

## මොරතා විකිත්සාව පිළිබඳ සංක්ෂිප්ත විග්‍රහයක්

සූජ්‍ය ගොඹිල ගුණාලංකාර හිමි

### හැඳින්වීම

බෞද්ධ මූලධර්ම හා ක්‍රමශිල්ප පදනම් කරගත් මනෝවිකිත්සක ක්‍රමවේද පිළිබඳ ව නූතන ලෝකයේ විද්වතුන් හා වෘත්තිකයන් අතර සුවිශේෂ අවධානයක් යොමුවෙමින් පවතියි. ක්‍රිස්තු පූර්ව හය වන සියවසේ ලොව පහළ වූ ශ්‍රේෂ්ඨතම ශාස්ත්‍රාචාර්යා ලෙස බුදුන් වහන්සේ සත්වයා මුහුණ දෙන කායික, මානසික, සමාජීය හා චිත්තවේග ගැටලු පිළිබඳ ව ගැඹුරින් හා සියුම් ව අවබෝධ කරගත් අතර එම ගැටලුවලින් මිදීමේ මාර්ගය ද පෙන්වා දෙන ලදී. එම දේශනාවන් හා ක්‍රමශිල්ප භාවිතය සාමාන්‍ය පෘථිවි ජීවිතයක සංවර්ධනය හා යහපැවැත්ම සඳහාත් ලෞකිකත්වය ඉක්මවා ගොස් නිර්වාණය අවබෝධ කිරීම සඳහාත් හේතු වන බව අවිවාදිත ය. සියවස් විසිපහකටත් අධික ඉතිහාසයක් පුරාවට එම ක්‍රමවේදය ඔස්සේ ලෞකික ලෝකෝත්තර සැනසීම ලබා ගත් පිරිස මෙතෙක් කිව නො හැකි තරම් ය.

බුදුන් වහන්සේගේ උපදේශන හා මනෝවිකිත්සන ක්‍රමවේද අතුරින් නූතන ලෝකයේ කිසිදු ආගමික හෝ සාමයික ගැටලුකින් තොර ව ජනප්‍රිය ව පැතිර යන්නේ සතිය පදනම් කරගත් මානසික සංස්කෘතිය දියුණු කිරීමේ ක්‍රමවේදය යි. එහෙයින් ම ඒ මත පදනම් වූ මනෝවිකිත්සන ක්‍රමවේදයන් පිළිබඳ ව පර්යේෂණ කිරීම, නව න්‍යාය රාමු හඳුන්වා දීම හා ඒවා සායනික අරමුණු සඳහා භාවිත කිරීම 20 වන සියවසේ මුල් භාගයේ සිට දැකගත හැකි සුවිශේෂී නැඹුරුවකි. එය ආසියාතික රටවල මෙන් ම බටහිර යුරෝපීය හා ඇමෙරිකානු රටවල ද එක සේ ප්‍රචලිත වූ බව දැකිය හැකි ය.

ඒ අනුව මෙම අධ්‍යයනයේ අරමුණ වන්නේ එසේ සංවර්ධනය කරන ලද හා සාර්ථක ව භාවිතයේ පවතින මනෝවිකිත්සන ක්‍රමවේදයක් වන මොරතා විකිත්සාව සහ එහි භාවිතය පිළිබඳ විග්‍රහයක් ඉදිරිපත් කිරීම යි. මෙහි දී 'සතිය පදනම් කරගත් මනෝවිකිත්සක ක්‍රම සංවර්ධනය, මොරතා විකිත්සාව සහ එහි ඉතිහාසය, කාංසාව හා චිත්තවේග ස්වභාවයක් ලෙස පිළිගැනුම, මොරතා විකිත්සාවේ අරමුණු සහ ක්‍රියාවලිය, මොරතා විකිත්සාවේ ප්‍රතිකාරාත්මක පියවර, මොරතා විකිත්සාවේ ගැටලු හා සීමාකම්' යන තේමා හය ඔස්සේ කරුණු විග්‍රහ කෙරෙයි.

**සතිය සහ සතිය පදනම් කරගත් මනෝචිකිත්සන ක්‍රම**

ලෝකයේ බොහෝ සත්වයන් වර්තමාන මොහොත පිළිබඳ සිහියෙන් ක්‍රියා කරන්නෝ නො වෙති. සතිමත් භාවයෙන් තොර වූවෝ කළ යුත්ත නො කළ යුත්ත තෝරාගැනීමෙහි ලා දුර්වල වෙති. තීරණ ගැනීමට අවශ්‍ය ස්ථානයන්හි වික්ෂිප්ත වූවෝ වෙති. වර්තමාන ලෝකයේ සංකීර්ණ භාවය තුළ සතිමත් බව බෙහෙවින් ම ගිලිහී ගොස් ඇතැයි සිතිය හැකි ය. නිරන්තරයෙන් ම මිනිසා අතීත අනාගත සිතුවිලි අතර දෝලනය වෙමින් ඉතා වැඩි කාලයක් ගත කරන අතර වර්තමාන මොහොතේ තමා කරන, කියන, හෝ තම කය තුළ සිදු වන ක්‍රියාවලීන් පිළිබඳ ව අසතිමත් ව ක්‍රියා කරනු දැකිය හැකි ය. පුද්ගලයා තුළ හා සමාජයේ ගැටලු උත්සන්න වීම සඳහාත් විවිධ මානසික කායික රෝග උත්සන්න වීම සඳහාත් අසතිය ප්‍රබල හේතුවක් ලෙස දැක්විය හැකි ය.

