

UDC Subject Classification: 1 PHILOSOPHY. PSYCHOLOGY

უნარშეზღუდულობასა და ქრონიკულ ავადმყოფობასთან ფსიქოლოგიური ადაპტაციის მექანიზმები

ქეთევან ინასარიძე

მწვრთნელთა ფაკულტეტი, საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი; ნეირომეცნიერების ასოციაცია

kate_inasaridze@hotmail.com

აბსტრაქტი

ამჟამად საკმაოდ ბევრ ადამიანს აქვს ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის დიაგნოზი. ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანები ხშირად აწყდებიან ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, საგანმანათლებლო, ფინანსურ და პროფესიულ ბარიერებს, რაც მნიშვნელოვნად არღვევს მათი ცხოვრების ხარისხს. კონსულტანტები როდესაც მუშაობენ მდგრადი ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე პირებთან, ჩვეულებრივ ა) იყენებენ თავიანთ გამოცდილებას სტრესის, კრიზისის, დანაკარგისა და მწუხარების დაძლევის სფეროებში; ბ) ითვალისწინებენ ტრავმული მოვლენების გავლენას თვითშეფასებაზე/მე-კონცეფციაზე, სხეულის იმიჯზე და ცხოვრების ხარისხზე; და გ) შეისწავლიან უნარშეზღუდულობასთან დაკავშირებული ფაქტორების (მაგალითად, გაურკვევლობის, არაპროგნოზირებადობის) და სოციალური რეაქციების (მაგალითად, სტიგმის, ცრურწმენის) გავლენას ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალურ ადაპტაციაზე. ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის საკითხებიდან ზაზგასასმელია ამ პოცესთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ცნებები, პროცესები, შეფასების ინსტრუმენტები და ინტერვენციის სტრატეგიები, რომლებსაც უნდა ეფუძნებოდნენ კლინიკისტები.

საკვანძო სიტყვები: ფსიქოლოგიური რეაქცია ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობაზე, ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის შესაფასებელი ინსტრუმენტები, ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის და ინტერვენციული სტრატეგიები.

ქრონიკული დაავადებები და უნარშეზღუდულობა მრავალი ადამიანს აღენიშნება. დაახლოებით 1.3 მილიარდ ადამიანს აღენიშნება მნიშვნელოვანი შეზღუდული შესაძლებლობები. ეს მსოფლიო მოსახლეობის 16%-ს შეადგენს, ანუ ყოველი 6 ადამიანიდან 1-ს [1]. არსებული დარღვევები მოიცავს ფიზიკური, სენსორული, ფსიქიატრიული ან კოგნიტური უნარშეზღუდულობას, რომლებიც ხელს უშლიან ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებას. ქრონიკულ დაავადებებსა და უნარშეზღუდულობას შორის ურთიერთობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რთული და ხშირად უგულებელყოფილი ასპექტია. ქრონიკულმა დაავადებებმა დროთა განმავლობაში შეიძლება გამოიწვიოს უნარშეზღუდულობა, ხოლო

უნარშეზღუდულობა ხშირად განაპირობებს ქრონიკული დაავადებების წარმოქმნას. ეს ორმხრივი გავლენა ხაზს უსვამს ამ ურთიერთდაკავშირებული ჯანმრთელობის საკითხების სრულად გაგებისა და მოგვარების აუცილებლობას. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ზრდასრული ამერიკელი ადამიანების 80%-ს აღენიშნება 11 ქრონიკული ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან სულ მცირე ერთი ქრონიკული დაავადება [2].

შშმ პირთა დიდ ნაწილს არ შეუძლია მუშაობა ან სკოლაში სიარული და მათთვის გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარჯები სოლიდურ თანხებს შეადგენს როგორც ამერიკაში, ისე ევროპაში [3, 4, 5, 6]. აშშ-ში სიკვდილის 10 ყველაზე გავრცელებული მიზეზიდან 8 დაკავშირებულია ქრონიკულ დაავადებებთან [7].

უნარშეზღუდულობასთან დაკავშირებული და უშუალოდ დაუკავშირებელი ფაქტორტაერთობლიობა ერთმანეთთან ურთიერთქმედებს და ეს რთული კომპლექსი გავლენას ახდენს ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე პირთა ცხოვრებაზე. ამ ფაქტორთაგან ზოგიერთია პირის მდგომარეობის გაურკვეველი პროგნოზი, ყოველდღიური აქტივობებისა და ცხოვრებისეული როლების შესრულების უნარის დარღვევა, ფუნქციური შეზღუდვების ხარისხი, ფსიქოსოციალური სტრესი, სამედიცინო მკურნალობისა და რეაბილიტაციური ინტერვენციების კურსის გახანგრძლივების ფაქტორი, გავლენა ოჯახზე და მეგობრებზე, მდგრადი ფინანსური დანაკარგი (მაგ., შემცირებული შემოსავალი, გაზრდილი სამედიცინო გადასახადები).

ქრონიკულ ავადმყოფობასთან და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალურ ადაპტაციის პრობლემატიკა მოიცავს I. ქრონიკულ ავადმყოფობასთან და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის დინამიკის (ანუ პროცესის) მიმოხილვას, II. მეთოდებს, რომლებიც ჩვეულებრივ გამოიყენება ქრონიკულ ავადმყოფობასთან და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციისათვის და III. ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე პირებთან გამოყენებული ინტერვენციის სტრატეგიებს.

I. ქრონიკულ ავადმყოფობასთან და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალურ ადაპტაციას გააჩნია სპეციფიკური დინამიკა, წარმოადგენს დინამიკურ პროცესს. როგორც წესი ორივეს დაწყება ასოცირდება ან სხვადასხვა სახის ტრავმულ დაზიანებასთან, როგორებიცაა მაგალითად თავის ტვინის დაზიანება, ან ზურგის ტვინის დაზიანება, ან უკავშირდება გარკვეულ დაავადებას, მაგალითად დიაბეტს, სიმსივნურ დაავადებას. ზოგიერთი ქრონიკული ავადმყოფობა და უნარშეზღუდულობა თანდაყოლილია, ან ადამიანის დაბადებისას წარმოიქმნება, როგორც მაგალითად ცერებრალური დამბლა. ზოგი წარმოიქმნება შემთხვევით, ზოგის შემენა კი მოგვიანებით ცხოვრების განმავლობაში ხდება (მაგალითად ეპილეფსია, კიდურების ამპუტაცია, პარკინსონის დაავადება).

ქრონიკულ ავადმყოფობასთან და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალურ ადაპტაციას დინამიკურ პროცესთან დაკავშირებით განხილვა განხორციელდება: i). ძირითადი ცნებების, ii). ქრონიკული ავადმყოფობითა და უნარშეზღუდულობით გამოწვეული რეაქციების და iii). ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან დაკავშირებული დამლევის სტრატეგიების.

i). ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან შემდეგი ძირითადი ცნებებია დაკავშირებული: კრიზისი, სტრესი, დანაკარგი და მწუხარება, სხეულის

იმიჯი, მე-კონცეფცია - თვითშეფასება, სტიგმა, ცხოვრების ხარისხი, გაურკვევლობა და არაპროგნოზირებადობა.

