

**Министерство здравоохранения  
Республики Казахстан**

**Республиканский научно-практический Центр  
медико-социальных проблем наркомании**

**А.Л. Катков**

**Стратегическая полимодальная психотерапия  
зависимых от психоактивных веществ:  
макротехнологические  
и метатехнологические подходы**

*Методические рекомендации*

Павлодар  
2012

**Катков А.Л.**

**Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ: макротехнологические и метатехнологические подходы: Методические рекомендации.** – Павлодар, 2012. – 50 с.

Методические рекомендации разработаны д.м.н., проф. А.Л. Катковым.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для специалистов аддиктологического профиля: врачей-психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе.

В методических рекомендациях подобно описываются основные характеристики авторского метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ – показания, формы реализации, топография, актуальные особенности метода, учитывающие специфику контингента химически зависимых лиц. Подробно рассматриваются вопросы научного обоснования метода, в частности – формирования модели двухуровневой развивающей коммуникации, открывающей возможность трансляции основных терапевтических эффектов в практике консультирования, социально-психологических тренингов и др. Основное внимание уделяется макротехнологическому (лонгитудинальные, кросс-секционные и когерентные стратегии) и метатехнологическому оформлению психотерапевтической коммуникации. Аргументируется возможность использования этих универсальных инструментов в различных моделях психотерапевтической помощи, а не только в технологиях стратегической полимодальной психотерапии.

**Рецензенты:**

Доктор медицинских наук Толстикова А.Ю.

Доктор медицинских наук, профессор Кудьярова Г.М.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – А.Т. Ескалиева, протокол от «17» сентября 2012 года № 268).

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол от "23" октября 2012 года № 10).

**© РГКП “Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании”  
Республика Казахстан, Павлодар, 2012**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
1. Показания и формы реализации.....	4
2. Актуальные характеристики и особенности метода.....	6
3. Научное обоснование.....	9
4. Модель двухуровневой развивающей коммуникации.....	23
5. Метатехнологии стратегической полимодальной психотерапии.....	27
6. Макротехнологическое оформление стратегической полимодальной психотерапии.....	35
Заключение.....	48
Список использованных источников.....	49

## **Введение**

Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ представляет собой нозоспецифический сегмент полимодальной психотерапии (автор термина профессор В.В. Макаров), которая в свою очередь является одним из научно-обоснованных и аргументированных вариантов интегративного и эклектического направления в психотерапии. В силу этих и других причин (таких, например, как наличие определенного макротехнологического, метатехнологического, собственно технологического содержания; оригинальных принципов построения и реализации основных терапевтических стратегий) мы рассматриваем стратегическую полимодальную психотерапию как самостоятельный метод, в наибольшей степени соответствующий специфике клиентской группы зависимых от ПАВ.

Научная разработка метода, исследование границ эффективности его применения проводились в период с 2001 по 2010 г. в рамках отдельного проекта по разработке научно-практического направления интегративной и эклектической психотерапии (основные исполнители – кафедра психотерапии, психиатрии – наркологии, клинической и консультативной психологии Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, руководитель – профессор А.Л. Катков; кафедра психотерапии, медицинской психологии с курсом сексологии и сексопатологии Российской Академии последипломного образования, руководитель – профессор В.В. Макаров.

### **1. Показания и формы реализации**

Основная группа пациентов, в отношении которых используется метод стратегической полимодальной психотерапии, – зависимые от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики, токсические вещества), лица, входящие в группу повышенного риска по данному профилю.

Метод может быть реализован как в индивидуальном, так и групповом формате на всех этапах оказания наркологической помощи: профилактической и первичной наркологической помощи, амбулаторной и стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии.

Наиболее эффективным является использование метода в групповом формате, в сочетании со специально подобранными помогающими и развивающими технологиями – консультативными, тренинговыми и другими.

Кроме того, при незначительной модификации метод может использоваться для лечения лиц с деструктивными формами психологической зависимости (игромании, компьютерная зависимость).

Стратегическая полимодальная психотерапия может выступать в качестве единственного метода терапии (например, в программах амбулаторного лечения, противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ), а также – в комплексе с другими технологиями лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, совместимыми по своим принципиальным позициям.

Противопоказаниями, помимо общих противопоказаний к психотерапии, в данном случае являются: состояние алкогольного опьянения, тяжелые формы абстиненции, выраженная декомпенсация психопатоподобных и психопатических проявлений, выраженная интеллектуальная недостаточность, категорический отказ пациента от участия в соответствующей реабилитационной или терапевтической программе.

Стратегическая полимодальная психотерапия в отношении зависимых лиц на третьем этапе оказания наркологической помощи (этап амбулаторной или стационарной реабилитации) проводится ежедневно по 3-4 часа, в продолжение от 2-х до 4-х месяцев.

На четвертом этапе – противорецидивной поддерживающей терапии – по 2-3 часа, от 3-х до 1 раза в неделю.

На втором этапе – первичной наркологической помощи – длительность терапевтических встреч и общая продолжительность цикла зависит от конкретной формы организации помощи, но в любом случае следует стремиться, как минимум, к еженедельным встречам, продолжительностью не менее 1 часа.

На первом этапе – первично-профилактической наркологической помощи – объем психотерапевтических интервенций может ограничиваться 1-3 встречами, длительностью от 1 до 2,5 часов.

Эффективность стратегической полимодальной психотерапии на третьем этапе наркологической помощи – амбулаторной или стационарной реабилитации зависимых от ПАВ – снижается в случае ограничения длительности общего курса менее 2-х месяцев, а ежедневного времени терапевтических сессий – менее 2-х часов.

Границы эффективности метода, при прочих равных условиях, зависят от уровня компетенции специалиста-психотерапевта как в общих вопросах, так и в области стратегической полимодальной психотерапии.

## **1.1 Топография**

Топография – т.е. место стратегической полимодальной психотерапии в общей системе координат профессиональной психотерапии – определяется по следующим параметрам:

1) *принадлежность к основным ареалам* – рассматриваемый метод представляет ареал научно-обоснованных психотерапевтических технологий с доказанной эффективностью;

2) *временные форматы* – стратегическая полимодальная психотерапия может использоваться во всех временных форматах: экспресс-психотерапии (1-3 терапевтические сессии); краткосрочной (до 10 сессий); среднесрочной (50-100 сессий); долгосрочной психотерапии (свыше 100 сессий);

3) *принадлежность к основным направлениям* – направление интегративной и эклектической психотерапии;

4) *основные формы* – стратегическая полимодальная психотерапия реализуется в следующих формах:

- по направленности психотерапевтической активности – аутопсихотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия;

- по основным терапевтическим акцентам и контекстам – поддерживающая, развивающая, ориентированная на структурированный технологический процесс психотерапия;

5) *основные уровни* – стратегическая полимодальная психотерапия реализуется, в основном, на уровне переформирования проблемных паттернов поведения (по К.Г. Юнгу) или на уровне личностной реконструкции (по Б.Д. Карвасарскому);

6) *главные психотерапевтические модели*, в контексте которых был разработан и реализуется метод стратегической полимодальной психотерапии – психологическая и клиническая модели психотерапии;

7) *основные сферы профессиональной деятельности*, в рамках которых реализуется данный метод – превентивная психолого-педагогическая практика, медицина (аддиктология, наркология).

## **2. Актуальные характеристики и особенности метода**

Актуальной характеристикой метода стратегической полимодальной психотерапии является то обстоятельство, что данный метод в максимальной степени учитывает все сложности работы с контингентом зависимых лиц, к числу которых традиционно относят следующие:

1) типичные характеристики психологической и поведенческой сферы, препятствующие терапевтическим изменениям:

- неустойчивая мотивация, часто меняющаяся под влиянием случайных фактов или обстоятельств, либо отсутствие конструктивной мотивации у существенной части зависимых лиц, вовлекаемых в терапевтические программы под давлением обстоятельств;
- наличие, в силу сказанного, частых реакций сопротивления, оппозиции к реабилитационному режиму, формального отношения к терапевтическому контракту и правилам поведения, прописанным в нем;
- перегруженность деструктивными психологическими защитами;
- часто отмечающиеся признаки неустойчивого настроения, повышенной агрессивности, импульсивности;
- наличие сложностей с длительной концентрацией внимания, повышенная утомляемость, особенно на первом этапе вхождения в терапевтическую программу;
- общая ригидность психических процессов, особенно выраженная у лиц с предшествующей интенсивной и длительной интоксикацией (например, у больных полинаркоманией со стажем наркопотребления от 5 лет и выше);

2) особенности селективной терапевтической активности зависимых лиц, частичное или полное неприятие отвлеченных проблем, прямо не относящихся к сфере актуальных потребностей зависимых лиц; длительная «разговорная» терапия на абстрактные темы обычно сопровождается потерей концентрации, мотивации, пассивными (пациенты «выключаются» из диалога) либо активными (находятся разные предлоги для прекращения терапевтической сессии) протестными реакциями; такие поведенческие реакции в большей степени характерны для резидентов, находящихся на этапе вхождения в терапевтическую программу, но также имеют место и на более поздних этапах;

- предрасположенность к «предметному» – т.е. наиболее иллюстративному и демонстративному способу репрезентации каких-либо проблемных сфер жизнедеятельности;
- жажда быстрых результатов с характеристиками «чуда», при отсутствии понимания необходимости и готовности к какому-либо существенному вкладу в динамику терапевтических изменений (наличие рентных установок);
- склонность к подражательному поведению, особенно на первых этапах пребывания в терапевтической программе;

3) сложности во взаимодействии «новичков», проходящих этап вхождения в программу, и резидентов, освоивших существенную часть терапевтической программы, в открытых группах.

В первую очередь здесь следует сказать о сложностях выбора между стратегиями ведения резидентов МСР в открытых и закрытых терапевтических группах.

Вариант закрытой группы привлекателен с той точки зрения, что на втором и третьем этапах МСР – основных рабочих фазах – группа не «разбавляется» вновь принятыми пациентами и не снижает набранных темпов терапевтической динамики. Вместе с тем, такой внешне привлекательный вариант чреват другими осложнениями – в этом случае всю тяжесть проведения пациентов через первый этап вхождения в терапевтическую программу приходится брать на себя специалистам-психологам, психотерапевтам, ведущим процесс групповой психотерапии и тренингов. Позитивное ядро в этих условиях может образоваться не так быстро – в продолжение 3-4-х недель – притом что существует вероятность доминирования отрицательно настроенных лидеров, формирующих негативное ядро группы. В таких условиях фактор подражательного поведения работает недостаточно интенсивно (только лишь позитивного влияния специалиста-психотерапевта здесь недостаточно), либо данный фактор, под воздействием негативного ядра группы, работает против терапевтической динамики. Вероятность последнего варианта развития событий, по нашим данным, соотносится с опережающей вероятностью формирования у групповых терапевтов признаков синдрома эмоционального выгорания, почти неизбежного в данных условиях.

Вариант ведения пациентов в открытых группах привлекателен с точки зрения профессиональной экологии – существенную часть нагрузки по поведенческому компоненту терапии берет на себя позитивное ядро группы, представленное старшими резидентами. Соответственно, риск доминирования отрицательно настроенных лидеров или формирования негативного ядра группы в данных условиях существенно снижается. Но, кроме того, существует возможность утилизации противоречий между терапевтическими предпочтениями резидентов с различным стажем пребывания в программе, которые в полной мере учитываются в стратегии полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ;

4) проблемы соотношения психотерапевтических технологий с другими развивающимися практиками (в том случае, если терапия проводится комплексно, например, в рамках программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ).