සතිපට්ඨාන ක්‍රමවේදය පදනම් කරගත් මනෝචිකිත්සන ක්‍රමවේද රාශියක් ම ලෝකය තුළ භාවිත කෙරෙමින් පවතියි. මනෝචිකිත්සනයෙහි ලා ඵම ක්‍රමවේද භාවිතය පිළිබඳ ව අදාළ මනෝචිකිත්සකවරුන්, වෛද්‍යවරුන්, පර්යේෂකයන් හා රෝගීන් ප්‍රකාශයට පත් කරන ලද ප්‍රතිකාරාත්මක හා පර්යේෂණ වාර්තාවලින් ඒවායෙහි සාර්ථකත්වය ද පෙන්නුම් කොට තිබේ.

මනෝවෛද්‍ය ඕලාෆ් ජී දීතරගේ (Olaf G. Deatherage) සටහන් කර ඇති ප්‍රතිකාර වාර්තා අනුව ඔහු කැනඩාවේ බ්‍රිටිෂ් කොලොම්බියාවල මානසික ආබාධ සහිත වූවන්ට මනෝචිකිත්සන ප්‍රතිකාර කරන අතරතුර බෞද්ධ සතිපට්ඨාන ක්‍රමය යොදාගෙන ඇත. නිදසුනක් ලෙස, අවු. 27ක් වයසැති විෂාදීය ලක්ෂණ සහිත වැන්දඹු කාන්තාවක සඳහා මෙම ක්‍රමය ඉතා සාර්ථක ව යොදාගත් බව ඔහු වාර්තා කරයි. සතිපට්ඨාන ක්‍රමය අනුව තමන්ගේ සිතුවිලිවල ස්වභාවය තමන් විසින් ම නිරීක්ෂණය කොට අවබෝධ කර ගැනීමට සැලැස්වීම මෙහි දී සිදු කර ඇත (පේමරතන හිමි, 2010: 158).

ඇමරිකානු මනෝවිද්‍යාඥවරයක වන මාර්ෂා ලයින්හැම් (Marsha M. Linehan, 1943-) විසින් පෞරුෂ විකෘතිතා සහිත වූවන්ගේ වර්ගයා සකස් කිරීම සඳහා 1980 දී සංවර්ධනය කරන ලද “Dialectical Behaviour Therapy” ක්‍රමය ද සතිය පදනම් කරගත්තකි. එහි දී මූලික ව සිහිය පිහිටුවා ගැනීමේ හැකියාව සහ චිත්තවේග හඳුනාගෙන නියාමනය කිරීමේ හැකියාව ගොඩනගයි. Acceptance and commitment therapy (ACT) ප්‍රතිකාර ක්‍රමය ප්‍රජානන වර්ගයාවාදී චිකිත්සාවේ ශාඛාවක් ලෙස Steven C. Hayes සහ පිරිස විසින් 1980 දී සංවර්ධනය කරන ලදී. එය ද මූලික වශයෙන් සතිය පදනම් කරගෙන සිතට පහළ වන හැඟීම් සිතුවිලි හා චිත්තරූප දැකීමේ හැකියාව පුහුණු කරයි. පුද්ගල අද්දැකීම් උපේක්ෂාවෙන් පිළිගැනීම, මනසේ නම්‍යශීලී බවක් ගොඩනැගීමට කටයුතු කිරීම එම ප්‍රතිකාරයේ දී සිදුවෙයි.

ජපන් ජාතික යොෂිමොතෝ ඉෂින් (Yoshimoto Ishin, 1916-1988) විසින් සංවර්ධනය කරන ලද බෞද්ධ භාවනාව මූලික කරගත් ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකි නයිකන්

විකිත්සාව (naikan therapy). මුල් කාලයේ ව්‍යාපාරිකයෙකු වූ ඔහු ජපානයේ ජෝදෝ ෂින්ජු (Jōdo Shinshū) බෞද්ධ නිකායේ ඉගැන්වෙන භාවනා ක්‍රම පුහුණු කොට පසු ව සාමාන්‍ය මිනිසුන්ට යෝග්‍ය සරල භාවනා ක්‍රම හඳුන්වාදුණි. පසු ව 1950 දී ඔහු ඒ ආශ්‍රයෙන් ආත්ම විශ්වාසය බිඳවැටීම, අන්තර්පුද්ගල සබඳතා අවුල් වීම, මත්පැන් ආදියට ඇබ්බැහිවීම වැනි ගැටලු සහිත පුද්ගලයන්ට ප්‍රතිකාර ක්‍රමයක් සංවර්ධනය කළ අතර එය “නයිකන් තෙරපි” නමින් හැඳින් වී ය. මෙහි “නයි” යනු චිත්තාභ්‍යන්තරය යන අදහස දෙන අතර “කන්” යනු විමසා බැලීම යි. නයිකන් යන්නෙහි සරල අර්ථය තමාගේ (චිත්ත) ‘අභ්‍යන්තරය බැලීම’ යන්න යි.

සතිය පදනම් කරගත් ආතති සමනය (Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) ඇමරිකාවේ මැසචුසෙට්ස් විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථානයේ මනෝවිකිත්සකවරයා වූ ජෝන් කබන් සින් (Jon Kabat-Zinn, 1944-) විසින් සංවර්ධනය කරන ලද ක්‍රමයකි. මෙ මගින් සතිය පිහිටුවීමේ ක්‍රම ඔස්සේ මානසික පීඩනයන් සමනය කරයි. ආතතිය, කාංසාව, විෂාදය වැනි මානසික තත්වයන්ට මෙන් ම පිළිකා හා ඒඩ්ස්, හෘද රෝග වැනි කායික තත්වයන් සහිත පුද්ගලයන්ගේ මානසික සංවර්ධනය සඳහා ද ප්‍රතිකාර ක්‍රමයක් ලෙස යොදාගනියි. කබන් සින්ගේ වාර්තා අනුව 1979 සිට 2000 වර්ෂය දක්වා කාලය තුළ මැසචුසෙට්ස් විශ්වවිද්‍යාලයේ 17,000 අධික පිරිසක් මෙමගින් ප්‍රතිකාර ලබා ඇත (ජේමරතන හිමි, 2010: 171).