ა) კრიზისი. ადამიანისათვის ძალიან ტრავმულია უეცარი გაჩენა სხვადასხვა სამედიცინო დარღვევის და უნარშეზღუდულობის, როგორებიცაა მაგალითად თავის ტვინის ან ზურგის ტვინის დაზიანება, აგრეთვე სიცოცხლისათვის საშიში დიაგნოზის გაგება ან ღირებული ფუნქციების დაკარგვა, მაგალითად, სმენის ან მხედველობის დაკარგვა, სიმსივნური დაავადების გაჩენა. ეს მდგომარეობები წარმოქმნიან ფსიქოსოციალურ კრიზისს დაზარალებული ადამიანის ცხოვრებაში. მიუხედავად იმისა, რომ კრიზისი განსაზღვრების მიხედვით, დროში შეზღუდულია, ის გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრებაზე და არღვევს მის ფსიქოლოგიურ, ქცევით და სოციალურ წონასწორობას. კრიზისის ფსიქოლოგიური შედეგები კი ხანგრძლივია და შესაძლოა გადაიზარდოს პათოლოგიურ მდგომარეობებში, როგორიცაა მაგალითად პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა [7].

ბ) სტრესი. ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე პირები ჩვეულებრივ განიცდიან სხვადასხვა სიხშირითა და ინტენსივობით გამოხატულ სტრესს. სტრესის მომატებული დონე განიცდება ყოველდღიურ საფრთხეებთან გამკლავების აუცილებლობის გამო, რომელიც მოიცავს საფრთხეს ა) ადამიანის სიცოცხლისა და კეთილდღეობისათვის; ბ) სხეულის მთლიანობისათვის; გ) დამოუკიდებლობისა და ავტონომიისათვის; დ) ოჯახური, სოციალური და პროფესიული როლების შესრულებისათვის; ე) სამომავლო მიზნებისა და გეგმებისათვის; და ვ) ეკონომიკური სტაბილურობისათვის [7].

გ) დანაკარგი და მწუხარება. ტრავმული ან პროგრესირებადი ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის დაწყების შემდეგ განვითარებული კრიზისი იწვევს მწუხარებისა და გლოვის, მწუხარების და სასოწარკვეთის პროცესს სხეულის დაკარგული ნაწილის ან ფუნქციის გამო. ტერმინი ქრონიკული მწუხარება ხშირად გამოიყენებოდა ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანების მიერ განცდილი მწუხარების აღსაწერად. არასხეულებრივ დანაკარგებთან დაკავშირებული მწუხარებისაგან განსხვავებით, ქრონიკული ავადმყოფობა და უნარშეზღუდულობა პიროვნების ამ მდგომარეობის მუდმივ შეხსენებას იწვევს. ყოველდღიური ტრიგერული მოვლენები დაზარალებული პირისათვის მოქმედებენ როგორც იმისი შემახსენებლები, რომ წარსულისა და აწმყოს ან მომავლის სიტუაციებს შორის მუდმივი განსხვავება არსებობს [7].

დ) სხეულის ხატი. სხეულის ხატი ზოგადად განისაზღვრება, როგორც საკუთარი სხეულის არაცნობიერი მენტალური რეპრეზენტაცია ან სქემა, რომელიც თანდათან ვითარდება და ასახავს ინტერაქტიულ ძალებს, რომლებიც აღძრულია სენსორული (მაგალითად, ვიზუალური, სმენითი, კინესთეტიკური), ინტერპერსონალური (მაგალითად, დამოკიდებულების/ატიტუდის თვალსაზრისით), გარემოს (მაგალითად, ფიზიკური პირობები) და დროითი ფაქტორების მიერ. ითვლება, რომ ქრონიკული ავადმყოფობა და უნარშეზღუდულობა, მისი გავლენით და ზემოქმედებით ფიზიკურ გარეგნობაზე, ფუნქციურ შესაძლებლობებზე, ტკივილის გამოცდილებაზე და სოციალურ როლებზე, ცვლის და ამახინჯებს კიდევაც ადამიანის სხეულის იმიჯსა და თვითშეფასებას. ცნობილია, რომ ქრონიკულ ავადმყოფობასთან და უნარშეზღუდულობასთან წარმატებული ფსიქოსოციალური ადაპტაცია ასახავს

ფიზიკური და სენსორული ცვლილებების ინტეგრაციას სხეულის გარდაქმნილ ხატში და თვითაღქმაში. წარუმატებელი ადაპტაცია, პირიქით, დასტურდება ისეთი ფიზიკური და ფსიქიკური სიმპტომების გაჩენით, როგორებიცაა შფოთვისა და დეპრესიის ძლიერი და შეუმსუბუქებელი გრძნობები, ფსიქოგენური ტკივილი, ქრონიკული დაღლილობა, სოციალური გარიყვა/იზოლაცია და კოგნიტური დამახინჯებები [7].

ე) მე-კონცეფცია. ადამიანის მე-კონცეფცია და თვითიდენტობა დაკავშირებულია სხეულის იმიჯთან და ხშირად განიხილება, როგორც მისგან ცნობიერი, სოციალური წარმოდგენები. თუმცა, მე-კონცეფცია და თვითიდენტობა შეიძლება ერთმანეთთან შეუთავსებელი იყოს თვალსაჩინო უნარშეზღუდულობის მქონე ბევრი პირისათვის. თვითობის განცდა (ე.ი. თვითიდენტობა), შეიძლება უარყოფილ იქნეს სხვებთან სოციალურ ინტერაქციაში, რომლებიც პიროვნებაზე რეაგირებენ უპირველეს ყოვლისა როგორც „უნარშეზღუდულზე“ (ანუ, ყურადღებას ამახვილებენ გარეგნობაზე და არა იდენტობაზე), და ამით დაიკარგოს პიროვნების რეალური მე-ს (სელფის) გრძნობა. პიროვნების თვითშეფასება, რომელიც წარმოადგენს მე-კონცეფციის შეფასებად კომპონენტს, თანდათან ავლენს ეროზიის ნიშნებს და ნეგატიურ თვითაღქმას ასეთი შეხვედრების შემდეგ [7].

ვ) სტიგმა. სტერეოტიპებისა და ცრურწმენების გავლენა აძლიერებს სტიგმას ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანების მიმართ. ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მიერ წამოქმნილი შეზღუდვები იწვევს გადახრას გარკვეული სოციალური ნორმებიდან და მოლოდინებიდან (მაგალითად, პროფესიული სტაბილურობა). აქედან გამომდინარე, ისინი უარყოფითად განიხილება საზოგადოების მიერ და იწვევს სტიგმატიზებულ აღქმებსა და დისკრიმინაციულ პრაქტიკას. ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანების მიერ ამ სტიგმატიზებული ურთიერთობების ინტერნალიზება იწვევს ცხოვრებისეული სტრესის გაზრდას, თვითშეფასების დაქვეითებას და სოციალური შეხვედრებისაგან გაქცევას, მათზე თავის არიდებას, მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო გარემოს ჩათვლით [7].