Важным здесь является факт непротиворечивости и взаимопотенцирования используемых технологий, что в полной мере учитывается в стратегии полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ.

Методология построения рассматриваемой модальности, в частности, таких узловых компонентов, как идентификация основных мишеней; формирование универсальных и специальных задач; разработка макротехнологического, метатехнологического и структурно-технологического содержания метода – в максимальной степени нацелена, во-первых, на минимизацию вышеприведенных сложностей. А во-вторых – на адекватную утилизацию особенностей терапевтической динамики зависимых от ПАВ.

### **3. Научное обоснование**

В данном разделе раскрываются два ключевых положения метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ, представляющих системообразующий стержень рассматриваемой психотерапевтической модальности.

Первое положение обосновывает универсальную цель рассматриваемого метода – форсированное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ и агрессивному влиянию среды – и дифференцирует ее на определенные компоненты – свойства психологической устойчивости. Данные компоненты в свою очередь являются мишенями второго уровня для психотерапевтических технологий, используемых в общем формате рассматриваемого метода.

Второе ключевое положение обосновывает возможность форсированного развития высоких уровней устойчивости к повторному (в рамках реализации 2-4 этапов наркологической помощи) вовлечению в зависимость от психоактивных веществ в ограниченные временные периоды, сопоставимые с возможностями государственных учреждений, предоставляющих наркологическую помощь, – т.е. от 3 до 6 месяцев.

**3.1** В ходе реализации 10-летнего исследовательского проекта, включающего масштабные эпидемиологические, клинические и экспериментально-психологические исследования, нами были сформулированы следующие функциональные требования к системе универсальных факторов, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, в том числе – зависимость от ПАВ:

– *идентификационные характеристики*: 1) возможность обозначения идентифицируемых факторов с помощью известных терминов и определений; 2) измеряемость апробированными тестами и методиками; 3) наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентификационных свойств с доказанными рисками и фактами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость; 4) надежность полученных идентификационных характеристик, обеспечиваемая тройным перекрытием и согласованностью результатов эпидемиологических, экспериментально-клинических и экспериментально-профилактических исследований; 5) возможность эффективного влияния на выявленные характеристики в краткосрочной (недели, месяцы), среднесрочной (1-5 лет) перспективе;

– *технологические характеристики*: возможность: 1) выстраивания адекватных индивидуальных мишеней с целью последующего профилактического, лечебного и реабилитационного воздействия; 2) выстраивания адекватных социальных мишеней с целью эффективного информационного воздействия первично-профилактического характера, с использованием каналов СМИ; 3) построения диагностических и скрининговых программ по определению эффективности соответствующего индивидуально- и социального воздействия; 4) разработки, на основании всего вышесказанного, инновационных технологий формирования высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии; 5) достижения, на основании всего вышеперечисленного, высоких уровней индивидуальной и социальной самоорганизации.

**3.1.1** Проведенные исследования позволили установить, что в наибольшей степени функциональным требованиям предыдущего пункта соответствует система определенных психологических факторов, которые мы обозначили как свойства психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Вышеперечисленные свойства, сами по себе достаточно дифференцированные и представляющие обособленные структуры организации личности, соотносятся между собой по принципу взаимообусловленности, взаимозависимости, взаимодополнения.

Краткая характеристика идентифицированных свойств и их онтогенетической динамики сводится к следующему.

*Личностная идентификация* – одна из основных интегративных психологических характеристик, описанных известным американским психологом Э. Эриксоном (1959). Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени человек должен четко представлять себе ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы должны исходить из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторять навязанные извне сценарии-стереотипы, пусть и социально одобряемые. Перед субъектом, полноценно завершившим этап личностной идентификации (чему в немалой степени способствует адекватная стимулирующая активность основных агентов развития в период прохождения первых 4-х жизненных кризисов по Э. Эриксону), появляется отчетливая перспектива собственного жизненного пути, по которому его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс последующего становления и достижения целей будут включаться более мощные психологические ресурсы, обеспечивающие и более высокую вероятность полноценного удовлетворения потребностного цикла. Соответственно, вероятность поиска и нахождения «коротких путей к счастью» за счет употребления ПАВ или специальных психотехнологий, практикуемых деструктивными организациями, у такого человека будет существенно более низкой.

*Позитивный, идентификационный жизненный сценарий* – данное свойство, являющееся, по определению, идентификационной характеристикой личности, выделяется нами в отдельную характеристику психологического здоровья – устойчивости в соответствии со всеми принятыми методологическими критериями (см. раздел 3.1). Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс личностной идентификации – 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса конструктивный жизненный сценарий может находиться на стадии разработки, и окончательно сложить-

ся только к возрасту 19-21 года. К этому времени человек должен знать ответы на вопрос о том, что ему нужно делать для исполнения своих главных, идентификационных устремлений и желаний. Конструктивный жизненный сценарий, в данном случае, – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой сценарий полярно различается с мимолетными намерениями и личностными планами, за которыми обычно не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях субъекта, являются основным отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – существенное снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности субъекта, порожденных ситуацией неопределенности в отношении основных конструкторов (сценариев), координирующих бытие современного человека. Таким образом, позитивный жизненный сценарий, проистекающий из личностного ядра субъекта, завершившего процесс полноценной идентификации, выполняет важнейшую функцию базисной системы координат и обеспечивает: устойчивое продвижение в реализации намеченных целей, чувство деятельностного удовлетворения, эмоциональный комфорт, существенное повышение качества жизни субъекта, что, в совокупности, достаточно надежно профилирует риски формирования адаптационных нарушений со всеми вытекающими отсюда последствиями.

*Навыки ответственного выбора* – данное личностное свойство, в идеале, должно являться неременным атрибутом позитивного жизненного сценария, или, условно говоря, – некой гарантией для его успешной реализации в агрессивной среде, изобилующей альтернативными предложениями (чаще всего, с краткосрочной и многообещающей перспективой). Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет); собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Ключевой характеристикой свойства ответственного выбора является умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (что в литературе морально-нравственного толка обозначается как «стойкость к искушению»). Наличие каких-либо предпочтений или псевдовыбора с неустойчивым или непринятым решением в отношении возможных альтернатив, с одной стороны, негибкость и ригидность – с другой, качественно отличаются от вышеприведенной характеристики. Т.е. в нашем случае отказ от альтернативных сценарных решений – волне

осознанный и продуманный шаг, который делается с пониманием всех возможных потерь (обычно в краткосрочной перспективе) и приобретений (обычно в среднесрочной и долгосрочной перспективе). При этом отказ от альтернативных сценариев сопровождается дезавуацией их внешней привлекательности, что не влечет за собой разыгрывание какого-либо внутреннего конфликта. Субъект, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твердые, однозначные и последовательные решения в ситуации агрессивно навязываемого выбора. А во-вторых – держаться избранного, несмотря на продолжающееся давление. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, таким образом, обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но, по сути, конфронтационные и агрессивные в отношении идентификационных перспектив, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению ПАВ с целью получения эйфорического, стимулирующего или релаксационного эффекта, или предложения по вступлению в деструктивную секту, где «тебя по-настоящему понимают» и др.). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации свободного и ответственного выбора – является полноценное удовлетворение от воплощения того плана, в пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем, и в результате оказался прав» – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, обеспечившего безопасность своего жизненного пути и получающего деятельностное удовлетворение от избранной жизненной позиции.

*Качество внутреннего локус-контроля* – данное свойство личности (интернальности – экстенальности) было исследовано и подробно описано американским психологом Д. Ротгером (1947). Характеристики локус-контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности исходит от личности с оформленной метапозицией внутреннего локус-контроля. Данное качество формируется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует развитие таких свойств личности, как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Субъект с развитым качеством внутреннего локус-контроля полностью осознает, что только он сам несет ответственность за все то, что происходит с ним в жизни. Данная мета-позиция повышает шансы на существенное улучшение качества жизни индивида в том случае, если его не устраивают су-

существующие кондиции, за счет имеющихся инструментов индивидуального и социального развития. Изменить что-либо в себе или, хотя бы, признать необходимость таких изменений – уже реальный шаг в сторону развития, прелюдия к поиску профессиональной или иной конструктивной помощи и поддержки. Таким образом сформированное качество внутреннего локус-контроля существенно повышает вероятность разворота личности в сторону долговременных, соответствующих идентификационным целям, информационных и психологических ресурсов. И профилактирует, таким образом, неосознаваемый поиск «коротких путей к счастью», связанных с патологической адаптацией.

*Психологические ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария* – данные свойства личности, с одной стороны, являются интегрирующими и включающими вышеназванный перечень наиболее существенных личностных характеристик (этот достаточно понятный аспект в данном случае можно оставить без комментариев). С другой – содержит следующие специфические характеристики, являющиеся основой для формирования соответствующих профилактических и терапевтических мишеней: 1) проработанная базисная стратегия с акцентом на синергию (сотрудничество), открытая к изменениям, облегчающая быстрое усвоение информации, поступающей по различным каналам, а также – генерацию новых, актуальных информационных блоков. Первоосновой данной характеристики являются базисные свойства доверия (1 год), автономности – уверенности (2-3 года), трудолюбия (5-12 лет); завершение формирования, в норме, происходит к 18-20 годам; 2) наличие проработанного ресурсного личностного статуса (Я-ресурсный), актуализирующегося в моменты адаптационного напряжения и способствующего прохождению таких периодов в режиме стресс-серфинга, с максимумом приобретений и минимумом потерь. Первоосновой формирования данной характеристики являются базисные свойства инициативы (3-6 лет), трудолюбия-ответственности (5-12 лет); завершение формирования отмечается к 18 годам; 3) наличие необходимого объема знаний – умений – навыков, достаточных для реализации своих жизненных и профессиональных планов. Данные характеристики формируются в течение всей жизни, но особенно интенсивно – до 23-летнего возраста. Специально следует отметить, что в данной комбинации ресурсных характеристик приоритет отводится группе креативно-пластических ресурсов, обеспечиваемой синергетической стратегией поведения и активным сотрудничеством субъекта с внешними агентами развития и внутренними ресурсными инстанциями психического. Потенциал

стереотипных психологических ресурсов, биологических адаптационных характеристик, может быть в существенной степени увеличен за счет актуализации данной приоритетной группы креативно-пластических ресурсов. Сама по себе ресурсная достаточность субъекта надежно профилактирует поисковое поведение в сторону сверхбыстрых, потенциально-патологических источников энергии и эмоционального комфорта.

*Адекватная информированность об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным идентификационным жизненным сценариям* – наиболее удаленное от ядра личности психологическое свойство, имеющее, тем не менее, прямое отношение к личностным реакциям, определяющим вектор поведения субъекта по отношению к агрессивным воздействиям среды. Данное свойство следует отличать от характеристики стереотипных знаний, поименованной в предыдущей позиции ресурсной достаточности субъекта. Существенная разница заключается в том, что адресация такого рода специально организованной информации к идентификационным сценариям и сформированным на этой основе ценностным установкам «запускает» механизм сценарного конфликта с возможными альтернативами деструктивного свойства. Именно в этих обстоятельствах последние идентифицируются как чужеродные и агрессивные по отношению к укорененным, личностным ценностям. Таким образом реализуется технология «информационной прививки», блокирующая возможное поисковое поведение субъекта с риском вовлечения в социальные эпидемии.