ප්‍රජානන මනෝවිකිත්සාවේ ශාඛාවක් වන සතිය පදනම් කරගත් ප්‍රජානන විකිත්සාව (Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) විෂාදීය රෝගීන්ගේ මානසික තත්වය නගා සිටුවීමට ප්‍රතිකාර කිරීමේ ක්‍රමයක් ලෙස හඳුන්වා දී ඇත. එය සතිය දියුණු කිරීමෙන් රෝගියා විසින් ම සෘණාත්මක සිතුවිලි හඳුනාගැනීමේ ක්‍රමයකි. මෙ වැනි මනෝවිකිත්සක ක්‍රමවලට අමතර ව බෞද්ධ භාවනාව හා සතිපට්ඨාන භාවනා ක්‍රම විවිධ කායික රෝග තත්වයන් අවම කිරීමටත්, රෝගීන්ගේ ශරීරයේ ප්‍රතිදේහ ශක්තිය වර්ධනය කිරීමෙන් කායික රෝග සමනයටත් ප්‍රායෝගික ව යොදාගත හැකි බව විද්‍යාත්මක පර්යේෂණ මගින් පෙන්වා දී ඇත.

### මොරිතා විකිත්සාව සහ එහි ඉතිහාසය

ජපන් ජාතික සායනික මනෝවෛද්‍යවරයෙකු වූ ෂෝමෝ මොරිතා (Shoma Morita, 1874-1938) විසින් සංවර්ධනය කරන ලද මොරිතා ප්‍රතිකාරය (Morita therapy) බෞද්ධ භාවනා ක්‍රම මූලික කොටගෙන ගොඩනැගුණු මනෝප්‍රතිකාර ක්‍රමයන් අතර මුල් කාලීන වූවක් වෙයි. මෙය එහි අන්තර්ගත න්‍යාය හා ක්‍රමවේද අනුව experiential, bed rest, non-discursive, work therapy යන නම්වලින් ද හැඳින්වෙයි (Chang, 2012). මනෝවිශ්ලේෂණවාදයේ ප්‍රාරම්භකයා වන සිග්මන් ට්‍රොයිඩ් වැනි මනෝවිද්‍යාඥයන්, මනෝවෛද්‍යවරුන් ඇමෙරිකාව තුළ විවිධ මනෝප්‍රතිකාර ක්‍රම සංවර්ධනය කිරීම ආරම්භ කරන ලද මෙම අවධියේ දී ම ජපානය තුළ බෞද්ධ ක්‍රමශිල්ප හවිත කරමින් මනෝප්‍රතිකාර ක්‍රම පර්යේෂණයට ලක් කිරීම සුවිශේෂ කරුණකි (ජේමරතන හිමි, 2010: 162). මෙම මොරිතා ප්‍රතිකාරය හා නයිකන් ප්‍රතිකාරය ඒ අතර ප්‍රමුඛ ලෙස හඳුනාගත හැකි ය.

ෂෝමෝ මොරිතා විසින් 1919 දී සෙන් බුදුදහමේ මූලධර්ම අනුව මෙම ක්‍රමය සංවර්ධනය කරන ලදී. ඔහු විසින් පළ කරන ලද **“Nature and Treatment of Nervosity” (1929/1960)** ග්‍රන්ථයෙන් පසු එනම්, 1960 දශකයෙන් පසු කාංසා මූලික නියුරෝමිය තත්වයන් සඳහා ඵලදායී ප්‍රතිකාරයක් ලෙස මෙම ක්‍රමය වඩාත් පුළුල් ව පැතිරෙන්නට විය (**Ishiyama, 1986**). ‘*shinkeishitsūho*’ යනුවෙන් ඔහු දක්වන ස්නායු ගැටලු හෙවත් ස්නායු දුෂ්ක්‍රියාකාරීත්වය සහ කාංසාව සඳහා ප්‍රතිකාරයක් ලෙස සංවර්ධනය කරන ලද මෙය ආරම්භයේ දී කාංසා මූලික රෝගී පුද්ගලයන් කණ්ඩායමකට ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා යොදා ගන්නා ලදී. කාංසා රෝගවලට අමතර ව මනෝදෛහික තත්වයන් (psychosomatic conditions) සහ සීමාස්ථ පෞරුෂ ගැටලු (borderline cases) වැනි විශාල පරාසයක විහිදුණු නියුරෝමිය මානසික ගැටලු සඳහා යොදාගත හැකි ය.

**කාංසාව හා චිත්තවේග ස්වභාවයක් ලෙස පිළිගැනුම**

ෂෝමෝ මොරිතා විසින් බුදුදහමේ මූලික සංකල්පයන්හි පිහිටා මෙම ප්‍රතිකාර ක්‍රමය සංවර්ධනය කොට ඇති බව ඔහුගේ ප්‍රකාශන ආශ්‍රයෙන් හඳුනාගත හැකි ය. ස්වභාව ධර්මය, සියලු දෙයෙහි පවතින අනිත්‍ය බව, දුක් සහගත බව හා හේතු ප්‍රත්‍යයෙන් ඇති නැති වීම් සිදු වන ආකාරය ආදිය ඔහු ඉස්මතු කොට දක්වයි.