ზ) გაურკვევლობა და არაპროგნოზირებადობა. ზოგიერთი ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მიმდინარეობა საკმაოდ სტაბილურია ან პროგნოზირებადია (მაგალითად, ამპუტაცია, ცერებრალური დამბლა), ტუმცა მდგომარეობების უმეტესობა არ შეიძლება ჩაითვალოს სტაბილურად და პროგნოზირებადად (მაგალითად, ეპილეფსია, კიბო, გაფანტული სკლეროზი). ჯანმრთელობის ამ მდგომარეობების მზაკვრულ და ცვალებად მიმდინარეობას ახლავს გამწვავებისა და რემისიის მონაცვლეობითი პერიოდები, არაპროგნოზირებადი გართულებები, ტკივილისა და გონების დაკარგვის გამოცდილება და თანდათანობითი გაუარესების მონაცვლეობითი ტემპი. კონცეფცია „დაავადებაში აღქმული გაურკვევლობა“ ჩამოაყალიბა მიშელმა, რათა გამოესახა, თუ როგორ წარმოიქმნება გაურკვევლობა ან პიროვნული მნიშვნელობის სტრუქტურის უნარის არ ქონა, როცა ინდივიდს არ შეუძლია შექმნას დაავადებასთან დაკავშირებული მოვლენების კოგნიტური სქემა. სამედიცინო მდგომარეობები, როგორებიცაა მაგალითად სიმსივნური დაავადება და გაფანტული სკლეროზი, რომლებსაც ახასიათებთ აღქმული გაურკვევლობის გაზრდილი დონე დაავადების სიმპტომების, დიაგნოზის, მკურნალობის, პროგნოზისა და ოჯახის წევრებთან

ურთიერთობების მიმართ, აღმოჩნდა, რომ დაკავშირებულნი არიან დაქვეითებულ ფსიქოსოციალურ ადაპტაციასთან [7].

თ) ცხოვრების ხარისხი. მიჩნეულია, რომ სარეაბილიტაციო პრაქტიკაში საბოლოო ფსიქოსოციალური შედეგი არის ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის შემდგომი ცხოვრების ხარისხი, რომელიც გლობალური და მრავალწახნაგოვანი კონსტრუქტია და მოიცავს შემდეგ ფუნქციურ სფეროებს: ა) ინტრაპერსონალური (მაგალითად, ჯანმრთელობა, ცხოვრებით კმაყოფილების აღქმა, კეთილდღეობის გრძნობა), ბ) ინტერპერსონალური (მაგალითად, ოჯახური ცხოვრება, სოციალური აქტივობები) და გ) ექსტრაპერსონალური (მაგალითად, სამუშაო აქტივობები, საცხოვრებელი). ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ადაპტაციის კონტექსტში, ცხოვრების ხარისხისათვის, როგორც წესი, არსებობს დამკვეთი ორ ძირითად სფეროში: ადრე დარღვეული ფსიქოსოციალური ჰომეოსტაზის წარმატებული რესტრუქტურირება და ადაპტური პიროვნება-გარემოს (რეალობის) შესაბამისობის მიღწევა. გარდა ამისა, ცხოვრების ხარისხი მიჩნეულია, რომ დაკავშირებულია უფრო პოზიტიურ მე-კონცეფციასთან და სხეულის იმიჯთან, ასევე ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობაზე კონტროლის გაზრდილ გრძნობასთან, ხოლო ცხოვრების ხარისხი უარყოფითად არის დაკავშირებული აღქმულ სტრესთან და დანაკარგისა და მწუხარების განცდებთან [7].

ii). ქრონიკული ავადმყოფობითა და უნარშეზღუდულობით აღძრული/გამოწვეული რეაქციები.

ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობაზე ყველაზე ხშირად განცდილი ფსიქოსოციალური რეაქციები, როგორც ეს მითითებულია სარეაბილიტაციო კვლევებსა და უნარშეზღუდულობის შესახებ არსებული კვლევების ლიტერატურაში, მოიცავს შოკს, შფოთვის, დეპრესიას, უარყოფას, რისხვას და შეგუებას. **შოკი** ხანმოკლე რეაქციაა და აღნიშნავს თავდაპირველ გამოცდილებას, რომელიც წარმოიქმნება ტრავმული და უეცარი დაზიანების დაწყების ან სიცოცხლისათვის საშიში ან ქრონიკული და გამომწვევით დაავადების დიაგნოზის გაგების შემდეგ. რეაქციას ახასიათებს ფსიქიკური დაბუყება, კოგნიტური დეზორგანიზაცია და მოძრაობისა და მეტყველების მკვეთრი დაქვეითება ან დარღვევა. **შფოთვა** ხასიათდება ტრავმული მოვლენის ბუნებისა და სიდიდის საწყის შეგრძნებაზე პანიკის მსგავსი თვისებით. მას თან ახლავს არეული/დაზნეული აზროვნება, კოგნიტური „დატბორვა“ (cognitive flooding) და მრავალი ფიზიოლოგიური სიმპტომი, მათ შორის სწრაფი გულისცემა, ჰიპერვენტილაცია, ჭარბი ოფლიანობა და კუჭის გაღიზიანება. **დეპრესია**, რომელიც ხშირად შეიმჩნევა ქრონიკულ ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებში, მიჩნეულია, რომ ასახავს მუდმივობის, მასშტაბებისა და სამომავლო შედეგების გაცნობიერებას, რომლებიც დაკავშირებულია სხეულის მთლიანობის დაკარგვასთან, ჯანმრთელობის მდგომარეობის ქრონიკულობასთან ან მოსალოდნელ სიკვდილთან. სასოწარკვეთილების, უმწეობის, უიმედობის, იზოლაციისა და დისტრესების განცდა ხშირად აღინიშნება ამ დროს. მიუხედავად იმისა, რომ დადგინდა, რომ დეპრესია არის ფართოდ გავრცელებული რეაქცია ქრონიკულ ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებში, ჯერ კიდევ გაურკვეველია არის თუ არა ეს (როგორც ზოგიერთი თეორეტიკოსი და კლინიცისტი

