

**Министерство здравоохранения  
Республики Казахстан**

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

**А.Л. Катков**

**Структурированные техники стратегической  
полиmodalной психотерапии, используемые  
на этапе первично-профилактической,  
первичной наркологической помощи  
и фазе «вхождения» в программу  
медико-социальной реабилитации**

*Методические рекомендации*

Павлодар  
2012

**Катков А.Л.**

**Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые на этапе первично-профилактической, первичной наркологической помощи и фазе «вхождения» в программу медико-социальной реабилитации: Методические рекомендации.** – Павлодар, 2012. – 48 с.

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

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для специалистов наркологического профиля: врачей-психотерапевтов, психологов, социальных работников.

В методических рекомендациях подробно описываются структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые на таких приоритетных и особо важных этапах наркологической помощи, как первично-профилактической и первичной профильной помощи, а также фазе «вхождения» в программу медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ. В данном случае особое внимание обращается на психотерапевтическую работу с такой мишенью, как мотивационная сфера лиц, входящих в группу риска, и зависимых лиц, поскольку именно от этого зависит основной результат – снижение уровня риска, формирование мотивации на полноценное лечение и участие в программах МСР, повышающее шансы на освобождение от зависимости. А также на работу с такими приоритетными мишенями, как патологическое влечение к ПАВ, патологический психический статус (типичные эмоциональные расстройства), патологический соматический статус. Основной акцент делается на разнообразие используемых технических подходов СПП, позволяющих находить множество адекватных терапевтических решений для типичных проблем и запросов, предъявляемых на соответствующих этапах наркологической помощи.

#### **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. Общие принципы стратегической полимодальной психотерапии на первых этапах оказания наркологической помощи .....	5
2. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии на этапе первично-профилактической наркологической помощи.....	6
3. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии на этапе первичной наркологической помощи.....	11
4. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в фазе «вхождения» в программу медико-социальной реабилитации .....	16
Заключение.....	47
Список использованных источников.....	48

## **Введение**

Ведущими специалистами в сфере наркологической науки и практики признается несомненный приоритет таких этапов наркологической помощи, как первично-профилактический и первичный (Шабанов П.Д., 2002; Сидоров П.И., 2006; Наркология. Национальное руководство, 2008).

Основными технологиями и подходами, используемыми на этапе наркологической помощи и обеспечивающими ее эффективность, являются диагностические и психосоциальные. Причем краткосрочные психотерапевтические интервенции в группах повышенного риска в последние годы все чаще признаются одним из наиболее эффективных инструментов профильной первичной профилактики (Кулаков С.А., 1996; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008; Хьюлтен А., 2009; Доклад Международного Комитета по контролю над наркотиками за 2009 г. Первичная профилактика злоупотребления наркотиками, 2010). В то же время технологии эффективной психотерапевтической помощи, используемые в профилактическом секторе, разработаны недостаточно, а их применение крайне ограничено (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009).

По данным многочисленных исследований, одной из основных проблем современной наркологии является наличие скрытой, неучтенной заболеваемости, в результате чего от 75 до 80% зависимых от ПАВ не получают какой-либо наркологической помощи (Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., 2008; Катков А.Л., 2009; Киршанов В.В., Киршанов В.Н., 2009). Причиной такого положения дел является непроработанность вопросов оказания первичной наркологической помощи, в частности – вопросов должной организации данного важнейшего этапа активности наркологической службы. Между тем продуманная организация данного этапа профильной помощи и включение в сферу услуг мотивационного наркологического консультирования и психотерапии способны обеспечить включение от 10 до 15% охватываемого контингента зависимых от ПАВ в полноценные программы лечения и реабилитации ежегодно, повышать общую эффективность реализуемых программ МСР на 10-12% (Катков А.Л., Василенко И.В., 2005).

К числу нерешенных до настоящего времени проблем наркологической помощи следует отнести и факт того, что в течение первых недель (т.е. в продолжение этапа «вхождения») реабилитационные программы покидают от 70 до 85% пациентов – зависимых от ПАВ (De Leon G., Schwartz S., 1984; Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

Все вышеперечисленные проблемы во многом решаются за счет полномасштабного внедрения разработанной нами версии стратегической полимодальной психотерапии (СПП) лиц, входящих в группу риска и зависимых от ПАВ, получающих первичную наркологическую помощь и проходящих фазу «вхождения» в программу медико-социальной реабилитации (МСР).

В настоящих методических рекомендациях кратко рассматриваются необходимые общие вопросы СПП в системе наркологической помощи. Основной акцент делается на описание структурированных техник СПП на соответствующих этапах профильной помощи и фазах программ МСР зависимых от ПАВ.

## **1. Общие принципы реализации стратегической полимодальной психотерапии на первых этапах оказания наркологической помощи**

Стратегическая полимодальная психотерапия – авторский метод, разработанный нами в период 2001-2010 гг., который включает специфическое макротехнологическое, метатехнологическое оформление базисной терапевтической коммуникации, а также принципы оптимального сочетания основных методов профессиональной психотерапии, используемых в лечении и реабилитации зависимых от ПАВ (когнитивной, поведенческой, ресурсно-ориентированной, арт-терапии, психодрамы, групповой терапии и др.).

Основными мишенями, с которыми проводится психотерапевтическая работа на этапах первично-профилактической, первичной наркологической помощи и в фазе «вхождения» в программы МСР зависимых от ПАВ, являются: мотивационная сфера; патологическое влечение к ПАВ; патологический психический статус (типичные расстройства эмоциональной сфере); патологический соматический статус (типичные постабстинентные проявления психовегетативного синдрома).

Типичные неосознаваемые проблемы, с которыми ведется работа на обозначенных этапах наркологической помощи, связаны с формирующимся или уже сформированным ресурсным запросом и поведением, направленным в сторону его удовлетворения за счет употребления ПАВ (т.е. реализации стратегии «короткого пути к счастью»).

Вопросы, которые предьявляются на рассматриваемых этапах профильной помощи лицами, входящими в группу повышенного риска и зависимым от ПАВ, и с которыми ведется соответствующая психотерапевтическая работа, следующего порядка: 1) на этапе первично-профилактической помощи: «скучно», «неинтересно», «хочется каких-то быстрых изменений в лучшую сторону» и т.д.; 2) на этапе первичной наркологической помощи: «не знаю, нужна ли мне помощь», «я не больной, но родные и близкие настаивают, поэтому я и обратился...», «иногда кажется, что есть проблемы с алкоголем (или наркотиком), но точно – еще не определился» и др.; 3) на этапе амбулаторного/стационарного лечения в фазе «вхождения» в программу МСР: «постоянная или эпизодическая тяга к употреблению ПАВ», «плохое настроение, нет настроения», «общее плохое самочувствие, телесный дискомфорт» и пр.

При этом универсальной терапевтической задачей, решаемой на всех поименованных этапах наркологической помощи с использованием технологий СПП, является форсированное развитие устойчивой негативной мотивации на употребление ПАВ в лиц группы риска, устойчивой позитивной мотивации на получение полноценного лечения и удержания в программе МСР у зависимых от ПАВ.

Специальные психотерапевтические задачи связаны с эффективным решением заявляемых проблем за счет использования соответствующих подходов и структурированных техник СПП.

При этом используемые макротехнологические и метатехнологические подходы формируют гиперпластическое пространство, обеспечивающее протекцию эффектов применения структурированных психотерапевтических техник СПП (Катков А.Л., 2012).

## **2. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии на этапе первично-профилактической наркологической помощи**

На этапе первично-профилактической аддиктологической помощи основными психотерапевтическими мишенями являются дефицитарный личностный статус и мотивационная сфера лиц, находящихся в зоне повышенного риска по аддиктологическому профилю. Основной проблемной сферой здесь чаще всего является неосознаваемый ресурсный запрос и поисковое поведение субъекта, направленное в сторону добывания и употребления патологических адаптогенов сверхбыстрого действия, к которым относятся психоактивные вещества и деструктивные психотехнологии. Таким образом, на фасаде зримых проявлений у данной группы лиц могут быть: употребление ПАВ без признаков зависимости; чрезмерное увлечение компьютерными и другими азартными играми (также без признаков тяжелой зависимости); сверхнормативное – по несколько часов в день – увеличение компьютерного времени; первые контакты с сектантами и экстремистами. При обследовании данной группы с помощью компьютерной программы по определению уровня психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ и другие социальные эпидемии, выявляется средний или выраженный дефицит по параметрам основных психологических свойств, представляющих данный феномен. Что, собственно, и является показанием к проведению стратегической полимодальной психотерапии (СПП), для чего при работе с подростками младше 14 лет и детьми следует получить письменное согласие родителей, оформленное в соответствии с действующим законодательством.

Главной задачей стратегической полимодальной психотерапии на данном этапе является снижение рисков и редукция первых признаков поискового поведения в сторону патологических адаптогенов быстрого действия.

Методика проведения СПП с клиентами, у которых имеются высокие риски вовлечения в зависимость, имеет свои особенности, связанные, в основном, с тем, что существенная часть охватываемого контингента представлена детьми старшего школьного возраста и подростками, то есть лицами с незрелой психикой. Отсюда – необходимость интенсивной терапевтической работы по двум направлениям: универсальному (актуализация потенциала и свойств психологического здоровья – устойчивости) и актуальному (формирование устойчивой мотивации на отказ от зависимого поведения; проработка и закрепление альтернативных жизненных сценариев; решение актуальных проблем, связанных с реализацией последних). Имеет значение и то, что у таких клиентов, как правило, отсутствуют очевидно вредные последствия зависимости (например, в виде признаков психического, соматического неблагополучия, тяжёлых проблем в школе, семье, социального аута и др.). Данное обстоятельство, с одной стороны, существенно осложняет процесс психотерапии в силу неосознанности, «непережитости» контраргументов того, почему всё же не стоит употреблять психоактивные вещества или продолжать сверхинтенсивную работу с компьютером, которая оборачивается существенными потерями здоровья и социальными потерями. В то же время можно отметить и позитивный момент – несформированность или неполная сформированность биологического механизма

патологического влечения – основного рычага, возвращающего клиента к привычному способу патологической адаптации. В связи со всем сказанным, основная идея стратегической полимодальной психотерапии, проводимой с данным контингентом, заключается в «дистраивании» и актуализации тех личностных свойств, которые способствуют осознанному выбору в критической ситуации; разворачивают панораму и «проживание» неизбежных вредных последствий в случае продолжения практики зависимого поведения; драматическом проживании конфликта, терапевтической конфронтации между позитивным сценарием и его ценностями – с одной стороны, и сценарием развития компьютерной зависимости – с другой стороны, с последующей дезактуализацией и удалением деструктивного сценария из осознаваемых и неосознаваемых горизонтов психики клиента. Попутно, как уже говорилось, должны быть решены проблемы формирования конструктивных копингов и ресурсной метапозиции в сфере взаимодействия с основными агентами со-бытия.

Основные этапы и технологические блоки СПП, проводимой с профильными клиентами, следующие.

На *первом этапе* устанавливается доверительный контакт, формируются терапевтические отношения. За счёт использования метатехнологий стратегической полимодальной психотерапии актуализируется глубинный уровень терапевтической коммуникации, формируется «пространство психотерапии» с полным набором гиперпластических характеристик клиента.

На *втором этапе* проводится диссоциация личностных статусов клиента, актуализируется и подкрепляется «сильное Я» клиента, ориентированное на достижение долгосрочных результатов и на сущностное решение проблем. С этой целью используют такие структурированные техники полимодальной психотерапии, как «матрёшка» – ролевое разыгрывание сценария видеоклипа с последовательно меняющимися образами клиента: 1) родители хотят видеть меня... 2) учителя хотят видеть меня... 3) друзья хотят видеть меня... 4) компьютер хочет видеть меня... (здесь возможна эксплуатация образа клиента в виде приставки к компьютеру, т.е. зависимого, управляемого человека), 5) а на самом деле я... (здесь важно сформировать образ самодостаточного устремлённого в будущее человека, знающего, чего он хочет в жизни, и умеющего достигать своих целей; образ должен быть достаточно ярким, рельефным, запоминающимся). В ходе реализации данной техники клиент последовательно выступает в роли режиссёра, суфлёра, дублёра, основного актёра. Таким образом, с разных позиций формируется образ себя – ресурсного, который существенно отличается от навязанных сценарных ролей и может противостоять формированию зависимости. Продолжением данной техники может быть разыгрывание диалога между сильным ресурсным Я клиента и его слабым зависимым Я с моментами терапевтической конфронтации, с выяснением сфер компетенции, ответственности и подчинения. Однако такого рода конфронтация полезна только при готовности клиента к развороту события в этом направлении. При отсутствии признаков заинтересованности лучше переходить к следующему этапу.

На *третьем этапе* формируется (актуализируется) конструктивный жизненный сценарий. С этой целью клиенту предлагается выстроить линию собственной

жизни от прошлого (здесь клиенту предлагается вспомнить свои детские мечты и представления о будущем) к будущему, выстроить картину этого будущего – кто он, чего достиг, кто рядом с ним, в каких он отношениях с этим окружением, что чувствует, кого хочет поблагодарить за достигнутый результат. При выстраивании этой композиции важно не торопить клиента, дать ему возможность прочувствовать свою будущую роль, оценить её преимущества, сформировать внутреннюю мотивацию к достижению планируемого статуса. Далее рекомендуется несколько раз пропутешествовать вдоль линии жизни и неспешно, в темпе, который удобен клиенту, рассказать о тех событиях, которые, по его мнению, будут продвигать его к желаемому результату. Терапевт должен ненавязчиво сопровождать клиента в этом «путешествии», помогать преодолевать возможные заминки, вроде «я же не знаю, что со мной может случиться...» и т.д., фразами: «сейчас это неважно, ты только попробуй и посмотри что получится...», «давай пофантазируем, хуже от этого не будет, это так замечательно – фантазировать о своём будущем, когда у тебя много времени впереди...». При этом у клиента снижается стартовый порог нерешительности, ответственности, с одновременным повышением мотивации к достижению результата. Таким образом, в ходе прохождения линии жизни формируется позитивный сценарий с выстраиванием реальных событий и повышением мотивации к реализации данного сценария. Упражнение заканчивается тем, что клиенту предлагается подумать о препятствиях, которые могут помешать реализации этого сценария. Например, употребление ПАВ, чрезмерное увлечение компьютерными играми и др., всё более увеличивающийся отрыв от реальной жизни, трудности общения со сверстниками, неверие в себя, низкая самооценка и пр. Клиент должен сам сформулировать эти препятствия, а терапевт – подчеркнуть важность решений, которые могут быть приняты клиентом здесь и сейчас в отношении этих возможных препятствий, и конкретно – в отношении рискованного поведения. Как правило, при обсуждении данной темы у клиента появляются дополнительные вопросы о возможных последствиях химической или психологической зависимости. Или же терапевт может ненавязчиво предложить обсудить эти вопросы в игровой интересной форме. В этом случае с клиентом разыгрываются две вспомогательные техники: «Лестница потерь» с демонстрацией всех возможных последствий вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, а также «Два магазина» с иллюстрацией того очевидного факта, что на самом деле за рискованное поведение чем дальше, тем больше приходится платить и не только деньгами. В то же время – в «другом магазине», где можно приобрести реальные жизненные ценности, стоимость таких приобретений, особенно вначале, может показаться высокой (в смысле времени, необходимом для реального общения, учебы, взаимодействия со сверстниками, спорта и др.). Но в последующем это затраченное время вернёт клиенту много больше – успех, реализацию значимых жизненных планов, достижение того места в жизни, о котором мечтал. То есть в первом «магазине» ведётся нечестная «торговля» во вред клиенту, а во втором – честная, на пользу клиенту.