**‘Morita therapy and the true nature of anxiety-based disorders – Shinkeishitsu’ (1998)** ග්‍රන්ථයේ දී ඔහු සඳහන් කරන පරිදි මරණ බිය, අපහසුතාවට අකමැත්ත, වැළපීම සහ මැසිවිලි නැඟීම ආදිය පාලනය කළ නො හැකි ස්වාභාවික ප්‍රතිචාර සහ චිත්තවේග වෙයි. මේ සියල්ල ම පහත් බිම් සොයා ගලායන ජලය මෙන් ස්වාභාවික ය. එසේ ම පුද්ගලයෙකු ඕනෑවට වඩා නිදා ගැනීමෙන් පසු හිසෙහි බරගතිය, අධික ආහාර ගැනීමෙන් පසු උදරයෙහි අපහසුව, බියවූ විටෙක හදවතේ තිගැස්ම ආදිය ද ස්වාභාවික ව ම ඇති වෙයි. මේ සෑම දෙයක් ම සොබාදහමේ නියමයට අනුව ම ක්‍රියාත්මක වන අතර එම හේතුවල ස්වභාවයෙන් මිදිය නො හැකි ය. ඒ නිසා අවශ්‍ය වන්නේ මෙම සොබා දහමේ ස්වභාවයට එකඟ වීම යි (**Morita, 1998:19**). ඒ අනුව මෙම ස්වභාවය ඉක්මවීමට වඩා යථාර්ථය පිළිගනිමින් ඊට උපේක්ෂාවෙන් මුහුණ දීම මෙම ප්‍රතිකාරයේ දී අගය කරයි.

මීට සමාන්තර ව චිත්තවේග හෙවත් හැඟීම් ද ස්වාභාවික ක්‍රියාවලියක් ලෙස මොරිතාවේ දී හඳුනාගනියි. එහි වැරදි හෝ නිවැරදි චිත්තවේග නොමැති ය. එය ම ප්‍රජානනික, ජීවවිද්‍යාත්මක ප්‍රතිචාර රටා හා සමාජීය සාධකයන්ගේ ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ඇති වෙයි. සිතුවිලි හා වර්ශාව පාලනය කළ හැකි වුවත් චිත්තවේගාත්මක ප්‍රතිචාරයන් ක්ෂණික ව චේතනාත්මක ව පාලන කිරීම ඉතා දුෂ්කර වෙයි. එහෙයින් මොරිතා විකිත්සකයන්ට අනුව එසේ බලයෙන් පාලනය කිරීමට උත්සාහ කිරීමෙන් මානසික අපහසුවක් ඇති වෙයි. ඒ අනුව මොරිතා විකිත්සකයෝ කාංසාව යටපත් කිරීමක් හෝ සම්පූර්ණයෙන් ඉවත් කිරීමක් අපේක්ෂා නො කරති (**Ishiyama, 1986**).

**මොරිතා විකිත්සාවේ අරමුණු සහ ක්‍රියාවලිය**

මොරිතා විකිත්සාවේ අරමුණු අතර ප්‍රමුඛ කරුණු කිහිපයක් වෙයි. එනම්, සාධක හඳුනාගැනීම, ස්වාභාවයට/ ස්වාභාවිකත්වයට අනුකූල/ එකඟ වීම, වර්තමාන මොහොත පිළිබඳ අවධානය, ස්වයංසිද්ධ හෙවත් සිය කැමැත්තෙන් කරන (spontaneous) ක්‍රියාකාරකම් ඉහළ නැංවීම, තමා පිළිබඳ පූර්ව නියුක්තිය (preoccupation) අවම කිරීම, චිත්තවේග සහ මනෝභාවයන්ට බාධා කිරීම් බැහැර කිරීම, වටිනාකම් විනිශ්චය නැවැත්වීම, නිහතමානි මනසක් සංවර්ධනය කිරීම ආදිය ඒ අතර වෙයි. ඒ අනුව තත්වයන් පවතින ස්වභාවයෙන් දැකීම හා උපේක්ෂාවෙන් ඊට මුහුණ දීම මෙහි දී ඉස්මතු කෙරෙයි.

ෂෝමෝ මොරිතාගේ ප්‍රතිකාර ක්‍රමය මූලික ව ම *shinkeishitsūho* හෙවත් ස්නායු දුෂ්ක්‍රියාකාරී තත්වය පදනම් වූ කාංසා රෝගීන් සඳහා ය. මෙම තත්වය ආකස්මික ව, ක්ෂණික ව ඇති වන්නක් නො වන අතර එය ස්නායු වකිත නැඹුරු ව, අධික සංවේදී බව, ඉගෙනුම සහ පුරුද්දක් බවට පත් ප්‍රජානන රටා ආදී තත්වයන් සමූහයකගේ එකතුවක් ලෙස වර්ධනය වෙයි. එනම්, පුද්ගලයාගේ මානසික හුරුබව, ප්‍රජානනය, වර්යාව හා ආකල්ප යන බහුවිධ සාධකයන්ගේ එකතුවක ප්‍රතිඵලයක් ලෙස එය අර්ථ දැක්විය හැකි ය (**Ishiyama, 1986**). එහෙයින් මොරිතා ප්‍රතිකාරයේ අරමුණ වන්නේ ස්නායුක තත්වය ඉවත් කිරීම නො වන අතර සේවාලාභියාගේ දුෂ්ක්‍රියාකාරී ප්‍රජානනය සහ වර්යා රටාව සංස්කරණය කොට එ මගින් නිෂ්ප්‍රයෝජන ස්වයං චිත්තන නැඹුරුව අවම කිරීමට කටයුතු කිරීම යි.

ප්‍රතිකාරයේ දී සේවාලාභියාට තමාගේ ස්නායුක සංවේදී බව හා කාංසා නැඹුරුව පිළිගැනීමට උනන්දු කරවයි. නමුත් එය පුද්ගලයාගේ දුර්වලතාවක් ලෙස නො ව යථාර්ථවාදී ප්‍රතික්‍රියාවක් සිදු කිරීමේ පියවරක් ලෙස එසේ පිළිගැනීම සිදු කරයි. ඒ අනුව මොරිතා ප්‍රතිකාරය මගින් සේවාලාභියාගේ කාංසාව සහ ස්නායු වකිත නැඹුරුව මූලිකප්‍රධා දැමීමක් සිදු නො වන අතර ඊට ප්‍රතිවිරුද්ධ ව ක්‍රියාත්මක විය හැකි අක්‍රිය ගුණාංග ක්‍රියාකාරීබවට පත් කිරීම සිදු කරයි (**Ishiyama, 1986**).