ამტკიცებს) ჯანმრთელობის მდგომარეობის საბოლოო მიღების ან წარმატებული ფსიქოსოციალური ადაპტაციის მიღწევის წინაპირობა [7]. უარყოფა, რომელიც ასევე განიხილება, როგორც თავდაცვითი მექანიზმი, რომელიც მობილიზებულია შფოთვისა და სხვა მუქარის შემცველი ემოციების თავიდან ასაცილებლად, გულისხმობს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ქრონიკულობის, გავრცელების მასშტაბისა და სამომავლო შედეგების მინიმიზაციას (შემცირებას) და სრულ უარყოფასაც კი. უარყოფა გულისხმობს შერჩევით ყურადღებას ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ გარემოზე. ის მოიცავს სასურველის რეალურად მიღებას, არარეალისტურ მოლოდინს (სრული ან დაუყოვნებელი) გამოჯანმრთელების შესახებ და ზოგჯერ სამედიცინო რჩევისა და თერაპიული ან რეაბილიტაციური რეკომენდაციების უხეშ/აშკარა უგულებელყოფას. მიუხედავად იმისა, რომ უარყოფამ შეიძლება წარმატებით შეამსუბუქოს შფოთვა და დეპრესია, როდესაც ის შერჩევითად გამოიყენება და ადაპტაციის საწყის ფაზებზე, მისი გრძელვადიანი გავლენა ხშირად განიხილება არაადაპტურად და სიცოცხლისათვის საშიშად [7]. **ბრაზის (რისხვის)/მტრულობის** რეაქცია ხშირად იყოფა ინტერნალიზებულ ბრაზად (რისხვად) (მაგალითად, საკუთარი თავისაკენ მიმართული გრძნობები და აღშფოთების, წყენის, სიმწარის, დანაშაულის და საკუთარი თავის დადანაშაულების ქცევა) და გარეგან მტრულობად (ანუ სხვაზე ან გარემოზე მიმართული საპასუხო გრძნობები და ქცევები). როდესაც შიგნით (ინტერნალურად) არის მიმართული, აშკარაა პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე მიწერა/მიკუთვნება ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაწყებისათვის ან წარმატებული შედეგების მიღწევის მარცხისათვის. ამის საპირისპიროდ, პასუხისმგებლობის გარეთ (ექსტერნალურად) ორიენტირებული მიწერისას/მიკუთვნებისას, როგორც წესი, ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის დაწყებაში ან წარუმატებელ მკურნალობაში ადანაშაულებენ სხვა ადამიანებს (მაგალითად, სამედიცინო პერსონალს, ოჯახის წევრებს) ან ექსტერნალური გარემოს ასპექტებს (მაგალითად, მიუწვდომელ დანადგარებს/დაწესებულებებს, დამოკიდებულებიდან (ატიტუდებიდან) გამომდინარე ბარიერებს). ქცევები, რომლებიც ხშირად შეინიშნება ამ დროს, მოიცავს აგრესიულ ქმედებებს, შეურაცხმყოფელ ბრალდებებს, ანტაგონიზმს და მკურნალობისათვის წინააღმდეგობის გაწევის პასიურ-აგრესიულ საშუალებებს [7]. **მორგება/შეგუება (Adjustment)**, რომელსაც ასევე უწოდებენ რეორგანიზაციას, რეინტეგრაციას ან რეორიენტაციას, მოიცავს რამდენიმე კომპონენტს: ა) ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან, მის გავლენასთან და მის ქრონიკულ ან მუდმივ ხასიათთან ადრეულ კოგნიტური შერიგება/შეგუება; ბ) საკუთარი თავის, როგორც ქრონიკულ ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე პიროვნების აფექტური მიღება, ან ინტერნალიზება, მათ შორის თვითშეფასების (მე-კონცეფციის) ახალი ან აღდგენილი გრძნობა, განახლებული ცხოვრებისეული ღირებულებები და ახალი მნიშვნელობების მუდმივი ძიება; და გ) პიროვნული, სოციალური და/ან პროფესიული მიზნებისაკენ აქტიური (ანუ ქცევითი) სწრაფვა, რომელიც ჩაირთავს ამ მიზნების მიღწევის დროს წარმოქმნილი დაბრკოლებების წარმატებულ გადალახვას [7].

iii). **ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან დაკავშირებული დაძლევის სტრატეგიები** მრავალფეროვანია. დაძლევა განიხილება, როგორც ფსიქოლოგიური სტრატეგია, რომელიც მობილიზებულია სტრესის გამომწვევი ცხოვრებისეული მოვლენების ზემოქმედების შესამცირებლად, შესაცვლელად ან

შესასუსტებლად. დაძლევის განმსაზღვრელ მახასიათებლებს შორის უპირველესია ა) როგორც სტაბილური (ანუ, პიროვნული ნიშნის მსგავსი), ასევე სიტუაციურად განსაზღვრული (ანუ მდგომარეობის მსგავსი) ელემენტები; ბ) ცნობიერი მანიპულირებისა და კონტროლის ხელმისაწვდომობა; გ) იერარქიული ორგანიზაცია, რომელიც მოიცავს დიაპაზონს მაკროანალიტიკური, გლობალური დაძლევის სტილებიდან (მაგალითად, კონტროლის ლოკუსი, ოპტიმიზმი) მიკროანალიტიკურ, სპეციფიკურ ქცევით აქტებამდე; და დ) სტრუქტურულად მრავალმხრივი, მათ შორის აფექტური, კოგნიტური და ქცევითი ასპექტები. გარდა ამისა, დაძლევის კლინიკური და ემპირიული კვლევები ხაზს უსვამს ა) მისი ფსიქომეტრიული საზომებით შეფასების შესაძლებლობას (ამჟამად არის 20-ზე მეტი ფსიქოლოგიური საზომი, რომლებიც მიზნად ისახევენ შეაფასონ 2-დან დაწყებული თითქმის 30-ით დამთავრებული დაძლევის სტილი და სტრატეგია) და ბ) მის განსხვავებულ თეორიულ საფუძვლებს [7]. ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან გამკლავებისა და დაცვის სტრატეგიების კვლევა მოიცავს ჯანმრთელობის მდგომარეობების ფართო სპექტრს, როგორებიცაა სიმსივნური დაავადებები, ზურგის ტვინის დაზიანება, ეპილეფსია, გულის დაავადება, გაფანტული სკლეროზი, ამპუტაცია, რევმატოიდული ართრიტი და დიაბეტი, ასევე ტკივილის გამოცდილება. ამ კვლევებში ჩვეულებრივ ვარაუდობენ დაძლევის სტრატეგიების ორი ფართო კატეგორიის არსებობას, კერძოდ, განთავისუფლებისა (disengagement) და ჩართულობის (engagement) დაძლევის სტრატეგიებს [7].

ა) განთავისუფლების (disengagement) დაძლევის სტრატეგიები ეხება დაძლევის/დაცვის მცდელობებს, რომლებიც ცდილობენ გაუმკლავდნენ სტრესულ მოვლენებს პასიური, არაპირდაპირი, თუნდაც თავიდან აცილებაზე ორიენტირებულ აქტივობების საშუალებით, როგორებიცაა უარყოფა, სურვილების ასრულების ფანტაზია, საკუთარი თავისა და სხვების დადანაშაულება და ნივთიერების ბოროტად გამოყენება. დაძლევის/დაცვის სტრატეგიების ეს ჯგუფი ხშირად ასოცირდება ფსიქოლოგიური დისტრესის უფრო მაღალ დონესთან (ანუ გაზრდილ ნეგატიურ აფექტურობასთან), საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიღების სირთულეებთან და ზოგადად ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ცუდ ადაპტაციასთან [7].