**3.1.2** Наиболее полно и системно сценарии формирования анализируемых личностных свойств описаны Э. Эриксоном (1959) в следующих возрастных рамках и полярных вариантах прохождения жизненных кризисов – ключевых этапов становления идентичности:

- 1) в первый год жизни у ребенка формируется базисное *доверие* (конструктивный сценарий) или *недоверие* (деструктивный сценарий) к основным агентам со-бытия;
- 2) в возрасте от 1 года до 3-х лет формируются такие характеристики, как *автономность*, *уверенность* (конструктивный сценарий) или *сомнение*, *стыд* (деструктивный сценарий);
- 3) в возрасте от 3-х до 6 лет формируется *инициатива* (конструктивный сценарий) или чувство *вины и скованность* (деструктивный сценарий);
- 4) в возрасте от 6 до 12 лет формируются *трудолюбие*, *ответственность* (конструктивный сценарий), либо чувство *неполноценности*, *избегание сложностей* (деструктивный сценарий);

- 5) в возрасте от 12 до 18 лет завершается личностное *самоопределение, идентификация* (конструктивный сценарий), либо формируются *недифференцированность, серость, конформизм* (деструктивный сценарий);
- 6) в возрасте от 18 до 25 лет формируется *инициатива, общительность, открытость* (конструктивный сценарий) или *изоляция, отклонения в психике* (деструктивный сценарий);
- 7) в возрасте от 25 до 64 лет формируется *творчество, передача опыта следующим поколениям* (конструктивный сценарий) или *застой, эгоцентризм, непродуктивность, инвалидизация* (деструктивный сценарий);
- 8) в возрасте после 64 лет формируется *целостность, принятие жизни, смирение* (конструктивный сценарий), либо *отчаяние, переживание бессмысленности жизни* (деструктивный вариант прохождения жизненных кризисов).

Среди разнообразных факторов, имеющих отношение к формированию конструктивного, либо деструктивного сценариев личностного развития, обычно выделяют особую роль родительско-детских отношений и внутрисемейных правил, роль основных агентов развития.

В нашем варианте вышеприведенная схема полярных сценариев личностного развития по Э. Эриксону существенно расширяется на этапе описания 5-го жизненного кризиса (возраст 12-18 лет), на котором, помимо завершения личностной идентификации, должны быть сформированы и другие личностные свойства, обеспечивающие функцию устойчивости субъекта к вовлечению в социальные эпидемии.

**3.1.3** Исследованные психологические свойства – характеристики личности – складываются в функциональные блоки следующего порядка, обеспечивающие высокий уровень адаптации субъекта в агрессивной среде.

Первый функциональный блок дополняет схему иерархии индивидуальных потребностей А. Маслоу (1954), в традиционном варианте включающую 5 потребностных уровней – физиологические, безопасности, принадлежности и любви, уважения, самоактуализации. В нашем случае к поименованным иерархическим уровням добавляется еще и 6-й уровень – потребность в эффективной самоорганизации. Данный уровень достаточно четко дифференцируется от предшествующего потребностного уровня – самоактуализации – прежде всего за счет оригинального содержания и вполне осознаваемого характера манифестации этого нового класса потребностей. Кроме того, по нашим данным, деятельностное удов-



летворение потребностей в эффективной самоорганизации существенным образом меняет пирамидальную иерархическую конструкцию А. Маслоу. Т.е. развитие ситуации теперь можно представлять следующим образом: 1) вследствие адекватного развития поименованных универсальных свойств актуализируются потребности в эффективной самоорганизации субъекта; 2) далее, данный потребностный уровень полноценно удовлетворяется, что и является ключевым моментом обретения осознанной не-зависимости от возможных «атак» нижележащих (в онтогенетическом плане) уровней; 3) т.е. с этого момента основанием конструкции является перевернутая пирамидальная вершина 6-го потребностного уровня, поскольку именно этот, новый класс потребностей определяет поведение субъекта и выстраивает обновленную иерархию (новый порядок) актуальных потребностей других уровней; 4) таким образом, общую конфигурацию актуальных потребностей человека, складывающуюся после ключевого перехода к 6-му уровню, можно представить знаком «X», где основанием будет пирамидальный сектор потребностей в самоорганизации, а продолжением – расходящиеся грани перевернутого классического треугольника (по А. Маслоу), где уровни организации традиционных потребностей меняются на иной системный принцип, соответствующий идентификационной сущности самоорганизованного человека; 5) данная конфигурация обладает существенно более высокой степенью устойчивости в агрессивной среде, поскольку эффективно профилактирует осознаваемые и неосознаваемые поиски «коротких путей к счастью» со всех возможных направлений.

Идентифицированные нами алгоритмы (деструктивный и конструктивный) реализации потребностного цикла субъекта дополняют концепцию потребностных циклов в аспекте формирования патологической зависимости (Валентик Ю.В., 1998). Проведенные исследования позволили уточнить, что в данном случае речь идет не столько о способах разрядки блокированной энергии, «скопившейся» в результате нереализованных потребностей, сколько о формировании чаще неосознаваемого ресурсного запроса у субъекта, находящегося в состоянии адаптационного кризиса, и возможности сверхбыстрого удовлетворения такого запроса за счет употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий. При этом было показано, что при формировании патологической зависимости имеет место определенная последовательность событий: 1) формирование дефицита свойств психологического здоровья – устойчивости, приводящего к слабости интегративной функции самоорганизующего, целенаправленно-

го поведения и дезорганизации соответствующих мотивационных структур; 2) манифестация адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации, блокирующего и без того дефицитарную функцию самоорганизации; 3) актуализация чаще неосознаваемого ресурсного запроса, направленного в сторону «короткой дороги к счастью», прохождение которой связано с употреблением ПАВ и реализацией специальных психотехнологий измененного сознания; 4) удовлетворение запроса на сверхбыстрый ресурсный доступ с высокой вероятностью формирования химической, либо деструктивной психологической зависимости – патологических форм адаптации субъекта. В данном случае имеет значение практически идеальное совпадение характера неосознаваемого ресурсного запроса с уникальным комплексом свойств, присущих психоактивным веществам, и деструктивными психотехнологиями – и те, и другие являются: адаптогенами сверхбыстрого действия, универсальными заместителями нереализованных потребностей, эффективными протекторами «чудесного» появления желаемых личностных свойств или форм поведения, успешными блокираторами негативной эмоционально заряженной памяти (в том числе памяти о пережитой физической и душевной боли). Повторный прием ПАВ, кроме того, устраняет последствия предшествующей интоксикации. Какие-либо упрощенные представления о взаимодействии этих двух составляющих рассматриваемого потребностного цикла вряд ли приведут к искомым результатам. В то же время, на основании отмеченных закономерностей, понятно, что соответствующие профилактические программы должны быть представлены как «дальними», так и «ближними» стратегиями, первые из которых направлены на преодоление дефицита в системе универсальных факторов риска – устойчивости, а вторые – на разработку и масштабную реализацию технологий экспресс-психотерапевтической помощи.

Идентифицированный личностный статус – Я-ресурсный/ая, – актуализирующийся в момент адаптационного напряжения и способствующий прохождению кризисных этапов в режиме стресс-серфинга, дополняет концепции Э. Берна (1979), Р. Ассаджиоли (1965), Ю.В. Валентика (2002) о структуре личности, субличностях, универсальных нормативных личностных статусах. В приведенных выше теоретических построениях такого рода необходимые, с нашей точки зрения, личностные концепты, обосновывающие возможность эффективной самоорганизации субъекта в условиях агрессивной среды, специально не дифференцируются и не рассматриваются. В то же время нашими исследованиями были продемон-

стрированы: во-первых, возможность терапевтической диссоциации (растождествления по Р. Ассаджиоли) рассматриваемого личностного статуса; во-вторых – исключительная важность внутреннего диалога диссоциированных личностных статусов Я-ресурсный/ая – Я-нуждающийся/щаяся в помощи и поддержке, крайне желательного в острой кризисной ситуации, когда возможности оказания экстренной психотерапевтической помощи отсутствуют; в-третьих, по результатам ретроспективного анализа в исследуемых группах было показано, что спонтанные диалоги такого рода в кризисной ситуации не столь уже редкое явление, и что «ценой» такой своевременной терапевтической диссоциации иногда выступает спасенная человеческая жизнь; наконец, в-четвертых, – возможность форсированной проработки обсуждаемого ресурсного личностного статуса в терапевтических и тренинговых технологиях, и его актуализации в режиме стресс-серфинга. В нашем случае данная идентифицированная личностная характеристика встраивается в систему универсальных факторов риска – устойчивости (свойство достаточности психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария);

Идентифицированная таким образом система функциональных структур следующего порядка, как понятно из всего сказанного, является психологической матрицей, необходимой для формирования крайне важной интегративной функции психики, обеспечивающей: 1) эффективную самоорганизацию; 2) устойчивость; 3) безопасность человека в агрессивной среде. Данная интегративная функция, отслеживаемая на всех этапах ее становления, является главной мишенью для разрабатываемых инновационных профилактических и терапевтических воздействий.

**3.1.4** В специальных исследовательских фрагментах было показано, что сложность терапевтической работы с зависимыми лицами и более чем скромные результаты такого рода деятельности связаны, в первую очередь, с тем обстоятельством, что исходные дефициты наиболее значимых характеристик психологического здоровья – устойчивости усугубляются еще и отчетливым и адресным вредоносным воздействием патологических адаптогенов быстрого действия, что является крайне неблагоприятной в смысле общих перспектив терапевтического воздействия комбинацией. Такого рода привнесенные дефициты – достаточно «тонкие» негативные психопатологические расстройства интегративных функций психики, выявляемые лишь с использованием специальных диагностических методов, – формируются уже после первых проб наркотиков, первых месяцев регулярного употребления алкоголя, первых недель вовле-

чения в практику манипулятивного психотехнического воздействия. Основные проявления данной ажурной, не связанной с грубыми расстройствами памяти, интеллекта, эмоциональной сферы, негативной симптоматики, препятствуют сложным интегративным процессам формирования:

- личностной зрелости с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта;
- конструктивного жизненного сценария с возможностями долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития психологических ресурсов, выстраивания адекватной жизненной метапозиции;
- устойчивой мотивации к достижению целей конструктивного жизненного сценария – как одной из главных характеристик устойчивого ресурсного состояния и составляющих важнейшей интегративной функции психологической активности субъекта, обозначаемой как «воля»;
- адекватных представлений о характере и особенностях патологических проявлений химической и деструктивной психологической зависимости (что выражается, в частности, в феномене анозогнозии), конструктивных сценариях перехода из состояния психологической зависимости к состоянию здоровья-свободы, понимаемому как обретение высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в патологическую зависимость.

Было убедительно продемонстрировано, что в полной мере специфическими в данной ситуации могут считаться лишь те профилактические и терапевтические подходы, которые эффективно и в ограниченные временные периоды преодолевают исходные либо двойные дефициты идентифицированных психологических свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к первичному, либо повторному вовлечению в социальные эпидемии. Т.е. это именно те психотерапевтические подходы, которые представляют технологическую основу метода стратегической полимодальной психотерапии.