На *четвертом этапе* клиенту предлагается прорепетировать, прочувствовать те последствия, к которым могут приводить его решения в отношении отказа от зависимого поведения или, наоборот, потворствования формирующейся зависимо-



сти. С этой целью проводится техника «Витязь на распутье». Клиенту предлагается обозначить два возможных маршрута – сценария отказа от зависимого поведения, а также – сценария потворствования формирующемуся влечению. Желательно (в случае, если клиент праворукий – правша), чтобы линия первого сценария была направлена вправо, в светлую часть комнаты, а вторая линия – влево – в тёмную часть комнаты. Терапевт стимулирует данное построение невербальными подсказками. Далее с помощью стульев размечаются временные вехи соответствующих сценариев – 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. Клиенту объясняют сюжет сказочной картины «Витязь на распутье», обозначают камень (стул), где имеется надпись «Пойдёшь налево – найдёшь . . . , пойдёшь направо – найдёшь . . . ». При этом скрыто эксплуатируется сценарий того, что поход налево (так часто бывает и в сказках, и в жизни) оборачивается серьёзными неприятностями, и чаще всего древние витязи погибали именно на этом направлении. Но в данном случае клиенту ничего не угрожает, – в этом путешествии он может хорошо и отчётливо прочувствовать разницу своего собственного физического, эмоционального состояния при прохождении этих временных сценариев. Далее клиенту, в той очередности и в том темпе, которые представляются ему приемлемыми, предлагают двигаться в избранном направлении, оставаясь в тех временных вехах, которые были обозначены ранее – 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. При этом клиенту предлагают усаживаться на стул, если он хочет – закрыть глаза и проанализировать свои ощущения, проговорив это вслух. После каждой такой остановки путешествие возобновляется, пока клиент не достигнет конечной точки – 5 лет. После чего необходимо вернуться в исходную точку и продолжить путешествие в другом направлении. Обычно разница в фиксируемом по обозначенным временным вехам состоянии нарастает по мере продвижения к конечной точке, в которой она достигает максимума. В случае, если все предыдущие этапы технологии стратегической полимодальной психотерапии были реализованы правильно, то существенно более комфортное состояние фиксируется клиентом в конечной точке сценария отказа от зависимого поведения. Этот момент используется для укрепления последнего сценария и повышения мотивации на принятие решения в его пользу, что и предлагается сделать клиенту в завершение данного технического блока.

На *пятом этапе* клиенту предлагается вернуться на «линию жизни», сконструированную на третьем этапе, – в пиковую точку, когда исполнились все его планы в отношении профессиональной карьеры, личной жизни и другого. Нелишним здесь будет ещё одно прохождение вдоль линии жизни и проговаривании основных событий, планируемых в будущем. В тоже время здесь обозначаются и те препятствия, которые необходимо преодолеть (эти участки можно обозначить стульями). При выстраивании этих «пунктов» терапевт спрашивает клиента о том, как можно было бы решить эти проблемы наилучшим образом, отсылая, тем самым, решение проблемы в будущее (при этом снимается груз ответственности и пороговое напряжение). Попутно выясняется стойкость решения в отношении зависимого поведения, принятого на предыдущем этапе. При достижении пиковой точки и актуализации ресурсных ощущений, свойственных человеку, достигнувшему серьёзных успехов, клиенту предлагается посмотреть на пройденный путь и вспомнить, как он решил

все те проблемы, которые были обозначены соответствующими вехами (тем самым отсылая решение обозначенных проблем в прошлое). Находясь в ресурсном состоянии, клиент обычно с легкостью проговаривает варианты решения всего того, что ранее представлялось как проблемы и сложности, «а сейчас ничего этого будто и нет». Такие формулировки указывают на то, что сценарий преодоления имеющихся сложностей уже полностью усвоен, и последние из разряда «проблем» перешли в разряд «обычных жизненных обстоятельств», которые можно решать, не откладывая на потом.

На *шестом этапе* клиенту предлагают в этом обновленном поле настоящей и будущей жизни (при этом может эксплуатироваться вся площадь кабинета или тренингового зала, где проходит сеанс психотерапии) выстроить всех значимых агентов, с которыми ему приходится общаться в настоящем и придётся устанавливать отношения в будущем, – я сам, родные, друзья, соученики, сослуживцы, другие, весь мир вообще. Далее реализуется техника «Ресурсные поля». Её суть сводится к тому, что клиенту наглядно демонстрируют, а потом он и сам проигрывает варианты коммуникации и установления отношений с каждым из поименованных агентов. При этом основной урок заключается в том, что человек, как и весь мир, не плох или хорош, – он поворачивается к тебе той стороной, которую ты сам актуализируешь своими действиями и сигналами – агрессивными, конфронтационными или, наоборот, доброжелательными, направленными на установление сотрудничества и равных, спокойных отношений. В ходе кругового общения со всеми основными персонажами клиент учится новым способам коммуникации и тут же получает обратную связь – позитивное подкрепление от задействованных участников. В завершение данного технического блока терапевт обращает внимание клиента на то, что всё поле настоящей и будущей жизни клиента может выглядеть как одно большое ресурсное поле, где можно чувствовать себя как в большом доме – хорошо и спокойно. При этом важно помнить о главном секрете – как сделать так, чтобы развернуть мир и его обитателей своей светлой стороной.

На *седьмом этапе* клиенту предлагается вернуться в точку настоящего, чтобы ещё раз оценить произошедшие с ним изменения и пережить конфронтацию между прежним способом движения по жизни и теми знаниями и умениями, которые он приобрёл в ходе терапевтической сессии (или 2-3-х сессий). С этой целью используется техника «Ресурсный разворот». В её первой части клиенту предлагается не «пятиться» по линии жизни, глядя всё время в то место, где раньше его привлекал эффект алкоголя или наркотиков, или светил компьютерный экран и его тянуло в ту сторону. При этом за спиной клиента выстраивают препятствия из стульев, на которые он постоянно натывается (психотерапевт следит за тем, чтобы клиент не получил травму). Постоянно усиливается чувство дискомфорта и даже агрессии клиента, не желающего рисковать и получать ушибы. На пике неприятных переживаний клиента драматическим образом разворачивают лицом в будущее (желательно, чтобы в перспективе было светлое окно), и при позитивном подкреплении терапевта и других участников процесса клиент теперь уже с лёгкостью и комфортом двигается по линии жизни, недоумевая, почему же этого не случилось раньше. При этом терапевт усиливает конфронтацию и отрицание прошлого, опасного способа передвижения,

постоянно сопоставляя его с зависимым поведением. Формулы подкрепления следующие: «Но теперь это в прошлом... всё что мешало, уже ушло и растворилось без следа... теперь ясно и понятно, как двигаться дальше». В завершение данной техники клиенту предлагают в спокойном режиме расписать все необходимые мероприятия, способствующие его успеху на этом пути, на ближайшие месяцы. А также определить время, которое он в течение каждого дня будет затрачивать на важные дела, которые двигают его по жизни в нужном направлении.

Удовлетворительным результатом стратегической полимодальной психотерапии на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи будет стойкий отказ клиента от рискованных форм поведения, сопровождающийся объективно фиксируемым развитием свойств психологической устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Следует отметить, что наиболее выигрышным в смысле общего результата вариантом является сочетание стратегической полимодальной психотерапии с тренингом родительско-детских отношений (если речь идет о ребенке или подростке) или семейной психотерапии.

### **3. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии на этапе первичной наркологической помощи**

Основными задачами этапа первичной наркологической помощи является уменьшение вреда, связанного с употреблением ПАВ, а также мотивация зависимых лиц на прохождение полноценного амбулаторного или стационарного лечения.

В качестве основной психотерапевтической мишени, таким образом, выступает мотивационная сфера злоупотребляющих или зависимых лиц. В качестве вспомогательных мишеней – дефицитарная или деформированная социализация, деформированный социальный статус. Соответственно, основными проблемными сферами здесь являются отсутствие осознания факта вовлечения в патологическую зависимость, отсутствие или неустойчивая мотивация на получение профессиональной помощи, дефицит реальных сценариев освобождения от зависимости, поиск вариантов «чудесного» исцеления. Кроме того, обычно отмечаются конфликты в семье и ближайшем социальном окружении.

Основные сложности психотерапевтической работы на данном этапе связаны с тем контингентом лиц, которые находятся на стадии «плато» (т.е. без признаков каких-либо ощутимых потерь в социальном статусе, физическом здоровье), уверены в том, что могут контролировать прием алкоголя либо наркотика, и что привычное психоактивное вещество только лишь помогает справиться с разного рода сложностями обыденной жизни. Такие лица обращаются к специалисту лишь под давлением родных и близких, в основном для того, чтобы избавиться от тягостного дискомфорта, связанного с постоянным «прессингом». Т.е. из двух зол выбирается меньшее – формальная беседа со специалистом.

В связи со всем сказанным психотерапевтическая работа с этими и другими, менее сложными и оппозиционно настроенными клиентами, в технологиях СПП строится в несколько этапов, каждый из которых является шагом по формированию

устойчивой мотивации к получению профессиональной помощи. Попутно выстраиваются и адекватные сценарии построения такого рода помощи.

*На первом этапе* главной задачей является переформирование изначальной акцентированно-конфронтационной метапозиции клиента в сотрудничающую (связанную с актуализацией синергетической адаптационной стратегией внесознательных инстанций). С этой целью используется технология разрыва шаблона, основанная, в первую очередь, на том ключевом обстоятельстве, что клиент, перегруженный конфронтационными шаблонами – стереотипными ожиданиями «прокурорской» позиции специалиста в отношении фактов чрезмерного употребления ПАВ; неконструктивными защитами – собственной агрессивной («адвокатской») позицией, занимаемой в этом вопросе; явной или скрытой стигматизацией проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, которая, чаще неосознанно, делегируется специалисту наркологического профиля – при первом контакте с психотерапевтом видит, слышит и чувствует нечто совершенно противоположное. Наиболее существенными факторами, разворачивающими клиента в нужную, конструктивную сторону, являются невербальные сигналы, демонстрирующие уважение к позиции и высказываниям клиента; спокойный, деликатный интерес к его личности; акцентированный интерес к некоторым тезисам его речи при полном отсутствии каких-либо оценочных суждений или невербальных сигналов того же плана; постоянное подкрепление безопасности и полной конфиденциальности того, что происходит. Допустимы короткие нейтральные реплики в отношении того, что чрезмерное употребление ПАВ можно воспринимать, например, как переядание или увлечение компьютерными играми (т.е. как существенно менее стигматизированные формы поведения).

Позитивными сигналами, свидетельствующими об успешности такого первого контакта, будут видимый сброс напряжения, изменение эмоционального фона – от скрытой или явной агрессии к относительному спокойствию и интересу к происходящему, а также неявно демонстрируемое желание к продолжению контакта.

Гораздо более существенным признаком изменения конфронтационной метапозиции на сотрудничающую и установления отношений доверия с психотерапевтом может служить спонтанное признание клиентом того факта, что и он сам «в глубине души» обеспокоен тем обстоятельством, что отнюдь не всегда, как это утверждалось в начале беседы, ему удастся контролировать прием алкоголя или наркотиков, и «первые звонки», свидетельствующие о тревожной ситуации, «уже прозвучали». Такого рода признание можно расценивать как призыв о помощи.

После появления соответствующих сигналов (но не ранее) можно переходить к следующему этапу терапии.

*На втором этапе* главной задачей является переформирование реальной (!) проблемной ситуации, с которой со всей очевидностью сталкивается клиент – непрекращающегося давления со стороны родных и близких – в гораздо более комфортную для него ситуацию, когда и внешнее, и внутреннее давление (этот момент нужно проговаривать лишь при наличии соответствующего доверительного признания клиента на предыдущей стадии контакта) существенно уменьшается, и вместо этого появляются реальные обнадеживающие перспективы. Т.е. основной тезис, с

которым клиент обратился на прием: «Из двух зол – меньшее» должен быть трансформирован в другой тезис: «Из двух благ – большее». При этом в качестве основных негативных и позитивных стимулов продвижения клиента в данном направлении следует использовать абсолютно реальные факты «прессинга» со стороны значимых лиц и только что возникшие отношения доверия между клиентом и терапевтом.

Пользуясь тем, что клиент к этому моменту должен находиться в пластическом состоянии, проводится ресурсная техника диссоциации и выведения клиента за рамки проблемы: терапевт, который до этого проявлял акцентированный интерес к взаимоотношениям клиента с его близкими, предлагает вернуться к этому вопросу, помещая лист бумаги (на котором далее вычерчивается проблемная схема отношений) в левом нижнем от клиента поле прошлого опыта. При расчерчивании схемы и соответствующих комментариях все глагольные формы употребляются в прошедшем времени. Внимание клиента акцентируется на позиции родных и близких, т.е. проблема злоупотребления или зависимости комментируется терапевтом от их лица, но не от своего собственного.

В ходе обсуждения терапевт, за счет использования невербальных сигналов, с одной стороны все более углубляет диссоциацию клиента с проблемной ситуацией, отправляя ее в поле прошлого. А с другой – присоединяет клиента к себе-ресурсному, пребывающему в настоящем и разворачивающемуся в будущее. Таким образом достигается актуализация креативно-пластических ресурсов клиента.

Далее последовательно реализуются три технических блока СПП: «Лестница потерь», «лестница приобретений», проводимые с актуализацией активного воображения по Дж. Каутела, «Витязь на распутье», в тех вариантах, которые наиболее уместны в конкретной ситуации. При этом желательно, чтобы «Лестницу потерь», неизбежных при продолжении употребления ПАВ, от лица своих родных и близких воспроизвел сам клиент – это будут его ответы на вопросы психотерапевта: «Как Вы думаете, почему родные и близкие продолжают беспокоиться за Вас?», «Чему именно они являлись свидетелями, наблюдая за теми, кто продолжал бесконтрольно употреблять алкоголь или наркотики?» и другие вопросы. При этом клиенту, находящемуся в диссоциированном полюсе безопасности, достаточно легко воспроизвести и систематизировать все ступени неизбежных моральных, социальных, физиологических, материальных потерь, включая и потерю жизни. Существенная разница здесь будет заключаться в том, что ранее все эти аргументы клиент воспринимал (правильнее сказать – не воспринимал), пребывая в конфронтационной, защитной метапозиции, т.е. в таком состоянии, когда информация в лучшем случае игнорируется, а в худшем – вызывает раздражение, агрессию и обратную импульсивную реакцию. В терапевтической ситуации клиент, обычно без какого-либо сопротивления, вычерчивает лестницу потерь и путешествует по ней в технике активного воображения по Дж. Каутела. Таким образом формируется одно из направлений движения клиента в следующем техническом блоке – «Витязь на распутье» – неявно отправляемое в прошлое.

После необходимой паузы психотерапевт акцентированным жестом переворачивает расчерченную схему на чистую сторону (символ предложения начать все с чистого листа), перемещается в левый от клиента угол, закрывая поле прошлого.

Разворачивая (с использованием приемов направленного жеста, взгляда и др.) клиента в поле будущего, терапевт предлагает воспроизвести ситуацию, когда «овцы» (т.е. опасющиеся за его здоровье и жизнь близкие и значимые для него люди) – сыты, а «волк» (т.е. он сам, агрессивно отбивающийся от их опеки) остается, как минимум, целым и как максимум – с большой пользой для себя приобретает новые навыки совладания с кризисными ситуациями. При соответствующем позитивном подкреплении (работа жестами, голосом, определенными эмоциональными реакциями) нужные альтернативы обычно находятся. А «лестница приобретений», проживаемая в технике активного воображения, формируется достаточно быстро.

После следующей паузы (в ходе чего психотерапевт может перевоплотиться в «живые весы», как бы взвешивая на ладонях один и другой сценарии: позитивным сигналом здесь будет присоединение клиента к этому действию) клиенту предлагается еще раз, теперь уже с позиции человека, стоящего на распутье, оценить преимущества и издержки каждого направления. При этом, как и на предыдущих этапах, никакого давления или попыток ускорить процесс принятия решения со стороны психотерапевта быть не должно. Напротив, в случае возникновения какой-либо заминки со стороны клиента терапевт должен подтвердить лишь то, что это, во-первых, еще только оценка возможных альтернатив. Решение может быть принято в то время, когда клиент к этому готов. Перспективы – и одна, и другая – прояснились, и этого достаточно. Когда у него возникнет потребность – можно будет вернуться к этому вопросу (таким образом еще раз подтверждается безопасность клиента и закладывается сценарий актуализации потребности к продолжению терапевтической работы). Часто это единственное, чего можно добиться на первой встрече.

Если сессия завершается вторым этапом полимодальной мотивационной психотерапии, то вероятность следующей встречи будет колебаться в пределах 60%. Что, в целом, можно оценить как положительный результат. В случае же, если клиент высказывает твердое или осторожное намерение следовать теперь новым путем, можно переходить на следующий этап терапевтической сессии.

*На третьем этапе* основной используемой технологией СПП является мотивационное информирование с одновременным выстраиванием адекватного сценария освобождения от зависимости. Стержневая линия данной технологии – обнадеживающая правда, которую следует донести до клиента таким образом, чтобы усилить, а не расшатать имеющуюся у него к этому моменту конструктивную мотивацию. Правда состоит в том, что дистанция между решением и реальным освобождением от зависимости может быть достаточно длинной и потребует от клиента немалых усилий. В то же время эта дистанция состоит из конкретных шагов, с ясными и понятными целями каждого шага. И силы клиента с каждым преодоленным участком будут только увеличиваться. Но, кроме того, следует иметь в виду, что основные препятствия на этом пути – это, в первую очередь: страх общественного ostracизма («узнают, что я – алкоголик или наркоман, и мне уже не подняться»), страх постановки на учет в наркологическое учреждение («от этого уже не отмыться»), страх поражения в правах («не примут или выгонят с работы, лишат водительских или родительских прав» и т.д.); неприемлемость условий оказания профильной помощи, узкий

ассортимент и низкое качество услуг. Еще одним препятствием у лиц с большим стажем употребления ПАВ и безуспешными попытками лечения в прошлом является перегруженность «пораженческими» сценариями («все бесполезно – я пробо-вал, я знаю»).