ბ) ჩართულობის (engagement) დაძლევის სტრატეგიები ეხება დაძლევის მცდელობებს, რომლებიც განმუხტავს სტრესულ სიტუაციებს აქტიური, პირდაპირი და მიზანზე ორიენტირებული აქტივობებით, როგორებიცაა ინფორმაციის მიება, პრობლემის გადაჭრა, დაგეგმვა და სოციალური მხარდაჭერის მიება. დაძლევის სტრატეგიების ეს ჯგუფი ჩვეულებრივ უკავშირდება კეთილდღეობის მაღალ დონეს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიღებას და ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან წარმატებულ ადაპტაციას [7].

II. ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციისა და მასთან გამკლავების ძალისხმევის შეფასება სხვადასხვა ფსიქომეტრიული ინსტრუმენტით ხდება. მათ შორის აღსანიშნავია:

ა) „ავადმყოფობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის სკალა“ (Psychosocial Adjustment to Illness Scale, PAIS; Derogatis, 1977; Derogatis & Lopez, 1983), რომელიც არის 46-პუნქტიანი, ნახევრად სტრუქტურირებული ფსიქიატრიული ინტერვიუს სახის

ინსტრუმენტი, შექმნილი სამედიცინო ავადმყოფობასა და ქრონიკულ დაავადებებთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის გასაზომად, რომლის გამოყენებაც უნდა განახორციელოს გაწვრთნილმა კლინიკისტმა. თუმცა არსებობს მისი როგორც თვითანგარიშის ტიპის ვერსიაც (PAIS-SR). ზოგადი/მთლიანი კორექტირებული ქულის გარდა, ის იძლევა ქულებს შვიდი ქვესკალისათვის, რომლებიც მოიცავენ ჯანდაცვაზე ორიენტაციას, პროფესიულ გარემოს, საშინაო გარემოს, სექსუალურ ურთიერთობებს, გაფართოებულ ოჯახურ ურთიერთობებს, სოციალურ გარემოს და ფსიქოლოგიურ დისტრესს (მაგალითად, მიუთითებს შფოთვის, დეპრესიის, დანაშაულის გრძნობისა და მტრულობის რეაქციებზე, აგრეთვე თვითშეფასების დონეებზე და სხეულის იმიჯზე). PAIS-ის ძლიერი მხარეები მოიცავს მისი სკალების ფსიქომეტრიულ სანდოობას, როგორც თვითანგარიშის, ასევე კლინიკური ინტერვიუს ფორმების ქონას და ნორმის ქულების ხელმისაწვდომობას რამდენიმე სამედიცინო მდგომარეობისათვის (მაგალითად, კიბოსთვის, გაფანტული სკლეროზისათვის, თირკმლის უკმარისობისათვის). სისუსტეები მოიცავს მონაცემთა ნაკლებობას პასუხის მიკერძოებულობის შესაძლო ზემოქმედებაზე [7].

ბ) „დაბრკოლების (წინააღმდეგობის, ჰენდიკაპის) პრობლემების საზომი ინსტრუმენტი“ (Handicap Problems Inventory, HPI; G. N. Wright & Remmers, 1960), რომელიც არის 280 პუნქტისაგან შემდგარი პრობლემების ჩამონათვალი, რომლებიც, ითვლება, რომ მიეკუთვნებიან ფიზიკური უნარშეზღუდულობის არსებობას. რესპონდენტებს სთხოვენ აღნიშნონ ის პრობლემები, რომლებიც გამოწვეული ან გამწვავებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის არსებობით. ინსტრუმენტში არსებული პუნქტები დაჯგუფებულია ცხოვრების ოთხი სფეროს მიხედვით, რომლებიც მოიცავენ პირად, ოჯახურ, სოციალურ და პროფესიულ ქვესკალებს. HPI-ის ძლიერი მხარე მოიცავს სფეროს ყოვლისმომცველობას, მის დოკუმენტირებულ შიდა (ინტერნალური) სანდოობის შეფასებებს და ხელმისაწვდომ ნორმატიულ მონაცემებს. სუსტი მხარეები მოიცავს მის ვალიდობაზე დამხმარე მონაცემების ნაკლებობას, შესაძლო პასუხის მიკერძოებულობას და მის გადაჭარბებულ სიგრძეს [7].

გ) „მილონის ბიჰევიორული ჯანმრთელობის ინსტრუმენტი“ (Millon Behavioral Health Inventory, MBHI; Millon, Green, & Meagher, 1979), რომელიც არის 150 პუნქტისაგან შემდგარი თვითანგარიშის ტიპის კითხვარი, რომელიც ორგანიზებულია 20 კლინიკურ სკალად. სკალები კლასიფიცირდება ოთხ სფეროდ, რომლებიც მოიცავს ა) დაძლევის სტილებს, ბ) ფსიქოგენურ ატიტუდებს/დამოკიდებულებებს, გ) ფსიქოსომატურ ჩივილებს და დ) პროგნოზულ ინდექსს. MBHI მიისწრაფის ა) აღწეროს სამედიცინო მომსახურების მიმღებთა ფსიქოლოგიური სტილები, ბ) შეისწავლოს ემოციური და მოტივაციური საჭიროებების და დაძლევის სტრატეგიების გავლენა დაავადების მიმდინარეობაზე, და გ) შესთავაზოს ყოვლისმომცველი მკურნალობის გეგმა მავნე ფსიქოლოგიური რეაქციების ზემოქმედების შესამცირებლად. MBHI-ს ძლიერი მხარეები მოიცავს მის ფსიქომეტრულ (მაგალითად, სანდოობას და ვალიდობას) თვისებებს, კლინიკურ სარგებლიანობას და გამოყენებადობას სამედიცინო და სარეაბილიტაციო პირობების ფართო სპექტრისათვის. ინსტრუმენტის სუსტი მხარეები მოიცავს სფეროთა ემპირიულად დაუდასტურებელ სტრუქტურას და რეაქტიულობის პოტენციურ ზეგავლენებს და პასუხის ცდომილებას/მიკერძოებას [7].

დ) „უნარშეზღუდულობის მიღების სკალა“ (Acceptance of Disability Scale, AD; Linkowski, 1971), რომელიც არის 50-პუნქტიანი, თითოეული პუნქტისათვის 6-ქულიანი

შეფასების მქონე, რომელიც შეჯამებას ახდენს შეფასების სკალის, რომელიც შემუშავებულია უნარშეზღუდულობის მიმღებლობის ხარისხის გასაზომად. პუნქტები ჯამდება იმისათვის, რომ მიიღონ ერთი ქულა, რომელიც წარმოადგენს ცვლილებებს ადამიანის ღირებულებათა სისტემაში ფიზიკური უნარშეზღუდულობის დაწყების შემდეგ. AD სკალის თანდაყოლილი ძირითადი ძლიერი მხარეები მოიცავს მის თეორიაზე დაფუძნებულ დასაბუთებას, სანდოობას და გამოყენებას ინგლისურენოვან და არაინგლისურენოვან ქვეყნებში. სისუსტეებზე მეტყველებს მისი ფაქტორული სტრუქტურის გამოკვლევის ნაკლებობა, კომპლექსური კონსტრუქტისადმი მისი ერთგანზომილებიანი მიდგომა და პასუხის მიკერძოების გავლენის შესახებ მონაცემების ნაკლებობა [7].