සතිය පිහිටුවීම මෙහි මූලික ක්‍රමවේදයකි. ප්‍රතිකාර ක්‍රියාවලියේ දී පුද්ගලයාට මේ මොහොත පිළිබඳ සිහියෙන් සිටීමටත් ඒ ඒ අවස්ථාවේ එළඹ සිටින මානසික හෝ කායික අද්දැකීම උපේක්ෂාවෙන් නිරීක්ෂණය කිරීමටත් පුහුණු කරයි. “වර්තමාන මොහොත පිළිබඳ උපදවාගත් සිහිය (සතිය) පදනම් කරගෙන තමන්ට පාලනය කළ හැකි දේත් නො හැකි දේත් හඳුනාගෙන ඒ කෙරෙහි ඇලීම් සහිත බලාපොරොත්තු නො තබා අද්දැකීම්වලට මුහුණ දීමේ හැකියාව දියුණු කරයි. ඒ අනුව අභ්‍යන්තර මානසික හැඟීම්වල සහ සිතිවිලිවල කැළඹීලි හමු වේ නො සැලී ඒවා උපේක්ෂාවෙන් පිළිගෙන සැබෑ යථාර්ථයට සමීපව තම වර්යාව මෙහෙයවීමට හැකියාව ලැබේ.”(පේමරතන හිමි, 2010: 163).

**මොරිතා විකිත්සාවේ ප්‍රතිකාරාත්මක පියවර**

වර්තමාන ජපානයේ මොරිතා ප්‍රතිකාර ක්‍රමය ව්‍යුහාත්මක නේවාසික ප්‍රතිකාර (structured residential treatment), සහයෝගී කණ්ඩායම් මාර්ගෝපදේශනය



(supportive group guidance), මගපෙන්වීම් සහිත බාහිර රෝගී ප්‍රතිකාර (directive outpatient therapy), ලිපි හුවමාරු හෙවත් අනුරූපක මාර්ගෝපදේශනය (correspondence guidance) සහ දිනපොත් විවරණ මගපෙන්වීම් ක්‍රමය (guidance through diary commentaries) ආදී විවිධ ආකාරයන්ගෙන් ක්‍රියාත්මක වෙයි (Ishiyama, 1986). එමෙන් ම වර්තමානයේ දී මොරිතා මූලික කරගත් ප්‍රජානන විකිත්සක ප්‍රතිකාර ක්‍රම කෙරෙහි ද බටහිර මනෝවිකිත්සකයන්ගේ අවධානය යොමු වෙමින් පවතියි. මෙහි දී සාකච්ඡා කෙරෙනුයේ ව්‍යුහාත්මක නේවාසික ප්‍රතිකාර ක්‍රමය ක්‍රියාත්මක වන ආකාරය යි.

මොරිතා විකිත්සාවේ ප්‍රධාන ප්‍රතිකාර ක්‍රමය ලෙස හඳුන්වාදිය හැක්කේ ව්‍යුහාත්මක නේවාසික ප්‍රතිකාර ක්‍රමය යි. පූර්ණ නේවාසික කාල පරිච්ඡේදයක් වන මෙය සාමාන්‍යයෙන් පියවර හතරකට බෙදා සාකච්ඡා කළ හැකි ය. එ නම්,

- පූර්ණ විවේකී (absolute bed rest)
- අර්ධ විවේකී (partial bed rest/ light work)
- අර්ධ ක්‍රියාකාරී (partial work/ demanding work)
- පූර්ණ ක්‍රියාකාරී (full work/ social reintegration)

වගයෙනි (Ishiyama, 1986). එසේ අවධි හතරක් තුළ ක්‍රමානුකූල ව සංක්‍රමණය වීමෙන් සේවාලාභියා හට වඩාත් සමබර ලෙස අභ්‍යන්තර හා බාහිර තත්වයන් පිළිබඳ මනා අවධානයක් හා අවදිමත් භාවයක් වර්ධනය කර ගැනීමට හැකිවෙයි.

ප්‍රතිකාරාත්මක ක්‍රියාවලියේ පළමු පියවරේ දී දැඩි සේ කාංසාවට හා දුෂ්ක්‍රියාකාරී තත්වයට පත් සේවාලාභියා පූර්ණ වගයෙන් විවේකී පරිසරයක රඳවා තබයි. හුදෙකලාව වෙන් වූ කාමරයක කාලය ගත කළ යුතු ඔහු බාහිර පරිසරය හා සියලු සම්බන්ධතාවලින් ඉවත් විය යුතු ය. ගුවන්විදුලියට සවන් දීම, රූපවාහිනී නැරඹීම, දුරකතන සංවාද, අන්තර්ජාල පරිහරණය, පොත් කියවීම, අමුත්තන් හමුවීම, කය වෙහෙසවා සිදු කරන ගෙවතු වගාව වැනි වෙනත් කාර්යන් ආදී අත්‍යවශ්‍ය නො වන්නා වූ සියලු ම කාර්ය, මානසික ක්‍රියාවලින් වියුක්ත වන සේවාලාභියා විවේක සුවයෙන් කල්ගෙවයි. නමුත් එම කාලය තුළ විකිත්සකවරයා සමඟ නිරන්තර හා සහයෝගී සම්බන්ධතාව පවත්වාගෙන යෑම සිදු කරයි. එසේ වුවත් එය ද ඉතා සීමිත වන, කිසිදු දෙයක් සඳහා මෙහෙයවීමකින් තොර සම්බන්ධතාවයකි. ගැටලුව මෙන් ම එහි විසඳුම ද පවතින්නේ තමන් තුළ ම බව සේවාලාභියාට ඒත්තු ගන්වයි (Chang, 2012).