С учетом всего сказанного клиенту предлагают, во-первых, мысленно (с использованием уже апробированной технологии активного воображения) перенестись на тот рубеж, где он чувствует себя полностью здоровым и освобожденным от зависимости. На этом рубеже, с ненавязчивыми подсказками-вопросами психотерапевта, выстраиваются точные характеристики состояния, когда действительно можно будет иметь возможность контролировать свое поведение и без помех добиваться самых главных жизненных целей. Далее клиента просят мысленно измерить расстояние от точки настоящего до этого намеченного рубежа, и условно обозначить его в пространстве помещения, где проводится терапевтическая сессия. Продвижение по выстроенной таким образом дистанции будет осуществляться за счет совместного обсуждения конкретных шагов, которые клиенту представляются важными. Терапевт при этом обращает внимание клиента на то, что с начала движения в соответствии с намеченными этапами ситуация меняется – вместо общего фронта проблем, выстроенных перед клиентом в поперечную линию или нагроможденных друг на друга, теперь в каждый момент времени он решает только лишь конкретную и вполне «подъемную» для него задачу, постоянно прибавляя уверенности в собственных силах.

Специально следует обсудить вопросы обеспечения безопасности, доступности и высокого качества профессиональной помощи, предоставляемой клиенту на разных этапах данного пути. В числе прочего желательно обсудить возможности улучшения семейной ситуации, например, за счет проведения квалифицированной семейной психотерапии, а также поэтапного решения социальных проблем. В завершение данного обсуждения клиенту предлагается вновь мысленно измерить дистанцию до искомого конечного результата и сопоставить ее с первоначальным вариантом. Обычно эта новая дистанция оказывается существенно короче. Психотерапевт обращает внимание клиента на данный примечательный факт и предлагает интерпретировать его. Итоговый вариант такой интерпретации часто заключается в том, что с прояснением всего того, что в реальности происходит с клиентом, появлении продуманных, понятно распланированных шагов по решению проблем в сфере потребления алкоголя, наркотиков и других значимых проблем, и особенно с началом движения по этой дистанции – время уже работает на клиента, а не против него, искомый результат приближается, а не отдаляется.

Позитивным сигналом по закреплению третьего этапа и терапевтической сессии в целом является просьба клиента о следующей встрече по обсуждению конкретных вариантов участия в терапевтических программах.

Хорошим результатом считается достижение 70% показателя вероятности следующей встречи.

Следует иметь в виду, что для прохождения всех трех этапов СПП может понадобиться не одна, а несколько терапевтических сессий.

Другим способом измерения промежуточных индикаторов эффективности СПП, проводимой на этапе первичной наркологической помощи, является определение динамики стадий изменения поведения по модели Д. Прохазки и К. Диклемементе с помощью специального опросника URICA.

#### **4. Структурированные техники стратегической полимодальной психотерапии, используемые в фазе «вхождения» в программу медико-социальной реабилитации**

На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации в работе с таким наиболее часто встречающимся запросом, как постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ используются:

1) техники с акцентом на поведенческий компонент, предусматривающие: идентификацию триггеров, запускающих или актуализирующих патологическое влечение (центральных, периферических, специальных, ассоциативных и др.); поиск и нахождение – в режиме креативного штурма и деятельной поддержки всех участников терапевтического процесса, действующих в модели группового терапевта – так называемой копинговой пары, эффективно блокирующей идентифицированный механизм запуска патологического влечения. Это могут быть копинговые мысли, действия, эмоции, способы отвлечения и другие формы активности, однозначно помогающие в заявленной кризисной ситуации. Найденные формы блокирующей активности проходят проверку в технологиях активного воображения, затем в репетициях действием. Последнее может носить характер фрагмента психодрамы или ролевой игры, когда между участниками распределяются символические функции-роли: триггера, активных копингов, командира. Важно, чтобы инициативный пациент побывал во всех функциональных ролях, но главное – в роли командира, который является, безусловно, главной фигурой и умеет нейтрализовать любую опасность. В этом статусе инициативный пациент и завершает встроенную сессию. Главная терапевтическая идея здесь понятна – актуализирующееся патологическое влечение не может быть оставлено без блокирующей пары – этот жесткий копинг иницируется, подкрепляется и укореняется всеми возможными средствами;

2) техники с акцентом на нейрофизиологический компонент – это способы «скорой помощи», когда необходимо очень быстро и эффективно подавить поднявшуюся волну актуализированного влечения за счет реализации следующего четкого алгоритма – самомассаж биологически активной точки Хэ-гу (4-5 минут, с двух сторон); одновременное глубокое диафрагмальное – так называемое «брюшное» – дыхание (15-20 глубоких вдохов и выдохов); глубокий массаж лица – 3-4 минуты горячим влажным полотенцем. Инициативному пациенту и всей группе объясняют нейрофизиологические механизмы ультрабыстрого подавления патологического влечения (которые в действительности имеют место), притом что одновременно действуют и момент отвлечения, и собственно нейрофизиологический механизм, обеспечивающий экстренный выброс эндогенных нейrogормонов, эффективно «снимающих» кризисное состояние и продолжающих свое действие несколько часов. Этого времени обычно хватает, чтобы пережить волну кризиса в относительно ком-



фортном состоянии. Техника демонстрируется на том из участников группы, который отмечает у себя признаки влечения или испытывает какое-либо недомогание – например, головные боли и др. При правильно проводимом техническом действии, подготовленном и встроеном стыковочном сценарии, признаки актуализированного влечения, болевые или любые другие неприятные ощущения будут редуцированы, а пациент будет находиться в акцентировано спокойном и слегка сонливом состоянии. Завершается техническое действие формированием сценария будущего, выстраиваемого в том духе, что освоенное средство «скорой помощи» действует таким образом, что и без активного применения будет блокировать импульсы патологического влечения. Что, собственно, является клиническим фактом – патологические импульсы после проведения такой техники отмечаются существенно реже;

3) техники с акцентом на эффект «наводнения» – используются с целью актуализации и позитивного подкрепления активной личностной позиции пациента в отношении имеющихся признаков патологического влечения и их эффективной редукции в режиме «наводнения» – т.е. предельно возможного обострения конфликта. В этом случае вокруг инициативного пациента формируются две группы, одна из которых символизирует влечение к ПАВ, а другая – стремление пациента к освобождению от зависимости. Группы получают инструкции в отношении того, что нужно говорить или даже кричать пациенту, «растаскиваемому» в противоположные стороны достаточно энергичными усилиями противодействующих сторон (это важный момент идентификации борющихся мотивов). Пациент таких инструкций не получает, в связи с чем уровень его фрустрации нарастает. Реализация техники начинается в акцентировано напряженной обстановке, с нарастающим ажиотажем и шумовыми эффектами. Инициативный пациент при этом испытывает серьезный телесный и психологический дискомфорт. Наконец на пике напряжения он получает жесткую инструкцию включиться самому, «если он не хочет, чтобы его разорвали». В конечном итоге именно активные усилия пациента и обеспечивает «победу» сопротивляющейся влечению стороны, перетягивающей и рассеивающей участников другой группы, символизирующей патологической влечение. При этом пациент, испытывая интенсивные чувства физического и психологического облегчения, получает важный урок того, что именно его активная позиция и усилия по «перетаскиванию» себя на «светлую» сторону, способны подавить и рассеять поднимающуюся волну патологического влечения. Однако при этом важно иметь «сторонников» в виде актуальных и сильных мотивов по сохранению трезвости, освобождению от зависимости;

4) техника с опорой на диссоциацию и конфронтацию – в данном случае акцент делается на: формирование навыка диссоциации патологического влечения от нормативного стержня личности, т.е. самого пациента; презентации образа патологического влечения во внешнем пространстве (эту роль может исполнять кто-либо из участников группы); обострение конфликта в режиме диалога, в ходе чего у пациента формируется выигрышная стратегия преодоления. Однако основной терапевтический фактор в данном случае связан с тем, что конфликт из внутреннего переходит в статус внешнего – т.е. между пациентом и патологическим

влечением выстраивается некая дистанция, охраняющая и помогающая ему реализовать эффективные защитные действия;

5) техники с опорой на когнитивный компонент и переформирование деструктивной интерпретации синдрома патологического влечения к ПАВ на конструктивную – в данном случае имеет значение полноценная проработка с пациентами истинной картины того, что происходит в организме человека при обострении патологического влечения. При этом в максимально наглядной форме излагаются основные тезисы нейрофизиологического механизма актуализации синдрома влечения в том контексте, что сам по себе синдром патологического влечения – это дефицит определенных нейрогормонов, которые долгое время замещались психоактивным веществом и перестали вырабатываться в нормальном режиме. Восстановление этого нормального режима происходит волнообразно. В период максимального спада уровня естественных нейрогормонов мозг посылает усиленный сигнал для стимуляции его «производства» и активизации соответствующих структур нейроэндокринной системы организма. Этот сигнал и воспринимается как обострение влечения, хотя на самом деле – это мощный стимул к восстановлению нормативной функции центральной нервной системы. Все, что нужно делать в этом случае – правильно понимать, что происходит, и «переправлять» этот сигнал по прямому адресу – глубинным структурам нейроморальной системы. Лучше это делать с использованием активного воображения (здесь должна быть проработана определенная последовательность визуального ряда, которая может быть подкреплена соответствующим ролевым действием). Результатом будет значительно более быстрое восстановление нормативного уровня нейрогормонов, необходимого для комфортного состояния пациента.

Таким образом, деструктивная и опасная для пациента интерпретация имеющихся у него признаков патологического влечения, трансформируется в конструктивную, существенно более безопасную и направленную на восстановление самоорганизующих функций;

6) техники с опорой на арт-терапевтический катарсис – в данном случае основной терапевтический фактор связан с возможностью полноценного воспроизведения и отреагирования всего комплекса препятствий, связанных с «тягой» к алкоголю или наркотику в арт-терапевтическом контексте. Обычно это рисунок, но могут использоваться и другие формы – скульптура, живая скульптура, рассказ и др. Важным здесь представляется то обстоятельство, что пациенты, при правильной организации арт-терапевтической сессии, находятся в состоянии креативного транса, т.е. в режиме максимальной гиперпластики. И то, что творчество – это есть диссоциация творца с предметом творения и возможность какой угодно трансформации этого предмета (в данном случае – фантома патологического влечения). Таким образом, пациенты, во-первых, эффективно освобождаются от травмирующих переживаний, связанных с комплексом патологического влечения, а во-вторых – трансформируют этот комплекс в нужном для себя направлении;

7) техники с опорой на активное воображение и ресурсно-ориентированную психотерапию – в данном случае внимание пациента обращается на то обстоятельство, что если феномен влечения есть то, что он ощущает в каком-то сегменте внут-

ренного пространства (при этом устанавливаются характеристики и координаты этого сегмента), то от этого тягостного чувства можно освободиться, путешествуя в другой, отдаленный от этого первого места, сегмент внутреннего пространства. Далее, с использованием технологии активного воображения и ресурсных воспоминаний, выстраивают «безопасное место», где пациент чувствует себя абсолютно комфортно. Формируется маршрут – алгоритм актуализации ресурсного статуса пациента – путешествия к «безопасному месту». Обсуждаются возможности использования этих новых навыков для профилактики стрессовых ситуаций, которые, в свою очередь, могут являться механизмами запуска патологического влечения;

8) техники с акцентом на телесно-ориентированную терапию – в данном случае основной механизм терапевтического воздействия заключается в «привязывании» признаков патологического влечения к определенному телесному сегменту (в данном сегменте обычно концентрируются болевые или иные неприятные ощущения, признаки мышечного напряжения). И далее, за счет интенсивной работы с этим телесным сегментом, редуцируются признаки патологического влечения. Важным здесь представляется возможность формирования кинестетического транса, и далее, в условиях терапевтической гиперпластики – формирования программы редукции синдрома патологического влечения за счет интенсивного воздействия на идентифицированный телесный сегмент. При необходимости такой алгоритм может воспроизводиться самостоятельно;

9) техники с акцентом на диссоциацию нормативного и патологического личностных статусов – основной терапевтический смысл данного подхода заключается в том, что патологическое влечение в данном случае используется как стимул для конструктивного личностного развития пациента, актуализации общего терапевтического алгоритма программы МСР.

Начальный акцент данной технологии делается на выяснении главного вопроса – кто на самом деле испытывает влечение к алкоголю или наркотику – тот внутренний «сожитель» пациента, который привел его к наркотику и не хочет отпускать, или же та набирающая силу личность, которая хочет научиться управлять своим поведением и вернуть свободу. Полярные характеристики этих личностных статусов идентифицируются с наиболее возможной точностью и с помощью креативной групповой поддержки. Далее, определяются стратегии, с помощью которых каждый из поименованных личностных статусов стремится достигнуть своих целей. В частности, устанавливается, что базисная стратегия патологического личностного статуса как раз и заключается в актуализации синдрома патологического влечения и формировании протестных реакций в отношении терапевтического режима и др. В то же время базисной стратегией растущего нормативного личностного статуса является скорость терапевтических изменений в избранном направлении. При достижении определенной скорости «посылаемые» волны тяги к алкоголю или наркотику просто не догоняют и не находят пациента, стремительнодвигающегося к своей цели. Причем на этом пути он и приобретает свое основное качество – устойчивость к любым атакам и повторному вовлечению в химическую и любую другую зависимость. Все вышеприведенные тезисы могут быть проиллюстрированы ролевой игрой или соответствующим психодраматическим фрагментом.

Основным результатом данного технического действия является актуализация и усиление нормативного личностного статуса, стратегии по адекватному достижению главной цели; редукция синдрома патологического влечения;

10) техники, основанные на прямом контакте с внесознательными инстанциями – реализация данного технического блока требует специального навыка и большого опыта работы у специалиста-психотерапевта; в групповых форматах использование данной технологии в контексте СПП не рекомендуется; в индивидуальном формате техника прямого контакта с внесознательными инстанциями используется лишь в критических ситуациях, когда предшествующие технологические попытки были неуспешны, и пациент в силу этого обстоятельства готов прервать терапевтический контракт. Имеет значение и определенная готовность пациента к тому, например, что «Сила более могущественная, чем мы, поможет вернуть контроль над своим состоянием и поведением» (далеко не все зависимые лица привержены к такого рода тезисам).

Терапевтическая процедура в случае наличия всех вышеобозначенных условий проводится в четыре этапа:

- идентификация и диссоциация суперресурсных инстанций и установление контакта с ними;
- подтверждение намерений об освобождении клиента от тягостного для него влечения к употреблению алкоголя или наркотика;
- реализация специальной процедуры освобождения с достижением критической редукции синдрома патологического влечения к ПАВ;
- выстраивание адекватного сценария со-участия суперресурсных инстанций в формировании удовлетворительного физического и психического состояния пациента в ближайшем будущем.

Сама по себе техническая процедура оформляется в соответствии с личным мифом пациента и разработанным стыковочным сценарием.

Формируемый сценарий будущего должен включать тезис того, что суперресурсные инстанции оказывают помощь и поддержку тому, кто сам разворачивается навстречу своей новой судьбе.

В работе с таким типичным запросом как общее «плохое» самочувствие (с вовлечением соматовегетативного компонента абстинентного или постабстинентного синдрома) используются:

1) Техника экспрессивного мифодизайна, с акцентом на переформирование когнитивного (в данном состоянии часто актуализируются «проигрышные» сценарии борьбы с зависимостью) и мотивационного (актуализируются мотивы к выходу из терапевтической программы) компонентов заявленной проблемы.