ე) **„ავადმყოფობის ზემოქმედების პროფილი“ (Sickness Impact Profile, SIP; Bergner et al., 1976; Gilson et al., 1975)**, რომელიც მოიცავს 136 პუნქტს, რომლებიც 12 ქვესკალაზე ქულების მოცემის გარდა, იძლევა გლობალურ სკალურ ქულას; 3 სკალა შეიძლება გაერთიანდეს ფიზიკური განზომილების ქულის შესაქმნელად (მაგალითად, ამბულაცია, მობილურობა და სხეულის მოვლა და მოძრაობა), 4 სკალა შეიძლება გაერთიანდეს და მივიღოთ ფსიქოსოციალური განზომილების ქულა (მაგალითად, სოციალური ინტერაქცია, სიფხიზლის ქცევა, ემოციური ქცევა და კომუნიკაცია), ხოლო დარჩენილი 5 სკალა განიხილება, როგორც დამოუკიდებელი კატეგორიები და, როგორც წესი, ცალ-ცალკე ფასდება (მაგალითად, ძილი და დასვენება, კვება, სამუშაო, სახლის მართვა და დასვენება და გართობა). რესპონდენტის მიერ ავადმყოფობის აღქმული გავლენა იზომება რესპონდენტზე მითითებით, აირჩიოს ამჟამად განცდილი, ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ქცევითი დისფუნქციის აღწერა. SIP-ის ძლიერი მხარე მოიცავს მის ყოვლისმომცველ და მკაცრ ფსიქომეტრულ განვითარებას და თვისებებს, ფართო გამოყენებას პაციენტებთან, რომლებსაც აქვთ სხვადასხვა ფიზიკური და ჯანმრთელობის მდგომარეობის დიაგნოზი და ესპანურენოვანი ვერსიის ხელმისაწვდომობა. სისუსტეები შეიძლება დაკავშირებული იყოს მის ჯერ კიდევ შესამოწმებელ ფაქტორულ სტრუქტურასთან და თავდაცვითი და საპასუხო რეაქციების მიმართ მგრძნობელობასთან [7].

ვ) **„დარღვევასა და უნარშეზღუდულობაზე რეაქციების საზომი ინსტრუმენტი“ (Reactions to Impairment and Disability Inventory, RIDI; Livneh & Antonak, 1990)**, რომელიც არის 60-პუნქტიანი, მრავალგანზომილებიანი, თვითანგარიშის ტიპის შეჯამებული შეფასების სკალა. მისი დანიშნულებაა გამოიკვლიოს ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის დაწყებაზე ფსიქოსოციალური რეაქციების რვა კლინიკურად მოხსენიებული კლასი. ფსიქოსოციალური რეაქციების რვა სკალა მოიცავს შოკს, შფოთვის, უარყოფას, დეპრესიას, ინტერნალიზებულ/შინაგან რისხვას, ექსტერნალიზებულ მტრულობას, აღიარებას და ადაპტირებას. RIDI-ს ძლიერი მხარეები მოიცავს მის ყოვლისმომცველ ფსიქომეტრულ განვითარებას, სკალის სანდოობას და ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ადაპტაციის მრავალგანზომილებიან პერსპექტივას. სისუსტეები წარმოდგენილია შეთანხმებული (concurrent) ვალიდობის მონაცემების სიმწირით, ნორმატიული მონაცემების ნაკლებობით უნარშეზღუდულობის მდგომარეობებისათვის და პასუხის მიკერძოების ზეგავლენის პოტენციური აღრევის (დამაბნეველი) ეფექტებით [7].

ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ადაპტაციის სპეციფიკური საზომები აგრეთვე მოიცავს:

1. კიბოსთან ადაპტაციის საზომები, რომლებიც მოიცავენ „კიბოსთან ფსიქიკური ადაპტაციის სკალას“ (Mental Adjustment to Cancer Scale, Watson et al., 1988).
2. დიაბეტთან ადაპტაციის საზომები, რომლებიც მოიცავენ „დიაბეტის ადაპტაციის სკალას“ (Diabetic Adjustment Scale, Sullivan, 1979).
3. საზომები ეპილეფსიისა და კრუნჩხვით აშლილობებთან ადაპტაციის შესახებ, რომლებიც მოიცავენ „ვაშინგტონის ფსიქოსოციალურ კრუნჩხვების ინსტრუმენტს“ (Washington Psychosocial Seizure Inventory, Dodrill, Batzel, Queisser, & Temkin, 1980).
4. ტვინის ტრავმულ დაზიანებასთან ადაპტაციის საზომები, რომლებიც მოიცავენ „პორტლანდის ადაპტაციის ინსტრუმენტს“ (Portland Adaptability Inventory, Lezak, 1987).
5. რევმატოიდულ ართრიტთან ადაპტაციის საზომები, რომლებიც მოიცავენ „ართრიტის ზემოქმედების გაზომვის სკალას“ (Arthritis Impact Measurement Scale, Meenan, 1982, 1986).
6. ზურგის ტვინის დაზიანებებთან ადაპტაციის საზომები, რომლებიც მოიცავენ „ზურგის ტვინის დაზიანების მქონე პიოვნებათა ფსიქოსოციალურ კითხვარს“ (Psychosocial Questionnaire for Spinal Cord Injured Persons, Bodenhamer et al., 1983)).
7. მხედველობის დაქვეითებასთან ადაპტაციის საზომები, რომლებიც მოიცავენ „ნოტინგჰემის რეგულირების/ადაპტაციის სკალას (Nottingham Adjustment Scale (Dodds, Bailey, Pearson, & Yates, 1991)).
8. სმენის დაქვეითებასთან ადაპტაციის საზომები, რომლებიც მოიცავენ „ყრუ და სმენადაქვეითებული სტუდენტების სოციალურ-ემოციური შეფასების ინსტრუმენტს“ (Social-Emotional Assessment Inventory for Deaf and Hearing Impaired Students, Meadow, Karchmer, Peterson, & Rudner, 1980).