**3.1.5** Интерпретация данных, полученных при проведении масштабных эпидемиологических, клинических и экспериментальных исследований и интерпретация полученных данных, проводимая на основе статистико-математического анализа, позволила уточнить специфику и определить следующий порядок прохождения этапов формирования высоких уровней устойчивости, характерный для всех исследуемых типов деструктивных социальных эпидемий, в том числе – зависимости от ПАВ:

– фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к агрессивному влиянию среды; акцентированная проработка конструктивного жизненного сценария как основного «проекта» достижения значимых личностных целей и ценностей;

– фаза полноценного усвоения субъектом информации о неизбежном вреде и тотальном проигрыше, связанных с приобщением к патологическим адаптогенам быстрого действия (потреблению психоактивных веществ, практике манипулятивных технологий и др.), именно по отношению к конструктивным жизненным сценариям;

– фаза реального конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария – употребления патологических адаптогенов быстрого действия, – в ходе чего дезавуируются внешне привлекательные характеристики суррогатного удовлетворения ресурсных потребностей субъекта;

– фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному жизненному проекту) сценариев использования патологических адаптогенов быстрого действия, с полной редуциацией или установлением ответственного контроля в сфере мотивации к реализации данных сценариев;

– фаза реализации позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, ассертивные способы реагирования, совладающие копинги) с агрессивной средой, в ходе чего редуцируются остаточные уровни мотивации к реализации деструктивных сценариев патологической адаптации субъекта.

Каждый из вышеперечисленных этапов имеет свои отличительные характеристики, диагностика которых дает возможность определить, в какой именно фазе находится субъект и с какой степенью успешности он проходит настоящую и предшествующие фазы формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии.

Далее нами были идентифицированы следующие основные варианты прохождения вышеназванного цикла, а также условия их реализации:

– нормативно-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант реализуется при условии конструктивного прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, предусматривающего наличие гармоничных семейных отношений и адекватных стратегий развития, используемых по отношению к субъекту в продолжение первых 15-17 лет его жизни. При таком варианте развития событий фаза конфликта основного жизненного сценария

рия с дивидендами употребления патологических адаптогенов быстрого действия может быть редуцирована в силу неактуальности ресурсного запроса. Т.е. субъект,двигающийся по конструктивному сценарию прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, обладает свойством ресурсной достаточности (5-е свойство в системе идентифицированных факторов риска-устойчивости). Соответственно, борьбы мотивов, характерной для третьей фазы универсального цикла формирования устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии, не возникает. Для такого субъекта хватает полноценного усвоения адресной, негативной (по отношению к основному жизненному сценарию) информации о патогенных свойствах быстрых адаптогенов, вследствие чего такого рода сценарий надежно исключается из осознаваемых и неосознаваемых жизненных горизонтов;

– форсировано-эволюционный вариант формирования высоких уровней устойчивости. Данный вариант специфичен для контингента лиц с деструктивным сценарием прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, высокими рисками и признаками актуализации ресурсного запроса и, соответственно, высокой вероятностью вовлечения в социальные эпидемии. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных превентивных технологий, предусматривающих, во-первых, надежную идентификацию групп высокого риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии, а во-вторых – эффективную технологическую проработку каждой фазы универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды. В результате чего искажения нормативного развития субъекта, дефициты свойств психологического здоровья – устойчивости должны быть компенсированы, а поисковое поведение, направленное на удовлетворение ресурсного запроса за счет использования патологических адаптогенов, – эффективно скорректировано;

– лечебно-реабилитационный вариант формирования высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в социальные эпидемии. Данный вариант специфичен для контингента лиц с химической, деструктивной психологической зависимостью, проходящих курсы лечения и реабилитации в специализированных учреждениях. Настоящий вариант реализуется при условии активного использования специальных помогающих и развивающих технологий, к числу которых следует отнести стратегическую полимодальную психотерапию зависимых от ПАВ. Для рассматриваемого третьего варианта характерны выраженная борьба мотивов в фазе конфликта (3-й этап универсального цикла) и достаточная продол-

жительность – до нескольких месяцев – фазы нейтрализации деструктивных сценариев повторного использования патологических адаптогенов (4-й этап универсального цикла).

Таким образом, из всего вышесказанного следует, что метод стратегической полимодальной психотерапии может эффективно использоваться как по второму, так и по третьему варианту прохождения универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, в том числе эпидемию химической зависимости.

#### **4. Модель двухуровневой развивающей коммуникации**

Следующее ключевое положение рассматриваемого метода – возможность форсированного развития высоких уровней устойчивости в ограниченные временные периоды – обосновывается моделью двухуровневой развивающей коммуникации, разработанной нами в ходе реализации специального исследовательского проекта. Модель двухуровневой коммуникации должна была удовлетворять следующим требованиям:

- данная модель должна содержать аргументированное научное обоснование основного востребованного эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в отношении компенсации исходного и привносимого дефицита в сфере идентифицированных характеристик психологического здоровья – устойчивости, а также обоснование механизмов достижения искомого результата в ограниченные временные периоды, сопоставимые с продолжительностью стандартных профилактических и лечебно-реабилитационных программ;

- разработанная модель должна эффективно использоваться как в отношении успешного прохождения универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды (работа с универсальными мишенями), так и с целью полноценного решения специфических психологических и иных проблем, возникающих у лиц с зависимостью и адаптационными нарушениями на различных этапах оказания профессиональной помощи (работа со специальными мишенями);

- уникальная особенность рассматриваемой модели должна состоять не только в возможностях создании на данной основе соответствующих профилактических и терапевтических инновационных технологий, существенно превосходящих по своей эффективности традиционные подходы, но главным образом в том (и это особенно важно с позиции охвата населения наиболее востребованными видами помощи), что основные

механизмы двухуровневой развивающей коммуникации при определенных условиях могут быть транслированы в традиционные развивающие технологии – тренинговые, консультативные, воспитательные, образовательные – с существенным повышением их эффективности. Т.е. данная модель может выполнять важнейшую функцию системообразующего технологического стержня метамоделей социальной психотерапии;

– все вышеназванные положения должны находить подтверждение в корректных экспериментах по определению сравнительной эффективности инновационных технологий, разработанных на основе рассматриваемой модели, и традиционно используемых профилактических и терапевтических подходов.

**4.1** На основе интерпретации результатов, полученных в ходе многолетних исследований (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Титова В.В., 2002; Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В., 2003; Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В., 2004; Катков А.Л., 2004; Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005; Катков А.Л., Нургазина А.З., 2006; Макаров В.В., Катков А.Л., 2009; Катков А.Л., Макаров В.В., 2010) были сформулированы следующие основные положения, характеризующие модель двухуровневой развивающей коммуникации.

Известный тезис в отношении того, что большая часть информационных процессов протекает на внесознательном уровне, и что «характернейшей особенностью неосознаваемых сфер психической деятельности являются возможности достижения того, что не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербальный и поэтому осознаваемый опыт» (Выготский Л.С., 1935) в нашем случае получил следующее развитие.

Скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации находятся в прямой зависимости от адаптационных режимов, в которых действуют внесознательные инстанции. Данные режимы представлены: 1) общими функциями – непрерывным тестированием среды на предмет определения базисной адаптационной стратегии (опасно-безопасно, интересно-неинтересно); выбором оптимальной, по отношению к существующим условиям, адаптационной стратегии; генерацией соответствующих параметров импульсной активности сознания (нейрофизиологических характеристик активности мозга, имеющих отношение к режимам «жесткости-пластики»); быстрой мобилизацией индивидуальных ресурсов – биологических, психологических, креативно-пластических – на эффективное достижение стратегических адаптационных целей; 2) базисными адаптационными стратегиями: репродуктивной адаптационной стратегией, на-



правленной на продолжение рода, и генерацию соответствующей гормональной и поведенческой активности; защитно-конфронтационной адаптационной стратегией, направленной на сохранение рода, – ресурсы организма в этом случае мобилизуются на сопротивление, агрессию или бегство, обеспечивающих сохранение статус-кво (Я остаюсь тем, кем Я был); синергетической адаптационной стратегией, направленной на развитие индивида, достижение эффективных изменений (Я становлюсь тем, кем Я хочу быть), с мобилизацией ресурсов на достижение состояний гиперпластики. Последняя адаптационная стратегия и гиперпластический режим активности внесознательных инстанций представляются наиболее интересными и перспективными с позиции достижения востребованного профилактического либо терапевтического эффекта – достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды.

Содержательные характеристики синергетической стратегии внесознательных инстанций, наиболее востребованные в модели двухуровневой развивающей коммуникации, следующие: *пластика Я* (с позиции разрабатываемого нами темпорального принципа организации психических процессов (Катков А.Л., 2003, 2006), такая высокоинтегрированная, синтетическая система как Я, понимаемая в том числе и как эпифеномен всех видов памяти субъекта, – изначально предрасположена к активности в гиперпластическом режиме, что доказывается самой возможностью образования Я-феномена. Синергетический режим внесознательных инстанций актуализирует гиперпластический потенциал Я, вследствие чего появляется возможность терапевтической диссоциации личностного ядра субъекта, вовлеченного в данный процесс, по отношению к своим множественным компонентам: Я-функциям (Я-памяти, Я-мышлению, Я-поведению и пр.); Я-свойствам (устойчивости к агрессивному влиянию среды); Я-статусам (Я-ребенку, Я-родителю, Я-партнеру, Я-профессионалу и др.). Соответственно, вероятность эффективной трансформации тех диссоциированных компонентов психической активности субъекта, которые и являлись причиной появления адаптационных расстройств, существенно возрастает. С позиции всего вышесказанного особенно важной представляется возможность терапевтической диссоциации и форсированного развития Я-свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии); *пластика времени* (в условиях синергетической активности внесознательных инстанций существенно облегчается возможность ретроспективных и проспективных перемеще-

ний во времени, достижения возрастной регрессии и прогрессии, эффективной проекции планируемых результатов в будущее. С позиции разрабатываемого нами подхода особенно важно, что за счет механизмов временной пластики могут существенно более эффективно решаться проблемы компенсации деструктивного варианта прохождения жизненных кризисов по Э. Эриксону, выстраиваться конструктивные жизненные сценарии с их устойчивой проекцией в будущее, формироваться ресурсная мета-позиция, характерная для зрелого человека); *пластика обстоятельств* (в условиях синергетической активности существует возможность терапевтической модификации имеющихся жизненных обстоятельств, а в сочетании с временной пластикой – обстоятельств прошлого и будущего субъекта; такая возможность реализуется за счет акцентирования или усиления концентрации каких-либо значимых аспектов ситуации, разрешения или удаления из ситуации травмирующих, «шумовых» моментов, выхода за пределы ситуации с одновременным умалением степени ее значимости, т.е. достижения ресурсной трансценденции и др.); *пластика контекстов* (в условиях гиперпластического пространства двухуровневой развивающей коммуникации существует возможность терапевтической трансформации негативно-эмоциональных антиресурсных контекстов какой-либо настоящей, а с учетом потенциала временной пластики – прошлой и будущей ситуации, в позитивно-эмоциональный ресурсный контекст при сохранении событийного строя происходящего; т.е. речь идет о том, что травматическую память, негативное восприятие настоящего и ожидание будущего можно перевести в полярно противоположные терапевтические контексты с одновременным форсированным развитием достаточно устойчивого ресурсного состояния, профилактирующего поисковое поведение субъекта в сторону добывания адаптогенов быстрого действия); *множественная гиперпластика* (данный феномен является интегративной содержательной характеристикой синергетической стратегии внесознательных инстанций, обеспечивает высокую скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации, гиперпротекцию используемых структурированных технологий – психотерапевтических, консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, высокую скорость конструктивных изменений субъекта в избранном направлении; феномен множественной гиперпластики может быть обозначен как разлитой терапевтический транс – состояние измененных характеристик импульсной активности сознания субъекта – для которого, в отличие от индуцированного транса, не характерен «увод» осознаваемого личност-

ного ядра на периферию сознания, напротив, уровень креативной активности данной инстанции психики субъекта только лишь возрастает).