При этом терапевтом, действующим в достаточно жесткой, экспрессивной манере, инициативному пациенту и группе должен быть разъяснен, а затем и продемонстрирован смысл и содержание таких понятий как «испытание», «совладание», «преодоление», «достоинство», «награда». Ситуация принятия решения пациентом о вхождении в терапевтическую программу и прохождения всех ее этапов рассматривается как испытание, которое он должен пройти, с тем чтобы получить достойную награду – возможность прожить собственную жизнь (здесь уместно напомина-

ние о том, что человек, употребляющий наркотики, крайне редко доживает до 40 лет), испытать подлинную радость этой новой жизни – любовь, уважение людей, близость собственной семьи и другое (при этом можно провести блиц-опрос участников группы в отношении их ожиданий от новой, здоровой жизни; такого рода опрос делает образ грядущей награды более живым и осязаемым). Далее проговариваются, а затем и проигрываются в ролевых действиях и психодраматических фрагментах варианты прохождения испытаний – в том числе и в виде тягостных, неприятных телесных ощущений – почти неизбежных спутников первого этапа вхождения в терапевтическую программу. При этом внимание пациента и группы концентрируется на таких характеристиках данных состояний, как «тяжесть», «давление», «ломота» и т.д. В последующей ролевой игре данное состояние воспроизводится буквально – на инициативного пациента «наваливаются» участники группы, символизирующие обозначенные ощущения. Пациенту предлагают, как минимум, три раза пройти дистанцию от рубежа настоящего, где он испытывал максимум неприятных ощущений, до рубежа будущего, где он чувствует себя достаточно комфортно. Первый вариант – медленного движения по дистанции с периодическими остановками и возвратами («шаг вперед – два шага назад») – символизирует все то, что мешает движению по дистанции: деструктивные сценарии, мотивы к выходу из программы и др. Эти функциональные роли также могут исполнять участники группы, тянущие или толкающие клиента назад, к рубежу максимального дискомфорта. Комментарии, которые инициативный пациент дает во время первого «путешествия», свидетельствуют о «низкой степени достоинства» данного варианта прохождения дистанции и, соответственно, не очень высокой награде в финале этого пути. Второй вариант – быстрого прохождения дистанции при тех же «нагрузках» – воспринимается гораздо лучше, в смысле субъективных ощущений и оценки состояния в финале пути. При этом инициативный пациент должен научиться «проскальзывать» между теми же препятствиями, которые в данном случае просто не успевают его догнать. Третий вариант прохождения дистанции связан с тем, что инициативный клиент находит себе «друзей», способных, во-первых, нейтрализовать препятствия – деструктивные сценарии и мотивы, а во-вторых – облегчить ему ношу и ускорить процесс прохождения дистанции. Эти находки – очень важные конструктивные копинги совладания с рассматриваемой проблемной ситуацией – должны быть акцентировано и позитивно оценены терапевтом и группой, и таким образом закреплены в опыте пациента и других участников. Обычно это отвлекающие мысли, эмоции, действия, воспоминания, конкурирующие формы активности или спонтанные перемещения в будущее, где уже «все хорошо», и другие ресурсные находки, которые теперь должны стать эффективными помощниками пациента в преодолении любых дискомфортных состояний. Комментируя свое состояние в период прохождения третьего варианта дистанции, пациент обычно обращает внимание на прилив сил, энергии, уверенности в себе по мере прохождения, и особенно в конце дистанции. Что и является подлинной наградой тому, что «достойно» прошел испытание – т.е. «стоял не сгибаясь», активно двигался, а не полз, искал истинных друзей-помощников, а не жаловался и оглядывался назад. Эти и другие важные комментарии термина «достойная награда» могут быть получе-

ны в ходе групповой дискуссии по результатам вариантов совладания с проблемой «плохого самочувствия». Заключительные слова ведущего групповое занятие терапевта, сказанные на пике гиперпластики и формирующие конструктивные сценарии будущего, должны подчеркивать значение стойкости, мужества – всего того, что можно объединить термином «достоинство», – проявляемого именно в критических условиях, а не тогда, когда «все хорошо». Это и есть настоящее испытание. И награда в этом случае тоже будет настоящей. Хорошим результатом проведения данной техники следует считать существенную редукцию рассматриваемой проблемы в группе, рост активности участников терапевтического процесса.

2) Техники с опорой на когнитивный компонент – основная терапевтическая задача здесь заключается в том, чтобы пациенты, получив адекватную картину и метафорический образ того, что происходит в органах и системах целостного организма, сумели сформировать и реализовать адекватную программу совладания. Техническое действие проводится в 3 этапа. На первом этапе терапевт доводит до инициативного пациента и группы понятную картину того, что происходит в нервных клетках, органах и системах, когда человек испытывает телесный дискомфорт после прохождения курса детоксикации (т.е. это уже не острое абстинентное состояние, механизм которого особых объяснений не требует). Максимально понятно и доходчиво участникам поясняют, что даже и без этого стресса организм почти всегда находится в таком состоянии, когда «там есть чему болеть» – садины, ушибы, травмы, царапины, растяжения, перегрузки и др. Помимо этого, органы и системы, находясь в рабочем состоянии, посылают различные импульсы и сигналы в центральную нервную систему, т.е. в любом случае имеется некий уровень «шума» ощущений от «работающего» организма (тут можно привести несколько примеров: при нагрузке «кровь стучит в висках, сердце заходится», при переедании «в животе урчит» и т.д.). Однако при нормальной работе нейроэндокринной системы все эти неприятные ощущения блокируются специальными нейрогормонами, которые в том числе оказывают и обезболивающее действие. Например, рана или ушиб беспокоят в течение 2-3-х часов, а затем боль стихает – интересно почему, ведь внешне ничего не изменилось – только потому, что концентрация соответствующих нейрогормонов в тканях организма к этому времени существенно повышается. Наркотик и алкоголь тем и страшны, что подавляют этот естественный механизм саморегуляции, подвигая человека к тому, чтобы «обезболить» себя возрастающими дозами привычного ПАВ. После такого многолетнего прессинга нейрогуморальная система восстанавливает свою активность постепенно. Отсюда – частые дискомфортные состояния «телесного шума», теперь вполне понятного – ведь в организме человека, в течение многих лет принимавшего нейротоксический яд, каким на самом деле является наркотик или алкоголь, всегда «есть чему болеть». Поэтому все, что нужно в данной ситуации – это осознать, что можно предпринять для ускорения процесса естественной саморегуляции, и затем именно это и сделать. Все вышесказанное при соответствующей активности группы может быть проговорено всеми участниками терапевтического процесса в режиме мозгового штурма или в форме блиц-вопросов – ответов. На втором этапе формируется метафорический образ дефицитарного

и дискомфортного проблемного состояния – например, поврежденной руки инициативного пациента, долгое время находившейся в гипсе и в обездвиженном состоянии. Но вот, наконец, гипс снимают – что чувствует человек, как выглядит поврежденная рука, как она двигается и пр. – на эти вопросы должны ответить участники группы. На данном этапе важно понять, что процесс возврата здоровья, как правило, связан с дискомфортом – утраченная функция возвращается не сразу. Однако выздоравливающий человек, пусть даже и ограниченный в движении, может испытывать радость только оттого, что все самое страшное позади. Так, если перебрасывать мост к зависимым лицам, то они могут испытывать удовлетворение только потому, что уже не участвуют в процессе саморазрушения, активного уничтожения данного природой механизма самоисцеления. Вместе с тем процесс реабилитации – это и есть всемерное ускорение возврата нормальной функции. Что делает человек, чтобы поврежденная рука быстро вернула свою силу и ловкость, что может делать, в прошлом зависимый, человек, чтобы вернуть волшебный дар самоисцеления – все эти вопросы обсуждаются участниками терапевтического процесса. При этом, как правило, находят несколько вариантов, которые являются приемлемыми для инициативного пациента (это может быть дозированная физическая нагрузка с возвращением чувства телесной радости; техники массажа, самомассажа; психотехники «опредмечивания» боли или любого другого дискомфортного ощущения и поэтапного выведения этого опредмеченного чувства – иглы, шила, веретена, веревки, узлов и др. – из границ тела; психотехники трансформирования дискомфортных ощущений в другие; практика элементарного отвлечения; практика тренировки того, что раньше приносило радость и многое другое). Важным моментом является проговаривание всех предлагаемых вариантов, поскольку таким образом формируются совладающие копинги не только для инициативного пациента, а для всех участников группового процесса. Другим важным моментом является проработка тезиса и соответствующего метафорического образа того, что теперь сам пациент и должен стать основным лекарем-целителем всех пораженных органов и систем – т.е. проявляющим осознанную заботу о своем теле. Такая терапевтическая диссоциация – мое тело, нуждающееся в заботе, и я, проявляющий осознанную заботу о своем теле – существенно более ресурсная метапозиция субъекта, предполагающая «включение» механизмов альтруизма и синергетической стратегии адаптации. Т.е. клиент, проявляющий заботу о своем теле, во-первых, эффективно дистанцируется от неприятных ощущений. А во-вторых, с высокой вероятностью будет находиться в ресурсном состоянии, сопровождающимся ощущениями прилива сил, энергии, оптимизма. Этот образ также может быть закреплен в соответствующей метафоре или техническом действии с разыгрыванием ролей врача и больного, в ходе чего инициативный пациент по очереди входит в роль больного, а затем врача, знающего, что именно нужно делать, чтобы улучшить состояние пациента. При этом обычно фиксируется впечатляющая разница самочувствия инициативного пациента в этих двух ролевых образах. В ходе реализации третьего этапа предлагается репетиция обратной последовательности действий: клиент входит в только что отрепетированную и прочувствованную роль лекаря-целителя своего организма; далее проводятся те

упражнения, действия или психотехники «опредмечивания» и выведения дискомфорта за пределы телесных границ, которые были проговорены на предыдущем этапе. В этом процессе может принимать участие не только инициативный пациент, но и вся группа. В завершение данного этапа проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и групповая дискуссия по результатам проведенной сессии. Хорошим эффектом реализации техники является существенная редукция интенсивности, степени представленности рассматриваемого проблемного состояния в группе; рост активности участников группы.

3) Техники с опорой на поведенческий компонент – показаны в случае часто встречающегося сочетания телесного и эмоционального дискомфорта с компонентом ангедонии, дисфории. Главная терапевтическая идея здесь основана на «перевертывании» последовательности форм психической активности чувствую – думаю – делаю на обратную. Инициативному клиенту с признаками соматического и эмоционального дискомфорта предлагают вначале воспроизвести «обычную» последовательность развития тягостного для него состояния – что он почувствовал (обычно это спад активности, ухудшение настроения, появление неприятных ощущений в различных частях тела); какие мысли в это время приходят (обычно это предвестники пораженческих сценариев: ничего не хочу; все бесполезно; нет никакого толку в этих занятиях и т.д.); что он делает или хочет делать в это время (обычно это желание того, чтобы «никто не трогал, не приставал», «пусть все оставят меня в покое», «забиться в угол, чтобы не видеть никого или заснуть на целый день» и пр.) При этом внимание инициативного пациента и группы обращается на тот факт, что проговаривая все эти реально испытываемые ощущения, мысли, желания, он, в какой-то мере, освобождается от тягостного состояния. Поэтому первое правило – не держать телесный и эмоциональный дискомфорт в себе, а выносить на группу и работать с этой проблемой, как со всякой другой. В этом случае пациент сам будет управлять своим состоянием, а не наоборот. Чему, собственно, и нужно научиться в ходе прохождения терапевтической программы. Далее инициативного пациента просят воспроизвести аналогичную последовательность действий, но в таком состоянии, когда он, наоборот, чувствует великолепно – ощущения, мысли, желания и действия. Терапевт задает уточняющие вопросы, позитивно подкрепляет активность клиента, скрыто помогая ему вжиться в этот позитивный образ и отслеживая невербальные реакции, свидетельствующие о формировании первичного ресурсного состояния. Особенный акцент делается на действиях (обычно это активные действия человека, наполненного энергией и желающего поделиться своей радостью с другими – своего рода танец или что-то очень похожее). На данном этапе к обсуждению можно привлекать участников группы, обращая внимание на рост активности и «уровня шума» в аудитории – признаков того, что и группа, переживая ситуацию «праздника», входит в первичное ресурсное состояние. Далее, «разогретому» таким образом пациенту предлагают совершить двойной обмен – т.е. в те моменты, когда он испытывает эмоциональный спад и неприятные ощущения в теле – начинать делать именно то, что он делает, когда чувствует себя во всех отношениях прекрасно. В данном фрагменте, при возникновении какой-либо заминки, пациенту можно оказать по-



мощь – начинать производить нужное действие вместе с ним (при этом терапевт дополнительно «разогревает» клиента своим примером и энергетикой), затем к участию в этом процессе приглашается вся группа, за счет чего обеспечивается синергия эффекта «оживления». В завершающем фрагменте терапевт предлагает всем участникам группы делать именно то, что они делают – каждый свое – в те моменты, когда они испытывают радость. После такого 10-15-минутного действия инициативного пациента просят дать обратную связь в отношении того, как в это время: а) изменились его мысли; б) изменились чувства и ощущения. Обычно сообщается о том, что и мысли и чувства стали гораздо ближе к полюсу комфортного, бодрого состояния и что теперь с этим все в порядке.

Резюмируя последнее техническое действие, терапевт обращает внимание инициативного пациента на то, что вот эта только что отрепетированная последовательность – я вспоминаю, что делаю когда мне хорошо, припоминаю особенности этого состояния – я начинаю делать именно это, захожу в ритм – у меня начинают появляться совсем другие, более оптимистические мысли – мое самочувствие заметно улучшается – я понимаю, что теперь сам могу управлять своим состоянием – и есть самое эффективное и проверенное средство от любых тягостных ощущений и связанных с ними перепадов настроения. Далее проводится стандартная процедура оценки состояния участников и групповая дискуссия по материалам проведенной терапевтической сессии.

4) Техники с акцентом на арт-терапевтический катарсис – основная терапевтическая идея здесь заключается в возможности существенного снижения интенсивности неприятных ощущений и переживаний, переформирования данного состояния за счет: а) акцентированной диссоциации клиента с полюсом неприятных, эмоционально-окрашенных переживаний; б) творческой презентации данных переживаний в виде символов, образов, композиций, с комментариями того влияния, которое данное состояние оказывает на его жизнь, и того, что ему самому нужно в этой ситуации; в) творческой трансформации ситуации в сторону желательного развития событий (в ходе чего может закладываться программа терапевтических изменений); г) проговаривания тех изменений, которые произошли с пациентом в ходе процесса арт-терапевтического катарсиса. При этом в ходе обсуждения акцент делается на позитивные тенденции в развитии творческого сюжета. Техническое действие в обязательном порядке предваряется доходчивыми разъяснениями терапевта в отношении того, как важно иметь возможность, во-первых, выразить свои чувства, ощущения, во-вторых – увидеть все это со стороны и по-новому оценить то, что происходит в этой сфере, и далее – прочувствовать это с людьми, которые тебя правильно поймут и поделятся своими переживаниями. Полезно также продемонстрировать 2-3 примера творчества зависимых лиц, которые будут свидетельствовать, в первую очередь, о том, что никакого особого мастерства или изыска здесь совершенно не требуется. Напротив, это могут быть, возможно, первые рисунки в жизни – формы, цвет, сюжеты – за счет чего можно попытаться выразить свои переживания и почувствовать облегчение. Далее, в начальной стадии технического действия важна ненавязчивая помощь и пример старших резидентов, которые уже принимали участие в арт-терапевтическом процессе и более свободно воспроизводят свои переживания

в рисунке, лепке и других избранных формах. Следует давать возможность пациенту переработать свой первый вариант наброска или развить сюжет, с комментариями того, почему ему захотелось сделать это. Обычно в ходе выполнения творческого задания складывается особая доверительная обстановка, которая затем переносится и на этап обсуждения. Здесь основной акцент (с подачи терапевта и старших резидентов) делается не на степень мастерства, а на искренность в выражении чувств, экспрессию, развитие сюжета. Слово «искренность» может быть обыграно как «искоренность» – т.е. процесс творчества может рассматриваться как процесс создания чего-то живого, растущего (корня), который обязательно принесет плоды. И затем можно обсуждать «первые плоды», которые образовались в результате творческого процесса – чувство освобождения, по крайней мере, от части неприятных переживаний; намеки на грядущие изменения к лучшему и другое. В завершение технического действия производится оценка состояния участников и групповая дискуссия по материалам пройденной сессии. Хорошим результатом данной техники следует считать снижение степени интенсивности проблем, связанных с неприятными телесными ощущениями.