კონსულტანტები და კლინიცისტები, რომლებიც განიხილავენ ტრადიციული ფსიქოლოგიური საზომების გამოყენებას (მაგალითად, „მინესოტას მრავალფაზიანი პიროვნების ინსტრუმენტი“ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), „ბეკის დეპრესიის ინსტრუმენტი“ (Beck Depression Inventory), „სპილბერგერის მდგომარეობა-პიროვნული ნიშნის შფოთვის ინსტრუმენტი“ (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory) ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის შესასწავლად, უნდა იცოდნენ შემდეგი ორი საკითხი:

1. ფიზიკური და ფიზიოლოგიური სიმპტომები (მაგალითად, დაღლილობა, სისუსტე, ძილის პრობლემები), რომლებიც პირდაპირ კავშირშია რიგ ქრონიკულ ავადმყოფობებთან და უნარშეზღუდულობასთან (მაგალითად, ზურგის ტვინის დაზიანება, გაფანტული სკლეროზი, პარკინსონის დაავადება), ხშირად ამ პოპულაციის წევრებში დეპრესიისა და შფოთვის ინდიკატორებს ასახავს. ამიტომ, კონსულტანტებმა, რომლებიც მუშაობენ ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებთან, ა) უნდა მიაქციონ განსაკუთრებული ყურადღება და, შეძლებისდაგვარად, განასხვავონ დეპრესიისა და შფოთვის უფრო სანდო/აუთენტური ინდიკატორები (ჩვეულებრივ კოგნიტური და აფექტური კორელატები) იმ ინდიკატორებისაგან, რომლებიც დაკავშირებულნი არიან ჯანმრთელობის მდგომარეობის ფიზიოლოგიურ თანმხლებ მოვლენებთან

- და (ბ) მიიღონ წარმოდგენა ლიტერატურაზე, რომელშიც ასახულია და შესწავლილია ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის ფიზიოლოგიური სიმპტომების მიერ გამოწვეული დამაბნეველი ეფექტები/ზეგავლენა ტრადიციული ფსიქოლოგიური საზომების შეფასებასა და ინტერპრეტაციაზე [7].
2. ტრადიციული ფსიქოლოგიური და ფსიქიატრიული საზომების უმეტესობას არ გააჩნია ქულების ნორმები, რომლებიც დაფუძნებულია ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანების პასუხებზე. ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებისათვის ნორმატიული მონაცემების ნაკლებობა ამ საზომებს საეჭვოდ, შეცდომაში შემყვანსაც კი ხდის, როდესაც მათი დასკვნები განურჩევლად არის ინტერპრეტირებული. კონსულტანტებმა, რომლებმაც მიიღეს ან განიხილავენ ფსიქოლოგიური ტესტების მოდიფიცირებას ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებთან გამოსაყენებლად, ყურადღებით უნდა განიხილონ „სტანდარტები საგანმანათლებლო და ფსიქოლოგიური ტესტირებისათვის“ (Standards for Educational and Psychological Testing, American Psychological Association, 1999).

III. ინტერვენციის სტრატეგიები ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებისათვის მოიცავს

თეორიით ორიენტირებულ, რეაქციაზე სპეციფიკურ და კლინიკურად დოკუმენტირებულ ინტერვენციული სტრატეგიას, რომლებიც ეხმარებიან ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებს წარმატებით შეეგუონ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

ა) თეორიით ორიენტირებული ინტერვენციები ფოკუსირებულია პიროვნების ფართოდ აღიარებული თეორიებისა და თერაპიული მოდელების კლინიკურ გამოყენებაზე ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე პირებისათვის და ამ პოპულაციაში მათი გამოყენების აღქმულ უპირატესობებზე და ღირსებებზე. გამოყენებულ თეორიებს შორისაა კოგნიტური (ბეკი) და ბიჰევიორული, გემტალტი (პერლსი), ფსიქოანალიტიკური, ინდივიდუალური (ადლერიანული), რაციონალურ-ემოციურ-ქცევითი (ელისი) თეორიები. ამ ინტერვენციების გამოყენებისას კლინიცისტები სამსაფეხურიან თანმიმდევრობას იყენებენ: 1) კონკრეტული თეორიის ძირითადი ცნებების (მაგალითად, დაცვის მექანიზმები, არასრულფასოვნების/ინფერიორობის განცდა, დაუმთავრებელი ცხოვრებისეული სიტუაციები, ირაციონალური რწმენები) იდენტიფიცირება და შესწავლა; 2) ამ ცნებების სარგებლიანობა ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ფსიქოსოციალური ადაპტაციის კონტექსტში (მაგალითად, სხეულის ნაწილების ან ფუნქციების დაკარგვის გამო გლოვის პროცესის გაგება) დეტალურად შეისწავლება; 3) ამ კონცეფციებიდან მიღებული სარგებლის, პრაქტიკული საკონსულტაციო ინტერვენციებისათვის, ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებისათვის შეფასება ხდება და თუ მიზანშეწონილად ჩაითვლება, გამოიყენება მათი ცხოვრებისეული სიტუაციებისათვის [7].

ბ) ფსიქოსოციალური რეაქციაზე სპეციფიკური ინტერვენციები ეკლექტიკური სტრატეგიებია, რომლებიც მიზნად ისახავენ ლოგიკური შესაბამისობის შეთავაზებას სპეციფიკურ ფსიქოთერაპიულ სტრატეგიებსა და იმ რეაქციებს (ან გამოცდილებას) შორის, რომლებიც გამოწვეულია ქრონიკულ ავადმყოფობასა და უნარშეზღუდულობასთან ადაპტაციის პროცესში (მაგალითად, შფოთვა, დეპრესია, უარყოფა, ბრაზი/რისხვა). სხვაგვარად ფორმულირებით, კონსულტანტი ცდილობს დააკავშიროს კონკრეტული საკონსულტაციო სტრატეგიები კლინიკურად დაკვირვებად ან კლიენტის მიერ მოხსენიებულ ფსიქოსოციალურ რეაქციებთან. ზოგადად ამტკიცებენ, რომ სტრატეგიები, რომლებიც განიხილება, როგორც დამხმარე, აფექტურად-ინტუიციური ან ფსიქოდინამიკური ბუნების მქონე (მაგალითად, პიროვნებაზე ორიენტირებული თერაპია, გეშტალტთერაპია, იუნგიანური თერაპია) შეიძლება უფრო სასარგებლო იყოს ადაპტაციის პროცესის ადრეულ ფაზებზე. ამის საპირისპიროდ, სტრატეგიები, რომლებიც განიხილება, როგორც უფრო აქტიურ-დირექტიული, მიზანზე ორიენტირებული ან კოგნიტურ-ბიჰევიორული ხასიათის (მაგალითად, კოგნიტური თერაპია, ქცევითი თერაპია, დამლევის უნარების ტრენინგი) შეიძლება უფრო მომგებიანი იყოს შემდგომ ეტაპებზე [7].

გ) გლობალური კლინიკური ინტერვენციები ორიენტირებულია სპეციფიკური ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის (მაგალითად, კიბო, გულის დაავადება, ზურგის ტვინის დაზიანება) მქონე ადამიანების დასახმარებლად, რათა მათ წარმატებით მოახდინონ ადაპტაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან და ამ მდგომარეობის გავლენასთან მათ ცხოვრებაზე. ეს ინტერვენციები უზრუნველყოფს კლიენტისათვის და მისი ოჯახის წევრებისათვის და მისთვის მნიშვნელოვანი სხვა ადამიანებისათვის ემოციურ, კოგნიტურ და ქცევით მხარდაჭერას. გარდა ამისა, ეს ინტერვენციები აიარაღებს კლიენტს ადაპტაციური დამლევის უნარებით, რომლებიც შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული სტრესული ცხოვრებისეული მოვლენებისა და კრიზისული სიტუაციების წარმოქმნისას [7]. გლობალურ კლინიკურ ინტერვენციებს შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი ჩარევები:

