილებით მეტ დროს მოითხოვს და ამგვარი პრობლემების მქონე კლიენტები გაცილებით ხანგრძლივ თერაპიას საჭიროებენ. თუკი მკურნალობა არ მუშაობს, სავარაუდოდ, უნდა მივმართოთ მკურნალობის სხვა შესაძლებლობებს ან ახალ კონცეპტუალიზაციას. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია არ არის მკურნალობის შესაბამისი ფორმა ყველა პრობლემის შემთხვევაში, ამიტომ მკურნალობის უფრო ეფექტური ფორმის ძიებისას, გათვალისწინებული უნდა იქნას არა-ფსიქოთერაპიული ვარიანტებიც, მათ შორის ოკუპაციური თერაპია სამსახურთან დაკავშირებული პრობლემების დროს, პასტორალური კონსულტაცია ეგზისტენციალურ ან სულიერების საკითხებთან, დანაკარგით გამოწვეულ მწუხარებასთან დაკავშირებით კონსულტირება და სათემო დახმარება თვით-დახმარების ჯგუფებისათვის. როგორც თერაპევტებს, ჩვენ შეიძლება მხედველობიდან გამოგვრჩეს ძირითადი პრობლემა, როგორცაა ადექვატური საცხოვრებლის ან ფინანსური რესურსების ნაკლებობა. იმ შემთხვევაში, თუკი კლიენტს ბაზისური დახმარება ესაჭიროება, ნებისმიერი სახის ფსიქოთერაპიის განხორციელებამდე, უპირველესი მნიშვნელობა ენიჭება ძირითად დახმარებას ისეთ საკითხებში, როგორცაა საცხოვრებელი, ფინანსური დახმარება ან ტრანსპორტის მომსახურება. უმნიშვნელოვანესია, რომ ჩვენ, როგორც კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპევტებმა, განვავრდოთ კითხვების დასმა ჩვენს საქმიანობასთან მიმართებაში, ყოველი ცალკეული კლიენტის და მთლიანად სფეროსადმი პატივისცემის გრძნობით.

## თავი 13

### კოგნიტურ - ბიჰევიორული პრაქტიკის დანყება და წარმართვა

„მე დავასრულე სწავლა და მსურს უპირველეს ყოვლისა დავინყო კოგნიტურ-ბიჰევიორული პრაქტიკა და ასევე ვიმუშაო სამეცნიერო-პრაქტიკული მოდელის“ მიხედვით. მე ვისწავლე შეფასების გაკეთება და თერაპიის ჩატარება, მაგრამ როგორ უნდა დავინყო? რა უნდა გავაკეთო ამის შემდეგ? როგორ შემიძლია ჩემი საქმიანობის პოპულარიზაცია? ამ ბოლო თავში, ჩვენ განვიხილავთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული პრაქტიკის დანყების პრაქტიკულ ასპექტებს, იქნება ეს ჯანდაცვის სფეროს დანესებულებაში თუ კერძო კლინიკაში. ბევრი სხვადასხვა სახის დანესებულება არსებობს, თუმცა, საქმიანობის პრაქტიკული ასპექტები მსგავსია და შესაძლებელია მათი ადვილად მოდიფიცირება სხვადასხვა სისტემებში სამუშაოდ. რამდენადაც მრავალ თქვენგანს შეიძლება უნდოდეს შემდგომი სწავლა და სუპერვიზია, ჩვენ განვიხილავთ უნარების გაუმჯობესების შესაძლებლობებსაც“.

წინამდებარე თავში, ჩვენ განვიხილავთ იმ საკითხებს, რომლებიც უნდა გაითვალისწინოთ თქვენი საქმიანობის დანყებასთან და თერაპიაზე რეფერირების მიღებასთან დაკავშირებით. ჩვენ ვვარაუდობთ, რომ თქვენ უკვე შესწავლილი გაქვთ პროფესიონალური პრაქტიკის ძირითადი ელემენტები და იცნობთ სამართლებრივ მოთხოვნებს ლიცენზირებასთან, რეკლამირებასთან, პროფესიულ ეთიკასა და ქცევასთან მიმართებაში. ჩვენ განვიხილეთ მხოლოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის დამახასიათებელი საკითხები და გავითვალისწინეთ ის მოსაზრება, რომ ზოგიერთი არსებული სისტემა შეიძლება მოდიფიცირებული იქნას კოგნიტურ-ბიჰევიორული პრაქტიკის გასაუმჯობესებლად. ჩვენ არ განვიხილავთ შეფასებასთან ან მკურნალობის დანყებასთან დაკავშირებულ ისეთ პრაქტიკულ საკითხებს, როგორცაა პოტენციურ კლიენტებთან პირველი კონტაქტი, ვიზიტისათვის მომზადება, ანამნეზების დანესება, გაცნობა, პროფესიული ეთიკა და ქცევა. ეს საკითხები არ არის მხოლოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის აქტუალური და ნებისმიერი სხვა პროფესიონალური პრაქტიკის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.



მოცემული თავი იწყება იმის განხილვით, თუ რა გზები არსებობს კლიენტების თქვენთან რეფერირების და მათი თერაპიაზე მიღებისათვის; შემდეგ გაგაცნობთ რეკომენდაციებს თქვენი საქმიანობის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებასთან დაკავშირებით და ასევე, ვისაუბრებთ იმ სერვისებზე, რომლებმაც შეიძლება კიდევ უფრო გაზარდოს თქვენთან კლიენტების რეფერირება. ბოლოს, ჩვენ განვიხილავთ იმ გზებს, თუ როგორ უნდა შეაფასოთ თქვენი კომპეტენცია და მიიღოთ შემდგომი მომზადება და სუპერვიზია.

## **კლიენტების რეფერირება და თერაპიაზე მიღება**

საიდან მოდიან თქვენთან კლიენტები და როგორ შეიძლება გაზარდოთ თქვენს პრაქტიკაში კლიენტების რეფერირება? იმისათვის, რომ მოხდეს კლიენტების თქვენთან რეფერირება და თერაპიაზე მიღება, მნიშვნელოვანია გაითვალისწინოთ თუ რა ტიპის დაწესებულებაში მუშაობთ, რა სახის მომზადება გაქვთ მიღებული, როგორ კლიენტებთან და რა სახის პრობლემებთან მუშაობის კომპეტენცია გაქვთ ან რაიმე ნებისმიერი შეზღუდვა, რაც თქვენს საქმიანობაში შეიძლება იყოს გასათვალისწინებელი. საკუთარი თავისთვის რამდენიმე ძირითადი კითხვის დასმა დაგეხმარებათ თქვენი უნარებისა და საჭიროებების შესაბამისი პრაქტიკის ჩამოყალიბებაში.

### **რა სახის დაწესებულებაში საქმიანობთ და როგორია თქვენი როლი ამ დაწესებულებაში**

ხშირად, კლინიცისტებს პრაქტიკული შეზღუდვები ექმნებათ სერვისის მიწოდებისას, რაც დამოკიდებულია იმ დაწესებულების ტიპზე, რომელშიც ისინი საქმიანობენ. ფართოდ გავრცელებულ საქმიანობას და დაწესებულებებს განეკუთვნება ინდივიდუალური კერძო პრაქტიკა, ჯგუფური პრაქტიკა და ჯანდაცვის სფეროს დაწესებულებები, როგორცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკა ან ჰოსპიტალი, სადაზღვევო სამედიცინო ორგანიზაციაში (HMO). ასევე საქმიანობა შეიძლება განხორციელდეს ისეთ დაწესებულებებში, როგორცაა კოლეჯთან და უნივერსიტეტთან არსებული კლინიკა, სპეციალიზებული კვლევითი დაწესებულებები. რაც შეეხება დაფინანსების წყაროებს, ეს შეიძლება იყოს ჰონორარი განწეული მომსახურებისათვის და მესამე მხარის მიერ განხორციელებული ანაზღაურება (მაგ. დაზღვევა ან თანამშრომელთა დახმარების პროგრამა ან ხელფასები). საჯარო და კერძო სექტორში არსებული ანაზღაურების სქემები და პროპორციები რადიკალურად განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში; ამის გამო, აღნიშნულ საკითხს ამ თავში არ განვიხილავთ.

პრაქტიკოსებს, ყველაზე მეტ მოქნილობას აძლევს „ჰონორარი განუღი მომსახურებისათვის“ ფორმით მუშაობა, რადგან მათ შეუძლიათ თავად განსაზღვრონ საკუთარი მუშაობის პირობები. ამავე დროს, კერძო პრაქტიკას გარკვეული ნაკლოვანებებიც აქვს. რამდენადაც ანაზღაურება ხდება უწყისით განერილი დროის მიხედვით, რაც დამოკიდებულია კლიენტებთან შეხვედრის რაოდენობაზე, შესაძლოა ამან გიბიძგოთ, რაც შეიძლება მეტ კლიენტს შეხვედეთ. შემოსავლის მიღების ეს გასაგები ბიძგი და ბაზარზე, მომსახურების მიღებაზე არსებული მოთხოვნა ართულებს ექსპერტიზის კონკრეტული სფეროს ჩამოყალიბებას. მყარი ემპირიული დასაბუთების მქონე ზოგიერთი ტექნიკა, როგორცაა ინ ვივო ექსპოზიცია, შეუძლებელია კლინიცისტისთვის იყოს ხარჯთეფექტური, რამდენადაც მოითხოვს საკმაოდ დიდ დროს ან მაღალ ფასს, რომელიც კლიენტმა დახარჯული დროისათვის უნდა გადაიხადოს. ზოგიერთი სახის ინტერვენცია, როგორცაა კოგნიტურ-ბიჰევიორული ჯგუფური თერაპია გაცილებით რთული დასაწერია კერძო პრაქტიკაში, რადგან ჯგუფის დაკომპლექტებას სჭირდება კლიენტების რეფერირების მაღალი მაჩვენებელი. კოგნიტურ-ბიჰევიორული პრაქტიკის დანერგვა ექსკლუზიურად შესაძლებელია ზოგიერთ უფრო დიდ დაწესებულებაში, მაგრამ არაპრაქტიკულია სხვა გარემოში, სადაც შეიძლება დადგეს დიაგნოსტიკის ან რაიმე სხვა სახის შეფასების, ისევე როგორც ინტერვენციების უფრო ფართო სპექტრის გამოყენების საჭიროება.

იმ შემთხვევაში, თუკი თქვენ კერძო პრაქტიკის ან კომერციული სააგენტოს თანამშრომელი ხართ, შეზღუდული გეგნებათ შესაძლებლობა, თავად განსაზღვროთ საკუთარი დღის განრიგი ან აირჩიოთ თქვენი კლიენტები. პირიქით, კლიენტებს, სავარაუდოდ, პროგრამის მენეჯერი გამოგიგზავნით ან იმუშავებთ „ცოცხალი რიგის“ პრინციპით. თუ თქვენ მუშაობთ სპეციალიზებულ კლინიკაში, მკურნალობის თვალსაზრისით, შესაძლოა შეხება გქონდეთ პრობლემური სფეროების შეზღუდულ არჩევანთან, თუმცა მეტად მიგინვდებოდეთ ხელი ინოვაციებსა და კვლევებზე. საზოგადოებრივი დაფინანსების მქონე პროგრამაში მუშაობის შემთხვევაში, ნაკლებია შესაძლებლობა იმისა, რომ მიიღოთ კლიენტები, თუ მათ პირდაპირ თქვენთან არ გამოგზავნიან. გარდა ამისა, შესაძლოა ზოგიერთი დაწესებულება კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას არ ახორციელებდეს როგორც სპეციალიზებულ სერვისს, მაგრამ მას იყენებდეს კლიენტებისთვის მომსახურების განვითარების შემადგენელ ნაწილად. თქვენი როლი შეიძლება იყოს მხოლოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის განხორციელება ან მისი მხოლოდ ნაწილობრივი გამოყენება კლიენტისათვის მიწოდებულ სერვისში.

მიუხედავად იმისა, რომ თერაპევტების საქმიანობა ხშირად უფრო დიდი სისტემის (კლინიკები, დაზღვევით მართული ჯანდაცვის კომპანიები, რეგიონული ჯანდაცვის სისტემები) ნაწილს შეადგენს, მაინც ყოველთვის არსებობს იმის შესაძლებლობა, რომ ინოვაციური კუთხით იქნას დანახული თქვენი როლი ამ გარემოში. დაფიქრდით, თქვენ, როგორც კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებს, რა გავლენა შეგიძლიათ მოახდინოთ ან

როგორ შეიძლება განავრცოთ თქვენი როლი. ხშირად, ასეთ გავლენაში შეიძლება იგულისხმებოდეს თქვენს ცოდნაზე, კონკრეტულ ინტერესებსა და კომპეტენციებზე დაფუძნებული მუშაობა. ჩვენი გამოცდილებით, საზოგადოებაში არსებული მზარდი ინტერესი კონსტრუქციული თერაპიისადმი და მტკიცებულებათა ბაზა, რომელიც მკურნალობის ამ ფორმების ეფექტურობაზე მეტყველებს, შეიძლება გამოვიყენოთ აქტივობების გასავრცობად ჯანდაცვის სამსახურებში და სხვა დანესებულებებში, სადაც პრაქტიკა ხორციელდება. თქვენი საქმიანობის მარკეტინგის საშუალება არსებობს ყველა სახის დანესებულებაში, განურჩევლად იმისა, თუ რა ფორმით დაფინანსდება სერვისები.

### **რომელია თქვენი სპეციალიზაციისა და ინტერესების სფეროები?**

გაიაზრეთ თქვენი კლინიკური პრაქტიკის შესაძლებლობები და შეზღუდვები, ასევე თქვენი სპეციალიზაციისა და ინტერესის სფეროები. უკავშირდება თუ არა ისინი პრობლემის დიაგნოსტიკას, ინტერვენციის სახეობას ან არსებული პრაქტიკის ვარიაციებს? რა მიმართულებით გინდათ მომავალში პროფესიულად გაიზარდოთ და ჩამოყალიბდეთ? როგორც წესი, სპეციალიზაციის სფეროები სათავეს იღებს თქვენი აკადემიური კვლევებიდან და სუპერვიზიის ტრენინგიდან. მაგრამ, თუკი თქვენ მომავლისკენ იყურებით, როგორია თქვენი არჩევანი, გსურთ იყოთ „ზოგადი პროფილის მქონე“ თუ „სპეციალისტი“? არსებობს თუ არა არჩევანის შესაძლებლობა იქ, სადაც თქვენ მუშაობთ? სპეციალიზაციის სფეროს შესახებ გადანწყვეტილების მიღება და შემდეგ ამ ფარგლებში მუშაობა, დაგეხმარებათ თქვენს სამუშაოზე ფოკუსირებაში. ეს კი დაგეხმარებათ, უკეთ განსაზღვროთ თქვენი სამომავლო სპეციალიზაცია და გაზარდოთ თქვენს პრაქტიკაში კონკრეტული შემთხვევების რეფერირება, რაც თავის მხრივ, საშუალებას მოგცემთ თავად მართოთ თქვენი საქმიანობა. საკუთარი საქმიანობის დამოუკიდებლად მართვას, გაცილებით მეტი კმაყოფილება მოაქვს მუშაობაში, ვიდრე სხვების მიერ გაკონტროლებული საქმიანობის შემთხვევაში. გარკვეული მოქნილობის შესაძლებლობას ყველა სახის დანესებულება იძლევა, თუმცა ეს თქვენთვის შეიძლება თავიდანვე არ იყოს აშკარა. სუპერვიზორთან ან მენეჯერთან გასაუბრება, ასევე შემთხვევების საკონსულტაციო შეხვედრებზე საჭარო გამოსვლა შეგიძლიათ გამოიყენოთ ასერტიული საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევების გავარჯიშების შესაძლებლობად.

### **რა ხარვეზებს ხედავთ თქვენს კვალიფიკაციაში?**

თქვენი სპეციალიზაციის სფეროსთან ერთად, შეიძლება მეტ-ნაკლებად კომპეტენტური იყოთ სხვა სფეროებშიც. მნიშვნელოვანია, კარგად გქონდეთ გააზრებული თქვენს კომპეტენციაში არსებული ხარვეზები. რა თქმა უნდა, თქვენი პროფესიული ეთიკის კოდის გკარნახობთ კომპეტენციის გააზრებას და შემდგომ სპეციალიზაციის ფარგლებში

მუშაობას. კომპეტენციაში არსებული ხარვეზები შეიძლება უკავშირდებოდეს მოსახლეობის კონკრეტული ჯგუფთან ან სპეციფიურ პრობლემაზე მუშაობას (მაგ. კვებითი აშლილობის მქონე მოზარდები, I ღერძის კომორბიდული დარღვევების ან სამედიცინო პრობლემების მქონე ზრდასრული ადამიანები, დისტრესში მყოფი წყვილები) ან სპეციფიკურ ინტერვენციებს (დიალექტიკურ-ბიჰევიორული თერაპია, ინტეროცეპტური ექსპოზიცია). ასევე, მნიშვნელოვანია კარგად გაქონდეთ გააზრებული თქვენს კომპეტენციაში არსებული ხარვეზები და თერაპიაზე არ მიიღოთ იმ კატეგორიის და პრობლემების მქონე კლიენტები, რომელთან სამუშაოდაც თქვენ არასაკმარისი მომზადება და სუპერვიზია გაქვთ გავლილი. დამწყები პრაქტიკოსებისათვის, შეიძლება მაცდუნებელი იყოს სხვადასხვა შემთხვევებზე მუშაობა, თუმცა ასეთი პრაქტიკა არ არის გონივრული და ყველაზე ცუდ შემთხვევაში, არაკომპეტენტურ და უპასუხისმგებლო საქმიანობამდეც კი შეიძლება მიგიყვანოთ.