Гиперпластический статус субъекта манифестирует спонтанно, вслед за переходом от защитно-конфронтационной базисной стратегии внесознательных инстанций к синергетической. Т.е. для формирования разлитого терапевтического транса не требуется реализации каких-либо структурированных технических приемов, что является весьма важным обстоятельством в смысле возможности трансляции основных механизмов двухуровневой коммуникации в наиболее распространенные развивающие практики. Такого рода «переключение» базисных адаптационных стратегий сопровождается характерными изменениями в моторной, вегетативной, эмоциональной сферах, которые могут быть адекватно интерпретированы (диагностированы) и восприняты как сигнал к использованию структурированных технологий, направленных на достижение соответствующих изменений у субъекта. Однако наиболее важными признаками формирования разлитого терапевтического транса, с точки зрения последующей динамики развития, являются пластические изменения в сферах Я-мышления, Я-поведения, о чем можно судить по критической редукции таких форм поведения субъекта, которые традиционно обозначаются как «сопротивление» или «психологическая защита» (с нашей точки зрения данные поведенческие стереотипы представляют типичную атрибутику защитно-конфронтационной стратегии адаптации, которая закономерно редуцируется при переключении активности внесознательных инстанций на полярно противоположную синергетическую стратегию адаптации), а также – по существенному возрастанию уровня креативной активности субъекта.

## **5. Метатехнологии стратегической полимодальной психотерапии**

Из всего вышесказанного следует, что основа множественной гиперпластики – главного условия, обеспечивающего скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации – управляемая адаптационная активность внесознательных инстанций. Такого рода экологическое управление обеспечивается специально разработанными метатехнологическими подходами, основу которых представляют специфические статусные характеристики психотерапевта и определенные профессиональные навыки, «всегда присутствующие» в общем поле развивающей коммуникации. Так, нами (Катков А.Л., 2006) была отмечена особая значимость следующих статусных характеристик и профессионального поведения психотерапевта:

1) *Я-техника* (профессионал должен находиться в ресурсном состоянии, предполагающем наличие актуализированной синергетической базисной стратегии внесознательных инстанций, метапозиции, открытой к изменениям; наличие особого, «диалогизированного» режима активности, позволяющего, с одной стороны, быть заинтересованным участником диалога с вовлеченным субъектом, а с другой – внимательно отслеживать динамику соответствующих изменений. Особый ресурсный статус психотерапевта и соответствующая генеративная активность его внесознательных инстанций являются мощным стимулом для переключения защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации на синергетическую и запуска механизма идентификации с ключевыми характеристиками ресурсного статуса психотерапевта, инициируемых внесознательными инстанциями вовлеченного субъекта. Таким образом еще на этапе установления контакта и диагностическом этапе двухуровневой развивающей коммуникации клиент может почувствовать, что ситуация в отношении заявляемых им проблем кардинально изменилась: то, что из метапозиции доминирования защитно-конфронтационной стратегии адаптации (наиболее вероятного исходного антиресурсного статуса клиента) представлялось «тупиковым, сложным или неподъемным» – из полярно противоположной метапозиции ассимилированных характеристик ресурсного статуса психотерапевта и синергетической базисной адаптационной стратегии, «вдруг» предстает в совершенно ином свете – перспективным и вполне решаемым.

В свете всего сказанного становится понятным истинное значение таких достаточно традиционных характеристик общих терапевтических факторов, как «важность установления доверительных отношений между терапевтом и клиентом», «важность личностных характеристик профессионального психотерапевта», «вера в то, что психотерапия может помочь» и пр. (Nietzel M.T., Fisher S.G., 1981; Stein D.H., Lambert M.J., 1984; Magraf J., Bauman V., Bedeutung W., 1986; Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A., 1994; Lambert M.J., Bergin A.E., 1994; Garfield S.L., 1994).

2) *постоянное вербальное – прямое и косвенное – и невербальное подкрепление безопасности субъекта, вовлеченного в процесс двухуровневой развивающей коммуникации* (психотерапевт постоянно демонстрирует открытую метапозицию спокойного интереса к субъекту, эмпатии, «дистанционной сердечности» – в эмоциональной сфере, понимание и уважение к занимаемой позиции и оценочным суждениям клиента – в собственно коммуникативной сфере, наличие «успокаивающих»,

«присоединяющих» и «стимулирующих к открытому диалогу» жестов – в сфере моторной активности. Психотерапевт заявляет клиенту о полной конфиденциальности озвучиваемой в ходе терапевтической коммуникации информации (при групповом формате занятий такое решение, с подачи психотерапевта, принимает терапевтическая группа). При появлении малейших намеков на сопротивление к продвижению в исследуемой проблемной сфере, психотерапевт должен обязательно подтвердить безопасность клиента в смысле того, что тот имеет полное право сообщать лишь то, чем действительно хочет поделиться, и что эта информация в любом случае будет полностью конфиденциальной. Как правило, после такого подтверждения активность клиента существенно возрастает. В процессе подготовки профессионалов развивающего профиля, в частности, по вопросам реализации рассматриваемой метатехнологии, следует обращать внимание на то, что в отсутствие ресурсного статуса и конгруэнтной активности терапевта, выражающейся в соответствии вербального и невербального поведения (например, в случае недоброжелательности, напряжения и неуверенности терапевта на первых этапах построения развивающей коммуникации) рассматриваемая мета-технология не эффективна. Внесознательные инстанции вовлеченного субъекта, выполняющие в данном случае функции «детектора правды», считывают сигнал о наличии соответствующей конфронтационной базисной стратегии психотерапевта, и мобилизуют психику клиента на сопротивление, защиту – т.е. в полярно противоположную сторону от гиперпластического полюса быстрых изменений);

3) *постоянное вербальное и невербальное подкрепление креативной активности вовлеченного субъекта* (одобрительные мимические реакции, жесты и слова-междометия, продемонстрированные и сказанные в особо важный, сензитивный момент первых осторожных шагов клиента в сторону развития и ожидания реакции от значимой фигуры терапевта – выполняют функцию катализаторов креативной активности клиента, подкрепляют синергетическую стратегию его внесознательных инстанций, придают устойчивость формируемому ресурсному статусу. Рассматриваемая метатехнология адекватно работает лишь в случае активности первого из рассматриваемых метафакторов – «Я-техники», за чет чего и формируется особая значимость фигуры терапевта для внесознательных инстанций клиента);

4) *формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых терапевтических изменений* (под термином «стыковочный сце-

нарий» в данном случае подразумевается специальная программа конструктивных изменений вовлеченного субъекта, привязываемая к определенной последовательности структурированных технических действий и оформляемая как «неявный» возврат клиенту его собственных, сценарно-проработанных ожиданий от проекта терапии или любой другой развивающей коммуникации. Обязательными условиями успешного оформления стыковочного сценария является адекватная детализация конструктивных ожиданий клиента от соответствующего терапевтического процесса, формирование множественной гиперпластики, совместное обсуждение последовательности структурированных технических действий с проговариванием того, какие именно желательные эффекты будет вызывать то или иное техническое действие, отслеживание невербальных реакций клиента, свидетельствующих об «утверждении» программы проговариваемых терапевтических изменений внесознательными инстанциями психики клиента. В этом случае с известной долей уверенности можно ожидать, что программа конструктивных изменений будет воспроизведена в ходе последовательной и четкой реализации оговоренных структурированных технических действий, практически в автоматическом режиме. Что, собственно, и является основным механизмом гиперпротекции структурированных технических действий, реализуемых в условиях множественной гиперпластики. При этом важно помнить, что рассматриваемая метатехнология может быть успешно воспроизведена лишь в условиях синергетической активности всех вышеобозначенных метатехнологических подходов);

5) *формирование и подкрепление перспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений* (в данном случае речь идет о тех же самых механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария, привязываемого к значимым компонентам конструктивного жизненного сценария. Последний формируется за счет использования специальных структурированных или тренинговых техник. Проговариваемая программа продолжающихся терапевтических изменений содержит характеристики ресурсной достаточности субъекта, возможность его функционирования в креативно-пластическом режиме, возможность ненавязчивого «присутствия» психотерапевта в виртуальном психологическом пространстве субъекта в качестве позитивной референтной группы, оптимистические ожидания и уверенность психотерапевта в успешном прохождении клиентом важных жизненных рубежей. Работа с перспективными стыковочными сценариями должна проводиться на пике креативно-пластической активности и позитивных переживаний клиента в отношении только что

полученных и в полной мере осознанных результатов терапевтической сессии или иной развивающей коммуникации. Такого рода результаты гораздо лучше любых других вербальных аргументов убеждают клиента в возможности успешного решения сложных жизненных проблем, формируют уверенность в себе, повышают самооценку. Пик гиперпластической активности клиента является наиболее выигрышным контекстом для осуществления скрытой временной прогрессии и трансляции программы успешного преодоления каких-либо проблемных ситуаций в будущее).

Кроме того, нами выделены основные диагностические метатехнологии, также имеющие прямое отношение к управляемой активности внесознательных инстанций:

6) *постоянное отслеживание и оценка характеристик базисной адаптационной стратегии внесознательных инстанций* (внешние параметры, характеризующие базисную активность внесознательных инстанций, должны находиться в зоне постоянного внимания терапевта; при этом особое значение имеет момент фиксации перехода от защитно-конфронтационной стратегии к синергетической, с формированием множественной гиперпластики – необходимого компонента для оформления соответствующих стыковочных сценариев и успешной реализации структурированных технических действий в модели двухуровневой развивающей коммуникации);

7) *отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов* (такого рода утвердительные либо отрицательные сигналы, генерированные внесознательными инстанциями клиента, отслеживаются в отношении: диагностических версий (проясняющих значение того, что происходит с субъектом в проблемном поле); проекта структурированных технических действий, обеспечивающих ожидаемый результат; актуального и перспективного стыковочных сценариев; при этом, в зависимости от характера отслеживаемых сигналов, принимается решение о реализации какой-либо избранной последовательности структурированных технических действий с высокой вероятностью достижения ожидаемого результата).

**5.1** В связи со всем сказанным, нами идентифицируются два уровня развивающей коммуникации, направленной на достижение основного востребованного эффекта – обеспечение значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у вовлеченного субъекта в ограниченные временные периоды: глубинный, формируемый за счет синергетической активности внесознательных инстанций; структурно-технологический, формируемый за счет использования разработанного тех-

нологического арсенала соответствующих практик – психотерапии, консультативной психологии, социально-психологических тренингов, воспитания, образования. Основные характеристики глубинного и структурно-психологических уровней представлены в схемах 1, 2.

На схеме 1 показаны универсальные механизмы, за счет которых обеспечиваются оптимальные условия для оформления главного и наиболее востребованного эффекта развивающей коммуникации, а также продемонстрированы основные макро- и метатехнологические подходы, которые актуализируют глубинный, универсальный уровень развивающей коммуникации, и которые при соответствующих условиях (изменении стандартных требований и программы подготовки специалистов развивающего профиля) могут быть транслированы в основные развивающие практики – консультативные, тренинговые, воспитательные, образовательные.