සැබවින් ම මෙහි දී සිදුවන්නේ කුමක් ද යන්න විමසා බැලිය යුතු ය. නිරෝගී ව සිටි පුද්ගලයා කාංසාවට හෝ ආතතියට හෝ විෂාදයට හෝ වෙනත් අසාමාන්‍ය තත්වයකට හෝ පත්වීම අහේතුක ව සිදුවන්නක් ලෙස නිගමනය කළ නො හැකි ය. එ වැනි තත්වයකට යමෙක් පත් වන්නේ නම් ඊට සෘජු ව ම පාරිසරික

(සමාජ) හා පුද්ගල සාධක බලපායි. පවතින සමාජයේ සංකීර්ණතා හා සංකීර්ණ සම්බන්ධතා ගැටීම් හේතුවෙන් සිදු වන තත්වයන් දරාගත නො හැකි වන කල්හි පුද්ගලයා ස්වාභාවික ව ම කාංසාවට පත්වෙයි. අසාමාන්‍ය චර්යාවන් ප්‍රකට කරයි. 'නියුරෝසීය තත්වයක් යනු පුද්ගලයාගේ ආවේදන හෙවත් චිත්තවේග සහ අදහස්, ආකල්පයන්හි සංකීර්ණ වියවුල් බවකි. විශේෂයෙන් ම කාංසාවට පත්වීමේ දී පුද්ගලයාගේ චිත්තවේග හා අදහස් සෘණාත්මක බවට පෙරළීමක් සිදුවෙයි' (Chang, 2012). තාර්කික, බුද්ධිමය චින්තනය හීන වෙයි. ඒ තුළ පුද්ගලයාගේ ක්‍රියාකාරීත්වය සම්බන්ධ සියලු ම අංශයන්හි කඩා වැටීමක් සිදු වෙයි.

මොරිතා ප්‍රතිකාරයේ පළමු පියවරේ දී සිදු කරන්නේ මෙම බාහිර උත්තේජයන් සම්පූර්ණයෙන් ම පාහේ අඩාල කිරීම යි. බාහිර බාධාවන් අතිශයින් අවම වූ කල්හි පුද්ගලයා ස්වභාවයෙන් ම පාහේ ස්වයං සංවේදී බවකට පත් වන අතර වෙනත් කාර්යක් නොමැති බැවින් අන්තර් මානසික ක්‍රියාකාරීත්වය කෙරෙහි අවධානය යොමු වෙයි. මෙසේ කිසිදු සම්බන්ධයක් නොමැති ව හුදෙකලාව සිටීමෙන් සේවාලාභියාගේ රෝග තත්වය තවත් උග්‍ර විය හැකි බව ඇතමෙකු තර්ක කළ හැකි ය. නමුත් විකිත්සකවරයා සමඟ පවත්වන නිරන්තර සහයෝගී සම්බන්ධතාවය නිසා ඒ වැනි තත්වයක් ඇති නො වීමට විකිත්සකවරයා කටයුතු කරයි.

'මෙම පළමු පියවර සතියක් පමණ දිගු විවේකී අවධියක් වෙයි. දෛනික ව ඇති වන ආතතියෙන් මිදී, කායික මානසික අවිචේකී බවින් තොර ව, අභ්‍යන්තර මානසික සට්ටනවලින් මිදී නිකරුණේ කාලය ගතවන අතර අවසානයේ දී අක්‍රිය බව ද රෝගියා හට කරදරකාරී ස්වභාවයක් ඇති කරයි. ඉන් පසු සරල කායික ක්‍රියා කාරකම් ඔස්සේ අක්‍රිය බවින් මිදී නව අවධානයක් ඇති කර ගැනීමට දැඩි රුචිකත්වයක් ඇති වෙයි' (Ishiyama, 1986). මෙම අතරතුර කාලයේ දී තමා පිළිබඳ ව හා තමා තුළ සිදු වන ක්‍රියාවලීන් පිළිබඳ ව දැඩි අවධානයෙන් (සතිමත් බවින්) කටයුතු කිරීමට සේවාලාභියා යොමු කරයි. එමෙන් ම 'සේවාලාභියාගේ දෛනික ක්‍රියාකාරකම් සහ චින්තනය නියාමනය කිරීම සඳහා දිනපොත් සටහන් ලිවීමේ ක්‍රමවේදය භාවිත කෙරෙන අතර විකිත්සකවරයා විසින් ඊට පසුපෝෂණ සැපයීම හා මෝරිතා මඟ පෙන්වීම් ලබා දීම සිදු කරනු ලබයි' (Ishiyama, 1986).

සේවාලාභියා දෙවන පියවරට එළඹීමේ දී ක්‍රමයෙන් හුදෙකලා පරිසරයෙන් මිදී බැහැරට පැමිණ සංකීර්ණ නො වූ ක්‍රියාකාරකම් වෙත යොමු වෙයි. නිදසුනක් ලෙස සක්මන් කිරීම, පස් ස්පර්ශ කිරීම, ගෙවත්තේ ස්වාභාවික සංසිද්ධීන් නිරීක්ෂණය කිරීම, වෙනත් රෝගීන් බැලීම, බිම පිරිසිදු කිරීම (අතුගැම) වැනි සාමාන්‍ය ගේදොර වැඩ කිරීම ආදිය සිදු කිරීමට යොමු කරවන අතර ඒවා ද ඉතා අවධානයෙන් සිදු කරයි. දින සටහන් ලිවීම ද නොකඩවා කරගෙන යන අතර විකිත්සකවරයාගේ මඟ පෙන්වීම් ලබාදෙයි.