სულ უფრო მეტი ლიტერატურა განიხილავს კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში კომპეტენციის შეფასების საკითხს (McGlinchey & Dobson, 2003). მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი თერაპევტი კომპეტენციას განიხილავს, როგორც დასწავლილ უნარ-ჩვევას ან კვალიფიკაციას, რომელიც მათი საქმიანობის მეტ-ნაკლებად მდგრადი მახასიათებელია, ასევე მნიშვნელოვანია გვესმოდეს, რომ კომპეტენცია დროთა განმავლობაში შეიძლება შეიცვალოს. საქმიანობისადმი პასუხისმგებლობა არის ისიც, რომ დროებით შეზღუდოთ თქვენი პრაქტიკა, თუკი თავად გაქვთ პირადი ხასიათის პრობლემები, როგორცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ადიქცია, ოჯახური ან სამედიცინო ხასიათის პრობლემები. იმ შემთხვევაში, თუ გსურთ თქვენი პრაქტიკის შეცვლა ან გამოცდილებაში არსებული ხარვეზების შემცირება, გაიარეთ შემდგომი მომზადება, სუპერვიზია ან მკურნალობა. თუკი თქვენ გავლილი გაქვთ ფსიქოთერაპიის კურსი, მაგრამ არა კონკრეტულად კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ინტერვენციები, გირჩევთ, სემინარებზე დასწრებასა და ლიტერატურის კითხვასთან ერთად, სუპერვიზიით მომზადების კურსიც გაიაროთ.

## გამორიცხვის რა კრიტერიუმები არსებობს თქვენს დაწესებულებაში?

ბევრი კლინიკა, პრაქტიკოსები და კლინიცისტები, უპირატესობას გარკვეული კატეგორიის კლიენტებს ანიჭებენ, რომელთა მოსაზიდად, ისინი ხშირად მედიას და რეკლამირების სხვა საშუალებებსაც იყენებენ. ზოგიერთ კლინიკას და პრაქტიკოსს ასევე აქვს ჩამოყალიბებული გამორიცხვის კრიტერიუმები. ეს უმეტესად ხდება სპეციალიზებულ კლინიკებში, სადაც კონკრეტული ჰიპოთეზის გამოცდის მიზნით, მნიშვნელოვანია საკვლევ ჯგუფებში ვარიაბელობის შემცირება. ფსიქოთერაპიული კვლევების უმეტესობა, რომელიც რანდომულ კლინიკურ ცდებს მოიცავს, გამორიცხვის მრავალ კრიტერიუმს იყენებს. მაგ., # 13.1 ცხრილში ჩამოთვლილია ღრმა დეპრესიული აშლილობის შემთხვევაში, ფსიქოლოგიური და სამედიცინო თერაპიების შედარების თემაზე, ბოლო პერიოდში ჩატარებული ორ კვლევის გამორიცხვის კრიტერიუმები.

**ცხრილი № 13.1. გამორიცხვის კრიტერიუმები ღრმა დეპრესიული აშლილობის შემთხვევაში ფსიქოთერაპიის შედეგების კვლევაში**

მაგალითი 1: დერუბეისი , ჰოლონი (DeRubeis, Hollon, და სხვ., 2005)

- 
1. ბიპოლარული აშლილობის ისტორია
  2. მავნე ნივთიერებების მოხმარება ან მათზე დამოკიდებულება, დასაბუთებული მკურნალობის საჭიროებით;
  3. მიმდინარე ან წარსულში არსებული ფსიქოზი;
  4. DSM-IV-ის I ღერძის სხვა დარღვევები, რომლის მკურნალობის უპირატესობა დეპრესიასთან მიმართებაში დასაბუთებულია;
  5. II ღერძის დიაგნოზები: ანტისოციალური, მოსაზღვრე ან შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა;
  6. სუიციდის რისკი, რომელიც დაუყოვნებელ ჰოსპიტალიზაციას მოითხოვს;
  7. სამედიცინო მდგომარეობა, რომელზეც საკვლევ მედიკამენტებს უკუჩვენება აქვთ;
  8. წინა წელს ჩატარებულ ანტიდეპრესანტის ადეკვატურ ცდაზე არ რეაგირებდა

მაგალითი 2: დიმიჯიანი, ჰოლონი (Dimidjian და სხვ., 2006)

- 
1. ქრონიკული ფსიქოზის ან ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზი, ტვინის ორგანული დაზიანების სინდრომი, გონებრივი განვითარების ჩამორჩენა.
  2. სუიციდის არსებითი და გარდაუვალი რისკი.
  3. ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების ან მათზე დამოკიდებულების არსებული ან პირველადი დიაგნოზი, ტოქსიკოლოგიურ სკრინინგზე დადებითი პასუხი.
  4. პანიკური აშლილობის, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის, ფსიქოგენური ტკივილის აშლილობა, ანორექსია ან ბულიმია.
  5. ანტისოციალური, მოსაზღვრე ან შიზოტიპური პიროვნების აშლილობის არსებობა.
  6. წინა წელს ჩატარებულ კონსტიტუციურ-ბიპვიორულ თერაპიაზე ან ანტიდეპრესანტების ადეკვატურ ცდაზე არ რეაგირებდა.



ბევრ დანესებულებაში არ არის პრაქტიკული ან გონივრული იმ კლიენტების თერაპიიდან გამორიცხვა, რომელთა შემთხვევაში სახეზეა #13.1 ცხრილში ჩამოთვლილი კრიტერიუმები. მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ თუ ამ ტიპის სამეცნიერო კვლევებს იყენებთ მკურნალობის გარკვეული ფორმის დასაბუთებისათვის, მაგრამ თავად არ იყენებთ კლიენტების მიღების და გამორიცხვის იმავე კრიტერიუმებს, რაც თავდაპირველ კვლევაში იქნა გამოყენებული, მაშინ კვლევის შედეგები შეიძლება არ იქნას გადატანილი თქვენს საქმიანობაში. მაგ., შეიძლება აღმოაჩინოთ, რომ თუკი თქვენ არ გამორიცხავთ იმ კონკრეტული კატეგორიის კლიენტებს, რომლებიც თავდაპირველ კვლევაში არ იყვნენ ჩართულნი, მაშინ თქვენ დაგჭირდებათ თქვენი ინტერვენციების მოდიფიცირება მათ მრავლობით პრობლემებზე სამუშაოდ.

მეორე მხრივ, ზოგიერთი ტიპის დანესებულებაში, გამორიცხვის კრიტერიუმი შეიძლება მომგებიანიც იყოს. კრიტერიუმი შეიძლება თქვენგან მოითხოვდეს უარის თქმას იმ კლიენტებისთვის, ვისი პირველადი პრობლემაც უკავშირდება მავნე ნივთიერების მოხმარებას ან მასზე დამოკიდებულებას, II ლერძის დიაგნოზს ან თუ პრობლემას წარმოადგენს მასთან კომუნიკაცია (მაგ., წიგნიერების პრობლემა, კლიენტის ენის ცოდნა არ არის საკმარისი მასთან თერაპიის ჩასატარებლად). გარდა ამისა, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული ინტერვენციები სავარაუდოდ ნაკლებ წარმატებული იქნება მრავლობითი პრობლემების მქონე კლიენტებისთვის. საუკეთესო შემთხვევაშიც კი, გაცილებით რთულია პროგნოზების გაკეთება. იმ შემთხვევაში, თუ ხელმისაწვდომია სხვა, ემპირიულად დადასტურებული ინტერვენციები, კლიენტები შეიძლება გადაამისამართოთ სხვა სახის სერვისის მისაღებად. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიულ კლინიკაში, გამორიცხვის შესაძლო კრიტერიუმი შეიძლება იყოს მავნე ნივთიერების მოხმარება ან მასზე დამოკიდებულება; სუიციდის რისკი ან სხვა კრიზისული მდგომარეობა, რომელიც აკმაყოფილებს კლინიკაში მოთავსების პირობებს; პირველადი სამედიცინო პრობლემა, რომელიც შეიძლება აისახოს სესიებზე კლიენტის დასწრებაზე და/ან კლინიკის სამუშაო ენაზე კლიენტთან კომუნიკაციის პრობლემა (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც არსებობს თარჯიმნის მომსახურება). აღნიშნული კლიენტებს შეიძლება თქვენს თემში არსებული სხვა სერვისები უფრო შეეფერებოდეს (მაგ., სტაციონარული ფსიქიატრიული სერვისი, ადიქციის პროგრამები). კარგი იქნება, თუ თქვენ გეჭენებათ სხვა ხელმისაწვდომი რესურსების ჩამონათვალი, რომლის შეთავაზებასაც შეძლებთ იმ კლიენტებისათვის, ვინც სერვისისათვის თქვენ ან კლინიკას მომართა, მაგრამ არ აკმაყოფილებს მიღების კრიტერიუმებს. შესაძლოა, მნიშვნელოვანი პრობლემებისა და საჭიროების მქონე კლიენტისათვის სერვისის მიწოდება მაცდუნებელი იყოს, მაგრამ ამის გაკეთება, სავარაუდოდ, დამწყები პრაქტიკოსის წარუმატებელი შემთხვევების მატებას გამოიწვევს. მიუხედავად იმისა, რომ მრავლობითი პრობლემების მქონე კლიენტებს შეიძლება გაუჭირდეთ დახმარების მიღება, ამ პრობლემის გადაჭრა სცილდება თქვენი საქმიანობის ფარგლებს. ასევე, ალბათ რეფერირება იქნება მრავლობითი პრობლემების მქონე იმ კლიენტების მხრიდანაც, რომელთათვისაც არ არსებობს კოგნიტიურ-

ბიპვეიორულ თერაპიაზე უკეთესი ვარიანტი. ამდენად, მკურნალობის ეს ფორმა შეიძლება მათაც დაეხმაროს.

## **კლინიკური კლიენტების ინფორმირება საპაციალიზაციის, შეზღუდვებისა და გამორიცხვის პრინციპების შესახებ**

მას შემდეგ, რაც განსაზღვრავთ თქვენი ექსპერტიზის/სპეციალიზაციის სფეროს და კომპეტენციასთან დაკავშირებულ შეზღუდვებს, ისევე როგორც თქვენს როლს დაწესებულებაში, მნიშვნელოვანია საკუთარი თავის წარდგენა „ბაზარზე“. არსებითია, რომ კლიენტებს თავდაჭერებულად გააცნოთ თქვენი შესაძლებლობები, ასევე საქმიანობასთან დაკავშირებული პიროვნული შეზღუდვები. კლიენტებთან კომუნიკაცია და მათთვის ინფორმაციის გაცნობა შესაძლებელია წერილობითი ფორმით (მაგ. კლინიკის ბროშურები, ვებ-გვერდები), ისევე როგორც სატელეფონო საუბრით. გარდა ამისა, პირველი ვიზიტიც შეიძლება დაეთმოს კლიენტის ინფორმირებას იმის შესახებ თუ რისი გაცემება შეგიძლიათ და რისი არა.

გააცანით თქვენი კომპეტენციები რეფერირების წყაროებს (მაგ. ექიმებს, სადაზღვევო კომპანიებს, სხვა პრაქტიკოსებსა და კლინიკებს). კომპიუტერ-ბიპვეიორული პრაქტიკის ჩამოყალიბება მოიცავს კომუნიკაციის საუკეთესო უნარების განვითარებას და იმ სერვისების მკაფიოდ განხილვას, რომელსაც აწვდით ან არ აწვდით თქვენს კლიენტებს. ჩვენი აზრით, თქვენი პრაქტიკა პოზიტიური მიმართულებით განვითარდება იმ შემთხვევაში, თუ ძალისხმევას მიმართავთ წარმატებულ სფეროებზე და არ ეცდებით, იმუშაოთ ყველასთვის და ყველაფრისთვის, რაც სავარაუდოდ, მეტ წარმატებულ შემთხვევას განაპირობებს.

### **თავდაპირველი კლიენტების შერჩევა**

თუ შესაძლებლობა გექნებათ, შეარჩიეთ თავდაპირველი კლიენტები, ვისთანაც შეძლებთ თქვენი სერვისის ეფექტურობისა და კლინიკური სარგებლობის დემონსტრირებას. მკაფიოდ გამოხატული პრობლემების მქონე კლიენტების მიღება და მათთვის ეფექტური სერვისების უზრუნველყოფა დაგეხმარებათ გააცნოთ თქვენი კლინიკური გამოცდილება რეფერირების წყაროებს ან სამუშაო გუნდის წევრებს. ის როლი, რომელიც თქვენ სამსახურებრივად გეკისრებათ, შეიძლება გაძლევდეთ ან პირიქით, არ გაძლევდეთ ამგვარი არჩევანის გაცემების შესაძლებლობას, რადგან ზოგიერთ კლინიკაში კლიენტების რეფერირება ხდება რიგითობის მიხედვით ან შემუშავებულია რეფერირების ისეთი პრაქტიკა, რომელიც კლინიციის მხრიდან კონტროლს ნაკლებად ექვემდებარება. მიუხედავად ამისა, ხშირად არსებობს შესაძლებლობა იმისა, რომ გარკვეული გავლენა

მოახდინოთ ან იყოთ ასერტიული, რეფერირებასთან დაკავშირებით, გადწყვეტილების მიმღები პირებისათვის თქვენი უპირატესობების გასაცნობად. ნუ მოგერიდებთ, გამოიყენოთ თქვენს მიერ ნასწავლი ბიჰევიორული უნარები (იხ. თავი 6)!

რთული კლიენტების რეფერირება ხშირად ხდება დანესებულებაში ახალმოსულ პრაქტიკოსებთან, რადგან რეფერირების წყარო ვარაუდობს, რომ რთული საკითხების ან დიდი ხნის განმავლობაში არსებული პრობლემების გადასატრიალად, შესაძლოა არსებობდეს ახალი, გაუმჯობესებული ვარიანტები. რეფერირების ასეთი შემთხვევები ხშირად მიუთითებს წარსულში წარუმატებელ მკურნალობაზე. ამგვარი კლიენტების მიღება თქვენს შესაძლებლობებში დარწმუნებულობასაც გამოხატავს. შესაძლებელია ავტომატური აზრიც კი გაგიჩნდეთ, რომ „კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპიამ შეიძლება გადაჭრას ამ კლიენტის პრობლემა, მაშინ როდესაც სხვა მკურნალობით ეს ვერ მოხერხდება.“ გაითვალისწინეთ, რომ ასეთი აზრი შეიძლება ყოველთვის არ იყოს სწორი. სინამდვილეში, წინა მკურნალობის არაეფექტურობა შეიძლება მომავალი მკურნალობის მარცხის პრედიქტორი აღმოჩნდეს. თქვენთვის შესაძლოა სასურველი იყოს პრაქტიკის დანერგვის ადრეულ ეტაპზე, ისევე როგორც სამუშაო დატვირთვის მატებისას, მკაცრად დაიცვათ კლიენტების მიღებისა და გამორიცხვის კრიტერიუმები. პრაქტიკის ჩამოყალიბების შემდეგ, თქვენ შეძლებთ აირჩიოთ უფრო ლიბერალური და მოქნილი მიდგომა შერჩევის კრიტერიუმებთან მიმართებაში. თუმცა, ეს იმას არ ნიშნავს, კლიენტებს არ აქვთ საჭიროებები ან არ არსებობს სერვისები, რომელიც მათ დაეხმარება. მას შემდეგ, რაც თქვენ გეყენებათ ინფორმაცია თემში არსებული სხვა სერვისების შესახებ, თქვენ შეძლებთ ისინი შესთავაზოთ კლიენტებს, რომლებიც ვერ მოხვდებიან თქვენს პრაქტიკაში.