На схеме 2 показаны механизмы, за счет которых решаются универсальные и специальные задачи структурно-технологического коммуникативного уровня. Вместе с тем следует иметь в виду, что такого рода механизмы и структурированные технологии особенно эффективны в условиях актуализации и гиперпластической активности глубинного уровня развивающей коммуникации, что, по-видимому, и объясняет различный эффект от использования стандартных технологических подходов. Т.е. наша интерпретация постоянно отмечаемого различия в эффективности стандартных структурированных технологий, как и сопоставимой эффективности при использовании абсолютно разных технологических подходов – что весьма часто приводится как аргумент в пользу «ненаучности» и «необъективности» гуманитарных подходов – заключается в том, что такого рода факты обусловлены, в первую очередь, разным уровнем метатехнологической подготовленности специалистов-практиков и, соответственно, различной степенью мобилизации гиперпластической активности глубинного уровня развивающей коммуникации.

Схема 2, кроме того, иллюстрирует возможности эффективного сочетания стратегической полимодальной психотерапии с другими развивающими практиками (консультативными, тренинговыми), используемыми в комплексных, высокоструктурированных программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ. В данном случае специфическое технологическое содержание развивающих практик будет эффективно подкрепляться универсальным, глубинным уровнем коммуникации, обеспечивающим гиперпластику и высокую скорость терапевтических изменений.



Основные характеристики универсального, глубинного уровня развивающей коммуникации

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
<p>1. Обеспечение высокой скорости и качества усвоения субъектом актуальной информации.</p> <p>2. Обеспечение оптимальных условий для основного и наиболее востребованного эффекта – достижения значительных, устойчивых и продолжающихся изменений в ограниченные временные периоды.</p>	<p>1. Идентификация вовлеченного субъекта с ресурсным статусом терапевта и ассимиляция открытой (мобилизованной на изменения) метапозиции.</p> <p>2. Перевод защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации в синергетическую.</p> <p>3. Актуализация и формирование развитого феномена множественной гиперластичности.</p> <p>4. Обеспечение гиперпротекции структурированных технических действий.</p>	<p>1. Макротехнологии первого уровня (связанные с процессом подготовки специалистов развивающего профиля и уровнями их компетенции в сфере использования метатехнологических подходов).</p> <p>2. Макротехнологии второго уровня (связанные с оформлением этапов развивающей коммуникации).</p> <p>3. Конструктивистские метатехнологии, актуализирующие глубинный уровень развивающей коммуникации.</p> <p>4. Диагностические метатехнологии, оценивающие уровни активности внесознательных инстанций.</p>	<p><b>Теория</b> – функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды; модель двууровневой развивающей коммуникации; макротехнологические и метатехнологические подходы, использующиеся в развивающих практиках.</p> <p><b>Практика</b> – углубленное личностное самопознание и диагностика уровней психологического здоровья; практика личностного роста, личной терапии с достижением высоких уровней психологического здоровья и устойчивого ресурсного состояния; формирование конструктивистских и диагностических метатехнологических навыков; специальная интервизия, супервизия.</p>

Основные характеристики структурно-технологического уровня развивающей коммуникации

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
<p>1. Эффективное продвижение по универсальным целям формирования высокого уровня устойчивости к агрессивному влиянию среды (в частности – эффективное продвижение от дефицитарно-дезадаптивного полюса к нормативно-адаптивному).</p> <p>2. Эффективное решение проблемных ситуаций и задач, специфических для каждой развивающей практики - психотерапии, консультирования, тренинговой, воспитания, образования.</p>	<p>1. Качественное усвоение имеющейся и генерация новой информации, способствующей достижению высоких уровней устойчивости субъекта в агрессивной среде.</p> <p>2. Утилизация неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов).</p> <p>3. Форсированное развитие конструктивных адаптивных навыков за счет адекватной:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– коррекции эмоционального опыта;</li> <li>– расширения когнитивного репертуара;</li> <li>– модификации поведения.</li> </ul>	<p>1. Структурированные техники и модальности психотерапии, консультирования</p> <p>2. Специальные тренинговые технологии.</p> <p>3. Профилактически ориентированные воспитательные и образовательные технологии.</p>	<p><b>Теория</b> – классическая психологическая теория; теоретические курсы соответствующих дисциплин (психотерапии, консультирования, педагогики).</p> <p><b>Практика</b> – практические курсы по усвоению соответствующих умений и навыков в сфере реализации специфических структурно-технологических блоков; тематическая интервизорская и супервизорская практика.</p>

Научное обоснование двух главных положений, формирующих системную основу метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ, важно еще и потому, что таким образом иллюстрируется оригинальное содержание рассматриваемого метода и его отличие от других психотерапевтических стратегий, используемых в лечении зависимых от ПАВ – таких, например, как мультимодальная психотерапия А. Лазаруса, континуальная психотерапия Ю.В. Валентика.

## **6. Макротехнологическое оформление метода стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ**

Основные стратегические блоки, используемые как макротехнологические инструменты – стратегических принципов, лонгитудинальных, кросс-секционных и когерентных стратегий – являются особо значимыми компонентами рассматриваемого метода (в связи с чем в названии данного метода и был включен такой термин, как «стратегическая» полимодальная психотерапия). Данные стратегические блоки направлены, прежде всего, на эффективное достижение главной цели – формирование высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ у резидентов программ МСР, устойчивости к первичному вовлечению в химическую зависимость у лиц, входящих в группу повышенного риска. Кроме того, обозначенные стратегические компоненты обеспечивают соответствие используемых технологических подходов особенностям состояния, избирательной активности, специфическим характеристикам терапевтической динамики, отмечающимся у зависимых от ПАВ, которые следует учитывать в процессе комплексного реабилитационного воздействия.

**6.1** Основные принципы, на основе которых был разработан метод стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ, следующие:

- *научная обоснованность* – каждый тезис, касающийся как общих, так и частных характеристик метода, основан на доказательной практике;
- *адекватность* – общая структура и технологическое содержание метода соответствуют: актуальным потребностям зависимых лиц, точно идентифицируемых на каждом этапе наркологической помощи; особенностям статуса и терапевтической динамике пациентов; особенностям универсального цикла формирования высоких уровней психологической устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, в том числе – химическую зависимость;

– *суммирование возможностей и результатов* – общая методология построения метода позволяет суммировать эффекты: глубинного и структурно-технологического уровней развивающей коммуникации; результаты продвижения в решении как универсальных, так и специальных терапевтических задач; первичного и устойчивого ресурсного статуса пациента, уникальных ресурсных характеристик феномена «психотерапевтического пространства», а также терапевтического потенциала множества используемых технологий профессиональной психотерапии;

– *измеряемая эффективность* – в общую идею метода заложена принципиальная возможность измерения главного индикатора эффективности – уровня развития свойств психологической устойчивости к вовлечению в химическую зависимость. Кроме того, предусматривается возможность мониторинга эффективности работы с основными мишенями с помощью опросника ИТА по выявлению индекса тяжести аддикций, компьютерной методики комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ.

Вышеназванные стратегические принципы дают адекватное представление о существенных характеристиках разработанного метода, его прагматической направленности и приверженности установкам доказательной практики.

**6.2** Лонгитудинальные стратегии, охватывающие весь терапевтический цикл и формирующие его организационную структуру, основываются на аргументированных представлениях о последовательных этапах наркологической помощи, приоритетных для каждого этапа мишенях психотерапевтического воздействия, универсальных и специальных задачах, решаемых методом стратегической полимодальной психотерапии на каждом дифференцируемом этапе наркологической помощи, а также – на идентифицированных алгоритмах по формированию высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Так, из общего перечня мишеней, включающего: мотивационную сферу; патологическое влечение к приему ПАВ; патологический личностный статус (который в нашем случае рассматривается в большей степени как дефицитарный – в смысле низкого уровня развития свойств психологической устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии); деформированный семейный статус; дефицитарная или деформированная социализация, а также опосредованных мишеней, где психотерапии отводится вспомогательная роль: патологический соматический статус (без признаков тяжелой абстиненции); патологический психический статус с та-

кими типичными проявлениями, как депрессивный, тревожно-депрессивный, невротоподобный, диссомнический, психовегетативный и другие синдромы – на каждом дифференцированном этапе наркологической помощи приоритетными являются следующие.

На этапе первично-профилактической помощи – дефицитарный личностный статус и мотивационная сфера лиц, находящихся в зоне повышенного риска.

На этапе первичной наркологической помощи – мотивационная сфера, дефицитарная или деформированная социализация, деформированный семейный статус.

На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации – полный комплекс обозначенных непосредственных и опосредованных психотерапевтических мишеней.

На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии – мотивационная сфера, дефицитарный ресурсный статус, деформированный семейный статус, дефицитарная социализация.

Универсальными задачами, имеющими приоритетное значение на всех этапах наркологической помощи, являются:

- форсированное развитие свойств психологической устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в зависимость от ПАВ;
- формирование адекватных представлений у лиц, входящих в группу повышенного риска, зависимых от ПАВ, их родных и близких: о наркологической болезни, включая неизбежную «лестницу потерь»; о характеристиках здоровья – устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в химическую зависимость; о методах освобождения от зависимости и пути, который необходимо преодолеть в соответствующих лечебно-реабилитационных программах;
- формирование конструктивной и устойчивой мотивации на отказ от употребления ПАВ (этап первично-профилактической помощи); на получение квалифицированной помощи, сохранение трезвости и удержание в соответствующих лечебно-реабилитационных программах (2-3-й этапы наркологической помощи); на достижение конструктивных жизненных целей (этап противорецидивной и поддерживающей терапии).

Специальные задачи стратегической полимодальной психотерапии связаны с эффективным решением типичных осознаваемых и неосознаваемых проблем, имеющих у зависимых лиц и представителей группы риска. К числу последних относятся: проблема неосознаваемого ресурсного запроса у лиц, входящих в группу повышенного риска; укоренение в

конфронтационных стратегиях поведения с такими проявлениями как лживость, хитрость, изворотливость, агрессия, угрозы, шантаж и др., обычно принимаемые за «типичные» личностные изменения у химически зависимых лиц; перегруженность «пораженческими» сценариями, демонстрирующими бесперспективность борьбы с зависимостью (такими, как «героин умеет ждать», «героин смеется последним», «сколько веревочке не виться – конец всегда в кайфе» и т.д.); отсутствие реальных сценариев освобождения от зависимости, неадекватное ожидание и поиск вариантов «чудесного исцеления».

Наиболее типичными осознаваемыми проблемами, предъявляемыми в качестве таковых на 2-4-м этапах наркологической помощи, являются следующие.

На этапе первичной наркологической помощи, а также в период вхождения в программу амбулаторной или стационарной МСР (фаза медикаментозной коррекции) пациенты отмечают:

- постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ;
- общее «плохое» самочувствие (с вовлечением сомато-вегетативного компонента абстинентного синдрома);
- неустойчивое настроение («нет настроения») с компонентом ангедонии, дисфории;
- неустойчивая мотивация («утром хочу одно, вечером – другое»).

На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации (рабочая фаза психотерапевтической и психологической коррекции) резидентами программ МСР предъявляются следующие актуальные проблемы:

- заниженная самооценка;
- базисная неуверенность в себе;
- неуверенность в собственных возможностях преодоления и освобождения от зависимости;
- перегруженность виной;
- неотрагированная обида;
- неумение выстраивать доверительные отношения, основанные на взаимной поддержке;
- конфликтность в ближайшем окружении.

На завершающей фазе стационарной (в меньшей степени – амбулаторной) реабилитации – возврата в жизнь, резидентами предъявляются следующие проблемы:

- страх перед выпиской;
- страх возврата влечения;

- страх перед необходимостью «нормальной жизни».

На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии чаще всего обсуждаются следующие запросы:

- не хватает сил, энергии;
- «пустота» внутри – не знают чем заполнить;
- не знают, где искать точку опоры в жизни.