5) Техники с опорой на телесное наводнение – основная терапевтическая идея данного технологического подхода связана с интенсивным воздействием необычных для пациента телесных ощущений, генерирующих состояние кинестетического транса, и «привязывания» к данному состоянию стыковочного сценария освобождения от тягостных телесных ощущений в настоящем и будущем. В этом случае участники группы образуют вокруг инициативного пациента плотное кольцо. Пациента просят еще раз описать испытываемые ощущения с их локализацией в разных участках тела. Членов группы просят представить эти ощущения в виде конкретных образов, которые они, за счет мягких прикосновений, приложений рук к «больным» местам, будут «извлекать» из страдающего тела. Инициативному пациенту предлагается максимально расслабиться, довериться группе и комментировать свое состояние. По сигналу терапевта начинается сеанс телесного наводнения. Инициативный пациент, испытывая прикосновения множества «добрых и целительных» рук, погружается в состояние кинестетического транса, в котором интенсивность неприятных ощущений резко снижается или они исчезают вовсе. При ненавязчивой подсказке терапевта у него могут возникать образы того, как «тело из твердокаменного превращается в мягкое и живое», «тело распускается, как бутон» и др. Интересно то, что и «целители» – участники группы обычно испытывают в это время своеобразные ощущения, по крайней мере, в области рук и кончиков пальцев. Инициативный пациент, за счет грамотно поставленных, ненавязчивых вопросов терапевта, «отправляет» все ранее имевшиеся тягостные ощущения в прошлое, где они растворяются и рассеиваются. В настоящем его тело пронизано энергией жизни и аккумулирует эту энергию для того, чтобы теперь каждый день прибавлять в здоровье и силе. Терапевт коротко проговаривает также и то, что все участники этого процесса получают пользу – как «исцеляемый», так и «целители». В ходе данного технического действия должен быть и момент паузы – квинтэссенции переживаний всех участников процесса (этот момент надо почувствовать), когда никакие комментарии не требуются. Далее по сигналу терапевта группа постепенно ослабляет и прекращает телесный контакт. Терапевт объявляет о заверше-

нии сессии и после некоторой паузы просит пациента прокомментировать свое состояние, а затем – высказаться всем участникам. В ходе обсуждения может возникнуть идея «самоисцеления» с использованием такого же способа – «целительных прикосновений» – как эффективной формы проявления заботы о своем теле. Терапевт при этом может дополнительно посоветовать сконцентрироваться на тех образах, которые проговаривал инициативный пациент, или тех, которые возникали у участников группы в ходе терапевтического процесса – например, образе тела, «наливающегося здоровьем». Хорошим результатом здесь может считаться существенная или полная редукция первоначально заявленной проблемы, рост уверенности пациентов в том, что, помогая себе и друг другу, они могут добиться очень многого.

б) Техника «живой скульптуры» – разновидность диссоциативного, ресурсно-ориентированного и арт-терапевтического подходов. Основная терапевтическая идея здесь заключается в том, чтобы инициативный пациент и группа воочию убедились и прочувствовали, что тяжесть телесных, как и любых других страданий, во многом зависит от контекстов – в основном безнадежных (скульптура 1) и обнадеживающих (скульптура 2). Соответственно, в первом варианте тягостные, неприятные ощущения «достаю» до ядра личности пациента, лишая его сил, энергии, оптимизма. Во втором варианте – это лишь стимул к развитию и движению к полному освобождению от зависимости. Техническое действие начинается с обсуждения того, как «внутренне», т.е. психологически устроен человек. Ведущий предлагает к рассмотрению упрощенный вариант психогенетической модели личности (по Ю.В. Валентуку). Знакомство с данным вариантом личностного «устройства» проходит в игровой форме – с разбором того, как человек может отреагировать на ситуацию, например, ушиба какой-либо части тела (здесь проводятся аналогии с заявляемой проблемой телесного дискомфорта). Участники группы последовательно разыгрывают реакцию на ушиб – телесный дискомфорт – Я-ребенка, плачущего, жалующегося, ищущего сочувствия; Я-родителя, спешащего, с одной стороны, быстро загладить травму, а с другой – найти виноватого и наказать; Я-наркомана или алкоголика, видящего в этом удобный повод и оправдание к тому, чтобы все вернуть на свои круги; Я-взрослого, сильного и ответственного, принимающего энергичные и адекватные меры к тому, чтобы боль и другие неприятные ощущения ушли и никогда не вернулись. При этом Я-взрослое не ищет виноватых вокруг себя, а анализирует свое собственное поведение и цепь поступков, которые привели к проблемному состоянию. Находятся и другие кардинальные отличия в этих отработываемых Я-статусах. Очень важно при этом, чтобы наиболее точно была идентифицирована роль Я-алкоголик или наркоман, со всеми уловками, самообманом, «безнадежными» сценариями и пр. средствами, используемыми для возврата пациента к активному потреблению алкоголя или наркотиков. На следующем этапе реализации технического действия инициативному пациенту предлагают выстроить живую скульптуру под общим названием «Я-слабый, болеющий, проблемный» (или любое другое название, придуманное самим клиентом), демонстрирующую наиболее проигрышный контекст репрезентации заявляемого проблемного состояния. При этом инициативный пациент сам находит исполнителей соответствующих ролей, инструктирует их, «склады-

вает» в определенную комбинацию. Помощь в определенных пределах допустима, но конечное решение всегда остается за инициативным пациентом. В первом варианте скульптуры обычно доминирует плачущий и ищущий сочувствия Я-ребенок и Я-наркоман (алкоголик). Я-родитель жалеет ребенка и игнорирует статус Я-наркомана (алкоголика). Я-взрослый находится в «коконе» или любой другой пассивной позиции. В эту скульптуру должно быть введено и тело (Я-телесное), функция которого – давать обратную связь по интенсивности неприятных ощущений, особенно-стям эмоционального состояния и мысле-образов, которые «возникают» в Я-телесном. Я-телесное объединяет и охватывает все имеющиеся Я-статусы, образуя внешний периметр живой скульптуры (это может быть круг из 3-х, 4-х участников группы, сцепленных за руки). После того, как первый вариант скульптуры выстроен, каждый из Я-статусов демонстрирует свою функциональную активность и дает обратную связь от того, как «чувствует» себя на своем месте. Последним высказывается Я-телесное. Обычно последнее высказывание – это повторение первоначально заявляемой проблемы в усиленном, акцентированном варианте. После короткого обсуждения полученных комментариев реализуется следующий этап технического действия. На данном этапе конструируется второй вариант живой скульптуры, который призван продемонстрировать максимально благоприятный контекст оформления рассматриваемого проблемного состояния. При максимальной самостоятельной активности инициативного пациента формируется новая метапозиция и функциональные роли задействованных Я-статусов, где статус Я-взрослого доминирует, а статус Я-наркомана (алкоголика) находится в подчиненном положении. Статус Я-родитель может оказывать посильную помощь и поддержку статусу Я-взрослого. Общая задача – вывести Я-наркомана (алкоголика) за внешний круг и создать такую степень защиты, которая заведомо превосходит все возможности атакующего патологического личностного статуса. Последний фрагмент технического действия весьма важен с точки зрения усиления ресурсного личностного статуса – основного стержня всей терапевтической стратегии. Далее проводится обратная связь от всех участников, олицетворяющих личностные статусы в новом варианте «живой скульптуры». Последним здесь также выступает Я-телесное. При этом обычно фиксируется существенно менее интенсивный уровень проблемного состояния или его полная редукция. Техническое действие завершается оценкой состояния участников, процедурой «снятия» ролей, групповой дискуссией по результатам проведенной сессии.

7) Техника с акцентом на экспрессивное психодраматическое действие, включающее индуцированный транс (полное название данной сложной техники «мертвая вода – живая вода»), используется в том случае, если у инициативного пациента в перечне заявляемых проблем, помимо общего «плохого состояния», фигурирует актуальное патологическое влечение, эмоциональный спад, неустойчивая мотивация – т.е. все те признаки, которые повышают вероятность отказа от дальнейшего участия в терапевтической программе. Основная терапевтическая идея здесь заключается в предельном обострении ситуации выбора, эмоциональной встряске, затрагивающей глубинные инстинкты самосохранения, и приведении пациента в ресурсное состояние с устойчивой мотивацией к выздоровлению. Техническое действие

начинается с обсуждения целей терапевтического процесса, а также тех препятствий, которые мешают ее достижению. Высказывается инициативный пациент и группа. Терапевт при этом занимает нейтральную позицию и не дает никаких комментариев.

Необходимое обострение и драматизация ситуации достигается резким, разрывающим шаблон высказыванием терапевта относительно того, что на самом деле речь идет о выборе между смертью (невербальное обозначение «поля прошлого») и жизнью (невербальное обозначение «поля будущего»). После паузы, необходимой для разворота проблемы в новую плоскость, возможен вариант группового обсуждения того, что у каждого пациента есть соответствующие примеры в ближайшем окружении. В ходе групповой дискуссии терапевт работает над созданием устойчивых ассоциаций между представлениями о «состоянии смерти», проявлениями тягостных соматических ощущений, влечении к наркотическому веществу или другому ПАВ, проявлениями активности патологического личностного статуса, привязывая данные ассоциации к «полю прошлого» (затемненный угол помещения с дверью, символизирующей выход из программы или глухая стена: желательно, чтобы в последующей индивидуальной работе с пациентом данный полюс оказался слева и сзади от него), используя для этого максимум невербальных приемов. С учетом стратегических задач данной методики, желательна проработка таких ассоциативных связей как: «состояние смерти» – холод, одиночество, камень, кусок льда, окоченение, жесткий каркас. Напротив, состояние жизни ассоциируется с чувством свободы, характеристиками нормативного личностного статуса, «полем будущего» (освещенная часть помещения с окнами, символизирующими выход в будущее, и местом расположения старших резидентов: желательно, чтобы в ходе проведения акцентированных технических действий данный полюс располагался справа и впереди пациента). С учетом стратегических задач прорабатываются ассоциативные связи: жизнь – тепло, сопричастность, изменения, пластика, развитие. Предварительный этап технического действия завершается в точке максимального эмоционального напряжения, когда терапевт с соответствующей экспрессией предлагает группе «оставить смерти то, что принадлежит смерти – зависимость, тягу, унижения, боль, тяжелое чувство неприкаянности – все то, с чем ассоциировалось «состояние смерти». Ведь в «пространстве психотерапии» все возможно, в том числе и переживание «собственной смерти». Интригу дополнительно подкрепляет заявление терапевта в отношении того, что людей, павших на поле битвы и даже разрубленных на части (а в данном случае такая ассоциация уместна, поскольку инициативного пациента «рвут на части» противоречивые мотивы и желания), окропляли вначале «мертвой» водой, добиваясь восстановления телесной целостности, и только затем – «живой» водой, возвращая им жизнь. И что сейчас именно это и произойдет. Но прежде чем «умереть», инициативный пациент должен проститься с родными и близкими. Терапевт предлагает выбрать эти символические фигуры среди участников группы. Драматизм момента к этому времени должен быть таков, что пациент без всяких колебаний выбирает особо значимых лиц, коротко сообщая им, кого они представляют, а последние с успехом справляются с делегированной им ролью. Процедура прощания должна проходить на пике эмоционального напряжения, с полным ощущением

подлинности переживаемого события. В этот момент исчезает все наносное и мелочное, обнажаются подлинные чувства с особой остротой их «последнего» проявления. Выслушивая спонтанные слова своих родных и близких (которые рождаются у участников группы почти самопроизвольно) пациент с особой силой ощущает те глубокие связи, которые имеются между родными людьми и ради которых стоит жить. Однако судьба (в лице принятых правил) неумолима. Далее реализуется микротехника «состояние смерти». Пациенту предлагается, шаг за шагом, удалиться от того места, где он только что испытал мощное чувство сопричастности, в темноту... холод... одиночество... ледящую скованность... когда исчезает ощущение тела... и жизнь замирает... Пациента, находящегося в состоянии индуцированного транса, укладывают на стулья так, чтобы затылок, шея и верхний грудной позвонок находились на одной крайней подставке, ступни – на другой. Телу придается положение со скрещенными на груди руками, в ходе чего терапевт убеждается в развитии явлений катаlepsии. Далее, проводится процедура «прощания» с пациентом тех значимых лиц, которых он хотел видеть в последние минуты. Участников группы, отобранных для этого действия, не обязательно специально инструктировать. Обычно, они находят нужную форму прощания, и слова, выражающих горечь утраты, крах надежд, но и подлинную любовь к тому, с кем прощаются. После некоторой драматической паузы, терапевт развивает тему «состояния смерти»... Когда смерть забирает все... то, что ей принадлежит... то, что к ней ведет... влечет... тянет... забирает тягу к наркотику... весь яд, накопившийся в теле... и душе... Далее развивается тема «стояния со смертью»: когда... остается лишь бессметная душа... свободная от горечи... согретая памятью того, хорошего... что есть в жизни... согретая памятью последних минут... искренней любви и близости... То, что принадлежит смерти... взято смертью... и растворилось в ледящем холоде... и ушло... То, что осталось... тепло и любовь... принадлежит жизни... Смерти – умершее... Жизни – родившееся... Последней, в данном техническом действии, развивается тема «противостояние смерти»: когда... тело... это мост между жизнью и смертью (в этот момент убираются стулья из под тела пациента, за исключением крайних опор, и присутствующие являются свидетелями феномена «каталептического моста» – удерживания горизонтального положения тела пациента на двух опорах). Переживания пациента в данный момент наиболее драматичны. Это ощущения «падения или полета в бездне», мобилизации всех сил для обретения опоры и возврата к жизни. Соответствующие комментарии терапевта в данный момент усиливают эмоциональный накал событий и обеспечивают конечный «перевес» жизни. Следующее техническое действие – «живая вода», реализуемая следующим образом. Терапевт, на фоне драматического противостояния полюса «смерти» и полюса жизни, обращается к душе пациента... освобожденной от горечи и яда... к его оживающему сердцу... к нему самому, стоящему на середине моста... с просьбой указать направление, куда теперь нужно двигаться. При этом правая рука пациента, освобожденная прикосновением терапевта от «окоченения», обычно указывает на полюс будущего, т.е. жизни. Пациента осторожно поднимают, и после драматической паузы приветствуют в этой «новой» жизни. Данное техническое действие завершается процедурой вручения подарков, в

ходе которой новоиспеченные «родители – друзья» – участники группы – дарят «имениннику» самое ценное, что они имеют в настоящий момент – полноту жизни, полноту чувств, сопутствующих ощущению возрождения, переживания близости, и общего, драматического опыта жизни. В конце концов (такая метафора вполне уместна от лица терапевта, если только пациент и группа не приходят к аналогичным выводам в ходе обратной связи), и сама жизнь, после такого очевидного «намёка», может восприниматься как потрясающий дар, который нужно только взять в руки и принять с чистым сердцем. Данное техническое действие и методика в целом заканчиваются процедурой фиксации и оценки общих результатов, обсуждением перспектив на будущее и отношения пациентов к проблемам, затрагиваемым в ходе терапевтической сессии. Хорошим результатом здесь следует считать существенную редукцию всех проявлений проблемного состояния – тягостных соматических ощущений, эмоционального спада, актуального влечения – и формирование устойчивой мотивации на выздоровление.

В работе с таким запросом как неустойчивое настроение («нет настроения») с компонентом ангедонии, депрессии, дисфории, следует принимать во внимание два обстоятельства. В случае, если соответствующие эмоциональные расстройства являются общим фоном актуализированного патологического влечения или «волны» телесного дискомфорта, вполне естественной для постабстинентных состояний, то следует акцентироваться на стержневом синдроме и использовать технологические подходы, описанные в двух предыдущих подразделах. Если же проблема эмоциональной неустойчивости предьявляется изолированно (что бывает более чем в 50% случаев), то дополнительно могут использоваться следующие техники:

1) Разминочная техника с опорой на коммуникативный компонент. Основная терапевтическая идея здесь заключается в эксплуатации коммуникативной функции эмоций (любая эмоция – это способ сообщения достаточно важной информации и самому пациенту, и его окружению). В данном случае, в самом начале работы группы – на этапе оценки состояния участников – терапевт обращает внимание на дискомфортное эмоциональное состояние отдельных пациентов, показывая таким образом, что данное состояние замечено и соответствующим образом оценено. Далее, принимая во внимание, что эмоции негативного плана – это почти всегда призыв о помощи, терапевт предлагает другим участникам группы выразить вербальную и эмоциональную поддержку тем, кто в этом нуждается. Обычно старшие резиденты находят нужные слова и действия для того, чтобы в короткое время «встряхнуть» нуждающегося в помощи пациента и настроить его на конструктивную работу в группе. При появлении признаков вхождения пациента с эмоциональными расстройствами в первичное ресурсное состояние – эмоционального оживления, повышения активности, наличия позитивной обратной связи – можно продолжать терапевтическую сессию в обычном режиме, не фиксируясь на проработанном эпизоде. Такой ход событий дает понять всем участникам группы, что эмоциональная нестабильность – это вполне обычное состояние, особенно на первых этапах вхождения в терапевтическую программу, и оно не должно мешать достижению главных целей. И как только начинается активное движение к этой цели, настроение улучшается.