## სამუშაო დატვირთვის ჩამოყალიბება

რამდენი კლიენტი უნდა მიიღოთ სამუშაოდ კვირაში? პირდაპირი და არაპირდაპირი სერვისების როგორი პროპორცია უნდა ჩამოაყალიბოთ? უკიდურესად მნიშვნელოვანია, რომ გქონდეთ დაბალანსებული სამუშაო კვირა, რომელიც დატვირთული იქნება სხვადასხვა სახის აქტივობებით, როგორცაა ინდივიდუალური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, ჯგუფური მკურნალობა, ოფისის გარეთ ექსპოზიციური სესიები, სუპერვიზიისა და კონსულტაციის გაცემა ან მიღება, შეხვედრები, კითხვა და კვლევითი პროექტები. დაიტოვეთ დრო დაგეგმვისათვის, კლინიკური ფორმების შევსებისთვის და ანგარიშების დასაწერად. ახალმოსულ პრაქტიკოსებს გაცილებით მეტი დრო სჭირდებათ ანგარიშებისთვის. ბევრი სამსახური იყენებს მონაცემთა ბაზას ან უწყისების სისტემას, რომელიც თერაპევტმა უნდა შეავსოს. ასევე დროს მოითხოვს ადმინისტრაციული საქმიანობა, რაც სამსახურში თქვენს როლზეა დამოკიდებული. ელექტრონული წერილების შემოწმება, საპასუხო სატელეფონო ზარების განხორციელება, კლიენტების გადაუდებელ შემთხვევებთან გამკლავება ასევე მოითხოვს

კლინიკის ტიპისაგან გარკვეულ დროს. ბოლო, თუმცა არა ნაკლები მნიშვნელობის არის პირადი საჭიროებები, როგორცაა კოლეგების დახმარება, მათთან ურთიერთობა, დასვენება. საშუალოდ მისაღები კლიენტების რაოდენობის გამოთვლისას, უნდა გაითვალისწინოთ ყველა ეს დროითი დანახარჯებიც. პრაქტიკოსების უმრავლესობას სჭირდება თავისი დროის 30-60 %-ის დათმობა არაპირდაპირი სერვისებისათვის, რაც მათზე დაკისრებულ პასუხისმგებლობებზე და როლზე დამოკიდებულია. რა თქმა უნდა, დაწესებულებაში, სადაც ანაზღაურება ხდება სერვისის განწევისათვის ჰონორარის პირდაპირი გადახდის გზით, თერაპევტს არ უნაზღაურებენ არაპირდაპირ სერვისზე დახარჯული დროს, რაც მნიშვნელოვნად აისახება მის შემოსავალზე. როდესაც ითვლით თქვენს საათობრივ ანაზღაურებას, დარწმუნდით, რომ გათვალისწინებული გაქვთ ყველა ეს ფაქტორი. თუკი კვირის განმავლობაში დრო სწრაფად გადის, ერთი-ორი კვირა დაუთმეთ თვით-მონიტორინგის ჩანაწერების გაკეთებას, რათა თვალი მიადევნოთ როგორ განკარგავთ დროს. ამის შემდეგ, საჭიროების შემთხვევაში შეგიძლიათ ჩაასწოროთ თქვენი განრიგი.

კვირის განმავლობაში მიღებული კლიენტების რაოდენობა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც თქვენი სამუშაო დატვირთვის დაბალანსება. ზოგიერთ სერვისებში ძალიან მაღალია სესიების „გაცდენის“ ან გაუქმების მაჩვენებელი. მაგ., ადიქციის ამბულატორიულ პროგრამებში ჩართული კლიენტები შეიძლება ნაკლებად იყვნენ განწყობილნი იმისთვის, რომ სრულად გაიარონ მკურნალობის კურსი. სესიებზე დასწრება შეიძლება უჭირდეთ კლიენტებს, რომლებსაც აქვთ მაღალი შფოთვა სახლიდან გამოსვლასთან დაკავშირებით ან აქვთ ტრანსპორტირების სირთულეები. თუ თქვენ ახალ ადგილზე იწყებთ მუშაობას, ჰკითხეთ კოლეგებს, ზოგადად დასწრების რა მაჩვენებელია დამახასიათებელი სერვისებისათვის. ზოგიერთი კლინიკისტი კვირის განმავლობაში ძალიან ბევრ სესიას გეგმავს. თუ ასეთ მიდგომას ფრთხილად გამოიყენებთ, მაშინ თავიდან აიცილებთ დროის ფუჭად გაცდენას, მაგრამ ყველა კლიენტის გამოცხადების შემთხვევაში, შეიძლება ძალიან გადატვირთული განრიგი მიიღოთ. იმისათვის, რომ გაზარდოთ დასწრების მაჩვენებელი და ხელი შეუწყოთ კლიენტების მონდომებას, შეგიძლიათ რამდენიმე ზომა მიიღოთ (იხ. თავი 10), ზოგჯერ ეს შეიძლება იყოს დასწრების დამადასტურებელი სატელეფონო ზარი კლიენტთან.

სამუშაო დატვირთვის დაბალანსების კიდევ ერთ ასპექტს წარმოადგენს რთული ან კრიზისისადმი მიდრეკილი კლიენტების პროპორციის დაცვა. ზოგიერთი კლიენტი თერაპევტისაგან გაცილებით მეტ დროს მოითხოვს, ვიდრე სხვები, არა მარტო ისეთი პირდაპირი საჭიროებების გამო, როგორცაა მეტი სესია, სატელეფონო ზარები და კონსულტაცია, არამედ მომზადების, ანგარიშის შედგენის და ზოგჯერ წუხილის გამოც. მიუხედავად იმისა, რომ იდეალური იქნება კლიენტის შესახებ ფიქრების სამსახურში დატოვება, საკუთარი თავის კონტროლის ასეთი ხარისხის მიღწევა საკმაოდ რთულია. გაცნობიერეთ და რეალისტურად მიუდევით იმას, თუ რამდენი რთული კლიენტის მართვა შეგიძლიათ. გარდა ამისა, არის





განცხადებების გზით. ყველა ეს აქტივობა დაგეხმარებათ არა მხოლოდ თქვენი კონკრეტული საქმიანობის, არამედ, ზოგადად, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის რელევანტურობის განსაზღვრაში. სავარაუდოდ, სხვადასხვა რეგიონისთვის დამახასიათებელი სტრატეგიების ეფექტურობა განსხვავებულია. ამდენად, აუცილებლად გაესაუბრეთ თქვენს კოლეგებს რჩევის მისაღებად იმასთან დაკავშირებით, თუ რამ იმუშავა უკეთ მათ შემთხვევაში.

წინამდებარე თავის შემდეგ ნაწილში ჩვენ აღვწერთ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში თქვენი საქმიანობის გაფართოებისათვის საჭირო ეფექტურ სტრატეგიებს.

## **კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში თქვენი საქმიანობის გაფართოების გზები**

გრძელვადიან პერსპექტივაში, თქვენი საქმიანობის გაფართოების საუკეთესო საშუალებას, თქვენი ეფექტური მუშაობა წარმოადგენს. თუმცა დამწყებ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპევტებს არ აქვთ ძველ კლიენტებთან მუშაობის წარმატებული შემთხვევები, რასაც შემდგომი საქმიანობა დაეფუძნება. ნებისმიერი კლინიკური პრაქტიკის რეკლამირების ფართოდ გავრცელებულ ფორმას, ცნობარებში რეკლამირება ან საინფორმაციო ბუკლეტებსა და სათემო გაზეთებში განცხადების განთავსება წარმოადგენს. ეჭვგარეშეა, ეს სტრატეგიები გაზრდის თქვენი სერვისების ცნობადობას და იმედია, კლიენტების რეფერირებასაც. როდესაც აღნიშნული წყაროებიდან ინფორმაციის მიღების შემდეგ კლიენტების რეფერირება დაიწყება, თქვენ მკაფიოდ უნდა იცოდეთ, რას გააკეთებთ და რას არა. საზოგადოების გარკვეულ ნაწილს უჭირს ერთმანეთისაგან განასხვავოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა პროფილის პროფესიონალები, რომ აღარაფერი ვთქვათ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიისა და მკურნალობის სხვა მოდულების ერთმანეთისგან გარჩევაზე. ამდენად, აღნიშნული წყაროებიდან მოსული კლიენტები გარკვეულ განათლებას და შესწავლას მოითხოვს, რათა დარწმუნდეთ, რომ თქვენ მათთვის შესაბამისი თერაპევტი ხართ.

ჩაატარეთ სემინარი ან უწყვეტი სასწავლო კურსი ადგილობრივი მოსახლეობისათვის. ასეთი საგანმანათლებლო აქტივობები შეიძლება ჩატარდეს სხვადასხვა გარემოში, მათ შორის კოლეჯებში, უნივერსიტეტებსა და სასწავლო დაწესებულებებში მოქმედი უწყვეტი განათლების პროგრამის ფარგლებში. ჩვეულებრივ, ასეთი სახის ინსტიტუციები წელიწადში რამდენჯერმე ახორციელებენ პროგრამებს, რაც შეიძლება ლოკალურად თქვენი საქმიანობის აღიარების და ასევე ზოგადად კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის წინ წამოწევის საუკეთესო გზა იყოს. ჩვენს თემში, წელიწადში ორჯერ, ადგილობრივი უნივერსიტეტის უწყვეტი განათლების პროგრამის ფარგლებში, ორი ფსიქოლოგი ატარებს გაცნობიერებულ

მიმდებლობაზე დაფუძნებულ სტრესის შემცირების კურსს, რომელიც იმდენად პოპულარული გახდა, რომ პრაქტიკულად ყოველ ჯერზე დგება მსურველთა სარეზერვო სიები. ჩვეულებრივ, ასეთ საგანმანათლებლო აქტივობებს, მოსახლეობის მხრიდან მოთხოვნა და რეფერირება მოყვება.

ჩაატარეთ საჯარო პრეზენტაცია. შეხვედრების ადგილი შეიძლება იყოს ადვოკატირების ან თვით-დახმარების ადგილობრივი ჯგუფები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციები, კოლეჯები, უნივერსიტეტები ან ასოციაციების მიერ დაფინანსებული კარიერის დღეები. მიუხედავად იმისა, რომ ამგვარი აქტივობებისათვის იშვიათად ხდება ხელფასის ან მცირე ჰონორარის მიღება, მომავალში აუცილებლად მოიმკით სარგებელს, როდესაც კლიენტები თქვენს საქმიანობასთან დაკავშირებით დაგიკავშირდებიან.

დაწერეთ და ისაუბრეთ იმის შესახებ, რასაც თქვენ აკეთებთ. წერაში იგულისხმება ბროშურები, ვებ-გვერდის მასალები, ადგილობრივ ჟურნალ-გაზეთებში და სხვა მედია რესურსებში სტატიების გამოქვეყნება. რაც შეეხება თქვენს საქმიანობაზე საუბარს, ეს შეიძლება იყოს სატელევიზიო და რადიო ინტერვიუები. მედია საშუალებები ხშირად ეძებენ ახალ თემებს, ამიტომ ინოვაციური, ეფექტური კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია შეიძლება მათი დაინტერესების საგანი გახდეს. თქვენს მიერ განხორციელებულ ნებისმიერ წერილობით თუ ზეპირ აქტივობაში, მოიხსენიეთ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია.

აქტიურად ჩაერთეთ პროფესიონალური და კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის ასოციაციების მუშაობაში. ბევრ მათგანს აქვს რეფერირების სამსახური, რომელიც ახალი კლიენტების მიღების ეფექტურ წყაროს წარმოადგენს. მაგალითად, კოგნიტიური თერაპიის აკადემიას ([www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)) აქვს წევრების ჩამონათვალი გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით. ასეთი ჩამონათვალი, თქვენი პრაქტიკის გაფართოების ეფექტურ გზას წარმოადგენს, რამდენადაც სულ უფრო მეტი პოტენციური კლიენტი ეძებს საჭირო სერვისის შესახებ ინფორმაციას მსოფლიო ვებ ქსელის მეშვეობით.

გაცილებით ადვილია გახდე ცნობილი, როდესაც შენი სახელი დაკავშირებულია რაიმე სპეციალიზებულ სერვისთან, ვიდრე მაშინ, როდესაც კლიენტს სთავაზობ ზოგად სერვისებს ან აცხადებ, რომ სხვადასხვა სფეროში გაქვს კომპეტენცია. მაგ., გაცილებით სანდო და ადვილად დასამახსოვრებელია ის, რომ „დოქტორი ჯონსი ატარებს შფოთვით აშლილობებზე მიმართულ კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიას“, ვიდრე ის, რომ „დოქტორი ჯონსი ატარებს ფსიქოთერაპიას ზრდასრული პირებისათვის“. ეს უკანასკნელი არის საკმაოდ ზოგადი და არა განსაკუთრებული სერვისი. შესაძლებლობის შემთხვევაში, გაითვალისწინეთ ის სხვა სპეციალიზებული სერვისები, რომელსაც თქვენს თემში სხვა პრაქტიკოსები ახორციელებენ. იფიქრეთ, რა ხარვეზი არსებობს ან რომელი სერვისი არ არის წარმოდგენილი ამჟამად. მაგ., ერთ-ერთმა ჩვენგანმა (D. D.), თავისი პრაქტიკის ადრეულ ეტაპზე გააცნობიერა, რომ საკმაოდ ბევრი ადგილობრივი სერვისი არსებობდა მძიმე და ქრონიკული

ფსიქიკური დაავადების (მაგ., შიზოფრენია) მქონე პირებისათვის, მაშინ, როდესაც არ არსებობდა ორგანიზებული სერვისის სოციალური შფოთვის დიაგნოზის მქონე პირებისათვის, მიუხედავად იმისა, რომ მრავალი კვლევის შედეგი ცხადყოფდა სოციალური შფოთვის მკურნალობაში, როგორც ინდივიდუალური ასევე ჯგუფური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ეფექტურობას. საქმიანობის ამ კუთხით გადატანის და ახალი სასწავლო კურსის გავლის შესახებ გადამწყვეტილების მიღება, გახდა კარიერაში ახალი მიმართულებით მუშაობის ბიძგი.

თუკი რეფერირება მოხდა არა თავად კლიენტის, არამედ სხვა პირის მხრიდან, მადლობის ბარათი და ასევე, ინფორმაცია შეფასებისა და მკურნალობის შესახებ (კლიენტის თანხმობით) გაუგზავნეთ რეფერირების წყაროს. უმეტესად, ეს შეიძლება იყოს ოჯახის ექიმი, რომელიც კლიენტს მიმდინარე რეჟიმში ხვდება, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის დასრულების შემდეგაც. თქვენს მიერ გაგზავნილი ინფორმაცია, არა მარტო მკურნალობის პროგრესის შესახებ ინფორმირებაა, არამედ გამოხატავს თქვენს მადლიერებას რეფერირებასთან დაკავშირებით და იმასაც, რომ მზად ხართ მიიღოთ სხვა კლიენტებიც. შეტყობინების ბარათები გაგზავნეთ რეფერირების წყაროებთან ნებისმიერი ცვლილების შემთხვევაში, იქნება ეს რაიმე ცვლილება თქვენს პრაქტიკაში, ახალი მდებარეობა, კომპეტენციის ახალი სფერო, ახალი პარტნიორები თუ ახალი სერვისები. თუ თქვენ მეტად გჭირდებათ გამოჩენა, იფიქრეთ ისეთ აქტივობაზე, როგორიცაა საინფორმაციო ბიულეტენში თქვენი საქმიანობის შესახებ განახლებული ინფორმაციის გამოქვეყნება. თქვენი ან თქვენი კლინიკის სახელის ხშირი ხსენება, საქმიანობის ეფექტურობის შენარჩუნების საუკეთესო გზას წარმოადგენს.

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში თქვენი საქმიანობის პოპულარიზაციის ყველაზე მნიშვნელოვან საშუალებას, კლიენტებთან თქვენი ეფექტური მუშაობა წარმოადგენს. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის უზრუნველყოფას, დისტრესის შემსუბუქებაში კლიენტების დახმარებას, მათი პრობლემების გადაჭრას მოყვება შემდგომი მომართვები. კლიენტებს შეუძლიათ იმის შეფასება, რომ კოგნიტურ-ბიჰევიორულმა თერაპიამ შეიძლება 100 %-ით ვერ გადაჭრას მათი პრობლემები. მიუხედავად ამისა, თუკი ისინი გრძნობენ, რომ მათდამი დამოკიდებულება იყო პათივისცემის გამოხატველი, მათი საჭიროებები იყო გათვალისწინებული და პოზიტიური შედეგები მიღებული, სავარაუდოდ, ისინი მომავალშიც მოგმართავენ საჭიროების შემთხვევაში და ასევე, ახალ კლიენტებსაც ურჩევენ თქვენთან მოსვლას. რეფერირების საუკეთესო საშუალებას ინფორმაციის სიტყვიერი გადაცემა წარმოადგენს. თუკი კლიენტები მომავალში თქვენთან დაბრუნდებიან, მნიშვნელოვანია, რომ ეს შეაფასოთ როგორც მათი მხრიდან ნდობის გამოცხადება და არა როგორც მკურნალობის მარცხი. თქვენმა კარგმა მუშაობამ, თქვენდა საბედნიეროდ, შეიძლება პრობლემა შეგიქმნათ, როცა თქვენთან მოსული კლიენტების რიცხვის შემცირების გზებზე მოგიწევთ ფიქრი.

## შემდგომი ტრენინგი და სუპერვიზია კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში

კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული რამდენიმე მიდგომა, რომელიც კლინიკური პრობლემების ფართო სპექტრს მიესადაგება. მივალნიეთ რა ჩვენს წიგნში ამ თემას, შეიძლება გაგიჩნდეთ კითხვა, თუ სად შეიძლება შემდგომი ტრენინგის გავლა, კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში კვალიფიკაციის ასამაღლებლად. ამჯერად, თქვენს ყურადღებას მივმართავთ სწავლისა და სუპერვიზიის საკითხებზე. როგორ შეიძლება გადანყვიტოთ, რომ საკმარისი კვალიფიკაცია გაქვთ კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში? რა დონის კვალიფიკაციაა საჭირო იმისათვის, რომ პრაქტიკოსი ცნობილი გახდეს, როგორც „ექსპერტი“? გასაკვირია, მაგრამ ამ თემებზე ძალიან ცოტა კვლევა თუ არსებობს. ის, რაზეც ჩვენ ქვემოთ ვისაუბრებთ, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მეთოდების შესახებ, ჩვენს კლინიკურ ცოდნასა და გამოცდილებას წარმოადგენს.