මෙහි තෙවන හා සිවුවන පියවරේ දී ක්‍රියාකාරී බව ක්‍රමයෙන් වැඩි කරයි. සංකීර්ණ ක්‍රියාවන් සඳහා ප්‍රායෝගික අවධානය යොමු කරමින් ක්‍රියා කිරීමට පුහුණු කරයි. මෙම රඵ කායික ක්‍රියාකාරකම් කායික විකිත්සාවක් වන අතර මානසිකවත්

කායිකවත් ශක්ති සම්පන්නව නැගී සිටීම සඳහා එය උපකාරී වෙයි (ජේමරතන හිමි, 2010: 163). පැළ සිටුවීම හා රැකබලා ගැනීම, සුරතල් සතුන් රැකබලා ගැනීම, පිරිසිදු කිරීම, කැවුණු ලී බඩු අලුත්වැඩියා කිරීම, ආහාර පිසීම, විකිත්සාලය සඳහා බඩු ගෙන ඒමට වෙළඳසැල වෙත යෑම, රසවින්දන වැඩසටහන් සංවිධානය කිරීම, නිර්මාණශීලී වැඩ කිරීම ආදී ක්‍රියා කාරකම් එම අවධියේදී සිදු කරයි.

හතරවන සහ අවසන් පියවරේ දී පුද්ගලයාගේ සාමාන්‍ය ජීවිතයේ ක්‍රියා කාරකම්වලට අනුගත කිරීම සිදු වෙයි. මුල් පියවරවල දී ලැබූ පුහුණුව පදනම් කරගනිමින් සාමාන්‍ය ජීවිතය නව ජීවිතයක් ලෙස ආරම්භ කිරීම සිදු කරයි (ජේමරතන හිමි, 2010: 163). එ මගින් පුද්ගලයාට නව චින්තනයකින් යුතු ව සමාජයට මුහුණ දීමටත් එදිනෙදා ජීවිතයේ කටයුතු කරගෙන යාමටත් හැකියාව ලැබෙයි. විශේෂයෙන් ම මෙම පියවර නැවත සමාජගත කිරීමේ අදියර (social reintegration stage) ලෙස ද හැඳින්වෙයි. එහි දී හිතීකාවන් වැනි විශේෂ කාංසා රෝග සහිත පුද්ගලයන්ට ඒ ඒ තත්වයන්ට යෝග්‍ය වන ආකාරයේ ක්‍රියාකාරකම් සඳහා නිරාවරණය වීම සඳහා අවස්ථාව සැලසීම ද සිදු වෙයි. නිදසුනක් ලෙස සමාජ හිතීකාවකින් යුක්ත සේවාවලාභියෙකු පොදු ප්‍රවාහන සේවාවන් භාවිත කිරීම සඳහා යොමු කිරීම වැනි ක්‍රියාකාරකම් දැකිය හැකි ය.

මෙම ප්‍රතිකාර ක්‍රමයේ දී රෝග ලක්ෂණ සම්පූර්ණයෙන් ම පාහේ ඉවත් නො කර ඒ සමඟ සාමාන්‍ය ජීවිතය පවත්වාගෙන යාමට යෝග්‍ය මානසිකත්වය නිර්මාණය කිරීම විශේෂත්වයකි. පූර්වයෙහි ද විස්තර කළ පරිදි කාංසාව ආදි තත්වයන් පුද්ගලයාගේ ජීවිතයෙන් සම්පූර්ණයෙන් ඉවත් වී නො යයි. අවශ්‍ය වන්නේ එම ස්වාභාවිකත්වය පිළිබඳ යථාර්ථය පිළිගැනීම හා ඊට මුහුණ දෙමින් දෛනික කාර්යන් පවත්වාගෙන යාම සඳහා අවශ්‍ය මානසිකත්වය ගොඩනැගීම යි. මොරතා විකිත්සාවේ විශේෂත්වය නම් එ වැනි මනෝවිද්‍යාත්මක පසුබිමක් නිර්මාණය කිරීමට සේවාවලාභියා යොමු කිරීම යි. අභ්‍යන්තර මානසික සට්ටනයන් හා කාංසා තත්වයන් ඇති වුව ද ඒවා සමඟ සටන් නො කර ඒවාට ඒ ආකාරයෙන් පැවතීමට ඉඩහැර තමාගේ කාර්යන් කරගෙන යාමට ධෛර්ය සම්පන්න කරවයි. ඒ අනුව මොරතා ප්‍රතිකාරයේ සාර්ථකත්වය තීරණය වන්නේ කාංසා රෝග ලක්ෂණ (shinkeishitsu symptoms) ඉවත් වන හෝ යටපත් වන ප්‍රමාණය මත නො ව ඒවා එසේ තිබිය දී ප්‍රායෝගික ක්‍රියාකාරකම් කරගෙන යාමට ඇති ශක්‍යතාව හා දරා ගැනීමේ හැකියාව මත යි.

බෞද්ධ සතිපට්ඨාන ක්‍රමයේ දී සිදු වන්නේ ද මීට බෙහෙවින් සමාන තත්වයකි. බුදුරජාණන් වහන්සේගේ ධර්මය අනුව පවතින හා සිදු වන තත්වයන් සම්පූර්ණයෙන් වෙනස් කිරීමට නො හැකි බව යථාර්ථය වන අතර එම යථාර්ථය අවබෝධ කර ගැනීමට හා පිළිගැනීමට පුද්ගලයා සමත් විය යුතු ය. නිවන ප්‍රත්‍යක්ෂ කළ ද මෙම හවයේ දී විඳීමට සිදු වන දුක්ඛයන්ට එ ලෙසින් ම මුහුණ දීමට සිදු විය හැකි ය. නමුත් දුක යථාර්ථයක් ලෙස පිළිගත් විට මානසික සමතුලිත බවකින් කටයුතු කළ හැකි අතර අසාමාන්‍ය මානසික තත්වයන් ඇති නො වෙයි.