2) Разминочная техника с опорой на позитивное подкрепление. Здесь основной акцент делается на актуализацию позитивного эмоционального спектра. В этом случае терапевт, отмечая особое эмоциональное состояние отдельных пациентов, далее на этом не фиксируется, а предлагает участникам группы следующую форму разминки перед началом групповой работы: каждый пациент должен по очереди поприветствовать участников группы со словами: «Здравствуй, мне приятно тебя здесь видеть, потому что...» (и дальше следует перечисление тех положительных впечатлений или ожиданий от конкретного собеседника, которые применимы именно к данному лицу). Терапевт здесь может показать пример такого приветствия, обращаясь именно к тем пациентам, которые демонстрируют признаки эмоциональной нестабильности. В ходе такого общего действия, каждый из участников, и особенно эмоционально-нестабильные пациенты, получают мощные позитивные импульсы, способствующие формированию первичного ресурсного состояния. При численности группы в 10-15 человек разминка продолжается до 15 минут. О положительной динамике здесь свидетельствуют: возрастание «уровня шума», фиксируемого во время выполнения упражнения, увеличение длительности каждого последующего приветствия, положительная обратная связь по завершению упражнения.

3) Техники с опорой на когнитивный компонент – основная терапевтическая идея здесь заключается в том, что эмоции негативного плана возникают не сами по себе, а формируются как следствие так называемых «горячих мыслей» (в терминологии М. Маккея, М. Дэвиса, П. Фэннинга, 2007). В свою очередь «горячие мысли» появляются по поводу любых «шероховатостей» – неприятных нюансов режима, отношений, каких-либо событий или конфликтных эпизодов – к которым особенно чувствительны зависимые лица. Вопрос, следовательно, заключается, во-первых, в точной идентификации «горячих мыслей», а во-вторых – в возможности их эффективной нейтрализации за счет формирования и воспроизведения блокирующих копинговых мыслей.

На первом этапе технического действия идентифицируются типичные ситуации, в которых возникают неприятные эмоции. Однако здесь следует иметь в виду и такой вариант, когда прямой связи проследить не удастся. Далее составляется перечень «горячих мыслей», типичных для идентифицированных ситуаций (либо возникающих вне всякой связи с внешними обстоятельствами). На втором этапе технического действия формируют схему копинговых мыслей, основная функция которых заключается в возможности эффективного блокирования «горячих мыслей». Здесь следует иметь в виду, что данный ключевой этап должен быть реализован при максимально возможном метатехнологическом насыщении, с тем чтобы к каждому варианту найденных копинговых мыслей был пристыкован сценарий форсированных терапевтических изменений в эмоциональной сфере. В качестве примера при поиске и формировании актуального перечня копинговых мыслей можно использовать образцы, предложенные М. Маккей, М. Дэвис, П. Фэннинг, но только лишь для того, чтобы найти свои, заведомо лучшие варианты (названные авторы при ситуациях, связанных с тревожно-депрессивными реакциями, рекомендуют использовать следующие копинговые мысли: «Это пройдет», «Я переживал подобное и раньше, переживу и сейчас», «Эти мысли не причинят мне вреда – просто неприятно», «Ниче-



го действительно плохого со мной не случится», «Это всего лишь эмоции, а не реальность», «Мне не нужны эти мысли – я могу себя заставить думать по-другому», «Я потрачу столько времени, сколько нужно, чтобы выбросить это из головы и расслабиться», «Я могу наблюдать за этими мыслями будто со стороны, но при этом делать то, что нужно». Примеры копинговых мыслей в ситуациях, связанных с реакциями раздражения или гнева, следующие: «Глубоко вдохни и расслабься», «Расстройством делу не поможешь», «Пока я сдерживаю себя, я контролирую ситуацию», «Я могу оставаться спокойным и расслабленным», «Мне не удастся изменить их своим гневом, так я лишь сам расстраиваюсь», «Нет плохих людей, все поступают так, как могут», «Люди делают то, что они хотят, а не то, что я думаю, они должны делать», «Возможно, они хотят меня разозлить. А я их разочарую»). На третьем этапе проводится ролевая игра с моделированием типичных стрессогенных ситуаций и блокированием «горячих мыслей» их копинговыми парами. Такого рода репетиции лучше проводить в «замедленной съемке», фиксируя все особенности эмоционального состояния инициативных пациентов и состоятельность стыковочного сценария терапевтических изменений. Позитивным результатом реализации данной техники будет существенное улучшение эмоционального состояния инициативных пациентов и всей группы, убедившихся в возможности эффективного контроля своих эмоциональных реакций. В завершение технического действия проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников и дискуссия по материалам пройденной терапевтической сессии.

4) Техника с опорой на компонент эмоционального переформирования – основная терапевтическая идея здесь связана с возможностью актуализации позитивного полюса, который, при соответствующих усилиях, можно обнаружить в каждом негативно окрашенном эмоциональном состоянии; эксплуатации идеи праздника-ярмарки, связанного с общим эмоциональным подъемом; актуализации креативно-пластических ресурсов, связанных, в частности, с чувством юмора – наилучшим «убийцей» всех негативных эмоций (прообраз данного технического действия описан Д. Соколовым, 1997).

На предварительном этапе проводится идентификация тех негативно-окрашенных эмоциональных состояний, от которых хотят освободиться участники группы. При этом терапевт просит участников группы по возможности точно обозначить именно те эмоции, которые доставляют больше всего неприятностей. Названия этих эмоциональных реакций просят записать на специально подготовленных листках бумаги. Далее ведущим приводятся примеры того, как любое дискомфортное состояние или ситуацию можно развернуть в свою пользу (так, можно привести пример Тома Сойера – любимого героя Марка Твена, которого в наказание за его проделки заставили красить забор – наиболее позорное занятие среди сверстников. Но вот Том Сойер, твердо решив избежать неминуемого позора, принялся красить забор с таким увлечением и удовольствием, что очень скоро подростки стали умолять его «дать покрасить и им», на что Том соглашался с большим трудом, и только лишь за «солидную плату». В результате забор был выкрашен, а все мальчишеские «сокровища» перекочевали к Тому). По аналогии с этой историей терапевт предлагает организовать праздник-ярмарку по продаже своей «неудобной» эмоции. Но сделать

это нужно так, чтобы ее обязательно захотели купить. Т.е. реклама должна содержать все нешуточные преимущества данного эмоционального состояния. Для начала ведущий предлагает приставить к обозначению негативных эмоций уменьшительные суффиксы – страх – страшилка, злость – злинка, гнев – гневинка, грусть – грустинка и т.д. В подтверждение того, что «все очень серьезно», ведущий достает приготовленный пакет с мелочью и раздает в равных долях участникам группы. Группа разбивается на мелкие подгруппы. Каждая подгруппа получает задание подготовить «прилавок с продукцией» – обозначениями соответствующих эмоциональных состояний и рекламой их полезных свойств. Задача – реализовать весь «товар» и получить как можно больше прибыли. На подготовительном, максимально креативном этапе можно акцентировать атмосферу праздника-ярмарки ритмическим музыкальным фоном и соответствующим стилем отсчета времени до «открытия самой удивительной праздничной ярмарки, которой еще никогда не было, и где люди за деньги расстаются с черными очками, через которые смотрят на мир...» и т.д. На этапе активных действий терапевт оставляет за «прилавком» по 2 человека, остальные составляют категорию «покупателей». Есть только одно ограничивающее условие – не покупать «товар» у той группы, с которой они работали. По акцентированному сигналу ярмарка-праздник открывается. «Продавцы», стимулируемые терапевтом, активно предлагают свой товар. Покупатели торгуются. Уровень шума резко возрастает. Креативные находки, возникающие как у «продавцов», так и у «покупателей» в ходе азартного действия, приветствуются. Через 15-20 минут, когда большая часть «продукта» реализована, терапевт объявляет паузу, в ходе чего покупатели «хвастаются» приобретенным товаром, а продавцы – найденными рекламными ходами. Таким образом закрепляется навык поиска и нахождения неожиданных позитивных аспектов дискомфортных эмоциональных реакций и состояний. Далее терапевт предлагает поменяться ролями «продавцам» и «покупателям», дав последним время для обновления рекламы и пересмотра «цены». После чего объявляется второй тур ярмарки-праздника, на котором не так уж редко покупатели приобретают собственный товар за повышенную стоимость, впечатлившись его вновь открывшимися привлекательными свойствами. Терапевт может включиться в эту игру, демонстрируя интерес к удачным находкам и ненавязчиво подсказывая новые креативные ходы. Еще через 15-20 минут «ярмарка» закрывается. Продавцы и покупатели «хвастаются» результатами. Затем, по предложению терапевта, каждый участник высказывается в отношении того, какие ходы по отыскиванию позитивных свойств дискомфортных эмоциональных состояний его особенно впечатлили, и какие чувства он переживал в ходе всего действия. Обычно это очень важные инсайты в отношении «объемного» значения эмоций, от крайних проявлений которых, во-первых, всегда можно дистанцироваться. А во-вторых – увидеть позитивный аспект и возможность развития. В завершение обратной связи ведущий проводит стандартную процедуру оценки состояния участников, предлагает сделать «добровольное пожертвование в фонд хорошего настроения», собрав мелкие деньги в пакет. Однако одну – самую большую монету из «честно заработанных средств» каждый из участников может оставить себе как «медаль за находчивость в деле хорошего настроения» и как память о

том, что у каждой медали две стороны. И если кажется, что жизнь разворачивается к тебе своей темной стороной – стоит только перевернуть медаль ... и теперь они знают как это сделать. Хорошим результатом реализации технического действия является растущая уверенность группы в возможности эффективного управления своим эмоциональным состоянием.

5) Техника с опорой на эмоциональную диссоциацию (по Н.Д. Линде) – основная терапевтическая идея здесь связана с коммуникативной функцией эмоциональных реакций и возможностью прямого диалога с диссоциированным образом негативно окрашенной эмоции. В ходе чего предполагается терапевтическая трансформация образа (такой эффект сравнительно легко достигается после отыгрывания коммуникативной функции эмоции) и ассоциация в устойчивый ресурсный статус клиента.

Техническое действие начинается с уточнения локализации испытываемого чувства. С помощью наводящих вопросов инициативный пациент определяет сектор своего тела, где «живет» негативно окрашенная эмоция. После чего ему предлагают описать образ этого переживаемого чувства как можно более предметно. Вопросы, которые могут облегчить выполнение данной задачи, следующие: «На что это может быть похоже?», «Какие ассоциации возникают, когда появляется это чувство?» и т.д. При этом внимание обращается на форму, цвет, консистенцию (чистая, твердая, теплая, мягкая) формируемой таким образом сущности. В результате конструируется определенный образ с достаточно четкой телесной локализацией, которому при желании и готовности пациента можно дать определенное имя – обычно негативного спектра. Далее ситуация разыгрывается на двух стульях: на первом располагается инициативный пациент. Второй – свободный – стоит напротив пациента в 1,5-2-х метрах. Терапевт, располагаясь сбоку, между двумя стульями, заявляет пациенту, что именно сейчас есть возможность прямого общения с этим эмоциональным образом, акцентировано «извлекает» только что сконструированную сущность из того участка тела пациента, где она «живет» и «усаживает» ее на свободный стул. При этом терапевт стимулирует диссоциативный процесс четким указанием того, что в данной ситуации пациент находится на одном стуле, а образ и, соответственно, сама эмоция – на другом. Пациенту предлагается прокомментировать, как выглядит этот образ и что делает, находясь на противоположном стуле. Обычно здесь следуют комментарии, подтверждающие негативный характер диссоциированного эмоционального образа. Далее терапевт, тоном полувопроса-полуподтверждения, высказывает предположение, что в душе человека никакие чувства не бывают лишними и, возможно, это всего лишь способ сообщить пациенту нечто важное о нем самом, о его отношениях с самим собой, другими значимыми людьми. Пациенту предлагается выяснить это прямо сейчас и обратиться к диссоциированному образу с каким-либо интересующим его вопросом, но только сделать это так, чтобы вопрос был четким, понятным и давал возможность простых, односложных ответов. Терапевт следит за тем, чтобы вопрос адресовался не вообще в пространство, а конкретному персонажу предполагаемого диалога – диссоциированному образу негативно окрашенной эмоции. После того как вопрос задан, терапевт, неожиданно для пациента, резко перемещает его на противоположный стул, четко указывая, что пациент те-

перь «там» – на свободном стуле, а «здесь» – живет образ, который только что получил вопрос, на который нужно отвечать. При необходимости терапевт может повторить вопрос, но обычно этого не требуется, поскольку клиент (часто с удивлением для самого себя) почти в автоматическом режиме дает ясный и однозначный ответ от имени диссоциированного образа. После чего пациента опять «перебрасывают» на первоначальную позицию и предлагают продолжить диалог. Четко поставленные вопросы и неожиданные, «автоматизированные» ответы следуют один за другим, продвигая ситуацию от конфронтации с негативно окрашенным диссоциированным образом к сотрудничеству (этому процессу могут помогать намеки и невербальные подсказки терапевта). В ходе данного диалога следует, как минимум, дважды остановиться, с тем, чтобы выяснить у пациента, как меняется диссоциированный образ – его форма, цвет, консистенция, активность и др. Обычно отмечается динамика, свидетельствующая о терапевтической трансформации образа в сторону существенно более приятных и приемлемых характеристик «дружелюбного» поведения. При наличии таких очевидных изменений пациенту предлагают обозначить трансформированный образ новым именем, которое в большей степени отвечает его новой сущности, и договориться о сотрудничестве. Терапевт в заключительной части диалога сближает стулья и помогает клиенту вновь «поселить» эту живую и помогающую эмоцию в той части тела, из которой ее «извлекли». Этот ассоциативный процесс происходит акцентировано, в замедленном темпе, с позитивным подкреплением терапевта и всей группы. На пике гиперпластики формируется стыковочный сценарий «присутствия» трансформированных эмоциональных реакций в общей конструкции устойчивого ресурсного состояния клиента в проекции будущего. После завершения технического действия проводится стандартная оценка состояния пациента. О хорошем результате здесь может свидетельствовать полная редукция неприятных переживаний, эмоциональный комфорт и уверенность в будущих позитивных изменениях, высказываемая инициативным пациентом и участниками группы.

б) Техника «ресурсного разворота», основанная на идее переориентации спектра эмоциональных реакций от вектора прошлого к вектору будущего. Данное техническое действие уместно в ситуации, когда программа позитивного жизненного сценария в основном выстроена, но в это же время пациент испытывает эмоциональный дискомфорт в связи с импульсами из прошлого («теперь понятно, что сделаны ошибки, многое безвозвратно утеряно или разрушено, а ведь могло быть иначе...») и т.д.).

В этом случае инициативному пациенту предлагают выстроить линию жизни по направлению из прошлого в будущее, а самому остаться в точке настоящего. Пациента разворачивают лицом в прошлое – туда, где сосредоточены неприятные события его жизни, предлагают ему акцентировано ярко воспроизвести эти события и поделиться своими ощущениями. Обычно негативно окрашенные эмоциональные переживания при этом усиливаются. За спиной пациента по направлению к будущему выставляют препятствия из перевернутых стульев. Затем предлагают пациенту «пятиться» в будущее, страхуя его от возможных травм и падений, и в то же время максимально затрудняя его движения, усиливая дискомфорт от такого способа перемещения. После 2–3-х попыток такого движения пациента просят поделиться

ощущениями. Обычно это чувство крайнего неудобства, раздражения, страха получить увечье и другие, негативно окрашенные эмоциональные реакции. При этом внимание пациента обращают на тот факт, что именно таким способом он и двигается по жизни – привязанный к своему прошлому, перегруженному «больной» памятью. Т.е. они не желают по-настоящему развернуться к пусть и не легкому, но в любом случае – обнадеживающему будущему. Пациенту предлагают прочувствовать, каково это – пройти по тому же полю с препятствиями, но теперь «зряче», развернувшись лицом в будущее, почувствовать разницу и поделиться своими новыми ощущениями. Это, как правило, чувство эмоционального комфорта и уверенности. Следующий этап технического действия связан с идентификацией тех «крючков», которые удерживают пациента в невыгодной для него метапозиции – иногда это иррациональные правила, привычки, но чаще – сама по себе «больная» память, которую пациент при помощи группы должен «вылечить». При этом используются тезисы о том, что будущее сильнее прошлого, а надежда на реализацию конструктивного сценария жизни – сильнее неудачного опыта. Т.е. в организуемом драматическом противостоянии будущее должно победить, если пациент поможет ему всеми своими силами. Что и происходит в ролевом противоборстве, где пациента в прежней позиции удерживают персонифицированные фрагменты «больной» памяти, а сценарии будущего разворачивают к себе лицом. Начинаясь по знаку терапевта противоборство быстро заканчивается в пользу инициативного пациента и сценариев его будущей жизни, с помощью которых он еще раз проходит предстоящую дистанцию, убирая с пути расставленную символику препятствий. В завершение технического действия на пике гиперпластики формируется стыковочный сценарий того, что прошлое пациента теперь не властно над ним. Его память исцелена с того момента, как он, приложив немалые усилия, развернулся лицом к своей новой судьбе. После чего проводится стандартная процедура оценки состояния и групповая дискуссия по материалу проведенной терапевтической сессии. О хорошем результате свидетельствует редукция негативно окрашенных эмоциональных проявлений, концентрация на полноценной реализации намеченных сценарных планов.