### ფიქრები კომპეტენციაზე

დამწყები თერაპევტების უმრავლესობას სურს დარწმუნდეს, რომ კომპეტენტურია იმ საქმეში, რასაც ის აკეთებს. „მატყუარას სინდრომი“, ზოგადად, დამახასიათებელია სამაგისტრო და რეზიდენტურის პროგრამებისათვის, სადაც სტუდენტები ფიქრობენ, რომ მათი ადგილი იქ არ არის, რომ ისინი „ასულელებენ“ სუპერვიზორებს, რომლებიც მათ გაცილებით მცოდნედ და კომპეტენტურად მიიჩნევენ, ვიდრე სინამდვილეში არიან. ზოგიერთ პროფესიონალს ამგვარი ნეგატიური აზრები საქმიანობის დროსაც უტრიალებს თავში.

ჩვენ, ყველა ვცდილობთ ოპტიმალური მზრუნველობა აღმოვჩინოთ ჩვენს კლიენტებს. არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება მკურნალობის სიზუსტით დაცვასა და კომპეტენციას შორის (McGliinchey & Dobson, 2003; Perepletchikova & Kazdin, 2005). მკურნალობის სიზუსტის დაცვას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც თერაპევტი ზუსტად იცავს და მიყვება ერთ კონკრეტულ თერაპიას. ამგვარ სიზუსტეს აქვს როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარეებიც; ასე რომ, მკურნალობის ზუსტი დაცვა გულისხმობს მხოლოდ იმის კეთებას, რაც მკურნალობაშია განერილი და არა რაიმე სხვა ქმედებას. მაგ. კომპიუტერ-ბიჰევიორული მკურნალობის ფორმების პოზიტიურ ელემენტს, ექსპოზიცია წარმოადგენს; ნეგატიური ელემენტი შეიძლება იყოს სიზმრების ინტერპრეტაცია.

რა ასპექტები უკავშირდება მკურნალობის ზუსტ დაცვას კომპიუტერ-ბიჰევიორულ თერაპიაში? ეს ასპექტები დამოკიდებულია მკურნალობის სამიზნე, კონკრეტულ პრობლემებზე, და იმ კონკრეტულ მოდელზე, რომელიც გამოიყენება. მაგ. სქემებთან დაკავშირებული ინტერვენციები არ არის ჩართული ბარლოუს და კრასკეს (Barlow and Craske, 2000) MAP-3 თერაპიაში, თუმცა ისინი დეპრესიაზე მიმართული კომპიუტერ-ბიჰევიორული თერაპიის ჩვეულ მახასიათებელს წარმოადგენს (A. T.

Beck და სხვ., 1979). შესაბამისად, მკურნალობის გეგმის კონკრეტული დეტალები განაპირობებს იმას, თუ რა უნდა გააკეთოს თერაპევტმა. პრაქტიკული ხედვით, მკურნალობის ზუსტად დაცვა მაქსიმუმს აღწევს მაშინ, როცა თერაპევტი აკეთებს მხოლოდ იმას, რაც მკურნალობის სახელმძღვანელოში წერია. იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობა არ ეფუძნება სახელმძღვანელოს, თერაპევტის მხრიდან მკურნალობის ზუსტი დაცვა გამოიხატება იმაში, რომ იყენებს მხოლოდ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ წიგნებში აღწერილ ინტერვენციებს.

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სიზუსტით განხორციელება არ განაპირობებს კომპეტენციას. ადვილია იმის წარმოდგენა, როგორ შეიძლება რომელიმე შეუსაბამო ინტერვენციის გამოყენება მკურნალობის არასწორ ფაზაში ან კონკრეტული კლიენტისთვის არასწორი ფორმით. მაგ. სქემაზე მუშაობა მკურნალობის პირველივე სესიაზე არ მეტყველებს კომპეტენტურ საქმიანობაზე, ისევე როგორც სოციალური ფობიის მქონე კლიენტთან ექსპოზიციის აქტივობის ბოლო სესიამდე გადადება შეიძლება ჩაითვალოს არაკომპეტენტურ მკურნალობად. ასე რომ, შეიძლება ზუსტად იცავდე მკურნალობას, მაგრამ არ იყო კომპეტენტური და პირიქით, შეიძლება იყო კომპეტენტური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტი მაშინ, როცა ყოველთვის სიზუსტეს არ იცავ თერაპიაში. კომპეტენცია ეფუძნება სიზუსტის დაცვას, თუმცა ამავდროს მისგან განსხვავდება.

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში სიზუსტის დაცვისა და კომპეტენციის შეფასებისათვის შემუშავებული სკალებიდან, ერთ-ერთი საუკეთესოა კოგნიტური თერაპიის სიზუსტის დაცვისა და კომპეტენციის სკალა (Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS; Barber, Liese, & Abrams, 2003). CTACS შედგება 21 დებულებისგან, რომელთაგან ყველა ფასდება როგორც სიზუსტის დაცვის, ასევე კომპეტენტობის მიხედვით. შემფასებლები შეიძლება იყვნენ ექსპერტები ამ მომზადებული არასპეციალისტები. პუნქტები მოიცავს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ აქტივობებს, როგორცაა: დღის წესრიგის შემუშავება, საშინაო დავალების მიცემა, კოგნიტური რესტრუქტურირება. CTACS- ი, რომელიც შეიქმნა მანვე ნივთიერებების მომხმარებელთა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის კვლევაში გამოსაყენებლად, შემდგომში მოდიფიცირებული იქნა ზოგადი პრაქტიკისათვის. მისი მაღალი სანდოობა დადასტურებულია (McGlinchey & Dobson, 2003).

სიზუსტის დაცვისა და კომპეტენციის შეფასების ყველაზე ფართოდ გამოყენებულ სკალას კოგნიტური თერაპიის სკალა წარმოადგენს (CTS; Young & Beck, 1980; იხ. დანართი # 1). CTS შემუშავებული იქნა როგორც კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შეფასების ინდექსი. მისი თერთმეტივე პუნქტი ფასდება 0-დან 6-მდე სკალაზე, საერთო ქულით 0- დან 66 მდე. პუნქტები შეიძლება უხეშად დაიყოს ზოგად უნარებად (დღის წესრიგის შედგენა, თანამშრომლობითი ემპირიზმი) და სპეციფიკურ თერაპიულ საკითხებად (მაგ. შესაბამისი ინტერვენციების გამოყენება, ინტერვენციების განხორციელება, საშინაო დავალება). უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგადი უნარების კატეგორია ასევე მოიცავს თერაპიულ ურთიერთობებთან



დაკავშირებულ დებულებებს და ყველა პუნქტი არ არის სპეციფიკური კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის. CTS შევსებული უნდა იქნას კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის „ექსპერტის“ მიერ, მთელ სესიაზე დასწრების და მოსმენის შემდეგ. CTS -ს შემფასებელთა შორის კარგი სანდოობის მაჩვენებელი აქვს მთელი სკალისათვის (Vallis, Shaw, & Dobson, 1986; Dobson, Shaw, & Vallis, 1987).

CTS-ის ფართოდ გავრცელება განაპირობა იმან, რომ კოგნიტური თერაპიის აკადემიის მიერ ([www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)), ის აღიარებული იქნა კომპეტენტური მკურნალობის საზომად, რაც აკადემიის წევრად მიღების ერთ-ერთ კრიტერიუმს წარმოადგენს. უფრო ზუსტად რომ ვთქვათ, კოგნიტური თერაპიის აკადემიის მიერ, კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში კომპეტენტურობის მაჩვენებლად დამტკიცებული იქნა 40 ქულა (66 -დან). იგივე ქულა იქნა აღებული, როგორც „ნითელი ხაზი“ კომპეტენტურობის განსაზღვრისას, სხვა სპეციფიკური კვლევების ფარგლებშიც (Shaw & Dobson, 1988).

მიუხედავად იმისა, რომ CTS სკალით შეფასება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სფეროს „ექსპერტებმა“ უნდა განახორციელონ და ის, თუ რამდენად კარგ ქულას მიიღებს შესაფასებელი პირი, ნაწილობრივ ექსპერტის მიერ არის ნაკარნახევი, არ არსებობს რაიმე მიზეზი, რის გამოც ეს ინსტრუმენტი არ შეიძლება გამოყენებულ იქნას სუპერვიზორების და თავად უნარების გაუმჯობესებაზე მომუშავე ტრენინგის მონაწილეების მიერ. ჩვენ ვიცით, რომ ნებისმიერი კლიენტის შემთხვევის კონცეპტუალიზაციაზე, ყველა „ექსპერტს“ არ აქვს ერთიანი აზრი, ისევე როგორც არ არსებობს რაიმე გარანტია კომპეტენციის შეფასებასთან დაკავშირებით. ამავე დროს, რადგან ძალიან დიდია განსხვავება კლიენტებს შორის, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიაში არ არსებობს „იდეალური“ ან „ოქროს სტანდარტის“ ფორმატი. საბედნიეროდ, არსებობს მტკიცებულება, რომ ტრენინგის საშუალებით შესაძლებელია შემთხვევის კონცეპტუალიზაციასთან და თერაპიულ შეფასებასთან დაკავშირებული მეტი შეთანხმების მიღწევა (Kuyken და სხვ., 2005), რაც გვაძლევს გარკვეულ მტკიცებულებას, რომ CTS -ს გამოყენება არის კომპეტენციის შეფასების გონივრული სტანდარტი. ივარჯიშეთ საკუთარ თავზე CTS-ს გამოყენებაში, სესიების ვიდეო ჩანაწერებზე დაკვირვების საშუალებით ან სთხოვეთ თქვენს კოლეგას ან სუპერვიზორს, გითხრათ საკუთარი აზრი.

### **როგორ შეგვიძლია მკურნალობის მთლიანობის მაქსიმალურად ამაღლება?**

მკურნალობის მთლიანობისთვის მნიშვნელობა ენიჭება როგორც მკურნალობის ზუსტ დაცვას, ასევე კომპეტენციას. დაწესებულება, სადაც ეს ორივე საკითხი მნიშვნელოვანია, შეიძლება იყოს სასწავლო დაწესებულება, როგორცაა მაგისტრატურა და სამეცნიერო კვლევები, სადაც არსებობს მკურნალობის შეფასების მოთხოვნა. მიუხედავად იმისა, რომ არ

გავგაჩნია ემპირიული მტკიცებულება, ჩვენი გამოცდილება და სალი აზრი, რომელიც სხვა ტრენერებისგან მოგვისმენია, მიუთითებს იმაზე, რომ მკურნალობის მთლიანობის ჩამოყალიბება მარტივად ხდება ტრენინგის იმ მონაწილეებთან, ვისაც სხვა თეორიულ მოდელში არ გაუვლია მომზადება. სხვა სახის მკურნალობაში მიღებულ მომზადებას და გამოცდილებას თითქოს „პროაქტიურ ჩარევამდე“ მივყავართ, როგორც კონცეპტუალიზაციის ასევე პრაქტიკის შემთხვევაში. მაგ. ფსიქოლინამიკაში ადრე გავლილი კურსი შეიძლება მსმენელის მხრიდან გაუცნობიერებელი პროცესების მუდმივ ძიებას უკავშირდებოდეს, რაც არ გულისხმობს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პრინციპების ზუსტად დაცვას. ერთ-ერთ ჩვენგანს (K.S.D.) ყავდა ტრენინგის მონაწილე, რომელსაც გავლილი ჰქონდა ჰუმანისტური თერაპიის კურსი და ყოველთვის, როცა დელავდა და არ იცოდა რა გაეკეთებინა, უბრუნდებოდა არადირექტიულ და დამხმარე მოსაზრებებს. კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის უფრო აქტიური და ინტერვენციული სტილი, ამ მსმენელისათვის პრობლემას წარმოადგენდა. ამით იმის თქმა არ გვინდა, რომ თერაპევტი, რომელსაც სხვა მოდელით მუშაობის კურსი აქვს გავლილი, ვერ შეძლებს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესწავლას, მაგრამ ჩვენი გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მათ უჭირთ ამის გაკეთება. სინამდვილეში, მათ უნდა „დაივიწყონ“ ის „მაგნი ჩვევები“, რაც სხვა ტრენინგ პროგრამის ფარგლებში ისწავლეს.

ზოგიერთ თერაპევტს სურს, მოახდინოს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ინტერვენციების ინტეგრირება სხვა არსებულ პრაქტიკებთან, განსაკუთრებით მაშინ, თუ თავს ამ სფეროს ექსპერტად თვლიან. არსებითად, ისინი საკუთარ თავს ეკლექტურ თერაპევტებად მიიჩნევენ, თუმცა იყენებენ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ინტერვენციებს. ჩვენი ხედვა მდგომარეობს იმაში, რომ შეუძლებელია ერთდროულად იყო ეკლექტური და კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტი. კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას აქვს ძირითადი მოდელი, შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის ჩარჩო და ინტერვენციების ნაკრები, რომელიც მას აქცევს ფსიქოთერაპიის სისტემად, ზუსტად ისევე, როგორც ფსიქოლინამიური თერაპიის შემთხვევაშია. ჩვენი აზრით, შესაძლოა ნიჭიერ თერაპევტს ჰქონდეს შესაძლებლობა, მოახდინოს მკურნალობის სხვადასხვა ფორმის ინტერნალიზება და კონკრეტული კლიენტისათვის ყველაზე შესაფერისი თერაპიის გამოყენება, თუმცა ამგვარი შემთხვევა ჩვენთვის გამონაკლისს წარმოადგენს.

კლიენტები შეიძლება დაახნიოს თერაპევტის მიერ პრაქტიკის ეკლექტური ფორმით წარმართვამ. რამდენად გაუგებენ კლიენტები კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპევტს, რომელიც მოულოდნელად ურჩევს მათ იმუშაონ „შინაგან ბავშვზე“, რათა ადრეული ბავშვობის გამოცდილება შეისწავლონ? არ არის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია მათი პრობლემებისათვის საკმარისი? არის მათი მდგომარეობა იმდენად რთული, რომ ერთი ინტერვენციით ვერ მოხდება მკურნალობა? კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გამოყენება მათ შემთხვევაში „არასწორი“ გადანყვებილება იყო? თერაპევტიც და კლიენტიც უნდა ცდილობდნენ კომპლექსური

პრაქტიკის მოდელის ჩამოყალიბებას, რომელიც ამგვარ შემთხვევებში საკმაოდ პრობლემური შეიძლება აღმოჩნდეს.

### **როგორ შეიძლება მკურნალობის მთლიანობის სწავლება ?**

თუ ვაღიარებთ, რომ სწავლების მიზანია, მსმენელებს დავეხმაროთ გახდნენ უფრო კომპეტენტური და მკურნალობის სიზუსტის დამცველები, როგორ შეიძლება ამ მიზნის საუკეთესოდ მიღწევა? რამდენადაც ჩვენ ვიცით, არ არსებობს სწავლების ოპტიმალური მოდელის, ოპტიმალური ხანგრძლივობისა და საჭირო ინტერვენციების დამადასტურებელი რაიმე რეალური მტკიცებულება. არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ კომპეტენციის თვით-აღქმამდე გავლენას ახდენს განათლება, პრაქტიკა, რეფლექსია, პრაქტიკის სტანდარტების ცოდნა და თერაპევტის ფსიქიკური ჯანმრთელობა (Bennett-Levy & Beedie, 2007), მაგრამ როგორ ჩავრთოთ ეს ყველაფერი სწავლებაში? ქვემოთ მოცემულ #13.2. ცხრილში წარმოდგენილია საუკეთესო მოსაზრებები იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ წარვმართოთ კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპევტების მომზადება იდეალურ პირობებში. თუმცა, ჩვენ ამ აზრებს გთავაზობთ რჩევების სახით, რამდენადაც ნამდვილად არ გვაქვს მტკიცებულებითი ბაზა, რომლის საფუძველზეც შევძლებდით მტკიცებას, რომ ეს არის ნამდვილად ოპტიმალური (ან თუნდაც შესაძლებელი) სტრატეგია.