**ගැටලු හා සීමාකම්**

මොරිතා විකිත්සාව හුදෙක් ම කාංසා මූලික රෝග තත්වයන් සඳහා පමණක් සීමා වූවක් වෙයි. එය ඇතැම් විට නියුරෝසීය විෂාදය හා සීමාස්ථ අක්‍රමතා (borderline cases) සඳහා ද ප්‍රතිකාර ක්‍රමයක් ලෙස යොදා ගත හැකි ය. එ මෙන් ම සාමාන්‍ය ජීවිතයේ ඇති වන ගැටලු අනුව උපදේශන අවශ්‍යතා සහිත පුද්ගලයන්ට ද එහි මැදිහත් වීම සීමිත වෙයි. තවද මෙහි ප්‍රධාන විකිත්සක ක්‍රමවේදය වන්නේ නේවාසික ප්‍රතිකාරය යි. එහෙත් කාර්ය බහුලත්වය හා සමාජ ක්‍රමයේ සංකීර්ණත්වය මත නේවාසික ප්‍රතිකාර සඳහා යොමු වීමේ රුචිකත්වය සීමා සහිත වෙයි. අධික වියදමක් දැරීමට සිදු වීම, දීර්ඝ කාලයක් කැප කිරීමට සිදුවීම ආදිය ඊට හේතුවෙයි. එම තත්වය මඟහරවා ගැනීම සඳහා වර්තමාන මොරිතා විකිත්සකවරුන් විසින් බාහිර ප්‍රතිකාර ආදී වෙනත් විකල්ප ක්‍රම හඳුන්වා දීමට උත්සාහ කරන ආකාරය ද දැකිය හැකි ය.

ඇතැම් පර්යේෂකයන්ගේ මතය අනුව මෙම ක්‍රමය ජපානයේ සංස්කෘතිය හා සමාජ ස්ථරායනය අනුව හැඩගැසී ඇති අතර එ නිසා ම මෙහි ප්‍රතිකාරාත්මක සම්බන්ධතාව ගුරු සිසු සම්බන්ධතාවක ස්වරූපය ගනියි. එ මෙන් ම ඒ මත පදනම් ව සේවාලාභියා විසින් විකිත්සකවරයාගේ අධිකාරී බලයට ගරු කිරීමට ද සිදු වෙයි. මෙම ගැටලු මත පදනම් ව සේවාලාභියාට වඩාත් පහසු හා ඵලදායී ක්‍රම ඔස්සේ, සංස්කෘතික බාධා අවම කරගනිමින් ප්‍රතිකාර කිරීමේ හැකියාව පිළිබඳ ව වර්තමාන මොරිතා විකිත්සකවරු හා බටහිර මනෝවිකිත්සකවරු පර්යේෂණ සිදු කරති.

**සමාලෝචනය**

බෞද්ධ භාවනා ක්‍රම හා දර්ශනය මූලික කරගත් මනෝවිකිත්සක ක්‍රමවේද බිහි වීම විසිවන සියවසේ මුල් භාගයේ සිට ම සිදු විය. එ වැනි ප්‍රතිකාර ක්‍රම අතර ජපන් සම්භවයක් සහිත මොරිතා විකිත්සාව සුවිශේෂී හා ප්‍රායෝගික ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකි. බුදු දහම අනුව ද දුක ස්වභාවයක් වන අතර එය ප්‍රත්‍යක්ෂයෙන් අවබෝධ කළ යුතු ය. මොරිතා විකිත්සාව අනුව ද කාංසාව හා චිත්තවේගීමය තත්වයන් ජීවිත කාලය තුළ ඕනෑම අවස්ථාවක ඕනෑම පුද්ගලයෙකුට මුහුණ දීමට සිදුවන තත්වයන් වන අතර ඒ සමඟ නො ගැටී කටයුතු කරගෙන යාමට ධෛර්යය ඇති කරයි. ඒ සඳහා ක්‍රියාත්මක කෙරෙන නේවාසික ප්‍රතිකාර සැලැස්ම ද ඉතා සංවිධිත හා ව්‍යුහාත්මක අයුරින් ක්‍රියාත්මක වෙයි. පියවර හතරක් ඔස්සේ ක්‍රියාත්මක වන එම නේවාසික ප්‍රතිකාර ක්‍රමය සේවාලාභියා තුළ සැබෑ වෙනසක් ඇති කිරීමට යෝග්‍ය අයුරින් ක්‍රියාත්මක වෙයි. ඒ අනුව මොරිතා විකිත්සාව කාංසා මූලික නියුරෝසීය මානසික රෝග තත්වයන් සඳහා ඉතා ප්‍රායෝගික ප්‍රතිකාර ක්‍රමයක් ලෙස අගය කළ හැකි ය.

### ආශ්‍රිත ග්‍රන්ථ නාමාවලිය

- ජේමරතන හිමි, සුරක්කුලමේ. (2010). බෞද්ධ මනෝවිද්‍යාව, කොළඹ: දයාවංස ජයකොඩි සහ සමාගම.
- Chang, Suk C. (2012). "**Morita Therapy: The Psychotherapy Guidebook**" edited by Richie Herink and Paul R. Herink. Last modified 2012, <http://www.freepsychotherapybooks.org>
- Ishiyama, F.I. (1986). "**Morita Therapy: Its basic features and cognitive intervention for anxiety treatment**". *Psychotherapy Theory Research and Practice* Volume 23/ Fall 1986/ Number 3. Retrived from <https://www.researchgate.net/publication/23256416> on 13 February 2018
- Morita, Shoma. (1998). **Morita therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu)**, Albany: State University of New York Press.
- Matsumi, J.T. (2004). **Japanese Forms of Psychotherapy: Naikan Therapy and Morita Therapy. Handbook of Culture, Therapy, and Healing** edited by U.P. Gielen, J.M. Fish and J.G. Draguns. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Retrieved from <https://books.google.lk/> on 20.12.2018.