Особенность метода стратегической полимодальной психотерапии заключается в поэтапной акцентированной проработке наиболее типичных осознаваемых и неосознаваемых проблем, имеющихся у зависимых лиц, в таком технологическом оформлении, которое позволяет продвигаться также и в отношении эффективного решения универсальных задач по формированию высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Что, по нашему мнению, является наиболее адекватной комбинацией и способом удерживания пациентов в терапевтической программе.

Универсальный алгоритм формирования приемлемых уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, с учетом результатов проведенных нами исследований, выглядит следующим образом: 1) актуализация и закрепление синергетической адаптационной стратегии у пациентов, формирование терапевтической гиперпластики, редукция патологического влечения к ПАВ; 2) идентификация и растождествление основных личностных статусов – патологического и нормативного, – установление контакта с нормативным личностным статусом пациента; 3) эскалация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностных статусов с позитивным подкреплением нормативных характеристик личности пациента; 4) полноценное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, с проработкой конфликта основного жизненного сценария с дивидендами конкурирующего сценария, связанного с употреблением ПАВ, в ходе чего должны быть полностью дезавуированы внешне привлекательные аспекты «коротких путей к счастью» с помощью патологических адаптогенов; 5) полноценная нейтрализация деструктивных сценарных планов с полной редукцией или установлением действенного контроля в сфере мотивации к их осуществлению; 6) реализация позитивного жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия с агрессивной средой, полной редукцией остаточных уровней мотивации к возврату привычных способов патологической адаптации, связанных с употреблением ПАВ.

**6.3** Кросс-секционные стратегии, формирующие общую структуру и последовательность этапов проведения психотерапевтической сессии, основываются на: классической схеме этапов оформления психотерапевтической коммуникации (Д. Франк); ключевых механизмах изменений в процессе психотерапии (К. Гравэ); пятиуровневой модели инсайта и универсальном алгоритме актуализации механизмов множественной гиперпластики, идентифицированных нами в ходе разработки теории двухуровневой развивающей коммуникации; специальных технологиях совмещения базисных модальностей (мотивационная, когнитивно-поведенческая, проблемно-ориентированная, групповая психотерапия).

Так, нами было установлено, что ключевые механизмы изменений в процессе психотерапии, идентифицированные К. Гравэ – прояснение и коррекция значений; актуализация подлинной проблемы; мобилизация ресурсов; компетенция в совладании – по сути, воспроизводят естественный алгоритм поискового поведения субъекта, находящегося в проблемной ситуации, при том условии, что данный механизм не заблокирован какими-либо внешними или внутренними причинами. Далее было показано, что выстраивание терапевтической сессии по принципу «больших шагов», повторяющих последовательность ключевых механизмов терапевтических изменений по К. Гравэ, служит дополнительным стимулом для оживления и форсированного развития самоорганизующего потенциала участников терапевтической группы.

Далее, нами был идентифицирован наиболее эффективный, с учетом специфики клиентской группы, способ прояснения и актуализации проблемного поля участников терапевтического процесса, с максимальным использованием гиперпластического ресурса двухуровневой коммуникации. Общее направление и последовательность психотехнической активности здесь должны быть следующими: 1) достижение множественной гиперпластики за счет адекватного использования метатехнологий стратегической полимодальной психотерапии; 2) наглядная презентация проблемной ситуации с использованием активного воображения и пластических возможностей всей терапевтической группы; 3) диссоциация и наглядная презентация таких слагаемых проблемной ситуации как Я – эмоции, Я – мышление, Я – поведение, Я – память, Я – статусов (ребенок, подросток, взрослый, партнер, профессионал и т.д.); 4) терапевтическая трансформация диссоциированных сущностей с использованием структурированных техник стратегической полимодальной психотерапии; 5) ассоциация трансформированных психологических конструкторов в целостные харак-



теристики устойчивого ресурсного состояния субъекта; б) экологическая проверка – репетиция возврата в первоначальную ситуацию с обновленными статусными характеристиками. Такого рода стратегия, во-первых, конкретизирует этапность выстраивания терапевтической сессии в соответствии с «большими шагами» терапевтических изменений по К. Гравэ. Во-вторых – в максимальной степени учитывает особенности репрезентации проблемного поля, характерные для зависимых от ПАВ. Кроме того, данное оформление терапевтической сессии предполагает активность всех участников терапевтической группы, вовлекаемых в соответствующую ролевую игру или психодраматическое действие.

Последний стратегический алгоритм может быть усилен в технологии совмещения основных модальностей, всегда присутствующих в общем формате рассматриваемого метода – мотивационной, когнитивно-поведенческой, проблемно-ориентированной и групповой психотерапии. При этом базовым каркасом является последовательность технических действий, установленных для проблемно-ориентированной психотерапии П. Вацлавика. Мотивационный компонент здесь обеспечивается самим фактом того, что для терапевтической работы каждый раз выбирается наиболее актуальная и важная проблема для всех участников терапевтического процесса, и далее, тем обстоятельством, что при последующей дискуссии данная актуальная проблема будет взаимоувязываться с основным мотивом вхождения пациента в терапевтическую программу. Когнитивно-поведенческий компонент здесь представлен особым акцентом на проработку и реализацию двух первых этапов проблемно-ориентированной психотерапии – четкой идентификации проблемного состояния и поведения, и генерации возможных альтернатив. Следует особо подчеркнуть то обстоятельство, что общий формат терапевтической сессии, сконструированный в соответствии с «шагами» К. Гравэ, эффективно стимулирует самоорганизующую активность участников терапевтического процесса, способствует выстраиванию ясной когнитивной структуры проблемной ситуации. Собственно поведенческий компонент в данной схеме представлен отдельным этапом, в ходе прохождения которого избранная альтернатива репетируется действием. Всегда присутствующий компонент групповой психотерапии (данный алгоритм реализуется в групповом формате), доминирует на этапах идентификации наиболее актуальной проблемы, обсуждения альтернатив, групповой дискуссии по результатам встроенной терапевтической сессии. Таким образом, можно считать, что стратегическая полимодальная психотерапия – это всегда мо-

тивационная, когнитивно-поведенческая, проблемно-ориентированная и групповая психотерапия (в том случае, если метод реализуется в групповом формате).

Модель 5-уровневого инсайта предназначена для конструктивного синтеза специальных и универсальных задач стратегической полимодальной психотерапии. В данном случае к классической триаде (осознание зависимости реакции от ситуации, личностных особенностей и условий формирования личности) добавляются еще два уровня, проработка которых ведется в режиме групповой дискуссии по итогам встроенной терапевтической сессии. При этом, спонтанно или с помощью наводящих вопросов психотерапевта, группа двигается к осознанию того факта, что имеющийся дискомфорт, воспринимаемый как проблема, есть сигнал к развитию, и что есть некий уровень (ресурсное состояние, которое обеспечивается высоким уровнем развития свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды) или скорость развития, когда «проблемы» попросту не догоняют активно продвигающегося в данном направлении субъекта. Продолжение и завершение такой, во всех отношениях полезной, дискуссии технически может оформляться по-разному (например, конструированием ментальной карты ресурсного человека, формированием групповой скульптуры, портрета, проявлениями такого рода ресурсных характеристик в себе, в других и т.д.). Важным здесь является то, что группа таким образом приходит к заключению, что каждый шаг в решении конкретных проблем есть вклад в строительство устойчивого ресурсного статуса, надежно профилактирующего возврат к потреблению психоактивных веществ. И с каждым таким терапевтическим шагом «план внутреннего строительства» становится все более отчетливым и понятным. В этом ключевом моменте форматы групповой психотерапии и встроенных в нее терапевтических фрагментов смыкаются, с качеством достижения внутренней целостности и обретения смыслов, выходящих за рамки отдельной психотерапевтической сессии. Такого рода смысловые эпифеномены придают целостность всей терапевтической программе, что собственно и является условием эффективного движения к главной универсальной цели – обретению полноценного психологического здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ и агрессивному влиянию среды.

Все вышесказанное является основанием для следующей модификации классического варианта построения этапов психотерапевтической сессии:

– этап установления или возобновления контакта, в ходе которого выясняются особенности эмоционального состояния, самочувствия и готовности к работе участников, происходит знакомство с новыми членами группы, коротко повторяются правила ведения группы (при наличии такой необходимости);

– этап разогрева, в ходе которого проводятся динамичные техники, актуализирующие синергетическую адаптивную стратегию и способствующие вхождению участников гиперпластическое состояние;

– этап идентификации актуальных для участников группы проблем; в ходе реализации данного сложного диагностического этапа каждый участник должен почувствовать внимание всей группы к его проблеме, услышать обратную связь, почувствовать перспективу решения заявляемой проблемы (таким образом решается задача полного включения пациентов в терапевтический процесс и повышения мотивации на участие в данном процессе). В ходе дискуссии, проводимой в соответствии с установленными правилами, должны быть отобраны две актуальные проблемы, которые в большей степени, чем другие заявляемые темы, затрагивают всех участников терапевтической группы. В этом ключевом моменте должны быть состыкованы потребности «новичков», проходящих период вхождения в программу, и резидентов, находящихся в ее рабочей фазе. Т.е. актуальные проблемы могут быть отобраны из одного и другого полюса терапевтической группы. При этом старшие резиденты, оказывая помощь и поддержку «новичкам» в решении уже знакомых им проблемных ситуаций, получают терапевтический бонус в виде фактора альтруизма – весьма значительного компонента в терапевтической динамике. Но, кроме того, старшие резиденты получают дополнительные копинги совладания с типичными проблемами, так как стратегическая полимодальная психотерапия предусматривает разнообразные подходы и широкий технологический ассортимент их решения. Одновременно новые члены группы получают опыт того, что общая проблема зависимости не исчерпывается решением вопроса «как убрать тягу к алкоголю или наркотику» или других, лежащих на поверхности проблем, и что здесь требуется гораздо более глубокий анализ и внутренняя работа. В связи со всем сказанным нами предложен и апробирован такой формат терапевтических сессий, «встроенных» в общий контекст групповой терапии, в котором, во-первых, реализуется полноценная работа с одним из участников группы, кроме этого проводится завершение терапевтической сессии предыдущего дня и начало работы со следующим актуальным зап-

росом. Т.е. имеет место формула  $1/2+1+1/2$ , которая дополнительно обеспечивает высокий уровень вовлеченности членов группы, удерживание их на пике интереса в продолжении достаточно длительного периода времени и повышает мотивацию к участию в терапевтической программе каждого следующего дня. Наш опыт показывает, что для успешной реализации такого интенсивного формата «встроенных» сессий общее время проведения психотерапевтической ленты должно составлять не менее 3-3,5 часов, группа должна включать позитивное ядро старших резидентов, терапевт должен обладать навыками работы в экспресс-режиме. При отсутствии или дефиците всех перечисленных слагаемых следует ограничиваться лишь одной встроенной терапевтической сессией;

– этап прояснения, коррекции значений и актуализации сущностных аспектов заявляемой проблемы. На данном этапе помимо того, что активизируется механизм самоорганизации (факторов терапевтических изменений по К. Гравэ), стартует алгоритм проблемно-ориентированной психотерапии (П. Вацлавик), т.е. идентифицируются дезадаптивные способы репрезентации проблемной ситуации, иррациональные когнитивные схемы, неадекватные эмоциональные реакции, формы поведения и др. Кроме того, именно здесь включаются основные терапевтические факторы групповой психотерапии. Интенсивное и заинтересованное обсуждение проблемы в группе обычно способствует продвижению по лестнице инсайтов от 1-го к 3-му уровню. На данном этапе важно позитивно подкреплять креативную активность участников группы, особенно – ее новых членов;