### **ცხრილი 13.2. კომპეტენციის ამალღების გზები კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში**

1. კლიენტთან მუშაობის დაწყებამდე, ნაიკითხეთ ლიტერატურა მკურნალობის შესახებ. კონცეპტუალურად გაიაზრეთ DSM, გაეცანით ფსიქოპათოლოგიის ფორმებს და შეისწავლეთ იმ გავრცელებული კლინიკური პრობლემების პროტოტიპური შემთხვევის კონცეპტუალიზაცია, რომლის მკურნალობაც კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიით ხდება.
2. გამოიმუშავეთ კარგი ინტერპერსონალური უნარები, მათ შორის რეფლექსიური მოსმენა და უკუკავშირის მიცემის უნარები.
3. მაქსიმალურად მწყობრში მოიყვანეთ თქვენი საკუთარი ფსიქიკური ჯანმრთელობა დაბალანსებული ცხოვრების წესის დაცვით და კოგნიტიურ-ბიჰევიორული უნარების გავარჯიშებით (ე.ი. „გამოსცადე რასაც ქადაგებ“).
4. გამოიმუშავეთ კარგი კომუნიკაციის უნარები, მათ შორის ინტერვიუს მეთოდების გამოყენება და გავრცელებული ფსიქომეტრული ინსტრუმენტების გამოყენება, ქულებით შეფასება და ინტერპრეტაცია.
5. ნახეთ ტრენინგების ამსახველი ვიდეო ჩანაწერები, სასურველია ვინმესთან ერთად, ვისაც შეუძლია აღწეროს ან ინტერპრეტირება

გაუკეთოს სესიაზე თერაპევტის ქცევას (თუკი ფირს კომენტარები არ ახლავს)

6. დაიწყეთ ტრენინგი კარგად სტრუქტურირებული, სახელმძღვანელოში გაწერილი გაიდლაინების მიხედვით მკურნალობით. წაიკითხეთ სახელმძღვანელო და პირველი რამდენიმე სესია იმუშავეთ მჭიდრო სუპერვიზიის თანხლებით, რათა დარწმუნდეთ, რომ თქვენ შეგიძლიათ სახელმძღვანელოს ადეკვატურად ინტერპრეტირება და განხორციელება. ჯერ იფიქრეთ მკურნალობის ზუსტად დაცვაზე, ხოლო შემდეგ კომპეტენციაზე.
7. განაგრძეთ სუპერვიზიით მუშაობა იმ პრობლემების და დარღვევების შემთხვევებში, რომელთა შესახებ თქვენ არ გაქვთ სახელმძღვანელოში მკაფიოდ გაწერილი მკურნალობა. შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის წერილობითი ფორმის გამოყენებით, გამოიმუშავეთ სხვადასხვა კლინიკური გამოხატულების კონცეპტუალიზაციის უნარი.
8. სამუშაო ადგილზე, კოლეგებთან ერთად, ან თანამოაზრე თერაპევტებთან ერთად ჩამოაყალიბეთ სუპერვიზიის გუნდი, შემდგომი შეხვედრების განხილვისათვის.
9. საკუთარ თავზე და თქვენი გუნდის წევრებზე დაკვირვებისთვის გამოიყენეთ აუდიო და/ან ვიდეო ჩანაწერები. შეაფასეთ თქვენი თავი CTS-ის გამოყენებით. შეადარეთ თქვენი შეფასება კოლეგების ან ტრენერის მიერ თქვენს შეფასებას.
10. დაესწარით უწყვეტი განათლების სემინარებს და ვორქშოპებს, შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის და ინტერვენციების საკითხებზე ცოდნის გასაღრმავებლად. ეცადეთ, არ მიეჭაჭვოთ რამდენიმე ინტერვენციას, ამის ნაცვლად, იზრუნეთ მკურნალობის მეთოდების და ფორმების მრავალფეროვნებაზე.
11. გაუწიეთ სუპერვიზია კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში მომუშავე სხვა პირს. ჩაატარეთ სემინარი ან სასწავლო კურსი. დაწერეთ სტატია.
12. იფიქრეთ სპეციალიზაციის აკრედიტაციაზე ისეთ ორგანიზაციაში, როგორცაა კოგნიტური თერაპიის აკადემია ან დიდი ბრიტანეთის ბიჰევიორული და კოგნიტური ფსიქოთერაპიის ასოციაცია, იმ შემთხვევაში, თუ დიდ ბრიტანეთში ცხოვრობთ. გარეშე შეფასება აწესებს მაღალ სტანდარტებს და შეიძლება დაგეხმაროთ, თავად თქვენ და თქვენს გარშემო მყოფ პირებს, შეექმნათ მოსაზრება თქვენი კომპეტენციის შესახებ.

*ვინ რა სერვისის უნდა განახორციელოს ?*

მაშინაც კი, თუ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპევტები მუშაობენ სპეციალიზებულ კლინიკებში ან პრაქტიკა შეზღუდული აქვთ მხოლოდ კონკრეტული ასაკის ჯგუფებით, მათი უმეტესობა მაინც ცდილობს ზოგადი კომპეტენციის ქონას კლინიკურ უნარებში. თუმცა, ასეთი მოსაზრება შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული, შემდეგი მიზეზების გამო:

1. როგორც ჩანს, არ არის საჭირო, ყველა თერაპევტი ახორციელებდეს ყველა სერვისს. მაგ. მიუხედავად იმისა, რომ შეფასების - შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის- მკურნალობის დაგეგმვაში კარგად განვითარებული უნარების მქონე პირი უნდა მონაწილეობდეს, მკურნალობის საწყის ეტაპზე, არ არის აუცილებელი ის ახორციელებდეს მკურნალობის ყველა სხვა ასპექტებს. მაგ. ექსპოზიციამდე დაფუძნებული ინტერვენციების კომპონენტების უმეტესობათა შემთხვევაში, შესაძლებელი იქნებოდა ისინი განხორციელებინა ქცევით სპეციალისტს ან სასწავლო კურსის მონაწილეს.

დევიდსონის (Davidson, 1970) მიერ შემოთავაზებული იქნა ბიპვეიორული თერაპიის პროვაიდერების სამ-დონიანი სისტემა: ა) სადოქტორო ხარისხის მქონე პირი - რომელიც პასუხისმგებელი იქნება პროგრამის შემუშავებაზე, შეფასებასა და განხორციელებაზე; ბ) მკურნალობის დაგეგმვის და განხორციელების უნარის მქონე ფართო მომზადების მქონე კლინიცისტი და გ) ბიპვეიორული ტექნიკური პერსონალი, რომლის როლიც იქნება მკურნალობის ისეთი აქტივობის განხორციელება, როგორცაა ექსპოზიცია, სუპერვიზიის თანხლებით. შეიძლება მოხდეს პარა-პროფესიონალების ჩართვა მზრუნველობის მოდელში, სადაც რეგისტრირებული და ლიცენზირებული პროფესიონალები ახორციელებენ დაგეგმვას და საორგანიზაციო ასპექტებს, ხოლო სპეციალურად მომზადებული პროვაიდერები ასრულებენ „წინა ხაზის“ ძირითად სამუშაოს. მიუხედავად იმისა, რომ პრაქტიკოსების ასეთი მრავალდონიანი გუნდი არ შეესაბამება იმ ნორმატიულ ფორმატს, რომელსაც პროფესიები ითვალისწინებენ აკრედიტაციასთან და სერვისის მიწოდებასთან დაკავშირებით, სერვისების ამგვარად დაგეგმვა შეიძლება გაცილებით ეფექტური იყოს. ერთ-ერთი ჩვენგანი (D. D.), მკურნალობაში, განსაკუთრებით კი ექსპოზიციურ თერაპიაში, ხშირად რთავდა სხვა პირს.

2. ყველა კლიენტს არ სჭირდება სპეციალისტის ან თუნდაც ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალის მომსახურება. „საფეხურეობრივი მზრუნველობის“ იდეა უკავშირდება სერვისების იმ მოდელს, როდესაც ხდება კლიენტის შეფასება, რამდენად მძიმე და ქრონიკულია მისი პრობლემა და მიეწოდება მხოლოდ აუცილებელი სერვისი. მაგ. საკმაოდ მსუბუქი დეპრესიის პირველი ეპიზოდის შემთხვევაში, სრული ფუნქციონირების აღსადგენად შეიძლება საკმარისი იყოს მხოლოდ თვით-დახმარების პროგრამა. მეორე მხრივ, დეპრესიის გაცილებით ქრონიკული ფორმის და მრავლობითი პრობლემების მძიმე ეპიზოდების მქონე კლიენტების შემთხვევაში, შეიძლება საჭირო გახდეს გამოცდილი კლინიცისტის ან მკურნალობის გუნდის ჩართვა, იმისათვის, რომ კონცეპტუალიზაცია იყოს სრული და მკურნალობა ჩატარდეს კლიენტის პრობლემების სხვადასხვა ასპექტებთან მიმართებაში. „საფეხურეობრივი მზრუნველობის“ იდეას გარკვეული მხარდაჭერა ჰქონდა ჩრდილოეთ ამერიკაში და მოხდა მისი ინტეგრირება ზოგიერთ სახელმძღვანელოში, რომელთაგან ერთ-ერთი გამოცემულია ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური პრაქტიკის



ეროვნული ინსტიტუტის ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)) მიერ. ასეთი სახის „თერაპიის შემავსებლებმა“ შეიძლება განუზომლად დიდი დახმარება გაუწიოს, საქმიანობით დატვირთულ და მსურველთა გრძელი რიგის მქონე კლინიკებში მომუშავე კბ თერაპევტებს.

3. ნაკლებ სავარაუდოა, რომ საშუალო დონის თერაპევტის კომპეტენცია ფარავდეს მოსახლეობის, პრობლემების, კოგნიტურ-ბიჰევიორული ინტერვენციების ფართო სპექტრს. შესაძლოა, ეს არ ეხება პატარა ქალაქებს, მაგრამ ჩვენი ზოგადი მოსაზრება მდგომარეობს იმაში, რომ თერაპევტები უნდა ცდილობდნენ სპეციალიზაცია გაიარონ გარკვეულ ფარგლებში და დაიმკვიდრონ საკუთარი სახელი სპეციალიზაციის ამ კონკრეტულ სფეროში.

აღსანიშნავია აგრეთვე ისიც, რომ თერაპევტების უმრავლესობა არ მუშაობს სპეციალიზებულ კლინიკებში. არასპეციალიზებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ხშირად სთხოვენ თერაპევტებს, მიიღონ პრობლემების ფართო სპექტრის მქონე კლიენტები. ზოგ შემთხვევაში, თერაპევტები ასევე მუშაობენ სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან და მკურნალობის სხვადასხვა ფორმატში. კერძო პრაქტიკის შემთხვევაში, კლიენტების ფართო სპექტრის მიღება მეტი შემოსავლის მიღების სურვილით აიხსნება. ასეთი საკითხები განსაკუთრებით აქტუალურია პატარა ცენტრებში ან შორეულ რეგიონებში, სადაც სპეციალიზებული სერვისის მიღება უფრო რთულია. მიუხედავად ჩვენი მხრიდან იმის აღიარებისა, რომ ამგვარი საკითხები შესაძლოა ეჭვქვეშ აყენებდეს ოპტიმალური სერვისების მიწოდების შესაძლებლობას, ასევე გვჯერა, რომ თავად თერაპევტებს ეკისრებათ პასუხისმგებლობა, გააცნობიერონ მათი კომპეტენციის გარეთ არსებულ შემთხვევებზე მუშაობის ამგვარი ზენოლა და შეძლონ მასთან შენინააღმდეგება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჩვენ არ ვართ ზოგადი თერაპიული კომპეტენციის მომხრე და მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენთვის მისაღებია თერაპევტის კომპეტენტურობა სხვადასხვა მოდელში, ვფიქრობთ, რომ ასეთ სტატუსს მხოლოდ ცოტა თერაპევტი თუ მიაღწევს.

### სპეციალიზაციის აკრედიტაცია

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაში სპეციალიზაციის აკრედიტაციის მოდელი ბოლო წლებში გაჩნდა და სავარაუდოდ ამ სფეროში შემდგომი განვითარება მომავალშიც გაგრძელდება. ამ მოდელის გაჩენას რამდენიმე პოზიტიური მიზეზი ჰქონდა, მათ შორის: სათანადოდ მომზადებული სერვისის მიმწოდებლების იდენტიფიკაცია; შერეული იდენტობის მქონე ადამიანების სურვილი, ყოფილიყვნენ „ერთ ოჯახს“ მიკუთვნებულნი; მარკეტინგის გაუმჯობესება და შემოსავლების ზრდა, დამატებითი აკრედიტაციის საშუალებით (Dobson, Beck, & Beck, 2005). როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, აკრედიტაციის გამცემი ზოგიერთი

ორგანიზაცია საკმაოდ დიდი გავლენას ახდენს სფეროში არსებულ ტრენინგ მოდელებსა და სტანდარტებზე.

აკრედიტაციის პროცესთან დაკავშირებული ნებისმიერი საკითხი უნდა ემსახურებოდეს სერვისის ხარისხის გაუმჯობესებას და იცავდეს სერვისის მიმღებ კლიენტებს, ნაცვლად მისი შემქმნელების ფინანსური საკითხების მოგვარებისა. აკრედიტაციის პროცესი მეტ სანდოობას იძენს, როდესაც არსებობს გარკვეული პრობლემა იმ სერვისთან მიმართებაში, ვისაც გარკვეული აკრედიტაცია არ გააჩნია. აკრედიტაციის სანდოობა მით უფრო მაღალია, რაც უფრო რთულია მისი მიღება (თუმცა ამ შემთხვევაში კლებულობს აკრედიტაციის მიმღებ პირთა რაოდენობა). და პირიქით, გაცილებით რთულია აკრედიტაციის საჭიროების დასაბუთება, თუკი ის მხოლოდ იმიტომ არსებობს, რომ ბარიერები შეუქმნას ზოგიერთი პირების პრაქტიკას და მხოლოდ აკრედიტაციის მქონე ადამიანების ინტერესებს იცავს. მიუხედავად ამისა, რამდენადაც კოგნიტური თერაპიის აკადემიას ჯერ არ აქვს რაიმე მოთხოვნები წევრობასთან მიმართებაში, ჩვენ ორივე გავერთიანდით ამ ორგანიზაციაში, რადგან გვნამს, რომ მის მიერ გაცემული აკრედიტაცია აკმაყოფილებს სანდოობის მოთხოვნებს. აკადემია ასევე აყალიბებს საერთო ჩარჩოს მიხედვით მომუშავე თერაპევტების საერთაშორისო საზოგადოებას. შენარჩუნდება თუ არა გარკვეული დროის შემდეგ კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიის აკრედიტაცია? ამას დრო გვიჩვენებს.

### **წრა შეიკრა: კონტექსტს აქვს მნიშვნელობა**

ეს წიგნი, ჩვენ დავიწყეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის განვითარებასა და პოპულარიზაციასთან დაკავშირებული ზოგიერთი კონტექსტუალური ფაქტორის განხილვით. კლინიცისტები, როგორც წესი, ფოკუსირებას ვახდენთ ჩვენს ინდივიდუალურ კლიენტებზე, მათ საჭიროებებზე და ზოგჯერ არ გვაქვს ბევრი დრო, ვიფიქროთ კონტექსტუალურ საკითხებზე. მაგრამ მნიშვნელობა აქვს იმ კონტექსტს, რომელშიც ჩვენი კლიენტების პრობლემები წარმოიშობა. არსებობს მრავალი ცვლადი, რომელიც მონაწილეობს სერვისის მიწოდებაში და გავლენას ახდენს მასზე. ქვემოთ მოყვანილ #13.3. ცხრილში, ვცადეთ თქვენთვის შემოგვეთავაზებინა პრაქტიკული რჩევები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის პოპულარიზაციისათვის. თუმცა, რა თქმა უნდა, თქვენი პირადი საქმეა, რამდენად გაიზიარებთ და გამოიყენებთ ამ მოსაზრებებს, თუმცა ჩვენ იმედი გვაქვს ამ რჩევებით რამდენადმე შევძელით თქვენი შთაგონება.

### ცხრილი №13.3. პრაქტიკული მოსაზრებები კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის გავრცელებისათვის.

1. შეიმუშავეთ მკურნალობის მთლიანობა თქვენს მიერ მიწოდებულ სერვისებში, როგორც თერაპიის ზუსტად დაცვის, ასევე კომპეტენციის კუთხით.
2. იმისათვის, რომ ყოველთვის იყოთ თანამედროვე და პრაქტიკა წარმართოთ მაღალ დონეზე, მიიღეთ კოლეგების ან სხვა პირების მხრიდან სუპერვიზია.
3. საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტებთან წვდომისათვის გამოიყენეთ მკურნალობის „შემავსებლები“, როგორცაა ტელეფონის ან რაიმე სხვა მეთოდი.
4. მონაწილეობა მიიღეთ სერვისის მიწოდებლების შემდეგი თაობის სწავლებაში.
5. პოპულარიზაცია გაუწიეთ მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ პრაქტიკას იმ დაწესებულებაში, სადაც თქვენ მუშაობთ. იყავით თავდაჭერებული მაშინაც კი, თუ ინტერდისციპლინურ გარემოში მუშაობთ.
6. დაელაპარაკეთ პირველადი ქსელის ექიმებს, საფინანსო სააგენტოებს და სერვისების სხვა „დარაჯებს“, რათა დარწმუნდეთ, რომ ისინი ინფორმირებულნი არიან კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მტკიცებულებათა ბაზის შესახებ.
7. იფიქრეთ კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესახებ ინფორმაციის საზოგადოებაში გავრცელებაზე, ადგილობრივ სააგენტოებში, სკოლებში, ბიბლიოთეკებში გამოსვლებით ან ადგილობრივ მედია საშუალებებში სტატიის გამოქვეყნებით.
8. განვერიანდით და ჩაერთეთ ადგილობრივ, ეროვნულ ან საერთაშორისო ასოციაციაში, რომელიც ხელს უწყობს და ადვოკატირებას უწევს მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ პრაქტიკას, როგორცაა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია. ეროვნული ორგანიზაციების სია შეიძლება იხილოთ კოგნიტური ფსიქოთერაპიის საერთაშორისო ასოციაციის ვებ-გვერდზე (International Association of Cognitive Psychotherapy) ([www.cognitivetherapyassociation.org](http://www.cognitivetherapyassociation.org)).

კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიაზე მოთხოვნა ბევრად წინ უსწრებს რესურსების ხელმისაწვდომობას. ჩვენ მოკლედ მიმოვიხილეთ თქვენს პრაქტიკაში სერვისების გაფართოების ზოგიერთი გზები. საბოლოო ჯამში, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის სწავლება და ფართო მისაწვდომობა, უფრო მეტად დამოკიდებული იქნება ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკასა და საქმიანობაზე. მისი გავრცელება სხვადასხვა დონეზე და სხვადასხვაგვარად მოხდება მსოფლიოს შორეულ კუთხეებში, ხოლო გამავრცელებლები კარგად უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი ადგილობრივი საჭიროებების, კულტურის სპეციფიკის და დაფინანსების შესაძლებლობების

შესახებ (Hamilton & Dobson, 2001). მკურნალობის ამ მოდელის საერთაშორისო დონეზე გავრცელებაში, უპირველესი როლი ეროვნულმა და საერთაშორისო ასოციაციებმა უნდა შეასრულონ. იდეალური იქნება, თუკი მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ზოგადი თერაპიის და კონკრეტულად კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის პოპულარიზაციისათვის, ერთად შეძლებენ იმუშაონ ისეთმა ორგანიზაციებმა, როგორცაა კოგნიტიური ფსიქოთერაპიის საერთაშორისო ასოციაცია (International Association of Cognitive Psychotherapy) და ფსიქოთერაპიის მსოფლიო ფედერაცია (World Federation of Psychotherapy), ისეთ გლობალურ სააგენტოებთან თანამშრომლობით, როგორცაა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) და გაეროს განათლების, მეცნიერებისა და კულტურის ორგანიზაცია (UNESCO).

შესაძლებლობის ფარგლებში, ჩვენ ორივეს, როგორც დამოუკიდებელ თერაპევტებს და მთლიანობაში სფეროს, გვჭირდება წარსულში მიღებულ გამოცდილებაზე დაფუძნებული მუშაობა და მომავალი საჭიროებების შეფასება. წიგნის პირველ თავში ჩვენ მიმოვიხილეთ ზოგიერთი კონტექსტუალური ფაქტორი, რომელმაც კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის განვითარება განაპირობა. ჯერ კიდევ ბევრი გამოწვევა გველის, მათ შორის: გლობალიზაციისა და ადგილობრივი კულტურის გავლენა, საკომუნიკაციო სისტემების გამოყენება ან არასწორად გამოყენება, „შევიწროებული მსოფლიოს“ ფაქტორით გამოწვეული ფსიქიკური ჯანმრთელობის გართულება, მკურნალობის ადაპტაცია და გავრცელება კულტურული განსხვავებულობის გათვალისწინებით, კოგნიტიურ-ბიპევიორული თერაპიის ინტეგრირება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბუნებრივ და ადგილობრივ პრაქტიკაში; გლობალური სწავლების მწვავე საჭიროება. გარკვეული დროის შემდეგ, ჩვენ დაგვჭირდება მეცნიერებისა და პრაქტიკის „რეალურ სამყაროს“ კონტექსტში ინტეგრირება. ისევე, როგორც ჩვენს ინდივიდუალურ კლიენტებთან მიმართებაში, კონტექსტს აქვს მნიშვნელობა აქვს.

# დანართი „ ა“

## კოგნიტური თერაპიის სკალა

თერაპევტი: ----- კლიენტი: ----- სესიის თარიღი: -----

ფირის საიდენტიფიკაციო კოდი: ----- შემფასებელი -----

-- შეფასების თარიღი ----- სესიის # ----- ( ) ვიდეოფირი ( )

აუდიო ფირი ( ) პირდაპირი დაკვირვება

ინსტრუქციები: ყოველ ცალკეულ პუნქტთან მიმართებაში, შეაფასეთ თერაპევტი 0-დან 6-მდე სკალაზე და ჩანერეთ შეფასება პუნქტის ნუმერაციის წინ განთავსებულ საზღვე. აღწერილობა მოცემულია ლუწი რიცხვების შკალის პრინციპით. თუკი მიგაჩნიათ, რომ თერაპევტის შეფასება არის ორ აღმწერს შორის, შეარჩიეთ შესაბამისი კენტი რიცხვი (1, 3, 5). მაგალითად, თუ თერაპევტმა ჩამოაყალიბა ძალიან კარგი განრიგი, მაგრამ არ გამოუკვეთია პრიორიტეტები, 4 ან 6 ქულით შეფასების ნაცვლად, გამოიყენეთ შეფასება 5.

თუ მოხდა ისე, რომ მოცემული პუნქტის აღწერილობა არ შეესაბამება თქვენს მიერ შესაფასებელ სესიას, თავისუფლად შეგიძლიათ უარი თქვათ მასზე და გამოიყენოთ შედარებით ზოგადი სკალა:

0	1	2	3	4	5	6
ცუდი	არც თუ ისე ცუდი	საშუალო	დამაკმა- ყოფილე- ბელი	კარგი	ძალიან კარგი	საუკეთესო

გთხოვთ, ნუ დატოვებთ რომელიმე პუნქტს შეუვსებლად. ყველა მათგანთან მიმართებაში, ყურადღება გაამახვილეთ თერაპევტის უნარ-ჩვევებზე იმის გათვალისწინებით, რამდენად რთული შეიძლება იყოს პაციენტი.

---

შენიშვნა: კოგნიტური თერაპიის სკალის გამოყენებისა და ინტერპრეტაციის ინსტრუქციები იხ. წიგნის მე-13 თავში. კოგნიტური თერაპიის სკალა და კოგნიტური თერაპიის სკალის სახელმძღვანელოს საავტორო უფლებები ეკუთვნის ჯეფრი. ე. იანგსა და აარონ თ. ბეკს (Jeffrey E. Young and Aaron T. Beck, 1980). განმეორებით დაბეჭდილია კოგნიტური თერაპიის აკადემიის ნებართვით.



**ნაწილი I. ზოგადი თერაპიული უნარ-ჩვევები**

----- 1. დღის წესრიგი

- 0 თერაპევტს არ ჩამოუყალიბებია განრიგი.
- 2 თერაპევტმა ჩამოაყალიბა ბუნდოვანი და არასრული განრიგი.
- 4 თერაპევტმა იმუშავა პაციენტთან ორმხრივად დამაკმაყოფილებელი განრიგის შემუშავებაზე, რომელიც მოიცავდა კონკრეტულ სამიზნე პრობლემებს (მაგალითად, შფოთვა სამსახურში, ქორწინებასთან დაკავშირებული უკმაყოფილება).
- 6 თერაპევტმა იმუშავა პაციენტთან სათანადო განრიგის შემუშავებაზე, რომელიც მოიცავდა სამიზნე პრობლემებს და მორგებული იყო თერაპიისათვის გამოყოფილ დროზე. ჩამოაყალიბა პრიორიტეტები და შემდეგ დღის წესრიგი.

----- 2. უკუკავშირი

- 0 თერაპევტს პაციენტისაგან არ მოუთხოვია უკუკავშირი, რათა განესაზღვრა, გაიზარა თუ არა პაციენტმა სესია და როგორი იყო მისი საპასუხო რეაქცია.
- 2 თერაპევტმა პაციენტისაგან მიიღო გარკვეული უკუკავშირი, მაგრამ არ დაუსვამს საკმარისი კითხვები, რათა დარწმუნებულიყო, ესმოდა თუ არა პაციენტს სესიის განმავლობაში მისი მსჯელობა ან დაედგინა, იყო თუ არა პაციენტი კმაყოფილი სესიით.
- 4 თერაპევტმა საკმარისი კითხვები დასვა იმაში დასარწმუნებლად, რომ პაციენტს ესმოდა მისი მსჯელობა მთელი სესიის განმავლობაში და განესაზღვრა პაციენტის საპასუხო რეაგირება ამ სესიაზე. სადაც ეს საჭირო იყო, თერაპევტმა თავისი ქცევა შეცვალა უკუკავშირის გათვალისწინებით.
- 6 სესიის განმავლობაში, თერაპევტი განსაკუთრებით კომპეტენტურად ახდენდა როგორც ვერბალური, ასევე არა-ვერბალური უკუკავშირიდან ინფორმაციის მიღებას და მასზე რეაგირებას (მაგალითად, იღებდა პაციენტის მხრიდან სესიაზე რეაგირების შესახებ ინფორმაციას, რეგულარულად ამოწმებდა გააზრების დონეს, სესიის ბოლოს ეხმარებოდა ძირითადი საკითხების შეჯამებაში)

----- 3. გაგება

- 0 თერაპევტმა რამდენჯერმე ვერ მოახერხა გაეგო, რას ამბობდა ზუსტად პაციენტი, ამდენად ის მუდმივად კარგავდა აზრს. ემპათიის ნაკლებობა.
- 2 როგორც წესი, თერაპევტი ახერხებდა პაციენტის ნათქვამის გააზრებას და სხვა სიტყვებით ჩამოყალიბებას, თუმცა ვერ ახდენდა რეაგირებას უფრო დახვეწილ კომუნიკაციაზე. შეზღუდული მოსმენისა და ემპათიის უნარი.

- 4 ზოგადად ჩანდა, რომ თერაპევტი ახერხებდა პაციენტის „შინაგანი რეალობის“ გაგებას, რომელიც აისახა როგორც იმაში, თუ რას ამბობდა პაციენტი, ასევე კომუნიკაციის უფრო დახვეწილ ფორმაში. მოსმენისა და ემპათიის კარგი უნარი.
- 6 ჩანდა, რომ თერაპევტს საფუძვლიანად ესმოდა პაციენტის „შინაგანი რეალობა“ და კომპეტენტურად ურთიერთობდა პაციენტთან ვერბალური და არა-ვერბალური საპასუხო რეაქციებით (მაგალითად, თერაპევტის საპასუხო ტონი გამოხატავდა პაციენტის „გზავნილის“ კეთილგანწყობილ გააზრებას). მოსმენისა და ემპათიის საუკეთესო უნარ-ჩვევები.

----- 4. ინტერ-პერსონალური ეფექტურობა

- 0 თერაპევტს ჰქონდა ცუდად განვითარებული ინტერპერსონალური უნარ-ჩვევები. პაციენტისადმი მისი დამოკიდებულება ჩანდა არამეგობრული, დამამცირებელი და გარკვეულწილად დესტრუქციული.
- 2 თერაპევტი არ ჩანდა დესტრუქციული, მაგრამ ჰქონდა მნიშვნელოვანი ინტერპერსონალური პრობლემები. ზოგჯერ თერაპევტი ჩანდა ზედმეტად მოუთმენელი, უგულო, არაგულწრფელი, ან უჭირდა თავდაჯერებისა და კომპეტენციის გამოვლენა.
- 4 თერაპევტმა გამოამჟღავნა სითბოს, ზრუნვის, თავდაჯერების, გულწრფელობისა და პროფესიონალიზმის დამაკმაყოფილებელი დონე. არ გამოვლენილა მნიშვნელოვანი ინტერპერსონალური პრობლემები.
- 6 ამ კონკრეტულ სესიაზე, კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებაში, თერაპევტმა გამოამჟღავნა სითბოს, ზრუნვის, თავდაჯერების, გულწრფელობისა და პროფესიონალიზმის ოპტიმალური დონე.

----- 5. თანამშრომლობა

- 0 თერაპევტს არ უცდია პაციენტთან თანამშრომლობის ჩამოყალიბება.
- 2 თერაპევტმა სცადა პაციენტთან თანამშრომლობის ჩამოყალიბება, მაგრამ გაუჭირდა როგორც პაციენტის მიერ მნიშვნელოვნად მიჩნეული პრობლემის განსაზღვრა, ასევე მასთან ურთიერთგაგების ჩამოყალიბება.
- 4 თერაპევტმა შეძლო პაციენტთან თანამშრომლობა; როგორც პაციენტის, ასევე თავად მის მიერ მნიშვნელოვნად მიჩნეულ პრობლემაზე ფოკუსირება და ურთიერთგაგების ჩამოყალიბება.
- 6 თანამშრომლობა ჩანდა საუკეთესო; თერაპევტი მაქსიმალურად ახდენდა პაციენტს წახალისებას, აქტიური მონაწილეობა მიეღო სესიაში (მაგალითად, აძლევდა არჩევანის შესაძლებლობას), ასე რომ თერაპევტი და პაციენტი მუშაობდნენ როგორც „გუნდი“.

----- 6. რიტმი და დროის ეფექტურად გამოყენება

- 0 თერაპევტს არაფერი უცდია თერაპიის დროის სტრუქტურირებისათვის. სესია ჩანდა უმიზნო.
- 2 სესიას ჰქონდა გარკვეული მიმართულება, თუმცა თერაპევტს საგრძნობლად უჭირდა მისი სტრუქტურირება ან რიტმის დაცვა (მაგალითად, ძალიან ცუდი, მოუქნელი სტრუქტურა, ძალიან დაბალი რიტმი, ძალიან სწრაფი რიტმი).
- 4 თერაპევტი საკმაოდ წარმატებით ახერხებდა დროს ეფექტურად გამოყენებას. ის სათანადოდ აკონტროლებდა დისკუსიის მსვლელობას და რიტმს.
- 6 თერაპევტი ეფექტურად იყენებდა დროს, არაპროდუქტიული და პერიფერიული დისკუსიის ტაქტიკაზე შეზღუდვისა და სესიის იმ ტემპით წარმართვით, რამდენადაც ეს კლიენტს შეესაბამებოდა.

**ნაწილი II კონცეპტუალიზაცია, სტრატეგია და ტექნიკა**

----- 7. მართული აღმოჩენა (Guided Discovery)

- 0 თერაპევტი უმეტესწილად იყენებდა დებატებს, დარწმუნებას ან „ლექციურ სწავლებას“. პაციენტის თავდაცვის პოზიციაში ჩაყენებით ან მისი შეხედულების ფორსირებით, იგი თითქოს ახდენდა პაციენტის „ჭვარედინ დაკითხვას“.
- 2 თერაპევტი ძალიან ინტენსიურად იყენებდა დარწმუნებასა და დებატებს და არა მართულ აღმოჩენას. მიუხედავად ამისა, თერაპევტის სტილი იყო საკმარისად მხარდამჭერი, რომ პაციენტს არ ეგრძნო ზენოლა და არ ჩამდგარიყო თავდაცვის პოზიციაში.
- 4 თერაპევტი, უმეტესად ეხმარებოდა პაციენტს, მართული აღმოჩენის გზით დაენახა ახალი პერსპექტივები (მაგ. მტკიცებულების შესწავლა, ალტერნატივების განხილვა, უპირატესობებისა და ნაკლოვანებების ანონ-დანონა) და არა დებატების გზით. სათანადოდ იყენებდა გამოკითხვის მეთოდს.
- 6 სესიის მსვლელობისას, თერაპევტი განსაკუთრებული კომპეტენტურობით იყენებდა მართულ აღმოჩენას, რათა შეესწავლა პრობლემა და დახმარებოდა პაციენტს, მისი დასკვნების გამოხატვაში. მიაღწია საუკეთესო ბალანსს, ოსტატური ფორმით ჩატარებულ გამოკითხვასა და ინტერვენციის სხვა მოდულებებს შორის.

----- 8. ფოკუსირება ძირითად კოგნიციებსა და ქცევებზე

- 0 თერაპევტს არ უცდია გამოიყენოს კონკრეტული ამრები, ვარაუდები, წარმოდგენები, მნიშვნელობები ან ქცევები.
- 2 თერაპევტმა სათანადო მეთოდები გამოიყენა ქცევების ან კოგნიციების გამოწვევისათვის; მიუხედავად ამისა, მას გაუჭირდა ფოკუსის მოძიება ან ფოკუსირებას ახდენდა პაციენტის ძირითად პრობლემებთან მიმართებაში არა-რელევანტურ კოგნიციებზე/ქცევებზე.

- 4 თერაპევტი ფოკუსირებული იყო სამიზნე პრობლემის რელევანტურ კონკრეტულ კოგნიციებსა და ქცევებზე. თუმცა, თერაპევტი უფრო მეტად ფოკუსირებული შეიძლება ყოფილიყო იმ ძირითად კოგნიციებსა და ქცევებზე, სადაც პერსპექტივის მეტი პროგნოზი არსებობდა.
- 6 თერაპევტი ძალიან ოსტატურად ახდენდა ფოკუსირებას იმ ძირითად აზრებზე, ვარაუდებზე, ქცევებზე და ა.შ., რომელიც ყველაზე მეტად შეესაბამებოდა პრობლემურ სფეროს და იძლეოდა მნიშვნელოვანი პერსპექტივის პროგნოზს.