7) Техники «управляемой памяти» – используются в случаях кратковременных перепадов настроения в качестве средства «скорой помощи». Основная терапевтическая идея здесь заключается в формировании упрощенного и ускоренного ресурсного доступа в специально сконструированное «праздничное пространство», «радостное пространство», «смешное пространство» – коллекцию воспоминаний, в которые можно путешествовать и получать импульс ресурсной эмоциональной поддержки.

Техническое действие, при наличии соответствующего запроса, начинается с обсуждения тезиса того, что благополучие, а иногда и жизнь человека часто зависят от возможности вовремя вспомнить нечто очень важное и необходимое в данной ситуации. Здесь можно привести конкретные примеры. Обсуждается также и другой важный тезис – иногда, чтобы продолжать двигаться по жизни, необходимо научиться «выключать» из памяти какие-либо неприятные эпизоды. Здесь также желательно разобрать 1-2 примера, демонстрирующих возможность активного управления памятью. Далее терапевт обращает внимание группы на то, что память человека

и активное воображение, при отсутствии соответствующей инициативы, зависят от настроения человека, образуя некий замкнутый круг: когда мне плохо – я вспоминаю и представляю себе неприятные события и от этого мне еще хуже и т.д. Однако есть и другой способ активного управления памятью, когда этот антиресурсный эмоциональный круг размыкается. Для этого нужно научиться «выключать» неприятные образы и воспоминания и «включать» те фрагменты памяти, которые связаны с ощущениями эмоционального комфорта, покоя, праздника, радости и др. Группе инициативных пациентов предлагают провести инвентаризацию таких «заповедных зон» памяти и поделиться тем, что у них получилось. Важно, чтобы такого рода презентации сопровождались позитивным подкреплением терапевта и эмоциональной поддержкой группы. В этом случае каждая последующая презентация будет все более яркой и убедительной. В итоге выясняется, что у каждого участника есть «коллекция» ресурсных воспоминаний, которые теперь нужно поставить на «особую полку» с тем, чтобы воспроизвести в самый нужный момент – плохого настроения, эмоционального спада или другого дискомфортного состояния. Терапевт обращает внимание группы на то, что путешествовать в это ресурсное пространство можно по-разному – обращая внимание на различные детали ситуации, персонажи, эмоциональные акценты и др. После того, как «коллекция» ресурсных воспоминаний активизирована и выстроена в пределах ближайшего доступа, терапевт может заметить, что «настоящий коллекционер» никогда не успокаивается на достигнутом и будет стремиться организовать свою жизнь так, чтобы этих, дающих радость и силу, воспоминаний было как можно больше. На втором этапе инициативную группу пациентов обучают микротехнике блокирования неприятных ассоциаций, возникающих в период эмоциональных перепадов. В данном случае внутренний сигнал «Стоп!» должен сопровождаться моментом отвлечения и тормозящим нейрофизиологическим импульсом, что достигается за счет энергичного 2–3-минутного массажа точки Хэ-гу. Обратная связь с инициативными участниками, проводимая после реализации данной микротехники, обычно показывает, что процесс наплыва мыслей и образов негативного содержания таким образом эффективно блокируется. Пациенты чувствуют себя более комфортно и готовы к следующим действиям. Далее инициативным пациентам предлагается определиться со временем, «местом» путешествия (последнее должно соответствовать нюансам испытываемого эмоционального дискомфорта), способом актуализации ресурсных воспоминаний. Обычно для этого достаточно паузы в 3–5 минут, когда пациент, находясь в удобной для него позиции, концентрируется на какой-либо существенной детали соответствующего ресурсного пространства, позволяя себе «вплыть» в это воспоминание и впитать эмоциональную атмосферу, разлитую в каждой точке этого ментального пространства. Во время «путешествия» можно обратить внимание на какие-то новые, неожиданные детали воспоминаний и порадоваться тому, что востребованная ресурсная память живет своей удивительной жизнью. По истечении отведенного времени следует плавно вернуться в реальность и обнаружить, что оказался на «светлой стороне» жизни, связанной с ощущением бодрости, энергии, оптимизма. При поддержке терапевта инициативные пациенты и группа репетируют варианты входа и путеше-

ствия в пространстве ресурсной памяти, которое завершается обсуждением достигнутых результатов. Терапевт еще раз обращает внимание группы на правильную последовательность управления ресурсной памятью: 1. инвентаризация и достраивание ресурсных воспоминаний; 2. использование микротехники «Стоп!» в состоянии испытываемого эмоционального дискомфорта; 3. воспроизведение алгоритма путешествия в пространство ресурсной памяти; 4. возвращение на «светлую сторону» жизни с растущей уверенностью в том, что с каждым разом это будет получаться все лучше. В завершение проводится стандартная процедура оценки состояния участников. Хорошим результатом реализации технического действия является существенное улучшение эмоционального состояния участников терапевтического процесса.

В работе с таким запросом, как неустойчивая мотивация («утром хочу одно, вечером – другое»), используются следующие стандартные технические подходы.

В случаях, когда неустойчивая мотивация проявляется как атрибут стержневого синдрома – актуализированного патологического влечения, висцеропатического, аффективного – используются технологические подходы, описанные в предыдущих подразделах.

В случаях, когда неустойчивость мотивационной сферы является естественным следствием поспешно принятого, непродуманного и неподготовленного решения о вхождении в терапевтическую программу (обычно такие решения принимаются подавлением обстоятельств), и при отсутствии явных признаков актуализации стержневого синдрома используются следующие техники:

1) Техники с опорой на когнитивный компонент (разъяснение) – основные усилия здесь направлены на то, чтобы пациенты с поверхностной и неустойчивой мотивацией, во-первых, осознали глубину и тяжесть имеющегося у них состояния зависимости, а во-вторых – продвигались к принятию решения о необходимости серьезной, энергичной работы по освобождению от зависимости.

В данной связи тезисы, которые в виде вопросов чаще всего обсуждаются на собраниях терапевтического сообщества (здесь принимают участие все пациенты реабилитационного отделения или центра, а также члены реабилитационной бригады) или в групповых дискуссиях, проводимых на первом этапе вхождения в терапевтическую программу, формируются коротко и определенно: «Почему мы здесь оказались и что мы здесь делаем?». Ответы, которые в результате соответствующей терапевтической работы должны получить пациенты, находящиеся на этапе вхождения в программу, также формулируются предельно четко и определенно: Они здесь по единственной причине – потеряли контроль над своим поведением (т.е. попали в зависимость); и для того, чтобы восстановить этот утраченный контроль (т.е. освободиться от зависимости). И пока они только начинают движение по этому пути – они уязвимы. И более всего уязвимы по причине непонимания всей реальной и потенциальной опасности зависимого состояния. В данном случае терапевтический режим выполняет функции утраченного контроля – его можно сравнить с неприятным на вкус, но необходимым лекарством, которое нужно принимать, чтобы быть здоровым. Терапевтическая программа выполняет функцию путевода по непросто-му маршруту от состояния зависимости-болезни к состоянию освобождения от за-

висимости-здоровья и восстановления контроля над своим поведением. И пока не построено собственной дороги – той, которая будет вести пациента по новой, здоровой и свободной жизни – терапевтической программе следует доверять. Таким образом у пациента только один настоящий враг, которого следует опасаться – это патологическая зависимость (однако этот враг имеет множество уловок, хитростей и личин, в которых нужно уметь разбираться), и два настоящих друга, которые помогут выстоять на первых порах – это терапевтический режим, не оставляющий никаких лазеек для болезненных атак, и терапевтическая программа, шаг за шагом формирующая внутренний стержень устойчивости к повторному вовлечению в зависимость. Вопрос лишь в том, чью сторону примет сам пациент. Постоянное обсуждение данных тезисов с многочисленными иллюстрациями, приводимыми старшими резидентами, постепенно склоняют чашу весов в сторону того чтобы остаться в программе, хотя бы для получения ответов и на другие вопросы, касающиеся не столь очевидных позиций (например, такие: где границы утраты контроля; почему пациент не может сам отказаться от употребления ПАВ тогда, когда это действительно покажется ему нужным, необходимым и пр.). Основным результатом, который в данном случае следует считать успехом – существенное снижение показателей выхода пациентов из терапевтической программы в продолжение первых 2-3-х недель пребывания в реабилитационном отделении или центре. Далее, оценивается то обстоятельство, в какой степени у пациента формируются признаки интереса к своему собственному состоянию в плане определения стадии формирования зависимости, а также доверие к терапевтическому режиму и программе.

2) Техники с опорой на когнитивный (контраргументация) и поведенческий компоненты – основная задача данного технического действия – продемонстрировать несостоятельность стандартных защитных «речевок» пациентов с неустойчивой мотивацией, содержание которых обычно сводится к тому, что 1. никаких явных признаков зависимого состояния у них нет; 2. они сами способны контролировать свое поведение и прекратить употребление алкоголя или наркотика при необходимости; 3. при отсутствии такого желания никакая реабилитационная программа им не поможет. Техническое действие основано на: избегании прямой конфронтации с высказываниями пациентов; опоре на те очевидности, которые невозможно не признавать; доверии к опыту старших резидентов, демонстрирующих признаки устойчивого ресурсного состояния, привлекательного для «новичков»; игровой манере действия, снимающего конфронтационное напряжение.

На предварительном этапе технического действия оценивают состояние участников группы, идентифицируют пациентов с неустойчивой мотивацией, которые готовы выносить это обстоятельство как проблему. «Инициативные» пациенты, по возможности, четко формулируют аргументы против продолжения участия в терапевтической программе – от простых («не хочу», «не нравится») к более сложным, которые постоянно либо периодически актуализируются и препятствуют полноценному вхождению в программу. Эти аргументы переносятся на плакаты, которые в последующем игровом действии выполняют роль рекламных щитов. Пациентам с неустойчивой мотивацией и всей группе поясняют, что в этом игровом действии



они могут увидеть не только «лицевую – рекламную» сторону зависимости, основная функция которой как раз и заключается в притуплении инстинкта самосохранения и вовлечении как можно большего количества молодых людей, но и ее «обратную» сторону, где все обстоит именно так, как есть на самом деле. При этом у всех присутствующих будет возможность осознать степень своей собственной вовлеченности в «рекламные» сценарии зависимости и дистанцироваться от них. В завершении предварительного этапа за счет активности участников группы первичный перечень аргументов «против» участия в программе дополняется расхожими штампами – мифами, которые используются: 1. с целью вовлечения в зависимость («живешь один раз – нужно попробовать все», «от одной пробы ничего не будет – только весело», «сможешь бросить, когда захочешь – стоит только захотеть» и т.д.); 2. с целью удержания в зависимости и отодвигания сроков лечения («Я не больной, мне лечиться не нужно», «Я контролирую свое поведение и никакая помощь мне не нужна», «У меня проблем нет – это у тех, кто хочет отправить меня на лечение, есть проблемы» и т.д.); 3. с целью обеспечения «проигрыша» реабилитационного сценария и возврата к регулярному употреблению ПАВ («героин умеет ждать», «героин смеется последним», «сколько веревочке не виться – конец всегда один» и т.д.). Таким образом участники терапевтического процесса могут убедиться в том, что на каждой стадии вовлечения и формирования зависимости действуют рекламные штампы – информационные вирусы, которые резко ослабляют защитные барьеры психики человека. На данном этапе важно, чтобы именно этот контекст – продуманной атаки на защитные силы личности – был раскрыт в соответствующих примерах старшими резидентами. На следующем этапе группа делится на 3 команды, задача которых – к каждому «рекламному блоку» придумать адекватные антитезисы – своего рода антивирусную программу – которые, во-первых, соответствуют истине, а во-вторых – «убивают» разрушительные вирусы, восстанавливая защитные барьеры психики человека. Пациенты с неустойчивой мотивацией распределяются по всем группам, их активность в выполнении технического задания всемерно стимулируется и позитивно подкрепляется терапевтом и старшими резидентами. По завершении данного процесса (проходящего, как правило, на подъеме, с важными креативными находками) содержание основных контртезисов переносится на обратную сторону заготовленных ранее плакатов. И далее проводится сеанс разоблачения «черной магии» зависимости, который показывает, что никакой «магии» на самом деле нет – есть наглый и циничный обман, продуманная система уничтожения всего лучшего, что есть в человеке, реализуемая только с одной целью – как можно дольше удержать его в качестве активного потребителя наркотиков и алкоголя и, соответственно, получить как можно больше прибыли. «Сеанс» проводится таким образом, что пациенты с неустойчивой мотивацией могут сами выбирать метапозицию: расположиться с «лицевой» – фальшивой стороны плакатов (т.е. внутри замкнутого круга, символизирующего зависимость), или со стороны истины, за кругом – в открытом пространстве, символизирующем свободу. Подготовленные всем предыдущим действием пациенты выбирают, как правило, последний вариант. На завершающем этапе проводится дискуссия по материалам пройденной сессии. Один из главных воп-

росов, который следует обсудить «по горячим следам» – как открытое пространство свободы сочетается с достаточно жестким терапевтическим режимом. Здесь существует много вариантов демонстрации того, как непросто размыкается круг зависимого состояния, что, собственно, и является главной целью терапевтического режима. Однако первый и очень важный шаг в этом направлении сделан – пациенты с неустойчивой мотивацией осознали степень угрозы и приняли решение об участии в программе восстановления защитных сил и контроля над собственным поведением. Далее проводятся стандартные процедуры оценки состояния участников. Хорошим результатом следует считать положительную обратную связь от группы инициативных пациентов, свидетельствующую о переходе от стадии предразмышления и размышления к стадии действий (по классификации Д. Прохазки, К. ДиКлементе).

3) Техники с акцентом на актуализацию образа «лестницы потерь», прохождение которой неизбежно связано с формированием химической зависимости, образа «лестницы приобретений», прохождение которой возможно в рамках реализуемой терапевтической программы. Основная задача данного технического действия – формирование устойчивой мотивации на участие в терапевтической программе, прояснение понятий «зависимость – болезнь», «здоровье – освобождение от зависимости», выстраивание терапевтического маршрута от зависимости к освобождению.

Техническое действие проводится при наличии в открытой группе как младших резидентов с неустойчивой мотивацией («утром хочу лечиться, вечером – домой»), так и старших резидентов, понимающих и принимающих необходимость активного участия в реабилитационной программе. Действие начинается с обсуждения тех мыслей и тезисов, которые актуализируются у пациентов с неустойчивой мотивацией и оправдывают их выход из программы. Обычно это утверждения того плана, что именно эти пациенты зависимыми не являются, контролируют свое поведение, самостоятельно могут решить все проблемы и пр. Далее до «инициативных» пациентов доносится тот факт, что одно из самых коварных свойств зависимости как раз и заключается в том, что потери, совершенно неизбежные при формировании патологического влечения, долгое время маскируются и оправдываются сложными жизненными обстоятельствами и пр. «Прозрение» наступает часто лишь тогда, когда человек теряет почти все, включая и ресурс собственного здоровья. С этой целью терапевт предлагает участникам группы сконструировать «лестницу потерь», где каждая ступень будет обозначать утрату важной жизненной платформы – 1. уважения окружающих, 2. доверия близких, 3. престижной работы, учебы, 4. денежных средств, 5. личной свободы и контроля над собственным поведением, 6. здоровья с такими его главными атрибутами как хорошее самочувствие, энергия, оптимизм, высокое качество жизни, 7. свободы в юридическом смысле (проблемы с законом), 8. самой жизни. Каждая ступень в пространстве помещения, где проходит терапевтическая сессия, обозначается соответствующим сектором. Терапевт предлагает участникам группы вначале высказаться в отношении тех потерь, которые каждый из них уже осознал, и занять именно ту ступень, до которой они дошли. При этом, как правило, основное количество участников располагается в секторе пятой-шестой ступени, открыто заявляя о том, что все остальные ими, так или иначе, пройдены.

Таким образом формируется «живая» и «говорящая» лестница потерь, которая всем своим видом и голосом свидетельствует, во-первых, о том, что признавать наличие потерь – это ни в коем случае не стыдно, зазорно и пр., напротив – это означает конец унижительному самообману и начало пути к лестнице приобретений. Искренность, доверительность общения, выстраиваемого на данном этапе между старшими резидентами и «новичками», обычно способствует тому, что некоторые из последних сообщают, что им теперь все понятно, и без какой-либо конфронтации или принуждения занимают место в секторе определенной ступени и в свою очередь рассказывают о понесенных к этому времени потерях.