1. *კლიენტების დახმარება ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის პირადი მნიშვნელობის შესწავლაში.* ეს სტრატეგიები დიდწილად ეყრდნობა ფსიქოდინამიკურ პრინციპებს და ფოკუსირებულია დანაკარგის, მწუხარების, გლოვისა და ტანჯვის საკითხებზე. აქცენტი ასევე კეთდება კლიენტების წახალისებაზე, გამოავლინონ (გამოუშვან) გრძნობები, რაც იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის მუდმივად მიღებას, სხეულის შეცვლილი იმიჯის მიღებას და შემცირებული ფუნქციური შესაძლებლობების რეალიზაციას [7].
2. *კლიენტებისათვის შესაბამისი სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდება.* ეს სტრატეგიები ხაზს უსვამს კლიენტებისათვის ზუსტი ინფორმაციის მიწოდებას მათი სამედიცინო მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის ამ მდგომარეობის ამჟამინდელი სტატუსის, პროგნოზის, მოსალოდნელი სამომავლო ფუნქციონალური შეზღუდვებისა და, საჭიროების შემთხვევაში, პროფესიული შედეგების შესახებ. ეს მიდგომები საუკეთესოდ შესაფერისია გაზრდილი შფოთვისა და დეპრესიის საწყისი დონის შესამცირებლად, ისევე როგორც განუწყვეტელი/მუდმივი უარყოფის პოტენციურად საზიანო ეფექტების შესამცირებლად [7].

3. *კლიენტებისათვის მხარდაჭერი ოჯახური და ჯგუფური გამოცდილების უზრუნველყოფა.* ეს სტრატეგიები საშუალებას აძლევს კლიენტებს (ჩვეულებრივ მსგავსი შშმ-ს მქონე ან საერთო ცხოვრებისეული გამოცდილების მქონე პირებს) და, საჭიროების შემთხვევაში, მათი ოჯახის წევრებს ან მნიშვნელოვან სხვა პირებს გაუზიარონ კლიენტებს საერთო შიშები, საზრუნავი, საჭიროებები და სურვილები. ეს გამოცდილება ასევე საშუალებას აძლევს კლიენტებს შეიძინონ უფრო ღრმა გაგება და მოიპოვონ სოციალური მხარდაჭერა და მოწონება ჯგუფის სხვა მონაწილეებისაგან, ოჯახის წევრებისა და პროფესიონალი დამხმარეებისაგან. საერთო ჯგუფის მოდალობანი მოიცავს საგანმანათლებლო ჯგუფებს, ფსიქოთერაპიულ ჯგუფებს, დაძლევის უნარების სასწავლო (ტრენინგ) ჯგუფებს და სოციალური მხარდაჭერის ჯგუფებს [7].
4. *კლიენტებისათვის ადაპტური დაძლევის უნარების სწავლება საზოგადოებაში წარმატებული ფუნქციონირებისათვის.* ეს სტრატეგიები, ჯგუფზე დაფუძნებული დაძლევის უნარების ტრენინგის მსგავსად, ფოკუსირებულია კლიენტებში დაძლევის უნარების დანერგვაზე, რაც მათ საშუალებას მისცემს გაუმკლავდნენ სტრესული პირობების ფართო სპექტრს, რომლებსაც ჩვეულებრივ აწყდებიან ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანები ფიზიკურ, სოციალურ, საგანმანათლებლო და პროფესიულ სფეროებში. ეს უნარები მოიცავს თავდაჯერებულობას/ასერტიულობას, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს, გადაწყვეტილების მიღებას, პრობლემების გადაჭრას, სტიგმის მართვას და დროის მართვის უნარებს [7].

ქრონიკული ავადმყოფობითა და უნარშეზღუდულობით გამოწვეული რეჟივები (ფაზები) მოიცავს ა) უფრო მოკლე ხანგრძლივობის რეჟივებს, რომლებიც უფრო ხშირად განიცდებიან ადაპტაციის პროცესის ადრეულ ეტაპზე (მაგალითად, შოკი, შფოთვა); ბ) უფრო დიდი ხანგრძლივობის რეჟივებს, რომლებიც ჩვეულებრივ მიუთითებენ დისტრესულ და წარუმატებელ დაძლევის მცდელობებზე (მაგალითად, დეპრესია, ბრაზი); და გ) რეჟივებს, რომლებიც მიუთითებენ ჯანმრთელობის არსებულ მდგომარეობასთან წარმატებულ ადაპტაციაზე და ცხოვრების განახლებულ ჰომეოსტაზზე (მორგებაზე). კლიენტების მდგომარეობიდან გამომდინარე ფსიქოსოციალური ადაპტაციის დონის შეფასებამ უნდა გაუხსნას გზა ინტერვენციის სტრატეგიების სათანადო შერჩევას. განხილული ინტერვენციები დაფუძნებულია ტრადიციული პიროვნების ინოვაციურ აპლიკაციებზე და ფსიქოთერაპიულ ინტერვენციებზე. გლობალური, ეკლექტიკური, კლინიკური მიდგომები მიმართულია ქრონიკული ავადმყოფობისა და უნარშეზღუდულობის მქონე კლიენტების ფსიქოლოგიური, სოციალური და პროფესიული საჭიროებების ფართო სპექტრის დასაკმაყოფილებლად.

ლიტერატურა:

1. World Health Organization. (2023). Disability. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
2. Juhasz, A. C., & Byers, R. (2025). Prevalence of Chronic Health Conditions Among People With Disabilities in the United States. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 106(5), 805-810. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2025.02.002>

3. Boersema, H. J., Hoekstra, T., Abma, F., & Brouwer, S. (2021). Inability to Work Fulltime, Prevalence and Associated Factors Among Applicants for Work Disability Benefit. *J Occup Rehabil.* (4), 796-806. doi: 10.1007/s10926-021-09966-7. PMID: 33710457; PMCID: PMC8558289.
4. Allaire, S., Wolfe, F., Niu, J., & Lavalley, M. P. (2008). Contemporary prevalence and incidence of work disability associated with rheumatoid arthritis in the US. *Arthritis Rheum.* 15, 59(4), 474-80. doi: 10.1002/art.23538. PMID: 18383413; PMCID: PMC3641514.
5. Morrison, J., Brand, H., & Cilliers, C. (2009). Students with disabilities in higher education. *Acta Academica*, 41(3), 201-223. doi: 10.38140/aa.v41i3.1223
6. Khavjou, O. A., Anderson, W. L., Honeycutt, A. A., Bates, L. G., Razzaghi, H., Hollis, N. D., & Grosse, S. D. (2020). National Health Care Expenditures Associated With Disability. *Med Care*, 58(9), 826-832. doi: 10.1097/MLR.0000000000001371. PMID: 32826747; PMCID: PMC7505687.
7. Livneh, H., & Antonak, R.F. (2007). Psychological Adaptation to Chronic Illness and Disability. A Primer for Counselors. In A. E. Dell Orto & P. Power (Eds.), *The Psychological & Social Impact of Illness and Disability*, (pp. 125-144), Springer Publishing Company, LLC.

Article received 2025-06-18