----- 9. ცვლილების სტრატეგია (**შენიშვნა:** ამ პუნქტში, ყურადღება გამახვილეთ თერაპევტის მიერ ცვლილებისათვის არჩეულ სტრატეგიაზე და არა იმაზე, თუ რამდენად ეფექტურად განხორციელდა ის და მოყვა თუ არა მას რეალური ცვლილება)

- 0 თერაპევტს არ შეურჩევია კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდები.
- 2 თერაპევტმა შეარჩია კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდები; თუმცა ცვლილებების მისაღწევად შერჩეული საერთო სტრატეგია იყო ბუნდოვანი და არ ჩნდა, რომ ის დაეხმარებოდა პაციენტს.
- 4 ჩანდა, რომ თერაპევტს ჰქონდა გონივრული პერსპექტივის მქონე ცვლილების თანმიმდევრული სტრატეგია, რომელშიც ჩართული იყო კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდები.
- 6 თერაპევტი მუშაობდა საგრძნობი პერსპექტივის მქონე ცვლილების თანმიმდევრული სტრატეგიით, რომელშიც ჩართული იყო ყველაზე შესაბამისი კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდები.

----- 10. კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდების გამოყენება (**შენიშვნა:** ამ პუნქტში, ყურადღება გამახვილეთ, რამდენად ოსტატურად იქნა გამოყენებული მეთოდები და არა იმაზე, რამდენად შეესაბამებოდა ის სამიზნე პრობლემას ან მოყვა თუ არა მას რეალური ცვლილება)

- 0 თერაპევტს არ გამოუყენებია რომელიმე კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდი.
- 2 თერაპევტმა გამოიყენა კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდები, თუმცა მათ გამოყენებაში დაშვებულ იქნა მნიშვნელოვანი შეცდომები.
- 4 თერაპევტმა გამოიყენა კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდები მეტ-ნაკლები ოსტატობით.
- 6 თერაპევტმა გონივრულად და დიდი ოსტატობით გამოიყენა კოგნიტურ-ბიჰევიორული მეთოდები.

----- 11. საშინაო დავალება

- 0 თერაპევტს არ უცდია კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის შესაბამისი საშინაო დავალების ჩართვა.
- 2 თერაპევტს ძალიან გაუჭირდა საშინაო დავალების ჩართვა (მაგალითად, არ განუხილავს წინა დავალება, არ აუხსნია საშინაო დავალება საკმარისად დეტალურად, მისცა შეუსაბამო საშინაო დავალება).
- 4 თერაპევტმა განიხილა წინა საშინაო დავალება და მისცა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის „სტანდარტული“ საშინაო დავალება, რომელიც შეესაბამებოდა სესიის განმავლობაში განხილულ საკითხს. საშინაო დავალება განმარტებულ იქნა საკმარისად დეტალურად.
- 6 თერაპევტმა განიხილა წინა საშინაო დავალება და ზუსტად შეარჩია მომავალი კვირის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის ამსახველი საშინაო დავალება. ჩანდა, რომ დავალება იყო „ინდივიდზე მორგებული“, რაც პაციენტს დაეხმარებოდა, ახალი ხედვების, გამოსაცდელი ჰიპოთეზების, ექსპერიმენტების ჩართვაში სესიის მსვლელობისას განხილულ ახალ ქცევებში.

----- საერთო ქულა ნაწილი I: ზოგადი თერაპიული უნარ-ჩვევები

----- საერთო ქულა ნაწილი I I: კონცეპტუალიზაცია, სტრატეგია და მეთოდი

----- საერთო CTS ქულა

ნაწილი III დამატებითი მოსაზრებები

1. რაიმე სპეციფიკურმა პრობლემამ ხომ არ იჩინა თავი სესიაზე? (მაგალითად, საშინაო დავალების შეუსრულებლობა, ინტერპერსონალური პრობლემები თერაპევტსა და პაციენტს შორის, უიმედობა თერაპიის გაგრძელებასთან დაკავშირებით, რელაფსი)

----- არა ----- დიახ

----- თუ პასუხია დიახ:

- 0 თერაპევტი ადეკვატურად ვერ გაუმკლავდა სესიის დროს გაჩენილ სპეციფიკურ პრობლემებს.
- 2 თერაპევტი ადეკვატურად გაუმკლავდა სპეციფიკურ პრობლემებს, მაგრამ გამოიყენა კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიისათვის შეუსაბამო სტრატეგიები ან კონცეპტუალიზაციები.
- 4 თერაპევტმა სცადა გამკლავებოდა სპეციფიკურ პრობლემებს კოგნიტური ჩარჩოს გამოყენებით და მეტ-ნაკლები ოსტატობით მოახერხა მეთოდების გამოყენება.



6 თერაპევტი ძალიან დიდი ოსტატობით გაუმკლავდა სპეციფიკურ პრობლემებს კოგნიტური ჩარჩოს გამოყენებით.

2. ხომ არ ჰქონდა ამ სესიაზე ადგილი რაიმე მნიშვნელოვან უჩვეულო ფაქტორს, რომელიც თქვენი აზრით გაამართლებდა თერაპევტის მხრიდან ამ შკალით გაზომვადი სტანდარტული მეთოდებიდან გადახვევას?

----- არა ----- დიახ (გთხოვთ განმარტოთ) :  
-----  
-----  
-----

**ნაწილი IV საერთო შეფასება და შენიშვნები**

1. მთლიანობაში როგორ შეაფასებდით კლინიცისტს, როგორც კოგნიტიურ-ბიჰევიორულ თერაპევტს ?

0	1	2	3	4	5	6
ცუდი	არც ისე ცუდი	საშუალო	დამაკმაყოფილებელი	კარგი	ძალიან კარგი	საუკეთესო

2. თქვენ რომ კოგნიტიურ თერაპიაში შედეგების კვლევას ატარებდეთ, როგორ ფიქრობთ, შეარჩევდით ამ თერაპევტს მასში მონაწილეობის მისაღებად? (იმ დაშვებით, რომ ეს სესია ტიპური იყო)

0	1	2	3	4
ნამდვილად არა	ალბათ არა	არ ვარ დარწმუნებული-ზღვარზე	სავარაუდოდ კი	ნამდვილად კი

3. რამდენად რთული გეჩვენათ ეს პაციენტი სამუშაოდ ?

0	1	2	3	4	5	6
არ იყო რთული ძალიან პერსპექტიული			საშუალოდ რთული			ძალიან რთული

4. ჩაწერეთ თქვენი კომენტარები და რეკომენდაციები თერაპევტის მუშაობის გასაუმჯობესებლად:

-----  
-----  
-----  
-----

# დანართი „ბ“

## კოგნიტურ-ბიჰევიორული თეორიის ეფექტურობის სტატიები

### ზოგადი

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17–31.

Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D., & R ther, E. (2007).

Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological

and psychological treatments for anxiety disorders. *World Journal of Biological Psychiatry, 8*, 175–187.

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 429–441.

Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 521–531.

Siev, J., & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for

generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 513–522.

## სპეციფიური ფობია

Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review, 27*, 266–286. 292 Appendix B

## სოციალური შფოთვისითი აშლილობა

Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21*, 311–324.

Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 291–306.

Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry, 51*, 101–108.

Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883–908.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 1–9.

## ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა

Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44–52.

Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2005) Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*, 140–147.

Van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., Vermeulen, A. W. A., van Dyck, R., Nauta, M. C. E., & Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review, 14*, 359–381.

## პანიკური აშლილობა

- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review, 8*, 819–844.
- Landon, T. M., & Barlow, D. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Current status. *Journal of Psychiatric Practice, 10*, 211–226.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders, 88*, 27–45.
- Van Balkom, A. J. L. M., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M. J. W., Smeenk, S., & Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 510–516.

## კოსტრასტული სტრესული აშლილობა

- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database System Review, 3*, CD00338.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 501–522.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine, 36*, 1515–1522.
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5*, 126–145.

## გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა

- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy, 28*, 285–305.

Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database SystemReview*, CD001848.

Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785–795.

### კლინიკური დავრების

Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social WorkPractice*, 16, 109–120.

Feldman, G. (2007). Cognitive and behavioral therapies for depression: Overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 39–50.

Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2005). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39–77.

Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10, 131–136.

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.

### ბიპოლარული აშლილობა

Colom, F., & Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6, 480–486.

Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 80, 101–114.

Miklowitz, D. J., & Otto, M. W. (2006). New psychosocial interventions for bipolar disorder: A review of literature and introduction of the systematic treatment enhancement program. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 215–230.



Zaretsky, A. E., Rizvi, S., & Parikh, S. V. (2007). How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 14–21.

## ანორექსია

Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (2007). Cognitive-behavior therapy with eating disorders: The role of medications in treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 16–27.

Rosenblum, J., & Forman, S. (2002). Evidence-based treatment of eating disorders. *Current Opinion in Pediatrics*, 14, 379–383.

## ბულიმია

Hay, P. J., Bacaltchuk, J., & Stefano, S. (2007). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane*

*Database System Review*, 3, CD000562.

## ძილის დარღვევები

Edinger, J. D., Melanie, T., & Means, K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 539–558.

Montgomery, P., & Dennis, J. (2004). A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Medicine Reviews*, 8, 47–62.

Wang, M.-Y., Wang, S.-Y., & Tsai, P.-S. (2005). Cognitive behavioral therapy for primary insomnia: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 553–564.

## ფსიქოზი

Lawrence, R., Bradshaw, T., & Mairs, H. (2006). Group cognitive behavioral therapy for schizophrenia: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 673–681.

## Appendix B 295

- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 2220–2232.
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, *10*, 5–16.

### ნევიტერეებების მონმარებით გამონვეული ავლილობები

- Denis, C., Lavie, E., Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2007). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database System Review*, *3*, CD005336.
- Morgenstern, J., & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, *102*, 1377–1389.

### სომეტიზაცია დე სომეტიფორმული დარღვევები

- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 810–827.
- Mai, F. (2004). Somatization disorder: A practical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 562–662.

## გამოყენებული ლიტერატურა:

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy*, 34, 140–147.
- Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to depression: Current status and developmental origins. In T. E. Joiner, J. S. Brown, & J. Kistner (Eds.), *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression* (pp. 83–100). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Achenbach, T. (2005). Advancing assessment of child and adolescent problems: Commentary on evidence based assessment of child and adolescent disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 542–547.
- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome in cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417–1424.
- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 313–326.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Antony, M., & Barlow, D. (Eds.). (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Antony, M., Ledley, D. R., & Heimberg, R. (Eds.). (2005). *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
- Antony, M., Orsillo, S., & Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Springer.
- Antony, M., & Swinson, R. (2000). *Phobic disorders in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D., & R  ther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 8, 175–187.
- Barber, J. F., Liese, B. S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research*, 13, 205–221.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of Your Anxiety and Panic(-MAP-3): Client workbook for anxiety and panic* (3rd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184–200.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194–198.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (Eds.). (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-Manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., & Beedie, A. (2007). The ups and downs of cognitive therapy training: What happens to trainees' perception of their competence during a cognitive therapy training course? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 61–75.

- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C., & Kroner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research, 15*, 316–324.
- Bieling, P., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(1), 52–69.
- Bieling, P. J., & Antony, M. M. (2003). *Ending the depression cycle*. Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The Sociotropy–Autonomy Scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 763–780.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database System Review, 3*, CD00338.
- Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 16*, 109–120.
- Bockting, C., Schene, A., Spinhoven, P., Koeter, M., Wouters, L., Huyser, J., et al. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 647–657.
- Borden, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 16*(3), 252–260.
- Borkovec, T. D., & Whisman, M. A. (1996). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. In M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 171–199). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 1044–1048.
- Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and para-professional group treatments for depression: A comparison of cognitive behavioral and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 491–501.
- Brown, T., DiNardo, P., & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bryceland, C., & Stam, H. J. (2005). Empirical validation and professional codes of ethics: Description or prescription? *Journal of Constructivist Psychology, 18*, 131–155.



- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: Morrow.
- Burns, D. D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy (revised and updated)*. New York: Avon Books.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework assignments, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 305–311.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 441–449.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 46–56.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17–31.
- Carr, E., & Durand, C. (1985). The social-communicative basis of severe behavior problems in children. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 219–254). New York: Academic Press.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497–504.
- Castonguay, L., & Grosse Holtforth, M. (2005). Change in psychotherapy: A plea for no more “nonspecific” and false dichotomies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(2), 198–201.
- Chambless, D., Caputo, G., Gracely, S., Jasin, E., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 35–44.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.
- Chang, E. C., D’Zurilla, T. J., & Sanna, L. J. (Eds.). (2004). *Social problem solving: Theory, research, and training*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review, 27*, 266–286.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (1991). Personality factors in dysphoria: A psychometric refinement of Beck's Sociotropy–Autonomy Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 369–388.

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Hoboken, NJ: Wiley.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.

Craighead, W. E., Sheets, E. S., Bjornsson, A. S., & Arnarson, E. (2005). Specificity and nonspecificity in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 189–193.

Dattilio, R., & Freeman, A. (Eds.). (2000). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Davidson, P. O. (1970). Graduate training and research funding for clinical psychology in Canada: Review and recommendations. *Canadian Psychologist*, 11, 101–127.

Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2000). *The relaxation and stress-reduction workbook* (5th ed.). New Harbinger Press.

Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.) Minneapolis: National Computer Systems.

DeRubeis, R., Hollon, S., Amsterdam, J., Shelton, R., Young, P., Salomon, R., et al. (2005). Cognitive therapy versus medication in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.

DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the non-specifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174–193.

DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469–482.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658–670.

Dobson, K. S., Beck, J. S., & Beck, A. T. (2005). The Academy of Cognitive Therapy: Purpose, history, and future prospects. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 263–266.

- Dobson, K. S., & Dobson, D. J. G. (2006). Empirically supported treatments: Recent developments in the cognitive-behavioural therapies, and implications for evidence-based psychotherapy. In D. Loewenthal & D. Winter (Eds.), *What is psychotherapeutic research?* (pp. 259–276). London: Karnac Books.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed., pp. 3–39). New York: Guilford Press.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468–477.
- Dobson, K. S., Shaw, B. F., & Vallis, T. M. (1987). Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 24*, 295–300.
- Dugas, M., Radomsky, A., & Brillon, P. (2004). Tertiary intervention for anxiety and prevention of relapse. In D. Dozois & K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 161–184). Washington, DC: American Psychological Association.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer.
- Eells, T. D. (Ed.). (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Elkin, I., Shea, M., Watkins, J., Imber, S., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 971–982.
- Ellman, S. J. (2008). Termination and long-term treatments. In W. T. O’Donohue & M. A. Cucciare (Eds.), *Terminating psychotherapy: A clinician’s guide* (pp. 205–228). New York: Routledge.
- Emmelkamp, P. M., & Wessels, H. (1975). Flooding in imagination vs. Flooding *in vivo*: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 13*, 7–15.
- Endicott, J., & Spitzer, R. (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 35*, 837–844.
- Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive-behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311–324.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578–582.
- Feldman, G. (2007). Cognitive and behavioral therapies for depression: Overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 39–50.
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253–271.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194–200.
- Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M., & Payne, L. L. (1980). Massed versus spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333–338.
- Freeman, A., & Leaf, R. C. (1989). Cognitive therapy applied to personality disorders.
- In A. Freeman, K. Simon, L. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 403–433). New York: Plenum Press.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M., & Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201–215.
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *Behavior Therapist*, 27, 25–32.
- Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive behaviour therapy. In D. Clark & C. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 27–46). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2002). The management of countertransference. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist*





Hayes, S., Nelson, R., & Jarrett, R. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist*, 42, 963–974.

Haynes, S., & O'Brien, W. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Press.

Hayes, S. C., Follette, V., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.

Heery, M. (2001). An interview with Albert Ellis, PhD: Rational emotive behavior therapy. Retrieved July 4, 2008, from [www.psychotherapy.net/interview/AlbertEllis](http://www.psychotherapy.net/interview/AlbertEllis).

Heimberg, R., & Becker, R. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.

Heimberg, R., Dodge, C., Hope, D., Kennedy, C., Zollo, L., & Becker, R. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1–23.

Helbig, S., & Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: Rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 291–301.

Held, B. S. (1995). *Back to reality: A critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York: Norton.

Hembree, E. A., & Cahill, S. P. (2007). Obstacles to successful implementation of exposure therapy. In D. C.

Richard & D. Luterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 389–408). London: Elsevier Press.

Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (pp. 255–265). New York: Oxford University Press.

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 669–676.

Hollon, S., Stewart, M., & Strunk, D. (2006). Enduring effects of cognitive-behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315.

Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2005). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39–77.



Karpiak, C., & Smith Benjamin, L. (2004). Therapist affirmation and the process and outcome of psychotherapy: Two sequential analytic studies. *Journal of Clinical Psychology, 60*(6), 659–676.

Kazantzis, N., & Dattilio, F. N. (2007). Beyond basics: Using homework in cognitive behavior therapy with challenging clients. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(3), 249–251.

Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapies: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 189–202.

Kazantzis, N., & L'Abate, L. (Eds.). (2007). *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice and prevention*. New York: Springer.

Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Schaap, C. P. D. R. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 165*, 781–786.

Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification, 24*, 264–297.

Keller, M. B. (1994). Depression: A long term illness. *British Journal of Psychiatry, 165*(Suppl. 26), 9–15.

Kendjelic, E. M., & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 44*, 66–77.

Kessler, R. C. (2002). Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 23–42). New York: Guilford Press.

Kessler, R. C., Berglund, P., Dernier, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association, 289*, 3095–3105.

Kiresuk, T. J., Stelmachers, Z. T., & Schultz, S. K. (1982). Quality assurance and goal attainment scaling. *Professional Psychology, 13*, 145–152.

Kleespies, P., Deleppo, J., Gallagher, P., & Niles, B. (1999). Managing suicide emergencies: Recommendations for the practitioner. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*, 454–463.

Klein, D., Schwartz, J., Santiago, N., Vocisano, C., Castonguay, L., Arnou, B., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 997–1006.

- Koss, M. P., & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 664–700). New York: Wiley.
- Kottler, J. A. (1986). *On being a therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, *135*, 525–533.
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1187–1201.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects.” *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 855–869.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (pp. 17–36). New York: Oxford University Press.
- Landon, T. M., & Barlow, D. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Current status. *Journal of Psychiatric Practice*, *10*, 211–226.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (Ed.). (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L., & Holland, S. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Ledley, D. R., & Heimberg, R. G. (2005). Social anxiety disorder. In M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 38–76). New York: Guilford Press.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *23*, 441–451.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*, *27*, 123–132.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, *17*(3), 322–334.

Liberman, R., DeRisi, W., & Mueser, K. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 54–70.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Lohr, J., Olatumji, B., Parker, L., & DeMaio, C. (2005). Experimental analysis of specific treatment factors: Efficacy and practice implications. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 819–834.

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2nd ed.). New York: Basic Books.

Luborsky, L., & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5–14.

Ma, S. H., & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31–40.

MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1982). The Pleasant Events Schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 363–380.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.

March, J., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. (1997). The Expert Consensus Guidelines: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Supp 4).

Marks, I., & Mathews, A. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263–267.

Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.

Mattick, R., & Clarke, J. (1998). Development and validation of measures of social phobia, scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455–470.

McAlpine, D., & Mechanic, D. (2000). Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: The roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Services Research*, 35, 277–292.

McFarlane, T., Carter, J., & Olmsted, M. (2005). Eating disorders. In M. Antony, D.R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 268–305). New York: Guilford Press.



- McGlinchey, J., & Dobson, K. S. (2003). Treatment integrity concerns in cognitive therapy for depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, 299–318.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1995). *Messages: The communication-skills book* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Press.
- McMullin, R. E. (2000). *The new handbook of cognitive therapy techniques*. New York: Norton.
- McWilliams, N. (2005). Preserving our humanity as therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 42, 139–151.
- Meyer, G., Finn, S., Eyde, L., Kay, G., Moreland, K., Dies, R., et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56(2), 128–165.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mitte, K. (2005a). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785–795.
- Mitte, K. (2005b). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27–45.
- Mumma, G. (2004). Validation of idiosyncratic cognitive schema in cognitive-case formulations: An intraindividual idiographic approach. *Psychological Assessment*, 16, 211–230.
- Mumma, G., & Smith, J. (2001). Cognitive-behavioral-interpersonal scenarios: Interformulator reliability and convergent validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 203–221.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Mussell, M., Mitchell, J., Crosby, R., Fulkerson, J., Hoberman, H., & Romano, J. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 432–437.
- Nelson-Gray, R. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 15(4), 521–531.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. New York: Springer.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., & McClure, K. S. (Eds.). (2000). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic.

- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Koocher, G. P., & Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi Poll. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 515–522.
- Norcross, J. C., Santrock, J. W., Campbell, L. F., Smith, T. P., Sommer, R., & Zuckerman, E. L. (2000). *Authoritative guide to self-help resources in mental health*. New York: Guilford Press.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409–418.
- O'Donohue, W. T., & Cucciare, M. A. (2008). *Terminating psychotherapy: A clinician's guide*. New York: Routledge.
- Ost, L. G. (1989). A maintenance program for behavioural treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 123–130.
- Othmer, E., & Othmer, S. (1994). *The clinical interview using DSM-IV. Vol. I: Fundamentals*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 293–313.
- Otto, M., Reilly-Harrington, N., Kogan, J., & Winett, C. (2003). Treatment contracting in cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 199–203.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Archives of General Psychiatry, 61*, 714–719.
- Paterson, R. (2000). *The Assertiveness Workbook: How to express your ideas and stand up for yourself at work and in relationships*. Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 10*, 131–136.
- Pekarik, G., & Wolff, C. (1996). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment and clinical significance. *Professional Psychology: Research and Practice, 27*(2), 202–208.
- Perepletchikova, R., & Kazdin, A. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 365–378.

- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Persons, J. B., & Bertagnolli, A. E. (1999). Inter-rater reliability of cognitive-behavioral case formulations for depression: A replication. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 271–284.
- Persons, J. B., Mooney, K., & Padesky, C. (1995). Interrater reliability of cognitive-behavioral case formulation. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 21–34.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041–1051.
- Reddin Long, J. (2001). Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy*, 38, 219–232.
- Rees, C., McEvoy, P., & Nathan, P. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(4), 242–247.
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Farrar.
- Richard, D. C., & Lauterbach, D. (Eds.). (2007). *Handbook of exposure therapies*. London: Elsevier Press.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (Eds.). (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Robins, L., Cottler, L., Bucholz, K., & Compton, W. (1995). *The Diagnostic Interview Schedule, Version IV*. St. Louis, MO: Washington University Medical School.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883–908.
- Rotgers, F., & Sharp, L. (2005). Alcohol use disorders. In M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 348–379). New York: Guilford Press.
- Rowa, K., Bieling, P. J., & Segal, Z. V. (2005). Depression. In M. Antony, D. R. Ledley, & R. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 204–245). New York: Guilford Press.
- Rudd, M. D., & Joiner, T. (1998). The assessment, management and treatment of suicidality: Toward clinical informed and balanced standards of care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 135–150.

Rudd, M. D., Joiner, T., Jobes, D., & King, C. (1999). The outpatient treatment of suicidality: An integration of science and recognition of its limitations. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*(5), 437–446.

Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research, 17*, 185–195.

Safran, J., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

Safran, J., & Wallner, L. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment, 3*, 188–195.

Salkovskis, P., Clark, D., & Gelder, M. (1996). Cognition–behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 453–458.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine, 36*, 1515–1522.

Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1988). Competency judgments in the training and evaluation of psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 666–672.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(Suppl.20), 22–33.

Simon, R. I., & Hales, R. E. (Eds.). (2006). *Textbook of suicide assessment and management*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752–760.

Sobell, L., & Sobell, M. (2003). Using motivational interviewing techniques to talk with clients about their alcohol use. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 214–221.

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State–Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spies, R., & Plake, B. (Eds.). (2005). *The sixteenth mental measurements yearbook*. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, R., Hahn, S., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749–1756.
- Stoppard, J. (1989). An evaluation of the adequacy of cognitive behavioural theories for understanding depression in women. *Canadian Psychology*, 30, 39–47.
- Strachey, J. (1957). *Studies on hysteria* (edited from the original by J. Breuer & S. Freud, *Studien über Hysterie*; 1895). New York: Basic Books.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W., & Alvarez, J. (2007). Patients' competence and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 523–530.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894–904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 168–172.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 404–408.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Teyber, E. (2000). *Interpersonal process in psychotherapy: A relational approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 38, 385–389.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1986). The Cognitive Therapy Scale: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 381–385.
- Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231–239.



- Wampold, B. E. (2005). Establishing specificity in psychotherapy scientifically: Design and evidence issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 194–197.
- Wang, J. (2007). *Mental health literacy in Alberta*. Presentation at Department of Psychiatry, Calgary, Alberta, Canada.
- Waters, A. M., & Craske, M. G. (2005). Generalized anxiety disorder. In M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 77–127). New York: Guilford Press.
- Watson, J., & Geller, S. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process–experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 25–33.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1980). *The Dysfunctional Attitude Scale*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Weissman, M. M., Verdeli, H., Gameroff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., et al. (2006). National Survey of Psychotherapy Training in Psychiatry, Psychology, and Social Work. *Archives of General Psychiatry*, 63, 925–934.
- Wells, A. (2002). Worry, metacognition, and GAD: Nature, consequences, and treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, 179–192.
- Wells, A., Clark, D., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153–161.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248–265.
- Whisman, M. A. (2008). *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity*. New York: Guilford Press.
- Widiger, T. A., & Frances, A. J. (1994). Toward a dimensional model for the personality disorders. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 19–39). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110–130.

- Wright, J. H., Wright, A. S., Salmon, P., Beck, A. T., Kuykendall, J., Goldsmith, J., et al. (2002). Development and initial testing on a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 76–86.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Yates, A. (1958). Symptoms and symptom substitution. *Psychological Review*, 65(6), 371–374.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale rating manual*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Young, J. E., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

# განმარტებითი ლექსიკონი

## ა

ავტომატური აზრი - Automatic Thought

ავტონომია-Autonomy აზროვნების  
პატერნები- Thought Patterns

ანტიციპაციური ქცევები - Anticipatory  
Behaviors

არასაკმარისი თვით-კონტროლი-Insuf-  
ficient self-control

არასპეციფიკური ფაქტორები - Non-spe-  
cific Factors

არასრულყოფილება-Defectiveness

ასერტულობა - Assertiveness

აქტივობის განრიგი -Activity Scheduling

გაცნობიერებული მიმღებლობა - Mind-  
fulness

გენერალიზებული შფოთვითი აშლი-  
ლობა - Generalized Anxiety Disorder  
(GAD)

გულწრფელობა - Authenticity

გუნება-განწყობილება - Mood

გონებრივი იერიში - Brainstorming

## დ

## ბ

ბაზისური რწმენა-Core Beliefs

ბიბლიოთერაპია - Bibliotherapy

დამოკიდებული პიროვნული აშლი-  
ლობა - Dependent Personality Dis-  
order

დანახარჯის და სარგებლის ანალიზი -  
Cost-benefit Analysis

დაოსტატება-Mastery

დახელოვნება - Mastery

დიათეზის სტრესის მოდელი - Diathe-  
sis-stress Model

დიაპაზონის შეზღუდვა - Restriction of  
Range

დიდი დეპრესიული აშლილობა - Major  
Depressive Disorder

დისკრეტული ცვლადი- Discrete Variable

დისფორიული აშლილობა - Dysphoric  
Disorder

დისფუნქციური რწმენა - Dysfunctional  
Beliefs

## გ

გამააქტიურებელი- Activating

გამოჯანმრთელება-Recovery

განდიდება/გრანდიოზულობა-Entatle-  
ment/Grandiosity

განრიდება- Avoidance

დისტრესის სუბიექტური შეფასების სკალა- Subjective Units of Distress Scale (SUDS)

თ

დღის წესრიგის განსაზღვრა - Agenda Setting

თავის არიდების ქცევა - Self-avoidance  
თანამშრომლობითი ემპირიზმი -Collaborative empiricism

თანმიმდევრული ექსპოზიცია - Graduated exposure

თერაპიული კომპეტენტურობა - Treatment competence

თერაპიული სესია - Therapeutic session

თვით-ეფექტურობა - Self-efficacy

თვით-გახსნა - Self-disclosure

თვით-დამამცირებელი აზრი - Self-degradatory thoughts

ე

ეკლექტური - Eclectic

ემოციების გამობატვის შეკავება- Emotional Inhibition

ემოციური საწყისი - Emotional Prime

ემპათია - Empathy

ემპირიზმი - Empiricism

ემპირიულად დადასტურებული - Empirically Supported

ემოციური დეპრივაცია-Emotional Deprivation

ო

ეფექტიანი - Efficient

ეფექტიანობა - Efficacy

ეფექტური - Effective

ექსპოზიციური აქტივობა - Exposition

ექსპოზიციური თერაპია - Exposition Therapies

ინსაიტური თერაპია - Insight Therapy

ინტერვენცია/ ჩარევა - Intervention

პ

ექსპოზიციის ფორმები: რეალური (In Vivo) და წარმოსახვითი (In Imagino)

კლიენტის ცვლადები-Client Variables

კლინიკური მნიშვნელოვნება-Clinical Significance

კლინიკური დეპრესია - Major depression

ჰ

ვალიდობა - Validity

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია - Cognitive-behavioral therapy

კოგნიტური შეცდომა- Cognitive distortions

ბ

კოგნიტურ-ბიჰევიორული შემთხვევის ფორმულირება- Cognitive-behavioral case formulation

ზედმეტი კრიტიკულობა - Hypercriticalness

კოგნიტური რევოლუცია-Cognitive Revolution

ზრდასრული-Adult

კოგნიტური რესტრუქტურირება-Cognitive restructuring

კონგრუენტულობა-Congruence

6

კორელაცია-Correlation

ნარჩენი სიმპტომები - Residual Symptoms

ნეგატიური აზრები - Negative thoughts

მ

მართული აღმოჩენა - Guided discovery

მეტა-ანალიზი - Meta-analysis

3

მიახლოება-დაშორების კონფლიქტი - Approach- avoidance conflict

პანიკური აშლილობა - Panic Disorder

მიზნის მიღწევის სკალირება - Goal attainment scaling

პირველადი შეფასება - Initial Assessment

მიმღებლობა - Acceptance

პირველადი ინტერვიუ- Intake interview

მიჭაჭვულობის სტილი -Attachment Style

პიროვნული აშლილობა -Personality Disorder

მკაცრად მომთხოვნი სტანდარტები- Unrelenting Standards

პირობითი შეთანხმება -Contingency Contracting

მკვლევარი - Researcher

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა)- Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

მკურნალობისადმი ინტეგრირებული მიდგომა -Treatment integrity

პრობლემათა ჩამონათვალი - Problem List

მკურნალობის მითითებებისადმი დამყოლობა -Treatment adherence

პრობლემა - Concern

მკურნალობის შედეგი -Treatment Outcome

პროკრასტინაცია (დაყოვნება, საქმის გადადება) - Procrastination

მოსმენა რეფლექსიით - Reflective listening

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომა-Evidence-based Approach

რ

მტკიცებულებათა დებატები -Evidence Debate

რანდომული კლინიკური კვლევა - Randomized Clinical Trial

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული შეფასება - Empirically based assessment

რანჟირებული შეფასება - Rating Scale

მღელვარება - Worry

რეალური (ინვივი) ექსპოზიცია - invivo exposure

მშობლობა - Parenting

რეაქციის პრევენცია - Response Prevention

მხარდამჭერი სესია-Booster Sessions

რეზიდუალური სიმპტომები - Residual Symptoms

რეზისტენტობა - Resistance



რელაფსი - Relapse (სიმპტომების ან პრობლემური ქცევების განმეორება რემისიის

ტ

შემდგომ, იმდენად, რომ იგი შეესაბამება დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს).

ტრიგერი - Trigger

ტრანსფერი (გადატანა) – Transfer

რეციდივი-Recurrence (სიმპტომების ან პრობლემური ქცევების გამოვლენა გამოჯანმრთელების შემდეგ, რომელიც მოიცავს დიაგნოსტირებადი

უ

პრობლემის ახალი ეპიზოდის არსებობას).

უკუგადატანა (კონტრტრანსფერი) - Countertransference

რწმენა-Belief

უკუკავშირი - Feedback

რუმინაცია - Rumination

უსაფრთხოების ქცევები - Safety Behaviors

უსაფრთხო მიჯაჭვულობის სტილი - Secure Attachment Style

ს

უნარი - Skill

საკონტროლო სესიები - Follow-up Sessions

სამკურნალო სარგებელი - Treatment Utility

ფ

სახელმძღვანელო - Manual, Guidelines

სერვისის მიმწოდებელი - Service Provider

ფსიქოდინამიური - Psychodynamic

ფსიქოლოგიური სირთულეები - Psychological Disorders

სკალა - Scale

ფსიქოგანათლება - Psychoeducation

სისტემატური კუნთური რელაქსაცია -Systematic Muscle Relaxation

ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

სითბო -Warmth

სოციოტროპია - Sociotropy

სტატისტიკური მნიშვნელოვნება - Statistical Significance

სუბკლინიკური - Subclinical

სქემა - Scheme

ქ

სხვისგან მონონების ძიება/აღიარების ძიება-Approval seeking/recognition seeking

ქცევითი აქტივაცია - Behavioral Activation

ქცვის პოზიტიური ცვლილება- Positive Behavior Change

ქცევაზე დაფუძნებულ თერაპიათა ჯგუფი  
- Experiential Therapies

შ

შედეგების შემანარჩუნებელი თერაპია-  
Maintenance Therapy

შემთხვევის ფორმულირება - Case For-  
mulation

შემთხვევითობის მართვა-Contingency  
Management

შენწყვეტა - Termination

შფოთვითი აშლილობები -Anxiety Dis-  
orders

ც

ცვლილებაზე ორიენტირებული საუბარი  
- Change Talk

ცვლილების დანიშნულება-Prescription  
for Change

წ

წინსმნრები - Precursor

ბ

ხარვეზი - Gap