– этап мобилизации ресурсов, генерации и обсуждения возможных альтернатив. Данный этап соответствует третьей и четвертой позициям в системе факторов терапевтических изменений по К. Гравэ, второй позиции в алгоритме проблемно-ориентированной психотерапии. В классическом варианте построения психотерапевтической коммуникации данная позиция соответствует этапу определения терапевтической стратегии. Главной движущей силой и фактором эффективности прохождения такого важного во всех отношениях этапа является креативная активность участников группы, генерирующих варианты адаптивных копингов в проблемных ситуациях, а также согласованная активность терапевта, стимулирующего и подкрепляющего проявленную активность. Но, кроме того, терапевт еще и ненавязчиво «обогащает» обсуждаемые альтернативные варианты необходимыми техническими деталями, в результате чего выстраиваются полноценные терапевтические проекты, авторство которых акцентировано утверждается за участниками группы. Последнее

действие дополнительно подкрепляет креативную активность участников группы, повышает их самооценку, формирует уверенность в собственных возможностях и силах, а также способствует развитию конструктивной мотивации. От ведущего группы здесь требуются определенные технические навыки, понимание того обстоятельства, что варианты, предложенные и принятые участниками группы, будут иметь гораздо больше шансов на успешное воспроизведение в реальной жизни, так как соответствуют личному ресурсному опыту. Важно помнить и о том, что в данном случае, как и в любых других ключевых моментах психотерапевтического процесса, следует избегать крайностей, и если группа по каким-либо причинам не готова к самостоятельной активности, ведущим должен быть предложен вариант решения актуальной проблемы, который в максимальной степени соответствует особенностям инициативного пациента;

– следующий этап – компетенции в совладании, репетиции адаптивных копингов в воображении и действии, а также принятия решения в пользу наиболее адекватной альтернативы – соответствует четвертому фактору терапевтических изменений в схеме К. Гравэ и охватывает оставшиеся позиции (с 3-й по 5-ю) в общем алгоритме проблемно-ориентированной психотерапии П. Вацлавика. При этом если на предыдущем этапе в основном прорабатывались когнитивные компоненты, то настоящий этап концентрируется на поведенческих аспектах заявленной проблемной ситуации. Данный этап в классической версии оформления психотерапевтической коммуникации в целом соответствует фазе реализации проекта терапии. Однако в нашем случае есть существенные особенности, которые заключаются в том, что реализовываться могут несколько предложенных вариантов адаптивных копингов и что вначале эти версии репетируются в воображении (техника активного воображения по Джозефу Каутела, 1971), а затем – в реальном действии (ролевое или психодраматическое оформление данного действия). В такой «двухфазной» реализации сконструированных моделей адаптивных копингов участники группы осваивают и общую технологию стрессоустойчивости, предполагающую наличие навыков управления активным воображением. Кроме того, репетиция поведения с использованием навыков активного воображения – в обыденных, стрессовых, проблемных ситуациях – способствует целенаправленному прогнозированию своих действий, эффективно профилирует импульсивные, неадекватные реакции и поступки, характерные для зависимых лиц. В завершение данного этапа инициативному участнику группы, с которым проводилась «встроенная» терапевтическая сессия,

предлагается осуществить выбор в пользу наиболее предпочтительной альтернативы (или нескольких таких альтернатив) и принять решение об их реализации в реальной жизни. Данная процедура должна проводиться акцентировано, на пике гиперпластики, с формированием соответствующего конструктивного сценария в проекции будущего. Далее проводятся стандартные процедуры оценки достигнутого результата и завершение встроенной сессии;

– этап групповой дискуссии, непосредственно следующий за полноценной «встроенной» психотерапевтической сессией, знаменует возврат к «большому» формату групповой психотерапии. При этом основным материалом для дискуссии являются процесс и результат только что проведенной сессии. В этом ключевом моменте должны быть состыкованы специальные и универсальные задачи стратегической полимодальной психотерапии, найдены и реализованы варианты продвижения к четвертому и пятому уровням инсайтов. Ведущий должен стимулировать активность группы, двигающейся в направлении генерации, и усвоения основных смыслов терапевтической программы в целом. На этом этапе могут быть предложены и реализованы групповые структурированные техники (ментальная карта, скульптура, портрет и др.), стимулирующие процесс формирования сущностных характеристик и метафорического образа устойчивого ресурсного статуса субъекта, символизирующего главную цель терапевтической программы. В завершение данного этапа проводится обратная связь со всеми участниками группы по итогам «большой» сессии, суммируется сухой остаток усвоенной информации;

– дополнительный этап реализуется в том случае, если «большая» сессия предусматривает формат  $1/2+1+1/2$  встроенных психотерапевтических сеансов. В соответствии с логикой построения предыдущих этапов, следующий инициативный пациент должен быть из старших резидентов, а отобранная для проведения встроенной терапевтической сессии проблема должна примыкать к полюсу универсальных задач (например, запрос на форсированное развитие одного из свойств психологического здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ). В этом случае новые члены группы получают наглядный урок того, как на самом деле формируется наиболее ценное качество устойчивого ресурсного состояния, и какие шаги еще необходимо сделать в плане освоения общей терапевтической программы. Данный этап завершается на стадии прояснения и коррекции значений рассматриваемой актуальной проблемы, на волне подъема интереса к обсуждаемой теме. Ведущий переводит моти-

вационную волну на следующую «большую» терапевтическую сессию и позитивно подкрепляет активность каждого участника группы.

Таким образом, общий алгоритм построения «большой» психотерапевтической сессии представляет собой место встречи поименованных кросс-секционных стратегий и технологических подходов, специфических для рассматриваемой психотерапевтической модальности, где каждая из ассоциированных конструкций усиливает потенциал другой без какого-либо противоречия.

**6.4** Когерентные стратегии, формирующие адекватное взаимодействие и взаимное потенцирование главного терапевтического компонента – стратегической полимодальной психотерапии – и других развивающих практик, используемых в комплексной программе медико-социальной реабилитации, основаны на идеологии двухуровневой развивающей коммуникации и модели пятиуровневого инсайта.

Научно-обоснованная теория двухуровневой развивающей коммуникации наглядно демонстрирует возможность сочетания технологических подходов, реализуемых в общем формате консультативных, тренинговых, образовательных, социальных и других развивающих и помогающих практик, с универсальными механизмами глубинного уровня развивающей коммуникации, обеспечивающими гиперпротекцию соответствующих технических действий. В данном случае представляются важными моменты соответствующей метатехнологической подготовленности специалистов из смежных с профессиональной психотерапией областей – консультативной психологии, социально-психологической и психолого-педагогической практики, а также непротиворечивость основных идеологических и технологических установок. Последнее достигается за счет проработки всеми специалистами, принимающими участие в терапевтическом процессе: основных положений концепции психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии и агрессивному влиянию среды; главных положений стратегической полимодальной психотерапии, касающихся универсальных и специальных задач; основных технологических подходов, используемых в общей терапевтической программе. Таким образом вырабатывается общая профессиональная позиция, разделяемая и реализуемая всеми специалистами-участниками терапевтического процесса.

Модель 5-уровневого инсайта можно рассматривать как основной способ формирования терапевтической проблематики для таких развивающих технологий, как тренинговые, консультативные. Так, отдельные

характеристики устойчивого ресурсного состояния – идентифицированные свойства психологической устойчивости – осознанные в качестве таковых в ходе продвижения пациентов по соответствующим уровням инсайта, могут и должны эффективно прорабатываться в общем формате вышеназванных развивающих практик. Существенным отличием в пользу более высокой заинтересованности и мотивации на достижение приемлемого результата здесь будет полное осознание участниками важности и необходимости форсированного развития каждого свойства и навыка, обеспечивающего свой собственный, уникальный вклад в достижение главной цели терапевтической программы.

### **Заключение**

В последние десятилетия, особенно в последние годы, профессионалы наркологического профиля все более склоняются к признанию особо важной роли психосоциальных технологий и подходов в программах лечения и реабилитации зависимых от психоактивных веществ, а также лиц с деструктивной психологической зависимостью.

В ряду используемых в программах МСР психосоциальных подходов безусловный приоритет имеют технологии профессиональной психотерапии, способствующие форсированному развитию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ.

Проведенные исследования показывают, что в сфере лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, лиц с деструктивной психологической зависимостью используются практически все известные направления, модальности и методы психотерапии. Тем более важным представляется вопрос об их эффективном сочетании и обеспечении синергетических эффектов в профильных программах лечения и реабилитации.

Разработанный нами метод стратегической полимодальной психотерапии зависимых от ПАВ во многом решает данную важную проблему, демонстрируя возможность эффективного сочетания основных психотерапевтических модальностей в контексте универсального макротехнологического и метатехнологического оформления психотерапевтической коммуникации.

Так, в ходе реализации комплексного исследовательского проекта технологический подход СПП продемонстрировал свою существенно более высокую эффективность в лечении и реабилитации наиболее тяжелого контингента зависимых от ПАВ – больных героиновой наркоманией.



Таким образом, макротехнологические и метатехнологические подходы СПП не только способствуют комплексному использованию основных методов психотерапии в лечении зависимых лиц, но и повышают эффективность каждого из них.

### **Список использованных источников**

1. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опишной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
2. Выготский Л.С. Соч.: В 6 т. – М.: Педагогика, 1982-1983.
3. Катков А.Л. Интегративная психотерапия – новые подходы // Психотерапия. – М.: Литера-2000, 2004. – № 8. – С. 23-30.
4. Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 2011. – № 3. – С. 28-35.
5. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2010. – Т. X, № 1. – С. 34-76.
6. Катков А.Л. Полюс психического здоровья – проблемы идентификации (продолжение) // Психическое здоровье. – Москва, 2006. – № 11 (11). – С. 44-55.
7. Катков А.Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии. Методическое письмо. – Павлодар, 2003. – 26 с.
8. Катков А.Л., Макаров В.В. Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии. // Психотерапия. – Москва, 2010. – № 7 (103). – С. 30-48.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. – Павлодар, 2004. – 267 с.
10. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. // Психотерапия. – М.: Литера-2000, 2003. – № 12. – С. 15-24.
11. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. – М.: Литера-2000, 2002. – № 9. – С. 27-35.
12. Макаров В. В., Катков А. Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2009. – Т. XV, № 1. – С. 20-25.

13. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2004. – 28 с.

14. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. – Томск, 2005. – 37 с.

15. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – СПб, 2004. – 31 с.

16. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. *Therapist variables / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change.* – New York. Wiley, 1994. – pp. 229-269.

17. Garfield S.L. *Research on client variables in psychotherapy / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change.* – New York. Wiley, 1994. – pp. 190-228.

18. Lambert M.J., Bergin A.E. *The effectiveness of psychotherapy / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change.* – New York. Wiley, 1994. – pp. 143-189.

19. Margraf J., Bauman V., Bedentung W. *Schreiben Psychotherapeuten der Erfahrung zu? // Zeitschrift fur Klinische Psychologie, 1986. – Vol. 15. – pp. 248-253.*

20. Nietzel M.T., Fisher S.G. *Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak / Psychological Bulletin, 1981. – Vol. 89. – pp. 555-565.*

21. Stein D.H., Lambert M.J. *On the relationship between therapist experience and psychotherapy out-come // Clinical Psychology Review, 1984. – Vol. 4. – pp. 127-142.*