На следующем этапе, напротив «лестницы потерь» выстраивается такая же живая и говорящая «лестница приобретений», являющаяся прообразом дистанции, которую необходимо преодолеть, чтобы освободиться от зависимости и компенсировать понесенные утраты. Возможен и такой вариант, что это действие не будет простой компенсацией потерь – ведь опыт развития в кризисной ситуации, если им правильно воспользоваться, может продвинуть человека далеко за пределы его, в прошлом ограниченных, возможностей и горизонтов. Однако чтобы дойти до такого результата, следует полностью разобраться в потенциале терапевтической программы и не терять времени на «топтанье на одном месте – шаг вперед, два назад или наоборот». Резиденты, уже вошедшие в программу, и старшие резиденты, занимая определенные секторы – ступени «лестницы приобретений», делятся своими ощущениями от достигнутых результатов и планами того, что еще предстоит сделать. Такие доверительные высказывания старших резидентов, подкрепленные неподдельными признаками ресурсного состояния, в котором они находятся, – наилучшая и существенная пропаганда активного участия в терапевтической программе для лиц с неустойчивой мотивацией. У последних на данном этапе обычно появляются вопросы, свидетельствующие о растущем интересе к программе. Здесь нужно предоставить возможность старшим резидентам донести до колеблющихся «новичков» свой собственный опыт прохождения этапов МСР и вселить в них надежду на успешное прохождение дистанции от зависимости к освобождению. Таким образом, в результате этих двух последовательных действий формируется, с одной стороны, отрицательная мотивация к продолжению употребления ПАВ, а с другой – положительная к участию в терапевтической программе. Позитивным результатом терапевтической сессии следует считать редукцию неустойчивого поведения и повышение конструктивной мотивации у инициативных пациентов.

4) Техника «два магазина», направленная на формирование ясных, понятных представлений о механизмах формирования зависимости и неизбежной цене, которую платит каждый зависимый человек, а также – о той цене, которую надо заплатить за освобождение от зависимости. Данное техническое действие по стилю исполнения отличается от предыдущего тем, что проводится в режиме экспрессивного мозгового штурма с участием всей группы, в ходе чего терапевт лишь задает вопросы и фиксирует ответы на доске или флипчарте. Общий терапевтический смысл технического действия заключается в том, что у пациента, получившего представление об истинной и постоянно растущей цене наркотика или алкоголя, возникает конф-

ронтация или стихийный протест, который следует канализировать в соответствующие отрицательные мотивационные установки. Аналогичным образом постоянно растущее позитивное качество продукции «соседнего магазина», где пациент приобретает здоровье и свободу, должно формировать устойчивую мотивацию на участие в терапевтической программе. Таким образом, в этой конкуренции должно выиграть то «учреждение», которое, во-первых, не обманывает, а во-вторых, предлагает безопасный и высококачественный «продукт».

Техническое действие начинается с вопроса терапевта группе участников – с какой целью они приобретали наркотики, алкоголь; что, собственно, их привлекало в этом товаре? Сколько платили за дозу? Сколько денег тратили ежедневно? Далее вопросы строятся таким образом, чтобы пациенты понимали, что речь идет не только о деньгах, – это упущенное время, отношение окружающих, доверие родных и близких, престижная учеба, карьера, утраченная свобода, здоровье, качество жизни, и, наконец, сама жизнь. Опрос идет в режиме мозгового шторма при позитивном подкреплении активности участников. Терапевт лишь коротко комментирует ответы и заносит их в общий список «цены продукта», которая постоянно растет. Важным моментом здесь является возвращение к теме «качества» продукта – лица с многолетним стажем употребления наркотиков могут засвидетельствовать перед всей группой факт того, что чем дальше, тем больше наркотики употребляют, чтобы снять «ломку» – т.е. привести себя в более или менее нормальное состояние. Так стоит ли на все это тратить так много усилий и платить столь непомерную цену?

Другим важным моментом является выведение «на чистую воду» разного рода уловок по «оздоровлению», «освежению», «сбрасыванию дозы» – попыток зависимых лиц хотя бы временно снизить цену, которую они платят, и повысить качество приобретаемого «товара» в смысле возврата его наркогенных свойств. Старшие резиденты и лица с большим стажем наркопотребления здесь могут сказать о том, что, во-первых, это ненадолго – все возвращается на свои круги в считанные дни. А во-вторых, многие после таких курсов детоксикации, предпринимаемых без целей освобождения от зависимости, погибали от передозировок (если таких примеров не находится у участников группы, об этом может сказать терапевт). После того как «полная» цена сформирована, следует провести обратную связь с «новичками» программы – пациентами с неустойчивой мотивацией. Что они знали об этом, что думают, что чувствуют, что собираются делать? – ответы, которые показывают наличие конфронтации с циничным обманом, практикуемым в сфере наркобизнеса, признаки формирования отрицательной мотивации – должны получить соответствующую оценку терапевта и группы. На следующем этапе проводится мозговой штурм в отношении того, какую цену нужно заплатить, чтобы вернуть себе все то (или хотя бы часть того), что было растрчено в «первом магазине». Таким же образом на другой части доски или флипчарте записываются характеристики цены. Этот фрагмент технического действия является крайне важным с той точки зрения, что именно здесь прорабатываются главные характеристики реабилитационного режима и терапевтической программы, которые в данном случае не навязываются извне, а генерируются самим сообществом и принимаются как жесткая необходимость.

Т.е. пациенты таким образом приходят к идее интенсивного прессинга развивающих практик, правил и установок «нормальной» жизни, реализуемых в общем контексте терапевтического режима. Далее, такая цена, конечно, должна включать и достаточный период времени, необходимый для полного восстановления и формирования устойчивости к повторному вовлечению в зависимость. Этот последний момент наиболее интересен с точки зрения определения качества «конечного продукта», приобретаемого в том «магазине», где ведется честный обмен, и крайне важен в связи со следующими обстоятельствами. В ходе острой дискуссии, которая неизбежно возникает при определении соотношения «цены» (т.е. совокупности затрачиваемых усилий, времени, средств и пр.) и качества конечного продукта (т.е. фактов того, что человек действительно освободился от зависимости) участниками дискуссии, особенно теми, кто находится на этапе вхождения в программу, могут высказываться обоснованные сомнения в этих последних фактах. Многие из тех, кого они лично знали, после прохождения реабилитационных программ возвращались к потреблению ПАВ в очень короткие сроки или даже на следующий день после выписки. Так где гарантия того, что все эти усилия не напрасны? Столкновения мнений, которые происходят вокруг данного вопроса, чрезвычайно полезны. При таких диспутах, как правило, выясняется что: 1. необходимо видеть разницу между «отбыванием номера» и подлинной реабилитацией, что, в первую очередь, зависит от мотивации самого резидента; 2. необходимо ясно представлять себе конечную цель реабилитационного процесса и, не теряя времени даром, энергично продвигаться к этой цели; 3. такая цель может быть только одна – формирование высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в зависимость (в частности – к почти неизбежным «атакам» наркодилерской сети, недоверию со стороны родных и близких, жизненным проблемам, стрессам и пр.); 4. таким образом, необходимо с самого начала ясно представлять, чем отличается один резидент, который после завершения полного курса имеет все шансы освободиться от зависимости (т.е. тот, который успел развить в себе высокий уровень устойчивости к повторному вовлечению в зависимость), – от другого, который после аналогичного курса таких шансов не имеет (т.е. не захотел или не смог развить в себе необходимых свойств); 5. ясно также и то, что конечный «вес» и качество приобретенного таким образом продукта будут гораздо выше первоначальных ожиданий, так как сформированные высокие уровни психологического здоровья – устойчивости обеспечивают возможность интересной и насыщенной жизни не в какой-то искусственной, а в современной, агрессивной среде.

На третьем этапе технического действия (в случае, если обозначенная дискуссия состоялась, и участники группы готовы платить подлинную цену и получать высококачественный «продукт»), в таком же режиме мозгового штурма, формируется зрительный образ тех психологических свойств, которые и обеспечивают устойчивость к повторному вовлечению в зависимость. Участники группы могут вспоминать своих знакомых, у которых это получилось, рассуждать о том, какие качества характера им в этом помогли. При этом терапевт стремится к тому, чтобы эти характеристики были максимально конкретными и понятными для всех участников терапевтического процесса. Этот новый образ «главной цены вопроса» следует записать

отдельно на доске или флипчарте и обвести жирной линией, подчеркивая тот факт, что группа продвинулась к очень важному рубежу – осознанию главной цели терапевтической программы. Одно дело – «просто» желать освобождения от зависимости, но совсем другое – точно знать, куда именно нужно пойти, чтобы этот факт состоялся. Тех резидентов, которые это хорошо понимают и двигаются в данном направлении, никакие сведения о том, что якобы только у каждого десятого есть шансы удержаться в состоянии трезвости, не касаются. Они все входят в эти десять процентов. Такова обнадеживающая правда, которая должна сформировать устойчивую мотивацию к участию в терапевтической программе у большинства «новичков». Именно этот результат и будет наиболее приемлемым в завершении общего технического действия.

5) Техника «маятник» – используется в отношении тех же пациентов с неустойчивой мотивацией. Основная терапевтическая идея здесь заключается в достижении четкого осознания бесперспективности «раскачивания» между разными установочными позициями, формировании и реализации такой конструктивной линии поведения, которая по-настоящему будет использовать весь потенциал этих будто бы противоречивых полюсов притяжения.

Техническое действие начинается с идентификации группы пациентов с неустойчивой мотивацией, оформления соответствующего запроса на помощь. Терапевт просит как можно более точно сформулировать противоречивые мотивы, которые, к примеру, утром «тянут» его к решению остаться в терапевтической программе, а вечером – наоборот, уйти из отделения, побыстрее встретиться с родными, близкими, друзьями, свободно распоряжаться своим временем и пр., – т.е. выйти из программы. Каждый из этих мотивов будто бы образует полюс притяжения, похожий на маятник – пациента раскачивает то в одну, то в другую сторону. Задача терапевта и группы показать, что на самом деле ситуация обратная – оба этих полюса отталкивают пациента. Терапевтическая программа не принимает его, потому что он сам не принял эту программу и до конца не решил, что же ему нужно от прохождения полного реабилитационного курса. Полюс родных и близких отталкивает его потому, что в этом качестве зависимого человека, причиняющего бесконечные страдания тем, кто его окружает, он никому по-настоящему не нужен. Все эти действия буквально воспроизводятся двумя группами участников, которые переталкивают, перебрасывают инициативного пациента друг другу с соответствующими словами и выражениями. Последний при этом чувствует себя достаточно дискомфортно, в том числе и на телесном уровне, о чем сообщает на короткой обратной связи. После чего действие возобновляется до того момента, пока сам пациент не остановится посреди этих «толкающихся» полюсов и не поймет, что нужно принимать какое-то однозначное решение. Собственно, решений здесь может быть только два – либо окончательный выход из программы, либо, наконец, по-настоящему в нее включиться. На следующем этапе проигрываются оба варианта решения. При этом выясняется, что первое – это возврат к тому же маятнику, только с большей амплитудой колебаний (что еще хуже переносится «укачиваемым» пациентом). В данной ситуации пациент получает наглядное представление о том, что на самом деле этот

«большой» маятник двигают два простых механизма. Первый («надоело быть пьяным») толкает пациента в наркологическую клинику. Второй («надоело быть трезвым») выталкивает его к наркотику или алкоголю. И таким образом тошнотворные выталкивания-перебрасывания продолжаются. Во время второй неизбежной остановки терапевтом стимулируется интенсивное обсуждение вариантов выхода из этой ситуации. Наиболее конструктивное решение связано с такой последовательностью событий, чтобы теперь вначале сам пациент «притянулся» к полюсу терапевтической программы – уже не отталкивающей его, как ранее, но принимающей с доверием и надеждой. Затем, полностью экипированный для следующей встречи за счет полноценного прохождения реабилитационного курса – он может пропутешествовать к полюсу родных и близких, подлинной свободы, тому пространству, где «никогда не надоест быть трезвым». Данный конструктивный вариант движения пациента проигрывается в соответствующих фрагментах психодраматического действия, где всемерно позитивно подкрепляется его активность по обсуждению и принятию терапевтического контракта, точному определению всего того, что он должен достигнуть в ходе прохождения терапевтической программы (и чего ждут от него родные и близкие). Кроме того, необходимо выстроить адекватный сценарий будущего – того, чем будет заниматься пациент на противоположном полюсе, когда придет это время, и как будет получать удовлетворение от жизни, чтобы не надоело быть трезвым. Клиенту наглядно демонстрируют то обстоятельство, что лишь по достижении этих конкретных целей противоположный полюс будет уже не отталкивать, а наоборот – по-настоящему притягивать человека, однажды принявшего правильное решение и нашедшего в себе силы и мужество следовать ему.

На заключительной стадии реализации технического действия проводится стандартная процедура оценки состояния участников, дискуссия по материалам терапевтической сессии. Приемлемым результатом следует считать существенное повышение мотивации к участию в терапевтической программе и выстраивание адекватного сценария ее прохождения в группе пациентов с неустойчивой мотивацией.

### **Заключение**

Теория и практика стратегической полимодальной психотерапии – авторского метода, разработанного в период 2001-2010 гг. – во многом решают актуальные проблемы наркологической помощи зависимым лицам, проходящим первые этапы лечения и реабилитации, а также лицам, входящим в группу риска по наркологическому профилю.

Структурированные психотерапевтические техники, используемые в сочетании со специфическими макротехнологическими и метатехнологическими подходами СПП, способствуют эффективному продвижению в решении как неосознаваемых проблем, так и типичных запросов, предъявляемых на обозначенных этапах наркологической помощи охватываемым контингентом лиц. Их основными характеристиками являются комплексность, разнообразие используемых подходов, учет особенностей состояния резидентов.

Эффективная реализация общей стратегии и структурированных технологий СПП требует специальной подготовки врачей-психотерапевтов и клинических пси-

хологов, имеющих доступ к психотерапевтической практике, в рамках программ дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки специалистов наркологического профиля.

### **Список использованных источников**

1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России. / На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 113–121.
2. Доклад Международного Комитета по контролю над наркотиками за 2009 г. Первичная профилактика злоупотребления наркотиками. // Ж. «Наркология». – 2010. – № 6. – С. 12–25.
3. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – Т. 1. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
4. Катков А.Л. Комплексная система управления качеством наркологической помощи в Казахстане как эффективный инструмент профилактики ВИЧ. // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 г. – Москва, 2009. – Т. 1. – С. 248-249.
5. Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ: макротехнологические и метатехнологические подходы: Методические рекомендации. – Павлодар, 2012. – 50 с.
6. Катков А.Л., Василенко И.В. Комплексная программа снижения вреда – первичной наркологической помощи в наркологической практике: Методические рекомендации. – Павлодар, 2005. – 46 с.
7. Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ. // Ж. «Психотерапия». – Москва, 2009. – № 8. – С. 11-17.
8. Катков А.Л., Нургазина А.З. Общие принципы и основные этапы групповой психотерапии с подростками группы риска наркологического профиля. // Ж. «Вопросы наркологии Казахстана». – 2006. – Т.6. – № 3. – С. 34–40.
9. Киришанов В.В., Киришанов В.Н. Период латентности инъекционного употребления наркотиков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 234–235.
10. Кулаков С.А. Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. – СПб., 1996. – 63 с.
11. Наркология. Национальное руководство. – Москва, 2008. – 719 с.
12. Пылипенко В.Г., Басманова Т.Б. Международный опыт сокращения спроса на наркотики (по материалам работы Межгосударственной рабочей группы экспертов открытого состава по сокращению спроса на наркотики). // Ж. «Психическое здоровье». – 2008. – № 12. – С. 3–5.
13. Сидоров П.И. Наркологическая превентология. – Москва, 2006. – 719 с.
14. Сирота С.А., Ялтонский В.М., Лыкова Н.М. Безопасные копинг-стратегии у подростков 11-12 лет из неблагополучной и благополучной среды. // Ж. «Вопросы наркологии». – 2003. – № 1. – С. 36–46.
15. Хюльтен А. Построение устойчивой модели города, свободного от наркотиков. // Ж. «Наркология». – 2009. – № 4. – С. 17–20.
16. Шабанов П.Д. Основы наркологии. – СПб., 2002. – 555 с.
17. De Leon G., Schwartz S. Therapeutic communities: what are; the retention rates. // Am. J. Drug Alcohol Abuse. – 1984. – vol. 10, N 2. – p. 267-284.